



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la Psicosis

Trabajo de Titulación para optar al título de Psicólogo Clínico

Autor:

Cedeño Coronado Milka Tahis
Valle Sanabria Jhonatan Antony

Tutor:

Msc. Sridam David Arévalo Lara

Riobamba, Ecuador. 2024

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros Milka Tahis Cedeño Coronado, con cédula de ciudadanía: 1600826026 y Jhonatan Antony Valle Sanabria, con cédula de ciudadanía: 0202057766 autores del trabajo de investigación titulado: Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en la Psicosis, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, a la fecha de su presentación.



Milka Tahis Cedeño Coronado
C.I: 1600826026



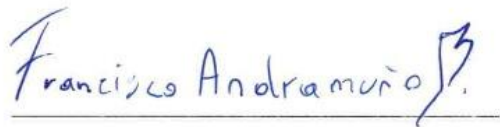
Jhonatan Antony Valle Sanabria
C.I: 0202057766

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado del trabajo de investigación Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la Psicosis, presentado por Milka Tahis Cedeño Coronado, con cédula de identidad número 1600826026, y Jhonatan Antony Valle Sanabria, con cédula de identidad número 0202057766, emitimos el DICTAMEN FAVORABLE, conducente a la APROBACIÓN de la titulación. Certificamos haber revisado y evaluado el trabajo de investigación y cumplida la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 11 de ABRIL del 2024

Msc. Francisco Felipe Andramuño Bermeo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO


Francisco Andramuño B.

Msc. Ángel Gustavo Llerena Cruz
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO


Ángel Llerena C.

Msc. Sridam David Arévalo Lara
TUTOR


Sridam A.

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

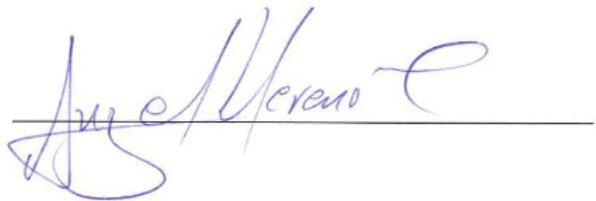
Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Eficacia de la terapia Cognitivo-Conductual en la Psicosis, presentado por Milka Thais Cedeño Coronado, con cédula de identidad número 1600826026 y Jhonatan Antony Valle Sanabria, con cedula de identidad número 0202057766, bajo la tutoría de Msc. Sridam David Arévalo Lara; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba, 08 de mayo de 2024.

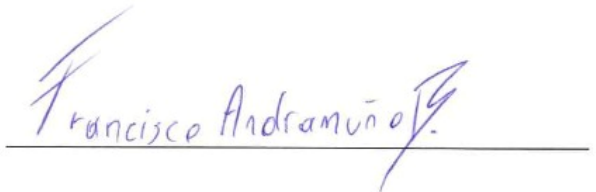
Presidente del Tribunal de Grado
Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo



Miembro del Tribunal de Grado
Msc. Ángel Gustavo Llerena Cruz



Miembro del Tribunal de Grado
Msc. Francisco Felipe Andramuño
Bermeo



CERTIFICADO ANTIPLAGIO
Original



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 26 de abril del 2024
Oficio N°047-2023-2S- TURNITIN-CID-2024

MSc. Ramiro Torres Vizúete
DIRECTOR CARRERA DE PSICOLÓGIA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por el **Msc. Sridam David Arévalo Lara**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 0010-D-FCS-ACADÉMICO-UNACH-2024, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa TURNITIN, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% TURNITIN verificado	Validación	
					Si	No
1	0010-D-FCS-09-01-2024	Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la Psicosis	Cedeño Coronado Milka Tahis Valle Sanabria Jhonatan Antony	10	x	

Atentamente,



PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo
Delegado Programa TURNITIN - FCS / UNACH
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación quiero dedicar con mucho cariño a mis padres, sin ellos nada de esto sería posible, aunque hubo altos y bajos durante este proceso, mi motivación principal fue ellos. También quiero dedicármelo a mí, porque me demostré lo capaz que puedo llegar a ser, me siento orgullosa de todo lo que he logrado y feliz porque me llevo una bonita experiencia de esta etapa única que es la universidad.

Milka Cedeño

Dedico este trabajo a mi familia, quienes han sido mi inspiración y apoyo incondicional a lo largo de este camino académico. A mis amigos y compañeros, por su paciencia, comprensión y motivación durante los momentos difíciles. A mis profesores y mentores, por su invaluable guía y conocimientos compartidos. Gracias a cada uno de ustedes por ser parte fundamental de este capítulo de mi vida.

Jhonatan Valle

AGRADECIMIENTO

En mi proyecto de investigación quiero agradecer principalmente a mis padres Edwin Cedeño y Alba Coronado, por su apoyo y amor incondicional, quienes me han guiado correctamente para llegar a cumplir mis metas; a mis abuelitos Eduardo Coronado y Mariana Procel por motivarme y no dejarme caer durante mi estadía en Riobamba.

A mis familiares en general y a mi compañero de tesis Jhonatan Valle, por demostrarme que la familia y las amistades son un pilar fundamental, y que soy muy afortunada de contar con ellos cuando sentía que ya no podía más durante mi proceso universitario

Por último, quiero agradecer a dos mascotitas muy especiales Peggie primera y Peggie segunda que formaron parte de este proceso al enseñarme que una mascota entrega el amor más puro, y a pesar de que no emitir palabras, curan el alma con sus muestras de cariño.

Milka Cedeño

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a aquellas personas que han sido fundamentales en este proceso. En especial, quiero reconocer el apoyo incondicional de mi Abuelito Bolívar Sanabria y mi Abuelita Amanda Galarza, quienes han sido una fuente constante de inspiración y aliento a lo largo de este proceso académico.

Agradezco profundamente a mi madre, Dolores Sanabria, por su constante apoyo, paciencia y amor. Su dedicación y sacrificios han sido un pilar fundamental para que hoy pueda culminar esta etapa de mi vida académica.

Asimismo, quiero expresar mi gratitud hacia mi querida hermana, Cristina Valle, por su comprensión, aliento y colaboración constante. Su presencia ha sido un sostén emocional invaluable durante este recorrido académico.

No puedo dejar de mencionar el respaldo y comprensión brindados por mi compañera Milka Cedeño. Su apoyo ha sido un factor determinante para superar los desafíos y alcanzar los logros obtenidos en este proceso de investigación. A todos ustedes, gracias por ser mi fuente de inspiración, por creer en mí y por compartir este viaje académico conmigo. Este logro también es de ustedes.

Jhonatan Valle

INDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA.....	
DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I. INTRODUCCION.....	13
OBJETIVOS.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos específicos.....	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	16
Concepto de Psicosis	16
Etiología	16
Tipos de Psicosis	17
Sintomatología.....	23
Tipos de esquizofrenia.....	24
Esquizofrenia Paranoide	24
Esquizofrenia Hebefrénica	24
Esquizofrenia Catatónica.....	25
Esquizofrenia Simple.....	25
Esquizofrenia Residual	25
Concepto de Terapia Cognitivo-Conductual	25
Antecedentes Históricos	26

Terapia Cognitivo-Conductual en la Psicosis.....	26
Técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual	27
Entrenamiento en Habilidades Sociales	27
Rehabilitación Cognitiva	27
Diarios de voz (tareas asignadas)	28
Utilidad de Otras técnicas.....	28
Terapias de Tercera Generación en la Psicosis	28
Mindfulness	29
Terapia de reflexión metacognitiva e insight: MERIT	29
CAPÍTULO III. METODOLOGIA.....	30
Nivel de investigación	30
Tipo de investigación	30
Población	30
Muestra	30
Algoritmo de búsqueda.....	31
Técnicas e instrumentos.....	33
Métodos de estudio.....	42
Procedimientos	42
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFIA	72
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Clasificación de la codificación de los trastornos psicóticos según manuales.</i>	23
Tabla 2 <i>Criterios de Selección</i>	31
Tabla 3 <i>Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica....</i>	34
Tabla 4 <i>Calificación de la calidad metodológica.....</i>	35
Tabla 5 <i>Triangulación de resultados sobre la identificación de los tipos de psicosis presente en la población.....</i>	43
Tabla 6 <i>Triangulación de resultados sobre la descripción de las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la psicosis</i>	51
Tabla 7 <i>Triangulación de resultados efectividad de las Terapias Cognitivo-conductual en el tratamiento de la psicosis</i>	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Algoritmos de búsqueda.</i>	32
---	----

RESUMEN

La psicosis es un trastorno mental difícil de tratar, con repercusiones significativas en el funcionamiento psicosocial. En este contexto se ha considerado a la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) debido a su amplio uso en el tratamiento de diversas alteraciones psiquiátricas, por lo tanto, el objetivo fue sistematizar la información de la efectividad de la TCC en la psicosis, identificando los tipos de psicosis presente en la población y describiendo las técnicas cognitivo-conductuales que fueron utilizadas. Esta investigación es de tipo bibliográfica de nivel descriptivo, cimentada en la revisión de investigaciones científicas, con una muestra de 50 artículos, los cuales fueron sometidos a un proceso de calificación con una matriz de calidad metodológica de Critical Review Form- Quantitative Studies (CRF-QS). Los resultados evidencian que los tipos más comunes presentes en la población son la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno de ideas delirantes, psicosis no clasificada en otra parte, para lo cual las técnicas descritas para estas alteraciones mentales son entrenamiento en habilidades sociales, afrontamiento de crisis, programación de actividades y exposición, reestructuración cognitiva, psicoeducación, normalización, modelo ABC, técnicas de relajación, TCC basada en mindfulness, técnicas de respiración, de distracción y concentración, las cuales se enfocan modificar patrones de pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales que influyen en la sintomatología, optimizar la calidad de vida y reducir la interferencia en el desarrollo psicosocial. Finalmente, se considera que, a pesar de la variabilidad en los resultados, la evidencia acumulativa respalda la eficacia de la TCC como intervención complementaria al tratamiento farmacológico habitual para mejorar tanto los síntomas positivos como los negativos, así como la calidad de vida en pacientes afectados.

Palabras claves: Psicosis, Terapia cognitivo-conductual, esquizofrenia, habilidades sociales, calidad de vida.

ABSTRACT

Psychosis is a severe mental disorder to treat, with significant repercussions on psychosocial functioning. In this context, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) has been considered due to its wide use in the treatment of various psychiatric disorders, therefore, the aim was to systematize the information on the effectiveness of CBT in psychosis, identifying the types of psychosis found in the population and describing the cognitive-behavioral techniques that were used. This is a descriptive bibliographic research, based on the review of scientific research, with a sample of 50 articles, which were submitted to a qualification process with a Critical Review Form- Quantitative Studies (CRF-QS) methodological quality matrix. The results evidence that the most common types found in the population are schizophrenia, schizoaffective disorder, schizophreniform disorder, delusional disorder, psychosis not classified in another place, where techniques described for these mental disorders are social skills training, crisis coping, activity scheduling and exposure, cognitive restructuring, psychoeducation, normalization, ABC model, relaxation techniques, CBT based on mindfulness, breathing techniques, distraction and concentration, which focus on modifying patterns of thoughts, emotions and dysfunctional behaviors that influence symptomatology, optimize quality of life and reduce interference in psychosocial development. Finally, it is considered that, despite the variability in the results, the cumulative evidence supports the efficacy of CBT as a complementary intervention to the usual pharmacological treatment to improve both positive and negative symptoms, as well as the quality of life in affected patients.

Keywords:

PSYCHOSIS, COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY, SCHIZOPHRENIA, SOCIAL SKILLS, QUALITY OF LIFE.



Reviewed by :

Msc. Enrique Guambo Yerovi

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0601802424

CAPÍTULO I. INTRODUCCION.

La psicosis es una enfermedad mental grave difícilmente diagnosticada y tratada. En general, se estima que el 1% de la población mundial experimenta algún tipo de trastorno psicótico, causando repercusiones en el funcionamiento psicosocial de las personas que lo padecen. Además, representa un elevado desembolso económico para los servicios de salud a nivel global. Las personas que padecen de psicosis experimentan alteraciones en la percepción de la realidad, presentando síntomas como alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento errático y síntomas negativos como dificultad para mostrar emociones, retraimiento emocional, pensamiento abstracto y pérdida de interés en actividades diarias (Coloma et al., 2023).

Tradicionalmente el tratamiento estándar para la psicosis ha sido de tipo farmacológico, que, a pesar del progreso y su eficacia en la reducción de la sintomatología, muchos pacientes siguen experimentando disfunciones que afectan la vida independiente y el funcionamiento psicosocial. En este sentido la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha mostrado un alto nivel de eficacia para disminuir síntomas positivos y negativos como para mejorar el funcionamiento general de los pacientes (Morales et al., 2015).

La TCC es un tratamiento activo, directivo, y breve que se utiliza para tratar diversas alteraciones psicológicas, cuyos objetivos persiguen la modificación de pensamientos emociones y conductas disfuncionales, además buscan disminuir la vulnerabilidad del paciente, minimizar el riesgo de posibles recaídas y controlar los síntomas que persisten pese al uso de fármacos para mejorar la adherencia al tratamiento. Siendo así la TCC, combinada con la psicofarmacología es una herramienta muy eficaz para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Ortíz y Cañizares, 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), 24 millones de personas padecen trastornos psicóticos, es decir, una de cada 300 personas de entre 20 y 30 años de edad, manifestándose antes en hombres que, en mujeres. Solo el 31.3% de estas personas reciben atención. A tal efecto, en el Reino Unido el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) considera, el tratamiento psicológico como un complemento del tratamiento psicofarmacológico, en particular la TCC por su evidencia científica y sus resultados prometedores en los síntomas de la psicosis (Wood et al., 2020).

En España, el 21,4% de adolescentes y adultos jóvenes, de entre 14 y 35 años de edad padecen trastornos psicóticos. La atención clínica se da en etapas avanzadas de la enfermedad lo que conlleva a importantes repercusiones a nivel humano, social y sanitario, debido a esta gran problemática la Red de Salud Mental Española ha implementado programas de intervención temprana en trastornos psicóticos (ITP) que combinan terapia farmacológica, TCC, apoyo educacional y familiar, apoyo vocacional y educativo, y terapia dirigida a ofrecer un tratamiento integral para los individuos que padecen trastornos psicóticos (Llinàs et al., 2023).

En México, se estima que más de 1.1 millones de personas sufren de esquizofrenia, siendo esta la principal causa de incapacidad según el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Además, se calcula que el 50% de los pacientes no tienen acceso al tratamiento ni al diagnóstico en el momento oportuno (Amador et al., 2019).

Esta problemática no es ajena a la realidad del Ecuador, Silva et al (2018) menciona que la psicosis tiene una prevalencia del 38% del total de ingresos en hospitales psiquiátricos y un 21,7% de consulta externa, resaltando la importancia de la intervención psicoterapéutica para que los pacientes puedan entender los síntomas de su padecimiento y los riesgos que conlleva para él y su familia cuando no existe tratamiento adecuado. A pesar de esta relevancia, la escasa información científica disponible en Ecuador subraya la necesidad de investigaciones que aborden específicamente la eficacia de la TCC en el contexto ecuatoriano.

Este estudio se inicia en respuesta a la escasa información científica disponible sobre la TCC en el tratamiento de la psicosis en Ecuador. Su propósito es ofrecer información respaldada y fundamentada dirigida a psicólogos, con la intención de enriquecer los conocimientos sobre la intervención y la formulación de un enfoque terapéutico más eficaz.

La relevancia de esta investigación radica en proporcionar información confiable que pueda mejorar la práctica de los psicólogos que trabajan con poblaciones que padecen trastornos del espectro psicótico. Al acceder a los recursos y medios adecuados a través de plataformas científicas actualizadas y fiables en diversos países, se espera que el tratamiento con enfoque cognitivo-conductual mejore significativamente. La aplicación de técnicas validadas por estudios previos podría llevar a la obtención de los resultados más efectivos en la atención de esta población.

En base a los expuesto, se plantea la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la eficacia de la TCC en el tratamiento de la psicosis?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Sistematizar la información sobre la Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la Psicosis a través de la revisión bibliográfica realizada.

Objetivos específicos

- Identificar el tipo de psicosis presentes en la población.
- Describir las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la psicosis.
- Evidenciar la efectividad de la TCC en el tratamiento de la psicosis.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

Concepto de Psicosis

La psicosis, derivada del griego “psique” significa alma o mente y el sufijo “-osis” representa a impulsos, conversión o formación. Sus principales características son las falsas creencias, la percepción e interpretación errónea de la realidad y el pensamiento desorganizado, que como consecuencia de estas desencadena una modificación de la conducta y del estado de ánimo de quien lo padece (Ollari et al., 2023).

Álvarez-Mon et al., (2019) la considera como una condición psicopatológica que implica una desconexión con la realidad y puede presentar una gama de síntomas, algunos de los cuales pueden estar relacionados o no con condiciones médicas. La esquizofrenia se destaca como una de las formas más graves de esta patología hasta la actualidad. Aunque la expresión de la psicosis varía en cada individuo, suele caracterizarse por su persistencia y la dificultad para alcanzar una recuperación total en todas las áreas del paciente. Esta condición tiene un impacto significativo en aspectos del comportamiento como las emociones, la percepción y la cognición.

Etiología

Se conoce que los trastornos psicóticos tienen un origen multifactorial, y siendo la esquizofrenia uno de los trastornos más representativos del espectro psicótico se hará énfasis en los factores causales: el factor genético es uno de los más conocidos ya que la mayor parte de los casos de esquizofrenia presentan predisposición genética; entre los factores biológicos están las complicaciones durante el embarazo, consumo de sustancias o cualquier otro evento que perjudique el desarrollo cerebral del bebé; otro factor importante es el psicológico, el tipo de personalidad que tenga la persona, por ejemplo la esquizoide, ya que existen pacientes esquizofrénicos que presentan este tipo de personalidad como antecedente; asimismo, uno de los factores de riesgo potencial es el contexto en el que se desenvuelve el individuo, de la misma manera los eventos traumáticos experimentados a edades tempranas contribuyen al desarrollo de la esquizofrenia (García-Herrera et al., 2019)

Por otro lado, se conoce que los cambios en las estructuras cerebrales pueden estar relacionados con la aparición de síntomas, esto se justifica debido a que mientras más delgada es la corteza frontal a parte de experimentar deterioro de la atención y pensamiento abstracto también aparecerán síntomas negativos, mientras que si se ve afectada la corteza temporal y el sistema límbico aparecerán alucinaciones, deterioro del lenguaje y comprensión auditiva; la amígdala es otra estructura importante, ya que si esta se ve afectada se presentará un déficit en la interpretación emocional del entorno (Álvarez-Mon et al., 2019).

Tipos de Psicosis

Existen diferentes clasificaciones realizadas por el DSM-V, CIE-10 Y CIE-11 siendo esta última la más actualizada, sin embargo, a pesar de que ya se encuentra en vigencia los profesionales actualmente siguen utilizando las codificaciones del CIE-10 y el DSM-V.

CIE-10

La clasificación es bastante amplia y lleva el nombre de “Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, se presenta de la siguiente manera:

Esquizofrenia (F20)

- Esquizofrenia Paranoide (F20.0)
- Esquizofrenia hebefrénica (F20.1)
- Esquizofrenia catatónica (F20.2)
- Esquizofrenia indiferenciada (F20.3)
- Depresión postesquizofrénica (F20.4)
- Esquizofrenia residual (F20.5)
- Esquizofrenia simple (F20.6)

- Otras esquizofrenias (F20.8)
- Esquizofrenia sin especificación (F20.9).

Trastorno esquizotípico (F21)

Trastorno de ideas delirantes persistentes (F22)

- Trastorno de ideas delirantes (F22.0), este presenta subtipos como el persecutorio, litigante, autorreferencial, grandiosidad, hipocondríaco, de celos y erotomaníaco

- Otros trastornos de ideas delirantes (F22.8)
- Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación (F22.9).

Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23)

- Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia (F23.0)
- Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia (F23.1)

- Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2)
- Trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes (F23.3)
- Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.8)
- Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación (F23.9).

Trastorno de ideas delirantes inducidas (F24)

Trastorno esquizoafectivo (F25)

- Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco (F25.0)
- Trastorno esquizofrénico de tipo depresivo (F25.1)
- Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto (F25.2)
- Otros trastornos esquizoafectivos (F25.8)
- Trastorno esquizoafectivo sin especificación (F25.9).

Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28)

Psicosis no orgánica sin especificación (F29)

DSM-V

Esta clasificación se nombra como “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, según American Psychological Association (2014), presenta de la siguiente manera:

Trastorno delirante (297.1)

- Erotomaniaco
- Grandeza
- Celotípico
- Persecutorio
- Somático
- Mixto
- No especificado
- Con contenido extravagante

Después de un año se especifica si:

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial
- Primer episodio, actualmente en remisión total
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Trastorno psicótico breve (298.8)

- Con factores de estrés notable (psicosis reactiva breve)
- Sin factores de estrés notable

- Con inicio posparto
- Con catatonía
- Trastorno esquizofreniforme (295.40)
- Con características de buen pronóstico
- Sin características de buen pronóstico
- Con catatonía

Esquizofrenia (295.90)

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial
- Primer episodio, actualmente en remisión total
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total
- Continuo
- No especificado
- Con catatonía (293.89)

Trastorno esquizoafectivo

- Tipo bipolar (295.70)
- Tipo depresivo (295.71)
- Con catatonía (293.89)
- Primer episodio, actualmente en episodio agudo
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial
- Primer episodio, actualmente en remisión total

- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total
- Continuo
- No especificado

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

- Con inicio durante la intoxicación
- Con inicio durante la abstinencia

Trastorno psicótico debido a otra afección médica

- Con delirios (293.81)
- Con alucinaciones (293.82)

Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico (298.8)

- Alucinaciones auditivas persistentes
- Delirios con episodios importantes del estado de ánimo superpuestos
- Síndrome de psicosis atenuado
- Síntomas delirantes en la pareja de un individuo con trastorno delirante

Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (298.9)

CIE-11

Según la World Health Organization (2019), la cual la clasifica dentro del apartado de “Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios”, en donde se detallan aquellas psicopatologías que presentan distorsiones del juicio de la realidad y alteraciones del comportamiento, tales como:

Esquizofrenias (6A20)

- Primer episodio
- Episodios múltiples
- Esquizofrenia continua

Trastorno esquizoafectivo(6A21)

- Primer episodio
- Episodios múltiples
- Trastorno esquizoafectivo continuo

Trastorno esquizotípico (6A22)

Trastorno psicótico agudo y transitorio (6A23)

- Primer episodio
- Episodios múltiples

Trastorno delirante (6A24)

- Actualmente sintomático
- En remisión parcial
- En remisión completa
- Sin especificación.

Tabla 1 Clasificación de la codificación de los trastornos psicóticos según manuales

TRASTORNOS	CIE-10	DSM-V	CIE-11
Esquizofrenia	F20	295.90	6A20
Trastorno esquizotípico	F21	Está en el apartado de trastornos de personalidad (301.22)	6A22
Trastorno de ideas delirantes persistentes	F22	297.1	6A24
Trastorno psicótico agudos y transitorios/ Trastorno psicótico breve	F23	298.8	6A23
Trastorno de ideas delirantes inducidas	F24	-	-
Trastorno esquizoafectivo	F25	295.70	6A21
Otros trastornos psicóticos no orgánicos	F28	298.8	-
Psicosis orgánica sin especificación	F29	298.9	-

Sintomatología

Este trastorno presenta sintomatología positiva y negativa, la primera hace alusión a un funcionamiento excesivo o distorsionado de un proceso normal y las más características son las alucinaciones, delirios, pensamiento, lenguaje y comportamiento desorganizado e inapropiado. Por otro lado, los síntomas negativos se relacionan a una inactivación de un proceso normal que debería presentar el paciente, entre los más comunes está una expresión emotiva disminuida, abulia, alogia, anhedonia y asocialidad (Álvarez-Mon et al., 2019). Es importante mencionar que en la clínica la sintomatología es algo esencial al momento de hablar de cualquier diagnóstico y en el caso de la psicosis, se toma muy en cuenta a los síntomas positivos, tiene más peso que la sintomatología negativa ya que estos son más fáciles de identificar y emitir un diagnóstico más preciso.

Sintomatología de la Psicosis

Como se mencionó previamente existen síntomas positivos y negativos, en los Trastornos psicóticos agudos y transitorios presentan ideas delirantes, alucinaciones y

alteraciones de la percepción, de la misma forma hay perplejidad, desconcierto, desorientación en tiempo, lugar y persona negativos (CIE-10, 2000).

Síntomas del Trastorno psicótico agudo y transitorio

En un estado agudo de la psicosis son comunes las ideas delirantes, alucinaciones, discurso, incomprensible e incoherente, mientras que, en un estado transitorio, la perplejidad, falso reconocimiento, déficit de atención o concentración son comunes negativos (CIE-10, 2000).

Sintomatología de la Esquizofrenia

Los síntomas más comunes incluyen fenómenos como el eco, la inserción, el robo o la difusión del pensamiento, así como ideas delirantes de ser manipulado, influenciado o controlado. Además, se presentan alucinaciones auditivas que comentan o discuten acerca del individuo en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas negativos (CIE-10, 2000).

Tipos de esquizofrenia

Esquizofrenia Paranoide

En este subtipo las principales manifestaciones incluyen la presencia predominante de ideas delirantes relacionadas con persecución o daño hacia el individuo por parte de otros, junto con la experiencia de alucinaciones auditivas (Álvarez, et al, 2019).

Esquizofrenia Hebefrénica

Este tipo de esquizofrenia presente una variedad de síntomas como los cambios afectivos, comportamiento impredecible, manierismos, humor superficial e inapropiado, pensamiento desorganizado, discurso incoherente, síntomas negativos como abulia y embotamiento afectivo, se pueden presentar alucinaciones y delirios, pero son transitorias y fragmentarias (CIE-10, 2000).

Esquizofrenia Catatónica

En contraste con las dos primeras, en este caso predominan las disfunciones psicomotoras, que pueden manifestarse desde una actividad motora excesiva hasta un estado de inmovilidad extrema. Además, es común observar movimientos repetitivos o la adopción de posturas estáticas durante períodos prolongados (CIE-10, 2000).

Esquizofrenia Simple

Este subtipo a diferencia de las otras no presenta sintomatología positiva como alucinaciones o delirios, pero sí una disminución general del rendimiento como obligaciones además de la presencia de una conducta extraña (Álvarez-Mon et al., 2019)

Esquizofrenia Residual

Se cataloga como residual cuando la presencia de síntomas se torna crónico, hay deterioro general y síntomas negativos, es poco usual la presencia de alucinaciones y delirios (Álvarez-Mon et al., 2019).

Concepto de Terapia Cognitivo-Conductual

La TCC es un enfoque de tratamiento el cual se basa en la identificación y modificación de patrones de pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales, los cuales influyen en la aparición de síntomas y malestar de la persona en general (Cruz Pastor, 2023). Cabe recalcar que la TCC es parte de las terapias basadas en la evidencia, debido a que de forma empírica es capaz de demostrar la eficacia de este tratamiento y se lo puede hacer mediante diseños experimentales, ya que estos cuentan con un grado de control lo cual permite verificar si los resultados se asocian a la intervención o no (Granda y Hernández, 2021).

Una de las terapias de primera elección en el tratamiento de trastornos mentales es la TCC, la cual tiene el objetivo de que el paciente evidencie su enfermedad, realice interpretaciones, la comprenda y la acepte, ya que esto contribuirá a que defina sus propios

objetivos, además se le enseña técnicas psicológicas que ayudarán a reducir su malestar (Ortíz y Cañizares, 2021)

Antecedentes Históricos

La TCC surge a partir de dos corrientes de pensamiento psicológico: la cognitiva y la conductual, siendo la primera asociada a la crisis del psicoanálisis frente a los criterios de eficacia y la segunda a la teoría del condicionamiento. La fusión de estas dos corrientes se debe a que la corriente conductual no consideraba los sentimientos y pensamientos en un inicio, posteriormente se reconoció su importancia en el control de la conducta. Entre los exponentes más representativos de esta corriente está Albert Ellis, Dryden, Cabezas y Lega con la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), Aaron Beck con la Terapia Cognitiva, Donald Meichembau con la Terapia de solución de problemas, entre otros colaboradores se encuentra Albert Bandura, Michael, J. Mahoney, y Joseph Wolpe (Gonzalez et al., 2017).

Terapia Cognitivo-Conductual en la Psicosis

En esta última década del siglo XX se utiliza el modelo cognitivo conductual en el tratamiento de la psicosis, abordar las ideas que presentan estas personas se ve necesario para poder optimizar su calidad de vida, reducir la interferencia en su desarrollo psicosocial y tomar conciencia de su padecimiento para evitar futuras recaídas. Es por esto que la TCC se centra en reducir la perturbación emocional que genera esta sintomatología, para poder alejarse de esta realidad psicótica que perciben y que genera tanto malestar (Tur y Caballero, 2014).

Según Cruz y Pastor (2023) la TCC tiene eficacia ya que contribuye positivamente a modificar las delusiones o pensamientos irracionales y alucinaciones mencionando las más usuales como las auditivas y visuales, así como también pretende transformar sus

pensamientos en unos más adaptativos, de la misma manera se busca conseguir el reconocimiento de situaciones menos angustiantes y limitantes en su diario vivir.

Técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Entre las técnicas más utilizadas se encuentra el entrenamiento en habilidades sociales, debido a que en los pacientes con esquizofrenia no se han observado mejorías con el tratamiento farmacológico exclusivamente, esto hace que sea necesario utilizar la TCC para que los individuos puedan adoptar habilidades adaptativas en la sociedad (Morales et al., 2015).

En el caso de las personas con esquizofrenia las habilidades sociales se ven afectadas de manera significativa, presentan un déficit en mantener contacto visual, realizan muecas y posturas inapropiadas lo cual afecta su adaptación al medio, es por esto que resulta necesario el entrenamiento en habilidades sociales ya que esto va a fortalecer el área social, reducir los niveles de estrés y ansiedad, fortalecer su comunicación con las personas logrando de esta manera un desarrollo en su autonomía (Cruz y Pastor, 2023).

Rehabilitación Cognitiva

Esta técnica se describe como un programa de entrenamiento conductual diseñado para mejorar los procesos mentales como la atención, memoria, funciones ejecutivas, cognición social y metacognición, esto con el objetivo de prolongar su duración, se ha tomado en cuenta esta técnica ya se ha observado que los individuos con psicosis muestran deficiencias cognitivas, esto se asocia a dificultades del funcionamiento social, ocupacional y la capacidad de llevar una vida independiente (Morales et al., 2015).

Según Pena-Garijo y Monfort-Escrig (2020) menciona que los programas de rehabilitación cognitiva resultan ser útiles para reducir los síntomas además de optimizar

el funcionamiento en habilidades diarias de los pacientes con psicosis, resalta que se está observando una eficacia moderada mediante en la disminución de los síntomas psicóticos mediante la optimización de los sesgos cognitivos presentes.

Diarios de voz (tareas asignadas)

Los diarios de voz es una técnica que forma parte de las tareas asignadas, utilizadas con el fin de que la persona al escuchar los diarios que va grabando registre lo que experimenta para que pueda reflexionar sobre sus síntomas positivos y los desencadenantes asociados. Dellazizzo et al (2020) manifiesta que realizando estos diarios de voz los pacientes pueden detectar las creencias que generan su malestar, sobre todo cuando se trata de alucinaciones verbales y auditivas, del mismo modo van a poder generar explicaciones alternativas a sus creencias más comunes sobre sus síntomas positivos (alucinaciones).

Utilidad de Otras técnicas

También se deben incluir las técnicas de relajación, respiración, detención del pensamiento y reestructuración cognitiva, ya que darán recursos para gestionar vivencias psicóticas, esto implica enseñar al paciente al reorganizar sus creencias sobre la naturaleza de dichas experiencias y dar significado psicológico a sus síntomas positivos (Morales et al., 2015).

Terapias de Tercera Generación en la Psicosis

Se incluyen las Terapias de tercera generación debido a que este conjunto de terapias no solamente aborda pensamientos del paciente como lo hace la TCC, sino que también abordan temas conductuales como la manera de comportarse ante situaciones específicas o ante el mismo trastorno como tal, a más de eso permiten trabajar la aceptación al igual que otros fenómenos mentales tales como la percepción, la memoria,

atención, sensación, tomando en cuenta que cada persona reacciona y se adapta de diferente manera a los desafíos psicológicos y sociales que experimentan (Inchausti et al., 2019)

Mindfulness

Una de las técnicas más conocidas es el Mindfulness cuyo objetivo es que la persona aprenda a reaccionar de manera adecuada y aceptando el contenido de los síntomas psicóticos en vez de luchar con ellos, es decir que los acepte tal como son y no lo que dichas voces dicen que son. Además, esta técnica tiene su efectividad en personas con psicosis ya que el entrenamiento pretende que la persona pueda reconocer y modificar las reacciones habituales como la aversión y evitación cuando se presenten brotes psicóticos (López-Navarro et al., 2020).

Terapia de reflexión metacognitiva e insight: MERIT

Esta terapia tiene el objetivo de reducir los síntomas psicóticos y optimizar el funcionamiento interpersonal de los pacientes, además hay que tomar en cuenta que las personas con psicosis presentan afectaciones en la metacognición, esto se lo puede ver sobre todo en los síntomas positivos, es por ello que esta técnica permite que los pacientes desarrollen un sentido amplio y flexible sobre ellos y su entorno (Inchausti et al., 2019).

CAPÍTULO III. METODOLOGIA.

Nivel de investigación

Es de nivel descriptiva por que busca proporcionar una descripción más detallada y conceptualizada de la eficacia de la TCC en la psicosis, mediante información relevante de fuentes confiables.

Tipo de investigación

La investigación es bibliográfica, dado que, se revisaron investigaciones en plataformas digitales como: Pudmed, Science Direct, Scopus entre otras; que permitan obtener información disponible y actualizada sobre las variables de estudio.

Población

La población estuvo conformada por 4279 artículos científicos sobre la eficacia de la TCC en la psicosis, publicados en los últimos 10 años, en bases de datos científicas en los idiomas: inglés y español.

Muestra

La selección de la muestra seguirá un proceso de muestreo no probabilístico de tipo intencional, lo que permitió recoger 50 artículos científicos: Scopus = 6, Pubmed = 19, Science Direct = 17, Semantic Scholar = 6, APA Psycnet = 2, que se escogieron mediante criterios de selección y lectura crítica comprensiva y posterior se utilizó el instrumento Critical Review Form-Quantitative Studies (CRF-QS). Facilitando así la identificación de aquellos artículos realmente útiles para llevar a cabo esta investigación.

Además, cabe resaltar que en las estrategias de búsqueda se utilizó los operadores boléanos como: AND y OR: “Terapia cognitivo-conductual” AND “psicosis”, “TCC” AND “psicosis”, “TCC” AND “esquizofrenia”, “Terapia cognitivo-conductual” OR “TCC” OR “terapia cognitiva” AND “psicosis” OR “esquizofrenia”, (Terapia cognitivo-conductual OR TCC) AND (psicosis OR esquizofrenia).

Tabla 2 *Criterios de Selección*

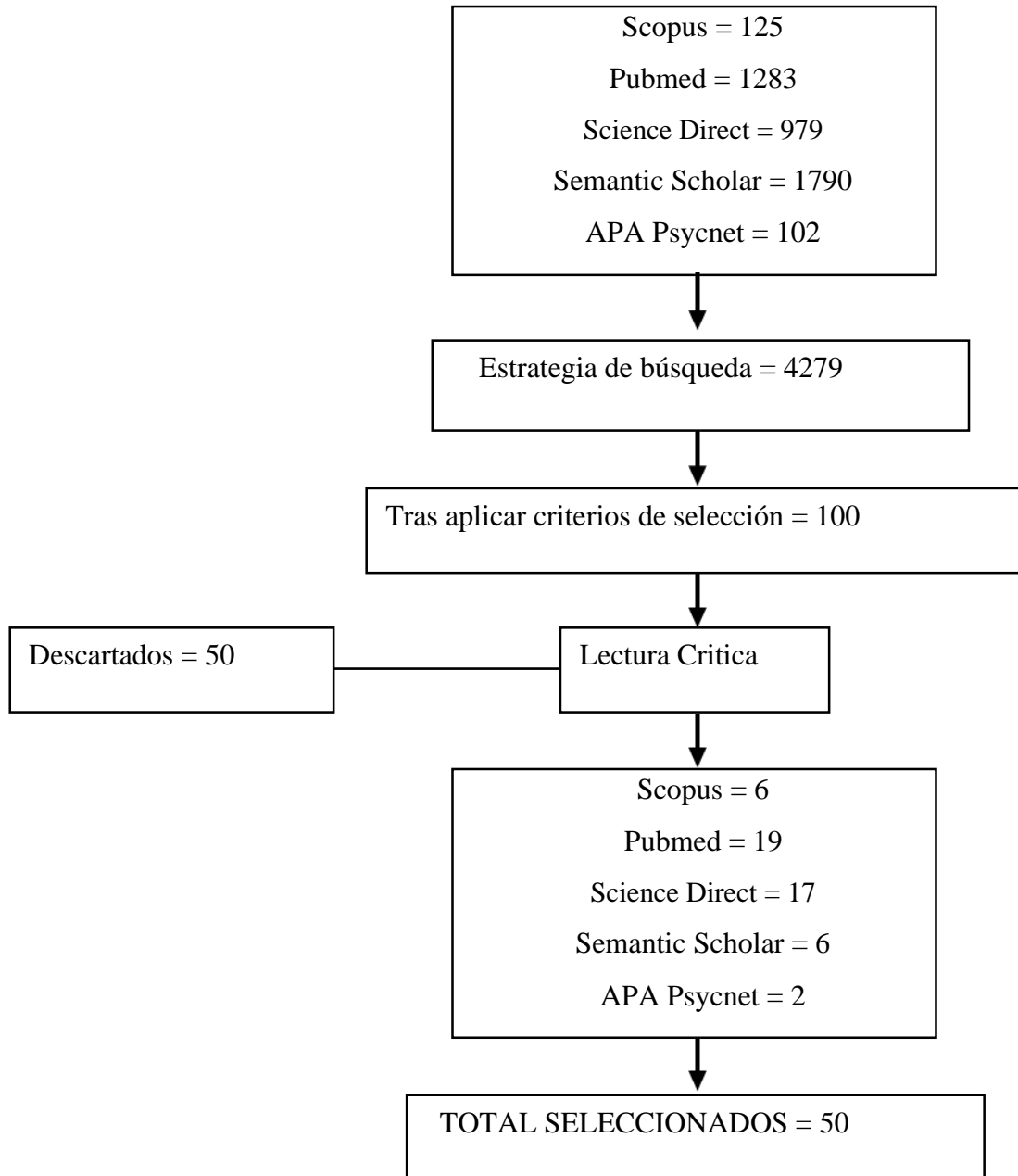
Criterios de selección	Justificación
Artículos científicos producidos desde 2014 hasta 2024	Este rango de tiempo garantiza que la información sea actualizada y refleje los avances más recientes en el campo científico.
Estudios cuantitativos	Las investigaciones cuantitativas nos proporcionan información numérica y objetiva que se obtiene mediante la recopilación y análisis de datos cuantificables. Esto garantiza una investigación sólida y confiable.
Investigaciones en idioma: inglés y español	La inclusión de artículos en ambos idiomas permite un acceso más extenso a la información científica.
Documentos publicados en bases científicas como: Pubmed, Scopus, APA Psycnet Science Direct, Semantic Scholar.	Aseguran la calidad y validez de la información, ya que estas bases suelen someter los documentos a procesos de revisión por pares. Esto garantiza un alto nivel de rigor académico y contribuye a la fiabilidad de la investigación seleccionada.

Con base en los criterios establecidos en la Tabla 1, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva a través de un método sistemático. En cada etapa del proceso, se aplicó un filtrado a los documentos seleccionados con el objetivo de identificar y obtener los más relevantes.

Algoritmo de búsqueda

La figura siguiente proporciona una descripción detallada del algoritmo utilizado para la búsqueda bibliográfica:

Figura 1 Algoritmos de búsqueda.



Técnicas e instrumentos

Revisión Bibliográfica

Esta técnica permite realizar una revisión de la literatura científica utilizando bases de datos confiables para identificar y revisar estudios con información relevante, actualizada y necesaria para la investigación.

Revisión de calidad documental

Se lleva a cabo un análisis exhaustivo de las fuentes documentales recopiladas con el objetivo de cumplir con rigurosos estándares de calidad metodológica. Esto se realiza con la intención de respaldar de manera sólida la base científica relacionada con la temática de investigación, fortaleciendo así la validez y confiabilidad del estudio en cuestión.

Ficha de revisión bibliográfica

Este instrumento permite registrar de manera sistemática la información relevante de las fuentes consultadas durante una revisión de la literatura. Su estructura puede variar, ya que la creación y diseño de la ficha dependen de la información específica requerida para el estudio.

Critical Review Form-Quantitative Studies (CRF-QS)

Este instrumento permite evaluar la calidad y relevancia de los documentos científicos, mediante 8 criterios y 19 ítems. Lo que permitió destacar información importante para la investigación, como:

- Caracterización de las variables: Terapia cognitivo-conductuales, psicosis.
- Técnicas cognitivo-conductuales
- Tratamiento para la psicosis
- Cifras estadísticas de la efectividad de TCC en la psicosis

A continuación, se presentan los criterios e ítems que conforman la matriz de calidad metodológica.

Tabla 3 *Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica*

Criterios	No ítems	Elementos a valorar
Finalidad del estudio	1	Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables
Literatura	2	Relevante para el estudio
Diseño	3	Adecuación al tipo de estudio
	4	No presencia de sesgos
Muestra	5	Descripción de la muestra
	6	Justificación del tamaño de la muestra
	7	Consentimiento informado
Medición	8	Validez de las medidas
	9	Fiabilidad de las medidas
Intervención	10	Descripción de la intervención
	11	Evitar contaminación
	12	Evitar co-intervención
Resultados	13	Exposición estadística de los resultados
	14	Método de análisis estadístico
	15	Abandonos
	16	Importancia de los resultados para la clínica
Conclusión e implicación clínica de los resultados	17	Conclusiones coherentes
	18	Informe de la implicación clínica de los resultados obtenidos
	19	Limitaciones del estudio

La calidad metodológica dependerá del puntaje obtenido, por lo tanto:

- Pobre calidad metodológica: igual o menor a 11 criterios.
- Aceptable calidad metodológica: entre 12 y 13 criterio.
- Buena calidad metodológica: entre 14 y 15 criterios.
- Muy buena calidad metodológica: entre 16 y 17 criterios.
- Excelente calidad metodológica: entre 18 y 19 criterios.

Tabla 4 Calificación de la calidad metodológica

Puntuación CRF-QS																						
Nº	Título	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total	Categoría
1	Cognitive Behavioral Therapy for Social Activation in Recent-Onset Psychosis: Randomized Controlled Trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
2	Antipsychotic medication versus psychological intervention versus a combination of both in adolescents with first-episode psychosis (MAPS): a multicentre, three-arm, randomised controlled pilot and feasibility study.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
3	Pilot randomised controlled trial of culturally adapted cognitive behavior therapy for psychosis (CaCBTp) in Pakistan.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
4	Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomized controlled pilot and feasibility study	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	17	Muy bueno
5	Effectiveness of a cognitive behavioral group therapy program for reducing violence risk in persons with schizophrenia	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	16	Muy bueno
6	Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, 35 randomized controlled trial with a mediation analysis	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	16	Muy bueno
7	Effectiveness of a Brief Group Cognitive Behavioral Therapy for Auditory Verbal Hallucinations	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente

8	High-Yield Cognitive Behavioral Techniques for Psychosis Delivered by Case Managers to Their Clients With Persistent Psychotic Symptoms	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	Bueno
9	Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBT-p) Delivered in a Community Mental Health Setting: A Case Comparison of Clients Receiving CBT Informed Strategies by Case Managers Prior to Therapy	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	16	Muy bueno
10	The development and implementation of a pilot CBT for early psychosis service: achievements and challenges	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
11	A randomized controlled trial examining a cognitive behavioral therapy intervention enhanced with cognitive remediation to improve work and neurocognition outcomes among persons with schizophrenia spectrum disorders	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
12	Improvement in Negative Symptoms and Functioning in Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia: Mediation by Defeatist Performance Attitudes and Asocial Beliefs	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	17	Muy bueno
13	The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Emotion Self-Regulation and its Components in Patients with Schizophrenia: A Semi-Experimental Study	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
14	Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomized controlled trial	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
15	Preliminary Evaluation of Culturally Adapted CBT for Psychosis (CA-CBTp):	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	

24	Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	18	Excelente
25	Modular cognitive-behavioral therapy for affective symptoms in young individuals at ultra-high risk of first episode of psychosis: Randomized controlled trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
26	Face Your Fears: Virtual reality-based cognitive behavioral therapy (VR-CBT) versus standard CBT for paranoid ideations in patients with schizophrenia spectrum disorders: a randomized clinical trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	Excelente
27	Targeting relapse prevention and positive symptom in first-episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17	Muy bueno
28	Group cognitive behavioural therapy for Chinese patients with psychotic disorder: A feasibility-controlled study	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy bueno
29	Group CBT for psychosis: A longitudinal, controlled trial with inpatients	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
30	Orbitofrontal cortex, emotional decision-making and response to cognitive behavioural therapy for psychosis	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	Muy bueno
31	Mobile-assisted cognitive-behavioral social skills training in older adults with schizophrenia	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy bueno
32	Efficacy and durability of cognitive behavior therapy in managing hallucination in patients with schizophrenia	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente

33	Study of effectiveness of brief cognitive behavioral therapy for auditory hallucinations in schizophrenia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
34	An early Phase II randomized controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: The potential benefits of enhancing self confidence	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	14	Bueno	
35	The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: A clinical trial	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	16	Muy bueno	
36	Cognitive Enhancement Therapy in substance misusing schizophrenia: Results of an 18-month feasibility trial	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	15	Bueno	
37	Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: A randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente	
38	Cognitive Behavioral Therapy for antipsychotic-free schizophrenia spectrum disorders: Does therapy dose influence outcome?	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	17	Muy bueno	
39	Group cognitive behaviour therapy for supported employment e Results of a randomized controlled cohort trial.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente	
40	Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomized controlled trial.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy bueno	
41	Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente	

	Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial.																					
42	Brief culturally adapted CBT for psychosis (CaCBTp): A randomized controlled trial from a low-income country	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	Excelente
43	App-enhanced transdiagnostic CBT for adolescents with mood or psychotic spectrum disorders	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	16	Muy bueno
44	Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on the Positive and Negative Psychotic Symptoms and Emotion Regulation of Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
45	Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia: Improvement in Functioning and Experiential Negative Symptoms	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena
46	One-year randomized trial comparing virtual reality-assisted therapy to cognitive-behavioral therapy for patients with treatment-resistant schizophrenia	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena
47	Exploring the Benefits of Virtual Reality-Assisted Therapy Following Cognitive-Behavioral Therapy for Auditory Hallucinations in Patients with Treatment-Resistant Schizophrenia: A Proof of Concept	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	17	Muy buena
48	Manualized group cognitive behavioral therapy for social anxiety in first-episode psychosis: a randomized controlled trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
49	Fostering coping as a mechanism of symptom change in cognitive behavioural therapy for psychosis.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17	Muy bueno

50	Programa cognitivo conductual para fortalecer las habilidades sociales en usuarios de trastorno de esquizofrenia	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	15	Bueno
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

Métodos de estudio

La información fue recolectada a través de los siguientes métodos de investigación:

- **Método Inductivo-Deductivo:** Este método, caracterizado por su habilidad para abordar problemas complejos y derivar conclusiones sólidas, posibilita una investigación más rigurosa. Al basarse en la observación y recopilación de datos, permite la obtención de documentos respaldados por evidencia concreta, lo que contribuye a mejorar la validez y la confiabilidad de los resultados.
- **Método Analítico-Sintético:** En esta investigación este método permite abordar la complejidad de la psicosis, identificar los componentes clave, comprender los mecanismos cognitivo-conductuales y sintetizar la información para verificar la eficacia de la TCC en el tratamiento de la psicosis.

Procedimientos

El proceso se detalla a través de las siguientes etapas:

Recopilación de Información

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de información mediante diversas bases de datos científicas. Para obtener artículos científicos relacionados con las variables de eficacia de la TCC en la psicosis, se utilizó la combinación de términos clave. Este procedimiento se visualiza en el algoritmo de búsqueda previamente mencionado.

Selección

Se realizó una lectura crítica de los estudios científicos, considerando los criterios de selección propuestos con el objetivo de constituir la muestra de la investigación.

Filtración de datos

La información recopilada en la muestra de estudio fue evaluada de manera crítica para identificar de forma precisa los datos cuantitativos significativos necesarios para el desarrollo de la investigación.

Presentación de resultados

Los resultados obtenidos fueron describiéndose en función de los objetivos de la investigación, centrándose en eficacia de la TCC en el tratamiento de la psicosis. Para ello, se elaboraron tablas que reflejan el proceso de triangulación correspondiente.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 5 *Triangulación de resultados sobre la identificación de los tipos de psicosis presente en la población.*

N	Autor/es	Categoría (tipos)	Aporte	Instrumento
1	Dellazizzo et al. (2021)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo	Se evidenció que la población de este estudio era de 138 pacientes (42 años) que presentaba el diagnóstico de dos tipos de psicosis como son la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo (Canadá) (más hombres)	Cuestionario revisado sobre las creencias de las voces revisado (BAVQ-R). Fiabilidad ($\alpha = 0.86$) Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS-AH) Inventario de depresión de Beck II (BDI-II). Fiabilidad ($\alpha = 0.90$) Escala del síndrome positivo y negativo (PANSS) Cuestionario de satisfacción y disfrute de la calidad de vida (Q-LES-Q-SF)
2	Dellazizzo et al. (2020)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo	Este estudio ilustra que la población de este estudio era de 10 pacientes (43 años) que presentaba el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo (Canadá) (más hombres)	Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS-AH) Cuestionario revisado sobre las creencias de las voces revisado (BAVQ-R) Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) Escala del síndrome positivo y negativo (PANSS) Cuestionario de satisfacción y disfrute de la calidad de vida (Q-LES-Q-SF)
3	Morrison et al. (2020)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo Trastorno de ideas delirantes	Se pudo evidenciar que 101 pacientes (16 años) participaron en este estudio, el diagnóstico que presentaban era del espectro de la psicosis: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno de ideas delirantes (CIE-10) (Reino Unido)	Escala del síndrome positivo y negativo (PANSS) Escala de impresión clínica global
4	Morrison et al. (2018)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo Trastorno de ideas delirantes	En este estudio evidencia que los 138 pacientes (16 años o más) estaban diagnosticados con trastornos del espectro psicótico: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno de ideas delirantes (CIE-10) (Reino Unido)	Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS). Escala de Impresión Clínica Global (CGI)

5	Freeman et al. (2015)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo Trastorno de ideas delirantes	Se puede evidenciar en este estudio que los 150 pacientes (18 a 65 años- 40 años) presentaban un diagnóstico psicótico como esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes o trastorno esquizoafectivo (Reino Unido) (más hombres)	Escala de delirios PSYRATS Fiabilidad (0.98) la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0.75$). Escala de Pensamientos Paranoicos (GPTS) Fiabilidad ($\alpha = 0.83$). Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (PTQ) Fiabilidad ($\alpha = 0.99$).
6	Zanello et al. (2014)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo	Se evidenció en el estudio que los diagnósticos que presentaban las 41 personas (18 a 65 años-media de 40) eran del espectro de la psicosis: esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo (Suiza)	Escala breve de calificación psiquiátrica ampliada, versión 4.0 (BPRS 4.0; Ventura et al., 1993) Fiabilidad ($\alpha = 0,87$). Cuestionario de creencias sobre las voces revisado (BAVQ-R; Chadwick y otros, 2000a) Fiabilidad ($\alpha = 0.74$). Cuestionario sobre calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQO-LBREF; Grupo WHOQOL, 1996) Fiabilidad ($\alpha = 0,84$) Impresión clínica global (CGI; Guy, 1976) Fiabilidad ($\alpha = 0.87$). Evaluación Global del Funcionamiento (GAF; American Psychiatric Association, 1994) Fiabilidad ($\alpha = 0.87$).
7	Turkington et al. (2014)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo Trastorno esquizofreniforme Trastorno psicótico no especificado en otra parte	Los 38 participantes (18 a 42 años) de este estudio presentaban diagnósticos psicóticos como la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico no especificado en otra parte (Estados Unidos)	Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS; Haddock et al., 1999).
8	Sivec et al (2017)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo Trastorno esquizofreniforme	Se evidenció que en el estudio las 38 personas (56 y 59 años) tenían diagnósticos del espectro de la psicosis como: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico no especificado de otra manera (Reino Unido)	Escala de Desempeño Personal y Social (PSP) Calendario para la Evaluación del Insight (SAI) Cuestionario de Recuperación Personal (QPR) Escala de Calificación Psicopatológica Integral (CPRS)

		Trastorno psicótico no especificado de otra manera		Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS)
9	Granholm et al. (2018)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo	Los 149 participantes (mayor a 18 años) en este estudio presentan 2 tipos de psicosis: Esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo (Estados Unidos) (más hombres)	<p>2 Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,88$).</p> <p>Escala de Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) Fiabilidad ($\alpha = 0,83$).</p> <p>valuación de Competencia Social de Maryland (MASC). Fiabilidad ($\alpha = 0,86$)</p>
10	Birchwood et al. (2014)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo	Dos tipos de diagnósticos se identificaron en los 197 participantes (16 o más) de este estudio, ambos pertenecen al espectro de la psicosis y son la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo (Reino Unido)	<p>Cuestionario de creencias sobre las voces revisado (BAVQ-R) Fiabilidad ($\alpha = 0,85$).</p> <p>Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,82$).</p> <p>Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS) Fiabilidad ($\alpha = 0,78$)</p>
11	Lecomte et al. (2015)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo Psicosis no especificada en otra parte	Este estudio tuvo una muestra de 66 pacientes (26 años) con diagnósticos psicóticos como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y psicosis no especificada en otra parte. (Canadá) (más hombres)	<p>Working Alliance Inventory (WAI)</p> <p>Versión ampliada de la Escala de Calificación Psiquiátrica Breve (BPRS-E; Lukoff, Nuechterlein y Ventura, 1986)</p> <p>Cuestionario de Cohesión (Piper, Marrache, Lacroix, Richardson y Jones, 1983).</p> <p>Escalas positivas y negativas de SERS-SF)</p>
12	Lecomte et al. (2018)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo Psicosis no especificada en otra parte	Este estudio tuvo una muestra de 66 pacientes (26 años) con diagnósticos psicóticos como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y psicosis no especificada en otra parte. (Canadá) (más hombres)	QuickLL (Lecomte & Leclerc, 2004)
13	Müller et al. (2020)	Esquizofrenia Trastorno esquizofreniforme Esquizoafectivo Trastorno de ideas delirantes	Se evidenció que las personas (14 a 20 años) que participaron en este estudio constaban con diagnósticos como: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo o trastorno de ideas delirantes. (DSM-IV) (Alemania) (más hombres)	<p>Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,97$).</p> <p>Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,91$).</p> <p>Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) Fiabilidad ($\alpha = 0,87$)</p>

			Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS)
14	Pozza & Dèttore (2020)	Episodios psicóticos breve, limitados e intermitentes	Se evidenció que las personas (16 y 35 años) que participaron en este estudio debían haber experimentado los episodios psicóticos breve, limitados e intermitentes (Italia)
			Escalas de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Evaluación Integral de Estados Mentales de Riesgo (CAARMAS) Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR (SCID-I) Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad DSM-IV-TR (SCID-II)
15	Jeppesen et al. (2022)	Trastorno esquizotípico Esquizofrenia	Se pudo evidenciar que las 256 personas (18 años o más) que participaron presentaban diagnósticos del espectro psicótico como el trastorno esquizotípico y esquizofrenia (CIE-10) (Dinamarca)
			Escala de Pensamiento Paranoico Verde, Parte A (GPTS-A) Escala de ansiedad de interacción social (SIAS) Escala de desempeño personal y social (PSP) Cuestionario de comportamiento de seguridad (SBQ) Tarea de reconocimiento de emociones (CANTA).
16	(Wong (2019)	et al. Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo Trastorno psicótico no especificado Trastorno delirante	En el estudio está ilustrado que las personas (16 y 60 años) que participaron tienen diagnósticos del espectro psicótico tales como: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico no especificado o trastorno delirante (DSM V) (Hong Kong mujeres)
			Escalas de valoración de síntomas psicóticos (PSYRATS) (Haddock et al., 1999) Fiabilidad (0,92). Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición (BDI-II, versión Taiwán). Fiabilidad ($\alpha = 0,84$). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, versión de Taiwán). Fiabilidad ($\alpha = 0,90$). La versión china del cuestionario Beliefs About Voices Questionnaire- Revised (BAVQ-R, versión china) Fiabilidad (0,86). Cuestionario de atención plena de Southampton (SMQ, versión china) Fiabilidad ($\alpha = 0,82$)
17	Granholt (2020)	et al. Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo	En el estudio está ilustrado que los 57 participantes (47 a 67- media 55 años) presentan diagnósticos de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. (DSM-IV-TR) (Estados Unidos) (más hombres)
			La Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) La Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) La escala de percepción cognitiva de Beck (BCIS) La Escala de Actitudes de Desempeño Derrotista (DPAS)

18	Freeman (2014)	et al. Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo Trastorno delirante	Se evidenció que los 30 participantes (18 a 70 años- media 41 años) presentaban diagnósticos del espectro psicótico como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante (Reino Unido) (más hombres)	Escala de Pensamientos Paranoicos (GPTS) la Escala de comparación social. Fiabilidad $\alpha = (0.97)$ Escalas de calificación de síntomas psicóticos: delirios (PSYRATS)
19	Tarrier (2014)	et al. Esquizofrenia Trastorno esquizofreniforme Trastorno esquizoafectivo Trastorno delirante Trastorno psicótico no especificado de otra manera	Se evidenció que los participantes (18 a 65 años) de este estudio presentan diagnósticos como: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado de otra manera (Reino Unido)	Escala de Beck para Ideación Suicida; BSS (Beck y dirección, 1991). Cuestionario de Ideación Suicida en Adultos; ASIQ (Reynolds, 1991). Escala de Probabilidad de Suicidio; MSF (Cull y Gill, 1982).
20	Eack et al. (2015)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo	Los 31 pacientes (18 a 60-media 34 años) debían cumplir con el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (DSM IV) y otros, (Estados Unidos) (más hombres)	Batería cognitiva de consenso NIMH MATRICS (Verde y otros, 2004). Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT: Mayer y otros, 2003). Prueba de Reconocimiento de Emociones de Penn-40 (Kohler y otros, 2003) y la tarea de sugerencias (Corcoran y otros, 1995). Escala de Ajuste Social II (Escuela y otros, 1979). Inventario de ajuste de roles principales (Hogarty y otros, 1974b) Escala de Evaluación Global (Endicott y otros, 1976). Escala breve de calificación psiquiátrica (General y Gorham, 1962), Escala de síntomas negativos del ala (Ala, 1961). Escala de Depresión de Raskin (Raskin y otros, 1969).

			Escala de Ansiedad Covi (Lipman, 1982).
21	Habib et al. (2015)	Esquizofrenia	Los 42 participantes de este estudio debían cumplir con el criterio de inclusión de tener un diagnóstico de Esquizofrenia (DSM-IV TR) Fiabilidad ($\alpha = 0,62$) Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,62$) Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS) Fiabilidad ($\alpha = 0.70$).
22	Premkumar et al. (2015)	Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo	En este estudio 60 pacientes (33 a 65 años) participaron contando con un diagnóstico del espectro psicótico como esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (DSM V) (Reino Unido) Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS)
23	Lam et al. (2015)	Esquizofrenia	77 personas (18 a 60 años- media 41 años) participaron en el estudio y se evidenció que presentaban diagnósticos de espectro de la taiwanesa. Escala de percepción cognitiva de Beck (BCIS) versión esquizofrenia (DSM -IV) (Hong Kong) Fiabilidad ($\alpha = 0.70$)
24	Nacem et al. (2015)	Esquizofrenia	En este estudio se evidenció que el diagnóstico que presentaban los pacientes (18 años o más) era de esquizofrenia (DSM-IV) (Canadá) et al., 1987) Fiabilidad ($\alpha = 0.90$) Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) (Kay et al., 1987) Fiabilidad ($\alpha = 0.90$) Escalas de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS) (Haddock et al., 1999) Fiabilidad ($\alpha = 0.80$) Schedule for Assessment of Insight (SAI) (David et al., 1992) Fiabilidad ($\alpha = 0.91$)
25	Pos et al. (2019)	Esquizofrenia	Se evidenció en el estudio que el diagnóstico de las personas (26 años) debía ser de esquizofrenia o relacionado con este espectro (DSM-IV-TR) (Ámsterdam) (más hombres) Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS; Kay, Opler y Lindenmayer, 1988) Fiabilidad ($\alpha = 0,80$). Escala Breve de Síntomas Negativos (BNSS; Kirkpatrick y otros, 2011) Fiabilidad ($\alpha = 0,81$). Escala de Actitudes Disfuncionales-Actitud de Desempeño Derrotista (DAS-DPA) (Beck, Grant, Huh, Perivoliotis y Chang, 2013) Fiabilidad ($\alpha = 0,90$)

En la tabla número 5 se describen los estudios acerca de los tipos de psicosis presentes en la población, sin embargo, se recabaron datos esenciales de la población de dichos estudios, tales como la edad, el género y la cultura. En los estudios de Eack et al. (2015), Granholm et al. (2018), (2020) y Turkington et al. (2014), se puede evidenciar que fueron realizados en pacientes de Estados Unidos; por otro lado, los estudios de Birchwood et al. (2014) Freeman et al. (2014), (2015), Morrison et al. (2018), (2020), Premkumar et al. (2015), Sivec et al., (2017) y Tarrier et al. (2014) demuestran que su población pertenece al Reino Unido, Canadá se hace presente en los estudios de Dellazizzo et al. (2020), (2021), Lecomte et al. (2015), (2018); Naeem et al. (2015); por último, Jeppesen et al. (2022), Lam et al. (2015), Müller et al. (2020) Pozza & Dèttore, (2020), Wong et al. (2019) y Zanello et al. (2014) dejan en evidencia que los países con el menor número de estudios realizados en este ámbito son Hong Kong, Dinamarca, Suiza, Alemania, Italia, con los datos presentados se puede determinar que el país que realizó más estudios en población con el espectro psicótico es Reino Unido, asimismo se puede resaltar que Latinoamérica no presenta estudios en esta temática de la misma manera como lo hacen los países mencionados previamente.

Con respecto a la prevalencia de diagnósticos con psicosis se recabaron datos de los estudios donde se evidencia que el rango de edad que presentan estos pacientes es de 18 a 65 años con una media de 40 años, tal como lo exponen, Eack et al. (2015), Freeman et al. (2014), (2015) Jeppesen et al. (2022), Lam et al. (2015), Naeem et al. (2015), Tarrier et al. (2014) Turkington et al. (2014) y Zanello et al. (2014); discrepando con estos datos, Birchwood et al. (2014), Lecomte et al. (2015), (2018), Morrison et al. (2018), (2020), Müller et al. (2020), Pos et al. (2019), Pozza & Dèttore, (2020) y Wong et al. (2019), muestran que el rango de edad se encuentra entre 14 a 35 años con una media de 26 años. Por otro lado, la prevalencia del género que predomina en las poblaciones de los estudios es el masculino, esto se puede evidenciar en la mayoría de artículos revisados, sin embargo, Wong et al. (2019), expone que en su estudio el género que resaltaba es el femenino con una diferencia significativa de 64.6% (31 mujeres de 48 participantes).

Teniendo en cuenta que la psicosis es un espectro, es decir que existen derivaciones de este trastorno, cabe recalcar que en el presente estudio se cataloga la psicosis mediante los 3 manuales como son: CIE-10, DSM V Y CIE-11, ante esto se pudo determinar que los diagnósticos de las poblaciones de los estudios de Eack et al. (2015), Granholm et al. (2020), Habib et al. (2015), Lam et al. (2015), Müller et al. (2020), Naeem et al. (2015), Pos et al. (2019), Premkumar et al. (2015) y Wong et al. (2019), fueron realizados bajo criterios del

manual DSM V, DSM-IV, DSM-IV-TR, mientras que en los estudios de Jeppesen et al. (2022), Morrison et al. (2020), (2018) se utilizó el CIE-10 como manual de referencia para diagnosticar a los pacientes.

Como se mencionó previamente, la psicosis es una temática bastante amplia, es un espectro, y al hablar de los diversos trastornos que lo componen, se puede comprender que para referirse a la psicosis es necesario especificar a qué tipo se hace referencia. Entre los diagnósticos más comunes presentados en la población de los estudios de Birchwood et al. (2014), Dellazizzo et al. (2020), (2021), Eack et al. (2015), Freeman et al. (2014), (2015), Granholm et al. (2018), (2020), Habib et al. (2015), Jeppesen et al. (2022), Lam et al. (2015), Lecomte et al. (2015), (2018), Morrison et al. (2020), Law, et al. (2018), Müller et al., (2020), Naeem et al. (2015), Pos et al. (2019), Premkumar et al. (2015), Sivec et al. (2017), Tarrier et al. (2014), Turkington et al. (2014), Wong et al. (2019) y Zanello et al. (2014), se encuentran: Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo, Trastorno de ideas delirantes, Trastorno esquizofreniforme, Trastorno psicótico no especificado en otra parte. Sin embargo, Pozza & Dèttore, (2020), en su estudio presentan un diagnóstico distinto a los mencionados en los otros estudios, en este caso el Trastorno psicótico breve, limitados e intermitentes perteneciente a la clasificación del DSM-V.

A continuación, se exhibirán los resultados que corresponden al tercer objetivo de la presente investigación, las cuales presentarán la descripción de las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la psicosis.

Tabla 6 *Triangulación de resultados sobre la descripción de las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la psicosis*

N	Autor/es	Categoría (técnicas)	Aporte	Instrumento
1	Granholm et al. (2014)	Entrenamiento en habilidades sociales	Se evidenció que esta técnica es relevante ya que se entrena a los pacientes para que puedan ejecutarla cuando esté ausente el terapeuta, además ayuda a mejorar los síntomas negativos, reducir los síntomas positivos, mejorar la competencia social, establecer y lograr objetivos de funcionamiento.	Evaluación de competencia social de Maryland (MASC), fiabilidad (0.86) Escala del síndrome positivo y negativo (PANSS), fiabilidad ($\alpha = 0.88$) Escala de evaluación de síntomas negativos (SANS), fiabilidad ($\alpha = 0.83$)
2	Lepage et al. (2023)	Reestructuración cognitiva	Se pudo evidenciar en el estudio que la técnica permitió que se evidenciara una mejoría en cuanto a los síntomas positivos que experimentaban los pacientes con psicosis temprana, de la misma manera influyó en la reducción del estigma internalizado y experimentaron una sensación de mejora.	Escala de evaluación de síntomas positivos (SAPS) Escala de evaluación de síntomas negativos (SANS) Escala de evaluación de la recuperación (RAS) Escala de funcionamiento social y ocupacional (SOFAS)
3	Pos et al. (2019)	Diálogo socrático Técnica de imágenes cognitivas Programación de actividades y exposición	Se ilustró que se utilizaron varias técnicas en las sesiones individuales de los pacientes con psicosis como el diálogo socrático para investigar si las creencias y comportamientos son disfuncionales, técnica de imágenes cognitivas en el que el paciente debe imaginar que debe hacer para alcanzar las metas, asimismo, se utilizó la técnica de programación de actividades y exposición para que pueda enfrentarse a nuevas situaciones ya que estas suelen desencadenar la ansiedad en los pacientes.	Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS; Kay, Opler y Lindenmayer, 1988) Fiabilidad ($\alpha = 0,80$). Escala Breve de Síntomas Negativos (BNSS; Kirkpatrick y otros, 2011) Fiabilidad ($\alpha = 0,81$). Escala de Actitudes Disfuncionales-Actitud de Desempeño Derrotista (DAS-DPA) (Beck, Grant, Huh, Perivoliotis y Chang, 2013) Fiabilidad ($\alpha = 0,90$)
4	Husain et al. (2017)	Programación de actividades	En este estudio se evidencia que las técnicas cognitivo-conductuales son distintas tanto para los síntomas positivos como para los negativos, por	Escala del síndrome positivo y negativo (PANSS)

		Registro de dominio y placer	ejemplo, para abordar los síntomas negativos se utilizó la programación de Escalas de Calificación de Síntomas	
		Diarios de voz	actividades, registro de dominio y placer en un diario; mientras que para los Psicóticos (PSYRATS)	
		Tareas graduadas	síntomas positivos se emplearon los diarios de voz, tareas graduadas, Programa de Evaluación de Insight	
		Reatribución	reatribución de la causa de las voces y desarrollo de las estrategias de (SAI)	Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS)
		Estrategias de afrontamiento	afrontamiento.	
5	Freeman et al. (2015)	Psicoeducación	En el estudio se evidenció que se trabajó en las ideas delirantes indirectamente	Escala de delirios PSYRATS
		Identificación de creencias	porque al centrarse en usar técnicas de la TCC para reducir la preocupación,	Fiabilidad ($\alpha = 0.98$)
		Planificación de actividades	provocó una disminución en sus síntomas positivos, igual que se ilustró cuáles	Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0.75$).
		Técnicas de relajación	son las técnicas cognitivo-conductuales empleadas, encabezando con la psicoeducación, identificación de creencias positivas y negativas sobre la	Escala de Pensamientos Paranoicos (GPTS) Fiabilidad ($\alpha = 0.83$).
			preocupación, planificación de actividades, incluso de incluyeron técnicas de	Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (PTQ) Fiabilidad ($\alpha = 0.99$).
6	Turkington et al. (2014)	Psicoeducación	Se puede evidenciar que las técnicas que utilizaron en los pacientes psicóticos	Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS; Haddock et al., 1999).
		Modelo ABC	son: psicoeducación para que conozcan sus síntomas y reduzcan el estigma, además se empleó la técnica del ABC con el objetivo de que los pacientes	
		Técnicas de distracción y concentración	empiecen a evaluar de manera menos catastrófica sus síntomas, técnicas de distracción y concentración.	
7	Perry et al. (2015)	Psicoeducación	En este estudio se evidenció que las técnicas más utilizadas en el tratamiento	Escala de Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) Fiabilidad ($\alpha = 0,84$).
		Normalización de sentimientos y síntomas	de las personas con psicosis son: psicoeducación, normalización de sentimientos y síntomas, reestructuración cognitiva y programación de	La Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) Fiabilidad ($\alpha = 0,84$).
		Reestructuración cognitiva	actividades, mientras que las menos utilizadas son: exposición gradual a situaciones temidas, entrenamiento de relajación y experimentos	Escalas de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS) Fiabilidad ($\alpha = 0,97$)
		Programación de actividades	conductuales.	El Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición

			(BDI-II) Fiabilidad ($\alpha = 0,84$). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Fiabilidad ($\alpha = 0,78$). Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) Fiabilidad ($\alpha = 0,86$)
8	Sivec et al. (2017)	Psicoeducación Estrategias de afrontamiento Entrenamiento en habilidades sociales Reestructuración cognitiva.	En este estudio se destaca que la mayoría de los programas de TCC incluyen diversas técnicas, sin embargo, se encontró que tanto la psicoeducación como las estrategias de afrontamiento tienen efecto en los delirios, mientras que la técnica de reestructuración cognitiva en las alucinaciones, y el entrenamiento en habilidades se usaron para la resolución de problemas Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS). Fiabilidad ($\alpha = 0.79$) Escala de Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS). Fiabilidad ($\alpha = 0.96$) La Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos:(SANS). Fiabilidad ($\alpha = 0.95$)
9	(Lecomte et al., 2015)	Búsqueda de alternativas Habilidades de afrontamiento Normalización ABC	Se evidenció que las técnicas de la TCC más efectivas en este estudio son el Working Alliance Inventory (WAI) modelo de estrés-vulnerabilidad-competencia en el cual se encuentra la Versión ampliada de la Escala de Calificación Psiquiátrica Breve normalización fue utilizada con el fin de que acepten su sintomatología sin estigma, y los ABC de la TCC con el objetivo de vincular eventos con pensamientos y consecuencias emocionales y conductuales Cuestionario de Cohesión (Piper, Marrache, Lacroix, Richardson y Jones, 1983). Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). Escala de detección de deficiencias de funciones sociales (SDSS). Escalas positivas y negativas de SERS-SF)
10	Chen et al. (2023)	Afrontamiento de crisis Entrenamiento en habilidades sociales Remediación cognitiva	En el estudio se ilustra que las técnicas cognitivo-conductuales como el Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). de malestar y vigilancia del paciente hacia el entorno externo, además se Escala de detección de deficiencias de funciones sociales (SDSS). menciona que el entrenamiento en habilidades sociales y la remediación de funciones sociales (SDSS). cognitiva ayudan a mejorar los síntomas negativos del espectro psicótico
11	Rees et al. (2015)	Psicoeducación Terapia cognitiva basada en mindfulness	En este estudio de evidenció que la técnica cognitivo-conductual utilizada fue Inventario de ansiedad de Beck la psicoeducación sobre el papel de los pensamientos negativos y cómo la (BAI) rumiación, la evitación, la supresión y la lucha con cogniciones y emociones) Inventario de Depresión de Beck inútiles pueden perpetuar la angustia en lugar de resolverla. Además, la (BDI)

		terapia cognitiva basada en mindfulness se encarga de brindarles habilidades diseñadas para fomentar la conciencia del momento presente, basada en la meditación consciente, escaneo corporal, caminata consciente y estiramientos.	Escala de atención cognitiva y afectiva – revisada (CAMS-R) Cuestionario de estilo de pensamiento reflexivo (RTSQ) Escala de dificultad en la regulación de las emociones (DERS) Escala de tolerancia al estrés
12	Pozza & Dèttore, (2020)	Psicoeducación Terapias de exposición Resolución de problemas Terapias de relajación Reestructuración cognitiva Activación conductual	Se evidenció que en este estudio se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales como: psicoeducación sobre experiencias extraordinarias y experiencias psicóticas con el fin de que el paciente pueda normalizar sus síntomas positivos, por otro lado, con las terapias de exposición, resolución de problemas, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y activación conductual se pretende abordar la sintomatología tanto psicótica como de los trastornos del eje I del DSM-IV-humor, así como también las creencias disfuncionales, conductas de evitación y preocupación.
			Escalas de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Evaluación Integral de Estados Mentales de Riesgo (CAARMAS) Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR (SCID-I) Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad DSM-IV-TR (SCID-II)
13	Jeppesen et al. (2022)	Normalización Psicoeducación Evaluación de valoraciones Cálculo de probabilidades Eliminación de seguridad	En este estudio se evidenció que las técnicas de la TCC como el desarrollo de una lista de problemas y objetivos, la normalización de experiencias psicóticas, la psicoeducación, el trabajo con creencias fundamentales disfuncionales, la evaluación de valoraciones, el cálculo de probabilidades y la eliminación o disminución de la seguridad resultan beneficiosas para los pacientes con esquizofrenia
			Escala de Pensamiento Paranoico (GPTS) Escala de ansiedad de interacción social (SIAS) Escala de desempeño personal y social (PSP) Cuestionario de comportamiento de seguridad (SBQ)
14	Owen et al. (2015)	Psicoeducación Atención plena Técnicas de respiración, de distracción y concentración	Se evidenció en el estudio que las técnicas cognitivo-conductuales tales como la psicoeducación, atención plena, técnicas de respiración, de distracción y concentración, cabe aclarar que estas técnicas son aplicadas en diferentes sesiones para no agobiar al paciente.
			CORE-OM (CORE-10; Connel & Barkham, 2007) Fiabilidad ($\alpha = 0,90$). La Escala de Confianza en Salud Mental (MHCS; Carpinello, Knight, Markowitz y Pease, 2000) Fiabilidad ($\alpha = 0,94$). la Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS; Haddock,

McCarron y otros, 1999) Fiabilidad
($\alpha = 0.90$)

15	Weintraub (2022)	et al. Psicoeducación Técnicas de relajación Acción opuesta Programación de eventos agradables	Se evidenció que las técnicas de la TCC más utilizadas en el tratamiento son la psicoeducación para que pueda identificar áreas de dificultades, objetivos, (CGAS) del mismo modo las razones para realizar un cambio de comportamiento, Cuestionario Prodrómico Breve (PQ- habilidades cognitivas tienen el objetivo de monitorear las distorsiones B) cognitivas y generar una reevaluación cognitivas, por último, las habilidades Escala de calificación de depresión conductuales incluyeron técnicas de relajación, acción opuesta y infantil revisada (CDRS) programación de eventos agradables.
-----------	---------------------	--	---

En la tabla 6 se puede determinar mediante la revisión analítica de artículos científicos que las técnicas de la TCC más utilizadas en personas con diagnósticos del espectro psicótico se subdividen en tres aspectos, en el área cognitiva las técnicas más empleadas son reestructuración cognitiva, diálogo socrático, técnica de imágenes cognitivas, resolución de problemas, psicoeducación, modelo ABC, normalización de sentimientos y síntomas, búsqueda de alternativas, retribución, remediación cognitiva; en el área conductual son técnicas de distracción y concentración, registro de dominio y placer, diarios de voz, estrategias de afrontamiento, tareas graduadas, programación de actividades, técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades sociales, afrontamiento de crisis, activación conductual, acción opuesta, atención plena y la tercera área es la emocional en la cual se utilizan técnicas de tercera generación como de relajación, TCC basada en mindfulness, técnicas de respiración, de distracción y concentración

Las técnicas cognitivas más utilizadas en la psicosis, según varios autores como Chen et al. (2023), Freeman et al. (2015), Jeppesen et al. (2022), Lecomte et al. (2015), Lepage et al. (2023), Owen et al. (2015), Perry et al. (2015), Pozza & Dèttore, (2020), Rees et al. (2015), Sivec et al. (2017), Turkington et al. (2014) y Weintraub et al. (2022) son: Reestructuración cognitiva, psicoeducación, normalización, y Modelo ABC, debido a que la finalidad de las técnicas es abordar la sintomatología psicótica, las creencias disfuncionales y la preocupación; resulta indispensable que conozcan sus síntomas para que puedan reducir el estigma que presentan por el desconocimiento de su trastorno; al tener conocimiento sobre su condición van a darse cuenta de que más personas experimentan situaciones similares a las suyas por lo que generan una sensación de respaldo al saber que no son los únicos con dicho padecimiento y que por lo tanto no están solos; al estar conscientes de su realidad van a poder vincular eventos con pensamientos, emociones y conductas, resultando beneficioso ya que al cambiar la visión que tienen sobre sí mismos permitirá que reduzcan la angustia, aceptando su trastorno, buscando la manera de adaptarse a su medio y por lo tanto mejorando su calidad de vida.

Con respecto a las técnicas conductuales, autores como Chen et al. (2023), Freeman et al. (2014), Granholm et al. (2014), Husain et al. (2017), Perry et al. (2015), Pos et al. (2019), Sivec et al. (2017) y Turkington et al. (2014) concuerdan que las técnicas más usadas son: entrenamiento en habilidades sociales, afrontamiento de crisis, programación de actividades y exposición, estas técnicas contribuyeron en la forma de relacionarse con las personas de su medio ya que muchos de los pacientes pierden estas habilidades sociales, además de adquirir habilidades para enfrentarse a nuevas situaciones, van a adquirir herramientas para poder

solventar los problemas a los que se enfrenten, de esta manera influyendo positivamente en el autoestima y sentido de autosuficiencia de la persona. En concordancia con lo expuesto previamente Freeman et al. (2015), afirman que la ansiedad y preocupación son factores que contribuyen al mantenimiento de los síntomas psicóticos, por lo que es importante trabajar en ello para que se reduzcan los síntomas positivos como los delirios y las alucinaciones, la técnica de programación de actividades es empleada en ese estudio en donde se comprobó esta afirmación.

El área emocional es importante abordarlo ya que se ve seriamente afectado en pacientes con diagnósticos del espectro psicótico, suelen presentar trastornos del humor como depresión o ansiedad, para ello las técnicas usadas para abordar esta área según Owen et al. (2015), Pozza & Dèttore, (2020), Rees et al. (2015) y Weintraub et al. (2022) son: técnicas de relajación, TCC basada en mindfulness, técnicas de respiración, de distracción y concentración, estas técnicas se enfocan en brindarles habilidades diseñadas para fomentar la conciencia del momento presente, basada en la meditación consciente, escaneo corporal, caminata consciente y estiramientos, cabe recalcar que estas técnicas son complementarias a la TCC. Owen et al. (2015) añade que estas técnicas de tercera generación deben aplicarse en distintas sesiones para no agobiar al paciente.

A continuación, se exhibirán los resultados que corresponden al tercer objetivo de la presente investigación, las cuales presentarán la efectividad que obtuvo la TCC en la psicosis

Tabla 7 Triangulación de resultados efectividad de las Terapias Cognitivo-conductual en el tratamiento de la psicosis

N	Autor/es	Categoría (Efectividad)	Aporte	Instrumento
1	Pos et al. (2019)	Si	Se evidencio efectos positivos después del tratamiento con respecto a la gravedad general de los síntomas ($p = 0,02$), y una disminución de los síntomas negativos en nivel de tendencia ($p = 0,08$). Sin embargo, el efecto beneficioso de la TCC ya no fue evidente 6 meses después del final del tratamiento, los participantes informaron que aún tenían síntomas negativos clínicamente relevantes.	<p>Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS; Kay, Opler y Lindenmayer, 1988) Fiabilidad ($\alpha = 0,80$).</p> <p>Escala Breve de Síntomas Negativos (BNSS; Kirkpatrick y otros, 2011) Fiabilidad ($\alpha = 0,81$).</p> <p>Escala de Actitudes Disfuncionales-Actitud de Desempeño Derrotista (DAS-DPA) (Beck, Grant, Huh, Perivoliotis y Chang, 2013) Fiabilidad ($\alpha = 0,90$).</p>
2	Husain et al. (2017)	Si	Este estudio demostró que la TCC como complemento del tratamiento habitual en pacientes con trastornos esquizofrénicos, tuvo puntuaciones significativamente más bajas en PANSS Positivo ($p = 0,02$), PANSS Negativo ($p = 0,045$), PANSS Psicopatología General ($p = 0,008$) y PANSS Total ($p = 0,05$) en comparación con el tratamiento habitual a los tres meses. También obtuvieron puntuaciones bajas en Gravedad total del delirio ($p = 0,02$) y Gravedad total de las alucinaciones ($p = 0,04$) de PSYRATS, así como puntuaciones más altas en SAI ($p = 0,01$) en el mismo momento. A los seis meses, sólo la mejora en las puntuaciones positivas de la PANSS ($p = 0,045$) alcanzó significación estadística, lo que demuestra que es eficaz para reducir la psicopatología y mejorar el insight.	<p>Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS)</p> <p>Escalas de Calificación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS)</p> <p>Programa de Evaluación de Insight (SAI)</p> <p>Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS).</p>
3	Freeman et al. (2015)	Si	En comparación con la atención estándar sola, a las 8 semanas la intervención de TCC redujo significativamente la preocupación y los delirios de persecución. Las reducciones se mantuvieron hasta las 24 semanas de seguimiento. El análisis de mediación sugirió que el cambio en la preocupación representó el 66% del cambio en el delirio. Estos resultados sugieren que la preocupación podría causar paranoia y que las técnicas de intervención en la preocupación podrían ser una adición beneficiosa al tratamiento estándar de la psicosis.	<p>Escala de delirios PSYRATS Fiabilidad ($\alpha = 0,98$)</p> <p>Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,75$).</p> <p>Escala de Pensamientos Paranoicos (GPTS) Fiabilidad ($\alpha = 0,83$).</p> <p>Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (PTQ) Fiabilidad ($\alpha = 0,99$).</p>
4	Zanello et al. (2014)	Si	La intervención de TCC para las alucinaciones verbales auditivas. contribuyó a reducir la gravedad de las voces desde el inicio hasta la prueba posterior. El 26% de los pacientes se beneficiaron claramente de la intervención manteniendo este efecto los 6 meses de seguimiento. El análisis de varianza de Friedman's mostró una disminución significativa en el ítem de alucinaciones y en la puntuación total	<p>Escala breve de calificación psiquiátrica ampliada, versión 4.0 (BPRS 4.0; Ventura et al., 1993) Fiabilidad ($\alpha = 0,87$).</p>

			de gravedad de los síntomas del BPR 4.0 sin el ítem de alucinaciones ($p = 0,006$), lo que indica que la TCC tiende a tener efectos beneficiosos sobre las alucinaciones. Cabe mencionar que en pocos casos la intervención parece ser perjudicial.	<p>Cuestionario de creencias sobre las voces revisado (BAVQ-R; Chadwick y otros, 2000a) Fiabilidad ($\alpha = 0,74$).</p> <p>Cuestionario sobre calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF; Grupo WHOQOL, 1996) Fiabilidad ($\alpha = 0,84$)</p> <p>Impresión clínica global (CGI; Guy, 1976) Fiabilidad ($\alpha = 0,87$).</p> <p>Evaluación Global del Funcionamiento (GAF; American Psychiatric Association, 1994) Fiabilidad ($\alpha = 0,87$).</p>
5	Turkington et al. (2014)	Si	Los resultados de este estudio revelaron que los efectos fueron de medianos a grandes para los síntomas generales ($d = 1,60$) y síntomas negativos ($d = 0,87$). Hubo un efecto débil sobre las dimensiones de las alucinaciones, pero no de los delirios. Veintitrés (60,5%) de 38 pacientes tuvieron un buen resultado clínico. Uno (2,6%) de los 38 pacientes tuvo un mal resultado clínico.	<p>Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS; Haddock et al., 1999).</p>
6	Perry et al. (2015)	Si	Se mostró mejoras en los síntomas de psicosis en los primeros tres momentos. A pesar de cambios mínimos en la sintomatología, los participantes experimentaron mejoras más pronunciadas en el funcionamiento psicosocial que pasó del rango de deterioro moderado a leve al final del tratamiento. Estos hallazgos son consistentes con el objetivo de la TCC para la psicosis, que no es necesariamente disminuir la sintomatología, sino más bien mejorar el afrontamiento y el funcionamiento.	<p>Escala de Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) Fiabilidad ($\alpha = 0,84$).</p> <p>La Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) Fiabilidad ($\alpha = 0,84$).</p> <p>Escalas de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS) Fiabilidad ($\alpha = 0,97$)</p> <p>El Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición (BDI-II) Fiabilidad ($\alpha = 0,84$).</p> <p>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Fiabilidad ($\alpha = 0,78$).</p> <p>Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) Fiabilidad ($\alpha = 0,86$)</p>
7	Granholtm et al. (2018)	Si	Los hallazgos del presente estudio mostraron resultados de mejoría en el funcionamiento de los pacientes y una mayor reducción en la gravedad de los síntomas negativos y actitudes derrotistas de desempeño, por lo que sugieren que las intervenciones de terapia cognitivo-conductual dirigidas a actitudes disfuncionales pueden conducir a una mejora de los síntomas negativos y del funcionamiento en la esquizofrenia.	<p>Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,88$).</p> <p>Escala de Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) Fiabilidad ($\alpha = 0,83$).</p> <p>valuación de Competencia Social de Maryland (MASC). Fiabilidad ($\alpha = 0,86$)</p>

8	Birchwood et al. (2014)	Si	Los resultados de este estudio son una fuerte evidencia de reducciones sustanciales en el cumplimiento perjudicial de comportamientos dañinos en el grupo de pacientes sometidos a terapia cognitiva-conductual para las alucinaciones de mando + tratamiento habitual ($p=0,021$). Sin embargo, a los 9 meses, el efecto del tratamiento no fue significativo ($p=0,353$).	Cuestionario de creencias sobre las voces revisado (BAVQ-R) Fiabilidad ($\alpha = 0,85$). Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,82$). Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS) Fiabilidad ($\alpha = 0,78$)
9	Habib et al. (2015)	Si	Los pacientes que recibieron TCC mostraron una mejoría estadísticamente significativa en las medidas de síntomas positivos ($p = .000$), síntomas negativos ($p = .000$), síntomas psicóticos generales ($p = .000$), alucinaciones ($p = .000$), delirios ($p = .000$) y perspicacia ($p = .000$) al finalizar la terapia.	Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,62$) Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS) Fiabilidad ($\alpha = 0,70$).
10	Putri et al. (2020)	Si	Tras implementar un programa de terapia cognitivo-conductual de grupo para reducir el riesgo de violencia en personas con esquizofrenia. Los resultados de la prueba mostraron un valor $p = 0,000$, lo cual indica una eficacia altamente significativa. Por lo tanto, se recomienda que se utilice de manera constante esa terapia como un medio para ayudar a los clientes a controlar su comportamiento violento.	Técnica de Estimulación de la Percepción por Objetivo. (identificar experiencias del comportamiento violento).
11	Lecomte et al. (2015)	Si	Se evidencio que los síntomas generales, así como los síntomas positivos, mejoraron significativamente entre la preterapia y el seguimiento, así como entre la preterapia y la postterapia, y entre la postterapia y el seguimiento de los síntomas positivos. No se midieron tales mejoras para los síntomas negativos, aunque la puntuación inicial fue baja.	Working Alliance Inventory (WAI) Versión ampliada de la Escala de Calificación Psiquiátrica Breve (BPRS-E; Lukoff, Nuechterlein y Ventura, 1986) Cuestionario de Cohesión (Piper, Marrache, Lacroix, Richardson y Jones, 1983). Escala positiva y negativa de SERS-SF).
12	Lecomte et al. (2018)	Si	En esta investigación se evidencio una reducción en los síntomas generales de la psicosis ($P = 0.035$) y un aumento de las estrategias de afrontamiento. Sugiriendo que los síntomas en general, incluida la paranoia, así como los delirios, las voces, la ansiedad y la depresión, influyen en la autoestima y viceversa. Siendo así la TCC también podría funcionar más específicamente para mejorar la autoestima directamente, no sólo mediante la reducción de los síntomas.	QuickLL (Lecomte & Leclerc, 2004)
13	(Chen et al., 2023)	Si	Los resultados evidenciaron que la TCC combinada con educación sobre salud mental puede ser un método de tratamiento beneficioso relevante para reducir los síntomas clínicos, las funciones cognitivas y sociales de los pacientes con esquizofrenia. Después de la intervención, hubo diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control en la puntuación total de la PANSS ($P < 0,05$), puntuación del factor positivo ($P < 0,05$), puntuación del factor cognitivo ($P < 0,05$) y puntuación total SDSS ($P < 0,01$). Cuatro semanas después de la intervención, hubo diferencias significativas entre el grupo de intervención y el	Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). Escala de detección de deficiencias de funciones sociales (SDSS).

			grupo de control en la puntuación total de la PANSS ($P < 0,01$), puntuación del factor de excitación ($P < 0,05$), puntuación del factor cognitivo ($P < 0,01$), puntuación del factor de ansiedad y depresión ($P < 0,01$) y puntuación total SDSS ($P < 0,01$).	
14	Müller et al. (2020)	Si	Al finalizar el tratamiento de TCC + Terapia habitual se observó tamaños de efecto entre grupos de al menos $d=0,39$ a favor de TCC + TAU después del tratamiento y tamaños del efecto de al menos $d=0,35$ después de 24 meses. Los hallazgos de este estudio sugieren que es un enfoque prometedor con respecto a los síntomas negativos, el funcionamiento y la calidad de vida, ya que es un tratamiento seguro y tolerable.	<p>Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,97$).</p> <p>Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,91$).</p> <p>Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) Fiabilidad ($\alpha = 0,87$).</p> <p>Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS)</p>
15	Morrison, Law, et al. (2018)	No	La TCC no tuvo un efecto duradero sobre los síntomas totales de la esquizofrenia en comparación con el tratamiento habitual; sin embargo, la TCC produjo mejoras significativas estadísticamente, aunque no clínicamente, en los síntomas totales al final del tratamiento. No hubo indicios de que la adición de TCC al tratamiento habitual causara efectos adversos. Los resultados de este ensayo no respaldan la recomendación de ofrecer TCC de forma rutinaria a todas las personas que cumplan con los criterios de esquizofrenia.	<p>Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS).</p> <p>Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS).</p> <p>Escala de Impresión Clínica Global (CGI)</p>
16	Liu et al. (2019)	Si	Este estudio demuestra que la TCC breve dirigida a la prevención de recaídas y los síntomas positivos fue eficaz en pacientes con primer episodio de esquizofrenia. Específicamente, en comparación con el tratamiento habitual, se asoció con reducciones significativamente mayores en las recaídas, así como un efecto favorable $F(1,78) = 11,866, p = 0,001$ en la reducción de los síntomas psicóticos positivos en comparación al grupo de control y mayor disminución en el funcionamiento social, conducta desorganizada y aplanamiento afectivo durante las 62 semanas $F(1,78) = 13,890, p = 0,000$. Sin embargo, el tamaño de la muestra reducido y el estrecho rango de edad pueden conducir a una menor homogeneidad sociodemográfica, lo que a su vez podría afectar la confiabilidad de los resultados en este estudio científico. Además, la inclusión de un período de tratamiento prolongado, junto con el tratamiento farmacológico, podría explicar la aparente eficacia de la terapia. No obstante, la validez completa de la TCC en pacientes con esquizofrenia, cuando se combina con el tratamiento farmacológico, podría aclararse con una muestra más amplia.	<p>Escala de Síndrome Negativo (PANSS versión china) (Kay et al., 1987; Tianmei et al., 2004) Fiabilidad ($\alpha = 0,87$).</p> <p>Escala de Calificación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS) (Haddock et al., 1999) Fiabilidad ($\alpha = 0,94$)</p> <p>Programas para Evaluar la Percepción (PEP) (David, 1990)</p> <p>Escala de Desempeño Personal y Social (DPS) (Tianmei et al., 2011)</p>
17	Wong et al. (2019)	Si	Los pacientes que recibieron TCC y terapia habitual mostraron una mejoría significativamente mayor en su delirio en comparación con los que recibieron psicoeducación más terapia habitual. Casi el 61% de los pacientes de TCC	<p>Escalas de valoración de síntomas psicóticos (PSYRATS) (Haddock et al., 1999) Fiabilidad ($\alpha = 0,92$).</p>

			mostraron una reducción de al menos el 50% en su puntuación de delirio en el PSYRATS. La TCC grupal también resultó eficaz para reducir las creencias disfuncionales de los pacientes hacia las voces, especialmente en la subescala de benevolencia y omnipotencia, su convicción sobre el delirio, así como su angustia por los síntomas psicóticos positivos.	Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición (BDI-II, versión Taiwán). Fiabilidad ($\alpha = 0,84$). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, versión de Taiwán). Fiabilidad ($\alpha = 0,90$). La versión china del cuestionario Beliefs About Voices Questionnaire- Revised (BAVQ-R, versión china) Fiabilidad ($\alpha = 0,86$). Cuestionario de atención plena de Southampton (SMQ, versión china) Fiabilidad ($\alpha = 0,82$).
18	Owen et al. (2015)	Si	Los participantes que recibieron TCC grupal mostraron una mayor reducción de la angustia durante el seguimiento que los que recibieron TAU $p = 0,001$, aunque la diferencia entre los grupos no fue significativa en general. También mostraron una confianza significativamente mejorada a lo largo del tiempo desde el inicio hasta el postintervención y durante el seguimiento, en comparación con aquellos que recibieron TAU. Sin embargo, los hallazgos sugieren una tendencia a la disminución de los síntomas con el tiempo y sugieren una reducción más consistente de los síntomas en el grupo de intervención.	CORE-OM (CORE-10; Connel & Barkham, 2007) Fiabilidad ($\alpha = 0,90$). La Escala de Confianza en Salud Mental (MHCS; Carpinello, Knight, Markowitz y Pease, 2000) Fiabilidad ($\alpha = 0,94$). la Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS; Haddock, McCarron y otros, 1999) Fiabilidad ($\alpha = 0,90$)
19	Freeman et al. (2014)	Si	Después del tratamiento hubo una pequeña reducción en las creencias negativas sobre uno mismo (Cohen's $d = 0,24$) y una reducción moderada de la paranoia ($d = 0,59$), pero estos no fueron estadísticamente significativos. Hubo mejoras estadísticamente significativas en el bienestar psicológico ($d = 1,16$), creencias positivas sobre uno mismo ($d = 1,00$), comparación social negativa ($d = 0,88$), autoestima ($d = 0,62$) y depresión ($d = 0,68$). No se mantuvieron mejoras. No se asociaron eventos adversos con la intervención. La intervención produjo beneficios a corto plazo consistentes con la predicción de que mejorar las cogniciones sobre uno mismo reducirá los delirios persecutorios.	Escala de Pensamientos Paranoicos (GPTS) Escala de comparación social. Fiabilidad ($\alpha = 0,97$) Escala de calificación de síntomas psicóticos: delirios (PSYRATS)
20	Tarrier et al. (2014)	Si	El análisis de los resultados arrojó mejoras significativas en las medidas de ideación suicida (ASIQ), probabilidad de suicidio (SPS), en la desesperanza, la depresión, la autoestima, las puntuaciones totales de la PANSS, las puntuaciones de los síntomas generales de la PANSS, las puntuaciones de los síntomas positivos de la PANSS y el funcionamiento general (GAF). Cabe señalar que las puntuaciones no mejoraron para el tratamiento en relación con el grupo de Tratamiento habitual para la ansiedad (BAI), los síntomas negativos de la PANSS, las medidas de delirios y alucinaciones de PSYRATS, el total de GAF ni las medidas de discapacidad de GAF.	Escala de Beck para Ideación Suicida; BSS (Beck y dirección, 1991). Cuestionario de Ideación Suicida en Adultos; ASIQ (Reynolds, 1991). Escala de Probabilidad de Suicidio; MSF (Cull y Gill, 1982). Escala de depresión de Calgary (Addington y otros, 1990).

				<p>La escala de ansiedad de Beck (Beck y otros, 1988).</p> <p>La escala de desesperanza de Beck (Beck y otros, 1974).</p> <p>La Escala de Síntomas Positivos y Negativos; PANSS (Kay y otros, 1987).</p> <p>Las escalas de calificación de síntomas psicóticos; PSIRATAS (Haddock y otros, 1999).</p> <p>Escala de calificación de autoestima (Lecomte et al., 2006).</p> <p>Evaluación Global del Funcionamiento; GAF (DSM (IV), 1994)</p>
21	Eack et al. (2015)	Si	<p>Los resultados mostraron mejoras grandes y significativas en la neurocognición ($d = .86$), cognición social ($d = 1.13$), y el ajuste social ($d = .92$). Además, los individuos tratados con TCC tenían más probabilidades de reducir el consumo de alcohol un 67 % en TCC frente a 25 % en la atención habitual durante el tratamiento ($p = .021$). Estos resultados sugieren que una vez activado y estabilizado el paciente, la TCC es un tratamiento factible y potencialmente eficaz para el deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia que abusan del alcohol y/o el cannabis.</p>	<p>Batería cognitiva de consenso NIMH MATRICS (Verde y otros, 2004).</p> <p>Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT: Mayer y otros, 2003).</p> <p>Prueba de Reconocimiento de Emociones de Penn-40 (Kohler y otros, 2003) y la tarea de sugerencias (Corcoran y otros, 1995).</p> <p>Escala de Ajuste Social II (Escuela y otros, 1979).</p> <p>Inventario de ajuste de roles principales (Hogarty y otros, 1974b)</p> <p>Escala de Evaluación Global (Endicott y otros, 1976).</p> <p>Escala breve de calificación psiquiátrica (General y Gorham, 1962),</p> <p>Escala de síntomas negativos del ala (Ala, 1961).</p> <p>Escala de Depresión de Raskin (Raskin y otros, 1969).</p> <p>Escala de Ansiedad Covi (Lipman, 1982).</p>
22	Lam et al. (2015)	Si	<p>Los resultados del grupo de TCC evidenciaron mejoras significativas en el insight en comparación con el grupo de Terapia habitual, que mostraron disminuciones en el conocimiento cognitivo en el seguimiento. Estos hallazgos sugieren que la TCC mejora la conciencia de los procesos subyacentes a los síntomas delirantes.</p>	<p>Escala de percepción cognitiva de Beck (BCIS) versión taiwanesa. Fiabilidad ($\alpha = 0.70$)</p>
23	Lecomte et al. (2020)	Si	<p>El presente estudio tuvo como objetivo determinar el impacto de una breve intervención grupal de terapia cognitivo-conductual adaptada para programas de empleo con apoyo, aunque no era un objetivo específico, los resultados</p>	<p>Escala breve de calificación psiquiátrica-Versión ampliada (BPRS-E) (Ventura et al., 1993). Fiabilidad ($\alpha = 0.90$).</p>

			demonstraron una disminución significativa en sus síntomas negativos con el tiempo ($p = 0.013$), en comparación con la condición de control.	
24	Morrison et al. (2014)	Si	Los hallazgos demuestran que la TCC redujo significativamente los síntomas psiquiátricos ($p=0,003$) y parece ser una alternativa segura y aceptable para las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia que han optado por no tomar fármacos antipsicóticos.	Escala de síndrome positivo y negativo para la esquizofrenia (PANSS) Fiabilidad (0,83).
25	Ising et al. (2016)	Si	Este ensayo muestra que la TCC para pacientes con riesgo ultra alto de psicosis tuvo éxito en reducir el riesgo de una primera psicosis en un 50% y que estos efectos favorables se mantuvieron durante 4 años. Además, la intervención de TCC logró tasas de remisión más altas en la sintomatología de riesgo ultra alto. El retraso en la aparición de un primer episodio psicótico podría resultar más que un simple aplazamiento de la transición a la psicosis y podría considerarse una prevención real. Sin embargo, el funcionamiento social todavía se ve afectado en la mayoría de los participantes y muchos todavía sufren síntomas cognitivos positivos, negativos, síntomas de cambio de comportamiento y ansiedad.	Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional (SOFAS) Evaluación Integral de Estados Mentales de Riesgo (CAARMS). Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN). Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) Escala de Depresión de Calgary (CDS).
26	Khakbaz et al. (2023)	Si	El análisis de los datos mostró que, aunque la TCC reduce eficazmente los síntomas positivos y negativos y mejorar la regulación emocional de los pacientes, los datos obtenidos del tamaño del efecto de Cohen y los índices de recuperación mostraron que los resultados no son clínicamente significativos. En otras palabras, aunque los pacientes que recibieron TCC mostraron una ligera mejoría en los síntomas psicóticos y dificultad en la regulación emocional, no pudieron mantener los avances terapéuticos en la fase de seguimiento.	Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) Confiabilidad ($\alpha = 0.80$). Escala de dificultad en la regulación de las emociones (DERS) Confiabilidad ($\alpha = 0.93$)
27	Granholm et al. (2014)	Si	Los resultados sugieren que TCC es un tratamiento eficaz para mejorar el funcionamiento y los síntomas negativos experienciales en pacientes con esquizofrenia, y tanto TCC como la terapia de grupo de apoyo que se centra activamente en establecer y lograr objetivos de funcionamiento pueden mejorar la competencia social y reducir los síntomas positivos.	Evaluación de competencia social de Maryland (MASC), fiabilidad ($\alpha = 0.86$) Escala del síndrome positivo y negativo (PANSS), fiabilidad ($\alpha = 0.88$) Escala de evaluación de síntomas negativos (SANS), fiabilidad ($\alpha = 0.83$)
28	Dellazizzo et al. (2020)	Si	Los efectos de la TCC + Realidad Virtual mostraron reducciones estadísticamente significativas en la gravedad de las alucinaciones auditivas verbales ($p = 0,015$), medidos con el PSYRATS-AH con la disminución al menos el 20 % en la puntuación total. También mostró una disminución significativa en las creencias generales sobre las voces ($p=0,037$) medidas con el BAVQ-R. Finalmente los síntomas depresivos medidos con el BDI-II disminuyeron significativamente a lo largo del tiempo ($p=0,001$).	Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS-AH). Cuestionario de Creencias Sobre las Voces Revisado (BAVQ-R). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) Cuestionario de satisfacción y disfrute de la calidad de vida (Q-LES-Q-SF)

29	Lepage et al. (2023)	Si	Los seguimientos realizados a los 3 y 6 meses en el estudio exhiben una menor gravedad de los síntomas negativos en el grupo de TCC ($p=0,004$) en relación con el grupo de control. Adicional se mostró un efecto positivo el funcionamiento ($p=0,001$), recuperación y estigma ($p=0,004$).	<p>Escala de Evaluación de Síntomas Positivos, SAPS (Andreasen,1984).</p> <p>Escala de Evaluación de Síntomas Negativos, SANS (Andreasen,1984b). Escala de Evaluación de la Recuperación, RAS (Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf y Gervain,1995).</p> <p>Escala de Funcionamiento Social y Ocupacional, SOFAS (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini y Pioli, 2000)</p>
30	Schlier et al. (2020)	Si	Los resultados han demostrado que la intervención de TCC fue factible y aceptable para los participantes. Se evidencio un efecto positivo del tratamiento sobre los síntomas negativos ($p=0,001$), que predijeron una mejora posterior en el afrontamiento de los pacientes para los diferentes grupos de síntomas.	<p>Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas (CAPE,Stefanis y otros, 2002) Fiabilidad ($\alpha = 0,86$).</p> <p>Escala de síndrome positivo y negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,84$)</p>
31	Kukla et al. (2018)	Si	Los resultados indican que los participantes que recibieron TCC + Remediación Cognitiva (RC) trabajaron significativamente más horas y tuvieron una trayectoria más positiva para mejorar el desempeño laboral global y la calidad del trabajo $F(1, 39.6) = 6.15, p = 0.018$, en todo el estudio. En comparación con las otras condiciones, la TCC + CR también tuvo un aumento significativo en toda la neurocognición $F(1, 43) = 11,50, p = 0,002$, que continuó hasta el seguimiento de 12 meses, particularmente en los dominios de aprendizaje verbal y cognición social. Por lo que se considera que puede ser una intervención eficaz para mejorar el funcionamiento laboral y Neurocognición en personas con esquizofrenia.	<p>Inventario de Comportamiento Laboral (Bryson et al., 1997)</p> <p>Batería Cognitiva de Consenso MATRICS (Nuechterlein et al., 2008)</p> <p>Test PANSS (Kay et al., 1987).</p>
32	Nobakht et al. (2023)	Si	Después de 8 sesiones de TCC en el grupo experimental, las puntuaciones medias de regulación de las emociones y sus subcomponentes aumentaron significativamente en el grupo experimental que en el grupo de control (0,05). Por lo tanto, considerando la eficacia de la TCC para mejorar las dimensiones de autorregulación emocional, es recomendable utilizar este entrenamiento para mejorar la autorregulación emocional en pacientes con esquizofrenia.	<p>Inventario de Autorregulación (SRI-25) Fiabilidad ($\alpha = 0,97$)</p>
33	Fereidooni et al. (2023)	Si	Después de la intervención, los resultados mostraron diferencias significativas en los niveles de insight ($P = 0,001$) y adherencia a la medicación ($P = 0,003$). Tres meses después de la intervención, los resultados mostraron diferencias significativas en los niveles de insight y adherencia a la medicación ($P = 0,001$). Las diferencias en las puntuaciones medias de los niveles de insight y la adherencia a la medicación en el seguimiento postintervención y a los 3 meses sólo fueron significativas en el grupo de TCC ($P = 0,001$). Según la evidencia la TCC es un tratamiento eficaz para mejorar el conocimiento y la adherencia a la medicación en pacientes esquizofrénicos.	<p>Cuestionario de actitudes de tratamiento y conocimiento (ITAQ) Fiabilidad ($\alpha = 0,90$).</p> <p>Escala de calificación de adherencia a la medicación (MARS) Fiabilidad ($\alpha = 0,91$).</p>

34	Sönmez et al. (2020)	Si	No hubo diferencias entre el grupo de TCC y el grupo de Terapia habitual con respecto a las mejoras en los síntomas depresivos medidos con la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia ($P = 0,188$) o autoestima medida con la Escala de Autoestima de Rosenberg ($P = 0,580$). Sin embargo, los pacientes en el grupo de TCC mejoraron significativamente más en los síntomas negativos ($P = 0,002$) y funcionamiento social ($P = 0,001$). No se encontró que la TCC sea más efectiva que la Terapia habitual para reducir los síntomas depresivos o aumentar la autoestima en pacientes con psicosis temprana. Sin embargo, la TCC parece mejorar los síntomas negativos y el funcionamiento.	Entrevista clínica estructurada para la puntuación de la escala de síndrome positivo y negativo (SCI-PANSS). Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). Escala de Evaluación Premórbida (PAS). Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT). Identificación de Trastornos por Uso de Drogas (DUDIT). Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS). Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF)
35	Shukla et al. (2021)	Si	Los resultados evidenciaron que la terapia cognitivo-conductual junto con la farmacoterapia era más eficaz para mejorar los síntomas clínicos de la esquizofrenia y el funcionamiento global en comparación con la farmacoterapia sola. Se encontró que los beneficios terapéuticos obtenidos después de la intervención no sólo se mantuvieron, sino que también mejoraron durante el seguimiento, en niveles significativos de 0,01, lo que demuestra que la terapia cognitivo-conductual es duradera.	Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS). Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS). Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF).
36	Rizk et al. (2016)	Si	Al comparar las puntuaciones preevaluación con las puntuaciones posevaluación después de 8 semanas de TCC breve para alucinaciones auditivas, se observó una reducción significativa de los síntomas en las puntuaciones PANSS positiva ($P < 0,001$), negativa ($P = 0,008$), síntomas generales ($P < 0,001$) y total ($P < 0,001$). La TCC breve para las alucinaciones auditivas resultó eficaz para reducir la gravedad de los síntomas en la esquizofrenia.	Escala de síndrome positivo y negativo (PANSS) Fiabilidad ($\alpha = 0,91$).
37	Spencer et al. (2018)	Si	Los resultados evidenciaron que luego cada sesión de TCC a la que se asistían los pacientes, reducía la puntuación total de la PANSS en aproximadamente 0,6 puntos ($p = 0,031$). Esto sugiere que la duración de la terapia es importante para aquellos que reciben TCC en ausencia de medicación antipsicótica. Sin embargo, es importante señalar que estos hallazgos fueron evidentes en un análisis exploratorio con una muestra pequeña. Se necesitan futuros estudios a mayor escala para ayudar a comprender componentes de un tratamiento eficaz.	Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) (Kay y otros, 1987) Fiabilidad ($\alpha = 0,90$)
38	Naeem et al. (2015)	Si	Tras aplicar la TCC breve y culturalmente adaptada para la psicosis, los participantes mostraron una mejoría estadísticamente significativa en Síntomas Positivos (PANSS, Subescala de Síntomas Positivos; $p = 0,000$), Síntomas Negativos (PANSS, Subescala de Síntomas Negativos; $p = 0,000$), Delirios	Positive and Negative Syndrome Scale of Schizophrenia (PANSS) (Kay et al., 1987) Fiabilidad ($\alpha = 0,90$)

			(PSYRATS, Subescala de Delirios; $p = 0,000$), Alucinaciones (PSYRATS, Subescala de Alucinaciones; $p = 0,000$) e Insight (SAI; $p = 0,007$). Los resultados sugieren que la TCC breve y culturalmente adaptada para la psicosis puede ser un tratamiento eficaz cuando se proporciona en combinación con Terapia habitual, para pacientes con esquizofrenia.	Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS) (Haddock et al., 1999) Fiabilidad ($\alpha = 0.80$) Schedule for Assessment of Insight (SAI) (David et al., 1992) Fiabilidad ($\alpha = 0.91$)
39	Cruz y Pastor, (2023)	Si	Los resultados evidenciaron que la TCC logro fortalecer las habilidades sociales en un 50% del nivel alto, un 46,7 % del nivel medio y un 3,3 % un nivel bajo. Se evidencio que los resultados obtenidos del post test fueron significativos ($p = 0,000$), por lo que la TCC, contribuye significativamente en fortalecer las habilidades sociales en la recuperación de los usuarios con trastorno de esquizofrenia.	Escala de habilidades sociales de Elena Gismero Gonzales, adaptación del Ps. Cesar Ruiz Alva.

La tabla 7 demuestra una diversidad de hallazgos y resultados obtenidos tras una exhaustiva búsqueda de artículos científicos, sobre la efectividad de la Terapia Cognitivo-conductual en el tratamiento de la psicosis. En general, la mayoría de los estudios destacan beneficios significativos de la TCC en diferentes aspectos de la psicopatología, aunque también se observan algunas limitaciones y variaciones en los resultados a lo largo del tiempo.

Pos et al. (2019) y Spencer et al. (2018) sugieren que, aunque la TCC puede tener efectos positivos a corto plazo, estos beneficios pueden no ser sostenibles a largo plazo. Pos et al. (2019) señala que los participantes informaron síntomas negativos clínicamente relevantes seis meses después del final del tratamiento. En contraste, Freeman et al. (2015), Husain et al. (2017), Turkington et al. (2014) y Zanello et al. (2014), destacan mejoras significativas en síntomas específicos, como reducción de síntomas positivos, negativos y mejoras en la psicopatología general. Freeman et al. (2015) incluso sugieren que la TCC puede ser una adición beneficiosa al tratamiento estándar al reducir la paranoia y las preocupaciones delirantes.

El estudio de Chen et al. (2023) sugiere que la TCC puede ser especialmente beneficiosa cuando se combina con otros enfoques, como la educación en salud mental o la realidad virtual (Dellazizzo et al., 2020). Además, Birchwood et al. (2014) y Perry et al. (2015) destacan que, aunque la TCC puede no tener un impacto significativo en la sintomatología, puede mejorar el funcionamiento psicosocial y el afrontamiento.

En consonancia con estas observaciones, estudios específicos, como los de Eack et al. (2015) y Wong et al. (2019) señalan mejoras específicas en la neurocognición y el desempeño laboral, resaltando así la utilidad particular de la TCC en determinados subgrupos de pacientes.

Fereidooni et al. (2023), Lecomte et al. (2018), Nobakht et al. (2023), Putri et al. (2020) extienden aún más las opciones terapéuticas al indicar que la TCC puede generar un impacto positivo en la regulación emocional, la reducción del riesgo de violencia, la mejora en la autoestima y la adherencia a la medicación. Estos aspectos no solo son fundamentales para un manejo integral y efectivo de la psicosis, sino que también se revelan como piedras angulares para mejorar significativamente la calidad de vida de los individuos afectados.

No obstante, es fundamental considerar que ciertos estudios, como el realizado por Husain et al. (2017) indican que la TCC como complemento del tratamiento habitual demostró resultados más favorables en comparación con su aplicación de manera independiente.

Por otro lado, algunos estudios, como Morrison, Law, et al. (2018) señalan que, aunque la TCC produjo mejoras estadísticamente significativas en los síntomas totales al final del tratamiento, estos beneficios pueden no ser clínicamente sostenibles a largo plazo. Esto resalta la importancia de considerar no solo la significancia estadística, sino también la relevancia clínica de los resultados. Por lo cual no respaldan la recomendación de ofrecer TCC de forma rutinaria a todas las personas con psicosis, lo que sugiere la necesidad de considerar la individualización del tratamiento. Además, el tamaño de muestra reducido en algunos estudios, como el de Liu et al. (2019), la adaptación cultural al aplicar la TCC mencionada en la investigación de Naeem et al. (2015) la variabilidad en la duración del tratamiento y la influencia del tratamiento farmacológico pueden afectar la generalización de los resultados.

La variabilidad en los resultados se debe a diferencias en los diseños de los estudios, las poblaciones de pacientes, la duración de las intervenciones y el seguimiento, así como las medidas utilizadas. Además, la heterogeneidad de los resultados destaca la necesidad de investigaciones adicionales para comprender mejor los factores que influyen en la eficacia de la TCC en pacientes con psicosis.

A pesar de las limitaciones y variaciones, la mayoría de los estudios respaldan la idea de que la TCC puede ser una intervención valiosa en el tratamiento de la psicosis, ofreciendo mejoras en diferentes áreas de la sintomatología y el funcionamiento. Sin embargo, se requiere más investigación para determinar las condiciones específicas en las que la TCC puede ser más beneficiosa y sostenible a largo plazo, así como identificar a qué subgrupos de pacientes puede beneficiar más.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La psicosis abarca un espectro de varios trastornos, cada uno con sus distintos criterios que permiten su diferenciación en el proceso de diagnóstico. Según la bibliografía revisada, los tipos más comunes de psicosis en la población incluyen la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno de ideas delirantes, el trastorno esquizofreniforme y la psicosis no clasificada en otra parte. Además, se observó que los manuales preferidos por los evaluadores son el DSM V, DSM-IV, DSM-IV-TR y el CIE 10, siendo este último menos utilizado que el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. En cuanto a otros datos demográficos de la población, se concluye que tanto adolescentes como adultos y adultos mayores pueden presentar diagnósticos psicóticos, siendo más comunes en el género masculino. Por último, cabe destacar que esta temática está siendo abordada principalmente por países como el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y varios países europeos.
- Se concluye que las técnicas más empleadas en el tratamiento de la población psicótica abarcan una variedad de enfoques, incluyendo entrenamiento en habilidades sociales, afrontamiento de crisis, programación de actividades y exposición, reestructuración cognitiva, psicoeducación, normalización, y el Modelo ABC, así como técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual basada en mindfulness, y métodos de respiración, distracción y concentración. Estas técnicas están diseñadas para abordar las áreas cognitivas, conductuales y emocionales, que son componentes fundamentales de la experiencia humana. Es pertinente que su aplicación se realice de manera gradual y distribuida en varias sesiones, ya que utilizarlas en una sola sesión puede abrumar al paciente y comprometer su efectividad.
- A pesar de la variabilidad en los resultados, la evidencia acumulativa respalda la eficacia de la TCC como intervención complementaria al tratamiento habitual para mejorar tanto los síntomas positivos como los negativos, así como la calidad de vida en pacientes afectados. Sin embargo, existe cierta inconsistencia en la persistencia de estos efectos a lo largo del tiempo. Además, se destaca la necesidad apremiante de investigaciones adicionales para una comprensión más profunda de los factores que influyen en el tratamiento de la psicosis con técnicas cognitivo-conductuales y para la identificación precisa de subgrupos de pacientes que puedan obtener los máximos beneficios.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la comunidad científica Latinoamérica que promueva investigaciones sobre la terapia cognitiva conductual aplicada en la psicosis, ya que la mayor parte de estudios están direccionados a población de diferentes regiones y sus resultados no pueden ser generalizables a población latinoamericana.
- Se sugiere que se siga explorando las técnicas utilizadas en el tratamiento de la psicosis, ya que la investigación y la aplicación de enfoques terapéuticos pueden continuar avanzando para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente, fomentando así una atención efectiva.
- Se recomienda a la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo impulsar investigaciones sobre la efectividad de la TCC en la psicosis a través de los semilleros de investigación o repositorios de temas de tesis.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association APA. (2014). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5 th.ed). <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Álvarez-Mon, M. A., Vidal, C., & Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de la psicosis. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5023-5036. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.010>
- Amador, A. G. L., Saavedra, D. R., Garfia, C. X. D., & Chávez, J. J. (2019). Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), Article 11. <https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>
- Birchwood, M., Michail, M., Meaden, A., TARRIER, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Dunn, G., & Peters, E. (2014). Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): A randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 23-33. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70247-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70247-0)
- Chen, X.-L., Deng, X.-T., Sun, F.-G., & Huang, Q.-J. (2023). Effect of cognitive behavioral group therapy on rehabilitation of community patients with schizophrenia: A short-term randomized control trial. *World Journal of Psychiatry*, 13(8), 583-592. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i8.583>
- Coloma, E. B., Balarezo, L. A., Ramírez, A. A., & Jaramillo, J. A. (2023). Revisión sistemática de las intervenciones psicoterapéuticas en niños y adolescentes con psicosis de Educación General Básica y Bachillerato. *Revista Conrado*, 19(90), Article 90. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2871>

- Cruz, S. de los M. C., & Pastor, J. L. P. (2023). PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA FORTALECER LAS HABILIDADES SOCIALES EN USUARIOS DE TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA. *Revista Científica Epistemia*, 7(2), Article 2. <https://doi.org/10.26495/rce.v7i2.2546>
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Phraxayavong, K., & Dumais, A. (2020). Exploring the Benefits of Virtual Reality-Assisted Therapy Following Cognitive-Behavioral Therapy for Auditory Hallucinations in Patients with Treatment-Resistant Schizophrenia: A Proof of Concept. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 3169. <https://doi.org/10.3390/jcm9103169>
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Phraxayavong, K., & Dumais, A. (2021). One-year randomized trial comparing virtual reality-assisted therapy to cognitive-behavioral therapy for patients with treatment-resistant schizophrenia. *Npj Schizophrenia*, 7(1), 9. <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00139-2>
- Eack, S. M., Hogarty, S. S., Greenwald, D. P., Litschge, M. Y., McKnight, S. A. F., Bangalore, S. S., Pogue-Geile, M. F., Keshavan, M. S., & Cornelius, J. R. (2015). Cognitive Enhancement Therapy in substance misusing schizophrenia: Results of an 18-month feasibility trial. *Schizophrenia Research*, 161(2-3), 478-483. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.017>
- Fereidooni, S., Razeghian, L., & Fateh, N. (2023). Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy in Insight and Treatment Adherence in Schizophrenic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 12(3). <https://doi.org/10.5812/jjcdc-135541>
- Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H., Černis, E., Wingham, G., Shirvell, K., & Kingdon, D. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): A

parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 305-313. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00039-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00039-5)

Freeman, D., Pugh, K., Dunn, G., Evans, N., Sheaves, B., Waite, F., Černis, E., Lister, R., & Fowler, D. (2014). An early Phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: The potential benefits of enhancing self confidence. *Schizophrenia Research*, 160(1-3), 186-192. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.038>

García-Herrera, J., Hurtado, M., Quemada, C., Nogueras, V., Bordallo, A., Martí, C., Millán, A., Rivas, F., & Morales, J. (2019). *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/guia-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-de-la-psicosis-y-la-esquizofrenia-manejo-en-atencion>

Gonzalez, D. F. G., Barreto, A. P. B., & Salamanca, Y. S. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [Investigación documental]. *Revista iberoamericana de psicología*, 10(2), Article 2. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10211>

Granda, M. F., & Hernández, Y. D. L. C. (2021). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la salud mental de mujeres víctimas de violencia sexual. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 91-102. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp91-102>

Granhölm, E., Holden, J. L., Dwyer, K., & Link, P. (2020). Mobile-assisted cognitive-behavioral social skills training in older adults with schizophrenia. *Journal of*

Behavioral and Cognitive Therapy, 30(1), 13-21.

<https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.03.006>

Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., & McQuaid, J. R. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: Improvement in functioning and experiential negative symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1173-1185. <https://doi.org/10.1037/a0037098>

Granholm, E., Holden, J., & Worley, M. (2018). Improvement in Negative Symptoms and Functioning in Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia: Mediation by Defeatist Performance Attitudes and Asocial Beliefs. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 653-661. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx099>

Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. (2000) Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial médica Panamericana. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>

Habib, N., Dawood, S., Kingdon, D., & Naeem, F. (2015). Preliminary Evaluation of Culturally Adapted CBT for Psychosis (CA-CBTp): Findings from Developing Culturally-Sensitive CBT Project (DCCP). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(2), 200-208. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000829>

Husain, M. O., Chaudhry, I. B., Mehmood, N., Rehman, R. U., Kazmi, A., Hamirani, M., Kiran, T., Bukhsh, A., Bassett, P., Husain, M. I., Naeem, F., & Husain, N. (2017). Pilot randomised controlled trial of culturally adapted cognitive behavior therapy for psychosis (CaCBTp) in Pakistan. *BMC Health Services Research*, 17(1), 808. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2740-z>

- Inchausti, F., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., & Lysaker, P. H. (2019). *13 La terapia metacognitiva en psicosis.*
- Ising, H. K., Kraan, T. C., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R. M. C., Boonstra, N., Nieman, D. H., Willebrands-Mendrik, M., Van Den Berg, D. P. G., Linszen, D. H., Wunderink, L., Veling, W., Smit, F., & Van Der Gaag, M. (2016). Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Schizophrenia Bulletin*, *42*(5), 1243-1252. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw018>
- Jeppesen, U. N., Due, A. S., Mariegaard, L., Pinkham, A., Vos, M., Veling, W., Nordentoft, M., & Glenthøj, L. B. (2022). Face Your Fears: Virtual reality-based cognitive behavioral therapy (VR-CBT) versus standard CBT for paranoid ideations in patients with schizophrenia spectrum disorders: a randomized clinical trial. *Trials*, *23*(1), 658. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06614-0>
- Khakbaz, H., Khanjani, M. S., Younesi, S. J., Khodaie Ardakani, M. R., Hadi Safi, M., & Hosseinzadeh, S. (2023). Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on the Positive and Negative Psychotic Symptoms and Emotion Regulation of Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Rehabilitation*, *24*(1), 2-27. <https://doi.org/10.32598/RJ.24.1.1450.3>
- Kukla, M., Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (2018). A randomized controlled trial examining a cognitive behavioral therapy intervention enhanced with cognitive remediation to improve work and neurocognition outcomes among persons with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, *197*, 400-406. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.01.012>

- Lam, K. C. K., Ho, C. P. S., Wa, J. C., Chan, S. M. Y., Yam, K. K. N., Yeung, O. S. F., Wong, W. C. H., & Balzan, R. P. (2015). Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: A randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *64*, 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.008>
- Lecomte, T., Corbière, M., Giguère, C.-E., Titone, D., & Lysaker, P. (2020). Group cognitive behaviour therapy for supported employment – Results of a randomized controlled cohort trial. *Schizophrenia Research*, *215*, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.063>
- Lecomte, T., Leclerc, C., & Wykes, T. (2018). Symptom fluctuations, self-esteem, and cohesion during group cognitive behaviour therapy for early psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *91*(1), 15-26. <https://doi.org/10.1111/papt.12139>
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., Nicole, L., & Abdel Baki, A. (2015). Understanding process in group cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *88*(2), 163-177. <https://doi.org/10.1111/papt.12039>
- Lepage, M., Bowie, C. R., Montreuil, T., Baer, L., Percie Du Sert, O., Lecomte, T., Joobar, R., Abdel-Baki, A., Jarvis, G. E., Margolese, H. C., De Benedictis, L., Schmitz, N., & Malla, A. K. (2023). Manualized group cognitive behavioral therapy for social anxiety in first-episode psychosis: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *53*(8), 3335-3344. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005328>
- Liu, Y., Yang, X., Gillespie, A., Guo, Z., Ma, Y., Chen, R., & Li, Z. (2019). Targeting relapse prevention and positive symptom in first-episode schizophrenia using

- brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study. *Psychiatry Research*, 272, 275-283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.130>
- Llinàs, L., Blanco, L., Lobo, E., Estrada, M., & Vivanco, R. (2023). Evaluación de los programas de intervención temprana en psicosis dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes. *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya*, 133(23), 288.
- López-Navarro, E., Del Canto, C., Mayol, A., Fernández-Alonso, O., Reig, J., & Munar, E. (2020). Does mindfulness improve inhibitory control in psychotic disorders? A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(3), 192-199. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.002>
- Morales, T., Fresán Orellana, A., Robles-García, R., Domínguez, M., Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México., Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, & Psicología Clínica, Universidad del Valle de México, México. (2015). La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Salud mental*, 38(5), 371-377. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.050>
- Morrison, A. P., Law, H., Carter, L., Sellers, R., Emsley, R., Pyle, M., French, P., Shiers, D., Yung, A. R., Murphy, E. K., Holden, N., Steele, A., Bowe, S. E., Palmier-Claus, J., Brooks, V., Byrne, R., Davies, L., & Haddad, P. M. (2018). Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: A randomised controlled pilot and feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 5(5), 411-423. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30096-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30096-8)
- Morrison, A. P., Pyle, M., Gumley, A., Schwannauer, M., Turkington, D., MacLennan, G., Norrie, J., Hudson, J., Bowe, S. E., French, P., Byrne, R., Syrett, S., Dudley,

- R., McLeod, H. J., Griffiths, H., Barnes, T. R. E., Davies, L., Kingdon, D., Aydinlar, S., ... Tully, S. (2018). Cognitive behavioural therapy in clozapine-resistant schizophrenia (FOCUS): An assessor-blinded, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 633-643. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30184-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30184-6)
- Morrison, A. P., Pyle, M., Maughan, D., Johns, L., Freeman, D., Broome, M. R., Husain, N., Fowler, D., Hudson, J., MacLennan, G., Norrie, J., Shiers, D., Hollis, C., James, A., Morrison, A. P., Pyle, M., Maughan, D., Johns, L., Freeman, D., ... James, A. (2020). Antipsychotic medication versus psychological intervention versus a combination of both in adolescents with first-episode psychosis (MAPS): A multicentre, three-arm, randomised controlled pilot and feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 788-800. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30248-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30248-0)
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L. M., & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395-1403. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62246-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62246-1)
- Müller, H., Kommescher, M., Güttgemanns, J., Wessels, H., Walger, P., Lehmkuhl, G., Kuhr, K., Hamacher, S., Lehmacher, W., Müller, K., Herrlich, J., Wiedemann, G., Stösser, D., Klingberg, S., & Bechdorf, A. (2020). Cognitive behavioral therapy in adolescents with early-onset psychosis: A randomized controlled pilot study.

- European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(7), 1011-1022.
<https://doi.org/10.1007/s00787-019-01415-4>
- Naeem, F., Saeed, S., Irfan, M., Kiran, T., Mehmood, N., Gul, M., Munshi, T., Ahmad, S., Kazmi, A., Husain, N., Farooq, S., Ayub, M., & Kingdon, D. (2015). Brief culturally adapted CBT for psychosis (CaCBTp): A randomized controlled trial from a low income country. *Schizophrenia Research*, 164(1-3), 143-148.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.02.015>
- Nobakht, H., Dasht Arjandi, M. M., & Karbalaeei Herafteh, F. S. (2023). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Emotion Self-regulation and its Components in Patients with Schizophrenia: A Semi-experimental Study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 12(2). <https://doi.org/10.5812/jjcdc-135134>
- Ollari, J., Deschle, F., Rubiño, V., Blanco, R., Ciufia, N., & Delembert, W. (2023). Psicosis tardías y fenocopias. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 34(161), 67-86. <https://doi.org/10.53680/vertex.v34i161.487>
- Ortíz, J. M., & Cañizares, E. (2021). Terapia cognitivo conductual y esquizofrenia: Un estudio de revisión sobre su eficacia. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 362-372. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp362-372>
- Owen, M., Sellwood, W., Kan, S., Murray, J., & Sarsam, M. (2015). Group CBT for psychosis: A longitudinal, controlled trial with inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.008>
- Pena-Garijo, J., & Monfort-Escrig, C. (2020). Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (II): Sesgos cognitivos, modelos explicativos y programas de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(137), 131-154. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352020000100008>

- Perry, Y., Murrhiy, R. C., Varlow, M., Dedousis-Wallace, A., Ellis, D. M., Langdon, R., & Kidman, A. D. (2015). The development and implementation of a pilot CBT for early psychosis service: Achievements and challenges. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(3), 252-259. <https://doi.org/10.1111/eip.12145>
- Pos, K., Franke, N., Smit, F., Wijnen, B. F. M., Staring, A. B. P., Van Der Gaag, M., Meijer, C., De Haan, L., Velthorst, E., & Schirmbeck, F. (2019). Cognitive behavioral therapy for social activation in recent-onset psychosis: Randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 151-160. <https://doi.org/10.1037/ccp0000362>
- Pozza, A., & Dèttore, D. (2020). Modular cognitive-behavioral therapy for affective symptoms in young individuals at ultra-high risk of first episode of psychosis: Randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 392-405. <https://doi.org/10.1002/jclp.22901>
- Premkumar, P., Fannon, D., Sapara, A., Peters, E. R., Anilkumar, A. P., Simmons, A., Kuipers, E., & Kumari, V. (2015). Orbitofrontal cortex, emotional decision-making and response to cognitive behavioural therapy for psychosis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 231(3), 298-307. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2015.01.013>
- Putri, K., Teguh, P., & Sulastri. (2020). *Effectiveness of a cognitive behavioral group therapy program for reducing violence risk in persons with schizophrenia* [Diploma, Poltekkes Tanjungkarang]. <https://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/1097/>
- Rees, C. S., Hasking, P., Breen, L. J., Lipp, O. V., & Mamotte, C. (2015). Group mindfulness based cognitive therapy vs group support for self-injury among

- young people: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0527-5>
- Rizk, D., Salama, H., Molohkia, T., & Kassem, L. (2016). Study of effectiveness of brief cognitive behavioral therapy for auditory hallucinations in schizophrenia. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 37(2), 53. <https://doi.org/10.4103/1110-1105.193022>
- Schlier, B., Ludwig, L., Wiesjahn, M., Jung, E., & Lincoln, T. M. (2020). Fostering coping as a mechanism of symptom change in cognitive behavioural therapy for psychosis. *Schizophrenia Research*, 215, 416-423. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.047>
- Shukla, P., Padhi, D., Sengar, K., Singh, A., & Chaudhury, S. (2021). Efficacy and durability of cognitive behavior therapy in managing hallucination in patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(2), 255. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_94_20
- Silva, J. E., Mejía Barros, A. D., Quinteros Moyano, G., Romero Minaya, E. A., & Sócola Macas, R. Y. (2018). Caso clínico: Esquizofrenia Paranoide. *LA CIENCIA AL SERVICIO DE LA SALUD Y NUTRICIÓN*, 9(1), 36-45. <https://doi.org/10.47187/cssn.Vol9.Iss1.25>
- Sivec, H. J., Montesano, V. L., Skubby, D., Knepp, K. A., & Munetz, M. R. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBT-p) Delivered in a Community Mental Health Setting: A Case Comparison of Clients Receiving CBT Informed Strategies by Case Managers Prior to Therapy. *Community Mental Health Journal*, 53(2), 134-142. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9930-0>
- Sönmez, N., Romm, K. L., Østefjells, T., Grande, M., Jensen, L. H., Hummelen, B., Tesli, M., Melle, I., & Røssberg, J. I. (2020). Cognitive behavior therapy in early

- psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Comprehensive Psychiatry*, 97, 152157. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152157>
- Spencer, H. M., McMenamin, M., Emsley, R., Turkington, D., Dunn, G., Morrison, A. P., Brabban, A., Hutton, P., & Dudley, R. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for antipsychotic-free schizophrenia spectrum disorders: Does therapy dose influence outcome? *Schizophrenia Research*, 202, 385-386. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.016>
- Tarrier, N., Kelly, J., Maqsood, S., Snelson, N., Maxwell, J., Law, H., Dunn, G., & Gooding, P. (2014). The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: A clinical trial. *Schizophrenia Research*, 156(2-3), 204-210. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.029>
- Tur, C., & Caballero, R. (2014). *EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS IDEAS DELIRANTES DESDE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: PERSPECTIVA DESDE UN CASO.*
- Turkington, D., Munetz, M., Pelton, J., Montesano, V., Sivec, H., Nausheen, B., & Kingdon, D. (2014). High-Yield Cognitive Behavioral Techniques for Psychosis Delivered by Case Managers to Their Clients With Persistent Psychotic Symptoms: An Exploratory Trial. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 202(1), 30-34. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000070>
- Weintraub, M. J., Ichinose, M. C., Zinberg, J., Done, M., Morgan-Fleming, G. M., Wilkerson, C. A., Brown, R. D., Bearden, C. E., & Miklowitz, D. J. (2022). App-enhanced transdiagnostic CBT for adolescents with mood or psychotic spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, 311, 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.094>

- Wong, A. W. S., Ting, K. T., & Chen, E. Y. H. (2019). Group cognitive behavioural therapy for Chinese patients with psychotic disorder: A feasibility controlled study. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 157-164. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.015>
- Wood, L., Williams, C., Billings, J., & Johnson, S. (2020). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural informed psychological interventions for psychiatric inpatients with psychosis. *Schizophrenia Research*, 222, 133-144. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.041>
- World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)
- Zanello, A., Mohr, S., Merlo, M. C. G., Huguelet, P., & Rey-Bellet, P. (2014). Effectiveness of a Brief Group Cognitive Behavioral Therapy for Auditory Verbal Hallucinations: A 6-Month Follow-up Study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 202(2), 144-153. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000084>

ANEXOS

Tema: Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la Psicosis			
Crterios	No ítems	Elementos a valorar	Calificacion
Finalidad del estudio	1	Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables	1
Literatura	2	Relevante para el estudio	1
Diseño	3	Adecuación al tipo de estudio	1
	4	No presencia de sesgos	1
Muestra	5	Descripción de la muestra	1
	6	Justificación del tamaño de la muestra	1
	7	Consentimiento informado	1
Medición	8	Validez de las medidas	1
	9	Fiabilidad de las medidas	1
Intervención	10	Descripción de la intervención	1
	11	Evitar contaminación	1
	12	Evitar co-intervención	1
Resultados	13	Exposición estadística de los resultados	1
	14	Método de análisis estadístico	1
	15	Abandonos	1
	16	Importancia de los resultados para la clínica	1
Conclusión e implicación clínica de los resultados	17	Conclusiones coherentes	1
	18	Informe de la implicación clínica de los resultados obtenidos	1
	19	Limitaciones del estudio	1
TOTAL			19