



Deterioro de la cognición social en el curso de la esquizofrenia (2010-2021): revisión
sistemática

Presentado por:

Laura Valentina Correa Restrepo

Isabel Samara Grajales Alvarez

Nancy Lorena Largo Betancur

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Sede Bello

Facultad de ciencias humanas y sociales

Psicología

2021

Deterioro de la cognición social en el curso de la esquizofrenia (2010-2021): revisión
sistemática

Presentado por:

Laura Valentina Correa Restrepo

Isabel Samara Grajales Alvarez

Nancy Lorena Largo Betancur

Monografía presentada como requisito para optar al título de psicólogas

Asesor:

Julián Andrés Ramírez Euse

Magister en neuropsicología y educación

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Sede Bello

Facultad de ciencias humanas y sociales

Psicología

2021

Tabla de Contenido

Lista de tablas	5
Lista de figuras.....	6
Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción	9
Planteamiento del problema.....	11
Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos.....	19
Justificación	20
Marco teórico - conceptual	22
Esquizofrenia.....	22
Síntomas	23
Subtipos clásicos de esquizofrenia	24
Afectaciones en esquizofrenia	25
Tratamiento.....	26
Deterioro cognitivo	27
Cognición social.....	28
Teoría de la mente	30
Procesamiento de las emociones	31
Percepción social	31
Sesgo atribucional.....	32
Marco legal	33
Diseño metodológico	34
Enfoque	34
Alcance.....	35
Muestra.....	35

Deterioro de la cognición social en el curso de la esquizofrenia (2010-2021): revisión sistemática	4
Criterios de inclusión	35
Criterios de exclusión.....	35
Instrumentos de recopilación de datos	36
Técnicas de procesamiento de la información	36
Consideraciones éticas	37
Resultados	38
Diagrama de flujo.....	38
Análisis de artículos revisados	39
Descripción de hallazgos según categorías de análisis	44
Calidad de vida y cognición social	44
Cognición social asociada a la fase de la enfermedad.....	46
Cognición social asociada a la medicación	47
Cognición social asociada a la sintomatología	48
Entrenamiento cognitivo en la cognición social.....	50
Variables neurocognitivas y cognición social	52
Discusión.....	55
Conclusiones	57
Limitaciones para desarrollar el estudio.....	58
Prospectiva o recomendaciones	59
Referencias.....	60
Apéndices.....	79
Apéndice 1. Matriz de datos.....	79
Apéndice 2. Matriz de análisis 1	79
Apéndice 3. Matriz de análisis 2	80

Lista de tablas

Tabla 1. Países	39
Tabla 2. Años	41
Tabla 3. Población	41
Tabla 4. Dominio o función afectada en CS	43
Tabla 5. Categoría o tema investigado.....	44

Lista de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo 38

Resumen

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2019) plantea que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a un gran número de personas en todo el mundo, en vista de esto, la presente revisión sistemática tiene como objetivo describir el estado del conocimiento de la cognición social en el trastorno esquizofrénico entre los años 2010 y 2021, por medio de la identificación de publicaciones científicas que aborden la problemática y permitan comprender el compromiso de los diferentes dominios involucrados en la cognición social. Este estudio se orienta desde un enfoque cualitativo, de alcance descriptivo, con una muestra de 72 artículos rigurosos y confiables que evidencian la relación entre ambas variables, publicados principalmente en Estados Unidos y Europa. Los resultados más relevantes confirman la relación entre la esquizofrenia y el deterioro cognitivo social, demostrando que aspectos como la fase de la enfermedad, la sintomatología y áreas cerebrales estarían implicados en dicho deterioro y de igual modo, este impactaría de forma significativa la calidad de vida de las personas que padecen el trastorno. El déficit en la cognición social está presente en el curso de la esquizofrenia y es posible, a través de entrenamientos cognitivos la rehabilitación del mismo.

Palabras claves: cognición social, esquizofrenia, percepción social, procesamiento de las emociones, revisión sistemática, sesgo atribucional, teoría de la mente.

Abstract

The World Health Organization - WHO (2019) states that schizophrenia is a serious mental disorder that affects a large number of people worldwide, in view of this, the present systematic review aims to describe the state of knowledge of social cognition in schizophrenic disorder between the years 2010 and 2021, through the identification of scientific publications that address the problem and allow understanding the commitment of the different domains involved in social cognition. This study is oriented from a qualitative approach, descriptive in scope, with a sample of 72 rigorous and reliable articles that evidence the relationship between both variables, published mainly in the United States and Europe. The most relevant results confirm the relationship between schizophrenia and social cognitive impairment, demonstrating that aspects such as the phase of the disease, symptomatology and brain areas would be involved in such impairment and, likewise, this would significantly impact the quality of life of people suffering from the disorder. The deficit in social cognition is present in the course of schizophrenia and it is possible, through cognitive training, to rehabilitate it.

Keywords: social cognition, schizophrenia, social perception, emotion processing, systematic review, attributional bias, theory of mind.

Introducción

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), la esquizofrenia pertenece al grupo de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, caracterizándose por la presencia de síntomas como alucinaciones, delirios, discursos y pensamientos desorganizados o comportamientos motores irregulares. Asimismo, la OMS (2019) plantea que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a un gran número de personas en todo el mundo, las cuales tienen más probabilidades de morir a una edad temprana que el resto de la población, por ende, la esquizofrenia es considerada un problema de salud pública.

En esta misma línea, es importante resaltar que la esquizofrenia conlleva a que se presenten alteraciones que afectan el nivel cognitivo de las personas que la padecen, evidenciándose un déficit cognitivo que implica procesos como la memoria, atención, funciones ejecutivas y del aprendizaje, al igual que un deterioro en la cognición social, involucrando las funciones sociales de los pacientes en el curso de la enfermedad (Lozano y Acosta, 2009). Por consiguiente, la cognición social es un tema que ha generado un amplio interés durante la última década, mostrando evidencias recientes de que esta sería independiente de la neurocognición (García, Aliste y Soto, 2018). Sin embargo, en el contexto colombiano, la producción de investigaciones enfocadas en dicho tema es reducida. Por ello, realizar esta investigación brinda la oportunidad de profundizar en la temática expuesta sumando a los estudios locales y dado que los estudios a nivel global son diversos, permite que se logre la identificación de la forma en que se ve afectada la cognición social en pacientes con esquizofrenia.

En este sentido, la presente investigación se realizará por medio de una revisión sistemática de los artículos publicados en revistas indexadas, de algunas bases de datos confiables. Este estudio cuenta con un enfoque cualitativo y alcance descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) y a su vez, la muestra estará constituida a través del diagrama de flujo (PRISMA, 2009) y tras haber evaluado los artículos con la escala de evaluación EASCH (evaluación de artículos de ciencias sociales y humanas).

En definitiva, partiendo de que la cognición social se ve perjudicada en el transcurso de la esquizofrenia, en favor de permitir el reconocimiento para abordar de forma más acertada el deterioro en este aspecto, es necesario saber por medio de la presente revisión sistemática cuál es el estado del conocimiento en relación a la cognición social en el trastorno esquizofrénico en las últimas investigaciones científicas realizadas entre los años 2010 y 2021.

Planteamiento del problema

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) la esquizofrenia hace parte del grupo de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la cual se caracteriza por la presencia de síntomas como delirios, alucinaciones, pensamientos y discursos desorganizados o comportamientos motores anómalos, donde el primer episodio psicótico, por lo general, surge en la adolescencia tardía y a mediados de los 30 años. Además, Bruga (2010) menciona que dicha condición también se distingue por el “deterioro en el funcionamiento personal y entre las dificultades presentes se pueden evidenciar problemas de memoria, y concentración, aislamiento social, comportamiento inusual, comunicación perturbada, ideas extrañas, experiencias perceptivas, reducción del interés y de motivación para las actividades diarias” (como se citó en Montaña, Nieto y Mayorca, 2013, p. 87).

La OMS (2019) plantea que la esquizofrenia es un trastorno mental grave, el cual afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, las cuales tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población, asimismo, está representado por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje la conciencia de sí mismo y la conducta. En consecuencia, Quintero, Barbudo, López y López (2011) afirman que la esquizofrenia es un trastorno del cuerpo y de la mente que se presenta de manera crónica y lleva consigo un cambio cualitativo en el desarrollo adecuado, implicando así una variedad de disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales.

En esta misma línea, la Secretaría de Salud de Medellín (2019) plantea que “el estudio Nacional de Salud Mental realizado en el año 2015, arroja como principal resultado que uno de cada diez colombianos sufre algún problema mental” (p. 3) y que, teniendo en cuenta los datos

recopilados en el año 2018 sobre el rastreo asociado a los trastornos mentales y del comportamiento por el Registro Individual de Prestación de Servicio (RIPS), en la ciudad de Medellín se encontró que el total de casos por esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, por consultas externas (163.804 registros), urgencias (6.292 registros) y hospitalización (3.331 registros), corresponden a un 6% (9.617), 13% (826) y 17% (554), respectivamente.

Las anteriores evidencias permiten comprender que la esquizofrenia es un problema de salud pública, debido a las estadísticas relevantes que a nivel epidemiológico presentan la OMS y la Secretaría de Salud de Medellín, agregando a esto el deterioro progresivo que genera la enfermedad en la funcionalidad del sujeto en diferentes dimensiones.

En este orden de ideas, cabe mencionar que el trastorno trae con sí alteraciones, afectando a nivel cognitivo a las personas que padecen dicho trastorno, Lozano y Acosta (2009) exponen que durante el transcurso de la esquizofrenia o antes de generarse el diagnóstico, se presenta un déficit cognitivo alterando procesos como la memoria, atención funciones ejecutivas y del aprendizaje, al igual que un deterioro en la cognición social, comprometiendo las funciones sociales de los pacientes.

La cognición social, es definida como el conjunto de procesos mentales que implica la percepción, la interpretación y la generación de una respuesta ante los actos o el comportamiento de otros sujetos (Mondragón, Ramos, Román y Yáñez, 2018).

Por otra parte, también está compuesta por diferentes dominios (Mondragón et al., 2018). El primer dominio de la cognición social es denominado como Teoría de la Mente, la cual fue introducida por los autores Premack y Woodruff, quienes mencionan que esta es la habilidad que

tiene una persona para inferir los estados mentales de los demás, las intenciones de otros sujetos, también los comportamientos o las creencias que estos tienen (Mondragón et al., 2018). El segundo dominio nombrado percepción social, es la habilidad que le permite a las personas identificar los roles y las reglas establecidas a nivel social, también con esta, se puede distinguir, las expresiones faciales, el tono en el que habla la otra persona y la comunicación corporal; además, sirve de guía para que se dé una interpretación de una situación o un acontecimiento (Mondragón et al., 2018).

El tercer dominio de la cognición social es llamado sesgo atribucional, el cual hace alusión a cómo la persona internaliza cierta situación (Mondragón et al., 2018). Por último, se encuentra el dominio de procesamiento de las emociones, entendido como la capacidad para percibir las emociones y desarrollar las sensaciones relacionadas con el estado emocional (Mondragón et al., 2018).

Como se mencionó anteriormente, la esquizofrenia es un trastorno caracterizado por un desorden en el procesamiento del contenido y contexto social en el que interactúa la persona, Bigelow (2006) refiere que:

Este tipo de dificultad se evidencia en aspectos del trastorno, como la desestimación del contexto social cuando se procesan los estímulos sociales, la distorsión selectiva sobre los aspectos hostiles de los demás, el procesamiento inadecuado de las emociones, la alteración de reglas pragmáticas del lenguaje, la dificultad para inferir las intenciones de los demás, entre otros. (citado por Gutiérrez, 2013, p. 104)

Por consiguiente, estas dificultades en el proceso cognitivo de personas que sufren esquizofrenia les generan limitaciones en la interacción y funcionamiento social, lo cual

posiciona a la esquizofrenia como un trastorno distintivo de afección en procesos asociados a la cognición social (Gutiérrez, 2013). De esta manera, la cognición social es un tema que ha convocado un amplio interés durante los últimos 10 años y se ha impulsado por evidencias recientes de que la cognición social sería independiente de la neurocognición (atención, lenguaje, funciones ejecutivas) y tendría más bien un papel mediador entre la neurocognición y el comportamiento social que muestran los pacientes con esquizofrenia (García et al., 2018).

Para ampliar la idea anterior, es importante presentar una serie de antecedentes donde se evidencia el deterioro de la cognición social en el curso de la esquizofrenia, abarcando inicialmente una mirada global hasta llegar al ámbito regional.

Para comenzar, en una investigación realizada en la India por Dewangan, Singh, Mahapatra & Mahapatra (2015) donde 100 pacientes adultos con esquizofrenia fueron reclutados en dos hospitales psiquiátricos del distrito de Chhattisgarh, permitió la comprensión detallada del papel de la cognición social y sus correlaciones socio-conductuales en el inicio, la gravedad y la recurrencia de los síntomas entre los pacientes con esquizofrenia. Dentro de este estudio se encontró que al determinar el rendimiento en cuanto a la cognición social, las puntuaciones de atribución de los síntomas negativos fueron inferiores a los positivos, además, el estudio sugiere que con el aumento de la edad la probabilidad de tener un inicio insidioso y las posibilidades de recurrencia de la enfermedad aumentaban, asimismo, mostró que con una mayor educación la probabilidad de recurrencia disminuye y revela una asociación estadísticamente significativa entre vivir en familias nucleares y tener síntomas negativos y positivos menos severos (Dewangan et al., 2015). En definitiva, los pacientes con inicio insidioso tienen más probabilidades de presentar síntomas negativos más graves.

Por otro lado, en una investigación realizada también en la India por Valaparla, Nehra, Mehta, Thirthalli & Grover (2017) profesionales de la salud mental en diferentes Departamentos de Psiquiatría del país, tras evaluar la cognición social en dos momentos, inicialmente en 51 pacientes con esquizofrenia en la fase sintomática y pasado tres meses, nuevamente, en la fase de remisión clínica según los criterios de diagnóstico en 32 pacientes que decidieron continuar en la investigación, lograron identificar que el déficit en la cognición social se presenta en el transcurso de la enfermedad, con mayor nivel durante la fase sintomática, esto asociado a las puntuaciones altas de la psicopatología en general y una disminución de la gravedad en la última fase, por lo cual sugieren, que dicha deficiencia de la cognición social está relacionada con un nivel mayor de discapacidad y bajo funcionamiento social y ocupacional.

Otra investigación desarrollada en Londres por O'Reilly et al. (2015) en el transcurso de 12 meses estudiaron sobre la capacidad cognitiva como determinante de la violencia en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizotípico, demuestran que el principal hallazgo es una gran relación entre el déficit cognitivo y la violencia, que están intermediadas por riesgo de factores, como el déficit en el razonamiento social, deterioro del funcionamiento social, aumento de los síntomas y el aumento de la vulnerabilidad a la violencia. Las deficiencias de la neurocognición y la cognición social que perciben los pacientes forenses con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos personificaron una gran parte de la variación del comportamiento violento (O'Reilly et al., 2015). En conclusión, se encuentra que la neurocognición muestra estar afín a la violencia en la medida en que perturba a los procesos de razonamiento social de alto nivel, síntomas psiquiátricos, funcionamiento social y violencia, los cuales fueron medidos por el instrumento de "valoración del riesgo de violencia" (HCR-20), se deduce que las dificultades neurocognitivas que experimentan los pacientes forenses con esquizofrenia y trastornos

esquizoafectivos pueden crear la base para una serie de los factores de riesgo los cuales están relacionados causalmente con la violencia (O'Reilly et al., 2015).

En este orden de ideas, un estudio realizado en Alemania por Caldiroli, Buoli, Serati, Cahn & Altamura (2016) tuvo como objetivo determinar si los pacientes con esquizofrenia en la fase de remisión presentan deterioro neurocognitivo y déficit en las cogniciones sociales, se concluye que los déficits cognitivos se ven más marcados en el primer episodio no remitido de pacientes con esquizofrenia, frente a los pacientes remitidos y control sano. No obstante, todos los grupos en estudio presentan afectaciones de índole cognitivo y cognición social; al mismo tiempo, los pacientes con esquizofrenia de primer episodio presentan un coeficiente inferior frente a los pacientes de control sano y los no remitidos (Caldirolí et al., 2016).

Otro antecedente hallado para esta investigación fue realizado en la Comunidad Foral de Navarra, España, por Martín, Secades, López-Goñi y Tirapu (2017) donde participaron 41 pacientes divididos en dos grupos según el nivel de gravedad del cuadro clínico. Este estudio permitió analizar la relación entre empatía, cognición social y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, evidenciando que una mayor angustia y fantasía se relacionan con una peor percepción de la cognición social y una menor satisfacción con la salud física, psicológica, las relaciones sociales y el ambiente que rodea al paciente, además, se confirmó la influencia de la angustia personal y fantasía sobre la calidad de vida en personas diagnosticadas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Martín et al., 2017). En cuanto a la cognición social, empatía y sintomatología (positiva y negativa) se halló que, a mayor fantasía, mayor sintomatología positiva, lo cual podría relacionarse con las interpretaciones experienciales que realizan los pacientes, y en cierta medida, podría llegar a ser un indicador de gravedad (Martín et al., 2017).

Por otra parte, en una investigación realizada en Estados Unidos, específicamente en la ciudad de Miami, por Pinkham, Harvey & Penn (2016) se tomó como muestra 147 personas con esquizofrenia, divididos en dos grupos, quienes presentan síntomas de paranoia y los que no, esto, con el objetivo de identificar si existían diferencias en ambos grupos respecto a la cognición social y los resultados funcionales. Por consiguiente, obtuvieron como resultado que los pacientes con síntomas de paranoia no presentan dificultades significativas en todos los dominios de la cognición social, como lo evidenciaban antecedentes anteriores, puesto que, se observó solo la percepción y atribución de confiabilidad mostraba mayor diferencia con relación al otro grupo y en los resultados asociados al aspecto funcional, también reveló deterioro en áreas específicas en los pacientes con paranoia, como las relaciones interpersonales y la aceptación social, sin embargo, resaltan que los trabajos a futuro no deberían descartar la posibilidad de que los mecanismos implícitos en las habilidades de la cognición social si pueden diferir de manera relevante entre estos dos grupos evaluados (Pinkham et al., 2016).

Por último, García et al. (2018) en un artículo de revisión de la Revista Colombiana de Psiquiatría, evidenciaron que las alteraciones en las áreas funcionales que constituyen el dominio de la cognición social (la teoría de la mente, la percepción sensorial, la percepción social, la atribución de sesgos, etc.) en pacientes con esquizofrenia, se vinculan con algunas de las manifestaciones clásicas de la psicopatología de la esquizofrenia, como los defectos en la sensopercepción, la conciencia de enfermedad y la capacidad para reconocer el origen de actos humanos voluntarios, además, se planteó que el soporte estructural de la cognición social en la esquizofrenia reside en un conjunto de áreas que constituyen el llamado cerebro social, este incorpora un conjunto de áreas cerebrales distribuidas en las regiones frontales, parietales y

temporales que se integran en amplias redes neuronales asociadas con variados aspectos de la cognición.

En este punto, se logra evidenciar dos temas relevantes en materia de estudio, la esquizofrenia y la cognición social, observándose, cómo trabajos de investigación en diversos contextos afirman la presencia de un déficit en la cognición social en los pacientes con esquizofrenia, unos asociando el nivel mayor de deterioro a la sintomatología general del trastorno, a los síntomas positivos, y otros dando cuenta de las dificultades que se presentan con relación a las funciones sociales de los pacientes (índices de violencia, relaciones interpersonales, ámbito ocupacional y aceptación social).

Teniendo en cuenta que la cognición social se ve perjudicada en el transcurso de la enfermedad y que la presencia de su deterioro también se refleja en las fases de remisión cuando los pacientes no presentan síntomas significativos, se considera que un primer paso para la intervención de un problema es la detección del mismo, por lo cual, en aras de permitir el reconocimiento para abordar de forma más acertada el deterioro en este aspecto, se hace necesario saber, ¿cuál es el estado del conocimiento en relación a la cognición social en el trastorno esquizofrénico en las últimas investigaciones científicas realizadas entre los años 2010 y 2021?

Objetivos

Objetivo general

Describir el estado del conocimiento de la cognición social en el trastorno esquizofrénico entre los años 2010 y 2021.

Objetivos específicos

- Identificar publicaciones científicas que aborden la problemática de la cognición social en esquizofrenia.
- Seleccionar los estudios más rigurosos y confiables que evidencien la relación entre ambas variables.
- Comprender con base a los hallazgos arrojados en los artículos, el compromiso de los diferentes dominios involucrados en la cognición social en el trastorno de la esquizofrenia.

Justificación

Como se evidencia en el apartado anterior, la esquizofrenia es un problema de salud pública que afecta a las personas que la padecen en algunos aspectos, entre esos, deteriorando su cognición social (Irrázaval, Prieto y Armijo, 2016). Por ello, diferentes autores han llevado a cabo investigaciones internacionales con la finalidad de entender cuáles son los factores implicados en este déficit cognitivo, así, abordando ampliamente la problemática (Peyroux et al., 2019; Mehta et al., 2013). Sin embargo, en el contexto colombiano, la producción de investigaciones enfocadas en dicho tema es reducida. Por ende, es conveniente realizar esta investigación, ya que, brinda la oportunidad de profundizar en la temática expuesta sumando a los estudios locales y en vista de que las investigaciones a nivel global son diversas, favorece a que se logre la identificación del estado del conocimiento de la cognición social en el trastorno esquizofrénico.

En esta misma línea, Beltrán (2005) define la revisión sistemática como “un estudio integrativo, observacional, retrospectivo, secundario, en el cual se combinan estudios que examinan la misma pregunta”. (p.62). Por tal motivo, la revisión sistemática permite sintetizar los datos relevantes que se encuentren respecto al tema de manera organizada y explícita, dando la posibilidad de actualizar el conocimiento, puesto que, se toman investigaciones recientes y confiables, con el propósito de describir el fenómeno de forma acertada. De este modo, se pretende facilitar a investigaciones futuras el acercamiento con la información, proporcionando un alto nivel de evidencia.

Por otra parte, Manterola, Astudillo, Arias y Claros (2013) refieren que la revisión sistemática “es un diseño de investigación eficiente, que permite incrementar el poder y la

precisión de la estimación, así como la consistencia y generalización de los resultados; y hacer además una evaluación estricta de la información publicada” (p.151). En este sentido, la revisión sistemática es importante, puesto que, se basa en el análisis sistemático y metódico de la mejor evidencia, por medio de un número adecuado de informes de investigación relevantes, además, pueden identificar las razones de las discrepancias o las contradicciones entre los resultados de las distintas investigaciones, impulsando a rediseñar los estudios con el objeto de mejorar la investigación clínica (Beltrán, 2005).

Cabe mencionar que, la cognición juega un papel fundamental, pues está vinculada a la manera cómo las personas se relacionan con su entorno y es un proceso cognitivo que posibilita elaborar conductas sociales adaptativas, que consta de procesos básicos denominados dominios, los cuales se activan en contextos de interacción social y permiten percibir, evaluar y responder adecuadamente a situaciones, aunque son procesos naturales en la mayoría de las personas, en pacientes con esquizofrenia se encuentran profundamente dañados (Loubat y Astudillo-Zúñiga, 2019). Por esta razón, es necesario conocer a detalle las dificultades en la cognición social de quienes padecen de esquizofrenia, utilizando para ello estudios confiables que permitan rastrear la relación entre la cognición social y esquizofrenia. Con el fin de comprender de qué manera el curso de la esquizofrenia deteriora los diferentes dominios involucrados en la cognición social.

Marco teórico - conceptual

Esquizofrenia

Según Ortuño (2008) la esquizofrenia es un trastorno mental grave que, por lo general, tiene inicio en la adolescencia tardía y en la adultez, afectando durante su evolución, funciones cognitivas y sociales y cuando la presencia de esta comienza a edades tempranas, limita la maduración de las capacidades emocionales, intelectuales, laborales y sociales en la persona que la padece. Asimismo, Ortuño (2008) expone que la esquizofrenia se categoriza como una enfermedad grave, puesto que, posterior a la aparición de episodios críticos del trastorno y como ya se mencionó, en el desarrollo de este, se generan deterioros en diversos aspectos, conllevando a que se dificulte la recuperación total de la enfermedad. Además, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) plantea que los individuos que padecen esquizofrenia pueden carecer de conciencia respecto a la presencia de los síntomas y que la falta de “introspección”, “es el factor que predice con mayor frecuencia la inobservancia del tratamiento, así como mayores tasas de recaída, un mayor número de tratamientos involuntarios, un peor funcionamiento psicosocial, las agresiones y un peor curso de la enfermedad” (p.101).

Desde la parte neurobiológica, a pesar de que los estudios realizados por neuroimagen estructural han progresado, los resultados son poco concluyentes, pero en su mayoría, estos comprometen áreas como los ventrículos laterales, sistema límbico y áreas temporo límbicas, córtex prefrontal, volumen total cerebral, tálamo, ganglios de la base e hipófisis, en la neuropatología de la esquizofrenia (Saiz, Vega y Sánchez, 2010). De igual modo, existen hipótesis respecto a la implicación de los neurotransmisores en los síntomas de la esquizofrenia,

siendo la hipótesis dopaminérgica la más aceptada, donde el exceso de esta conlleva a la manifestación de los síntomas, principalmente positivos (Saiz et al., 2010).

Síntomas

Para Ortuño (2008) la esquizofrenia se caracteriza clínicamente por la presencia de una serie de síntomas divididos en dos grupos, los síntomas positivos y los síntomas negativos, donde la clasificación de los mismos, no tiene que ver con que unos sean favorables y otros desfavorables, pero “cierto es que los negativos están estrechamente relacionados con las funciones que se van deteriorando en el paciente, responden mal a los tratamientos y su mayor intensidad o preponderancia están relacionadas con un peor pronóstico” (p.21).

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) incluye dichos síntomas en los criterios de diagnóstico de la esquizofrenia, caracterizando el grupo de los síntomas positivos como aquellas alteraciones perceptuales y sensoriales presentes, a través de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y comportamiento motor desorganizado o catatónico. Con relación a los síntomas negativos, estos se constituyen principalmente por la expresión emotiva disminuida y la abulia, evidenciando la disminución de dichas expresiones mediante la corporalidad y la entonación del habla y respecto a la abulia, esta se manifiesta por medio de la falta de voluntad para llevar a cabo una actividad; la anhedonia y la sociabilidad son otros síntomas que se presentan (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En consecuencia, “los síntomas negativos están más estrechamente ligados al pronóstico que los síntomas positivos y tienden a ser los más persistentes” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p.102).

Por otro lado, los múltiples síntomas de la esquizofrenia conllevaron a que Eugen Bleuler, psiquiatra influyente en el origen del concepto que define el trastorno, considerara que la esquizofrenia no se trataba de una patología en general, sino de un grupo de enfermedades (Ortuño, 2008).

Subtipos clásicos de esquizofrenia

Ortuño (2008) menciona que la diversidad de síntomas presentados en la esquizofrenia induce a una postulación de subtipos clásicos de esta misma para poder categorizarlos.

Esquizofrenia paranoide: se presenta una gran cantidad de ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas, los síntomas son más psicóticos que motores, como la “manía persecutoria” (Albeira, 2012).

Esquizofrenia hebefrénica: prevalecen las alteraciones emocionales, expresándose a través de la forma en que se organizan las acciones de la persona, presentándose de forma desorganizada (Ortuño, 2008).

Esquizofrenia catatónica: presenta gran cantidad de sintomatología negativa, afectando la parte psicomotora de la persona (catalepsia, negativismo y mutismo) entre otros (Albeira, 2012).

Esquizofrenia residual: es utilizado cuando la persona ya ha presentado casos de esquizofrenia, pero en el presente los síntomas son positivos y moderados, en cuanto lo que más llama la atención son los “restos” de síntomas negativos que han quedado (OMS, 2000).

Esquizofrenia simple: se caracteriza cuando los procesos mentales se ven afectados al momento de cumplir con las demandas sociales y presenta un deterioro general en el rendimiento (OMS, 2000).

Esquizofrenia indiferenciada: conocida también como “cajón de sastre” ya que se utiliza cuando la persona no reúne ninguno de los anteriores criterios o presenta más de uno de los subtipos mencionados (Ortuño, 2008).

Afectaciones en esquizofrenia

En lo que concierne a las afectaciones asociadas al trastorno de la esquizofrenia, los déficits cognitivos son muy comunes en el curso de la enfermedad, evidenciando, disminución en la atención, debilitamiento de las competencias asociadas a la memoria de trabajo y memoria declarativa, daños en las funciones ejecutivas y un procesamiento de la información más tardío, como principales procesos implicados en dichas complicaciones (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Montaña, Nieto y Mayorga, 2013). Además, Orellana y Slachevsky (2006) exponen que quienes padecen esquizofrenia “muestran déficit en tareas que miden conceptualización, planificación, flexibilidad cognitiva, coordinación de tareas duales y capacidad para resolver problemas complejos” (citado por Montaña et al., 2013, p.90). De igual modo, se presenta deterioro en la cognición social de algunas personas diagnosticadas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), evidenciándose que, “la incapacidad para percibir, procesar y organizar la información social de forma precisa afecta de forma adversa al funcionamiento social del individuo” (Lozano y Acosta, 2009, p.92).

Dicho esto, Gastó y Penadés (2015) resaltan que el perfil neurocognitivo de los pacientes con esquizofrenia es diferente, puesto que el grado de alteraciones varía en cada caso y en algunas personas no se evidencian cambios respecto a la neurocognición. Además, la importancia de considerar las alteraciones mencionadas, dado que, están asociadas en gran medida con discapacidades respecto al funcionamiento psicosocial de los individuos con esquizofrenia (Gastó y Penadés, 2015).

Tratamiento

García (2008), expone las formas de abordaje más clásicas, planteando cinco modalidades de intervención utilizadas en la esquizofrenia: psicodinámica/ psicoanalítica, cognitivo conductual, familiar, grupal e integradora; sin embargo, según Montaña et al. (2013) es importante abordar el tratamiento desde lo biopsicosocial, puesto que, de acuerdo con Awad (2008) aunque las intervenciones farmacológicas son necesarias y efectivas, también es de suma importancia que se complemente el tratamiento desde lo psicosocial, además se hace prioritario que la persona esté en buenas condiciones de vivienda, tenga apoyo económico y cuente con programas de rehabilitación.

Entre los programas de rehabilitación, se encuentra la rehabilitación neurocognitiva, como tratamiento psicológico, debido que, trata principalmente las alteraciones neurocognitivas para el mejoramiento de estas y a su vez, del funcionamiento diario de los pacientes, teniendo en cuenta, ámbitos socioculturales y personales, al igual que el estado de la psicopatología (Gastó y Penadés, 2015).

Por su parte, Pfarmmatter et al., (2006) menciona que los pacientes que reciben tratamiento tanto farmacológico como psicológico, tienen mejores condiciones de vida a los que solo están con tratamiento farmacológico, es decir se reduce el estado psicótico y mejora la cognición social y por consiguiente se reduce el estrés en su núcleo familiar (citado por Montaña et al., 2013).

Deterioro cognitivo

Con relación a la definición del término deterioro cognitivo, Viñuela (2019) expone inicialmente que el deterioro hace referencia al declive de un estado previo, asociado al desarrollo de una patología implícita, conllevando a que se distinga de la deficiencia de capacidades y habilidades cognitivas que no fueron alcanzadas durante el transcurso de maduración. Asimismo, la cognición se caracteriza por un conjunto de habilidades y dominios, resumidos en: “memoria, lenguaje, gnosias, praxias, funciones ejecutivas, y recientemente cognición social” (p.15), que facilitan el análisis e interpretación de la realidad y la interacción con el ambiente, sin dejar por fuera la capacidad atencional, siendo requisito principal para que se lleven a cabo estos procesos; a su vez la cognición está constituida por la emoción, conducta y pensamiento, componentes inmersos en la mente humana (Viñuela, 2019).

En esta misma línea, Pérez (2005) refiere que, el deterioro cognitivo refleja una disminución del rendimiento de, por lo menos, una de las habilidades mentales o intelectuales, manifestando una pérdida parcial o universal de las capacidades adquiridas durante los procesos de desarrollo cognitivo, especificando que:

La alteración cognitiva que no alcanza demencia, es decir, sin repercusión significativa en sus actividades domésticas, ocupacionales y sociales, o con una muy discreta repercusión (solo para actividades complejas) incluye 2 conceptos de gran operatividad práctica y utilidad en la clínica diaria: el deterioro cognitivo muy leve o sin demencia, y el deterioro cognitivo leve o con demencia dudosa (párr. 10).

Cognición social

Para Atenas, Ciampi, Vanegas, Uribe y Cárcamo (2019) la cognición social se define como la integración de procesos que permiten la interacción entre sujetos de la misma especie, la cual depende del intercambio de señales sociales que posibilitan la obtención de información respecto a los otros sujetos involucrados y el aprendizaje acerca del entorno basado en estas señales. De la misma manera, Atenas et al. (2019) exponen que, partiendo desde fenómenos básicos como la atribución de intenciones, la cognición social da paso a la existencia de una realidad compartida entre las personas. En consecuencia, la importancia de la valoración clínica de la cognición social ha sido recientemente reconocida mediante su inclusión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V) donde este dominio es considerado como uno de los seis dominios neurocognitivos fundamentales (Atenas et al., 2019).

Este énfasis emerge de la experiencia en patologías ampliamente estudiadas, como es el caso de la esquizofrenia, donde los pacientes se excluyen sostenidamente de las actividades de relevancia social, como el trabajo y la interacción con la familia y los amigos, esto se ha atribuido a un impedimento en la identificación de la inconveniencia de las propias acciones en un entorno social determinado o a una falla en la capacidad de atribuir adecuadamente intencionalidad a los sujetos con los que se interactúa, adicionalmente, cuadros clínicos

específicos muestran un patrón identificado de compromiso de la cognición social relacionado con cambios estructurales y funcionales propios de cada enfermedad (Atenas et al., 2019).

En contraste con lo anterior, García et al. (2018) mencionan que la cognición social se refiere al conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales y necesariamente involucra procesos relacionados con la interpretación y el desarrollo de respuestas a las intenciones y conductas de los demás. Del mismo modo, García et al. (2018) refieren que la cognición social se representa de manera distribuida en el cerebro humano, abarcando varios territorios en los lóbulos frontal, parietal y temporal que corresponden al cerebro social, entendido como un sistema neural implicado en variadas funciones relacionadas con la interacción social.

Cabe mencionar que, considerando la creciente importancia de la cognición social en la práctica clínica y la investigación en esquizofrenia, ha surgido la necesidad de establecer un consenso sobre los criterios y conceptos que constituyen sus fundamentos teóricos, así, se han adoptado las recomendaciones emanadas de la iniciativa MATRICS (Measurements and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia), proyecto desarrollado con el patrocinio del National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos en varias reuniones de trabajo en los últimos 10 años, estas reuniones han tenido como objetivo la clarificación de los principales conceptos y criterios asociados a la cognición social (García et al., 2018). Según el consenso surgido de tales encuentros, se ha planteado que la cognición social incluye varias áreas de interés, dentro de estas se encuentran:

Teoría de la mente

Según García et al. (2018) la teoría de la mente se refiere a la habilidad para atribuir estados mentales y, de esa manera, inferir intenciones, disposiciones y creencias de los otros, lo cual ha tenido relevancia en la investigación en esquizofrenia, evidenciando que las alteraciones de la cognición social podrían tener un papel importante en la conformación de los síntomas clínicos. Cabe destacar que la relación de la teoría de la mente con la esquizofrenia se viene planteando desde la década de los noventa a partir de los estudios de Uta Frith, psicóloga del desarrollo que trabaja en el Instituto de Neurociencia Cognitiva en el University College de Londres, los cuales indican que en la esquizofrenia se desencadena un déficit en las habilidades metar-representacionales, es decir, en la capacidad de generar representaciones de las actitudes intencionales, lo cual implica que en la esquizofrenia prevalece un déficit en el proceso de mentalización, determinando una incapacidad para inferir acerca de los pensamientos propios y de otros (García et al., 2018). Asimismo, Atenas et al. (2019) nos dicen:

Para una socialización exitosa, necesitamos reconocer las experiencias e intenciones de otras personas como un factor independiente. Esta habilidad de representar la perspectiva psicológica de otros sujetos se ha denominado mentalización y requiere que los sujetos teoricen íntimamente respecto sobre los pensamientos de otros. Este fenómeno es conocido como Teoría de la Mente. (p.367)

Por otro lado, Sánchez de las Matas (2014) menciona que la Teoría de la Mente podría relacionarse con defectos en la competencia comunicativa observables en pacientes con esquizofrenia, lo cual significa que las deficiencias en la mentalización tendrían un papel contributivo en las perturbaciones pragmáticas que se describen en las personas con

esquizofrenia, particularmente en la incapacidad para comprender las intenciones comunicativas de los hablantes, especialmente en el lenguaje figurativo.

Procesamiento de las emociones

Los estudios sobre la esquizofrenia han incorporado mediciones tanto de la expresión como de la comprensión del afecto, por ende, es posible decir que el procesamiento de las emociones se refiere a la percepción y el uso de las emociones de manera adaptativa, además, estudios recientes indican que los pacientes que se enfrentan a un primer episodio de esquizofrenia también muestran problemas para identificar las expresiones faciales, no solo para interpretarlas, por consiguiente, los pacientes con esquizofrenia parecen padecer dificultades para regular la relación entre sus emociones y su funcionamiento cognitivo, generando una interpretación errada de las claves afectivas del contexto social, lo que deriva en perturbaciones en la cognición social y la conducta (García et al., 2018).

Percepción social

En lo concerniente a la percepción social, García et al. (2018) refieren que esta involucra un conjunto de papeles y reglas sociales que las personas deben manejar en diferentes contextos sociales, ello implica interpretar claves como los actos no verbales, la entonación de la voz y el sentido de algunos verbos con la finalidad de realizar inferencias acerca de situaciones sociales ambiguas o complejas, lo cual incluye interpretar adecuadamente las relaciones interpersonales como un tipo de acto social distinto del realizado individualmente. En efecto García et al. (2018) proponen que el discernimiento sobre la propia enfermedad se correlaciona con factores

interpersonales como la percepción de apoyo, la frecuencia de contacto con la familia y la alianza con el terapeuta independientemente de los factores personales y la cognición.

Sesgo atribucional

En lo que respecta a la atribución de sesgo, García et al. (2018) mencionan que esta área se refiere a cómo las personas infieren las causas de eventos particulares positivos o negativos, lo cual conlleva la capacidad para realizar correctamente atribuciones a causas originadas en la conducta de otras personas, en factores situacionales o en uno mismo, de ahí, algunas aplicaciones de estas categorías a sujetos que padecen ideas delirantes de persecución han mostrado que a menudo atribuyen sus problemas a otros, y no a las situaciones. Asimismo, García et al. (2018) plantean que la investigación en pacientes con esquizofrenia ha revelado la tendencia de esta población a atribuir intenciones hostiles a las acciones de los demás.

Marco legal

El congreso de Colombia expidió la ley de salud mental 1616 del 2013, el 21 de enero, la cual decreta que se debe garantizar el pleno derecho de la salud mental a todos los colombianos, en especial a los niños, niñas y adolescentes, por medio de la promoción y la prevención de la salud mental y del trastorno mental, la atención para todos, integrada en el sistema de salud en la seguridad social en salud.

De conformidad con la Ley de salud mental (2013) con los derechos de las personas, en el campo de la salud mental, en el Artículo 6°, en el párrafo 1 se refiere al que estas personas tienen el derecho a que sean acogidas en la atención integral e integrada y humanizada, por los profesionales de la salud mental y los servicios que estos otorgan, además en el párrafo 6 hace alusión a que cada persona tenga el derecho de recibir psicoeducación para él y su familia respecto al autocuidado y el tratamiento.

Por su parte, la Ley 23 (1982) contiene las disposiciones generales y especiales que regulan la protección de los derechos de autor en Colombia, estos, “recaen sobre las obras científicas literarias y artísticas las cuales se comprenden todas las creaciones del espíritu en el campo científico, literario y artístico, cualquiera que sea el modo o forma de expresión y cualquiera que sea su destinación” (párr. 2).

Diseño metodológico

La investigación se realizará por medio de una revisión sistemática de los artículos publicados en revistas indexadas, de algunas bases de datos confiables. La revisión sistemática como diseño de investigación, tiene como objetivo resumir la información expuesta frente a un tema en particular, sintetizando, analizando y comparando los resultados de investigaciones primarias (Manterola, Astudillo, Arias y Claros, 2013). Además, se caracteriza por ser una herramienta esencial para reforzar la validez de las conclusiones de investigaciones individuales y permite la identificación de áreas poco concretas en las cuales se necesite profundizar y realizar investigaciones (González, Urrútia y Alonso-Coello, 2011).

Enfoque

Este estudio se orienta desde un enfoque cualitativo, que es esencial en las ciencias sociales y de la salud, pues permite comprender realidades diversas y complejas, explorando los significados de la experiencia humana y acercándose a ellos para tratar de discernir los diferentes aspectos subjetivos y de contexto presentes en los procesos sociales (Pedraz-Marcos, et al, 2014). A ese respecto, la investigación cualitativa comprende e interpreta los sentidos asignados a una serie de fenómenos y procesos humanos, toda vez que permite encontrar en la información estudiada elementos útiles para generar teorías y modelos generales que facilitan entender y describir los eventos investigados (Pedraz-Marcos, et al, 2014).

Alcance

El alcance del proyecto es descriptivo, dado que, este busca especificar las características y propiedades de procesos, personas, objetos o fenómenos que son sometidos a un estudio, es decir, pretende medir y obtener la información sobre los conceptos o variables (Hernández et al., 2014).

Muestra

Constituida a través del diagrama de flujo (PRISMA, 2009).

Criterios de inclusión

- Artículos publicados en revistas indexadas entre los años 2010 y 2021.
- Artículos tomados de las bases de datos Scopus, ScienceDirect, Dialnet plus, ProQuest, SciELO, Pubmed, Jstor y EBSCO.
- Artículos publicados en español e inglés.
- Artículos que incluyan las variables cognición social y esquizofrenia.
- Artículos empíricos realizados en poblaciones humanas.

Criterios de exclusión

- Artículos publicados antes del 2010.
- Artículos de literatura gris.
- Artículos publicados con idioma diferente al español e inglés.
- Artículos que sólo incluya una de las variables.

- Revisiones sistemáticas y estudios que se hayan realizado con otro tipo de poblaciones diferentes a humanos (animales y cerebro post mortem).

Instrumentos de recopilación de datos

Se realizará un rastreo bibliográfico secuencial y progresivo utilizando estrategias de búsqueda como buscadores booleanos y tesauros de la UNESCO en las bases de datos seleccionadas y, a través de la revisión de las referencias de los mismos artículos encontrados y las revistas, lo que permitirá identificar y seleccionar los artículos que cumplan con los criterios de inclusión para la realización de la revisión sistemática.

Técnicas de procesamiento de la información

Para este proceso se requiere analizar la información proveniente de los artículos elegibles, por medio de varios filtros como: matriz de datos, escala de evaluación EASCH (evaluación de artículos de ciencias sociales y humanas) y cálculos específicos con software Atlas TI y Ez Analyze. Posterior a dicho análisis, se tomará la muestra representativa con una cantidad finita de artículos que luego de atravesar los filtros evidencien la confiabilidad y validez necesaria para la revisión sistemática.

Este proceso se graficará por medio de un diagrama de flujo.

Consideraciones éticas

Para efectos de la presente investigación se tendrán en cuenta los planteamientos del Código Deontológico y Bioético, publicado por el Colegio Colombiano de Psicólogos en el año 2006 (Ley 1090), específicamente los siguientes artículos encontrados en el capítulo VII, los cuales exigen el respeto por los derechos de propiedad intelectual, el adecuado uso de información, además la rigurosidad en la metodología usada:

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darles uso indebido a los hallazgos.

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

Resultados

Diagrama de flujo

Para llegar a esta instancia, se realizó un proceso de búsqueda y selección de artículos que arrojó una muestra definitiva de 72 publicaciones científicas que cumplieron con los criterios de inclusión tal y como se observa en la figura 1 que corresponde al diagrama de flujo.

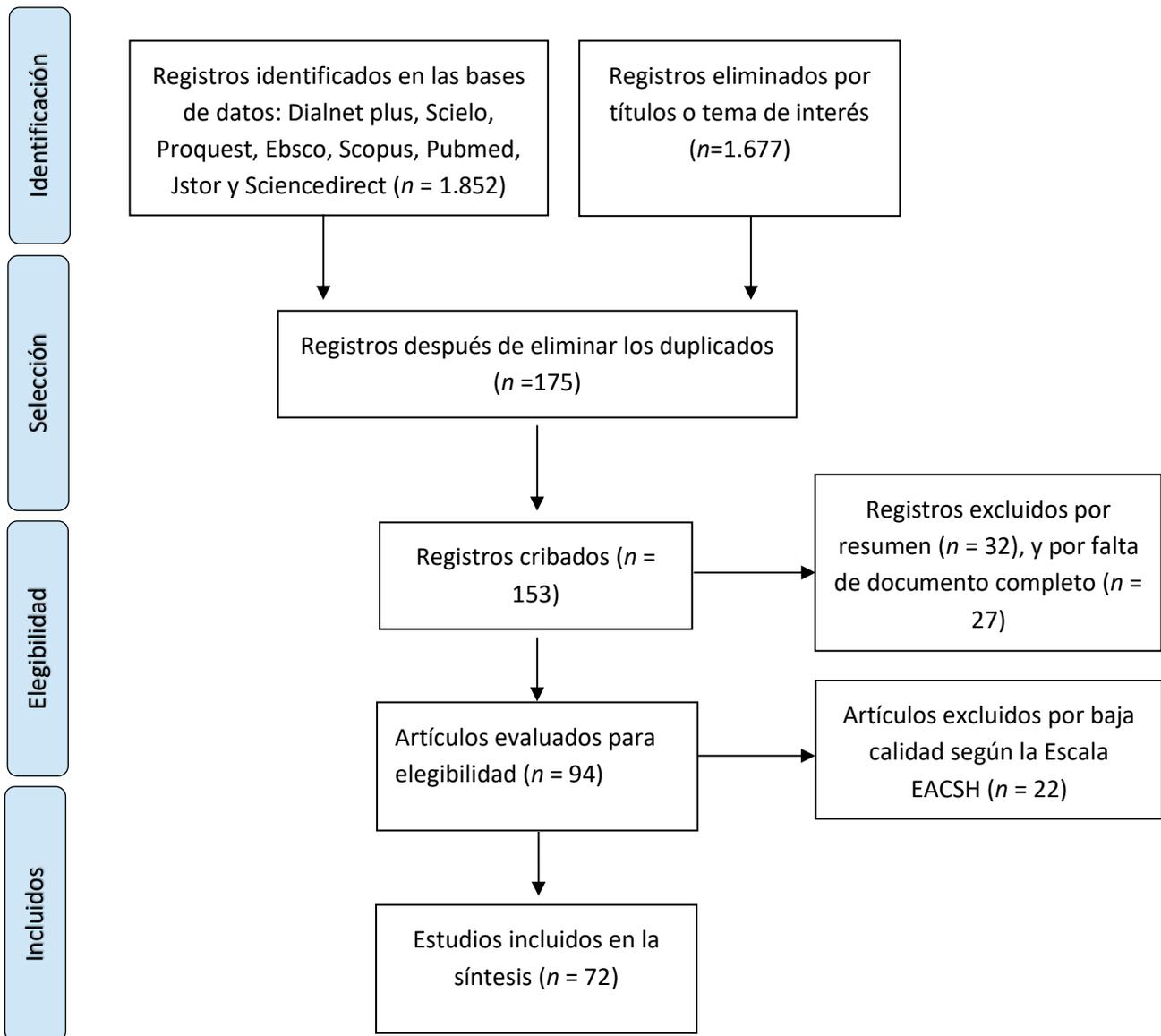


Figura 1. Diagrama de flujo

Fuente: Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group (2009).

Tal y como se presenta en el diagrama de flujo (figura 1), se realiza un proceso de búsqueda de artículos que cumplan con los criterios de inclusión. Inicialmente, se toma un grupo de bases de datos de revistas indexadas con artículos científicos confiables, generando una cantidad de 1.852 artículos. Luego de revisar y depurar por título, tema e interés, se procede a eliminar los artículos duplicados y posteriormente a realizar un cribado donde se depuran 59 artículos, dejando como resultado 94 investigaciones. Finalmente, tras evaluarlos con la escala de evaluación EASCH (evaluación de artículos de ciencias sociales y humanas), se llega a una muestra representativa de 72 artículos científicos.

En esta misma línea, los resultados generados, serán presentados a continuación a través de un análisis de frecuencias y porcentajes sobre los estudios encontrados en la revisión y la descripción de cada categoría de análisis con sus respectivos hallazgos frente al deterioro en los diferentes dominios de la cognición social.

Análisis de artículos revisados

Tabla 1. Países

País	F	Porcentaje (%)
Alemania	4	5,56%
Australia	2	2,78%
Canadá	1	1,39%
Chile	1	1,39%
China	3	4,17%
Corea del Sur	2	2,78%
Dinamarca	1	1,39%
Egipto	1	1,39%

Escocia	1	1,39%
España	7	9,72%
Estados Unidos	18	25,00%
Francia	3	4,17%
India	8	11,11%
Irlanda	2	2,78%
Israel	3	4,17%
Italia	3	4,17%
México	1	1,39%
Noruega	4	5,56%
Países Bajos	1	1,39%
Portugal	1	1,39%
Rumania	1	1,39%
Suecia	1	1,39%
Suiza	1	1,39%
Taiwán	1	1,39%
Turquía	1	1,39%
Total	72	100,00%

Nota. Fuente: Creación propia con base a la matriz de análisis.

Según la muestra seleccionada para la revisión, tal y como se presenta en la Tabla 1, los países que refieren mayor volumen de investigaciones en el tema son Estados Unidos con un total de 18 de investigaciones (25,00%), India con un total de 8 publicaciones (11,11%) y España con un total de 7 estudios (9,72%), siendo los de mayor frecuencia dentro de los 25 países incluidos en la muestra. Cabe resaltar que, en su mayoría los países interesados en investigar el tema del deterioro de la cognición social pertenecen al continente europeo, entre los cuales se

encuentran: Alemania, Dinamarca, Francia, Irlanda, Escocia, Portugal, España, Suecia, Suiza, Italia, Rumania, Países Bajos y Noruega.

Tabla 2. Años

Año	f	Porcentaje (%)
2010	1	1,39%
2012	5	6,94%
2013	7	9,72%
2014	6	8,33%
2015	3	4,17%
2016	5	6,94%
2017	5	6,94%
2018	7	9,72%
2019	10	13,89%
2020	14	19,44%
2021	9	12,50%
Total	72	100,00%

Nota. Fuente: Creación propia con base a la matriz de análisis.

Teniendo en cuenta los estudios seleccionados para la revisión sistemática, como se plantea en la Tabla 2, los años donde se observa frecuencia más elevada de publicaciones son 2020 con un total de 14 estudios (19,44%), 2019 con un total de 10 publicaciones (13,89%), 2021 con 9 artículos (12,50%) y, por último, 2013 y 2018 con 7 investigaciones (9,72%).

Tabla 3. Población

Población	f	Porcentaje (%)
Pacientes adultos con esquizofrenia y controles sanos	12	16,67%

Pacientes adultos con esquizofrenia ambulatorios	21	29,17%
Pacientes adultos con esquizofrenia ambulatorios y controles sanos	17	23,61%
Pacientes adultos con esquizofrenia ambulatorios y sus clínicos	1	1,39%
Pacientes adultos con esquizofrenia internos	4	5,56%
Pacientes adultos con esquizofrenia internos y controles sanos	2	2,78%
Pacientes adultos con esquizofrenia internos y ambulatorios	1	1,39%
Pacientes adultos con esquizofrenia internos, ambulatorios y controles sanos	3	4,17%
Pacientes adolescentes con esquizofrenia	1	1,39%
Pacientes adolescentes y adultos con esquizofrenia internos y ambulatorios	1	1,39%
Pacientes adolescentes y adultos con esquizofrenia internos, ambulatorios y controles sanos	1	1,39%
Pacientes adolescentes con esquizofrenia ambulatorios, sus hermanos y controles sanos	1	1,39%
Pacientes adultos con esquizofrenia ambulatorios, familiares sanos de primer grado y controles sanos	1	1,39%
Pacientes adultos con esquizofrenia, trastorno del espectro autista y controles sanos	4	5,56%
Pacientes adultos con esquizofrenia, ancianos sanos y jóvenes sanos	1	1,39%
Familiares de primer grado de personas con esquizofrenia	1	1,39%
Total	72	100,00%

Nota. Fuente: Creación propia con base a la matriz de análisis

Con respecto a la Tabla 3, dentro de las poblaciones más destacadas para las muestras de las investigaciones seleccionadas en la revisión, se encuentran los pacientes adultos con esquizofrenia ambulatorios con una frecuencia de 21 estudios (29,17%), seguido de los pacientes adultos con esquizofrenia ambulatorios y controles sanos en un total de 17 investigaciones (23,61%) y los pacientes adultos con esquizofrenia y controles sanos en 12 publicaciones (16,67%).

Tabla 4. *Dominio o función afectada en CS*

Dominio o función afectada en CS	f	Porcentaje (%)
Teoría de la Mente (ToM)	8	11,11%
Procesamiento de las emociones	14	19,44%
Sesgo atribucional	1	1,39%
Percepción social	1	1,39%
Déficit cognitivo social	8	11,11%
Teoría de la Mente (ToM) -Déficit cognitivo social	1	1,39%
Procesamiento de las emociones - Déficit cognitivo social	1	1,39%
Percepción social - Déficit cognitivo social	2	2,78%
Empatía - Percepción social	1	1,39%
Percepción social - Sesgo atribucional	1	1,39%
Teoría de la Mente (ToM) - Procesamiento de las emociones	15	20,83%
Teoría de la Mente (ToM)- Sesgo atribucional	1	1,39%
Teoría de la mente (ToM) - Percepción social	4	5,56%
Procesamiento de las emociones - Sesgo atribucional	1	1,39%
Procesamiento de las emociones - Percepción social	4	5,56%
Teoría de la Mente (ToM) - Procesamiento de las emociones - Déficit cognitivo social	1	1,39%
Teoría de la mente (ToM) - Percepción social - Procesamiento de las emociones	2	2,78%
Teoría de la Mente (ToM) - Percepción social - Sesgo atribucional	1	1,39%
Procesamiento de las emociones- Sesgo atribucional- Percepción social	1	1,39%
Procesamiento de las emociones - Teoría de la Mente (ToM) - Sesgo atribucional - Percepción social	4	5,56%
Total	72	100,00%

Nota. Fuente: Creación propia con base a la matriz de análisis

Con base a la Tabla 4, entre los dominios más estudiados dentro de las investigaciones tomadas para la revisión sistemática, se evidenciaron 15 artículos con los dominios de Teoría de

la Mente (ToM) - Procesamiento de las emociones (20,83%), 14 estudios con el dominio de Procesamiento de las emociones (19,44%) y 8 publicaciones con la Teoría de la Mente y Déficit cognitivo social (11,11%).

Tabla 5. *Categoría o tema investigado*

Categoría o tema investigado	F	Porcentaje (%)
Calidad de vida y cognición social	12	16,67%
Cognición social asociada a la fase de la enfermedad	19	26,39%
Cognición social asociada a la medicación	2	2,78%
Cognición social asociada a la sintomatología	12	16,67%
Entrenamiento cognitivo en cognición social	9	12,50%
Variables neurocognitivas y cognición social	18	25,00%
Total	72	100,00%

Nota. Fuente: Creación propia con base a la matriz de análisis

En lo que concierne a la Tabla 5, entre las principales categorías de investigación encontradas en los artículos seleccionados para la muestra, están cognición social asociada a la fase de la enfermedad con una frecuencia de 19 estudios (26,39%), variables neurocognitivas y cognición social con un total de 18 publicaciones (25,00%) y, finalmente calidad de vida y cognición social, y cognición social asociada a la sintomatología con 12 artículos (16,67%).

Descripción de hallazgos según categorías de análisis

Calidad de vida y cognición social

Puede identificarse dentro de la categoría de análisis “calidad de vida y cognición social”, una alta cantidad de estudios en dominios como procesamiento de las emociones, teoría de la

mente y cognición social global. Dentro de los hallazgos más relevantes a nivel del déficit cognitivo social global, se encuentra el estudio realizado por Drusch et al. (2013) tomando una muestra de 27 pacientes adultos ambulatorios, a través de un estudio aleatorio, doble ciego cuasi-experimental. Los resultados comprobaron que los pacientes con esquizofrenia mostraron bajas puntuaciones en la mayoría de los subcomponentes del comportamiento no verbal evaluado por la escala de valoración y evidenciaron una reducción general en el comportamiento expresivo, reflejando gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad en la esquizofrenia (Drusch et al., 2013).

Frente al procesamiento de las emociones, Rokita et al. (2020) en un ensayo clínico transeccional de casos y controles, con 112 pacientes ambulatorios, lograron identificar que existe una reducción en el volumen de ciertas regiones cerebrales (la amígdala, el hipocampo y el córtex cingulado anterior) asociado al reconocimiento de las emociones y que la alteración de las mismas, estarían relacionadas con traumas infantiles, perjudicando los procesos para identificar con precisión las expresiones emocionales.

En lo que concierne a la Teoría de la Mente (ToM), Engelstad et al. (2019) en un estudio transeccional comparativo de grupos y controles, con 26 pacientes con esquizofrenia que habían cometido homicidio, evidenciaron que, a diferencia de los pacientes que no habían cometido este delito, los sujetos con conductas delictivas obtuvieron un rendimiento significativamente más bajo en la ToM y el procesamiento de las emociones, puesto que, observaron una gran cantidad de errores de submentalización, infiriendo que la tendencia de los pacientes a submentalizar, puede ser relevante para comprender el homicidio en la esquizofrenia.

Cognición social asociada a la fase de la enfermedad

Por otro lado, en la categoría de análisis “cognición social asociada a la fase de la enfermedad”, puede evidenciarse que los estudios de manera general, abordan todos los dominios de la cognición social (Teoría de la Mente - Percepción social - Procesamiento de las emociones - Sesgo atribucional). Entre los principales hallazgos, teniendo en cuenta los cuatro dominios, Mehta et al. (2013) en un estudio explicativo transversal de casos y controles, con 60 pacientes con esquizofrenia, se expone que, a diferencia de los controles sanos, los pacientes presentaron un rendimiento bajo en todos los dominios de la cognición social, sin evidenciar compromiso en otras funciones asociadas a la neurocognición. También, se resalta un deterioro sustancial en la ToM en pacientes en fase de remisión y una mayor magnitud de deterioro en el procesamiento de las emociones en pacientes tanto sintomáticos, como remitentes; concluyendo que independientemente de la fase en la cual se encuentran los pacientes, la cognición social se ve afectada en el curso de la enfermedad (Mehta et al., 2013).

Difiriendo de lo anterior, Horan et al. (2012) en un estudio exploratorio longitudinal con análisis cuantitativo correlacional, con 55 pacientes ambulatorios, evidenció que el déficit cognitivo social no es completamente independiente del estado de los síntomas, puesto que, los deterioros arrojaron asociaciones con algunos síntomas clínicos y pequeñas mejoras en 2 de las tareas cognitivas sociales (ToM y Percepción social) mientras que los síntomas clínicos generales mejoraron durante el período de seguimiento de 12 meses. Por su parte, Peyroux et al. (2019) en un estudio exploratorio con alcance explicativo, transversal de grupos y controles, con 70 pacientes ambulatorios, evidenciaron a través de los resultados que los pacientes con esquizofrenia en comparación con los controles sanos presentaban deterioros significativos en cada componente evaluado de la cognición social, principalmente en el procesamiento de las

emociones; sobre todo en el reconocimiento del “miedo” y el “desprecio”. En lo relacionado al sesgo atribucional, demostraron que los pacientes que se encontraban en una fase de sintomatología positiva, presentaban un sesgo de hostilidad relevante y puntuaron en un nivel más alto de intencionalidad en comparación con el grupo control, mientras que los pacientes en fase de sintomatología negativa presentaban déficits asociados a la percepción social (Peyroux et al., 2019).

Por otro lado, respecto al déficit cognitivo global, Pinkham et al. (2020) en un estudio exploratorio transversal de casos y controles, con 92 pacientes adultos con esquizofrenia, 101 pacientes con trastorno del espectro autista y 101 controles con desarrollo típico, lograron identificar que las diferencias en cuanto a la cognición social, entre ambos grupos clínicos fueron mínimas. Asimismo, cuando controlaron los niveles de paranoia y los síntomas positivos, la diferencias que se presentaban entre los grupos respecto al sesgo de hostilidad se moderaron, por lo cual, concluyen que la paranoia puede contribuir como un mecanismo para aumentar las tendencias a hacer atribuciones hostiles y sugieren que los aspectos clínicos distintivos de las dos condiciones pueden estar impulsando las discrepancias cognitivas sociales cuando se presentan (Pinkham et al., 2020).

Cognición social asociada a la medicación

Respecto al tema de investigación “cognición social asociada a la medicación”, se observa que los estudios seleccionados en la revisión sistemática, principalmente arrojan resultados asociados al procesamiento de las emociones y a la cognición social de manera global. De tal modo, Monteleone et al. (2021) en un estudio exploratorio transversal con análisis cuantitativo correlacional, con 875 pacientes ambulatorios, lograron identificar que, aquellos

pacientes que presentaban efectos extrapiramidales (EPS) a causa de los antipsicóticos, mostraban síntomas positivos y negativos más graves que los pacientes sin esos efectos, al igual que bajas puntuaciones en todos los dominios estudiados de la cognición social, excepto en el uso de las emociones en relaciones interpersonales y la regulación de las emociones en uno mismo, demostrando así, que los EPS pueden contribuir al déficit de la cognición social en la esquizofrenia, sin embargo, proponen que dicha contribución no es directa, sino que estaría mediada por la psicopatología y la neurocognición.

Por otro lado, Strauss et al. (2019) en un ensayo clínico transversal de casos y controles, con 30 pacientes ambulatorios con esquizofrenia y 21 controles sanos, evidenciaron que en ambos grupos, los niveles de oxitocina (OT) endógena estaban asociados con una peor cognición social, resaltando la importancia de las diferencias individuales en los niveles endógenos de la OT, como un predictor de lo biológico de este tipo de cognición, independiente del estado clínico en el que se encuentren los sujetos. Por ende, Strauss et al. (2019) exponen que el aumento de los niveles de OT a través de la administración exógena (intranasal), puede mejorar el rendimiento de los dominios cognitivos sociales y que los efectos beneficiosos en los mismos, pueden reflejar una extensa distribución de los receptores de OT en zonas como la amígdala, la corteza prefrontal medial, el cíngulo anterior y la ínsula.

Cognición social asociada a la sintomatología

En lo que atañe a la categoría de análisis “cognición social asociada a la sintomatología”, también es posible identificar que los estudios seleccionados abordan todos los dominios de la cognición social. Teniendo en cuenta los principales hallazgos en lo concerniente al procesamiento de las emociones, Salazar, Orellana & Álvarez (2020) a través de un estudio

observacional - transversal, con una muestra de 72 pacientes adultos con esquizofrenia ambulatorios, examinaron la asociación entre el reconocimiento de emociones faciales y la gravedad de los síntomas de la esquizofrenia, en general, observaron un menor reconocimiento de emociones faciales en los pacientes con mayor gravedad de los síntomas. De este modo, evidenciaron que los déficits en el reconocimiento de las emociones faciales en la esquizofrenia son multifactoriales y pueden estar relacionados con la neurobiología de la enfermedad, puesto que, las alteraciones en los circuitos cerebrales tienden a desactivarse o activarse, dependiendo de la valencia afectiva de una determinada emoción, concluyendo que los pacientes que son menos capaces de reconocer esta emoción tienen peor funcionamiento social, dado que la capacidad de inferir los estados emocionales de los demás es un elemento básico de la vida social (Salazar et al., 2020).

Simultáneamente, Boada et al. (2020) en un estudio exploratorio transversal de casos y controles, con una muestra de 147 participantes, entre los que se encontraban 35 pacientes adultos con esquizofrenia, 42 con trastorno del espectro autista y 70 participantes sanos, encontraron que los pacientes con esquizofrenia y trastorno del espectro autista obtuvieron peores resultados que los controles sanos en todas las tareas de cognición social; mostrando perfiles de error similares en términos de sobrementalización, inframentalización y no mentalización. Con respecto al sesgo atribucional, el hecho de que el porcentaje de tipo de errores sea diferente entre los grupos podría implicar una forma diferente de gestionar la incertidumbre en situaciones socialmente ambiguas, además, los resultados muestran que la cognición social, medida por la prueba MASC se correlacionó con el funcionamiento general de los pacientes, lo cual establece una relación moderada por la sintomatología negativa medida con la PANSS (Boada et al., 2020).

Con respecto a la ToM, Brown et al. (2014) en un estudio descriptivo transversal, con 45 pacientes adultos con esquizofrenia ambulatorios, evidenciaron que un nivel más sofisticado de la ToM o razonamiento del estado mental de las emociones parece estar más relacionado con el funcionamiento social en la vida cotidiana, puesto que, la ToM cognitiva tiene gran relevancia en la mayor variedad de subdominios del funcionamiento social. Asimismo, se identificó que los dominios de la cognición social tienen diferentes relaciones con cada uno de los grupos de síntomas, siendo los síntomas negativos los más asociados con la ToM afectiva, también se encontró que los síntomas positivos estuvieron menos asociados con los subdominios del funcionamiento social que los síntomas negativos y generales (Brown et al., 2014).

Por su parte, Rodríguez et al. (2013) en un estudio descriptivo de casos y controles, con 29 pacientes adultos con esquizofrenia ambulatorios, 21 familiares sanos de primer grado y 28 controles sanos, encontraron que los pacientes con esquizofrenia tuvieron puntuaciones más bajas en todos los dominios de la cognición social evaluados en comparación con los familiares y controles sanos, evidenciando una relación significativa entre la sintomatología negativa de los pacientes y los déficits en los diferentes dominios de la cognición social. Respecto a la relación entre la cognición social y la neurocognición, evidenciaron que las bajas puntuaciones de los pacientes en el Mini-Examen Cognoscitivo se asociaron de forma estadísticamente significativa a bajas puntuaciones en el total de la escala de cognición social, específicamente en los dominios percepción social y sesgo atribucional (Rodríguez et al., 2013)

Entrenamiento cognitivo en la cognición social

Con relación a la categoría de análisis “entrenamiento cognitivo en la cognición social”, se evidencian resultados asociados a todos los dominios de la cognición social, en los estudios

tomados para la revisión sistemática. Entre estos, el estudio exploratorio explicativo longitudinal realizado por Li et al. (2020) con 208 pacientes adolescentes con esquizofrenia, los cuales compararon el rendimiento de estos pacientes de inicio temprano en el entrenamiento en cognición e interacción social (SCIT) más paliperidona, con el rendimiento de un grupo al cual solo intervinieron con paliperidona, obteniendo como resultados, en los sujetos que recibieron SCIT más paliperidona, la mejora significativa en la cognición social, específicamente en los dominios de la batería cognitiva de consenso MATRICS (MCCB), en la velocidad del procesamiento y la atención/vigilancia, resaltando de tal modo, la importancia del entrenamiento en este tipo de cognición en pacientes con esquizofrenia de inicio temprano.

Por otro lado, Rocha et al. (2021) en un estudio preliminar ciego aleatorizado, longitudinal, con pacientes con esquizofrenia ambulatorios, lograron evidenciar que el SCIT proporcionó mejoras significativas en estilos atribucionales, reconocimiento de emociones y percepción social, así como en el funcionamiento cotidiano y la sintomatología clínica del grupo intervenido con este entrenamiento. Asimismo, sugieren que la evolución de la enfermedad podría estar relacionada con los cambios inducidos por el entrenamiento, ya que el SCTI produjo resultados relevantes en el sesgo atribucional en los pacientes de inicio reciente y bastante menores en el dominio de la ToM, sugiriendo que los sujetos con esquizofrenia de inicio reciente son menos propensos a fortalecer sus capacidades para atribuir estados mentales a los demás, posterior a la aplicación del entrenamiento (Rocha et al., 2021).

En este mismo orden de ideas, respecto al procesamiento de las emociones, Bechi et al. (2012) en un estudio exploratorio longitudinal con grupo control, asignaron a 35 pacientes ambulatorios a dos tratamientos distintos, con la finalidad de mejorar la identificación de las emociones, el primer grupo consistió en el reconocimiento de las emociones por video (ERV) y

el segundo en el reconocimiento de emociones por audio (ERA), del mismo modo, asignaron un grupo placebo. A través del análisis, identificaron un efecto significativo de tiempo por grupo, en el reconocimiento de las emociones por medio de los estímulos visuales, según el Test de Identificación de Emociones Faciales (FEIT), demostrando una mejora relevante solo en el grupo ERV y respecto al reconocimiento auditivo de emociones, observaron una mejora global posterior a la intervención, con relación a la línea de base de ambos grupos; pero no en el grupo de placebo (Bechi et al., 2012). Por consiguiente, Bechi et al. (2012) refieren que los resultados de la investigación, apoya la creencia de que la capacidad de descifrar información emocional es importante para detectar el estado mental y las intenciones de los demás, e impacta de manera directa a la comunicación eficaz y las interacciones sociales y, además, exponen que el deterioro en el reconocimiento de emociones puede estar asociado con un déficit más extenso de los procesos cognitivo, resaltando la posibilidad de rehabilitar este dominio en la esquizofrenia a través de un entrenamiento específico con un enfoque de integración sensorial multimodal.

Variables neurocognitivas y cognición social

Por último, en la categoría de análisis “variables neurocognitivas y cognición social” en el presente estudio, se encontraron las subcategorías ToM, procesamiento de las emociones, percepción social y déficit cognitivo social. En cuanto a la ToM, en un estudio observacional, transversal de grupos y controles, realizado por Hegde et al. (2021) con una muestra de 36 pacientes con esquizofrenia en la etapa inicial, 17 controles que fueron administrados con la tarea de insinuación y una tarea de falsa creencia por resonancia magnética funcional (fMRI), se evidenció por medio de los resultados que, si se puede medir la ToM en aquellos individuos que tienen diagnóstico de esquizofrenia, igualmente que con pacientes sanos. En definitiva,

observaron que la activación reducida en la región de corteza prefrontal medial (mPFC) en los pacientes con esquizofrenia puede estar asociada con un déficit general en las tareas de ToM y por el contrario no está relacionada con habilidades de atribución de creencias exitosas en estos individuos (Hegde et al., 2021).

En lo relacionado a la cognición social global, Torio et al. (2014) en un estudio descriptivo, transversal con análisis cuantitativo correlacional, contó con 83 pacientes diagnosticados con esquizofrenia ambulatorios para investigar la relación entre funcionamiento evaluado mediante la escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF-f) y los diferentes dominios cognitivos evaluados por la batería cognitiva de consenso MATRICS (MCCB). De tal modo, evidenciaron a través de los resultados obtenidos que, la velocidad de procesamiento y la cognición social, tienen una alianza con el funcionamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia (Torio et al., 2014).

Ahora bien, en cuanto al procesamiento de las emociones, en el estudio exploratorio transeccional de grupos y controles con análisis cuantitativo, comparativo-correlacional por Eack et al. (2013) analizaron alteraciones neurocognitivas y socio-cognitivas de 47 pacientes externos con esquizofrenia, 43 adultos verbales con TEA y 24 voluntarios sanos. Demostrando a través de los resultados un deterioro significativo cognitivo en los pacientes con TEA, al igual que en los pacientes con esquizofrenia de sintomatología estable e identificando que dentro de los principales dominios afectados están la velocidad de procesamiento y la comprensión de las emociones, concluyendo así, que los pacientes con esquizofrenia tienen la capacidad de tener una toma de decisión social, siempre y cuando no presenten síntomas de mayor complejidad (Eack et al., 2013).

Finalmente, en cuanto a la percepción social, Sampedro et al. (2020) en un ensayo clínico predictivo con análisis cuantitativo correlacional, evaluó el valor predictivo de la neurocognición, la cognición social y los síntomas clínicos sobre la creatividad en pacientes con esquizofrenia, tomando como población 48 individuos con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y 20 controles. Según los análisis lograron demostrar que la percepción social tiene mayor creatividad en estos pacientes, llegando a la conclusión que la creatividad es fundamental para el funcionamiento de su vida cotidiana (Sampedro et al., 2020).

Discusión

El propósito de la presente revisión sistemática es describir el estado del conocimiento de la cognición social en el trastorno esquizofrénico entre los años 2010 y 2021, por medio de publicaciones que abordan esta problemática, evidenciado una alta frecuencia de artículos orientados al estudio de los diferentes dominios de la cognición social y el déficit en la misma, de manera general. Desde el punto de vista demográfico, se encuentra que un mayor volumen de investigaciones en el tema es de origen estadounidense y europeo, asimismo, un gran número de publicaciones pertenecientes a los años 2019, 2020 y 2021.

Partiendo de los hallazgos relacionados con las categorías de análisis, se puede evidenciar que el deterioro en aspectos cognitivos sociales de los pacientes con esquizofrenia presentan gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad en el trastorno esquizofrénico (Drusch et al., 2013), algo que concuerda con el estudio de Valaparla et al. (2017) donde expresan que la deficiencia de la cognición social se encuentra relacionada con un nivel mayor de discapacidad y bajo funcionamiento socio-ocupacional.

Por otra parte, se identifica que, independientemente de la fase en la cual se encuentran los pacientes, la cognición social se ve afectada en el curso de la enfermedad (Mehta et al., 2013), lo cual coincide con el estudio realizado por Caldiroli et al. (2016) concluyendo que los déficits en la cognición social se manifiestan con más frecuencia en el primer episodio no remitido de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, frente a los pacientes remitidos y control sano; sin embargo, todos los grupos en estudio presentan afectaciones de índole cognitivo y cognición social.

Simultáneamente, dentro de los hallazgos, se evidencia en el estudio de Engelstad et al. (2019), que los pacientes con conductas delictivas manifestaron un rendimiento significativamente más bajo en la ToM y el procesamiento de las emociones, por consiguiente, tienen gran tendencia a submentalizar, lo cual puede ser relevante para comprender el homicidio en la esquizofrenia. En consonancia, en la investigación de O'Reilly et al. (2015) evidenciaron una gran relación entre el déficit cognitivo y la violencia, que están intermediadas por el déficit en el razonamiento social, el deterioro del funcionamiento social, el aumento de los síntomas y el aumento de la vulnerabilidad a la violencia.

En esta misma línea, logra identificarse que, el deterioro de la cognición social se encuentra asociado a la sintomatología en la esquizofrenia, presentándose diferentes relaciones entre los dominios cognitivos sociales con los síntomas negativos y positivos (Brown et al., 2014; Salazar et al., 2020; Monteleone et al., 2021). Sin embargo, la investigación de Pinkham et al. (2016) que estudia específicamente la paranoia en la esquizofrenia, no concuerda con estos resultados, debido que plantean que la capacidad cognitiva social no se ve afectada significativamente en la esquizofrenia, a pesar de que exista una relación entre el sesgo cognitivo social y la paranoia.

Por otro lado, se observa que las alteraciones en áreas cerebrales como la corteza prefrontal medial, la amígdala, el hipocampo y el córtex cingulado anterior, se encuentran relacionadas con el déficit en la ToM y el procesamiento de las emociones (Rokita et al., 2020; Hegde et al., 2021), lo cual concuerda con los hallazgos de García et al. (2018) donde plantean que la estructura de la cognición social en la esquizofrenia se ubica en un conjunto de áreas que conforman el nombrado cerebro social, el cual incluye áreas cerebrales pertenecientes a las regiones frontales, parietales y temporales.

Conclusiones

En la revisión sistemática se evidencia una relación significativa entre la cognición social y la esquizofrenia, logrando identificar en los artículos seleccionados para la muestra definitiva el compromiso de los diferentes dominios involucrados en la cognición social.

En primer lugar, se demostró que la presencia del déficit cognitivo social en los pacientes con esquizofrenia genera gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de los mismos, y a su vez, los eventos traumáticos en la historia de vida de los sujetos desarrollan alteraciones en áreas cerebrales que estarían involucradas en la cognición social.

Ahora bien, de acuerdo con la fase de la enfermedad, algunas investigaciones demostraron afectaciones en todos los dominios cognitivos sociales, planteando que los déficits en los mismos se presentan independientemente del estado de los pacientes, sin embargo, la mejora de los síntomas puede producir cambios favorables en los diferentes dominios.

Por otra parte, en lo concerniente a la administración de antipsicóticos, se logra hallar que los efectos extrapiramidales que se presentan en algunos pacientes, alteran los síntomas positivos y negativos y, de forma indirecta, influyen en el deterioro de la cognición social. Por el contrario, demostraron que el aumento de los niveles de oxitocina por vía intranasal, mejora el rendimiento de los dominios cognitivos sociales.

Al mismo tiempo, los diferentes artículos revisados dieron evidencia de que los dominios de la cognición social tienen diversas relaciones con cada grupo de síntomas (negativos y positivos), refiriendo que la ToM estaría más relacionada con la sintomatología negativa, y por otro lado, el sesgo atribucional con la positiva.

En este mismo orden de ideas, en los estudios seleccionados se identificaron áreas cerebrales implicadas en el deterioro cognitivo social, entre esas, la reducción en la región de la corteza prefrontal medial en los pacientes con esquizofrenia, la cual estaría relacionada con un déficit general en tareas de la ToM y, por el contrario, no está asociada con habilidades del sesgo atribucional.

Finalmente, las investigaciones demostraron que puede haber una rehabilitación de la cognición social por medio de entrenamientos cognitivos, siendo el más relevante el entrenamiento en cognición e interacción social (SCIT), debido que proporciona mejoras significativas en los diferentes dominios, al igual que en la sintomatología y funcionamiento social, resaltando la importancia del entrenamiento en pacientes con esquizofrenia de inicio temprano.

Limitaciones para desarrollar el estudio

Dentro de las limitaciones presentadas en el desarrollo de la revisión sistemática, se encuentran la falta de acceso a bases de datos para la recolección de investigaciones, las dificultades para obtener algunos artículos prometedores debido a que las descargas de los mismos no eran permitidas y adicional a ello, a través de la indagación de estudios, no se evidenciaron muchas publicaciones de origen latinoamericano y colombiano. Además, inicialmente se proyectó la búsqueda de artículos publicados entre los años 2010 y 2020, sin embargo, se observó una cantidad considerable de investigaciones en el año 2021, por ende, fueron incluidas en la revisión.

Prospectiva o recomendaciones

Las recomendaciones a futuras investigaciones son profundizar sobre la problemática del deterioro cognitivo social en el contexto local y latinoamericano y de igual modo, la implementación de otro tipo de diseños metodológicos que permitan ampliar el conocimiento sobre esta temática.

Referencias

- Albeira, G. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomas*, 4, pp. 151-172. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Atenas, T., Ciampi, E., Venegas, J., Uribe, R., y Cárcamo, C. (2019). Cognición Social: Conceptos y Bases Neurales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57 (4), pp. 365-376. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000400365
- Bechi, M., Bosia, M., Spangaro, M., Pignon, A., Buonocore, M., Scrofani, D., Cocchi, F., Bianchi, L., Guglielmino, C., Smeraldi, E., & Cavallaro, R. (2018). Visual and audio emotion processing training for outpatients with schizophrenia: an integrated. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28 (7), pp. 1131 - 1144. doi: <https://doi.org/10.1080/09602011.2016.1240698>
- Beltrán, O. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Rev Col Gastroenterol*, 20 (1), pp. 60-69. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572005000100009
- Bliksted, V., Fagerlund, B., Weed, E., Frith, C., & Videbech, P. (2014). Social cognition and neurocognitive deficits in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 153(1-3), pp. 9-17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.01.010>

- Boada, L., Lahera, G., Pina-Camacho, L., Merchán-Naranjo, J., Díaz-Caneja, C. M., Bellón, J. M., Ruiz-Vargas, J. M., & Parellada, M. (2020). Social Cognition in Autism and Schizophrenia Spectrum Disorders: The Same but Different? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *50* (8), pp. 3046–3059. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04408-4>
- Bratton, H., O'Rourke, S., Tansey, L., & Hutton, P. (2017). Social cognition and paranoia in forensic inpatients with schizophrenia: A cross-sectional study. *Schizophrenia Research*, *184*, pp. 96–102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.12.004>
- Briend, F., Marzloff, V., Brazo, P., Lecardeur, L., Leroux, E., Razafimandimby, A., & Dollfus, S. (2019). Social cognition in schizophrenia: Validation of an ecological fMRI task. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, *286*, pp. 60–68. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2019.03.004>
- Brown, E., Tas, C., Can, H., Esen-Danaci, A., & Brüne, M. (2014). A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *55* (1), pp. 25–32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.001>
- Browne, J., Penn, D. L., Raykov, T., Pinkham, A., Kelsven, S., Buck, B., & Harvey, P. (2016). Social cognition in schizophrenia: Factor structure of emotion processing and theory of mind. *Psychiatry Research*, *242*, pp. 150–156. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.034>

- Caldirolì, A., Buoli, M., Serati, M., e Cahn, W., & Altamura, A. (2016). General and social cognition in remitted first-episode schizophrenia patients: a comparative study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 266 (7), pp. 639-47. doi: 10.1007/s00406-016-0701-x.
- Caldirolì, A., Serati, M., Orsenigo, G., Caletti, E., & Buoli, M. (2018). Age at onset and social cognitive impairment in clinically stabilized patients with schizophrenia: An ecological cross-sectional study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 13 (2), pp. 85–94. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29997653/>
- Cardona, J., Higuìta, L., y Ríos, L. (2016). *Revisiones sistemáticas de la literatura científica*. Fondo Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. pp. 1-95. Recuperado de <https://ediciones.ucc.edu.co/index.php/ucc/catalog/download/24/38/190-2?inline=1>
- Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., Baumstarck, K., & Gilman, S. E. (2015). Subjective perceptions of cognitive deficits and their influences on quality of life among patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 24 (11), pp. 2753–2760. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1019-2>
- Chan, S. K. W., Liu, T., Wong, A. O. Y., Wong, G. H. Y., Hsiao, J., Hui, C. L. M., Chang, W. C., Lee, E. H., & Chen, E. Y. H. (2021). Self-referential gaze perception of patients with schizophrenia and its relationship with symptomatology and cognitive functions. *Schizophrenia Research*, 228, pp. 288–294. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.034>
- Congreso de la República de Colombia (2006). *Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio profesional psicológico, se dicta el código deontológico y*

- bioético*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Congreso de la República de Colombia (1982). *Ley 23 del 28 de enero de 1982 sobre derechos de autor*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3431>
- Corbera, S., Wexler, B., Ikezawa, S., & Bell, M. (2013). Factor Structure of Social Cognition in Schizophrenia: Is Empathy Preserved? *Schizophrenia Research & Treatment*, 2013, pp. 1-13. doi: <https://doi.org/10.1155/2013/409205>
- Dark, F., Scott, J. G., Baker, A., Parker, S., Gordon, A., Newman, E., Gore-Jones, V., Lim, C. C. W., Jones, L., & Penn, D. L. (2020). Randomized controlled trial of social cognition and interaction training compared to befriending group. *British Journal of Clinical Psychology*, 59 (3), pp. 384–402. doi: <https://doi.org/10.1111/bjc.12252>
- Dewangan, R., & Singh, P. (2018). Premorbid Adjustment in Predicting Symptom Severity and Social Cognitive Deficits in Schizophrenia. *East Asian Archives of Psychiatry*, 28 (3), pp. 75-79. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30146494/>
- Dewangan, R., Singh, P., Mahapatra, T., & Mahapatra, S. (2015). Role of social cognition and its socio-behavioral correlates in the onset, severity and recurrence of symptoms among schizophrenics. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6 (7), pp. 656-662. Recuperado de <https://www.proquest.com/docview/1718296050/37EEDFE8EC304C6CPQ/1>
- Dewangan, R., Singh, P., Mahapatra, T., & Mahapatra, S. (2018). Demographic and Clinical Correlates of Social Cognition in Schizophrenia: Observation from India. *dian Journal of*

Psychological Medicine, 40 (2), pp. 143-155. doi:

https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_156_17

Drusch, K., Lowe, A., Fisahn, K., Brinkmeyer, J., Musso, F., Mobascher, A., & Wölwer, W.

(2013). Effects of nicotine on social cognition, social competence and self-reported stress in schizophrenia patients and healthy controls. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263 (6), pp. 519–527. doi: <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0377-9>

Eack, S. M., Bahorik, A. L., McKnight, S. A. F., Hogarty, S. S., Greenwald, D. P., Newhill, C.

E., Phillips, M. L., Keshavan, M. S., & Minshew, N. J. (2013). Commonalities in social and non-social cognitive impairments in adults with autism spectrum disorder and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 148 (1–3), pp. 24–28. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.013>

Egeland, J., Holmen, T., Kittilsen, G., Bigseth, T., Vaskinn, A., & Engh, J. (2019). Body

language reading of emotion and outcome in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 24 (1), pp. 54-64. doi: <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1568234>

ElShahawi, H. H., Sakr, H. M., Hashim, M. A., Mohamed, H. H., & Abdeen, M. S. E. D. (2020).

Social cognition correlation to white matter integrity alteration in mirror neurons of schizophrenic patients: DTI study. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 38, pp. 65–73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.10.004>

Engelstad, K. N., Rund, B. R., Torgalsbøen, A. K., Lau, B., Ueland, T., & Vaskinn, A. (2019).

Large social cognitive impairments characterize homicide offenders with schizophrenia.

Psychiatry Research, 272, pp. 209–215. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.087>

Erdeniz, B., Serin, E., İbadi, Y., & Tas, C. (2017). Decreased Functional Connectivity in Schizophrenia: The Relationship between Social Functioning, Social Cognition and Graph Theoretical Network Measures. *Psychiatry Research: Neuroimaging Section*, 270, pp. 22-31. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2017.09.011>

Etchepare, A., Roux, S., Destailats, J. M., Cady, F., Fontanier, D., Couhet, G., & Prouteau, A. (2019). What are the specificities of social cognition in schizophrenia? A cluster-analytic study comparing schizophrenia with the general population. *Psychiatry Research*, 272, pp. 369–379. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.042>

Figuerola, A. B., Oyarzún, S., y Durán, E. L. (2019). CONECTA-2: entrenamiento de la cognición social y el lenguaje, al servicio de la eficacia comunicativa. Una experiencia clínica interactiva con personas con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 57 (1), pp. 9-18. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000100009>

Fiszdon, J. M., Fanning, J. R., Johannesen, J. K., & Bell, M. D. (2013). Social cognitive deficits in schizophrenia and their relationship to clinical and functional status. *Psychiatry Research*, 205 (1–2), pp. 25–29. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.041>

García, R., Aliste, F., y Soto, G. (2018). Cognición social en esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47 (3), pp. 170-176. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.03.004>

- García, H. O., Ustárroz, J. T., y López-Goñi, J. J. (2012). Valoración de la cognición social en esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 30 (1), pp. 39–51. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4455482>
- García-Fernández, L., Cabot-Ivorra, N., Romero-Ferreiro, V., Pérez-Martín, J., & Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Differences in theory of mind between early and chronic stages in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 127, pp. 35–41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.009>
- Gastó, C., y Penadés, R. (2015). *El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia*. Barcelona, Spain: Herder Editorial. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/85301>
- González, I., Urrútia, G., y Alonso-Coello, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista española de cardiología*, 64 (8), pp. 688-696. Recuperado de <https://www.revespcardiol.org/es-revisiones-sistematicas-metaanalisis-bases-conceptuales-articulo-S0300893211004507>
- Gutiérrez, K. (2013). Evaluación neuropsicológica de la cognición social en la esquizofrenia. *Pensamiento psicológico*, 11 (2), pp. 103-123. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Hajdúk, M., Harvey, P. D., Penn, D. L., & Pinkham, A. E. (2018). Social cognitive impairments in individuals with schizophrenia vary in severity. *Journal of Psychiatric Research*, 104, pp. 65–71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.06.017>

Hamm, J., Renard, S., Fogley, R., Leonhardt, B., Dimaggio, G., Buck, K., & Lysaker, P. (2012).

Metacognition and Social Cognition in Schizophrenia: Stability and Relationship to
Concurrent and Prospective Symptom Assessments. *Journal of Clinical Psychology*, 68
(12), pp. 1303-1312. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.21906>

Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Lavi-Rotenberg, A., Luther, L., & Lysaker, P. H. (2018). The

centrality of cognitive symptoms and metacognition within the interacting network of
symptoms, neurocognition, social cognition and metacognition in schizophrenia.

Schizophrenia Research, 202, pp. 260–266. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.007>

Hegde, R. R., Guimond, S., Bannai, D., Zeng, V., Padani, S., Eack, S. M., & Keshavan, M. S.

(2021). Theory of Mind Impairments in Early Course Schizophrenia: An fMRI Study.

Journal of Psychiatric Research, 136, pp. 236–243. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.010>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta

Edición, México. Recuperado de [https://www.uca.ac.cr/wp-](https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf)

[content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf](https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf)

Horan, W., Green, M., DeGroot, M., Fiske, A., Helleman, G., Kee, K., Kern, R., Lee, J., Sergi,

M., Subotnik, K., Sugar, C., Ventura, J., & Nuechterlein, K. (2012). Social Cognition in

Schizophrenia, Part 2: 12-Month Stability and Prediction of Functional Outcome in First-
Episode Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4), pp. 865–872. doi:

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr001>

- Horat, S. K., Favre, G., Prévot, A., Ventura, J., Herrmann, F. R., Gothuey, I., Merlo, M. C. G., & Missonnier, P. (2018). Impaired social cognition in schizophrenia during the Ultimatum Game: An EEG study. *Schizophrenia Research*, *192*, pp. 308–316. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.037>
- Irarrázaval, M., Prieto, F., y Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, *22* (1), pp. 37-50. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n1/art05.pdf>
- Jung, S., Kim, J. H., Sung, G., Ko, Y. G., Bang, M., Park, C., & Lee, S. H. (2020). Uncinate fasciculus white matter connectivity related to impaired social perception and cross-sectional and longitudinal symptoms in patients with schizophrenia spectrum psychosis. *Neuroscience Letters*, *737*, pp.135-144. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2020.135144>
- Koelkebeck, K., Pedersen, A., Suslow, T., Kueppers, K. A., Arolt, V., & Ohrmann, P. (2010). Theory of Mind in first-episode schizophrenia patients: Correlations with cognition and personality traits. *Schizophrenia Research*, *119* (1–3), pp.115–123. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.12.015>
- Langdon, R., Connors, M. H., & Connaughton, E. (2014). Social cognition and social judgment in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, *1* (4), pp. 171–174. doi: <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.10.001>
- Lee, J. S., Kim, C. Y., Joo, Y. H., Newell, D., Bouix, S., Shenton, M. E., & Kubicki, M. (2016). Increased diffusivity in gray matter in recent onset schizophrenia is associated with clinical symptoms and social cognition. *Schizophrenia Research*, *176* (2–3), pp.144–150. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.011>

Ley de Salud mental, Ley número 1616 (Colombia 21 de enero de 2013). Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Li, T. S., Liu, C. M., Liu, C. C., Hsieh, M. H., Lin, Y. T., Wang, E. N., Hwang, T. J., & Chou, T.

L. (2020). Social cognition in schizophrenia: A network-based approach to a Taiwanese version of the Reading the Mind in the Eyes test. *Journal of the Formosan Medical Association, 119* (1), pp. 439–448. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2019.08.008>

Li, Y., Sun, K., Liu, D., Chen, M. X., Li, G., Ma, J., & Zhang, X. (2020). The Effects of Combined Social Cognition and Interaction Training and Paliperidone on Early-Onset Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry, 11*, pp. 1–9. doi:

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.525492>

Lozano, C., y Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Med, 17* (1), pp. 87-94. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a13.pdf>

Loubat, M., y Astudillo-Zúñiga, A. (2019). Revisión sistemática (2010-2017) de los instrumentos de evaluación y programas de rehabilitación de la cognición social utilizados con personas con esquizofrenia. *Terapia Psicológica, 37* (3), pp. 295-316. Recuperado de <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/265>

Lugnegård, T., Unenge Hallerbäck, M., Hjärthag, F., & Gillberg, C. (2013). Social cognition impairments in Asperger syndrome and schizophrenia. *Schizophrenia Research, 143* (2–3), pp. 277–284. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.001>

- Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E., y Claros, N. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Cirugía Española*, 91 (3), pp. 149-155. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.07.009>
- Martín, M., Secades, R., López-Goñi, J., y Tirapu, J. (2017). Empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva en esquizofrenia. *An. Sist. Sanit. Navar*, 40 (2), pp. 211-219.
Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000200211
- McCleery, A., Lee, J., Fiske, A., Ghermezi, L., Hayata, J., Hellemann, G., Horan, W., Kee, K., Kern, R., Knowlton, B., Subotnik, K., Ventura, J., Sugar, C., Nuechterlein, K., & Green, M. (2016). Longitudinal stability of social cognition in schizophrenia: A 5-year follow-up of social perception and emotion processing. *Schizophrenia Research*, 176 (2–3), pp. 467–472. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.07.008>
- Mehta, U., Thirthalli, J., Kumar, C., Kumar, J., Keshavan, M., & Gangadhar, B. (2013). Schizophrenia patients experience substantial social cognition deficits across multiple domains in remission. *Asian Journal of Psychiatry*, 6 (4), pp. 324-329. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.02.001>
- Mier, D., Eisenacher, S., Raush, F., Englisch, S., Gerchern, M., Zamoscik, V., Linderberg, A., Zink, M., & Kirsch, P. (2017). Aberrant activity and connectivity of the posterior superior temporal sulcus during social cognition in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 267 (7), pp. 597-610. doi: 10.1007 / s00406-016-0737-y

- Mike, L., Guimond, S., Kelly, S., Thermenos, H., Mesholam-Gately, R., Eack, S., & Keshavan, M. (2019). Social cognition in early course of schizophrenia: Exploratory factor analysis. *Psychiatry Research, 272*, pp. 737–743. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.152>
- Miley, K., Fisher, M., Nahum, M., Howard, E., Rowlands, A., Brandrett, B., Woolley, J., Hooker, C., Biagiante, B., Ramsay, I., & Vinogradov, S. (2020). Six month durability of targeted cognitive training supplemented with social cognition exercises in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition, 20*, pp. 100-171. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.100171>
- Mondragón, A., Ramos, D., Román, P., y Yáñez, G. (2017). Cognición Social en Esquizofrenia, Familiares No Afectados e Individuos en Riesgo Ultra-Alto de Psicosis: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Actas Españolas de Psiquiatría, 45* (5), pp. 218-26. Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6142078>
- Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista vanguardia psicológica, 4* (1), pp. 86-107. Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>
- Monteleone, P., Cascino, G., Monteleone, A., Rocca, P., Rossi, A., Bertolino, A., Aguglia, E., Amore, M., Collantoni, E., Corrivetti, G., Cuomo, A., Bellomo, A., D'Ambrosio, E., Dell'Osso, L., Frascarelli, M., Giordano, G., Giuliani, L., Marchesi, C., Montemagni, C., Oldani, L., & Maj, M. (2021). Prevalence of antipsychotic-induced extrapyramidal symptoms and their association with neurocognition and social cognition in outpatients with schizophrenia in the “real-life”. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and*

Biological Psychiatry, 109, pp. 110-125. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110250>

Nahum, M., Lee, H., Fisher, M., Green, M., Hooker, C., Ventura, J., Jordan, J., Rose, A., Kim, S., Haut, K., Merzenich, M., & Vinogradov, S. (2021). Online Social Cognition Training in Schizophrenia: A Double-Blind, Randomized, Controlled Multi-Site Clinical Trial.

Schizophrenia Bulletin, 47 (1), pp. 108–117. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa085>

Ohayon, I., Msika, M., Eizenberg, M., Kravetz, S., Rozencwaig, S., Shalev, H., & Lysaker, P.

(2015). Metacognitive and social cognition approaches to understanding the impact of schizophrenia on social quality of life. *Schizophrenia Research*, 161 (2-3), pp. 386-391.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.008>

Oliver, L. D., Hawco, C., Homan, P., Lee, J., Green, M. F., Gold, J. M., Derosse, P., Argyelan,

M., Malhotra, A. K., Buchanan, R. W., Voineskos, A. N., & Group, S. (2021). Social Cognitive Networks and Social Cognitive Performance Across Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders and Healthy Control Participants. *Biological*

Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, pp. 1–13. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.11.014>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10:*

clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, Editorial Médica

Panamericana. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Esquizofrenia. Recuperado de

<https://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>

- O'Reilly, K., Donohoe, G., Coyle, C., O'Sullivan, D., Rowe, A., Losty, M., McDonagh, T., McGuinness, L., Ennis, Y., Watts, E., Brennan, L., Owens, E., Davoren, M., Mullaney, R., Abidin, Z., & Kennedy, H. G. (2015). Prospective cohort study of the relationship between neuro-cognition, social cognition and violence in forensic patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *BMC psychiatry*, *15* (155). doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0548-0>
- Ortuño, F. (2008). *Esquizofrenia*. Barañáin, España: EUNSA. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/47019?bfpag=1&bfsearch=&bffolder=85212&pr ev=bf>
- Pedraz-Marcos, A. Zarco-Colón, G., Ramasco-Gutierrez, M. Palmar-Santos, A. (2014). *Investigación Cualitativa*. Elsevier. Obtenido de ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminuto-ebooks/detail.action?docID=1746600>.
- Perez, M. M., Tercero, B. A., Penn, D. L., Pinkham, A. E., & Harvey, P. D. (2020). Overconfidence in social cognitive decision making: Correlations with social cognitive and neurocognitive performance in participants with schizophrenia and healthy individuals. *Schizophrenia Research*, *224*, pp. 51–57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.10.005>
- Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: Una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *2* (1–2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017

- Peyroux, E., Prost, Z., Danset-Alexandre, C., Brenugat-Herne, L., Carteau-Martin, I., Gaudelus, B., & Houy-Durand, E. (2019). From “under” to “over” social cognition in schizophrenia: ¿Is there distinct profiles of impairments according to negative and positive symptoms? *Schizophrenia Research: Cognition*, *15*, pp. 21-29. doi: <https://doi.org/10.1016/j.scog.2018.10.001>
- Pinkham, A. E., Morrison, K. E., Penn, D. L., Harvey, P. D., Kelsven, S., Ludwig, K., & Sasson, N. J. (2020). Comprehensive comparison of social cognitive performance in autism spectrum disorder and schizophrenia. *Psychological Medicine*, *50* (15), pp. 2557–2565. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291719002708>
- Pinkham, A., Harvey, D., & Penn, D. (2016). Paranoid individuals with schizophrenia show greater social cognitive bias and worse social functioning than non-paranoid individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, *3*, pp. 33-38. doi: <https://doi.org/10.1016/j.scog.2015.11.002>
- Quintero, J., Barbudo, E., López, M., y López, J. (2011). La evolución del concepto de esquizofrenia resistente al tratamiento. *Actas de psiquiatría*, *39* (4), pp. 236-250. Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-236-250-130260.pdf>
- Raju V, V., Grover, S., & Nehra, R. (2019). Social cognitions in siblings of patients with schizophrenia: a comparison with patients with schizophrenia and healthy controls - a cross-sectional study. *Asian Journal of Psychiatry*, *43*, pp. 24–33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.04.005>

- Renard, S. B., Pijnenborg, M., & Lysaker, P. H. (2012). Dissociation and social cognition in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, *137* (1–3), pp. 219–223. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.02.001>
- Rocha, N. B., Campos, C., Figueiredo, J. M., Saraiva, S., Almeida, C., Moreira, C., Pereira, G., Telles-Correia, D., & Roberts, D. (2021). Social cognition and interaction training for recent-onset schizophrenia: A preliminary randomized trial. *Early Intervention in Psychiatry*, *15* (1), pp. 206-212. doi: <https://doi.org/10.1111/eip.12944>
- Rodríguez Sosa, J. T., Gil Santiago, H., Trujillo Cubas, A., Winter Navarro, M., León Pérez, P., Guerra Cazorla, L. M., & Martín Jiménez, J. M. (2013). Cognición social en pacientes con esquizofrenia, familiares de primer grado y controles sanos. Comparación entre grupos y análisis de variables clínicas y sociodemográficas relacionadas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *6* (4), pp. 160–167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.11.003>
- Rokita, K. I., Holleran, L., Dauvermann, M. R., Mothersill, D., Holland, J., Costello, L., Kane, R., McKernan, D., Morris, D.W., Kelly, J., Corvin, A., Hallahan, B., McDonald, C. & Donohoe, G. (2020). Childhood trauma, brain structure and emotion recognition in patients with schizophrenia and healthy participants. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *15* (12), pp. 1336–1350. <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa160>
- Rokita, K. I., Dauvermann, M. R., Mothersill, D., Holleran, L., Holland, J., Costello, L., Cullen, C., Kane, R., McKernan, D., Morris, D.W., Kelly, J., Gill, M., Corvin, A., Hallahan, B., McDonald, C., & Donohoe, G. (2021). Childhood trauma, parental bonding, and social

cognition in patients with schizophrenia and healthy adults. *Journal of Clinical Psychology*, 77 (1), pp. 241–253. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.23023>

Salazar, O., Orellana, A., & Alvarez, R. (2020). Facial emotion recognition and its association with symptom severity, functionality, and cognitive impairment in schizophrenia: preliminary results. *Salud Mental*, 43, pp. 105-112. doi: <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa160>

Sampedro, A., Peña, J., Bilbao, N., Sanchez, P., Yoller, N., Pavon, C., Hervella, I., Espelosin, M., & Ojeda, N (2020). Neurocognitive, social cognitive, and clinical predictors of creativity in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 129, pp. 206-213. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.019>

Saiz, J., Vega, D., y Sánchez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), pp. 235-254. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180615360004.pdf>

Sánchez de las Matas, M. (2014). Teoría de la mente y esquizofrenia: aspectos conceptuales y evolutivos. *InterSedes*, 15 (30), pp. 169-196. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/666/66631279009.pdf>

Secretaría de Salud de Medellín. (2019). Boletín Epidemiológico Medellín ciudad saludable (7). Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Publicaciones/Shared%20Content/Boletines/7-Boletin-%20SaludMental-2019-Final.pdf

- Silver, H., & Bilker, W. B. (2014). Social cognition in schizophrenia and healthy aging: Differences and similarities. *Schizophrenia Research, 160* (1–3), pp. 157–162. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.002>
- Sterea, R. (2015). The relationship between cognition and functional outcome in schizophrenia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 187*, pp. 256–260. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.048>
- Strauss, G. P., Chapman, H. C., Keller, W. R., Koenig, J. I., Gold, J. M., Carpenter, W. T., & Buchanan, R. W. (2019). Endogenous oxytocin levels are associated with impaired social cognition and neurocognition in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 112*, pp. 38–43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.02.017>
- Tikka, D., Singh, A., & Tikka, S. (2019). Social cognitive endophenotypes in schizophrenia: study comparing first episode schizophrenia patients and individuals at clinical- and familial- ‘at-risk’ for psychosis. *Schizophrenia Research*, pp.157-166. doi: [10.1016/j.schres.2019.10.053](https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.053).
- Torio, I., Bagny, A., Dompablo, M., Campillo, M. J., Garcia-Fernandez, L., Rodriguez-Torresano, J., Jimenez-Arriero, M. A., Palomo, T., & Rodriguez-Jimenez, R. (2014). Neurocognition, social cognition and functional outcome in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry, 28*(4), pp. 201–211. doi: <https://doi.org/10.4321/S0213-61632014000400001>
- Valaparla, V. L., Nehra, R., Mehta, U. M., & Grover, S. (2021). Social cognitive deficits in schizophrenia and their neurocognitive correlates across the different phases of illness. *Asian Journal of Psychiatry, 55*, pp. 1-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102501>

- Valaparla, V, Nehra, R., Mehta, U., Thirthalli, T., & Grover, S. (2017). Social cognition of patients with schizophrenia across the phases of illness - A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 190, pp. 150-159. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.008>
- Vaskinn, A., Andersson, S., Østefjells, T., Andreassen, O. A., & Sundet, K. (2018). Emotion perception, non-social cognition and symptoms as predictors of theory of mind in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 85, pp.1-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.05.002>
- Viñuela, F. (2019). Deterioro cognitivo: una aproximación terminológica y conceptual. En Fundación Sociedad Andaluza de Neurología (Eds). *Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo* (pp. 15-26). España: Imprenta y Papelería Rojo, S.L. Recuperado de <http://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/10/LIBRO-DETERIORO-COGNITIVO-DEF.pdf>
- Vaskinn, A., Melle, I., Aas, M., & Berg, A. O. (2021). Sexual abuse and physical neglect in childhood are associated with affective theory of mind in adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 23, pp. 1-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.scog.2020.100189>
- Zhao, Y., Xiao, W., Chen, K., Zhan, Q., Ye, F., & Zhang, X. (2019). Neurocognition and social cognition in remitted first-episode schizophrenia: correlation with VEGF serum levels. *BMC Psychiatry*, pp. 16-19. doi: 10.1186/s12888-019-2397-8.
- Zilber, A. (2017). Teorías acerca de la Teoría de la Mente. El rol de los procesos cognitivos y emocionales. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 9 (3), pp. 1-12. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4395/439554381001.pdf>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apéndice 3. Matriz de análisis 2

ID	Referencia	Cita APA	Estudio	Muestra	Tema (Categoría)	Dominio	Hallazgo (fragmento)
1							
2							
3							