

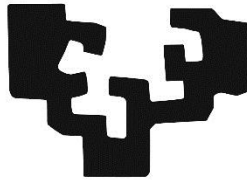
Estrategias no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida en personas con trastorno mental grave.

María Concepción Moreno Calvete
Director: Dr. Javier Ballesteros Rodríguez

TESIS DOCTORAL
PROGRAMA DE NEUROCIENCIAS
2022



eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE NEUROCIENCIAS

**Estrategias no farmacológicas en el manejo de la
violencia auto y heterodirigida en personas con
trastorno mental grave**

Doctoranda: M^a Concepción Moreno Calvete

Director: Dr. Javier Ballesteros Rodríguez

TESIS DOCTORIAL

PROGRAMA DE NEUROCIENCIAS

Leioa, 2022

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a las personas que me han apoyado durante el desarrollo de la tesis.

En primer lugar, a mi Director, el Dr. Javier Ballesteros, por su dirección, dedicación e inestimable ayuda en el desarrollo de la tesis, 5 años acompañada del mejor.

A mis compañeros psiquiatras, el Dr. José Uriarte y el Dr. Iván Ruiz, por su ayuda y asesoramiento en el desarrollo de la revisión exploratoria.

A mis compañeras de trabajo por sus palabras, ánimos y esos estupendos momentos en el café.

Y especialmente, a mi familia, a mis padres por la educación que me han dado, por ser los pilares de mi carrera profesional y por inculcarme que no hay nada que con esfuerzo no se pueda conseguir, a mi hermano por su apoyo incondicional, a mi marido y a mi pequeña Ariane por acompañarme, ayudarme y animarme en los momentos difíciles.

Gracias, sin vosotros y vosotras esta tesis no hubiera sido posible.

FINANCIACIÓN

Esta tesis forma parte de un proyecto de investigación financiado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Número de subvención: 2017111101).

ÍNDICE DE CONTENIDO

ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	13
RESÚMENES	17
Resumen de la revisión exploratoria.....	19
Resumen de la revisión global rápida.....	21
INTRODUCCIÓN.....	23
La violencia auto y heterodirigida y salud mental.....	25
La violencia auto y heterodirigida en la población con trastorno mental grave	37
REVISIÓN EXPLORATORIA SOBRE INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN EL MANEJO DE LA VIOLENCIA AUTO Y HETERODIRIGIDA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	47
Objetivos.....	49
Preguntas de la revisión exploratoria.....	49
Métodos	50
Resultados.....	55
Discusión	87
Conclusiones.....	103
Otra información.....	105
REVISIÓN GLOBAL RÁPIDA DE REVISIONES SISTEMÁTICAS SOBRE ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL MANEJO DE LA VIOLENCIA AUTO Y HETERODIRIGIDA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	107
Justificación	109
Objetivo	110
Pregunta de la revisión global rápida.....	110
Métodos	111
Resultados.....	119
Discusión	172
Conclusiones.....	178
Otra información.....	180
BIBLIOGRAFÍA.....	181
ANEXOS.....	287
Anexo 1. Protocolo prerregistrado en la plataforma OSF	289
Anexo 2. Lista de verificación de los elementos principales del informe para revisiones sistemáticas y metaanálisis extendidos para revisiones de alcance (PRISMA-ScR).....	293
Anexo 3. Estrategia de búsqueda utilizada en Web of Science	295
Anexo 4. Estudio excluidos y pendientes de evaluación de la revisión exploratoria	296
Anexo 5. Características de los estudios incluidos en la revisión exploratoria.	298
Anexo 6. Artículos incluidos en una revisión sistemática	317

Anexo 7. Protocolo prerregistrado en la plataforma OSF	318
Anexo 8. Lista de verificación de los elementos principales del informe para revisiones sistemáticas de la declaración PRISMA 2020.....	324
Anexo 9. Estrategia de búsqueda utilizada en PubMed	327
Anexo 10. Estudio excluidos y pendientes de evaluación de la revisión global rápida. ...	328
Anexo 11. Matriz de citas de los estudios primarios incluidos en las revisiones sistemáticas	329
Anexo 12. Estudios primarios excluidos de la revisión global rápida	337
Anexo 13. Características de los estudios incluidos en la revisión global rápida	338
Anexo 14. Calidad de las revisiones sistemáticas incluidas: AMSTAR-2.....	368
Anexo 15. Calidad de la evidencia en las revisiones sistemáticas incluidas.....	369
Anexo 16. Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida.....	374
Anexo 17. Decisión sobre las variables de resultados de los estudios primarios que se solaparon en las revisiones sistemáticas.....	443
Anexo 18. Medidas de resultados primarias y secundarias.....	449
Anexo 19. Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías	586

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Clasificación de la violencia	25
Figura 2. Gráfica de los delitos violentos en España (2013-2020).....	26
Figura 3. Modelo ecológico de la violencia	28
Figura 4. Proceso del suicidio	29
Figura 5. Trastorno mental grave en adultos de más de 18 años el año anterior (2008-2019)....	38
Figura 6. Diagrama de flujo PRISMA del progreso de selección y cribado de los estudios de la revisión exploratoria.....	56
Figura 7. Mapa conceptual de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida.....	60
Figura 8. Mapa de evidencia de los participantes según las variables de resultados principales para las intervenciones	62
Figura 9. Red de citación de los artículos de la revisión exploratoria.....	86
Figura 10. Diagrama de flujo PRISMA del progreso de selección y cribado de los estudios de la revisión global rápida	120
Figura 11. Riesgo de sesgo evaluado en los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas	137
Figura 12. Diagrama de Euler	139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Suicidios por sexo y edad en Euskadi y España (2019).....	27
Tabla 2. Factores de riesgo de la violencia heterodirigida.....	40
Tabla 3. Factores de riesgo de la violencia autodirigida.....	42
Tabla 4. Principales características de los estudios incluidos y resumen de los principales resultados de la revisión exploratoria.....	63
Tabla 5. Principales características de los estudios incluidos de la revisión global rápida.....	122

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AA	Asesoramiento de apoyo	Dif	Diferencia
ACTO	Tratamiento comunitario asertivo sin tratamiento integrado	DM	Diferencia media
AICT	Tratamiento comunitario asertivo con tratamiento integrado	DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
AIHQ	Cuestionario de hostilidad de intenciones ambiguas	DUS	Escala de consumo de drogas
AIHQAB	Cuestionario de hostilidad de intenciones ambiguas, tendencia a la agresividad	ECA	Ensayo controlado aleatorizado
AIPSS	Evaluación de la capacidad de resolución de problemas interpersonales	EEAG/	
AMQ	Cuestionario de actitudes hacia la medicación	GAF	Escala de evaluación de la actividad global
ASI	Índice de gravedad de la adicción	EHS	Entrenamiento en habilidades sociales
AUS	Escala de consumo de alcohol	EHSOM	Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición
BAI	Inventario de ansiedad de Beck	EL	Elección laboral
BAVQ-R	Cuestionario sobre la creencia en las voces- Revisado	EM	entrevistas motivacionales
BCIS	Escala de percepción cognitiva de Beck	ET	e-Motional Training®
BDI	Inventario de depresión de Beck	FAP	Fracciones poblacionales atribuibles
BHS	Escala de desesperanza de Beck	GAS	Evaluación global de la función
BPRS	Escala breve de calificación psiquiátrica	GC	Gestión de casos
BPRS-24	Escala de valoración psiquiátrica breve	GHQ	Cuestionario de salud global
BQOL	Escala breve de calidad de vida	GIC	Gestión intensiva de casos
BSI	Inventario breve de síntomas	GIM	Medida de intrusión de Greystone
BVAQ-R	Cuestionario revisado de creencias sobre las voces	GRADE	Clasificación de las recomendaciones, valoración, desarrollo y evaluación
C	Control	GSI	Índice de gravedad global
Ca	Control Activo	HADS	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria
CAI	Colocación y apoyo individual	HEAS	Escala de aceptación de los sin techo
CAN	Entrevista de la evaluación de necesidades de Camberwell	HSRS	Escala de calificación de salud y enfermedad
CANSAS	Inventario breve de evaluación de las necesidades de Camberwell	HoNOS	Escala de resultados de la salud de la nación
CCA	Área cubierta corregida	I	Intervención
CCMD	Clasificación china de los trastornos mentales	IAA	Intervenciones asistidas por animales
C-DIS-R	Inventario de entrevista diagnóstica por ordenador revisado	IAI	Internación ambulatoria involuntaria
CDRS	Escala de calificación de la depresión de Calgary	IC	Intervalo de confianza
CDS	Escala de depresión de Calgary	ICD	Clasificación internacional de enfermedades
CDSR	Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas	ICM	Gestión intensiva de casos
CESD/		IIBC	Intervención integrada basada en la comunidad
CES-D	Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	IIPA	Internamiento involuntario de paciente ambulatorio
CGI	Impresión clínica global	IMPS	Escala psiquiátrica multidimensional para pacientes internos
CI	Modelo de cuidados integrados	IQR	Rango intercuartil
CIPA	Compromiso involuntario de pacientes ambulatorios	IRR	Razón de tasas de incidencia,
CM	Gestión de casos	ISSI	Calendario de entrevistas para la interacción social
CMHC	Centro comunitario de salud mental	ITAC	Tratamiento integrado + tratamiento comunitario asertivo
CMHT	Equipos comunitarios de salud mental	ITAQ	Cuestionario de perspectiva y actitud de tratamiento
CPA	Enfoque del programa de atención	KAS	Escalas de ajuste de Katz
CPNS	Servicio de enfermería psiquiátrica comunitaria	KS	Escala Krawiecka
CPRS	Escala de calificación psicopatológica integral	LQoLP	Perfil de calidad de vida de Lancashire
CSI	Índice de síntomas de Colorado	LSP	Perfil de habilidades para la vida
CSM	Centro de salud mental	MADRS	Escala de valoración de la depresión de Montgomery-Asberg
CSQ	Cuestionario de satisfacción del cliente	MANSA	Evaluación breve de la calidad de vida de Manchester
CSRI	Inventario de recibos de servicio al cliente	MAS-A	Escala de evaluación metacognitiva abreviada
CTMR	Comunidad terapéutica modificada de reentrada	MASC	Película para la evaluación de la cognición social
CTO	Orden de tratamiento comunitario	MCCB	Batería cognitiva de consenso MATRICS
CV	Cardiovascular	MCS	Encuesta sobre el cumplimiento de la medicación
DACTS	Escala de tratamiento comunitario asertivo de Dartmouth	MCT	Entrenamiento metacognitivo
DAI	Inventario de actitudes ante las drogas	MHSS	Escala de enfermedad de Menninger
DALI	Entrevista de evaluación del estilo de vida de Dartmouth	MINI	Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional
DAS	Inventario de evaluación de la discapacidad	N/A	No aplica
DE	Desviación estándar	NART	Prueba nacional de lectura para adultos
dES	Tamaño del efecto del cambio	NIMH	Instituto Nacional de Salud Mental
df	Grados de libertad	NOSIE-30	Escala de observación de Enfermeras para la evaluación de pacientes internos
		OAS	Escala de agresión manifiesta
		OAS-M	Escala de agresión abierta
		OD	Odds Ratio

OMS	Organización Mundial de la Salud	TAS	Terapia de actividad social
OPCRIT	Lista de verificación de los criterios operativos de la enfermedad psicótica	TCAO	Terapia cognitiva para las alucinaciones de orden
OTI	Índice de tratamiento de opiáceos	TCC	Terapia cognitivo conductual
PACT	Programa de tratamiento asertivo comunitario	TCCS	Terapia de prevención del suicidio cognitivo-conductual
PAE	Psicoterapia asistida por equinos	TCO	Tratamiento comunitario obligatorio
PANSS	Escala de síndrome positivo y negativo	TEC	Terapia electroconvulsiva
PAP	Psicoterapia asistida por perros	TH	Tratamiento habitual
PE	Psicoeducación	TI	Tratamiento integrado
PHS	Psicoterapia grupal de habilidades sociales	TITD	Tratamiento integrado de trastornos duales
PRISM	Entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y de sustancias	TMG	Trastorno mental grave
PS	Psicoterapia de grupo de habilidades sociales	TRN	Terapia de reemplazo de nicotina
PSE	Examen del estado actual	UPSA	Evaluación de habilidades basada en el desempeño de UCSD
PSI	Instrumento de satisfacción del paciente	VCS	Escala de cumplimiento de voz
PSNAS	Escala de ajuste de la personalidad y de la red social	VP	Vivienda primero
PSP	Escala de desempeño personal y social	vs.	Versus
PSYRATS	Escala de calificación de síntomas psicóticos	WAIS	Escala de inteligencia para adultos de Wechsler
PSYRATS		WARS-A	Escala de calificación de ira de Ward, escala parte-A
-AH	Subescala de alucinaciones auditivas	W-BQ	Cuestionario de bienestar
QLS	Escala de calidad de vida	WBS	Escala de bienestar
QOL	Calidad de vida de Lehman		
QOLI	Entrevista sobre la calidad de vida de Lehman		
R&R	Programa razonamiento y rehabilitación		
R&R2	Razonamiento y rehabilitación 2. Versión corta para adultos		
RCC	Rehabilitación cognitiva computarizada		
RDC	Criterios de diagnóstico de la investigación		
RFS	Escala de funcionamiento de roles		
ROMI	Valoración de las influencias de la medicación		
RR	Riesgo relativo		
RRR	Reducción del riesgo relativo.		
RSES	Escala de autoestima de Rosenberg		
SAI	Escala para la evaluación de la percepción (Insight)		
SAI-E	Escala para la evaluación del insight ampliada		
SANS	Escala para la evaluación de los síntomas negativos		
SAPS	Escala para la evaluación de los síntomas positivos		
SAS	Escala de ajuste social		
SAS-II	Escala de ajuste social-II		
SAS-SR	Escala de ajuste social – Autoinforme		
SATS	Escala de tratamiento de abuso de sustancias		
SBAS	Escala de ajuste del comportamiento social		
SBS	Escala de comportamiento social		
SCAN	Programa de evaluación clínica en neuropsiquiatría		
SCID	Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV		
SCL-90	Lista de comprobación de los síntomas de Hopkins-90		
SCLGC	Supervisión de control de libertad condicional y manejo de casos		
SCRS	Escala corta de calificación clínica		
SE	Empleo con apoyo		
SFQ	Cuestionario de funcionamiento social		
SFS	Escala de funcionamiento social		
SFS-SR	Escala de funcionamiento social, versión autoinformada		
SIPS	Entrevista estructurada para síntomas prodrómicos		
SLC	Supervisión de la libertad condicional		
SLCGC	Supervisión de la libertad condicional y la gestión de casos		
SLOF	Escala de nivel de funcionamiento específico		
SLS	Escala de satisfacción con la vida		
SOAS-R	Escala de agresión de observación del personal revisada		
SOFAS	Escala de evaluación del funcionamiento social y ocupacional		
SOPS	Escala de síntomas prodrómicos SUMD-R: Escala para evaluar el desconocimiento del trastorno mental		
SPSI-R: S	Inventario de resolución de problemas sociales revisado, formulario corto		
TAC	Tratamiento comunitario asertivo		

ESTRUCTURA DE LA TESIS

La presente tesis doctoral pretende resumir la evidencia disponible en relación a las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida en personas con trastorno mental grave. Para lograr esto, primero se llevó a cabo una revisión exploratoria y posteriormente se desarrolló una revisión global rápida.

En el primer apartado se encuentran los resúmenes estructurados de ambas revisiones sistemáticas. En el segundo apartado, dividido en dos partes, se encuentra la introducción que profundiza en el tema de la tesis doctoral y finaliza con la presentación de los objetivos de cada revisión sistemática.

En el tercer y cuarto apartado se presentan de forma diferenciada ambas revisiones sistemáticas, donde se encuentran incluidos los objetivos, las preguntas de las revisiones, el método, los resultados, la discusión, las conclusiones y otro tipo de información. Asimismo, la revisión global rápida incluye una justificación con el fin de enlazar la revisión exploratoria con la revisión global rápida.

El apartado de bibliografía incluye todas las referencias de la tesis doctoral además de todas las referencias relacionadas con ambas revisiones y el último apartado, el de los anexos, recoge toda la información complementaria de las dos revisiones sistemáticas.

RESÚMENES

Resumen de la revisión exploratoria

Introducción: La violencia auto o heterodirigida en el entorno de salud mental es un problema para el sistema sanitario no por su frecuencia sino por la gravedad de sus posibles consecuencias para el paciente y/o su entorno. Aunque se han propuesto varias estrategias para reducir el riesgo de ese tipo de conductas, se considera necesario identificar la evidencia disponible en relación a intervenciones no farmacológicas y por ello, como primer paso, realizamos una revisión exploratoria.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron identificar y describir intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave en cualquier entorno y evaluar si cada intervención encontrada había sido incluida en alguna revisión sistemática/metanálisis para determinar la necesidad de una revisión sistemática o una revisión global de revisiones sistemáticas sobre este tema.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión exploratoria que incluyó ensayos controlados aleatorios (ECA) y los ECA clúster que evaluaron la eficacia de las intervenciones sobre la violencia auto y heterodirigida en personas con enfermedad mental grave en cualquier entorno. Se elaboró un protocolo siguiendo las directrices de la lista de verificación de los elementos principales para los protocolos de revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA-P) y se llevó a cabo considerando siguiendo la guía del Instituto Joanna Briggs y los elementos principales del informe para revisiones sistemáticas y metaanálisis extendidos para revisiones de alcance (PRISMA-ScR). No se aplicaron restricciones en cuanto al idioma o fecha de publicación. Para identificar los estudios, se realizó una búsqueda hasta febrero de 2020 en las siguientes bases de datos: Embase, MEDLINE (vía PubMed), PsycINFO, CINAHL, LILACS, SciELO, Cochrane Library, Web of Science, Scopus, ProQuest, Epistemonikos y bases de datos de ensayos clínicos. Se elaboró un resumen descriptivo de los principales resultados, se analizaron los subgrupos de intervención estudiados y se generó un mapa conceptual con los hallazgos del estudio.

Resultados: 19 estudios (28 artículos) cumplieron los criterios de inclusión. De los diecinueve estudios incluidos, tres estudios examinaron intervenciones para la

violencia autodirigida, catorce estudios para la violencia heterodirigida y dos estudios para ambos. Entre las intervenciones que tuvieron un efecto positivo en la violencia auto y/o heterodirigida se encontraron: la rehabilitación cognitiva computarizada, la terapia cognitiva para alucinaciones de orden, el programa de razonamiento y rehabilitación, terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento de habilidades sociales orientado a la metacognición, intervenciones integradas basadas en la comunidad, intervenciones asistidas con animales, la psicoeducación, modelos de atención integrada en dos etapas “consolidación intensiva”, la intervención de compromiso involuntario y la monitorización de la crisis (evaluación de riesgos). Asimismo, 15 artículos estaban incluidos en diferentes revisiones sistemáticas.

Conclusiones: Se encontraron intervenciones no farmacológicas con efectos positivos en relación al manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave. Teniendo en cuenta que un número considerable de artículos fueron incluidos en revisiones sistemáticas, se considera conveniente llevar a cabo una revisión global para sintetizar la evidencia disponible.

Detalles de registro: El protocolo fue registrado en la plataforma Open Science Framework (<https://osf.io/d56a2/>) y fue publicado en la revista de acceso abierto *BMJ Open*.

Financiación: Se recibió financiación del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Número de subvención: 2017111101)

Resumen de la revisión global rápida

Introducción: Tras llevar a cabo una revisión exploratoria (scoping review) y observar que el 53,6% de los artículos incluidos estaban presentes en diferentes revisiones sistemáticas y que existían revisiones sistemáticas sobre intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida en personas con enfermedad mental grave, se consideró de utilidad llevar a cabo una revisión global para sintetizar la evidencia disponible sobre este tema.

Objetivo: Esta revisión global (overview) rápida tuvo como objetivo resumir la evidencia de las revisiones sistemáticas existentes con respecto al efecto de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave en cualquier entorno.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión global rápida que incluyó ensayos controlados aleatorios (ECA), cuasi-ECA y ECA clúster que evaluaron la eficacia de las intervenciones sobre la violencia auto y heterodirigida en personas con enfermedad mental grave en cualquier entorno. Se elaboró un protocolo siguiendo las directrices de la lista de verificación de los elementos principales para los protocolos de revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA-P), los criterios para realizar revisiones generales del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones y los criterios de las Revisiones Rápidas Cochrane y se desarrolló considerando los elementos principales del informe para revisiones sistemáticas de la declaración PRISMA 2020. No se aplicaron restricciones en cuanto al idioma o la fecha de publicación. Para identificar los estudios, se realizó una búsqueda hasta septiembre de 2020 en las siguientes bases de datos: PubMed, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, LILACS, SciELO, Web of Science, Scopus, ProQuest, la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (CDSR) a través de la Biblioteca Cochrane y la base de datos de revisiones sistemáticas Epistemonikos. Se revisó la calidad de la evidencia en las revisiones sistemáticas incluidas y se evaluó la calidad de las propias revisiones sistemáticas, resumiendo los principales resultados en categorías para ofrecer un mapa de la evidencia disponible.

Resultados: 17 revisiones sistemáticas cumplieron los criterios de inclusión, tras la valoración del solapamiento de los estudios primarios, se incluyeron un total de 228

estudios primarios. Cuatro revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el manejo de la violencia heterodirigida, la terapia cognitivo conductual, la remediación cognitiva computarizada, la terapia dialéctico-conductual y la terapia asistida por animales y dos revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el manejo de la violencia autodirigida, intervenciones psicosociales y los equipos comunitarios de salud mental.

Conclusiones: Pese a que se encontró cierta evidencia respecto a varias intervenciones en relación al manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave, no hay pruebas suficientes que permitan establecer conclusiones firmes.

Detalles de registro: El protocolo fue registrado en la plataforma Open Science Framework (<https://osf.io/myzd9/>).y fue publicado en la revista de acceso abierto *BMJ Open*.

Financiación: Se obtuvo financiación del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Número de subvención: 2017111101).

INTRODUCCIÓN

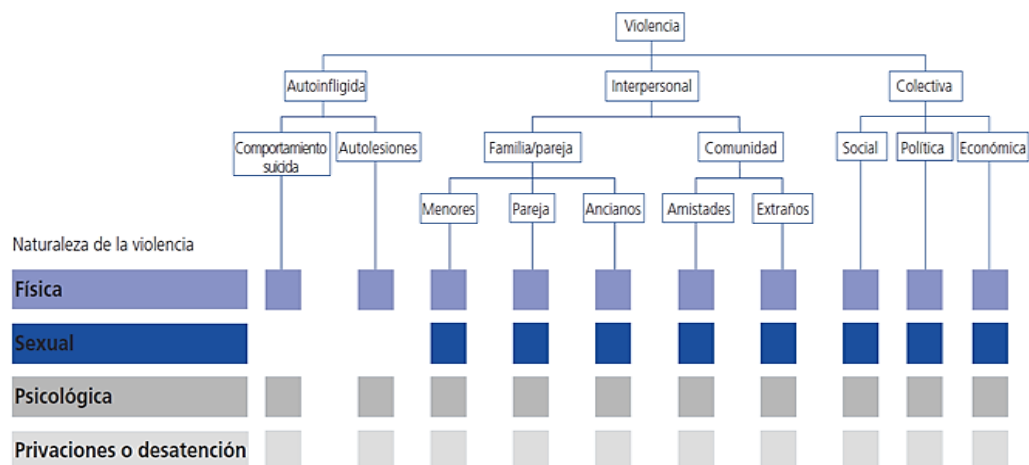
La violencia auto y heterodirigida y salud mental

Concepto y epidemiología de la violencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *violencia* como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". (Mikton C & Butchart A, 2014) Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud, la violencia se clasifica en: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva, y tiene en cuenta: la naturaleza de la violencia (física, sexual, psicológica, y privaciones o abandono), el entorno donde se produce, el vínculo o relación entre el agresor y la víctima, y en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos (Figura 1). (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Figura 1.

Clasificación de la violencia



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2002).

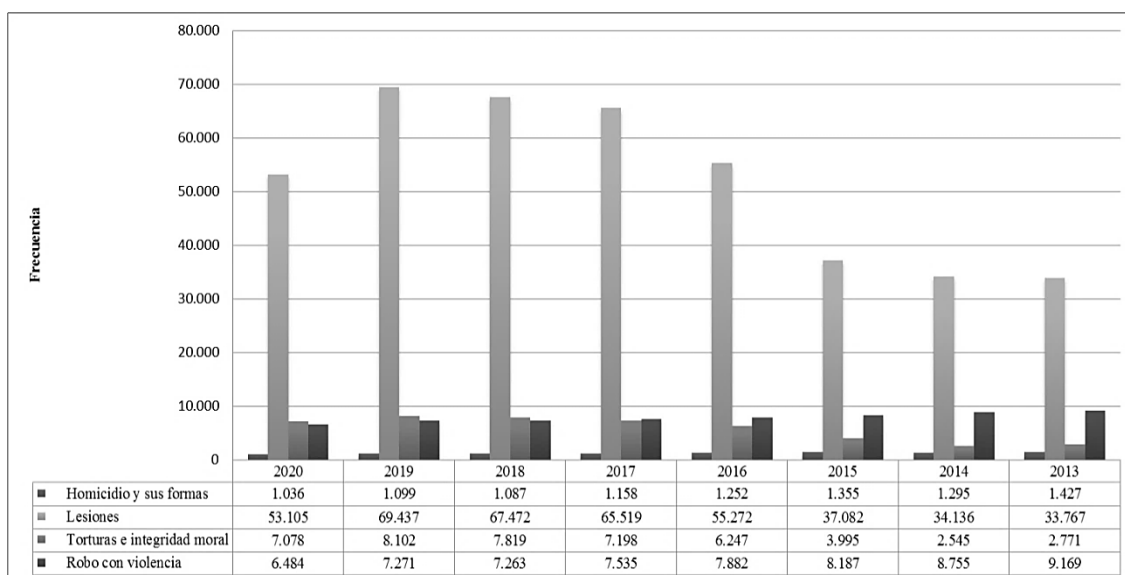
A nivel mundial, en el año 2000, 1,6 millones de personas fallecieron a causa de la violencia: cerca de la mitad fue por suicidio, aproximadamente una tercera parte por

homicidio y casi una quinta parte por conflictos armados. (Organización Panamericana de la Salud, 2002) En el año 2012, hubo 475.000 muertes por homicidio, la mayoría fueron hombres de entre 15 y 44 años (60%) y se produjeron principalmente en países con ingresos bajos y medios. (Mikton C & Butchart A, 2014) En cambio, en el año 2019, 703.000 personas fallecieron por suicidio; la mayoría se produjeron en países de ingresos bajos y medios (77%), más de la mitad de los suicidios ocurrieron antes de los 50 años y murieron más hombres que mujeres. (World Health Organization, 2021)

En España, en relación al homicidio y sus formas, hubo un total de 9.709 muertes entre el 2013 y el 2020 (Figura 2), predominaron los grupos de edad de 41 a 50 años, con 2.014 personas, y de 31 a 35 años, con 1.457 personas. Respecto a otros delitos, hubo un total de 415.790 lesiones entre el 2013 y el 2020, predominando el grupo de edad de 41 a 50 años. En relación a las torturas e integridad moral hubo un total de 45.755 de delitos, predominando el grupo de edad de 41 a 50 años y hubo un total de 62.546 de delitos por robo con violencia, predominando el grupo de edad de 18 a 20 años. Desde el punto de vista de la perspectiva de género, las mujeres cometieron un menor número de delitos con violencia en comparación a los hombres (Figura 2). (Instituto Nacional de Estadística, 2013-2020).

Figura 2.

Gráfica de los delitos violentos en España (2013-2020)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2013-2020).

Respecto al suicidio en España, en el año 2019, se registraron un total de 3.671 muertes suicidio, 137 de ellas en Euskadi, donde predominó el grupo de edad de 30 a 39 años con 413 personas en España y el grupo de edad de 55 a 59 años con 18 personas en Euskadi. En relación a la perspectiva de género, se suicidaron un menor número de las mujeres (Tabla 1). (Instituto Nacional de Estadística, 2021)

Tabla 1.

Suicidios por sexo y edad en Euskadi y España en el año 2019

Grupo de edad	Euskadi		España	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Menores de 15 años	1	0	4	3
De 15 a 29 años	8	4	235	74
De 30 a 39 años	12	3	314	99
De 40 a 44 años	6	1	263	79
De 45 a 49 años	15	1	310	79
De 50 a 54 años	7	3	301	110
De 55 a 59 años	13	5	260	90
De 60 a 64 años	8	4	207	86
De 65 a 69 años	7	1	172	59
De 70 a 74 años	14	2	177	63
De 75 a 79 años	9	0	171	57
De 80 a 84 años	6	3	163	51
De 85 a 89 años	3	0	118	30
De 90 a 94 años	1	0	63	18
De 95 años y más	0	0	13	2
Todas las edades	110	27	2.771	900

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2021).

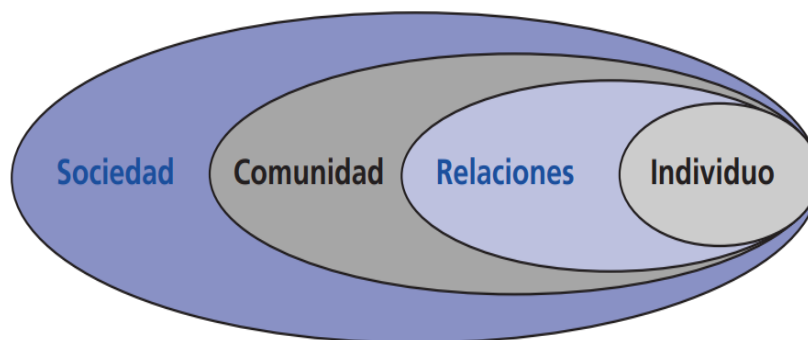
La violencia auto y heterodirigida es un fenómeno complejo donde no existe un único factor que lo pueda explicar, pueden intervenir factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Existe un modelo ecológico que se divide en 4 niveles y permite analizar los factores que pueden aumentar el riesgo de tener un comportamiento violento o de sufrir actos violentos (Figura 3). En el primer nivel se identifican los factores biológicos y la historia personal que pueden influir en el comportamiento (p.ej. características

demográficas, trastornos psiquiátricos, antecedentes de comportamiento agresivo o haber sufrido maltrato), en el segundo nivel se encuentran las relaciones (p.ej. familia, amigos, parejas y compañeros), en el tercer nivel se encuentra el entorno comunitario donde se desarrollan las relaciones sociales (p.ej. escuela, lugar de trabajo, vecindario), que puede estar influenciado por otros factores (p.ej. la densidad de población, alto desempleo, tráfico de drogas en la zona), y en el cuarto nivel se encuentra la sociedad donde pueden intervenir factores como por ejemplo la posibilidad de conseguir armas, las normas sociales y culturales etc. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Figura 3.

Modelo ecológico de la violencia

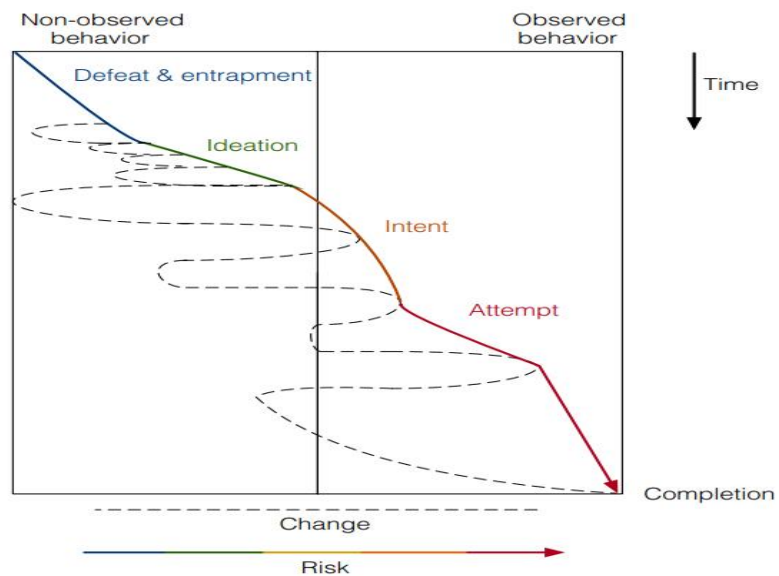


Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2002)

En relación a la violencia autodirigida, los pensamientos y comportamientos suicidas se pueden producir a partir de un sistema de autoevaluación defectuoso en el cual la persona se siente derrotada y atrapada, que puede dar lugar a ideas e intenciones suicidas como precursores de la planificación y puede conducir a un intento de suicidio (Figura 4). (Malhi et al., 2018)

Figura 4.

Proceso del suicidio



Fuente: Malhi et al. (2018)

Entre los factores de riesgo del suicidio se encuentran los siguientes: antecedentes familiares y heredabilidad, trastornos psiquiátricos (p.ej. esquizofrenia, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias), traumas (p.ej. abuso mental y sexual, victimización y la exclusión en la escuela o en el lugar de trabajo), acontecimientos vitales estresantes (p.ej. pérdidas, cambios importantes en situaciones de la vida, problemas familiares) o enfermedades crónicas (p.ej. esclerosis múltiple, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson, cáncer, dolor crónico). (Wasserman et al., 2012)

Relación entre la violencia auto y heterodirigida y la salud mental

Un estudio poblacional en 24.297 personas llevado a cabo en Suecia de 1973 a 2009 (38 años), mostró una asociación entre enfermedades mentales, como la esquizofrenia y trastornos relacionados, con el incremento en las condenas por delitos violentos, suicidio o mortalidad prematura. En relación a las condenas por un delito violento encontraron que el 10,7% de los hombres y el 2,7% de las mujeres fueron condenados dentro de los 5 años de su primer diagnóstico, observaron una asociación entre las condenas violentas con factores sociodemográficos (bajos ingresos familiares y haber nacido en el extranjero) y factores individuales antes del primer diagnóstico (condena previa por delito violento, trastornos por consumo de drogas y alcohol, y autolesión). (Fazel et al., 2014)

En los Estados Unidos, se encontró en una muestra de 43.093 personas que las probabilidades presentar un comportamiento agresivo antes y después de los 15 años fue significativamente mayor entre las personas con cualquier trastorno mental del DSM-IV (antes de los 15 años las cifras oscilaron entre el 2,16%, para el trastorno depresivo mayor, y el 10,53%, para la dependencia de drogas y después de los 15 años los datos oscilaron entre un 7,73%, para el abuso de alcohol, y 31,60%, para la dependencia de drogas) en comparación con las personas que no tenían ningún trastorno y presentaron comportamiento agresivo (0,21% antes de los 15 años y 0,66% después de los 15 años). Adicionalmente, hallaron que el comportamiento violento fue significativamente mayor en personas que presentaban un trastorno comórbido y encontraron que los trastornos por consumo de alcohol y drogas tuvieron un papel importante en los comportamientos violentos. (Pulay et al., 2008)

Por otro lado, se ha encontrado en poblaciones carcelarias una prevalencia de psicosis inferior al 4%, una prevalencia inferior al 15% para la depresión mayor, y una prevalencia del 0,3% para el trastorno obsesivo compulsivo. (Fazel & Seewald, 2012; Zhong et al., 2020) En relación a la comorbilidad, entre el 20,4 y el 43,5% de las personas presas con algún trastorno mental presentaba abuso de sustancias. (Fazel & Seewald, 2012)

Respecto al suicidio, un estudio sueco encontró que un 2,3% de los hombres y un 1,5% de las mujeres con esquizofrenia y trastornos relacionados fallecieron por suicidio dentro de los 5 años de su primer diagnóstico y otro estudio estimó que el 4,9% de las

personas con esquizofrenia se suicidarán a lo largo de su vida, normalmente cerca del inicio de la enfermedad. (Fazel et al., 2014; Palmer et al., 2005) Además, se observó un riesgo de suicidio hasta 20-30 veces mayor entre los pacientes con trastorno bipolar en comparación a la población general. (Pompili et al., 2013)

Por otro lado, en 371 personas con enfermedad mental se encontró que un 88,1% informaron al menos un evento traumático en su vida y más de la mitad había intentado suicidarse al menos una vez. (O'Hare et al., 2014). Otro estudio sobre 174.001 personas fallecidas por suicidio señaló que el 8,7% tenía un trastorno mental grave (TMG) conocido. (Schmutte et al., 2021)

Asimismo, en 1.058.082 personas se encontró que el riesgo absoluto de suicidio entre los hombres fue más alto para el trastorno bipolar, seguido del trastorno afectivo unipolar y la esquizofrenia, y entre las mujeres el riesgo más alto se encontró para la esquizofrenia, seguido del trastorno bipolar. Además, encontraron que la presencia comórbida del abuso de sustancias aumentó significativamente el riesgo. (Nordentoft, 2011)

Aunque la violencia autodirigida y la violencia heterodirigida tienden a estudiarse por separado, existen similitudes y se ha encontrado una relación entre ellas. Un estudio, en 2.709 mujeres encarceladas acusadas de delitos violentos, encontró un riesgo elevado de suicidio. (Zhong et al., 2019) Otro estudio, en 1.460 personas con esquizofrenia, halló que las amenazas e intentos de suicidio se asociaron significativamente con la violencia tanto en hombres como en mujeres. (Witt et al., 2014) Adicionalmente, se encontró en personas con esquizofrenia que el historial de autolesiones entre las personas que cometieron homicidio, y el historial de delitos violentos entre las que murieron por suicidio eran comunes. Además, observaron que un 53% (n= 86) de las personas que cometieron homicidio y un 35% (n= 264) de las personas que murieron por suicidio tenían antecedentes de abuso de sustancias y violencia. (Baird et al., 2018)

En 130 mujeres ingresadas en una unidad de psiquiatría forense, se observó que el 88% se había autolesionado al menos una vez durante su vida y el 57% de las mujeres habían sido física y/o verbalmente agresivas hacia el personal u otros pacientes. Por otro lado, se encontró que las autolesiones previas al ingreso no se asociaron significativamente con la agresión hospitalaria, sin embargo, las autolesiones durante el

ingreso se asociaron significativamente con la agresión física y verbal dirigida al personal. (Selenius et al., 2016)

No obstante, es importante señalar que la enfermedad mental grave no predice de forma independiente el comportamiento violento futuro, y aunque las personas con enfermedad mental presentan este comportamiento con más frecuencia que la población general en gran parte se debe a que mostraron otros factores asociados con la violencia. Por lo tanto, es importante analizar la relación entre los actos violentos y la enfermedad mental con la presencia de otras variables como el abuso de sustancias, los factores de estrés ambiental y la historia de violencia (Elbogen & Johnson, 2009)

Violencia heterodirigida, victimización y género en salud mental

En personas con psicosis, se ha observado que existe una asociación entre la violencia y haber sufrido violencia (victimización); la violencia heterodirigida puede estar relacionada con un historial de victimización violenta y con la victimización violenta reciente y, por lo tanto, la victimización podría contribuir a la violencia. (Buchanan et al., 2019; K. Witt et al., 2013)

Cabe señalar que se ha encontrado evidencia de una alta prevalencia de victimización violenta en las personas con TMG en comparación con la población general (22,7% versus 8,5%). Las personas con TMG, en el entorno comunitario, informaron de casi 14 veces más incidentes de delitos personales que las personas de la población general, en cambio, las personas hospitalizadas fueron víctimas con mayor frecuencia en comparación con los pacientes ambulatorios y los pacientes con una vivienda protegida, y en general las personas con TMG fueron agredidas con mayor frecuencia por alguien que conocía. (De Mooij et al., 2015; Kamperman et al., 2014)

Los actos de violencia y la victimización violenta son más comunes entre las personas con TMG que entre la población en general. Los estudios que combinan pacientes ambulatorios y hospitalizados informaron que entre el 12% y el 22% habían cometido actos de violencia en los últimos seis a dieciocho meses, en comparación con el 35% que habían sido víctimas en el último año. Por lo que la victimización es un problema mayor que la perpetración de la violencia. (Choe et al., 2008)

En cuanto al género y la violencia heterodirigida, en la población general, los hombres corren un mayor riesgo de victimización general y física, mientras que las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir violencia de género y sexual. En la población general existe mayor riesgo de violencia física y generalizada contra los hombres, no obstante, esta diferencia desaparece en personas con TMG, ya que se evidencia una reducción de la brecha de género con un mayor riesgo de ser víctima de la violencia para las mujeres con enfermedad mental (13 a 19 veces) que para los hombres con enfermedad mental (9 a 11 veces) en comparación con la población general. (Khalifeh & Dean, 2010)

En relación a la violencia doméstica fue reportada por un 27% de mujeres con TMG versus un 9% en los controles, frente al 13% de hombres con TMG versus al 5% de los controles. Mientras que la violencia sexual fue reportada por el 10% de las mujeres

con TMG versus el 2% de los controles respectivamente. La violencia familiar (fuera de la pareja) abarcaba una mayor violencia doméstica general entre las personas con TMG en comparación a las víctimas del control (63% vs. 35%). Asimismo, se ha observado que las agresiones sexuales graves en la edad adulta condujeron a un mayor porcentaje de intentos de suicidio entre las mujeres con TMG que en las víctimas control (53% vs. 3,4%). (Khalifeh et al., 2015)

El estigma en relación a la violencia heterodirigida y la salud mental

Los medios de comunicación tienen una gran influencia en la sociedad y el público está frecuentemente expuesto a noticias sobre personas con enfermedad mental grave y violencia. Las narrativas sobre enfermedad mental grave y violencia además de los reportajes en ocasiones sensacionalistas sobre actos violentos, aumentan el miedo y el estigma. (McGinty et al., 2014, 2018; Walsh, 2002) A pesar del hecho de que la enfermedad mental grave por sí sola no predice la violencia futura y que la victimización es más frecuente que la violencia en personas con enfermedad mental grave, la atención de la sociedad a menudo se centra en la violencia, contribuyendo al importante estigma existente en relación a la percepción de que las personas con enfermedad mental grave son violentas. (Elbogen & Johnson, 2009; Torrey, 2011; Tsigebrhan et al., 2014)

La mayoría de las personas con enfermedad mental no se involucran en comportamientos violentos, por lo que la percepción pública asociada con la violencia estereotipada en esta población vulnerable no parece estar justificada. (Pulay et al., 2008) La violencia grave como la enfermedad mental grave son poco frecuentes, y padecer una enfermedad mental no es una causa necesaria ni suficiente de la violencia, ya que los principales determinantes siguen siendo factores sociodemográficos y socioeconómicos, como ser joven, hombre o tener un nivel socioeconómico más bajo. Respecto a la fracción atribuible poblacional (FAP) de factores de riesgo de violencia heterodirigida, ésta fue más alta para el uso indebido de sustancias y ser testigo o víctima de violencia en la infancia que para la presencia de una enfermedad mental, además existen otros FAP de factores de riesgo de violencia interpersonal a tener en cuenta como la lesión cerebral traumática o la victimización por bullying. Asimismo, el abuso de sustancias parece ser un determinante importante de la violencia tenga la persona una enfermedad mental o no. (Fazel et al., 2018; Stuart, 2003) Por lo tanto, si bien sería apropiado valorar el riesgo de violencia hacia otros, y hacia sí mismo, dentro de los diferentes aspectos a tener en cuenta en una valoración integral de las personas con enfermedad mental, y puede ser necesario un abordaje por parte de los profesionales de la salud por la gravedad de sus consecuencias, no sería apropiado que la preocupación por el riesgo de violencia hacia otros influyera en la política y la legislación en salud mental. (Walsh, 2002)

La violencia auto y heterodirigida en la población con trastorno mental grave

Definición de trastorno mental grave

La definición que alcanza un mayor consenso es la del National Institute of Mental Health (1987), la cual hace referencia al *trastorno mental grave* como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

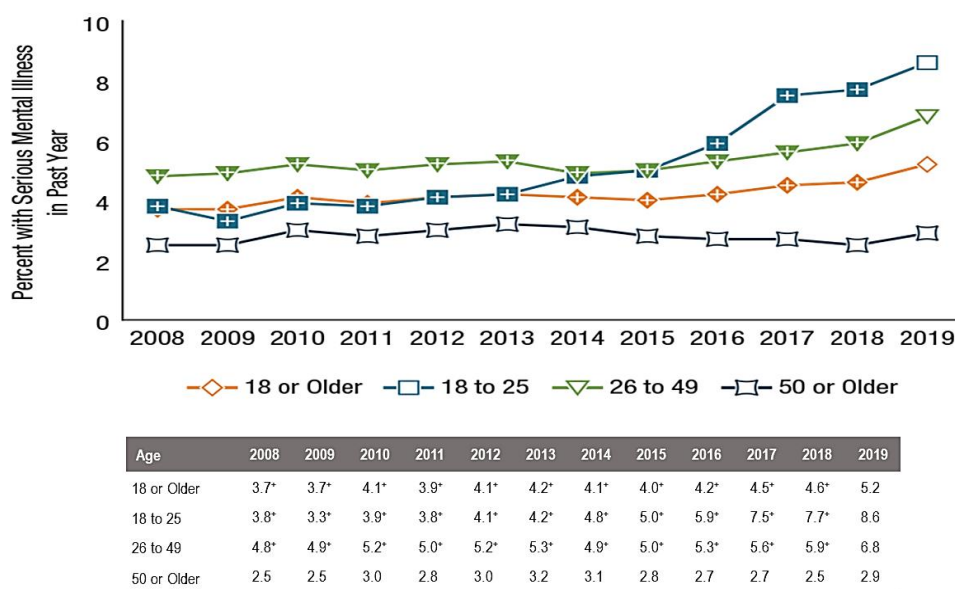
Esta definición contempla tres dimensiones: el diagnóstico, la cronicidad y la discapacidad. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) La dimensión de diagnóstico incluye las personas que cumplen los siguientes criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 2003): trastorno esquizofrénico (F20.x), trastorno esquizotípico (F21), trastorno delirante persistente (F22), trastorno delirante inducido (F24), trastorno esquizoafectivo (F25), otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29), trastorno bipolar (F31.x), episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), trastorno depresivo grave recurrente (F33) y trastorno obsesivo compulsivo (F42). Para la dimensión de la cronicidad se establece como criterio una evolución de trastorno de ≥ 2 años, o presentar un progresivo y marcado deterioro en el funcionamiento en los últimos 6 meses, aunque remitan los síntomas. Por último, la dimensión de discapacidad establece como criterio una afectación de moderada a severa en el funcionamiento personal, laboral, social y familiar, la cual puede ser medida a través de la escala de evaluación de la actividad global (EEAG), con puntuaciones ≥ 3 en todos sus ítems o en formulaciones más recientes, con una puntuación de ≤ 70 (afectación leve), o una puntuación < 50 (afectación moderada). (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

Epidemiología

Un estudio sobre TMG en dos áreas europeas, usando el criterio del National Institute of Mental Health (1987), arrojó tasas de 2,55 y 1,34/1.000 de TMG en Londres y Verona, respectivamente, mientras que una revisión sistemática estimó que la prevalencia para los trastornos mentales graves en un 5,1%. (Charlson et al., 2019; Ruggeri et al., 2000) La encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud (NSDUH) de 2019, estimó que, en Estados Unidos, un 2,5%-8,6% de personas tenían TMG durante el periodo de 2008 a 2019 (Figura 5). Mientras que, en el año 2019, 13,1 millones de adultos de 18 años o más tenían TMG, lo que supuso el 5,2% de los adultos estadounidenses. Respecto al género, la prevalencia de TMG fue mayor entre las mujeres (6,5% vs. 3,9%) y mayor para los adultos de 18 a 25 años (8,6%) en comparación con el resto de franjas de edad. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019)

Figura 5.

Trastorno mental grave en adultos de más de 18 años el año anterior (2008-2019)



Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2019)

Un estudio señaló que el 7-8% de las personas con enfermedad mental grave había cometido actos de violencia, frente al aproximadamente el 2% de la población en general. En pacientes ambulatorios con trastorno mental grave el 2-13% había cometido actos de

violencia entre los últimos seis meses y los tres años, mientras que en pacientes hospitalizados la cifra se situaba en 17-50% y en los estudios donde se incluía ambos entornos, el 12-22% habían cometido actos de violencia en los últimos 6-18 meses. (Choe et al., 2008) En relación a pacientes ingresados, 141 personas con trastorno mental grave, se encontró que el 66% tenía antecedentes de violencia, el 54% autolesiones y el 40% presentaba ambos, mientras que el 20% no tenía ninguno. (Dharmawardene & Menkes, 2017) Respecto al suicidio, la tasa combinada de suicidios entre las personas con enfermedad mental grave se situaba en 312,8 por 100.000 personas-año, mientras que la tasa de suicidios después del alta era de 484 por 100 000 personas-año. (Chung et al., 2017; Fu et al., 2021) Un estudio, en 174.001 personas fallecidas por suicidio, encontró que el 8,7% tenía TMG, (Schmutte et al., 2021) y otro estudio, sobre 162 personas con trastorno mental grave, señaló que el 44% había intentado suicidarse. (Dickerson et al., 2017). La violencia heterodirigida en personas con enfermedad mental grave se ha asociado con factores históricos (p.ej. violencia pasada, detención de menores, abuso físico, registro de arresto de los padres), clínicos (p.ej. abuso de sustancias, amenazas percibidas), disposicionales (p.ej. edad, sexo, ingresos) y contextuales (p.ej. divorcio reciente, desempleo, victimización). (Elbogen & Johnson, 2009) Mientras que la presencia de problemas de abuso de alcohol u otras drogas combinados con una mala adherencia a la medicación podrían suponer un mayor riesgo de comportamiento violento entre esta población. (Swartz et al., 1998) En la Tabla 2 se señalan diferentes factores de riesgo relacionados con la violencia heterodirigida. (Moreno-Calvete et al., 2019; Swartz et al., 1998)

Respecto a los factores biológicos y el comportamiento agresivo en personas con TMG, parece existir una asociación con: el polimorfismo genético de la catecol-O-metil transferasa (COMT), el polimorfismo genético del receptor de la dopamina D4 (DRD4), el alelo MAO-A/4R, el polimorfismo del gen de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTH-FR), el receptor de células T de cadena variable beta (TRBV), el cortisol, la 3 α , 5 α -tetrahidroprogesterona (3 α , 5 α -THP), las citocinas relacionadas con Th17, la proteína C reactiva (hsCRP), las citocinas IFN-G, la interleucina (IL)-10, diferencias en la función y anatomía cerebral (diferencias de volumen, diferencias en el plegamiento y el grosor cortical en diferentes áreas del córtex, alteraciones en la captación de [18F] fluorodesoxiglucosa (FDG), hiperactivaciones focales y diferencias de volumen de materia gris en la circunvolución frontal inferior.). (M. Moreno-Calvete, 2021)

Tabla 2.

Factores de riesgo de la violencia heterodirigida (continua)

Referencia	Estudios	Diseño	Población	Factores de riesgo
Cornaggia et al. (2011)	14	Casos y controles, cohorte retrospectiva o prospectiva	Psicosis	Abuso de alcohol/sustancias, hostilidad y pensamientos paranoicos, psicosis aguda.
Nederlof et al. (2013)	26	Cohorte de nacimiento, comunidad, registro/basado en registros	Psicosis	Diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados, impulsividad, historia familiar de violencia, emociones como ira y ansiedad, problemas de la infancia.
Witt et al. (2013)	110	Cohorte, casos y controles, transversal, ECA.	Trastorno bipolar, esquizofrenia y otras psicosis	Historial de: asalto, encarcelamiento por cualquier delito, condena por un delito violento, condena por cualquier delito, arresto por cualquier delito, comportamiento violento, intentos de suicidio previos, victimización violenta durante la edad adulta, abuso psíquico o sexual durante la infancia, participación delictiva de los padres, abuso de alcohol parental. Puntuaciones más altas en: agresión, psicopatía factor 2 y factor 1, subescala de agresión verbal, puntuaciones totales de psicopatía, mal control de los impulsos, síntomas generales, PANSS total, excitación, síntomas positivos, arresto reciente por cualquier delito, comportamiento agresivo, cumplir con los criterios de psicopatía, hostilidad, falta de percepción, trastorno de personalidad antisocial comórbido, uso indebido de sustancias múltiples (alcohol y/o drogas), no adherencia a terapias psicológicas/medicamentos, persona sin hogar, sexo masculino, etnia no blanca, situación socioeconómica más baja en la actualidad.
Reagu et al. (2013)	11	Estudio transversal, de cohorte, investigación retrospectiva, muestreo en varios lugares	Esquizofrenia y psicosis relacionadas	Ira
Harris et al. (2014)	11	Generalmente transversal	Esquizofrenia/otros trastornos psicóticos	Estilos atribucionales e interpersonales, atribuir la culpa a los eventos negativos y/o intención hostil hacia los demás, estilos interpersonales dominantes, coercitivos y hostiles.

Referencia	Estudios	Diseño	Población	Factores de riesgo
Rund et al. (2018)	27	Transversal, metanálisis, revisión sistemática, serie de casos, epidemiológico /correlación, revisión de documentos judiciales, prospectiva, retrospectiva, encuesta epidemiológica, basada en la población,.	Espectro de la esquizofrenia	Abuso de sustancias, fase de la enfermedad (primer episodio psicótico), duración de la psicosis no tratada, no adherencia al tratamiento, abuso infantil, alucinaciones, creencias delirantes, pobre insight, impulsividad, psicopatía, velocidad motora y cognición global.

Fuente: Moreno-Calvete MC. (2019)

En relación al suicidio, un estudio reportó que de 777 hombres con esquizofrenia murieron por esta causa, de estos pacientes un 30% había experimentado un evento de vida adverso en los 3 meses anteriores a su muerte, entre los que se incluían problemas con las relaciones/familia y de alojamiento. (Baird et al., 2018) Por otro lado, el período durante o después del alta psiquiátrica parece ser un momento de alto riesgo de suicidio y se han encontrado diferentes factores de riesgo relacionados con la violencia autodirigida (Tabla3). (Moreno-Calvete, 2020; Popovic et al., 2014) Respecto a los factores biológicos y el suicidio en personas con TMG, parece existir diferencias en la función y anatomía cerebral (volumen de materia gris en las cortezas temporal inferior y temporal superior bilaterales, las regiones parietal superior izquierda, tálamo y supramarginal, ínsula derecha, región frontal superior y frontal media rostral, en el genu y en área del istmo), en relación a los niveles de colesterol en pacientes con enfermedad mental después de un intento de suicidio se ha encontrado que eran más bajos que los controles sanos. (Giakoumatos et al., 2013; Nery-Fernandes et al., 2012; Papadopoulou et al., 2013)

Tabla 3.

Factores de riesgo de la violencia autodirigida

Referencia	Estudios	Diseño	Población	Factores de riesgo
Hor et al. (2010)	51	Estudios de casos y controles, de cohortes o de seguimiento	Psicosis de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo	Edad joven, sexo masculino, soltero, desempleo, niveles más altos de educación, consumo diario de alcohol, entorno rural, edad tardía de inicio, enfermedad física, desesperanza, pensamientos negativos sobre uno mismo, depresión, síntomas positivos, insight, antecedentes familiares, COMT Del Allele, Alelos "C" y receptor 5-HT2A, antecedentes de ideación suicida.
Large et al. (2011)	29	Estudios controlados	Esquizofrenia, psicosis depresiva, etc.	Esquizofrenia y estado de ánimo deprimido, antecedentes de autolesión deliberada, desesperanza, sentimientos de culpa o insuficiencia, estado de ánimo deprimido, ideas suicidas, antecedentes familiares.
Carrà et al. (2014)	29	Estudios transversales de casos y controles	Trastorno bipolar	Trastorno comórbido por consumo de alcohol/sustancias
Popovic et al. (2014)	77	Diseño de caso-control, caso-control anidado o control de cohorte.	Esquizofrenia.	Historial de intento de suicidio, estado de ánimo deprimido/depresión, número de ingresos psiquiátricos, desesperanza, edad temprana, cerca del inicio de la enfermedad, edad avanzada al inicio de la enfermedad, sexo masculino, ingreso hospitalario, abuso o dependencia de sustancias.
Sankaranarayanan et al. (2015)	13	Caso-control, cohorte, transversal	Trastorno mental grave	Tabaquismo
Schaffer et al. (2015)	34	Estudios prospectivos / retrospectivos	Trastorno bipolar	Sexo femenino, edad temprana al inicio de la enfermedad, polaridad depresiva del primer episodio de enfermedad, polaridad depresiva del episodio actual o más reciente, trastorno de ansiedad comórbido, trastorno comórbido por consumo de sustancias/ alcohol, trastorno comórbido del grupo B/trastorno límite de la personalidad, antecedentes familiares.

Fuente: Moreno-Calvete MC. (2020)

Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida

En relación a los tratamientos farmacológicos, varias revisiones sistemáticas Cochrane, mencionan que: el uso del haloperidol más prometazina parece ayudar a controlar la agresión aguda, existe alguna evidencia de que los antipsicóticos más nuevos pueden ser más beneficiosos que las benzodiacepinas, el aripiprazol IM es más efectivo en comparación con el placebo (pero no comparado con la olanzapina en la agresión o agitación), el uso de palmitato de paliperidona se asoció con menos agitación o agresión, el uso de antipsicóticos con valproato mostró ser eficaz para agresión y el uso de la olanzapina IM o velotab como tercera línea parece estar justificado en el tratamiento de la agitación o agresión aguda. (Belgamwar & Fenton, 2005; Huf et al., 2016; Nussbaum & Stroup, 2012; Ostinelli et al., 2018; Wang et al., 2016; Zaman et al., 2017) Adicionalmente, una revisión sistemática menciona que la clozapina puede reducir la violencia y la agresión persistente en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. (Frogley et al., 2012)

Respecto a la violencia autodirigida, una revisión sistemática Cochrane menciona que existe evidencia de certeza baja de beneficio del antipsicótico flupentixol de depósito en personas con antecedentes de episodios múltiples de autolesiones, mientras que revisiones sistemáticas señalan que la ketamina intravenosa redujo rápidamente los pensamientos suicidas en pacientes deprimidos con ideación suicida y que el litio parece ser un tratamiento eficaz para reducir el riesgo de suicidio en personas con trastornos del estado de ánimo. Además, estudios primarios que señalan que la clozapina demostró superioridad frente a la olanzapina en la prevención de intentos de suicidio en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, y que se encontró un menor riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia a los que se les había recetado un antipsicótico de segunda generación. (Cipriani et al., 2013; Meltzer, 2003; Reutfors et al., 2013; Wilkinson et al., 2018; K. G. Witt et al., 2021) Por otro lado, un estudio primario encontró correlación entre la reducción de la tendencia al suicidio y la reducción del comportamiento impulsivo-agresivo en los pacientes con esquizofrenia tratados con clozapina. (Spivak et al., 2003)

En cuanto a las intervenciones no farmacológicas sobre la violencia heterodirigida, estudios primarios señalan que: la evaluación estructurada del riesgo

durante los primeros días de tratamiento puede contribuir a reducir la violencia en las unidades de psiquiatría de agudos, la terapia cognitivo-conductual dirigida a la psicosis y la ira puede ser un tratamiento eficaz para reducir la aparición de la violencia, el compromiso ambulatorio involuntario puede reducir el riesgo de conductas violentas en personas con trastorno mental grave, la intervención integrada basada en la comunidad puede mejorar el comportamiento agresivo y el entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición parece reducir las conductas agresivas. (Abderhalden et al., 2008; Haddock et al., 2009; Inchausti et al., 2018; Kang et al., 2016; Swanson et al., 2000) En relación a la violencia autodirigida, estudios primarios reportan que la terapia cognitiva-conductual de prevención del suicidio muestra mejoras en la ideación suicida y en la probabilidad de suicidio, mientras que la psicoeducación reduce la tasa de suicidio. (Haddock et al., 2019; Rabovsky et al., 2012)

Además de lo señalado, en relación a la evidencia sobre a las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida en personas con trastorno mental grave, no se encontraron estudios que identificasen intervenciones no farmacológicas para la violencia autodirigida en esta población.

Respecto a la violencia heterodirigida, pese a que se encontró una revisión sistemática sobre intervenciones no farmacológicas para la violencia heterodirigida en personas con enfermedad mental grave, la evidencia reportada fue hasta 2015 y tenía limitaciones en cuanto a la búsqueda de bases de datos, el idioma, así como en los diagnósticos incluidos. (Rampling et al., 2016) Asimismo, se encontró una revisión de revisiones sistemáticas sobre intervenciones en psiquiatría general y forense sobre la prevención de la violencia y una guía clínica para el manejo a corto plazo de la violencia y la agresión en entornos de salud mental, no obstante, ninguna de las dos estaba enfocada en adultos con trastorno mental grave y en el caso de la guía la evidencia reportada fue hasta 2015. (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2015; Wolf et al., 2017)

Teniendo en cuenta que el conocimiento sobre las intervenciones no farmacológicas en esta área es heterogéneo y complejo, la relevancia del problema, la posibilidad de existir nueva evidencia, y el hecho de no haber encontrado ninguna revisión exploratoria que ayude a identificar toda la evidencia disponible en relación a este tema, resultó de interés llevar a cabo una revisión exploratoria (scoping review) que

permitiese evaluar el alcance de la evidencia existente y valorar la necesidad de realizar una revisión sistemática o una revisión global de revisiones sistemáticas (overview) para resumir los hallazgos. (Munn et al., 2018; Tricco et al., 2018)

La presente tesis doctoral se desarrolló incluyendo dos tipos de revisiones:

1) Revisión exploratoria

La primera parte se trata de una revisión exploratoria que incluyó los siguientes objetivos:

- Identificar y describir intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave en cualquier entorno.
- Evaluar si cada intervención encontrada había sido incluida en alguna revisión sistemática/metanálisis para determinar la necesidad de una revisión sistemática o una revisión global de revisiones sistemáticas sobre este tema.

2) Revisión global rápida de revisiones sistemáticas

La segunda parte se trata de una revisión global (overview) rápida, la cual tiene como objetivo:

- Resumir la evidencia de las revisiones sistemáticas existentes con respecto al efecto de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave en cualquier entorno.

REVISIÓN EXPLORATORIA SOBRE
INTERVENCIONES NO
FARMACOLÓGICAS EN EL MANEJO
DE LA VIOLENCIA AUTO Y
HETERODIRIGIDA EN PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE.

Objetivos

Identificar y describir intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave en cualquier entorno.

Evaluar si cada intervención encontrada había sido incluida en alguna revisión sistemática/metanálisis para determinar la necesidad de una revisión sistemática o una revisión global de revisiones sistemáticas sobre este tema.

Preguntas de la revisión exploratoria

En la revisión exploratoria se establecieron las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipos de intervenciones no farmacológicas se han investigado en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave en cualquier entorno?
- ¿Cuál es la duración, frecuencia, entorno y tiempo de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave?
- ¿Cuáles son los efectos de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida descritas en la literatura?
- ¿Qué estudios han sido incluidos en una revisión sistemática/metanálisis?

Métodos

Diseño y registro de protocolo

Se elaboró un protocolo siguiendo las directrices del 2015 de la lista de verificación de los elementos principales para los protocolos de revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA-P), fue prerregistrado en la plataforma Open Science Framework (<https://osf.io/d56a2/>) (Anexo 1) y fue publicado en la revista de acceso abierto BMJ Open. (Moreno-Calvete et al., 2020; Shamseer et al., 2015)

La revisión exploratoria se llevó a cabo siguiendo la guía del Instituto Joanna Briggs y considerando los elementos principales del informe para revisiones sistemáticas y metaanálisis extendidos para revisiones de alcance (PRISMA-ScR), según se indican en el Anexo 2. (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018)

Criterios de selección

Los estudios fueron seleccionados según los criterios establecidos de población, concepto y contexto.

Población

Para la población del estudio se consideró como criterio de inclusión que fueran personas adultas con trastorno mental grave o con cualquier diagnóstico incluido en la definición de TMG: trastorno esquizofrénico, trastorno esquizotípico, trastorno delirante persistente, trastorno delirante inducido, trastorno esquizoafectivo, otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastorno depresivo grave recurrente y trastorno obsesivo compulsivo (según los sistemas de clasificación internacional: p.ej. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Clasificación Internacional de Enfermedades). (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) Los criterios diagnósticos establecidos para TMG fueron de acuerdo a la guía de práctica clínica sobre intervenciones psicosociales en la enfermedad mental grave (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) y los métodos

elegibles para identificar a la población incluyeron el diagnóstico clínico y la entrevista de investigación, entre otros. Asimismo, se consideraron los estudios donde participaban adultos con TMG con abuso de sustancias y no se establecieron restricciones respecto al entorno. Se estableció por consenso que al menos el 30% de la población de estudio cumpliera con los criterios de diagnóstico establecidos.

Respecto a los criterios de exclusión, se excluyeron aquellos estudios que incluyeron personas con abuso de sustancias exclusivamente, con trastorno mental orgánico, demencia, retraso mental o problemas de aprendizaje.

Concepto

Este estudio consideró aquellas intervenciones no farmacológicas en combinación o no con otra intervención en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave. La definición de violencia fue establecida de acuerdo con la definición de la OMS e incluía la agresión física o verbal, amenazas físicas o verbales, abuso psicológico o emocional, actividad delictiva, daño a la propiedad, intento de suicidio, suicidio consumado o autolesiones. (Butchart et al., 2015) No hubo restricciones en cuanto a la duración, frecuencia, proveedor o momento de la intervención y podían ser:

- Directas: Si afectaban a pacientes.
- Indirectas: Si su influencia no era sobre los pacientes, pero en su beneficio.
- Dirigido a la familia, los profesionales, la comunidad o a nivel de salud pública.

Las intervenciones farmacológicas concomitantes estuvieron permitidas, si se administraban de la misma manera en los grupos de estudio (grupos de intervención y de control).

Se excluyeron las siguientes intervenciones no farmacológicas: tratamientos instrumentales o tratamientos de estimulación cerebral como por ejemplo la terapia electroconvulsiva, la estimulación de corriente continua transcraneal o la estimulación magnética transcraneal.

Respecto a las comparaciones de interés, todas las intervenciones incluidas debían tener un grupo de comparación. El grupo control podía ser otro tratamiento, placebo o

tratamiento habitual definido como el nivel normal de atención proporcionada donde se había realizado el estudio. Las variables de resultados de interés fueron las siguientes:

Variables de resultados principales

- Comportamiento violento:
 - Violencia heterodirigida: Agresión física o verbal, amenazas físicas o verbales, abuso psicológico o emocional, actividad criminal o daño a la propiedad.
 - Violencia autodirigida: Autolesión, intento de suicidio o suicidio consumado.

Variables de resultados adicionales

- Agitación.
- Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol.
- Gravedad de la enfermedad:
 - Síntomas psiquiátricos
 - Funcionamiento
- Uso de contenciones físicas o aislamiento.
- Uso de fármacos en caso de emergencia.

Los estudios debían incluir el comportamiento violento (auto o heterodirigido) como una variable de resultado para ser incluido en la revisión exploratoria.

Contexto

Este estudio incluyó cualquier ensayo controlado aleatorizado (ECA) o ECA clúster que evaluase la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave en cualquier entorno. No se aplicaron restricciones en términos de idioma o fecha de publicación.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Las búsquedas bibliográficas sistemáticas se realizaron hasta febrero de 2020 utilizando una estrategia de búsqueda previamente diseñada. Las combinaciones de palabras clave y términos de búsqueda se adaptaron para su uso con otras bases de datos, en combinación con filtros específicos de la base de datos cuando estos estaban disponibles. Las búsquedas se llevaron a cabo en las siguientes bases de datos electrónicas: EMBASE, MEDLINE (PubMed), PsycINFO, CINAHL, LILACS, SciELO, The Cochrane Library (el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados [CENTRAL] y la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas), Web of Science, Scopus, ProQuest, Epistemonikos y en bases de datos de ensayos clínicos (www.controlled-trials.com, www.ClinicalTrials.gov y la Plataforma Internacional de Registro de Ensayos Clínicos de la OMS). El ejemplo de la estrategia de búsqueda utilizada en Web of Science se encuentra en el Anexo 3. Adicionalmente, se utilizó el software de gestión de referencias RefWorks para gestionar los artículos. (RefWorks. ProQuest., n.d.)

Además, se realizó una búsqueda en MEDLINE (PubMed), Epistemonikos y en la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas para determinar si los ECA y los ECA clúster seleccionados para la revisión exploratoria habían sido incluidos en revisiones sistemáticas. La información recopilada de este proceso contribuyó en la evaluación de la necesidad de desarrollar una revisión sistemática de los estudios primarios que no habían sido incluidos en ninguna revisión sistemática, o una revisión global de revisiones sistemáticas de las revisiones sistemáticas encontradas.

Proceso de selección de estudios y extracción de datos

Los títulos y resúmenes de los estudios recuperados fueron revisados de forma independiente por Conchi Moreno (CM) e Iván Ruiz (IR) para identificar aquellos estudios que potencialmente cumplían con los criterios de inclusión descritos anteriormente. Los textos completos de los estudios potencialmente elegibles se evaluaron de forma independiente para su inclusión/exclusión, y cualquier desacuerdo se resolvió mediante discusión y consenso.

Respecto a la extracción de datos, CM y José Uriarte (JU) extrajeron los datos de forma independiente; cualquier discrepancia se resolvió mediante discusión y consenso. El proceso de selección fue resumido mediante un diagrama de flujo PRISMA. (Moher et al., 2009) Se utilizó un formulario estandarizado para extraer los datos de los estudios identificados para su inclusión final en la revisión. La información registrada durante el proceso incluyó: autores, año de publicación, país, diseño, población, entorno, objetivo, intervención y control, resultados y medición, hallazgos y cualquier información relevante. Teniendo en cuenta la metodología de las revisiones exploratorias y que el objetivo era identificar y describir la evidencia disponible, no se evaluó la calidad de los estudios individuales incluidos. (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018)

Síntesis de datos y reporte de hallazgos

Se elaboró un resumen descriptivo de los principales resultados. Los resultados se clasificaron en categorías conceptuales como autor (es), año de publicación, lugar o país donde se realizó el estudio, diseño, objetivo, población, entorno, intervención y control, medidas de resultados y detalles de los principales hallazgos. Adicionalmente, se analizaron los subgrupos de intervención y se generó un mapa conceptual con los hallazgos del estudio.

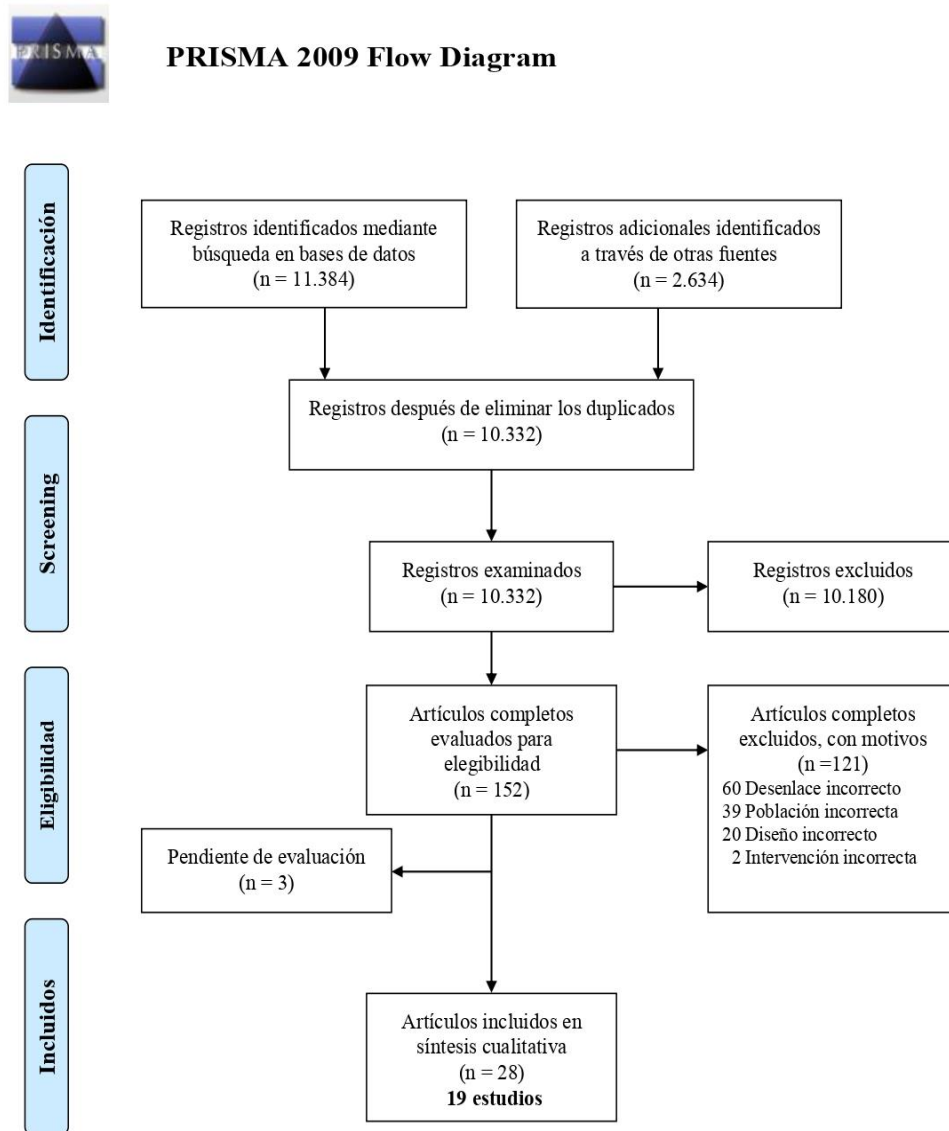
Resultados

Resultados de la búsqueda

La búsqueda inicial en las bases de datos identificó 11.384 registros. De los 152 artículos completos evaluados para su elegibilidad, 19 estudios primarios (28 artículos) cumplieron los criterios de inclusión y fueron excluidos 121 artículos; 60 artículos tuvieron medidas de desenlace incorrectas, 39 artículos tuvieron una población incorrecta, 20 artículos por diseño incorrecto y 2 artículos por intervención incorrecta. Adicionalmente, 3 estudios fueron clasificados como estudios pendientes de evaluación a la espera de obtenerlos (Anexo 4). El proceso de selección y cribado de los estudios se encuentra en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 6). (Moher et al., 2009)

Figura 6.

Diagrama de flujo PRISMA del progreso de selección y cribado de los estudios de la revisión exploratoria



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
For more information, visit www.prisma-statement.org.

Características de los estudios incluidos y de la población

Las características de los estudios incluidos y de la población, así como la información relativa al método, participantes, intervenciones y variables se encuentran en la Tabla 4 y en el Anexo 5.

Los estudios incluidos, dieciocho ECAs y uno ECA clúster, se publicaron entre 2000 y 2019, quince de ellos en los últimos diez años (desde el 2011). Los países donde se llevaron a cabo fueron: EE.UU. (7 estudios), Suiza (1 estudio), Canadá (2 estudios), Australia (1 estudio), Reino Unido (4 estudios), España (1 estudio), China (2 estudios) y Holanda (1 estudio).

Respecto al periodo de seguimiento de los estudios, 4 estudios informaron de los resultados con una duración máxima de seis meses (Haddock 2019, Inchausti 2017, Van de Sande 2011, Ahmed 2015), 9 estudios de una duración máxima de doce meses (Bond 2015, Cullen 2012, Haddock 2009, Kang 2016, Rabovsky 2012, Sacks 2012, She 2017, Swanson 2001, Nurenberg 2015) y 6 estudios una duración superior a un año (Aquin 2017, Baker 2018, Birchwood 2018, Chandler 2006, Kingston 2018, Morse 2006).

Los entornos de los estudios incluidos fueron el comunitario, hospitalario, forense o una combinación de los mismos. El entorno comunitario fue donde se desarrollaron los estudios con mayor frecuencia.

Respecto a los participantes, fueron un total de 5.184 personas con una edad media que osciló entre 31,27 y 45,9 años. Catorce estudios incluyeron a ambos sexos, aunque los hombres predominaron entre los participantes en doce estudios. Cuatro estudios incluyeron sólo participantes masculinos (Cullen 2012, Kingston 2018, Sacks 2012, Van de Sande 2011) y un estudio no mencionó el sexo de los participantes (Bond 2015). Quince estudios informaron de la raza o el origen étnico de los participantes (Ahmed 2015, Aquin 2017, Baker 2018, Birchwood 2018, Bond 2015, Bond 2015, Chandler 2006, Cullen 2012, Haddock 2009, Haddock 2019, Kingston 2018, Morse 2006, Nurenberg 2015, Sacks 2012, Swanson 2001), con un predominio de la afroamericana y caucásica (entendida como blancos), mientras que cinco estudios informaron de la inclusión de participantes sin hogar (Aquin 2017, Bond 2015, Morse 2006, Sacks 2012, Swanson 2001).

Ocho estudios incluyeron personas con TMG (Aquin 2017, Baker 2018, Bond 2015, Chandler 2006, Kingston 2018, Morse 2006, Swanson 2001, Rabovsky 2012), ocho estudios informaron diagnósticos incluidos en el TMG (Ahmed 2015, Birchwood 2018, Cullen 2012, Haddock 2009, Inchausti 2017, Kang 2016, Nurenberg 2015, She 2017) con un predominio de la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, y tres estudios incluyeron varios diagnósticos, entre los que se encontraban diagnósticos incluidos en el TMG (Haddock 2019, Sacks 2012, Van de Sande 2011). Once estudios mencionaron criterios de diagnóstico (DSM-IV o ICD-10), dos estudios utilizaron la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Aquin 2017, Baker 2018), una entrevista de diagnóstico breve y estructurada para DSM-IV o ICD-10 (Sheehan et al., 1998), y un estudio (Chandler 2006) utilizó la entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y de sustancias (PRISM), diseñada para diagnosticar trastornos mentales y de sustancias del DSM-IV (Hasin et al., 1996). Nueve estudios (Aquin 2017, Baker 2018, Bond 2015, Chandler 2006, Haddock 2019, Morse 2006, Sacks 2012, Swanson 2001, Van de Sande 2011) informaron de la presencia de trastorno por uso de sustancias, dependencia o abuso de sustancias/alcohol.

Cinco estudios (Baker 2018, Chandler 2006, Haddock 2009, Rabovsky 2012, Swanson 2001) informaron de una evaluación global del funcionamiento: un estudio la incluyó como criterio de inclusión, un estudio como característica de la muestra y tres estudios como medida de resultado. De éstos, tres estudios (Chandler 2006, Haddock 2009, Swanson 2001) reportaron una puntuación ≤ 50 puntos en la evaluación global del funcionamiento y dos estudios (Baker 2018, Rabovsky 2012) reportaron una puntuación < 55 puntos.

Siete estudios (Ahmed 2015, Baker 2018, Birchwood 2018, Nurenberg 2015, Rabovsky 2012, She 2017, Swanson 2001) reportaron la presencia de ingresos hospitalarios previos, además, la duración de la enfermedad se mencionó en seis estudios (Baker 2018, Inchausti 2017, Kang 2016, Rabovsky 2012, She 2017, Swanson 2001). De los cuales, cuatro mencionaron una duración media de la enfermedad entre 6,93 y 18,6 años, un estudio estableció como criterio de inclusión una duración de la enfermedad no menor a 2 años (Kang 2016) y otro estudio estableció como criterio de inclusión una duración de la enfermedad de un año o más, deterioro funcional significativo en las actividades de la vida diaria y tratamiento intensivo en los últimos dos años (Swanson 2001).

De los estudios incluidos tres estudios (Baker 2018, Rabovsky 2012, Swanson 2001) reportaron información de las tres dimensiones descritas en la definición de TMG (diagnóstico, duración de la enfermedad y presencia de discapacidad), dos estudios (Chandler 2006, Haddock 2009) reportaron información del diagnóstico y duración de la enfermedad y tres estudios (Kang 2016, She 2017, Inchausti 2017) reportaron información del diagnóstico y de presencia de discapacidad.

Quince estudios (Ahmed 2015, Aquin 2017, Baker 2018, Birchwood 2018, Bond 2015, Chandler 2006, Cullen 2012, Haddock 2009, Haddock 2019, Kang 2016, Kingston 2018, Nurenberg 2015, Sacks 2012, Swanson 2001, Van de Sande 2011) mencionaron la inclusión de participantes con antecedentes, comportamiento auto o heteroagresivo y/o condenas penales.

Tres estudios (Aquin 2017, Baker 2018, Rabovsky 2012) examinaron intervenciones para la violencia autodirigida, catorce estudios para la violencia heterodirigida y dos estudios para ambos (Birchwood 2018, Haddock 2019). Únicamente un estudio (Sacks 2012) reportó la presencia de abuso/trauma en la población del estudio.

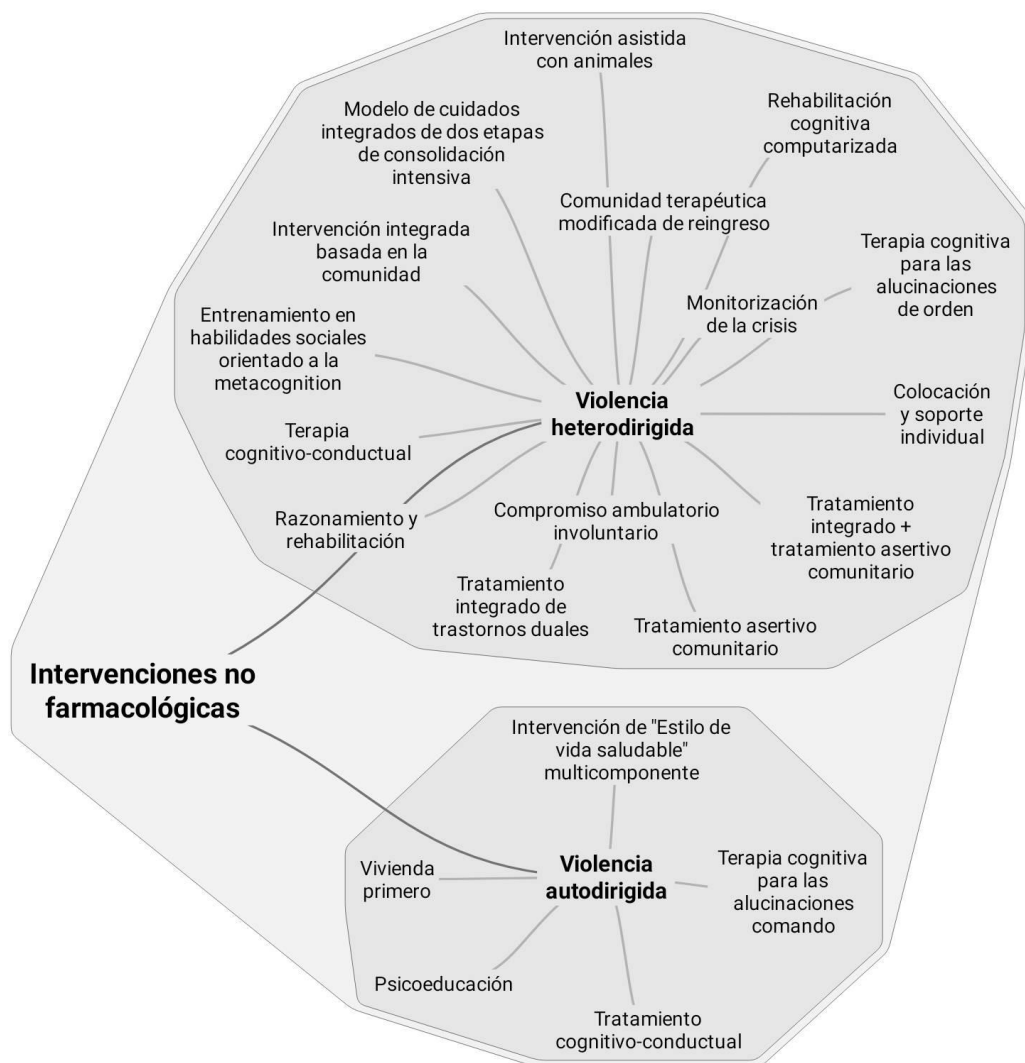
Las medidas de desenlace fueron violencia heterodirigida (reincidencia violenta, comportamiento agresivo, agresión física o verbal, actividad criminal, daño a la propiedad, arrestos por daño), violencia autodirigida (suicidalidad, suicidio, autolesión), gravedad de la enfermedad, cognición, síntomas psiquiátricos, funcionamiento (psicosocial, global, social, habilidades para la vida), consumo de sustancias, aislamiento y contención. Los estudios utilizaron diferentes escalas para evaluar los efectos de las intervenciones en las medidas de resultados (Tabla 4 y Anexo 5).

Características y efectos de las intervenciones

Se generó un mapa conceptual de las intervenciones para la violencia auto y heterodirigida donde se puede observar que predominan las intervenciones en el manejo de la violencia heterodirigida (Figura 7).

Figura 7.

Mapa conceptual de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida



Se creó un mapa de evidencia donde se incluyó la información relevante sobre los participantes (Figura 8), intervenciones y medidas de resultados principales, como se puede observar la mayoría de los participantes provienen de un estudio (Aquin 2017) que evaluó la intervención de vivienda primero en los intentos de suicidio en 2.255 personas, por otro lado, 7 estudios (Baker 2018, Chandler 2006, Cullen 2012, Morse 2006, Kingston 2018, Inchausti 2018, She 2017), que incluyeron un total de 1.037 personas, evaluaron intervenciones multicomponente en diferentes medidas de resultados, un estudio (Baker 2018) con 235 participantes evaluó la suicidalidad, tres estudios (Chandler 2006, Morse 2006, Kingston 2018) con 479 personas evaluaron la actividad criminal (delitos graves relacionados con la violencia heteroagresiva), y tres estudios (Cullen 2012, Inchausti 2018, She 2017) con 323 personas evaluaron la agresión.

Por otro lado, 597 participantes provinieron de un estudio (Van de Sande 2011) que evaluó la intervención monitorización de la crisis (valoración) en la agresión y 403 participantes procedían de cuatro estudios (Ahmed 2015, Birchwood 2018, Haddock 2009, Haddock 2019), los cuales evaluaron terapias cognitivas en la agresión (Ahmed 2015, Haddock 2009) y en el daño a sí mismo o a otros (Birchwood 2018, Haddock 2019). Asimismo, un estudio (Swanson 2001) con 262 participantes evaluó el compromiso involuntario en la actividad criminal (delitos graves relacionados con la violencia heteroagresiva) y en la agresión, un estudio (Kang 2016) con 262 participantes evaluó una intervención integrada en la agresión y un estudio (Sacks 2012) con 127 participantes evaluó la intervención de una comunidad terapéutica en la actividad criminal (incluido el delito violento).

El resto de estudios incluyeron menos de 100 participantes, Bond 2015 con 87 personas evaluó el empleo en la actividad criminal (delitos graves relacionados con la violencia heteroagresiva), Rabovsky 2012 con 82 participantes evaluó la psicoeducación en el suicidio y Nurenberg 2015 con 90 participantes evaluó la terapia asistida por animales en la agresión.

En la Tabla 4, se encuentra una tabla resumen de las principales medidas de resultados de los estudios incluidos y la información detallada de las intervenciones de los estudios incluidos en el Anexo 5.

Figura 8.

Mapa de evidencia de los participantes según las variables de resultados principales para las intervenciones.

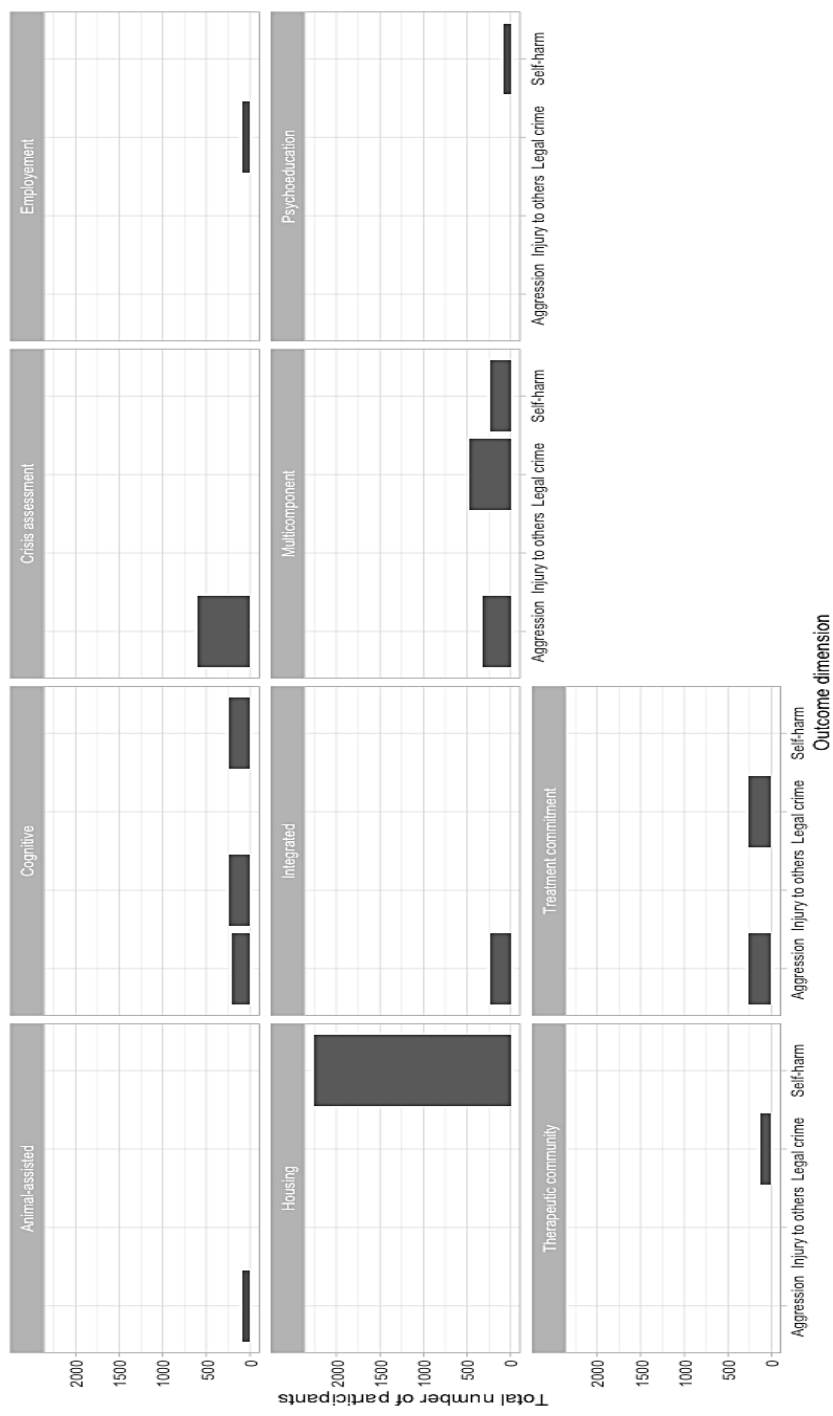


Tabla 4.

Principales características de los estudios incluidos y resumen de los principales resultados de la revisión exploratoria.

Autor (és), Año de publicación, Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Almeid et al., 2015 EE.UU.	ECA	Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Edad media (DE)= E=40,38 (10,97) C=40,64 (10,36) N=78 (violentos=43, salud mental= 35) Mujeres= 10 Hombres= 68	Hospital (unidades forenses y de salud mental)	Evaluar los beneficios de la rehabilitación cognitiva sobre la neurocognición, el funcionamiento, los síntomas psicóticos y la agresión.	I: Rehabilitación cognitiva computarizada (RCC). C: Juegos de ordenador + discusión grupal sobre comportamientos saludables. Los/as participantes continuaron recibiendo otras intervenciones (manejo de medicamentos, psicoterapia individual, psicoeducación y grupos de rehabilitación en el centro de tratamiento diario, educación en grupo de aulas fuera de la unidad designada).	Agresión: Escala de Agresión Manifiesta (OAS) (Yudofsky et al., 1986) Síntomas psicóticos: Escala de síntomas positivo y negativo (PANSS) (Kay et al., 1987) Neurocognición: Batería cognitiva de consenso MATRICS (MCCB) (Nuechterlein et al., 2008) Funcionamiento: Evaluación de habilidades basada en el desempeño de UCSD (UPSA). (Paterson et al., 2001) Tiempos de medición: MCCB, UPSA, PANSS y MARS se evaluaron al inicio y después del tratamiento. La OAS fue evaluada una semana antes, durante cada semana y al final de la semana posterior al programa.	Agresión: Efecto significativo de la RCC en la "agresión verbal" (Waldχ² = 12,87, p < 0,001) y "agresión física" (Waldχ² = 8,57, p = 0,003) en el post-tratamiento. El cambio de pre a post en la puntuación MCCB se asoció con reducciones en la incidencia de agresión verbal (z = 0,36, p = 0,001) y física (z = 0,23, p = 0,039). Síntomas psicóticos: Reducción significativa en el grupo RCC en los síntomas negativos (F (1,75) = 4,872, p = 0,031, η² = 0,061) y en los factores de excitación/activación (F(1,75)=5,45, p=0,02, η²=0,068). Neurocognición: Mejora significativa en RCC en: atención (F(1,74)= 5,52, p=0,021, η²= 0,09), memoria de trabajo (F(1,74)= 4,60, p= 0,035, η²=0,059), aprendizaje verbal (F(1,74)= 5,30, p=0,024, η²=0,067), y funcionamiento cognitivo general (F(1,74)= 4,53, p=0,037, η²=0,058). Funcionamiento: Efecto significativo de RCC en el "transporte" (F (1,75)= 4,79, p= 0,032, η²= 0,066) y sobre la "comprensión/planificación" (F(1,75)= 2,46, p= 0,12, η²= 0,032) dominios de la UPSA.
Aquin et al., 2017 Canadá	ECA	Trastorno mental grave (sin hogar o con vivienda precaria) Edad media (DE)= 40,89 (11,23) N=225 (I=1265 C=990) Mujeres= 603 Hombres= 1508 Otros= 20	Comunidad	Determinar si la vivienda primero disminuyó la ideación y los intentos suicidas en comparación con el tratamiento habitual entre las personas sin hogar con trastornos mentales.	I: Vivienda primero (VP): Además recibieron según su necesidad tratamiento comunitario asertivo (TAC) o gestión intensiva de casos (GIC) C: Tratamiento habitual (TH). Los/as participantes fueron seguidos durante 2 años.	Intentos de suicidio: Una pregunta del MINI 6.0.0. (Sheehan et al., 1998) Tiempos de medición: Basal y durante los 2 años de estudio en la entrevista de 21/24 meses.	Intentos de suicidio: Sin efecto significativo de VP (estimación=-0,10, SE=-0,16, p > 0,05) por intentos de suicidio (VP=-1,9% vs TH=10,3%).

Autor (es), Año de publicación, Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Baker et al., 2018 Australia	ECA	Fundadores con enfermedad mental grave (espectro de esquizofrenia o trastorno bipolar) Edad media= 42 (DE=11) N=235 (I=122, C=113) Mujeres= 97 Hombres= 138	Centro de investigación local o clínica comunitaria cercana.	Explorar el impacto de la reducción del tabaquismo en las tendencias suicidas (ideación y comportamiento suicidas) entre personas con un trastorno psicótico que participaron en un ensayo aleatorizado dentro de una intervención de estilo de vida saludable.	I: Una intervención de "Estilo de vida saludable" multicomponente cara a cara: Intervención para dejar de fumar y reducir el riesgo cardiovascular. C: Una intervención predominantemente telefónica y menos intensiva. Todos los participantes tuvieron acceso a terapia de reemplazo de nicotina-TREN. Se prescribió medicación antipsicótica durante un periodo de al menos dos meses, con la intención de continuar durante el estudio.	Suicidalidad (intención o intento): Ítem 4 de la Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BPRS-24) (Ventura et al., 1993) Síntomas psiquiátricos: Escala de valoración psiquiátrica breve (BPRS-24) (Ventura et al., 1993) y puntuación total del Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1983a) Consumo de sustancias: Consumo de tabaco alcohol y cannabis se midió mediante la escala de consumo de drogas del índice de tratamiento de opiáceos (OTI) (Danks et al., 1992) Funcionamiento general: Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF) (American Psychiatric Association 1994). Tempos de medición: Al inicio, 15 semanas, 12 meses, 18 meses, 24 meses, 30 meses y 36 meses después del inicio.	Suicidalidad: No asociación significativa entre tendencias suicidas y el grupo intervención a lo largo del tiempo (5 semanas y 12 meses) ($p= 0.871$). Cuando se eliminó a los participantes que no tenían tendencias suicidas al inicio del estudio (70-74%), el cambio medio (IQR) fue -1 (-2 a 0) a las 15 semanas y -1 (-2 a -1) a los 12 meses, indicativo de niveles reducidos de suicidio. Se observó una asociación entre la reducción del tabaquismo y la depresión, y la depresión y el suicidio. Tras ajustar por depresión, la asociación entre la reducción del tabaquismo y el suicidio se redujo, pero siguió siendo estadísticamente significativa (efecto directo, $p= 0.034$). Síntomas psiquiátricos: BPRS-24 significativamente menor en el control a los 12 y 36 meses de seguimiento. Las puntuaciones de BDI-II mejoraron ($p < 0.05$) para la mayoría de los cortes de tiempo en ambas condiciones. Funcionamiento general: Mejoría significativa en la escala GAF a lo largo del tiempo en los 2 grupos. Uso de sustancias: Reducción estadísticamente significativa desde el inicio en el consumo diario de cigarrillos en casi todos los cortes temporales, no diferencias significativas entre los grupos a lo largo del tiempo. A los 12 meses, la reducción del tabaquismo se asoció significativamente con el cambio de las tendencias suicidas (efecto total, $p= 0.007$), y se encontró una asociación entre la reducción del tabaquismo y la depresión ($p= 0.078$), así como entre la depresión y las tendencias suicidas ($p < 0.001$). Alcohol y cannabis: sin diferencias significativas entre condiciones (15 semanas y 12 meses).
Birchwood et al., 2018 Reino Unido	ECA	Esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos o trastornos del estado de ánimo. Edad media= 37,4 (DE=12,1) N=197 (I=98, C=99) Mujeres= 84 Hombres= 113	Tres centros (equipos de salud mental comunitaria)	Evaluar la aceptabilidad, efectividad y costo-efectividad de la terapia cognitiva para las alicianaciones de comando.	I: Terapia cognitiva para las alicianaciones de orden (TCAO) + tratamiento habitual (TH). C: TH solo.	Cumplimiento del dafino (suicidio dado a sí mismo y/o a otros): respuestas de comportamiento a las voces. Escala de Cumplimiento de Voz (VCS). (Beck-Sander et al., 1997) Síntomas psiquiátricos: Escala de síndrome positivo y negativo (PANSS) (Kay et al., 1987) Escala de calificación de depresión de Calgary para la esquizofrenia (Addington et al., 1993) Escala de calificación de síntomas psicóticos (PSYRATS), subescala de alicianaciones auditivas (PSYRATS-AH). (Haddock et al., 1999) Tempos de medición: Al inicio del estudio (durante los 9 meses anteriores), a los 9 y 18 meses después del inicio del tratamiento.	Cumplimiento del dafino: Respuestas conductuales a las voces: A los 18 meses, 39 (46%) en el grupo TAU cumplieron completamente con las voces en comparación con 22 (28%) en el TCH + TAU (odds ratio 0,45, IC 95% 0,23-0,88, $p = 0,021$). A los 9 meses, el efecto del tratamiento no fue significativo (odds ratio 0,74, IC 95% 0,40-1,39, $p = 0,353$). La interacción entre el tratamiento y el seguimiento no fue significativa. Los efectos del tratamiento no fueron significativos para los síntomas psicóticos: • Síntomas psicóticos • Depresión • Alicianaciones auditivas y angustia asociadas con las voces

Tabla 4. Principales características de los estudios incluidos en la revisión y resumen de los principales resultados (continua)

Autor (es), Año de publicación, Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Bond et al., 2015 EE.UU.	ECA	Enfermedad mental grave y participación de la justicia. Edad media= I=42,9 (DE=11,5) C=44,6 (DE=11,6) N=87 (I=43, C=44) Género no especificado	Comunidad (una agencia de rehabilitación psiquiátrica - Thresholds)	Evaluar la efectividad de CAI o EL para clientes desempleados con enfermedades mentales graves y relación con la justicia.	I: Colocación y apoyo individual (CAI): Búsqueda de empleo individualizada. C: Elección laboral (EL).	Actividad criminal: Autoinforme del participante de condenas (delito grave) durante el seguimiento. Empleo (funcionamiento): Formulario de actualización vocacional de Dartmouth. (Drake et al., 1996) Tiempos de medición: Al inicio, seguimiento a los 6 meses y seguimiento a los 12 meses con breves contactos telefónicos a los dos, 4, 8 y 10 meses, para determinar el estado de empleo autoinformado.	Actividad criminal: No se reportaron condenas por delitos graves en grupos. Empleo (funcionamiento): durante el periodo de 12 meses, una mayor proporción de participantes obtuvieron un trabajo competitivo en el grupo CAI que en el grupo de comparación, 31% de CAI versus el 7% de EL (N=85, $\chi^2=7,99$, $df=1$, $p < 0,01$). La media \pm DE en días de empleo competitivo durante el seguimiento fue 40,5 \pm 99,2 para IPS y 15,9 \pm 65,7 para EL (N=85, Mann-Whitney U test=2,67, $p < 0,01$).
Chandler et al., 2006 EE.UU.	ECA	Enfermedad mental grave y trastornos por uso de sustancias (reincidentes en la cárcel). Edad= 18-78 N=182 (I=103; C= 79) Mujeres= 51 Hombres= 131	Cárcel y comunidad	Evaluar la fidelidad al tratamiento integrado de trastornos duales programa de reincidentes en la cárcel con enfermedades mentales graves y trastorno por uso de sustancias	I: Programa de tratamiento integrado de trastornos duales (IITD): Unidad de tratamiento en encarcelamiento y un componente intensivo de IITD posterior al encarcelamiento. C: Componente de encarcelamiento y atención posterior al encarcelamiento. Todos los participantes del estudio: El componente de encarcelamiento incluyó evaluación intensiva, medicación, planificación del tratamiento en preparación para el alta, consulta con el personal de la cárcel, asesoramiento personalizado e intervención en crisis.	Actividad criminal: Condenas por delitos graves (incluidos delitos graves, como asesinato, violación, hurto premeditado, robo y agresión con agravantes). Funcionamiento (solo evaluado en el grupo de intervención): Escala de Capacidad Comunitaria de Multnomah. (Drake et al., 1996) Tiempos de medición: Al inicio y el intervalo del estudio (promedio de 18 meses).	Condenas por delitos graves: El cambio no fue significativo para las condenas por delitos graves en ninguno de los grupos. No hubo diferencia en el periodo de estudio entre los grupos respecto a las condenas por delitos graves (0,3 por persona por año frente a 0,3 por persona por año). Aumento de las condenas por delitos graves durante el periodo de estudio 7% para participantes experimentales y 12% para controles. Funcionamiento: Ningún cambio estadísticamente significativo en el funcionamiento.

Tabla 4. Principales características de los estudios incluidos en la revisión y resumen de los principales resultados (continua)

Autor (es), Año de publicación, Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Cullen et al., 2012 Reino Unido	ECA	Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y otros trastornos psicóticos con antecedentes de comportamiento delictivo grave. Edad media= 35,4 (DE=10,0) N=84 (I=44, C=40) Hombres= 84	Hospitales forenses de seguridad	Determinar si la participación en el programa de Rehabilitación (R&R) se asoció con mejoras en las habilidades sociales y cognitivas y los estilos de pensamiento, o en la violencia y el comportamiento antisocial.	<p>I: El programa de Rehabilitación (R&R).</p> <p>C: Tratamiento habitual (TH).</p> <p>Todos los participantes continuaron recibiendo otras intervenciones (tratamiento habitual). La mayoría de los pacientes fueron tratados con antipsicóticos atípicos (80%), y entre un quinto y un tercio participaron en terapia psicológica al comienzo del tratamiento.</p>	<p>Violencia (cualquier comportamiento físicamente violento, desde empujar hasta el uso de armas): Instrumento de Violencia Comunitaria MacArthur. (Monahan & Steadman, 1994).</p> <p>Agresión verbal: Cualquier amenaza verbal o comportamiento verbalmente agresivo/ intimidatorio dirigido a otros.</p> <p>Uso de sustancias: Prueba positiva de detección aleatoria de drogas en orina o negativa a proporcionar una muestra de orina.</p> <p>Expedientes clínicos (incidentes notificados de consumo de alcohol o detectados mediante alcoholemia).</p> <p>Capacidad de resolución de problemas sociales (funcionamiento): Inventario de Resolución de Problemas Sociales Revisado, formulario corto (SPSI-R: S). (D'Zurilla et al., 2002)</p> <p>Tiempos de medición: Al inicio del tratamiento (6 meses antes del tratamiento, al final del tratamiento y a los 6 y 12 meses después del tratamiento).</p>	<p>Violencia: Durante el periodo de tratamiento, los participantes del grupo R&R participaron en incidentes de violencia con un 48% menos de frecuencia que el grupo TAU (IRR = 0,52), aunque esto no fue significativo ($p = 0,11$). Análisis post hoc de los que completaron el programa versus quienes no completaron: Los que completaron el programa de R&R participaron en incidentes de violencia con un 84% menos de frecuencia, en relación con el grupo TH ($p < 0,05$).</p> <p>Agresión verbal: Durante el periodo de seguimiento de 12 meses en el grupo R&R participó en incidentes de agresión verbal significativamente menos a menudo que el grupo TH (IRR 0,56, $p = 0,02$).</p> <p>Uso de sustancias: Sin efecto significativo de R&R (IRR 1,20, $p = 0,62$). Las tasas fueron significativamente más altas en los que no completaron el programa.</p> <p>Resolución de problemas sociales: Efecto significativo en el grupo R&R en la subescala de estilo impulsivo/descuidado ($\beta = -2,28$, IC 95% -4,04 to -0,52, $p = 0,01$) y estilo evitativo ($\beta = 1,06$, IC 95% 0,14-1,98, $p = 0,01$) al final del tratamiento y en la subescala de estilo impulsivo/descuidado ($\beta = -2,12$, IC 95% -3,89 to -0,36, $p = 0,02$) a los 12 meses de seguimiento.</p>

Tabla 4. Principales características de los estudios incluidos en la revisión y resumen de los principales resultados (continua)

Año de publicación, Autor (es), Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Haddock et al., 2009 Reino Unido	ECA	Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con antecedentes de violencia. Edad media I= 35,7 (DE=12,5) C= 33,9 (DE=9,7) N= 77 (I=38, C=39) Mujeres= 11 Hombres= 66	Entorno de rutina en los servicios de salud mental (pacientes hospitalizados y ambulatorios)	Investigar la efectividad de la TCC sobre la violencia, la ira, la psicosis y los resultados de riesgo en personas que tenían un diagnóstico de esquizofrenia y antecedentes de violencia.	I: Terapia cognitivo-conductual (TCC) + tratamiento habitual (IH). C: Terapia de actividad social (TAS) + IH. Ambos tratamientos administrados en 25 sesiones durante 6 meses. Criterio de inclusión: toma de medicación antipsicótica (dosis entre 400 mg y 1000 mg de clorpromazina o equivalente).	Agresión verbal y agresión física: Número total de incidentes por identificación de nota de caso. Agresión calificada por el personal: Parte A de la escala de calificación de comportamiento agresivo (WARS-A) (Novaco 1994) Síntomas psiquiátricos: Escala de síndrome positivo y negativo (PANSS) (Kay et al., 1987) y Escalas de calificación de síntomas psicóticos (PSYRAITS) (Haddock et al., 1999) Funcionamiento: Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF) (American Psychiatric Association 1994). Tiempo de medición: Al inicio, después de 6 semanas (línea de base 2), al final del tratamiento (6 meses) y en el seguimiento (12 meses).	Agresión verbal y agresión física: No hubo diferencias significativas entre los grupos durante el periodo de tratamiento o en el número de incidentes de agresión verbal agresivos o en el número de incidentes de agresión verbal. Durante el periodo de tratamiento, no hubo diferencias significativas entre los grupos en el número de personas agresivas físicamente ($\chi^2=2,160$, $df=1$, $p= 0,142$) o el número total de incidentes relacionados con agresión física. Durante el periodo de seguimiento, hubo significativamente más personas que habían sido físicamente agresivas en el grupo TAS en comparación con el grupo TCC ($\chi^2=8,081$, $df=1$, $p= 0,004$) y hubo un número significativamente menor de incidentes relacionados con la agresión física en el grupo de TCC ($U=466,0$, $p=0,028$). Agresión calificada por el personal: No hay diferencias significativas en la escala WARS-A entre los dos grupos. Síntomas psiquiátricos: No hay diferencias significativas en PANSS. Hubo interacciones significativas entre los grupos en los delirios PSYRAITS totales, pero no en las alucinaciones auditivas, y en los resultados al final del tratamiento, pero no durante el seguimiento, con aquellos que recibieron TCC mostrando mayores reducciones en la gravedad de los delirios. ($F=9,469$, 1 and $75,2$ df , $p= 0,003$) Funcionamiento: Hubo una mejora en el funcionamiento con el tiempo en ambos grupos, pero no hubo interacciones de tiempo por grupo.
Haddock et al., 2019 Reino Unido	ECA	Varios diagnósticos (incluida la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo) Edad media I= 33,88 (DE=12,18) C= 37,04 (DE=12,44) N= 51, (I=24, C=27) Mujeres= 29 Hombres= 22	Unidades psiquiátricas de agudos y Comunidad	Explorar si la terapia de prevención del suicidio cognitivo-conductual era factible y aceptable, en comparación con el tratamiento habitual para pacientes hospitalizados con tendencias suicidas.	I: Tratamiento cognitivo-conductual del suicidio (TCCS) + tratamiento habitual (IH). C: Tratamiento habitual (IH).	Eventos adversos (incluyendo autolesión, daño a otros o propiedad): Revisión de historias clínicas. Conducta suicida: Cuestionario de conductas suicidas, una revisión de los registros clínicos. Síntomas psiquiátricos: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) (Kay et al., 1987), Escalas de Calificación de Síntomas Psicóticos (PSYRAITS) (Haddock et al., 1999) y Escala de Depresión de Calgary (CDS) (Addington et al., 1993) Funcionamiento: Escala de desempeño personal y social. Tiempo de medición: Al inicio y a las 6 semanas y 6 meses después del inicio.	Los eventos adversos como la autolesión fueron comunes, con un total de 255 eventos adversos graves registrados durante el periodo de tratamiento de 6 meses para los participantes. Ninguno se consideró relacionado con la investigación. Hubo un amplio rango dentro de los participantes, pero no hubo diferencias significativas en el número de estos eventos entre IH y TCCS (mediana 2, rango 22), respectivamente. No se observaron diferencias significativas entre el grupo IH y el grupo TH más TCCS sobre comportamiento suicida, síntomas psiquiátricos o funcionamiento.

Tabla 4. Principales características de los estudios incluidos en la revisión y resumen de los principales resultados (continúa)							
Autor (es), Año de publicación, Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Inchausti et al., 2018 Spain	ECA	Trastornos del espectro de la esquizofrenia Edad media= 37,69 (DE=12,62) N=69 (F=36, C=33) Mujeres= 31 Hombres= 38	2 hospitales parciales	Comparar la aceptabilidad, la eficacia y los posibles beneficios de una intervención grupal basada en EHSOM con la de la EHS convencional en pacientes ambulatorios con trastornos del espectro de la esquizofrenia.	I: Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (EHSOM) +IH. C: Entrenamiento en habilidades sociales (EHS) +IH. Todas las sesiones de terapia duraron aproximadamente 90 minutos y se adhirieron a los manuales de protocolo originales. 16 sesiones grupales semanales. Los participantes fueron tratados con una dosis constante del mismo medicamento antipsicótico durante un período de al menos 2 meses antes de la intervención.	Comportamiento agresivo: la subescala de Comportamientos agresivos de la escala de Desempeño Personal y Social (PSP) (Morosini et al., 2000) Síntomas psiquiátricos: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS)(Kay et al., 1987) Depresión y ansiedad: Inventario de Depresión de Beck-II (BDE-II) (Beck et al., 1988a) e Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988b) Funcionamiento psicosocial: Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional (SOFAS) y Escala de Desempeño Personal y Social (PSP) (Morosini et al., 2000) Actividad metacognitiva: la escala de Evaluación Metacognitiva Abreviada (MAS-A) (Semerari et al., 2003) Tiempos de medición: Al inicio, después del tratamiento (no antes de 4 meses después) y seguimiento a los 6 meses.	Comportamiento agresivo: Hubo diferencias estadísticamente significativas a favor de EHSOM de los comportamientos agresivos en el seguimiento. ($F=2,98$, tamaño del efecto= $-0,74$, IC 95% $-1,24$ to $-0,24$, $p<0,01$) Síntomas psiquiátricos: No se mostraron diferencias entre los grupos en ninguna de las puntuaciones de la subescala de la PANSS. Depresión y ansiedad: Hubo diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones medias de BDI-II y BAI a favor de EHSOM en las evaluaciones posteriores al tratamiento y de seguimiento ($p<0,01$). Actividad metacognitiva: Diferencia significativa entre los grupos en las puntuaciones totales de MAS-A a favor de EHSOM en la evaluación posterior al tratamiento y de seguimiento ($p<0,01$). Funcionamiento psicosocial: Diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en el post-tratamiento y en el seguimiento a favor de EHSOM en el SOFAS y PSP total ($p<0,01$).
Kang et al., 2016 China	ECA	Esquizofrenia Edad media= 45,9 (DE=12,1) N=244 (F=118, C=126) Mujeres= 128 Hombres= 116	Comunidad	Comparar el efecto de la medicación combinada con la intervención integrada basada en la comunidad versus la medicación sola en los resultados de los pacientes con esquizofrenia.	I: Intervención integrada basada en la comunidad (IIBC): Entrenamiento de habilidades sociales y Tai-chi. C: Tratamiento con medicación únicamente. Todos los participantes: Tratamiento con uno de los siguientes 7 antipsicóticos: clozapina, haloperidol, subprida, clozapina, risperidona, haloperidol, olanzapina y aripiprazol. La dosis de la medicación podía cambiarse cuando sea clínicamente necesario. Los cuidadores o voluntarios de la comunidad supervisaron a los pacientes cara a cara, y la mañana del día siguiente, se les hacía una llamada telefónica y se registraba la dosis diaria de medicamentos y la frecuencia.	Comportamiento agresivo: Estado psicológico o un acto físico o verbal hostil, o como comportamiento que acaba en lesiones a personas o daños a objetos. Síntomas psiquiátricos: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS)(Kay et al., 1987) Tiempos de medición: Al inicio, a los 6 y 12 meses.	Comportamiento agresivo: El grupo IIBC en comparación al grupo control tuvo un menor riesgo de comportamiento agresivo ($F=12,382$, $p<0,001$) después de 1 año de intervención. Síntomas psiquiátricos: El grupo IIBC en comparación al grupo control tuvo puntuaciones más bajas en PANSS ($F=17,312$, $p<0,001$) y en los síntomas negativos ($F=44,909$, $p<0,001$) después de 1 año de intervención.

Tabla 4. Principales características de los estudios incluidos en la revisión y resumen de los principales resultados (continua)

Autor (es), Año de publicación, Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Kingston et al., 2018 Canadá	ECA	Delincuentes encarcelados con enfermedades mentales graves Edad media E= 34,52 (DE= 13,47) C= 34,57 (DE=11,33) N=101 (E=50, C=51) Hombres=101	Correcional	Examinar el efecto de un programa de habilidades cognitivas (Razonamiento y rehabilitación 2: Versión corta para adultos [R & R2]).	E: Razonamiento y rehabilitación 2: Versión corta para adultos (R&R2). C: Tratamiento habitual (IH) Todos los participantes continuaron recibiendo otras intervenciones durante la duración del estudio.	Actividad criminal (Reincidencia violenta): Cualquier cargo o condena por un delito contra una persona (por ejemplo, asalto y robo), incluidos los delitos sexuales. Síntomas psiquiátricos: Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS) (Overall & Gorham, 1962) Tiempos de medición: Antes y después del tratamiento. La reincidencia violenta se midió, en promedio, 18 meses después de la liberación.	Reincidencia violenta: Ligera ventaja sobre el IH en términos de reincidencia violenta (6,13,6% y 6,16,7%, respectivamente), tales diferencias se ampliaron después de controlar el riesgo de reincidencia. Estas diferencias no fueron significativas. Síntomas psiquiátricos: Reducciones significativas en las puntuaciones de BPRS durante el período de estudio en IH solo o con R&R2. No hubo diferencia entre los grupos.
Morse et al., 2006 EEUU.	ECA	Personas sin hogar con enfermedades mentales graves y trastornos por uso de sustancias (trastorno dual). Edad media= 40,4 (DE=9,00) N = 196, analizados E=144 (E=149 (Ia=46, Ib=54, C=49) Mujeres= 30 Hombres= 114	Comunidad	Probar los efectos de las características del cliente en seis resultados de la justicia penal entre personas sin hogar (en el momento del ingreso) con enfermedades mentales y trastornos por abuso de sustancias.	Ia: Tratamiento integrado (II) + tratamiento asertivo comunitario (IAC)-ITAC: Especialista en abuso de sustancias dentro del equipo TAC. Ib: Sólo tratamiento asertivo comunitario (IAC). C: Tratamiento habitual (IH).	Actividad criminal: Delitos mayores (delitos con armas, robo, asalto, incendio premeditado, violación y homicidio / homicidio). El Índice de Gravedad de la Adicción (ASI) (McLellan et al., 1992) Síntomas psiquiátricos: Escala de Calificación Psiquiátrica Breve (BPRS) (Overall & Gorham, 1962) Uso de sustancias: La cantidad de días en los últimos 90 días que habían consumido alcohol y la cantidad de días que habían consumido otras sustancias. Tiempos de medición: Al inicio del estudio a los 6, 12, 18 y 24 meses.	Delitos mayores: Ni el TAC ni la intervención del ITAC fueron más eficaces que el tratamiento estándar para reducir el comportamiento delictivo. Síntomas psiquiátricos: No hubo un efecto significativo de la condición del tratamiento en la escala BPRS. Los síntomas de los participantes mejoraron significativamente con el tiempo $F(3, 438) = 41,72, p < 0,001, \eta^2 = 0,23$. Los análisis post-hoc indicaron que la mayor parte de la mejora se produjo durante los primeros 6 meses de tratamiento. No hubo interacción tratamiento por tiempo, $F(6,438) = 1,12, p = 0,35, \eta^2 = 0,02$. Uso de sustancias: No hubo un efecto significativo de la condición de tratamiento sobre el uso de sustancias. El índice de gravedad del abuso de sustancias disminuyó significativamente con el tiempo $F(4, 516) = 18,35, p < 0,001, \eta^2 = 0,12$. No hubo interacción de condición de tratamiento por tiempo, $F(8, 516) = 0,69, p = 0,69, \eta^2 = 0,01$.

Tabla 4. Principales características de los estudios incluidos en la revisión y resumen de los principales resultados (continua)							
Autor (es), Año de publicación, Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Nuremberg et al., 2015 USA	ECA	Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo o de otro tipo. Edad media: 44,4 (DE=11,9) N=90 (I=24, Ib=25, AC=23 C=18) Mujeres=33 Hombres= 57	Terrenos del hospital psiquiátrico	Comparar las formas equina y canina de IAA con los tratamientos estándar para pacientes hospitalizados para determinar los efectos de la IAA sobre el comportamiento violento y medidas relacionadas.	I: Intervenciones asistidas por animales (IAA): Ia: Psicoterapia asistida por equinos (PAE) Ib: Psicoterapia asistida por perros (PAP). Control activo (CA): Psicoterapia de grupo de habilidades sociales (PHS): C: Atención hospitalaria habitual. Las intervenciones activas proporcionaron diez sesiones grupales semanales de 40 a 60 minutos.	Comportamiento agresivo: Informes de incidentes presentados de forma independiente por el personal de enfermería. Agresión verbal y física. La Escala de Agresión Abierta (OAS-M) (Coccaro et al., 1991) Aislamiento y contención Sintomas psiquiátricos La Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BPRS); (Overall & Gorham, 1962) Escalas analógicas visuales puntuadas tanto por el personal como por los pacientes para cuantificar la ansiedad, la depresión, la ira y el aislamiento actuales; la Medida de intrusión de Greystone (GIM) (Mayerhoff & Nuremberg, 2007) Funcionamiento: El Perfil de Habilidades para la Vida (LSP-20) (Rosen et al., 2001) Tiempo de medición: 2 meses antes del tratamiento y tres meses después del inicio del estudio.	Comportamiento agresivo: Los informes de incidentes violentos (por paciente por mes) sugirieron disminuciones para los pacientes de PAE, pero aumentos para otros grupos. Las pruebas post hoc revelaron diferencias significativas entre PAE y PHS. Agresión verbal y física: mejora sugerida con IAA. El OAS-M mostró diferencias grupales en agresión contra objetos y personas ($p=2,71$, $d_f=3,85$, $p=0,05$) y ($p=2,66$, $d_f=3,85$, $p=0,053$) respectivamente, la agresión en el grupo PAE pareció disminuir con pruebas post hoc ($p=0,029$ versus PAP para objetos; $p=0,074$ versus PHS para personas, respectivamente). No hubo diferencias evidentes para aislamiento y contención. No se encontraron efectos de IAA con BPRS y LSP-20. Las expectativas del personal sobre las escalas Analógicas Visuales y la Intrusión (GIM) tampoco mostraron diferencias entre los grupos.
Rabovsky et al., 2012 Switzerland	ECA	Trastornos psiquiátricos graves. Edad media= 38,0 (DE=10,4) N=82 (I=40, C=42) Mujeres= 32 Hombres= 50	Hospital psiquiátrico (unidades de hospitalización)	Analizar la eficacia de una psicoeducación grupal mixta de diagnóstico bifocal fácilmente implementable en el tratamiento de trastornos psiquiátricos graves.	I: Psicoeducación (PE). C: Grupo de control de intervención no específica (GC); "Grupo de actividad social" abierto. Fármacos psicotrópicos, media, número (DE) I = 2,0 (0,9) C = 2,24 (1,12) Si los pacientes daban su consentimiento, los familiares estaban motivados a unirse a los grupos familiares correspondientes.	Suicidio: La tasa de suicidio, como una de las razones del abandono, fue significativamente mayor en GC que en PE (PE: 0/40, CG: 4/42, $X^2=5,548$, $p=0,019$). Impresión clínica global (CGI): El efecto no fue significativo entre los grupos en ningún momento, pero mostró una tendencia a favor de la PE (3 meses: 4,13 vs 4,38, total n= 43, $p=0,193$; 12 meses: 3,75 vs 4,40, total n= 40, $p=0,094$). Funcionamiento global (GAS): Se encontró que el valor medio de GAS era más alto a los 3 meses en PE (tamano del efecto medio, Cohen's $d=0,50$), pero el efecto fue casi insignificante hasta los 12 meses por una mejora de tamaño mediano en GC entre la línea de base y los 12 meses. Las diferencias de grupo no alcanzaron significación estadística en ninguna visita del estudio. Debido a la pequeña N no fue posible diferenciar válidamente entre la PE familiar y la PE dirigida solo a los pacientes.	

Tabla 4. Principales características de los estudios incluidos en la revisión y resumen de los principales resultados (continúa)

Autor (es), Año de publicación, Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Sacks et al., 2012 EE.UU.	ECA	Delincuentes con uso concurrente de sustancias y trastornos mentales (incluidos trastornos bipolares del estado de ánimo, trastornos esquizofrénicos, trastorno esquizoafectivo) Edad mediana= 38,2 (DE=9,9) N= 127 (F=71; C= 56). Hombres= 127	Correccional comunitario	Determinar la efectividad de una comunidad terapéutica de reingreso modificada (CTRM) para delincuentes con uso concurrente de sustancias y trastornos mentales (trastornos concurrentes o COI).	I: Una comunidad terapéutica modificada de reingreso (CTMR). C: Supervisión de control de la libertad condicional y la gestión de casos (SCLGC). La mayoría de los reclusos habían recibido tratamiento de salud mental (79%) y/o se les había recetado medicación psicofarmacológica (95%)	Actividad criminal (incluido el delito violento): actividad delictiva autinformada. Tiempos de medición: A los 12 meses previos a la participación en el sistema de justicia penal y a los 12 meses de seguimiento.	No se observaron diferencias significativas en los delitos violentos autinformados.
She et al., 2017 China	ECA	Pacientes hospitalizados con esquizofrenia. Edad mediana= 31,27 (DE=8,02) C=33,45 (DE=8,49) N=170 (F=86; C=84). Mujeres= 63 Hombres= 107	Unidades de psiquiatría	Evaluar un nuevo modelo de atención integrada (CI) en dos etapas de "consolidación intensiva" para pacientes hospitalizados con esquizofrenia	I: Modelo de cuidados integrados de dos etapas de "consolidación intensiva" (CI): Terapia cognitivo-conductual, tratamiento de rehabilitación y tratamiento de consolidación. C: Medicación antipsicótica sola. Todos los participantes estaban bajo medicación.	Comportamiento agresivo: la Escala de Desempeño Personal y Social (PSP) (Morosini et al., 2000) Síntomas psiquiátricos: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) (Kay et al., 1987) y Escala de Impresión Clínica Global (CGI) (Guy 1976) Funcionamiento social: Escala de Desempeño Personal y Social (PSP) (Morosini et al., 2000) Tiempos de medición: Al inicio del estudio (durante la hospitalización) y seguimiento durante 3, 6 y 12 meses.	Mejoras significativas en el comportamiento agresivo ($F= 4,055$; $p= 0,007$) mayor con el tiempo para el grupo de cuidados integrados que para el grupo de medicación sola. Síntomas psiquiátricos: Los cambios en las puntuaciones total de PANSS, PANSS positiva, PANSS general y CGI-S fueron mayores en el grupo de cuidados integrados que en el grupo de medicación sola (todos los valores de $F < 4,303$; todos los valores de $p < 0,005$) a lo largo del tiempo. No se observaron mejoras significativas en la puntuación total de la PSP, la puntuación de la subescala de actividad social-íntil y la puntuación de la subescala de relación personal-social (todos los valores de $F < 2,501$, todos los valores de $p > 0,056$) a lo largo del tiempo en el grupo de cuidados integrados que en el grupo de medicación sola. Mejora significativa en PANSS total, CGI y puntuaciones totales de la PSP durante un año de seguimiento en ambos grupos (todos los valores de $F > 18,032$; todos los valores de $p < 0,001$).

Tabla 4. Principales características de los estudios incluidos en la revisión y resumen de los principales resultados							
Autor (es), Año de publicación, Origen	Diseño	Población	Entorno	Objetivo	Intervención y control	Variables	Principales resultados
Svanson et al., 2001* USA	ECA	Trastorno mental grave (TMG) Edad= ≥18 N= 262 (I= 102; C= 114) + grupo CPA gravemente violento no aleatorizado= 46 Mujeres= 122 Hombres= 140	Comunidad (entorno ambulatorio)	Probar si el internamiento involuntario de pacientes ambulatorios (IPPA) puede ayudar a reducir la incidencia entre las personas con TMG.	I: Compromiso involuntario de paciente ambulatorio (CPA); Intervención legal + tratamiento salud mental. C: Inmunidad a cualquier IPPA durante el año del estudio. Todos los participantes recibieron manejo de casos y otro tratamiento ambulatorio en uno de los cuatro programas de salud mental participantes que representan nueve condados urbanos y rurales contiguos. Los participantes recibieron tratamiento farmacológico.	Violencia: Tres fuentes de datos (sujetos, familia y administradores de casos) Actividad criminal: Arrestos por delitos; también incluyó agresión grave como homicidio, agresión simple. Tiempos de medición: Al inicio del estudio y seguimiento a los 12 meses.	Hallazgos en grupos asignados al azar: La incidencia de violencia fue significativamente menor (22.7%) entre los sujetos CPA aleatorizados que recibieron tratamiento prolongado ordenado por el tribunal (prueba exacta de Fisher, $p= 0.0043$ de una cola, $p= 0.076$ de dos colas) No hubo diferencia significativa en la tasa de arrestos por delitos entre los dos grupos asignados aleatoriamente: 18.6% (n=102) en el grupo CPA versus 19.3% (n=114) en el grupo control (prueba exacta de Fisher, una cola $p= 0.52$; dos colas $p= 1.00$).
Van de Sande et al., 2011 Netherlands	Cluster ECA	Varios diagnósticos (incluido trastorno psicótico) Edad media= I=38, C= 39.4 N=597 (4 unidades) (I= 2 unidades, C=2 unidades) Hombres= 55-66%	Unidades de agudos de psiquiatría	Evaluar el efecto de la evaluación de riesgos a corto plazo sobre el número de incidentes de agresión y el tiempo de recitación de los pacientes ingresados en salas psiquiátricas agudas.	I: Monitoreo de la crisis: Reconocimiento temprano mediante instrumentos de valoración de patrones asociados con la escalada y los cambios de síntomas. C: Tratamiento habitual (IH).	Incidentes de agresión: Escala de Agresión de Observación del Personal Revisada (SOAS-R) (Morken et al., 2018) Episodios de aislamiento (incidencia y duración del aislamiento): la Escala de Argus (un incidente de aislamiento se define como una secuencia de periodos de aislamiento separados por no más de 24h). Tiempos de medición: En la línea de base (en el periodo de línea de base de 10 semanas) y en el periodo de intervención de 30 semanas.	El número de incidentes agresivos (reducción del riesgo relativo -68%, $p < 0.001$) y de pacientes agresivos (reducción del riesgo relativo $RRR = -50\%$, $p < 0.05$) y el tiempo de aislamiento ($RRR = -45\%$, $p < 0.05$) fueron significativamente menores en las salas experimentales que en las salas de control. El número de incidentes de aislamiento mostró una disminución pequeña pero no significativa entre grupos (-15%) desde el inicio ($RR = 1.19$; IC del 95%: 0.76 a 1.88) hasta el periodo de intervención ($RR = 1.01$; IC del 95%: 0.74 a 1.88). El número de pacientes individuales expuestos al aislamiento tampoco aumentó significativamente (+8%; 100% de intervalos de confianza superpuestos) en las salas experimentales. Un aumento relativamente significativo en el número de pacientes aislados en la sala de control (RR al inicio del estudio 1.42; IC del 95%: 0.83-2.48; RR en el periodo de intervención 1.71; IC del 95%: 1.12-2.67).

Nota: *Solo se incluye la parte correspondiente a la aleatorización. C: Control, DE: Desviación estándar, CI: Intervalo de confianza, IRR: Razón de tasas de incidencia, RR: Relación de tasas, RRR: Reducción del riesgo relativo, SE: Error estándar.

Las intervenciones se resumieron en las siguientes categorías: intervenciones psicológicas, intervenciones sociales, intervenciones a nivel de servicio e intervenciones de evaluación de riesgos.

Intervenciones en el manejo de la violencia auto y heterodirigida

Intervenciones psicológicas

TERAPIA COGNITIVA PARA LAS ALUCINACIONES DE ORDEN (TCAO)
+ TRATAMIENTO HABITUAL (TH) vs. TH.

La terapia cognitiva para las alucinaciones de orden se utilizaba para evaluar y modificar la convicción respecto a las creencias vinculadas al constructo del poder de la voz. El TH era proporcionado por equipos comunitarios de salud mental, de alcance asertivo e intervención temprana e incluyó medicación antipsicótica (ver información detallada en Anexo 5). (Birchwood et al., 2018)

No encontraron diferencias significativas para los síntomas psicóticos, la depresión, las alucinaciones auditivas y la angustia asociada a las voces. Respecto al cumplimiento dañino (respuestas conductuales a las voces, incluido suicidio, daño a sí mismo, y/o a otros), a los 9 meses, el efecto del tratamiento no fue significativo y a los 18 meses, el TCAO mostró una reducción significativa en el cumplimiento dañino en comparación con el TH. La interacción entre el tratamiento y el seguimiento no fue significativa (Tabla 4). (Birchwood et al., 2018)

TERAPIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO COGNITIVO-CONDUCTUAL
(TCCS) + TRATAMIENTO HABITUAL (TH) vs. TH.

La TCCS se trataba de una terapia psicológica personalizada que buscaba lograr una comprensión detallada de la experiencia de suicidalidad de una persona y cambiar los procesos de pensamiento involucrados en la activación, mantenimiento y elaboración del pensamiento y el comportamiento suicida utilizando enfoques cognitivo-conductuales. El TH incluyó atención médica y de enfermería habitual durante la estancia hospitalaria, tras el alta era supervisado por el profesional de atención, incluía revisión y seguimiento médico y multidisciplinar (ver información detallada en Anexo 5). (Haddock et al., 2019)

Encontraron que los eventos graves (incluyendo autolesión, daño a otros o a la propiedad) eran comunes para los participantes durante el tratamiento. No obstante, no hubo diferencias significativas en el número de estos eventos entre los grupos. Asimismo, no se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a comportamiento suicida, síntomas psiquiátricos y funcionamiento (Tabla 4). (Haddock et al., 2019)

Intervenciones en el manejo de la violencia autodirigida

Intervenciones psicológicas

“ESTILO DE VIDA SALUDABLE” MULTICOMPONENTE CARA A CARA vs. UNA INTERVENCIÓN PREDOMINANTEMENTE TELEFÓNICA Y MENOS INTENSIVA.

La intervención de “estilo de vida saludable” multicomponente cara a cara se diseñó para fomentar el abandono del hábito de fumar, mejorar la dieta y la actividad física, mediante una combinación de sesiones mensuales de técnicas de entrevista motivacional y terapia cognitivo-conductual. La intervención incluía terapia de reemplazo de nicotina (TRN). Respecto a la intervención del grupo control, se trataba de una intervención predominantemente telefónica y menos intensiva que se centró principalmente en el seguimiento del uso de TRN y conductas de riesgo cardiovascular (ver información detallada en Anexo 5). (Baker et al., 2018)

No encontraron una relación significativa entre la suicidalidad y el grupo de tratamiento. Sin embargo, cuando se eliminó a los participantes que no tenían tendencias suicidas al inicio del estudio observaron un cambio indicativo de niveles reducidos de suicidio. Por otro lado, hallaron una asociación significativa entre una reducción del tabaquismo y un cambio en las tendencias suicidas; se observó una asociación entre la reducción del tabaquismo y la depresión, y la depresión y el suicidio. Después del ajuste por depresión, la asociación entre la reducción del tabaquismo y el suicidio siguió siendo estadísticamente significativa. Respecto al alcohol y cannabis, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos a las 15 semanas y 12 meses. A pesar de que la intervención por teléfono se diseñó como una condición de comparación, logró mejoras significativas en varios resultados, encontraron mejoras significativas en el funcionamiento global y en las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck (BDI-

II) (Beck et al., 1988a) en ambos grupos y reducciones estadísticamente significativas en el consumo diario de cigarrillos sin diferencias significativas entre los grupos de tratamiento a lo largo del tiempo. La sintomatología psiquiátrica fue significativamente menor en el grupo control (Tabla 4). (Baker et al., 2018)

PSICOEDUCACIÓN vs. GRUPO CONTROL DE INTERVENCIÓN NO ESPECÍFICA ("Grupo de actividad social" abierto).

La intervención psicoeducativa constaba de 10 sesiones, de 45 a 60 minutos cada una, y quincenal. En cambio, el grupo de control de intervención no específica era un "grupo de actividad social" abierto con sesiones teóricas, actividades de ocio colectivo físicamente activas y elementos básicos de formación en habilidades sociales. Todos los participantes tomaban fármacos psicotrópicos. Por otro lado, si los pacientes consentían, los familiares estaban invitados a unirse a los grupos familiares (ver información detallada en Anexo 5). (Rabovsky et al., 2012)

Hallaron un efecto significativo de la psicoeducación sobre la tasa de suicidio. En relación a la gravedad de la enfermedad y el funcionamiento global, no se encontraron diferencias significativas entre grupos, aunque observó cierta tendencia favorable hacia la psicoeducación (Tabla 4). (Rabovsky et al., 2012)

Intervenciones sociales y a nivel de servicio

VIVIENDA PRIMERO vs. TRATAMIENTO HABITUAL.

La intervención de vivienda primero consistía en proporcionar vivienda a los participantes dentro de la comunidad. En cambio, el tratamiento habitual consistía en los recursos comunitarios existentes (ver información detallada en Anexo 5). (Aquin et al., 2017)

No encontraron diferencias significativas en el efecto de la vivienda primero para el suicidio durante los 2 años de seguimiento (Tabla 4). (Aquin et al., 2017)

Intervenciones en el manejo de la violencia heterodirigida

Intervenciones psicológicas

REHABILITACIÓN COGNITIVA COMPUTARIZADA (RCC) vs. JUEGOS DE ORDENADOR + DISCUSIÓN GRUPAL SOBRE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES.

La rehabilitación cognitiva buscaba mejorar las habilidades neurocognitivas de las personas. La rehabilitación cognitiva incluía la participación de actividades cognitivas computarizadas y una discusión grupal, incluía el programa Posit Science Brain Fitness 2.0 y el Brain HQ en web, para el entrenamiento cognitivo. El grupo control contemplaba juegos de ordenador más discusión grupal sobre comportamientos saludables. Todos los participantes continuaron recibiendo otras intervenciones (administración de medicamentos, psicoterapia individual, psicoeducación y grupos de rehabilitación en el centro de tratamiento diario) (ver información detallada en Anexo 5). (Ahmed et al., 2015)

Encontraron que las personas asignadas a la rehabilitación cognitiva computarizada experimentaron cambios estadísticamente significativos en la conducta agresiva, tanto verbal como física. También se observó que el cambio de pre a post en la neurocognición se asoció con reducciones en la incidencia de agresión verbal y física. Respecto a los síntomas psicóticos presentaron una reducción significativa en los síntomas negativos y en los factores de excitación/activación. También hallaron en relación a la neurocognición una mejoría significativa en la atención, la memoria de trabajo, el aprendizaje verbal y el funcionamiento cognitivo general y en relación a la capacidad funcional observaron un efecto significativo en el transporte y en la comprensión/planificación (Tabla 4). (Ahmed et al., 2015)

PROGRAMA DE RAZONAMIENTO Y REHABILITACIÓN (R&R) vs. TRATAMIENTO HABITUAL (TH).

El programa de R&R, era un programa estructurado y manualizado con el objetivo de trabajar las habilidades de resolución de problemas sociales y los estilos de pensamiento, compuesto por ocho módulos: resolución de problemas, habilidades de

asertividad, habilidades sociales, habilidades de negociación, pensamiento creativo, manejo de las emociones, razonamiento de valores y razonamiento crítico. En el tratamiento habitual a los participantes no se les permitió asistir a las sesiones de R&R. Todos los participantes del estudio continuaron recibiendo otras intervenciones (tratamiento habitual). La mayoría de los pacientes fueron tratados con antipsicóticos atípicos y entre un quinto y un tercio participaron en terapia psicológica (ver información detallada en Anexo 5). (Cullen et al., 2012)

Durante el período de tratamiento, encontraron que los participantes del grupo R&R participaron con un 48% menos de frecuencia en incidentes violentos que el grupo TH, aunque no hubo un efecto significativo. Sin embargo, observaron una diferencia estadística en los incidentes de violencia entre los que completaron el programa R&R y el grupo TH en el análisis post hoc (los que completaron el programa versus los que no completaron). En relación a la agresión verbal, durante el período de seguimiento de 12 meses, hubo un efecto significativo en el grupo de R&R y respecto al uso sustancias, no se encontró un efecto significativo en el grupo R&R, sin embargo, las tasas fueron significativamente más altas en los que no completaron el programa. En relación a la resolución de problemas sociales (funcionamiento), se encontró un efecto significativo en el grupo R&R en la subescala de estilo impulsivo/descuidado y estilo evitativo al final del tratamiento, y en la subescala de estilo impulsivo/descuidado a los 12 meses de seguimiento (Tabla 4). (Cullen et al., 2012)

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC) + TRATAMIENTO HABITUAL (TH) vs. TERAPIA DE ACTIVIDAD SOCIAL (TAS) + TH.

El programa de TCC incluía estrategias de motivación para ayudar al compromiso, estrategias para reducir la gravedad y la angustia de los síntomas psicóticos y estrategias para reducir la gravedad de la ira relacionada con agresión y violencia. La TAS + TH: El programa de TAS tenía el fin de ayudar a los participantes a identificar las actividades que disfrutaban y ayudarles a realizarlas. Todos los pacientes tomaban medicación antipsicótica (ver información detallada en Anexo 5). (Haddock et al., 2019)

Observaron que no hubo diferencias significativas entre los grupos durante el período de tratamiento en el número de personas que participaron en actos verbalmente

agresivos o en el número de incidentes de agresión verbal. Esto fue similar para el período de seguimiento. Durante el período de tratamiento, no hubo diferencias significativas entre los grupos en el número de personas que fueron agresivas físicamente o en el número total de incidentes con agresión física. Sin embargo, durante el período de seguimiento, hubo un número significativamente menor de incidentes relacionados con la agresión física en el grupo de TCC y hubo significativamente más personas que habían sido físicamente agresivas en el grupo TAS en comparación con el grupo de TCC. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en el Comportamiento Agresivo Calificado por el Personal (WARS-A). (Novaco 1994) En cuanto a los síntomas psicóticos, no hubo diferencias significativas en la escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) (Kay et al., 1987), pero hubo diferencias significativas entre los grupos en los delirios de la Escala de Calificación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS) (Haddock et al., 1999), y también se encontró una relación significativa al final del tratamiento, pero no durante el seguimiento. Por otro lado, los que recibieron TCC mostraron reducciones significativas en la gravedad de los delirios. Respecto al funcionamiento, hubo una mejora en el funcionamiento con el tiempo en ambos grupos; sin embargo, no hubo interacciones de tiempo por grupo (Tabla 4). (Haddock et al., 2019)

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES ORIENTADO A LA METACOGNICIÓN (EHSOM) + TRATAMIENTO HABITUAL (TH) vs. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES + TH.

La *metacognición* se refiere al “conjunto de procesos psicológicos que permiten a las personas ser conscientes y reflexionar sobre sus pensamientos, sentimientos e intenciones, y los de los demás, y desarrollar e integrar representaciones más complejas de ellos mismos y otros”. (Inchausti et al., 2016, 2018) Las habilidades sociales incluían habilidades de conversación, habilidades de asertividad y habilidades de manejo de conflictos. El entrenamiento en habilidades sociales del grupo control consistía en una intervención grupal, no se trabajó la metacognición de los participantes en ningún momento. Todos los participantes fueron tratados con una dosis constante del mismo antipsicótico durante un período de al menos 2 meses antes de la intervención. El TH consistió en atención estándar y manejo clínico regular (ver información detallada en Anexo 5). (Inchausti et al., 2018)

Hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con grandes tamaños de efecto a favor de EHSOM en el comportamiento agresivo en el seguimiento. Con respecto a los síntomas psicóticos, no se encontraron diferencias entre los grupos. En relación a la depresión y la ansiedad, hubo diferencias significativas a favor de EHSOM en el postratamiento y el seguimiento y hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en el post-tratamiento y en el seguimiento a favor de EHSOM en el funcionamiento psicosocial. Además, hubo diferencias significativas entre los grupos en la actividad metacognitiva a favor de EHSOM en el postratamiento y el seguimiento (Tabla 4). (Inchausti et al., 2018)

RAZONAMIENTO Y REHABILITACIÓN 2 (versión corta para adultos: R&R2)
vs. TRATAMIENTO HABITUAL (TH):

La intervención R&R2 se trataba de una adaptación del programa de razonamiento y rehabilitación. El objetivo del programa fue reducir las actitudes y comportamientos antisociales, con especial énfasis en el autocontrol, las habilidades para resolver problemas, el manejo de las emociones, el manejo de conflictos, el pensamiento consecuente, el pensamiento alternativo, la toma de perspectiva social y los valores que subyacen a la competencia pro-social. En el grupo de TH a los participantes no se les permitió asistir al grupo R&R2. Incluyó tratamiento de salud mental, éste podía ser medicación y/o psicoeducación y/o programas grupales de reducción de síntomas, así como terapia grupal estructurada. Todos los participantes continuaron recibiendo otras intervenciones (ver información detallada en Anexo 5). (Kingston et al., 2018)

Observaron una modesta ventaja del grupo R&R2 en términos de reincidencia violenta, y tales diferencias se ampliaron después de controlar el riesgo de reincidencia, no obstante, estas diferencias no fueron significativas. Con respecto a los síntomas psiquiátricos, en ambos grupos hubo reducciones significativas en la BPRS (Overall & Gorham, 1962) durante el período del estudio en la preocupación somática, la ansiedad, los sentimientos de culpa, la tensión, el estado de ánimo deprimido, la desconfianza, el pensamiento inusual y las puntuaciones totales. Únicamente en el grupo R&R2 hubo reducciones significativas en el retraimiento emocional, grandiosidad, retraso motor y afecto embotado. Las reducciones significativas en el comportamiento alucinatorio y la

excitación fueron exclusivas en el grupo TH. Sin embargo, no hubo diferencias entre los grupos (Tabla 4). (Kingston et al., 2018)

MODELO DE CUIDADOS INTEGRADOS (CI) EN DOS ETAPAS DE “CONSOLIDACIÓN INTENSIVA” vs. MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA SOLA.

El modelo de CI incluía terapia cognitivo-conductual, tratamiento de rehabilitación y tratamiento de consolidación, mientras que el grupo control recibía medicación antipsicótica (ver información detallada en Anexo 5). (She et al., 2017)

Mostraron mejoras significativas en el comportamiento agresivo en el tiempo para el grupo de atención integrada. Con respecto a los síntomas psiquiátricos, los cambios fueron significativamente mayores en el grupo de atención integrada a lo largo del tiempo. Sin embargo, no se observaron mejoras significativas en el funcionamiento social a lo largo del tiempo en el grupo de atención integrada. Durante un seguimiento de un año, se encontró una mejora significativa en las puntuaciones total de PANSS, PANSS positiva, PANSS general (Kay et al., 1987) y CGI-S (Guy et al., 1976) y en el funcionamiento social en ambos grupos (Tabla 4). (She et al., 2017)

Intervenciones de evaluación de riesgos

MONITORIZACIÓN DE LA CRISIS (evaluación de riesgos) vs. TRATAMIENTO HABITUAL (TH).

La monitorización de la crisis se trataba de una monitorización diaria por enfermeras de salud mental en el reconocimiento temprano de patrones asociados con la escalada y los cambios de síntomas mediante escalas de evaluación de riesgos. El TH se basó en observaciones y tratamientos psiquiátricos no estructurados basados en el juicio clínico. (ver información detallada en Anexo 5). (Van de Sande et al., 2011)

Encontraron que el número de incidentes agresivos, los pacientes que participaron en agresiones y el número de horas pasadas en aislamiento fueron significativamente menores en las salas experimentales que en las salas de control. El número de incidentes de aislamiento mostró una disminución pequeña pero no significativa. El número de

pacientes individuales expuestos al aislamiento no aumentó significativamente en las salas experimentales, pero se observó un aumento relativamente significativo en la sala de control. (Van de Sande et al., 2011)

Intervención social

COLOCACIÓN Y APOYO INDIVIDUAL (CAI) vs. ELECCIÓN DE TRABAJO.

La colocación y apoyo individual se trataba de una búsqueda de empleo individualizada según las preferencias de los participantes. La elección laboral facilitó una búsqueda de trabajo autodirigida, ayudando a los clientes con la preparación de currículums, habilidades para entrevistas y oportunidades laborales (ver información detallada en Anexo 5). (Bond et al., 2015)

No encontraron condenas por delitos graves en los grupos. Sin embargo, los autores observaron que, durante el período de 12 meses, hubo un efecto significativo del IPS en la obtención de un empleo competitivo y en la duración del empleo competitivo durante el seguimiento (Tabla 4). (Bond et al., 2015)

INTERVENCIÓN INTEGRADA BASADA EN LA COMUNIDAD (IIBC) vs. TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN SÓLO.

La intervención consistía en un entrenamiento de habilidades sociales más Taichí. El entrenamiento en habilidades sociales incluyó la autogestión de los medicamentos, la auto monitorización de los síntomas, el reingreso a la comunidad, el disfrute del tiempo libre y otras habilidades para vivir con independencia social. El grupo control recibió medicación únicamente y no se realizaron intervenciones adicionales. Todos los participantes recibieron tratamiento con antipsicóticos (ver información detallada en Anexo 5). (Kang et al., 2016)

Mostraron que el grupo IIBC tenía un riesgo significativamente menor de comportamiento agresivo después de 1 año de intervención. Adicionalmente, el grupo CBII tuvo puntuaciones significativamente más bajas en los síntomas psicóticos y síntomas negativos después de 1 año de intervención. (Kang et al., 2016)

INTERVENCIONES ASISTIDAS POR ANIMALES (IAA): PSICOTERAPIA ASISTIDA POR EQUINOS (PAE) O PSICOTERAPIA ASISTIDA POR PERROS (PAP) vs CONTROL ACTIVO (CA): PSICOTERAPIA GRUPAL DE HABILIDADES SOCIALES (PHS) O TRATAMIENTO HABITUAL (TH).

La intervención asistida por animales incluía dos tipos de intervención: la PAE, que incluía interacciones grupales entre pacientes, caballos y terapeutas equinos y la PAP, que proporcionaba interacciones graduales no estructuradas entre perros y pacientes. El grupo control activo recibió PHS que incluyó ejercicios de habilidades sociales idénticos a los del programa general del hospital y el grupo control estándar recibió atención hospitalaria habitual (ver información detallada en Anexo 5). (Nureberg et al., 2015)

Encontraron que los informes de incidentes violentos (paciente por mes) disminuyeron para los pacientes del grupo PAE, pero aumentaron para otros grupos. Además, hubo diferencias significativas entre PAE y PHS. Con respecto a la agresión verbal y física, señalaron una mejoría en el grupo IAA. El OAS-M (Coccaro et al., 1991) mostró diferencias estadísticas grupales en agresión contra objetos y personas, la agresión entre los participantes de PAE pareció disminuir, con diferencias estadísticas versus PAP para objetos y versus PHS para personas. No se observaron diferencias en cuanto a aislamiento y contención, síntomas psiquiátricos o funcionamiento (Tabla 4). (Nureberg et al., 2015)

Intervenciones a nivel de servicio

TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO CON O SIN TRATAMIENTO INTEGRADO (AICT/ACTO) vs. TRATAMIENTO ESTÁNDAR.

La intervención por parte del equipo de tratamiento asertivo comunitario se proporcionó de forma indefinida en los hogares de los participantes o en otros lugares de la comunidad. En el caso del tratamiento comunitario asertivo con tratamiento integrado, el equipo contaba con un especialista en abuso de sustancias e incluía asesoramiento individual y grupos de tratamiento. El grupo de tratamiento estándar proporcionaba a los participantes una lista de agencias que brindaban tratamiento de salud mental y/o abuso de sustancias y a menudo se les ayudaba a establecer contacto inicial con la agencia seleccionada (ver información detallada en Anexo 5). (Morse et al., 2006)

Observaron, respecto a los delitos mayores, que el tratamiento comunitario asertivo sólo (ACTO) o la intervención de tratamiento integrado + tratamiento comunitario asertivo (IACT) no fueron más eficaces que el tratamiento estándar para reducir el comportamiento de la justicia penal. En cuanto a los síntomas psiquiátricos, no hubo un efecto significativo sobre la condición en tratamiento en la escala BPRS. (Overall & Gorham, 1962) No obstante, los síntomas de los participantes mejoraron significativamente con el tiempo, la mayor parte de la mejoría se produjo durante los primeros 6 meses de tratamiento y no hubo interacción de tratamiento por tiempo. En relación al uso de sustancias, no hubo un efecto significativo en el grupo de tratamiento según la calificación del entrevistador. Sin embargo, el índice de gravedad del abuso de sustancias disminuyó significativamente con el tiempo, pero no hubo interacción de condición de tratamiento por tiempo (Tabla 4). (Morse et al., 2006)

PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTEGRADO DE TRASTORNOS DUALES (TITD) vs. COMPONENTE DE CUSTODIA Y ATENCIÓN POSTERIOR A LA CUSTODIA.

La intervención incluyó la unidad de tratamiento durante el encarcelamiento y un componente intensivo de TITD posterior al encarcelamiento. Se realizaban intervenciones por etapas, acceso para clientes de TITD a servicios integrales, servicios ilimitados en el tiempo, alcance, intervenciones motivacionales, counseling en abuso de sustancias, tratamiento grupal orientado a ambos trastornos, psicoeducación familiar con respecto a los trastornos duales, la participación en el grupo de autoayuda por abuso de sustancias, el tratamiento farmacológico apropiado, las intervenciones para promover la salud y las intervenciones secundarias para los no respondedores al tratamiento. El componente de encarcelamiento y atención posterior al mismo, incluyó "servicios habituales" y también la disponibilidad de hasta 60 días de asistencia para la vivienda y la gestión de casos financiada con subvenciones posteriores a la liberación. Los servicios habituales incluían una derivación a uno de los equipos de atención para la administración de casos y los medicamentos. Todos los participantes tuvieron una evaluación intensiva, medicamentos, planificación del tratamiento en preparación para el alta, consulta con el personal de la cárcel, asesoramiento personalizado e intervención en crisis (ver información detallada en Anexo 5). (Chandler et al., 2006)

No encontraron cambios significativos para las condenas por delitos graves en ninguno de los grupos, ni en el funcionamiento. Las condenas por delitos graves durante el período de estudio aumentaron tanto en el grupo experimental como en el en el grupo control (Tabla 4). (Chandler et al., 2006)

COMUNIDAD TERAPÉUTICA MODIFICADA DE REENTRADA (CTMR) vs. SUPERVISIÓN DE CONTROL DE LIBERTAD CONDICIONAL Y MANEJO DE CASOS (SCLGC).

Los residentes asistían a las actividades formales del programa y se añadieron nuevos componentes: abordar el comportamiento, el pensamiento y el comportamiento delictivo; reconocer y responder a la interrelación del abuso de sustancias, la enfermedad mental y la criminalidad (triple recuperación); y utilizar estrategias para el manejo de los síntomas. Los residentes con al menos 4 meses en el programa guiaban a los nuevos miembros hacia el programa y brindaban asesoramiento, orientación y entrenamiento. En la supervisión de control de la libertad condicional y la gestión de casos, el supervisor clínico llevó a cabo un grupo semanal en prevención de recaídas, y los gestores de casos proporcionaron monitoreo diario de la medicación, las clínicas de salud mental de la comunidad proporcionaron servicios de asesoramiento psiquiátrico y de salud mental, y las agencias locales de tratamiento de abuso de sustancias prestaron servicios individuales y en grupo (ver información detallada en Anexo 5). (Sacks et al., 2012)

No encontraron diferencias significativas en los delitos violentos autoinformados entre los grupos (Tabla 4). (Sacks et al., 2012)

COMPROMISO INVOLUNTARIO DE PACIENTES AMBULATORIOS (CIPA) vs. INMUNIDAD A CUALQUIER CIPA DURANTE EL AÑO DEL ESTUDIO.

Una intervención legal de obligación a tratamiento de salud mental que podía funcionar a través de varias vías: mejorando significativamente la adherencia a los medicamentos, mejorando el acceso al tratamiento, aumentando la vigilancia clínica y aumentando la intensidad del manejo de casos. El grupo control recibió inmunidad a cualquier CIPA durante el año del estudio. Todos los participantes recibieron gestión de

casos y otro tratamiento ambulatorio además de tratamiento farmacológico. Hubo una excepción al procedimiento de asignación al azar (grupo no aleatorizado) en el caso de sujetos con antecedentes de agresión grave, debían someterse al período inicial de CIPA según lo ordenado. (ver información detallada en Anexo 5). (Swanson et al., 2001)

Mostraron en relación a los grupos aleatorizados que la incidencia de violencia fue significativamente menor entre los sujetos CIPA asignados al azar que recibieron tratamiento prolongado ordenado por la corte. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la tasa de arresto por delitos entre los dos grupos asignados al azar (Tabla 4). (Swanson et al., 2001)

Discusión

Resumen de la evidencia

Se ha identificado una variedad de intervenciones que se han llevado a cabo en diferentes países y entornos. Las intervenciones se resumieron en las siguientes categorías: intervenciones psicológicas, intervenciones sociales, intervenciones a nivel de servicio e intervenciones de evaluación de riesgos.

Estudios que evaluaron en el manejo de la violencia auto y heterodirigida

Intervenciones psicológicas

Comparación 1: Terapia cognitiva para las alucinaciones de orden (TCAO) + tratamiento habitual (TH) vs. TH

1.1. Cumplimiento dañino a las voces (suicidio, daño a sí mismo y/o a otros): El efecto de la terapia mostró un efecto significativo a los 18 meses, pero no a los 9 meses. (Birchwood et al., 2018)

1.2. Síntomas psiquiátricos (síntomas psicóticos, depresión, alucinaciones auditivas y angustia asociadas con las voces): Los efectos del tratamiento no fueron significativos para ninguno de los síntomas. (Birchwood et al., 2018)

Comparación 2: Terapia de prevención del suicidio cognitivo-conductual (TCCS) + tratamiento habitual (TH) vs. TH.

2.1. Conducta suicida: No se observaron diferencias significativas entre los grupos. (Haddock et al., 2019)

2.2. Eventos adversos (autolesión, daño a otros o propiedad y fuga sin permiso): Aunque no se analizaron de forma individual, encontraron que eran comunes para los participantes durante el tratamiento sin diferencias significativas en el número de estos eventos entre los grupos. (Haddock et al., 2019)

2.3. Síntomas psiquiátricos: No se observaron diferencias significativas entre los grupos. (Haddock et al., 2019)

2.4. Funcionamiento: No se observaron diferencias significativas entre los grupos. (Haddock et al., 2019)

Estudios que evaluaron en el manejo de la violencia autodirigida

Intervenciones psicológicas

Comparación 3: “Estilo de vida saludable” multicomponente cara a cara vs. una intervención predominantemente telefónica y menos intensiva.

3.1. *Suicidalidad (intención o intento):* No encontraron una relación significativa entre la suicidalidad y el grupo de intervención. Sin embargo, a los 12 meses, la reducción del tabaquismo se asoció significativamente con el cambio de las tendencias suicidas y se encontró una asociación entre la reducción del tabaquismo y la depresión, así como entre la depresión y las tendencias suicidas. (Baker et al., 2018)

3.2. *Síntomas psiquiátricos:* La puntuación de la Escala de Valoración Psiquiátrica Breve (BPRS-24) (Ventura et al., 1993) fue significativamente menor en el control a los 12 y 36 meses de seguimiento. En cambio, la puntuación total del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1988a) mejoraron para la mayoría de los cortes de tiempo en ambas condiciones. (Baker et al., 2018)

3.3. *Funcionamiento (general):* Hubo una mejoría significativa en el funcionamiento general a lo largo del tiempo en los 2 grupos. (Baker et al., 2018)

3.4. *Uso de sustancias:* Se encontraron reducciones estadísticamente significativas desde el inicio en el consumo diario de cigarrillos en casi todos los cortes temporales, aunque no hubo diferencias significativas entre los grupos a lo largo del tiempo. Respecto al alcohol y cannabis, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. (Baker et al., 2018)

Comparación 4: Psicoeducación vs. grupo control de intervención no específica ("grupo de actividad social" abierto).

4.1. *Suicidio:* Encontraron un efecto significativo de la psicoeducación sobre la tasa de suicidios. (Rabovsky et al., 2012)

4.2. *Gravedad de la enfermedad:* El efecto no fue significativo entre los grupos en ningún momento, aunque observaron una tendencia a favor de la psicoeducación. (Rabovsky et al., 2012)

4.3. *Funcionamiento (global):* El funcionamiento era más alto a los 3 meses en el grupo de psicoeducación, pero el efecto fue casi igualado hasta los 12 meses por una mejora en el grupo control entre el basal y los 12 meses. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Rabovsky et al., 2012)

Intervenciones sociales y a nivel de servicio

Comparación 5: Vivienda primero vs. tratamiento habitual.

5.1. Intentos de suicidio: No encontraron diferencias significativas en el efecto de la vivienda primero para el suicidio (Aquin et al., 2017)

Estudios que evaluaron en el manejo de la violencia en la violencia heterodirigida

Intervenciones psicológicas

Comparación 6: Rehabilitación cognitiva computarizada (RCC) vs. juegos de ordenador más discusión grupal sobre comportamientos saludable.

6.1. Agresión (verbal y física): Se encontró un efecto significativo de la RCC en la agresión verbal y agresión física en el post-tratamiento. Asimismo, el cambio de pre a post en la neurocognición se asoció con reducciones en la incidencia de agresión verbal y física. (Ahmed et al., 2015)

6.2. Síntomas psiquiátricos (síntomas psicóticos): Reportaron una reducción significativa en el grupo RCC en los síntomas negativos y en los factores de excitación/activación. (Ahmed et al., 2015)

6.3. Neurocognición: Hubo una mejoría significativa en RCC en la atención, memoria de trabajo, aprendizaje verbal y funcionamiento cognitivo general. (Ahmed et al., 2015)

6.4. Funcionamiento: Se encontró un efecto significativo de RCC en el transporte y sobre la comprensión/ planificación. (Ahmed et al., 2015)

Comparación 7: El programa de Razonamiento y Rehabilitación (R&R) vs. tratamiento habitual (TH).

7.1. Violencia (incidentes de violencia): Los participantes del grupo de razonamiento y rehabilitación incurrieron menos en incidentes violentos, no obstante, no hubo un efecto significativo. Observaron una diferencia estadística en los incidentes de violencia entre los que completaron el programa R&R y el grupo TH en el análisis post hoc (los que completaron el programa versus quienes no completaron). (Cullen et al., 2012)

7.2. Agresión verbal: Durante el período de seguimiento de 12 meses el grupo R&R participó significativamente en menos incidentes de agresión verbal que el grupo TH. (Cullen et al., 2012)

7.3. Uso de sustancias: No se encontró un efecto significativo en el grupo de R&R. (Cullen et al., 2012)

7.4. Funcionamiento (resolución de problemas sociales): Se encontró un efecto significativo en el grupo R&R en la subescala de estilo impulsivo/descuidado y estilo evitativo al final del tratamiento y en la subescala de estilo impulsivo/descuidado a los 12 meses de seguimiento. (Cullen et al., 2012)

Comparación 8: Terapia cognitivo-conductual (TCC) más tratamiento habitual (TH) vs. Terapia de actividad social (TAS) más TH.

8.1. Agresión (verbal y física): Observaron que no hubo diferencias significativas entre los grupos en relación a la agresión verbal. Durante el período de tratamiento, no hubo diferencias significativas entre los grupos en el número de personas agresivas físicamente o el número total de incidentes relacionados con agresión física. No obstante, durante el período de seguimiento, hubo significativamente más personas que habían sido físicamente agresivas en el grupo TAS en comparación con el grupo TCC y hubo un número significativamente menor de incidentes relacionados con la agresión física en el grupo de TCC. (Haddock et al., 2009) No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en el comportamiento agresivo calificado por el personal. (Haddock et al., 2009)

8.2. Síntomas psiquiátricos: No hubo diferencias significativas en la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). (Kay et al., 1987) Hubo interacciones significativas entre los grupos en los delirios PSYRATS totales (Haddock et al., 1999), pero no en las alucinaciones auditivas, y en los resultados al final del tratamiento, pero no durante el seguimiento, con aquellos que recibieron TCC mostrando mayores reducciones en la gravedad de los delirios. (Haddock et al., 2009)

8.3. Funcionamiento: Hubo una mejora en el funcionamiento con el tiempo en ambos grupos, pero no hubo interacciones de tiempo por grupo. (Haddock et al., 2009)

Comparación 9: Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (EHSOM) más tratamiento habitual (TH) vs. entrenamiento en habilidades sociales más TH.

9.1. Comportamiento agresivo: Encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de EHSOM de los comportamientos agresivos durante el seguimiento. (Inchausti et al., 2018)

9.2. Síntomas psiquiátricos (síntomas positivos y negativos, depresión y ansiedad): No se mostraron diferencias entre los grupos en ninguna de las puntuaciones de la subescala de la PANSS. (Kay et al., 1987) Respecto a la depresión y ansiedad, hubo diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones medias del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck et al., 1988a) y del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988b) a favor de EHSOM en las evaluaciones posteriores al tratamiento y de seguimiento. (Inchausti et al., 2018)

9.3. Actividad metacognitiva: Se encontró una diferencia significativa entre los grupos a favor de ESHOM en la evaluación posterior al tratamiento y de seguimiento. (Inchausti et al., 2018)

9.4. Funcionamiento psicosocial: Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en el post-tratamiento y en el seguimiento a favor de ESHOM en la Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional (SOFAS) y en la Escala de Desempeño Personal y Social (PSP). (Inchausti et al., 2018; Morosini et al., 2000)

Comparación 10: Razonamiento y rehabilitación 2 (versión corta para adultos: R&R2) vs. tratamiento habitual (TH)

10.1. Actividad criminal (reincidencia violenta): Observaron una modesta ventaja de la intervención en términos de reincidencia violenta, tales diferencias se ampliaron después de controlar el riesgo de reincidencia, no obstante, estas diferencias no fueron significativas. (Kingston et al., 2018)

10.2. Síntomas psiquiátricos: Se encontraron reducciones significativas en las puntuaciones de BPRS (Overall & Gorham, 1962) durante el período de estudio en TH sólo o con R&R2. No hubo diferencia entre los grupos. (Kingston et al., 2018)

Comparación 11: Modelo de cuidados integrados (CI) en dos etapas de “consolidación intensiva” vs. medicación antipsicótica sola.

11.1. Comportamiento agresivo: Encontraron un efecto significativo en el comportamiento agresivo mayor con el tiempo en el grupo de cuidados integrados versus el grupo de medicación sólo para el grupo de atención integrada que para el grupo de medicación sólo. (She et al., 2017)

11.2. Síntomas psiquiátricos: Los cambios en las puntuaciones total de PANSS, PANSS positiva, PANSS general (Kay et al., 1987) y CGI-S (Guy et al., 1976) fueron mayores en el grupo de atención integrada que en el grupo de medicación sólo a lo largo del tiempo. Hubo una mejora significativa en PANSS total (Kay et al., 1987) y en la CGI (Guy et al., 1976) durante un año de seguimiento en ambos grupos. (She et al., 2017)

11.3. Funcionamiento (social): No se observaron mejoras significativas a lo largo del tiempo en el grupo de cuidados integrados que en el grupo de medicación sólo. Hubo una mejora significativa en la puntuación total de la Escala de Desempeño personal y social (PSPS) (Morosini et al., 2000) durante un año de seguimiento en ambos grupos. (She et al., 2017)

Intervenciones de evaluación de riesgos

Comparación 12: Monitorización de la crisis (evaluación de riesgos) vs. tratamiento habitual (TH).

12.1. Agresión (incidentes y pacientes agresivos): Encontraron que una evaluación de riesgos estructurada dentro de la atención rutinaria en unidades de agudos de psiquiatría condujo a reducciones significativas en el número de incidentes de agresión y de pacientes agresivos. (Van de Sande et al., 2011)

12.2. Aislamiento (incidentes y pacientes aislados): El tiempo de aislamiento fue significativamente menor en las salas experimentales que en las salas de control. El número de incidentes de aislamiento mostró una disminución pequeña pero no significativa y en relación al número de pacientes aislados se encontró un aumento relativamente significativo en el número de pacientes aislados en la sala de control, pero no aumentó significativamente en las salas experimentales. (Van de Sande et al., 2011)

Intervención social

Comparación 13: Colocación y apoyo individual (CAI) vs. elección de trabajo.

13.1. Actividad criminal (condenas por delitos graves): No encontraron condenas por delitos graves en los grupos. (Bond et al., 2015)

13.2. Funcionamiento (empleo): Durante el período de 12 meses, hubo una mayor proporción de participantes que obtuvieron un trabajo competitivo en el grupo intervención que en el grupo de comparación. (Bond et al., 2015)

Comparación 14: Intervención integrada basada en la comunidad (IIBC) versus tratamiento con medicación sólo.

14.1. Comportamiento agresivo: Mostraron que el grupo de intervención en comparación al grupo control tuvo un riesgo significativamente menor de comportamiento agresivo después de 1 año de intervención. (Kang et al., 2016)

14.2. Síntomas psiquiátricos: El grupo intervención en comparación al grupo control tuvo puntuaciones más bajas en la PANSS (Kay et al., 1987) y en los síntomas negativos después de 1 año de intervención. (Kang et al., 2016)

Comparación 15: Intervenciones asistidas por animales (IAA): Psicoterapia asistida por equinos (PAE) o Psicoterapia asistida por perros (PAP) vs control activo (CA): Psicoterapia grupal de habilidades sociales (PHS) o tratamiento habitual (TH).

15.1. Comportamiento agresivo: Encontraron que los incidentes violentos (paciente por mes) disminuyeron para los pacientes del grupo de psicoterapia asistida por equinos, pero aumentaron para otros grupos. (Nurenborg et al., 2015)

15.2. Agresión (verbal y física): Se sugiere una mejoría en el grupo IAA. El OAS-M (Coccaro et al., 1991) mostró diferencias grupales en agresión contra objetos y personas, la agresión en el grupo PAE pareció disminuir, con pruebas post hoc versus PAP para objetos y versus PHS para personas. (Nurenborg et al., 2015)

15.3. Síntomas psiquiátricos: No hubo diferencias significativas en los síntomas psiquiátricos. (Nurenborg et al., 2015)

15.4. Aislamiento y contención: No hubo diferencias significativas para aislamiento y contención. (Nurenborg et al., 2015)

15.5. Funcionamiento: habilidades para la vida: No hubo diferencias significativas en el funcionamiento. (Nurenborg et al., 2015)

Intervenciones a nivel de servicio

Comparación 16: Tratamiento comunitario asertivo con o sin tratamiento integrado (AICT/ACTO) vs. tratamiento estándar.

16.1. Actividad criminal (delitos mayores: delitos con armas, robo, asalto, incendio premeditado, violación y homicidio/homicidio): Observaron, respecto a los delitos mayores, que el tratamiento comunitario asertivo sólo y el tratamiento comunitario asertivo con tratamiento integrado no fueron más eficaces en la patología dual. (Morse et al., 2006)

16.2. Síntomas psiquiátricos: No hubo un efecto significativo del grupo intervención en la escala BPRS. (Overall & Gorham, 1962) Los síntomas de los participantes mejoraron significativamente con el tiempo, la mayor parte de la mejoría se produjo durante los primeros 6 meses de tratamiento y no hubo interacción tratamiento por tiempo. (Morse et al., 2006)

16.3. Uso de sustancias: No hubo un efecto significativo de la condición de tratamiento sobre el uso de sustancias. El índice de gravedad del abuso de sustancias disminuyó significativamente con el tiempo. No hubo interacción de condición de tratamiento por tiempo. (Morse et al., 2006)

Comparación 17: Programa de tratamiento integrado de trastornos duales (TITD) vs. componente de custodia y atención posterior a la custodia.

17.1. Actividad criminal (condenas por delitos graves): No encontraron cambios significativos para las condenas por delitos graves en ninguno de los grupos, no hubo diferencia en el período de estudio entre los grupos respecto a las condenas por delitos graves y las condenas por delitos graves durante el período de estudio aumentaron en ambos grupos. (Chandler et al., 2006)

17.2. Funcionamiento: No hubo ningún cambio estadísticamente significativo en el funcionamiento. (Chandler et al., 2006)

Comparación 18: Una comunidad terapéutica modificada de reentrada (CTMR) versus supervisión de control de libertad condicional y manejo de casos (SLCGC).

18.1. Actividad criminal (incluido el delito violento): No encontraron diferencias significativas en los delitos violentos autoinformados entre los grupos. (Sacks et al., 2012)

Comparación 19: Compromiso involuntario de pacientes ambulatorios (CIPA) vs. inmunidad a cualquier CIPA durante el año del estudio.

19.1. Violencia: La incidencia de violencia fue significativamente menor entre los sujetos del grupo CIPA respecto al grupo control. (Swanson et al., 2001)

19.2. Actividad criminal (arrestos por delitos: también incluía agresión grave como homicidio y agresión simple): No hubo diferencia significativa en la tasa de arrestos por delitos entre los dos grupos. (Swanson et al., 2001)

Entre las intervenciones que tuvieron un efecto positivo en la violencia auto y/o heterodirigida se encontraron: la rehabilitación cognitiva computarizada, la terapia cognitiva para alucinaciones de orden, el programa de razonamiento y rehabilitación, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento de habilidades sociales orientado a la metacognición, intervenciones integradas basadas en la comunidad, intervenciones asistidas con animales, la psicoeducación, modelos de atención integrada en dos etapas “consolidación intensiva”, la intervención de compromiso involuntario y la monitorización de la crisis (evaluación de riesgos).

Ahmed et al. (2015) encontraron un efecto estadísticamente significativo de la rehabilitación cognitiva computarizada en la heteroagresión en la población con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, pacientes de salud mental y pacientes que cumplían penas en el entorno hospitalario, teniendo en cuenta que el tamaño muestral es pequeño (N= 78), resulta de interés considerar continuar investigando sobre el efecto de esta intervención en el futuro.

En relación a la ausencia de evidencia de Aquin et al. (2017) en la vivienda primero, de acuerdo con los autores, es necesaria una combinación de vivienda con intervenciones psicológicas eficaces en el suicidio para la población con trastorno mental grave sin hogar para un mejor seguimiento a largo plazo y un mejor acceso a la atención. Teniendo en cuenta que las personas sin hogar que presentan una enfermedad mental tienen una mayor vulnerabilidad y por su puesto una mayor necesidad de apoyo es necesario seguir investigando en intervenciones que contemplen estrategias multicomponente que incluya intervenciones sociales y a nivel de servicio para poder realizar un mejor abordaje del suicidio en personas sin hogar.

Baker et al. (2018) en relación a la intervención “estilo de vida saludable” multicomponente cara a cara vs. una intervención predominantemente telefónica y menos intensiva encontraron que, cuando se eliminó a los participantes que no tenían tendencias suicidas al inicio del estudio observaron un cambio indicativo de niveles reducidos de suicidio, asimismo encontraron asociaciones en relación a la reducción del tabaquismo y el cambio de las tendencias suicidas, la reducción del tabaquismo y la depresión, así como entre la depresión y las tendencias suicidas. De acuerdo con esto, Sankaranarayanan et al. (2015) ya habían señalado que el tabaquismo se asociaba con el riesgo de suicidio en las personas con una enfermedad mental grave, asimismo, Malone et al. (2003) sugerían una explicación biológica de la relación entre la conducta suicida y el tabaquismo, refiriendo que la disminución de la serotonina asociada con el tabaquismo también mediaba en el suicidio. Por otro lado, Durazzo et al. (2010) señalaron que el tabaquismo crónico estaba relacionado con la atrofia cerebral global y con anomalías estructurales y bioquímicas en las regiones frontales anteriores, aspecto a tener en cuenta considerando que se ha encontrado una asociación entre la disfunción cortical frontal y el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia (Minzenberg et al., 2014) Pese a no encontrar una relación significativa entre la intervención y el suicidio, sería interesante continuar investigando en esta intervención con una población que presente tendencias suicidas, así como en estrategias en relación el abandono del hábito de fumar en personas con trastorno mental grave con el objetivo de reducir el comportamiento suicida.

Birchwood et al. (2018) en relación a la terapia cognitiva para las alucinaciones de orden hallaron un efecto de la intervención significativo a los 18 meses. Los autores sugirieron que podría deberse a cierto efecto retardado de la terapia ya que fue realizada de forma lenta y constantemente durante 9 meses. Teniendo en cuenta que este resultado procede de un estudio con 197 personas, sería interesante considerar esta intervención en futuras investigaciones, midiendo el efecto de la intervención de forma separada para la violencia autodirigida y heterodirigida.

Bond et al. (2015) no encontraron condenas por delitos graves en el grupo de colocación y apoyo individual ni en el grupo de elección laboral, no obstante, el estudio tuvo una muestra pequeña y los autores señalaron que la muestra fue heterogénea con respecto al contacto con la justicia. De acuerdo con lo señalado por los autores el empleo es un aspecto relevante para la reintegración en la comunidad de las personas con trastorno mental grave, especialmente aquellas que han estado involucradas con la

justicia, por lo que sería conveniente seguir investigando intervenciones de tipo social en combinación con otro tipo de intervenciones en la reducción de la violencia heterodirigida.

Chandler et al. (2006) en el caso del programa de tratamiento integrado de trastornos duales para 182 personas reincidentes en la cárcel, no encontraron cambios significativos para las condenas por delitos graves en ninguno de los grupos. Los autores señalan que participantes estuvieron 8-32 meses de exposición al tratamiento, sin embargo, Drake et al. (2001) señalan que los programas eficaces para la patología dual adoptan una perspectiva a largo plazo, basada en la comunidad, incluyendo actividades de rehabilitación para prevenir las recaídas y potenciar los logros. Si tenemos en cuenta esto, y que el consumo de sustancias es un factor determinante en el comportamiento agresivo, sería interesante continuar investigando para determinar si este tipo de intervenciones son eficaces o no.

Morse et al. (2006) no encontraron ningún efecto significativo respecto a los delitos mayores en el tratamiento comunitario asertivo con o sin tratamiento integrado (AICT/ACTO) en la población con patología dual. El tratamiento asertivo comunitario produce una reducción en la falta de vivienda, una mejora de los síntomas psiquiátricos, reducción en el número de días de hospitalización. (Coldwell & Bender, 2007) En la línea del resultado, el estudio longitudinal prospectivo de Van Vugt et al. (2016) en el que evaluaron el modelo de tratamiento comunitario asertivo en personas con enfermedad mental grave, encontraron que aunque la delincuencia mostró una mejoría con el tiempo, esta no se asoció con el modelo de tratamiento asertivo comunitario.

Sacks et al. (2012) en la intervención de comunidad terapéutica modificada de reingreso no encontraron diferencias significativas en los delitos violentos entre los grupos.

El abuso de sustancias es un trastorno comórbido común entre las personas con enfermedad mental grave. (Drake et al., 2001) En relación a los resultados reportados por Chandler et al. (2006), Morse et al. (2006) y Sacks et al. (2012) los cuales incluían población con patología dual, es importante tener en cuenta que el consumo de sustancias es un factor de riesgo en la violencia auto y heterodirigida (Moreno-Calvete et al., 2019; Moreno-Calvete MC., 2020) y por lo tanto, sería importante considerar a la población con patología dual con antecedentes de violencia como población de estudio y continuar

investigando en una combinación de intervenciones para evaluar su impacto en la violencia auto y heterodirigida, pero teniendo en cuenta de cara a futuros estudios que este tipo de poblaciones necesitan tratamientos a largo plazo.

Cullen et al. (2012) en relación al programa de razonamiento y rehabilitación encontraron un efecto positivo de la intervención en relación a la agresividad verbal. Los participantes del grupo de razonamiento y rehabilitación participaron con menos de frecuencia en incidentes violentos, sin significancia estadística. Los autores señalaron que tuvieron bajas tasas basales de comportamiento violento y que pudo influir en el resultado, por otro lado, debido a una alta tasa de abandono del tratamiento realizaron análisis post hoc para examinar por separado a los participantes que completaron y no completaron el programa y observaron una diferencia estadística en el análisis post hoc (los que completaron el programa versus quienes no completaron) en los incidentes de violencia entre los grupos.

Inchausti et al. (2018) encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición más tratamiento habitual en el comportamiento agresivo durante el seguimiento.

Kang et al. (2016) mostraron que el grupo de intervención integrada basada en la comunidad presentó un riesgo significativamente menor de comportamiento agresivo.

Nurenberg et al. (2015) encontraron que los incidentes violentos (paciente por mes) disminuyeron para los pacientes del grupo de psicoterapia asistida por equinos. Hubo diferencias grupales en agresión contra objetos y personas, la agresión en el grupo de psicoterapia asistida por equinos pareció disminuir versus psicoterapia asistida por perros para objetos y versus psicoterapia de grupo de habilidades sociales para personas.

Rabovsky et al. (2012) encontraron un efecto significativo de la psicoeducación sobre la tasa de suicidios. She et al. (2017) encontraron un efecto significativo en el comportamiento agresivo con el tiempo en el grupo de modelo de cuidados integrados en dos etapas de “consolidación intensiva”.

Swanson et al. (2001) mostraron que la incidencia de violencia fue significativamente menor entre los sujetos del grupo de compromiso involuntario de pacientes ambulatorios durante el año del estudio.

Van de Sande et al. (2011) encontraron que la monitorización de la crisis (evaluación de riesgos estructurada) dentro de la atención rutinaria en unidades de agudos de psiquiatría condujo a reducciones significativas en el número de incidentes de agresión y en el número de pacientes agresivos.

Teniendo en cuenta los resultados favorables de Cullen et al. (2012), Inchausti et al. (2018), Kang et al. (2016), Nurenberg et al. (2015), Rabovsky et al. (2012), She et al. (2017), Swanson et al. (2001) y Van de Sande et al. (2011) se considera de interés de cara a continuar desarrollando ensayos controlados aleatorizados de calidad en relación a estas intervenciones.

Kingston et al. (2018) observaron una modesta ventaja de la intervención de razonamiento y rehabilitación 2 (versión corta para adultos: R&R2) en términos de reincidencia violenta, y tales diferencias se ampliaron después de controlar el riesgo de reincidencia, no obstante, estas diferencias no fueron significativas. Los estudios con poblaciones penitenciarias como éste son necesarios para generar un mayor conocimiento sobre posibles intervenciones en el manejo de la violencia heterodirigida en poblaciones complejas, la presencia de una modesta ventaja de la versión corta del razonamiento y rehabilitación hace que sea necesario continuar investigando para ver si otros estudios encuentran resultados que apoyen o rechacen esta intervención en el manejo de la violencia heterodirigida.

Pese a que Haddock et al. (2019) no observaron diferencias significativas en el comportamiento suicida entre el grupo de terapia de prevención del suicidio cognitivo-conductual más tratamiento habitual en las unidades de agudos de psiquiatría, diferentes estudios han hallado resultados favorables en relación al comportamiento suicida en población de riesgo; Hawton et al. (2016) en la revisión sistemática y metanálisis sobre la efectividad de las intervenciones psicosociales para la autolesión en adultos, hallaron que la terapia cognitivo-conductual se asoció con menos personas que se autolesionaron a los 6 meses y a los 12 meses de seguimiento. Gøtzsche & Gøtzsche (2017), en una revisión sistemática que evaluó el efecto de la terapia cognitivo-conductual en los intentos de suicidio en personas con intentos de suicidio previos, encontraron que la terapia reducía las autolesiones repetidas y los intentos repetidos de suicidio. D'Anci et al. (2019), en su revisión sistemática, sugieren que la terapia cognitivo-conductual reduce los intentos de

suicidio en adultos con riesgo. Lo anteriormente señalado sugiere que tal vez sea necesario continuar investigando en este tipo de intervención.

Por otro lado, Haddock et al. (2009) señalaron que el grupo de terapia cognitivo-conductual más tratamiento habitual presentó una mejoría significativa en la agresión física durante el periodo de seguimiento versus la terapia de actividad social más tratamiento habitual. Teniendo en cuenta los resultados reportados en otras poblaciones de diferentes estudios y los reportados en este estudio parece que la terapia cognitivo conductual podría tener un efecto beneficioso con lo que sería interesante seguir investigando en el efecto de la terapia cognitivo-conductual en poblaciones con patología mental y específicamente en las personas con trastorno mental grave que presenten riesgo de violencia auto y heterodirigida.

Además de la importancia de continuar investigando en intervenciones que parece que pueden tener un efecto positivo en el manejo de la violencia auto y/o heterodirigida, sigue siendo necesario desarrollar ensayos controlados aleatorizados de calidad sobre la efectividad en aquellas intervenciones donde no existe evidencia ni a favor ni en contra como por ejemplo las técnicas de desescalada para el tratamiento de la agresividad o la agitación, como señalan Du et al. (2017) en su revisión sistemática.

Respecto a qué estudios han sido incluidos en revisiones sistemática, un porcentaje alto de los mismos se encontraron revisiones sistemáticas.

Limitaciones

A pesar de que se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos y que no se aplicaron restricciones en términos de idioma o fecha de publicación con el fin de encontrar un mayor número de estudios, la literatura encontrada sobre este complejo tema fue limitada. Por otro lado, al no tener acceso a material inédito y trabajar únicamente con estudios publicados, es posible que se esté contribuyendo a un sesgo de publicación. Adicionalmente, aunque evaluar la calidad de los estudios incluidos es un componente importante de cualquier revisión, esta revisión exploratoria tiene como objetivo identificar y describir intervenciones no farmacológicas para la violencia auto y heterodirigida en personas con enfermedad mental grave, por lo tanto, contribuye a mapear la literatura sobre un tema complejo. No obstante, no se realizó una valoración

crítica de los estudios incluidos, la razón de no realizar una evaluación de la calidad de los estudios es porque atendiendo a la declaración PRISMA la revisión exploratoria no está destinada a ser utilizada para evaluar críticamente la evidencia, se considera opcional si es relevante para los objetivos de la revisión, que en este caso, la valoración crítica no fue un objetivo del estudio, por lo que no se llevó a cabo. (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018)

Respecto al proceso de selección, se detectó que algunos estudios contaban con una escasa presencia de diagnósticos compatibles con los criterios de inclusión, por lo que se tuvo que tomar una decisión post hoc en relación a esta parte, y establecer la presencia de un porcentaje mínimo de diagnósticos (30%) en relación a la población objeto del presente estudio (ver apartado de diferencias entre el protocolo y la revisión).

En relación a la población, en algunos estudios (Aquin 2017, Kingston 2018, Rabovsky 2012, Sacks 2012) se encontró una variabilidad de diagnósticos incluyendo otro tipo de diagnósticos como por ejemplo trastornos de la personalidad o trastornos relacionados con el trauma y únicamente dos estudios (Baker 2018, Rabovsky 2012) aportaron información específica en relación al criterios diagnóstico, duración de enfermedad y presencia de discapacidad. En el estudio de Haddock et al. (2019) aunque aproximadamente el 50% de la población incluía esquizofrenia (n= 25) o trastorno obsesivo compulsivo (n= 2), el diagnóstico no se consideró un criterio de inclusión necesario, en el estudio de Van de Sande et al. (2011) aunque la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de un trastorno psicótico (58%), no se mencionaron criterios de diagnóstico, y en el estudio de Sacks et al. (2012) que incluía trastornos bipolares del estado de ánimo, trastornos esquizofrénicos y trastorno esquizoafectivo entre los diferentes diagnósticos presentes del estudio, fue el único estudio que no mencionó el porcentaje de cada diagnóstico con lo que no fue posible aplicar el criterio del porcentaje mínimo que debe estar presente en relación a la población. Por otro lado, se encontró una baja representación de mujeres en la mayoría de los estudios.

Respecto a la medición de los resultados, la actividad criminal en ocasiones podría incluir delitos graves y delitos menores, en 2 estudios el de Sacks et al. (2012) y el de Swanson et al. (2001) no fue posible extraer el dato específico por delito grave. En el estudio de Haddock et al. (2019) en relación a los eventos adversos (predefinidos como autolesión, daño a otros o propiedad y fuga sin permiso), mencionaron el resultado de

eventos adversos graves, pero no fue posible extraer el dato específico por evento adverso. En el estudio de Baker et al. (2018) la medida de resultado de suicidalidad incluía intención e intento sin diferenciación y en el estudio de Birchwood et al. (2018), el cumplimiento dañino a las voces incluía suicidio, daño a sí mismo y/o a otros sin realizar una diferenciación es sus resultados.

Se ha encontrado poca evidencia en relación a las diferentes intervenciones evaluadas y ésta procedía de estudios con un tamaño muestral limitado. En relación a la intervención de vivienda primero en la violencia autodirigida pese a que este estudio incluyó un número de participantes considerable, la evidencia se basa en el estudio de Aquin et al. (2017), algo similar pasa la intervención monitorización de la crisis (valoración) en la violencia heterodirigida que, aunque incluye 597 participantes provienen del estudio de Van de Sande et al. (2011), el resto de estudios tuvieron un tamaño muestral que oscilaba entre 51 y 262 personas. Por otro lado, hubo intervenciones cuya evidencia se basó en un estudio con un tamaño muestral de menos de 100 participantes, como fue el caso del empleo en el caso de Bond et al. (2015) y la terapia asistida por animales de Nurenberg et al. (2015) en la violencia heteroagresiva y la psicoeducación de Rabovsky et al. (2012) en la violencia autodirigida.

En relación a los estudios incluidos, entre las limitaciones señaladas por los autores se encontraron la siguientes: un tamaño de muestra pequeño (Bond et al., 2015, Cullen et al., 2012; Haddock et al., 2009; Haddock et al., 2019; Kingston et al., 2018; Rabovsky et al., 2012; Sacks et al., 2012), posible contaminación de las condiciones del tratamiento (Haddock et al. 2019), la posibilidad de generalizar los resultados (Ahmed et al., 2015), período de seguimiento corto (Bond et al., 2015, Chandler et al., 2006; Kang et al., 2016; Kingston et al., 2018; Rabovsky et al., 2012; She et al., 2017), sesgo de respuesta y/o errores en la memoria (Ahmed et al., 2015; Aquin et al., 2017), variación entre los lugares del estudio en la provisión e implementación del programa (Aquin et al., 2017), ausencia de cegamiento (Aquin et al., 2017; Cullen et al., 2012; Van de Sande et al., 2011), sesgo de selección (Aquin et al., 2017; Cullen et al., 2012), sesgo de no respuesta (Cullen et al., 2012) sesgo a atricción (por pérdidas) (Cullen et al., 2012) y uso de cuestionario no validado (Rabovsky et al., 2012).

Conclusiones

Se identificaron pocos ensayos controlados aleatorizados con cierta variabilidad respecto a las intervenciones estudiadas, la mayoría de ellas psicológicas, y que algunos casos mostraron un efecto positivo sobre la violencia auto y/o heterodirigida. De los diecinueve estudios incluidos, tres estudios examinaron intervenciones para la violencia autodirigida, catorce estudios para la violencia heterodirigida y dos estudios para ambos. Entre las intervenciones que tuvieron un efecto positivo en la violencia auto y/o heterodirigida se encontraron: la rehabilitación cognitiva computarizada, la terapia cognitiva para alucinaciones de orden, el programa de razonamiento y rehabilitación, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento de habilidades sociales orientado a la metacognición, intervenciones integradas basadas en la comunidad, intervenciones asistidas con animales, la psicoeducación, modelos de atención integrada en dos etapas “consolidación intensiva”, la intervención de compromiso involuntario y la monitorización de la crisis (evaluación de riesgos).

Implicaciones para la investigación futura

Teniendo en cuenta que la violencia auto y heterodirigida es un problema que requiere un abordaje por las consecuencias que puede tener para las personas con trastorno mental grave y para los demás, se requieren más ensayos controlados aleatorizados de calidad que ayuden a proporcionar recomendaciones para la práctica clínica. De cara a investigaciones futuras sobre el manejo de la violencia auto y heterodirigida en personas con trastorno mental grave sería recomendable utilizar el mismo criterio de trastorno mental grave a nivel internacional aportando información relativa a la duración de la enfermedad y presencia de discapacidad, así como la mayor información posible en relación a los diagnósticos. Adicionalmente, considerando la importancia de la perspectiva de género, sería interesante incorporar la perspectiva de género en la evaluación del efecto de las intervenciones. Asimismo, sería recomendable tener en cuenta la importancia de realizar estudios sobre poblaciones especialmente vulnerables como las personas con patología dual o las personas sin hogar, tener en cuenta los factores de riesgo relacionados con las violencia auto y heterodirigida, valorar

la combinación de intervenciones judiciales con intervenciones específicas de salud mental en poblaciones que hayan cometido delitos graves y/o población penitenciaria, considerar estudios a largo plazo, tener en cuenta los diferentes entornos existentes y proporcionar información lo más detallada posible en relación a la población del estudio, intervenciones y comparaciones, y medidas de resultados. El reducido número de estudios incluidos sugiere que deben realizarse más ECA antes de que se pueda realizar una revisión sistemática, no obstante, se ha encontrado un número considerable de revisiones sistemáticas, por lo que llevar a cabo una revisión global puede ser de utilidad para sintetizar la evidencia disponible sobre las estrategias no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida en personas con trastorno mental grave.

Implicaciones para la práctica

Esta revisión exploratoria constituye la primera etapa de un proyecto de investigación que pretende generar conocimiento en este tema por lo que la información reportada puede resultar de interés para los profesionales de la salud. No obstante, las intervenciones que tuvieron un efecto positivo en la violencia auto y/o heterodirigida provienen de un limitado número de estudios y por otro lado, al ser una revisión exploratoria, no es posible proporcionar recomendaciones para la práctica clínica.

Otra información

Diferencias entre protocolo y la revisión exploratoria

Algunos estudios incluyeron una población que cumplía con los criterios, pero con un porcentaje muy bajo, por lo que fue necesario establecer por consenso que al menos el 30% de la población de estudio debía cumplir con los criterios establecidos.

Participación de pacientes/público

No se requirió aprobación ética para esta revisión, ya que ningún paciente participó en este estudio.

REVISIÓN GLOBAL RÁPIDA DE
REVISIONES SISTEMÁTICAS SOBRE
ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN
EL MANEJO DE LA VIOLENCIA AUTO Y
HETERODIRIGIDA EN PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE

Justificación

En la revisión exploratoria (scoping review) se ha encontrado que un número considerable de los artículos revisados habían sido incluidos en revisiones sistemáticas, asimismo, se ha observado que existen varias revisiones sistemáticas sobre intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida en personas con enfermedad mental grave. Entre los tratamientos evaluados en las revisiones sistemáticas se encuentran: intervención en crisis, remediación cognitiva y entrenamiento cognitivo social, tratamiento comunitario obligatorio y ambulatorio involuntario, intervenciones psicosociales, tratamiento del equipo de salud mental de la comunidad, gestión intensiva de casos y terapia cognitivo conductual. (Darmedru et al., 2017; Dieterich et al., 2017; Hunt et al., 2019; Jones et al., 2018; Kisely et al., 2017; Malone et al., 2007; Murphy et al., 2015)

Ante la existencia de diferentes revisiones sistemáticas que evalúan diferentes intervenciones, es recomendable plantear una revisión global, u overview, de revisiones sistemáticas que permita resumir la evidencia. (Page et al., 2016) A pesar de la existencia de varias revisiones sistemáticas, no se ha encontrado una revisión global de las revisiones sistemáticas relacionadas con intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto y heterodirigida en personas con trastorno mental grave, únicamente se encontró una umbrella review sobre intervenciones en psiquiatría general y forense sobre la prevención de la violencia (Wolf et al., 2017), no obstante, esta revisión no se centraba en la población con trastorno mental grave, no abordaba el manejo de la violencia autodirigida y el período de búsqueda fue hasta agosto de 2015, por lo tanto, no incluyó estudios publicados más recientemente como los de Kisely et al. (2017), Hunt et al. (2019), Dieterich et al. (2017) y Jones et al. (2018).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se llevó a cabo una revisión general rápida de revisiones sistemáticas para sintetizar la evidencia disponible mediante la identificación de revisiones sistemáticas sobre este tema. (Pollock et al., 2020)

Objetivo

Esta revisión global (overview) rápida tuvo como objetivo resumir la evidencia de las revisiones sistemáticas existentes con respecto al efecto de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave en cualquier entorno.

Pregunta de la revisión global rápida

En la revisión global rápida se estableció la siguiente pregunta:

- ¿Qué intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida son efectivas en personas con trastorno mental grave?

Métodos

Diseño y registro de protocolo

Se elaboró un protocolo siguiendo las directrices del 2015 en relación a la lista de verificación de los elementos principales para los protocolos de revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA-P), éste fue prerregistrado en la plataforma Open Science Framework (<https://osf.io/myzd9/>) (Anexo 7) y fue publicado en la revista de acceso abierto *BMJ Open*. (Moreno-Calvete & Ballesteros-Rodriguez, 2021; Shamseer et al., 2015)

El presente estudio se trata de una revisión global rápida que siguió los criterios para realizar revisiones globales de revisiones sistemáticas del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. Al ser una revisión global rápida se simplificaron algunos elementos necesarios para una revisión general completa de revisiones sistemáticas, no obstante, se siguieron los criterios para las Revisiones Rápidas Cochrane para reducir el riesgo de sesgo. (Garritty et al., 2020; Higgins et al., 2019; Plüddemann et al., 2018) La revisión global rápida se desarrolló considerando los elementos principales del informe para revisiones sistemáticas de la declaración PRISMA 2020, según se indican en el Anexo 8. (Page et al., 2021)

Criterios de selección

Las revisiones sistemáticas se seleccionaron utilizando los siguientes criterios:

Tipos de estudios

Fueron incluidas aquellas revisiones sistemáticas, con o sin metanálisis, ECA, cuasi-ECA o ECA clúster que examinaron el efecto de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave. Asimismo, fueron incluidas aquellas revisiones sistemáticas que incluyeron ECA y estudios no ECA, si realizaron análisis separados o síntesis de datos para los ECA incluidos.

Fueron excluidas aquellas revisiones sistemáticas que no se cumplieron con los criterios de inclusión, las revisiones narrativas o guías de práctica clínica que no cumplieron con la definición de revisión sistemática. (Pollock et al., 2020) Los criterios de revisión sistemática para orientar la decisión de incluir estudios fueron los siguientes (Lasserson et al., 2019; Moher et al., 2009; Pollock et al., 2020):

- Especificación a priori de una pregunta de investigación.
- Metodología sistemática, explícita y reproducible (criterios de elegibilidad, fuentes de información, búsqueda, selección de estudios, proceso de recolección de datos, etc.).
- Métodos aceptables para evaluar estudios.
- Análisis de los estudios incluidos para sacar conclusiones.

Tipos de participantes

Se consideraron aquellas revisiones sistemáticas que incluyeron adultos con trastorno mental grave o con cualquier condición incluida en un trastornos mental grave (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009): trastorno esquizofrénico, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizotípico, trastorno delirante persistente o inducido, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno mayor episodio depresivo con características psicóticas, trastorno depresivo mayores recurrente, psicosis atípica u otra psicosis no orgánica (según los sistemas de clasificación internacional: p. ej. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales o Clasificación Internacional de Enfermedades). Los criterios establecidos para trastorno mental grave siguieron la guía de práctica clínica sobre intervenciones psicosociales en trastorno mental grave (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) y los métodos elegibles para identificar a la población podían incluir el diagnóstico clínico y la entrevista de investigación, entre otros. Asimismo, fueron considerados aquellos estudios en población adulta con trastorno mental grave y abuso de sustancias, además de aquellas revisiones sistemáticas que incluyeron otras poblaciones no consideradas en el estudio si realizaron análisis separados o síntesis de datos para trastorno mental grave. No se establecieron restricciones para el entorno.

Se establecieron como criterios de exclusión aquellas poblaciones con abuso de sustancias únicamente, con trastorno mental orgánico, demencia, retraso mental o problemas de aprendizaje.

Tipos de intervenciones

Fueron consideradas aquellas intervenciones no farmacológicas, en combinación con otra intervención o no, en el manejo de la violencia auto o heterodirigida en personas con trastorno mental grave. La definición de violencia fue establecida de acuerdo con la definición de la OMS e incluía la agresión física o verbal, amenazas físicas o verbales, abuso psicológico o emocional, actividad delictiva, daño a la propiedad, intento de suicidio, suicidio consumado o autolesiones. (Butchart et al., 2015) No hubo restricciones con respecto a la duración, frecuencia, proveedor o momento de las intervenciones y las intervenciones podían ser directas si afectaban a pacientes, indirectas si su influencia no estaba en los pacientes, pero era en su beneficio o dirigida a la familia, profesionales, comunidad o a nivel de salud pública.

Se permitieron tratamientos farmacológicos concomitantes si se administran de la misma forma en todos los grupos de estudio (grupos de intervención y control). No obstante, se estableció como criterio de exclusión aquellos tratamientos instrumentales o tratamientos de estimulación cerebral como terapia electroconvulsiva, estimulación transcraneal por corriente continua o estimulación magnética transcraneal.

Se estableció como comparaciones de interés: otro tratamiento, placebo o tratamiento habitual (el tratamiento habitual estaba definido como el nivel normal de atención prestado en el área en la que se ha realizado el estudio).

Tipos de variables de resultados

En relación a las variables de resultados de interés fueron las siguientes:

Variables de resultados principales

- Comportamiento violento:
 - Violencia heterodirigida: Agresiones físicas o verbales, amenazas físicas o verbales, maltrato psicológico o emocional, actividad o comportamiento

criminal (delitos graves o crímenes), detención por violencia, agresión o daños a la propiedad.

- Violencia autodirigida: Intento de suicidio, suicidio consumado o autolesiones

Variables de resultados adicionales

- Comportamiento disruptivo o de agitación
- Ideación homicida
- Ideas o pensamientos suicidas, planes suicidas
- Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol
- Estado global, mental y emocional:
 - Síntomas psiquiátricos
 - Funcionando
 - Recaída
 - Recuperación
 - Bienestar, calidad de vida y satisfacción con la vida
 - Perspicacia
 - Autoestima
 - Angustia
 - Desesperanza
 - Ira
- Servicio de salud y tratamiento:
 - Ingresos y altas
 - Contactos con servicios de salud mental
 - Uso de contenciones físicas o aislamiento
 - Uso de medicación
 - Cumplimiento
 - Satisfacción con el servicio o la atención
- Contactos policiales o con el sistema de justicia:
 - Infracciones (infracciones leves o menos graves)
 - Arrestos
 - Delitos relacionados con las drogas
 - Condenas (condenas menores o menos graves)

- Encarcelamientos
- Costes económicos
 - Costes directos o indirectos
- Eventos/efectos adversos: cualquier efecto adverso general o efecto adverso específico
- Abandono temprano del estudio

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Las búsquedas bibliográficas sistemáticas se realizaron hasta septiembre de 2020 utilizando una estrategia de búsqueda previamente diseñada. Las combinaciones de palabras clave y términos de búsqueda se adaptaron para su uso con otras bases de datos, en combinación con filtros específicos de la base de datos cuando éstos estaban disponibles. La búsqueda de revisiones sistemáticas se realizó en las siguientes bases de datos: PubMed, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, LILACS, SciELO, Web of Science, Scopus, ProQuest, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) a través de la Cochrane Library y la base de datos de revisiones sistemáticas de Epistemonikos. (Pollock et al., 2020) El ejemplo de la estrategia de búsqueda inicial para la base de datos PubMed se encuentra en el Anexo 9. No se aplicaron restricciones de idioma o fecha. Adicionalmente, se utilizó el software de gestión de referencias RefWorks para gestionar los artículos. (RefWorks. ProQuest., n.d.)

Proceso de selección de estudios

Conchi Moreno (CM) realizó la búsqueda de las revisiones sistemáticas, las que no fueron relevantes según el título fueron eliminadas. En relación a la selección de las revisiones, CM seleccionó los títulos y resúmenes, ambos revisores realizaron una doble revisión de al menos el 20% de los resúmenes y CM revisó los títulos y resúmenes restantes, mientras Javier Ballesteros (JB) revisó los resúmenes excluidos. Posteriormente ambos revisores examinaron todos los textos completos de forma independiente para evaluarlos para su inclusión/exclusión final. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión y consenso. Se utilizó el programa de software Rayyan para gestionar el proceso de selección de estudios. (Ouzzani et al., 2016)

Cuando la búsqueda en la CDSR recuperó protocolos o revisiones Cochrane que no estuvieron actualizados, se intentó la comunicación con los autores para preguntar si había disponible una versión previa a la publicación del estudio o una revisión actualizada. En el caso de encontrar estudios primarios en las revisiones sistemáticas que no cumplieren con los criterios de inclusión de la revisión global rápida, sólo fueron incluidos los subconjuntos de estudios primarios que si cumplieron con los criterios de la descripción general rápida. (Pollock et al., 2020) El proceso de selección de los estudios fue resumido mediante un diagrama de flujo PRISMA. (Page et al., 2021)

Manejo de la superposición o solapamiento de las revisiones sistemáticas y de los estudios primarios

CM evaluó el posible solapamiento u overlap de estudios primarios entre las revisiones sistemáticas incluidas. Los solapamientos detectados se presentaron mediante una matriz de citas y un diagrama de Euler, asimismo, para realizar una mejor aproximación al solapamiento, se calculó el "área cubierta corregida" (CCA) como medida (su interpretación: 0-5 Leve, 6-10 Moderado, 11-15 Alto, >15 Muy alto). En el caso de superposición, se revisó la información y la calidad metodológica para determinar qué datos de cada revisión serían incluidos en la revisión global rápida. En relación a las revisiones sistemáticas, fueron incluidas todas las revisiones sistemáticas que no se solaparon y, entre los grupos de revisiones que se solaparon, fueron incluidas las que fuesen revisiones sistemáticas Cochrane, las revisiones sistemáticas más recientes, de mayor calidad, las más relevantes o las más completas. (Pieper et al., 2014; Pollock et al., 2020)

Extracción y análisis de datos

CM realizó la extracción de datos para cada revisión mediante un formulario de extracción de datos predefinido y JB verificó la exactitud e integridad de los datos extraídos. (Garritty et al., 2020) Se extrajeron e informaron las características descriptivas de cada revisión sistemática y sus estudios primarios. La información se clasificó en las siguientes categorías: autor (es), año de publicación, país de publicación, título de la revisión, detalles de registro del protocolo de revisión, número de estudios incluidos,

diseño de los estudios primarios incluidos, población de estudio, contexto, descripción de la intervención y las condiciones de control, medidas de los resultados y detalles de los hallazgos clave y la calidad metodológica de los estudios. (Pollock et al., 2020)

Evaluación de la calidad metodológica de las revisiones

Se evaluó la calidad de la evidencia en las revisiones sistemáticas incluidas y la calidad de las propias revisiones sistemáticas:

Calidad de la evidencia en las revisiones incluidas

CM extrajo e informó las evaluaciones de Calificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Evaluación (GRADE) u otras evaluaciones de la calidad de la evidencia, cuando estuvieron disponibles, incluidas en las revisiones y se procedió a realizar una evaluación mediante GRADE de aquellas las medidas de resultados principales que no tuvieron una evaluación realizada, utilizando la información reportada, en las revisiones sistemáticas. Las evaluaciones extraídas de las revisiones Cochrane se presentaron en la Tabla de “Resumen de los resultados” de acuerdo con GRADE y a las recomendaciones del Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones. (Guyatt et al., 2008; Higgins et al., 2019) El instrumento GRADE califica la calidad de la evidencia y la solidez de las recomendaciones, y tiene cuatro niveles de evidencia (alta, moderada, baja y muy baja calidad). (Brožek et al., 2009)

Calidad de las revisiones sistemáticas incluidas

La evaluación de la calidad de las revisiones sistemáticas incluidas se realizó mediante la herramienta revisada de medición para evaluar revisiones sistemáticas (AMSTAR-2). El instrumento incluye 16 elementos para evaluar la calidad y proporcionar una calificación de la confianza general en los resultados de una revisión como "alta", "moderada", "baja" o "críticamente baja". (Shea et al., 2017) La revisora (CM) evaluó la calidad de las revisiones sistemáticas incluidas y posteriormente el segundo revisor realizó la verificación completa de todas las evaluaciones realizadas.

Síntesis de datos y reporte de hallazgos

Los resúmenes narrativos de los datos incluidos en cada revisión sistemática se presentaron en una Tabla de "Resumen de los resultados" como se recomienda en el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. (Higgins et al., 2019; Pollock et al., 2020) Los datos se informaron tal como se presentaron en las revisiones sistemáticas incluidas. (Pollock et al., 2020) Cuando se combinaron los estudios primarios incluidos en las revisiones sistemáticas, se extrajeron las estimaciones del efecto, los intervalos de confianza del 95% y las medidas de heterogeneidad. (Pollock et al., 2020)

Para proporcionar un mapa de la evidencia disponible, los principales resultados se resumieron en las siguientes categorías: (Farquhar & Marjoribanks, 2018; Pollock et al., 2020)

- Intervenciones efectivas: existe evidencia de efectividad para una intervención.
- Intervenciones prometedoras: hay alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.
- Intervenciones ineficaces: existe evidencia de falta de efectividad para una intervención.
- Intervenciones probablemente ineficaces: existe evidencia que sugiere una falta de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.
- No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: No hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.

La selección de categoría reflejó las conclusiones de los autores de las revisiones incluidas. (Farquhar & Marjoribanks, 2018) En el caso de que las conclusiones que no contemplasen las variables principales de este estudio se incluyó una clasificación y comentario adicional en base a los resultados de las revisiones sistemáticas.

Resultados

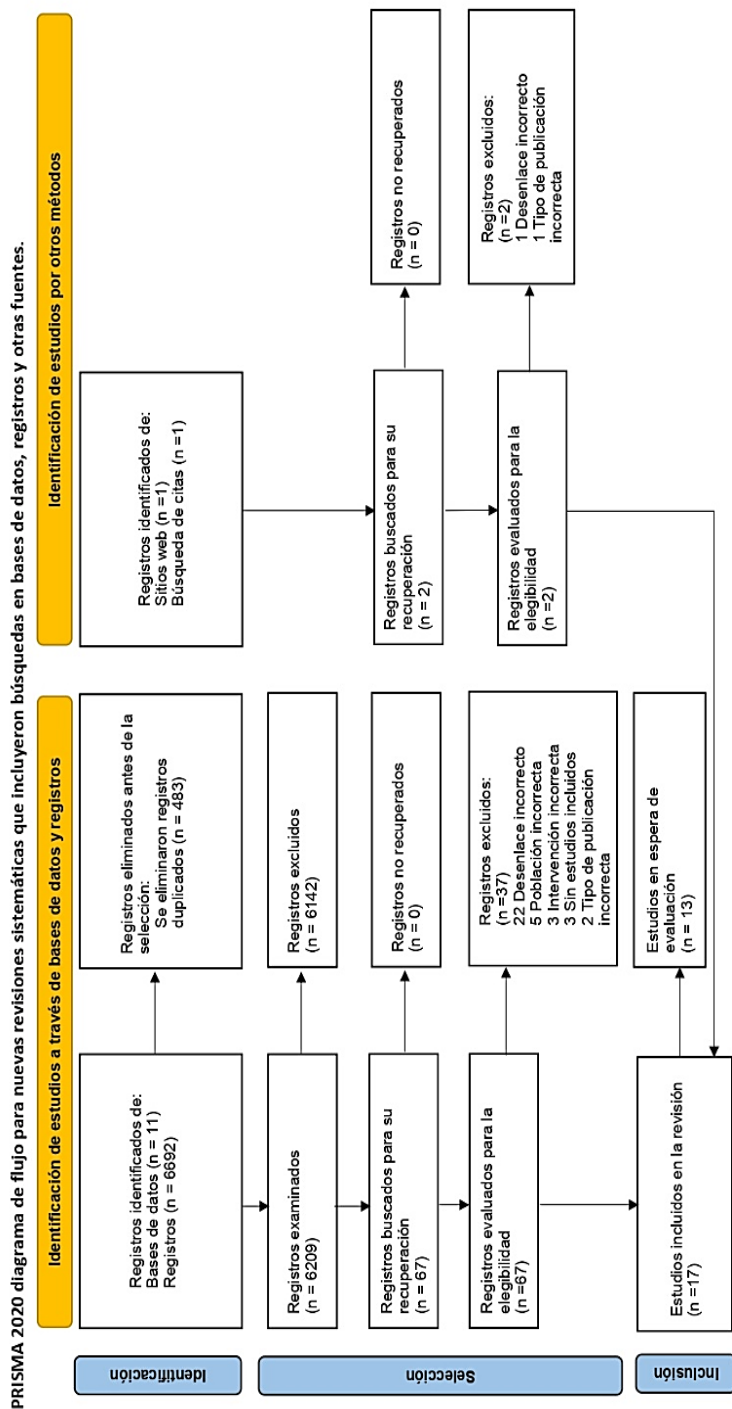
Resultados de la búsqueda

Se identificaron 6.694 registros, después de eliminar los duplicados, se excluyeron 6.142 artículos mediante la selección de títulos y resúmenes. De los 69 registros evaluados para su elegibilidad fueron excluidos 39 estudios por los siguientes motivos (Anexo 10): 23 estudios por medidas de desenlace incorrectas, 5 estudios por una población incorrecta, 3 estudios por una intervención incorrecta, 3 revisiones no incluían ningún estudio, 3 estudios por tipo de publicación incorrecta y 2 estudios por ser artículo sobre antecedentes. Adicionalmente, 13 estudios fueron clasificados como estudios pendientes de evaluación a la espera de su obtención. Finalmente, 17 revisiones sistemáticas cumplieron los criterios de inclusión.

Se creó un diagrama de flujo PRISMA para ilustrar el progreso de los estudios a través del proceso de selección y cribado (Figura 10). (Page et al., 2021)

Figura 10.

Diagrama de flujo PRISMA del progreso de selección y cribado de los estudios de la revisión global rápida



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Características de las revisiones sistemáticas incluidas

De las diecisiete revisiones sistemáticas, trece fueron revisiones Cochrane y cuatro revisiones no Cochrane. Las revisiones sistemáticas incluyeron un total de 252 estudios primarios, de los cuales 248 ECA, 3 cuasi-ECA y 1 clúster ECA, con un total de 31.215 participantes. Los solapamientos (overlap) detectados se presentaron mediante una matriz de citas y un diagrama de Euler (Figura 12 y Anexo 11). Finalmente, tras la valoración del solapamiento de los estudios primarios, se incluyeron un total de 228 estudios primarios.

El número de participantes varió ampliamente entre las revisiones sistemáticas con un tamaño muestral que oscilaba entre 161 y 7.524 personas. En siete revisiones sistemáticas no fue posible incluir todos los estudios primarios por diversos motivos, en total fueron excluidos 38 estudios primarios: 17 estudios primarios debido a la población y 21 estudios primarios debido al diseño. (Anexo 12)

Las características generales de las revisiones sistemáticas incluidas y la información relativa al método, participantes, intervenciones y variables se encuentran en la Tabla 5, y en el Anexo 13.

Tabla 5.

Principales características de los estudios incluidos de la revisión global rápida

Principales características de los estudios incluidos de la revisión global rápida (continua)							
Primer autor, año, origen y tipo de revisión	Título	Nº total estudios incluidos en la RS	Nº estudios incluidos en la revisión global y diseño (Nº participantes)	Población	Entorno	Grupos de intervención/control	Calidad Revisión Sistemática (AMSTAR-2)
Almaraz et al., 2015 Reino Unido Revisión Cochrane	Social skills programmes for schizophrenia	13	13 ECA (975)	Personas con esquizofrenia y psicosis esquizoafectivas	Entorno hospitalario y comunitario	Grupo 1: HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 2: HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN	ALTA
Balestero et al., 2020 España Revisión Cochrane	Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care for persistent aggressive behaviour or agitation in people with schizophrenia	2	2 ECA (161)	Personas con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico	Entorno hospitalario (incluyendo unidades íntenas de seguridad media en hospitales psiquiátricos) y comunitario.	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	ALTA

Principales características de los estudios incluidos de la revisión global rápida (continúa)							
Primer autor, año, origen y tipo de revisión	Título	N° total estudios incluidos en la RS	N° estudios incluidos en la revisión global y diseño (N° participantes)	Población	Entorno	Grupos de intervención/control	Calidad Revisión Sistemática (AMSTAR-2)
Buckley et al., 2015 Reino Unido Revisión Cochrane	Supportive therapy for schizophrenia.	24	23 ECA (2.102)	Personas con esquizofrenia, otras enfermedades psicóticas (trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante y otras psicosis), personas con trastorno bipolar y pacientes con trastorno grave.	Entorno hospitalario y comunitario	Grupo 1: TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 2: TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL Grupo 3: TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA CONDUCTUAL COGNITIVA Grupo 4: TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR Grupo 5: TERAPIA DE APOYO versus PSICOEDUCACIÓN Grupo 6: TERAPIA DE APOYO versus PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Grupo 7: TERAPIA DE APOYO versus ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES Grupo 8: TERAPIA DE APOYO versus PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA Grupo 9: TERAPIA DE APOYO versus COMBINACIÓN DE OTRAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Grupo 10: TERAPIA DE APOYO MÁS GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE versus GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE Grupo 11: TERAPIA DE APOYO MÁS GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 12: TERAPIA DE APOYO + ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES	ALTA
Dameddu et al., 2017 Francia Revisión no Cochrane	Cognitive remediation and social cognitive training for violence in schizophrenia: a systematic review.	10	4 ECA: 5 publicaciones (170)	Personas con psicosis esquizoafectiva o un trastorno del espectro de la esquizofrenia	Entorno comunitario y hospitalarios y entorno forense.	Grupo 1: INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA INESPECÍFICA (Remediación cognitiva computarizada) versus ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR Grupo 2: INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: RAR versus TH Grupo 3: INTERVENCIÓN DE REHABILITACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: SCT+TH versus TH solo. Grupo 4: INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: MCT+TH versus TH solo.	CRITICAMENTE BAJA

Principales características de los estudios incluidos de la revisión global rápida (continua)							
Primer autor, año, origen y tipo de revisión	Título	Nº total estudios incluidos en la RS	Nº estudios incluidos en la revisión global y diseño (Nº participantes)	Población	Entorno	Grupos de intervención/control	Calidad Revisión Sistemática (AMSTAR-2)
Dieterich et al., 2017 Italia Revisión Cochrane	Intensive case management for severe mental illness.	40	40 ECA (7.524)	Personas con trastorno mental grave	Entorno comunitario	Grupo 1: GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTANDAR Grupo 2: GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). *Quiriván-California 1995 fue un ensayo de tres brazos (GIC, no GIC y atención estándar).	ALTA
Donker et al., 2013 Australia Revisión no Cochrane	Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review.	10	9 ECA (1.650)	Personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo	Entorno comunitario y/o hospitalario	Grupo 1: TCC + ENTREVISTA MOTIVACIONAL + TH versus TH (Barrowclough et al., 2010) Grupo 2: TCC+MED versus ATENCIÓN PLACEBO + MED (Bateman, 2007) Grupo 3: PSICOEDUCACIÓN versus TH (Cunningham Owens et al., 2001) Grupo 4: PROGRAMA DE MANEJO DE RECUPERACIÓN DE ENFERMEDAD versus TH (Fadig et al., 2011). Grupo 5: TRATAMIENTO INTEGRADO versus TH (Grave et al., 2006) Grupo 6: TRATAMIENTO INTEGRADO versus TH (Nordentoft et al., 2002) Grupo 7: TCC versus TH (Peters et al., 2010) Grupo 8: TCC + TH y ASESORAMIENTO DE APOYO + TH versus TH (Tanier et al., 2006) Grupo 9: TCC + MED versus TH + MED (Turkington et al., 2002)	CRITICAMENTE BAJA

Principales características de los estudios incluidos de la revisión global rápida (continúa)							
Primer autor, año, origen y tipo de revisión	Título	Nº total estudios incluidos en la RS	Nº estudios incluidos en la revisión global y diseño (Nº participantes)	Población	Entorno	Grupos de intervención/control	Calidad Revisión Sistemática (AMSTAR-2)
Htut et al., 2019 Australia Revisión Cochrane	Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse.	41	41 ECA (4.024)	Personas con trastorno mental grave.	En hospital y/o en la comunidad, y en la comunidad y la cárcel	Grupo 1: MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 2: TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 3: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 4: GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 5: ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 6: ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 7: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 8: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 9: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL COMBINADA Y GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	ALTA
Jones et al., 2018 Reino Unido Revisión Cochrane	Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia	33*	31 ECA (3.351) *	Población con Esquizofrenia	Entorno comunitario y/o hospitalario	Grupo 1: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES Subgrupo 1: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS Subgrupo 2: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS	ALTA
Kisely et al., 2017 Australia Revisión Cochrane	Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders	3	3 ECA (749)	Personas con trastorno mental grave	Comunidad	Grupo 1: COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA Grupo 2: ORDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA Grupo 3: TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	ALTA

*Lewis 2002 (L), Lewis 2002 (M) y Lewis 2002 (N) eran en realidad lugares específicos de un ensayo multicéntrico (Lewis et al., 2002b), por lo que se tratan como un único estudio.

Principales características de los estudios incluidos de la revisión global rápida (continúa)							
Primer autor, año, origen y tipo de revisión	Título	Nº total estudios incluidos en la RS	Nº estudios incluidos en la revisión global y diseño (Nº participantes)	Población	Entorno	Grupos de intervención/control	Calidad Revisión Sistemática (AMSTAR-2)
Kinoshita et al., 2013 Japón Revisión Cochrane	Supported employment for adults with severe mental illness	14	14 ECA (2.265)	Personas con trastorno mental grave	Comunidad (servicio de salud psiquiátrica/mental)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES	ALTA
MacInnes et al., 2019 Reino Unido Revisión no Cochrane	Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: a systematic review.	9	6 ECA (411)	Personas con esquizofrenia, psicosis y combinación de dos grupos diagnósticos (psicosis y trastorno de la personalidad, esquizofrenia de esquizofrenia, bipolar, psicosis depresiva y trastorno de la personalidad)	Salud mental forense (entornos de alta seguridad, de seguridad media y combinación de seguridad alta, media y baja)	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES versus TH (terapia cognitivo-conductual-TCC, terapia dialéctico-conductual-DBT, psicoeducación y terapia breve centrada en soluciones-TBCS).	BAJA
Malmberg et al., 2001 Finlandia Revisión Cochrane	Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness	4	4 ECA (528)	Personas con esquizofrenia	Entorno hospitalario y posteriormente comunitario	Grupo 1: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS Grupo 2: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS Grupo 3: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA PERCEPCIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD Grupo 4: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus PSICOTERAPIA DE GRUPO Grupo 5: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL CON MEDICAMENTOS versus PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL	ALTA
Malone et al., 2007 Nueva Zelanda Revisión Cochrane	Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality.	3	3 ECA (587)	Personas con trastorno mental grave y trastorno de la personalidad.	Entorno comunitario	EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	ALTA

Principales características de los estudios incluidos de la revisión global rápida (continua)							
Primer autor, año, origen y tipo de revisión	Título	Nº total estudios incluidos en la RS	Nº estudios incluidos en la revisión global y diseño (Nº participantes)	Población	Entorno	Grupos de intervención/control	Calidad Revisión Sistemática (AMSTAR-2)
Munby et al., 2015 Reino Unido Revisión Cochrane	Cross intervention for people with severe mental illnesses.	8	8 ECA (1.144)	Personas con trastorno mental grave	Entorno hospitalario y comunitario	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	ALTA
Pharoah et al., 2010 Reino Unido Revisión Cochrane	Family intervention for schizophrenia	53	47 (5.080): 43 ECA, 1 cluster ECA y 3 ensayos cuasialtorizados.	Personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo	Entorno comunitario	Group 1: CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Group 2: INTERVENCIÓNES CONDUCTUALES BASADAS EN LA FAMILIA vs INTERVENCIÓNES FAMILIARES DE APOYO (> 5 sesiones) Group 3: INTERVENCIÓNES FAMILIARES EN GRUPO versus INTERVENCIÓNES FAMILIARES INDIVIDUALES (> 5 sesiones)	ALTA
Rampling et al., 2016 Reino Unido Revisión Cochrane	Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis	22	3 ECA (208)	Personas con trastorno mental grave	Unidad de media seguridad y entorno hospitalario y comunitario	Group 1: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL versus TERAPIA DE ACTIVIDAD SOCIAL (Haddock et al., 2009) Group 2: RAZONAMIENTO & REHABILITACIÓN versus TH (Cullen et al., 2012) Group 3: TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES (TERAPIA ASISTIDA POR EQUINOS-EAP O TERAPIA ASISTIDA POR PERROS-CAP) versus CONTROL ACTIVO O TH (Nuremberg et al., 2015)	BAJA
Railey et al., 2013 Reino Unido Revisión Cochrane	Collaborative care approaches for people with severe mental illness.	1	1 ECA (306)	Personas con trastorno mental grave	Entorno comunitario	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	ALTA

Las diecisiete revisiones sistemáticas incluidas se publicaron entre 2001 y 2021, catorce de ellas en los últimos diez años (después de 2011). Las revisiones sistemáticas se llevaron a cabo en Reino Unido (8 estudios), Australia (3 estudios), Nueva Zelanda (1 estudio), España (1 estudio), Italia (1 estudio), Finlandia (1 estudio), Francia (1 estudio) y Japón (1 estudio), la mayoría de los estudios primarios incluidos en las revisiones sistemáticas se realizaron en EE.UU., China y Reino Unido y en el caso de 3 revisiones sistemáticas (Darmedru 2017, Malmberg 2001, Rampling 2016), no reportaron información sobre los país de los estudios primarios que incluyeron.

Respecto al periodo de seguimiento, las revisiones sistemáticas reportaron una duración de los estudios incluidos entre menos de 3 meses y 63 meses. Dos revisiones sistemáticas (MacInnes 2019, Rampling 2016) no reportaron la duración de los estudios.

Los entornos de los estudios incluidos fueron comunitario, hospitalario, forense, o una combinación de entornos. El entorno comunitario fue donde se desarrollaron los estudios con mayor frecuencia.

En relación a la edad media de los participantes, la mayoría de las revisiones sistemáticas incluyó población adulta y reportaron la edad de los participantes. Tres revisiones sistemáticas (Darmedru 2017, MacInnes 2019, Rampling 2016) reportaron que la población de los estudios incluidos estaba compuesta por adultos (mayores de 18 años), no obstante, la información por edades no estaba disponible, diez revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Ballesteros 2020, Buckley 2015, Dieterich 2017, Kinoshita 2013, Malmberg 2001, Malone 2007, Murphy 2015, Pharoah 2010, Reilly 2013) incluyeron estudios que reportaron una edad media de la población inferior a 51 años y diez revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Buckley 2015, Hunt 2019, Jones 2018, Kinoshita 2013, Kisely 2017, Malmberg 2001, Malone 2007, Murphy 2015, Pharoah 2010) reportaron la edad de los participantes mediante un rango, situándose la edad mínima en 15 años y la máxima en 80 años. Por otro lado, seis revisiones incluyeron algún estudio con participantes de 16 años o más, Buckley 2015 (2 estudios), Donker 2013 (3 estudios), Jones 2018 (4 estudios) Malone 2007 (1 estudio), Murphy 2015 (2 estudios) y Pharoah 2010 (no se especificó número de estudios).

Respecto al género de los/las participantes, dos revisiones sistemáticas (Darmedru 2017, Donker 2013) refirieron que la información respecto al género no estaba disponible y el resto de revisiones sistemáticas incluyeron estudios cuyos participantes eran de

ambos sexos. Seis revisiones sistemáticas incluyeron algún estudio con participantes que eran hombres Almerie 2015 (1 estudio), Ballesteros 2020 (1 estudio), Buckley 2015 (2 estudios), Dieterich 2017 (1 estudio), Pharoah 2010 (3 estudios) y Rampling 2016 (1 estudio), y tres revisiones sistemáticas incluyeron algún estudio con participantes que eran mujeres Almerie 2015 (1 estudio), Hunt 2019 (1 estudio) y Murphy 2015 (1 estudio).

Por otro lado, cuatro revisiones sistemáticas (Ballesteros 2020, Dieterich 2017, Hunt 2019, Reilly 2013) reportaron informaron de la raza u origen étnico de los participantes, predominando la afroamericana o afrocaribeña y caucásica (entendida como blancos).

Nueve revisiones sistemáticas (Buckley 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Kisely 2017, Kinoshita 2013, Malone 2007, Murphy 2015, Rampling 2016, Reilly 2013) incluyeron personas con trastorno mental grave, de las cuales, tres (Buckley 2015, Rampling 2016, Malone 2007) no establecieron una definición de trastorno mental grave, y del resto de revisiones sistemáticas sólo una (Dieterich 2017) proporcionó una definición operativa clara de TMG. Ocho estudios (Almerie 2015, Ballesteros 2020, Darmedru 2017, Donker 2013, Jones 2008, MacInnes 2019, Malmberg 2001, Pharoah 2010) informaron de la presencia de diagnósticos incluidos en el TMG, donde predominó la población con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico (Tabla 5). De las revisiones sistemáticas, tres (Dieterich 2017, MacInnes 2019, Malone 2007) reportaron la presencia de otros diagnósticos (p.ej. trastorno de la personalidad) (ver información detallada en Anexo 13). No se encontraron datos disponibles sobre el criterio de diagnóstico utilizado en cuatro revisiones sistemáticas (Darmedru 2017, Donker 2013, Kisely 2017, Rampling 2016).

La duración de la enfermedad se mencionó en cuatro revisiones sistemáticas, la de Almerie et al. (2015) con una duración de la enfermedad entre 7 y 20 años, la de Buckley et al. (2015) con una duración entre 9,2 y 14 años, la de Jones et al. (2018) con una duración entre aproximadamente 2 años y más de 10 años y la de Pharoah et al. (2010) que incluía 14 estudios primarios con una duración de enfermedad entre 2 y 10 años y 2 estudios primarios con una duración inferior a 3 años.

De las revisiones sistemáticas incluidas, cinco estudios (Almerie 2015, Buckley 2015, Jones 2018, Kinoshita 2013, Pharoah 2010) reportaron información de las 3 dimensiones descritas en la definición de TMG (diagnóstico, duración de la enfermedad y

presencia de discapacidad) y tres estudios (Hunt 2019, Kisely 2017, Murphy 2015) reportaron información del diagnóstico y discapacidad, en el caso de la discapacidad la información reportada procedía de las variables de resultados.

En la revisión sistemática de Dieterich et al. (2017), aunque en general los estudios incluyeron a personas con una larga historia de enfermedad; un estudio primario (OPUS-Denmark 1999) incluyó participantes con un primer episodio de enfermedad psicótica. Los autores refirieron que encajaba con el concepto de enfermedad mental grave, ya que incluía ciertos criterios relacionados con la duración de la enfermedad. (Dieterich et al., 2017) La revisión sistemática de Kinoshita et al. (2013), la cual incluyó mayoritariamente personas con una larga historia de enfermedad, señaló lo mismo respecto al estudio primario de Killackey et al. (2008). (Kinoshita et al., 2013)

Ocho revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Ballesteros 2020, Darmedru 2017, Jones 2018, MacInnes 2019, Pharoah 2010, Rampling 2016 y Reilly 2013) incluyeron población forense o participantes con antecedentes de comportamiento auto o heteroagresivo. No obstante, su presencia fue muy escasa en el caso de las revisiones sistemáticas de Almerie 2015 (1 estudio: Mayang 1990), Jones 2018 (1 estudio: Haddock 2009) y Pharoah 2010 (1 estudio: Magliano 2006) y por otro lado hubo alto solapamiento de dos estudios primarios (Cullen 2012 y Haddock 2009) en población con comportamiento heteroagresivo en (Anexo 11).

Las intervenciones incluidas en las diecisiete revisiones sistemáticas y sus características se reflejan en la Tabla 5 y en el Anexo 13. Las intervenciones fueron las siguientes:

Habilidades sociales vs. atención estándar o discusión: Las habilidades sociales estaban definidas por los autores como “cualquier intervención psicosocial estructurada, ya sea grupo o individual, destinada a mejorar el rendimiento social y reducir la angustia y la dificultad en las situaciones sociales”. Mientras que el control podía ser la atención estándar, considerada como la atención sin un programa dedicado a lo mismo que la intervención o grupo control de discusión podía incluir: actividades estructuradas (grupos de discusión de apoyo, grupos de ejercicios y grupos de actividades), relaciones interpersonales utilizando preguntas abiertas, o temas con consejos prácticos sobre la gestión del dinero e información sobre la solicitud de ayudas. (Almerie et al., 2015)

Terapia cognitivo conductual vs. atención estándar: Los autores definieron la TCC como “una terapia psicológica para la reestructuración cognitiva de los pensamientos, las emociones y los comportamientos dirigidos” que estuviera dirigida a manejar comportamientos agresivos y de agitación. Consideraron la atención estándar como el nivel normal de atención que un participante para su enfermedad. (Ballesteros et al., 2020)

Terapia de apoyo sola o con gestión de casos centrada en el cliente o con formación de habilidades vs. cuidado estándar o cualquier otro tratamiento psicológico o psicosocial o terapia cognitiva de la conducta o terapia familiar o psicoeducación o programa de rehabilitación o formación de habilidades o psicoterapia psicodinámica o combinación de otras intervenciones psicosociales o gestión de casos centrada en el cliente o formación de habilidades: La terapia de apoyo incluía “aquellas intervenciones proporcionadas por una sola persona con el fin de mantener el funcionamiento actual o ayudar a las capacidades de afrontamiento preexistentes, la terapia de apoyo se proporcionaba con atención estándar (incluida la medicación antipsicótica)”. La atención estándar la describieron como “aquella atención que reciben si no hubieran sido incluidos en el ensayo de investigación (incluyendo medicación, la hospitalización, la de enfermería psiquiátrica de la comunidad y/o el hospital de día)”. No proporcionaron más detalles sobre las intervenciones incluidas en el grupo control. (Buckley et al., 2015)

Intervención de remediación cognitiva inespecífica o específica vs. actividades de control de juegos de ordenador o TH: La intervención de remediación cognitiva inespecífica consistía en remediación cognitiva computarizada y la intervención de remediación cognitiva específica podía consistir en entrenamiento en cognición e interacción social (SCIT), en razonamiento y rehabilitación, su versión revisada adaptada a adultos infractores con problemas de salud mental o entrenamiento metacognitivo (MCT), no proporcionaron más detalles sobre las intervenciones incluidas en el grupo control. (Darmedru et al., 2017)

Terapia cognitivo conductual vs. atención estándar: Los autores definieron la TCC como “una terapia psicológica para la reestructuración cognitiva de los pensamientos, las emociones y los comportamientos dirigidos” que estuviera dirigida a manejar comportamientos agresivos y de agitación. Consideraron la atención estándar

como el nivel normal de atención que un participante para su enfermedad. (Ballesteros et al., 2020)

Gestión intensiva de casos vs. gestión no intensiva de casos o atención estándar: Los autores definieron la gestión intensiva de casos como “aquella intervención con un número de casos de hasta 20 personas que incluía el modelo de tratamiento asertivo comunitario, un enfoque basado en un equipo multidisciplinar, que practica la asistencia asertiva, ofreciendo una cobertura de emergencia las 24 horas del día y un modelo de gestión de casos”. La gestión de casos no intensiva se definió como “aquella intervención con un número de casos superior a 20 personas que incluía el modelo de tratamiento asertivo comunitario, un enfoque basado en un equipo multidisciplinar, que practica la asistencia asertiva, ofreciendo una cobertura de emergencia las 24 horas del día y un modelo de gestión de casos. Y la atención estándar fue definida como “aquella intervención basada en un modelo de atención comunitaria o ambulatoria no configurado específicamente en el modelo de tratamiento asertivo comunitario y de gestión de casos de tratamiento comunitario asertivo y de gestión de casos, y que no trabajaba dentro de un enfoque de atención designado”. (Dieterich et al., 2017)

Intervenciones psicosociales vs. varios controles: Definieron la intervención psicosocial como “una intervención que proporciona psicoeducación, psicoterapia (incluyendo TCC o terapia psicodinámica), gestión de casos (incluido el tratamiento comunitario asertivo), asesoramiento de apoyo o tratamiento comunitario”. Los controles fueron un placebo de atención o tratamiento habitual, el cual podía consistir en medicación antipsicótica, seguimiento ambulatorio y comunitario, y acceso a actividades de rehabilitación basadas en la comunidad. (Donker et al., 2013)

Intervenciones psicosociales vs. atención estándar: Los autores desarrollaron categorías para realizar comparaciones planificadas. Dentro de las intervenciones incluidas se encontraban: el modelo de tratamiento integrado, el cual debía incluir diferentes aspectos (proyección asertiva en la comunidad, intervenciones para reducir el consumo de sustancias, equipo integrado); el tratamiento no integrado no incluye el acercamiento asertivo a la comunidad; el enfoque cognitivo-conductual en relación al consumo de sustancias trabajando diferentes aspectos modificar los pensamientos, sentimientos y acciones y promover habilidades de afrontamiento; la entrevista motivacional con el fin “desarrollar la confianza del paciente en su capacidad para lograr

el cambio deseado”; la gestión de contingencias que ofrece recompensas para reforzar alcanzar objetivos específicos; el entrenamiento en habilidades para desarrollar habilidades interpersonales enfocado al consumo de sustancias. La atención estándar se definió como “la atención que una persona recibiría normalmente”. (Hunt et al., 2019)

Terapia de cognitivo conductual vs. otras terapias psicosociales: Según los autores una definición adecuada de TCC, debía incluir “una intervención psicológica más otras intervenciones terapéuticas (p. ej., terapia familiar conductual), el establecimiento de vínculos entre sus síntomas, pensamientos y creencias, con el malestar o comportamiento problemático, además de la reevaluación de sus percepciones, creencias o razonamientos relacionados con los síntomas objetivo”. Otros tratamientos psicosociales incluían la atención estándar con intervenciones psicológicas o sociales intervenciones sociales, o ambas. Realizaron una diferenciación entre las intervenciones psicosociales "activas" (p. ej., terapia familiar) y las "no activas" (p. ej., conversaciones no estructuradas). La atención estándar la definieron como “aquella atención que normalmente recibiría”. (Jones et al., 2018)

Tratamiento comunitario obligatorio u órdenes de tratamiento comunitario vs. atención totalmente voluntaria, alta supervisada o atención estándar: Según los autores el tratamiento comunitario obligatorio debía describirse como “tratamiento ambulatorio involuntario, compromiso ambulatorio involuntario, tratamiento comunitario supervisado, permiso ampliado, liberación ampliada o alta supervisada”, la atención totalmente voluntaria era la atención que una persona recibiría normalmente que no incluya un tratamiento comunitario obligatorio. (Kisely et al., 2017)

Empleo con apoyo vs. otros enfoques vocacionales: Los autores describen el empleo con apoyo como “la ayuda a conseguir y mantener un empleo, en cambio otros enfoques vocacionales podían incluir talleres protegidos, formación pre-profesional, asesoramiento laboral y modelo Clubhouse”. (Kinoshita et al., 2013)

Intervención psicológica o psicosocial vs. TH o terapia de actividad social: Entre las intervenciones psicológicas o psicosociales estaban la TCC, la terapia dialectico conductual, la psicoeducación y la terapia breve centrada en soluciones. El control podía ser tratamiento habitual o terapia de actividad social, no se reportaron definiciones. (MacInnes et al., 2019)

Psicoterapia psicodinámica individual con o sin medicamentos u orientada a la percepción vs. medicamentos o psicoterapia adaptable a la realidad o psicoterapia de grupo o psicoterapia psicodinámica individual: Los autores definieron la psicoterapia psicodinámica como “sesiones regulares de terapia individual sesiones de terapia individual con un psicoterapeuta entrenado, o un terapeuta bajo supervisión, debían basarse en un modelo psicodinámico o psicoanalítico”. Cuando la psicoterapia se daba con medicación recibieron fenotiazinas complementarias. (Malmberg et al., 2001)

Equipos comunitarios de salud mental vs. atención estándar: Los autores definieron el equipo comunitario de salud mental como “la gestión de la atención desde un equipo multidisciplinar de base comunitaria”. La atención estándar era la atención normal. (Malone et al., 2007)

Intervención en crisis vs. atención estándar: Los autores definieron intervención en crisis como “cualquier tipo de tratamiento orientado a la crisis de un episodio psiquiátrico agudo”. La atención estándar se trató de la atención normal prestada. (Murphy et al., 2015)

Cualquier intervención familiar (>5 sesiones) o intervenciones familiares en grupo o intervenciones conductuales basadas en la familia vs. intervenciones familiares individuales (> 5 sesiones) o intervenciones familiares de apoyo (> 5 sesiones) o atención estándar: Los autores contemplaron “cualquier intervención psicosocial con familiares como intervención y la atención estándar no se limitaba al entorno hospitalario”. (Pharoah et al., 2010)

Intervenciones no farmacológicas vs. TH o actividad social: Los autores incluyeron la TCC y la terapia asistida por animales entre las intervenciones no farmacológicas. (Rampling et al., 2016)

Atención colaborativa vs. atención estándar: Los autores definieron como atención colaborativa “una intervención descrita como atención colaborativa por los autores del ensayo”. La atención estándar se definió como “un modelo de atención comunitaria o ambulatoria no descrita como atención colaborativa por los autores del ensayo”. (Reilly et al., 2013)

Las 17 revisiones sistemáticas incluidas proporcionaron datos sobre los resultados que se identificaron como de interés para la revisión global rápida. De las medidas de resultados principales de interés relacionadas con la violencia auto y heterodirigida, tres revisiones sistemáticas proporcionaron datos sobre agresión física (Ballesteros 2020, Dieterich 2017, Murphy 2015), una proporcionó datos sobre agresión verbal (Ballesteros 2020), una revisión sistemática sobre homicidio (Murphy 2015), una proporcionó datos sobre arresto por violencia contra una persona (Kisely 2017), siete revisiones sistemáticas sobre muerte por suicidio (Dieterich 2017, Kinoshita 2013, Malmberg 2001, Malone 2007, Murphy 2015, Pharoah 2010, Reilly 2013), dos revisiones sistemáticas intento de suicidio (Dieterich 2017, Murphy 2015), una proporcionó datos sobre daño a si mismo u a otros (Dieterich 2017) y una proporcionó datos sobre autolesiones (Dieterich 2017)

Ninguna revisión sistemática proporcionó datos que examinasen la ideación homicida, desesperanza, los delitos relacionados con las drogas, o las condenas menores o menos graves como variables secundarias de interés

Calidad metodológica de las revisiones sistemáticas incluidas

Calidad de las revisiones sistemáticas incluidas

La evaluación de la calidad de las revisiones sistemáticas incluidas se realizó mediante la herramienta de medición revisada para evaluar revisiones sistemáticas (AMSTAR-2). (Shea et al., 2017) De las diecisiete revisiones sistemáticas, trece (Almerie 2015, Ballesteros 2020, Buckley 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Jones 2018, Kisely 2017, Kinoshita 2013, Malmberg 2001, Malone 2007, Murphy 2015, Pharoah 2010, Reilly 2013) fueron clasificadas de alta confianza, dos (MacInnes 2019, Rampling 2016) de baja confianza y dos (Darmedru 2017, Donker 2013) de confianza críticamente baja. De los ítems que menos se tuvieron en cuenta en las revisiones sistemáticas fueron el ítem 10 (¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?), el cual que no se encontró reflejado en 8 revisiones

sistemáticas y el ítem 7 (¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?), el cual no se encontró reflejado en 4 revisiones sistemáticas (Anexo 14).

Calidad de la evidencia en las revisiones sistemáticas incluidas

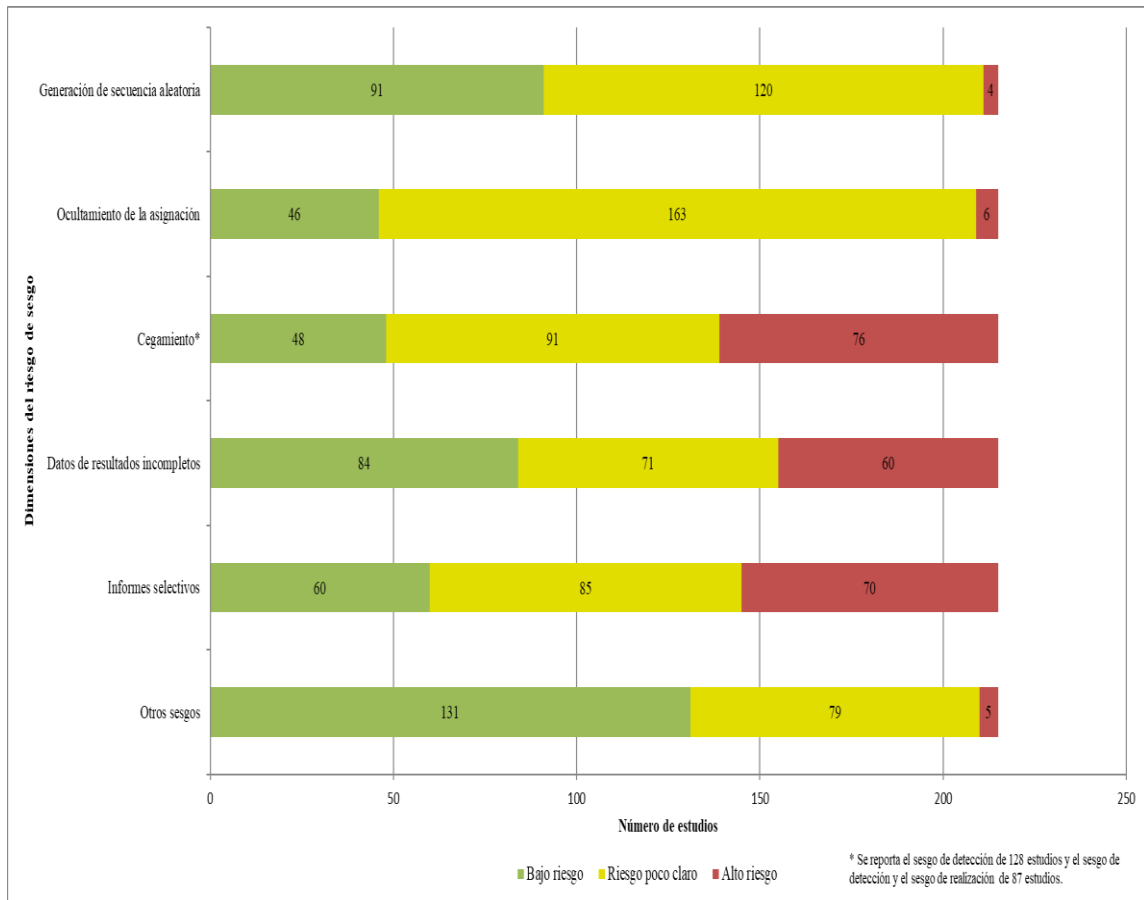
Las revisiones sistemáticas utilizaron diversas herramientas para evaluar la calidad de la evidencia o el riesgo de sesgo (Anexo 15).

La calidad de los estudios se evaluó en catorce revisiones sistemáticas mediante la herramienta de colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo con una baremación de riesgo de sesgo alto, bajo o poco claro (Almerie 2015, Ballesteros 2020, Buckley 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Jones 2018, Kisely 2017, Kinoshita 2013, MacInnes 2019, Malmberg 2001, Murphy 2015, Pharoah 2010, Rampling 2016, Reilly 2013). (Higgins et al., 2019) En relación a las dimensiones evaluadas en las revisiones sistemáticas y cuyos estudios primarios presentaron un alto riesgo de sesgo, cabe mencionar que: en la generación de secuencia aleatoria destacó una revisión sistemática (Pharoah 2010), en el ocultamiento de la asignación destacaron dos revisiones sistemáticas (Hunt 2019, Pharoah 2010), en el cegamiento destacaron cinco revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Kinoshita 2013, Pharoah 2010), en los datos de resultado incompletos destacaron tres revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Hunt 2019, Pharoah 2010), en informes selectivos destacaron cuatro revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Buckley 2015, Dieterich 2017, Kinoshita 2013) y en otros sesgos destacó una revisión sistemática (Rampling 2016).

Por otro lado, en la Figura 11 se presenta el riesgo de sesgo de los estudios primarios incluidos en las catorce revisiones sistemáticas Cochrane, en el caso de superposiciones de los estudios primarios se incluyó únicamente la evaluación del riesgo de sesgo de la revisión sistemática más reciente, de mayor calidad y Cochrane. Los estudios primarios incluidos fueron un total de 215 y las dimensiones que presentaron un alto riesgo de sesgo fueron el cegamiento, datos de resultados incompletos y lo informes selectivos.

Figura 11.

Riesgo de sesgo evaluado en los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas



La revisión sistemática de Donker et al. (2013) evaluó el riesgo de sesgo mediante la escala de Jadad con una puntuación que va de 0 a 5 puntos, a mayor puntuación mejor calidad metodológica. (Jadad et al., 1996) Ningún estudio primario superó el 3 en la puntuación que le otorgaron los autores.

La revisión sistemática de Malone et al. (2007) evaluó la calidad metodológica de los ensayos incluidos mediante la escala de Jadad (Jadad et al., 1996). Sólo incluyeron los ensayos con una calificación de más de dos en la escala y para las actualizaciones de la revisión evaluaron la calidad metodológica de los ensayos incluidos mediante los criterios del Manual Cochrane, incluyeron sólo los ensayos de la categoría A o B (riesgo de sesgo bajo o moderado). (Higgins et al., 2019)

Una revisión sistemática (Darmedru 2017) no evaluó la calidad de los estudios incluidos.

Por otro lado, se extrajeron las evaluaciones de Calificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Evaluación (GRADE), para los resultados, en 11 revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Buckley 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Jones 2018, Kisely 2017, Kinoshita 2013, Malmberg 2001, Murphy 2015, Pharoah 2010, Reilly 2013), éstas se encuentran en el resumen de los resultados y se realizó una evaluación mediante GRADE de las variables de resultados principales relacionadas con la violencia auto y heterodirigida en aquellas revisiones sistemáticas que no la tenían incluida (Anexo 16). (Brožek et al., 2009; Guyatt et al., 2008; Higgins et al., 2019)

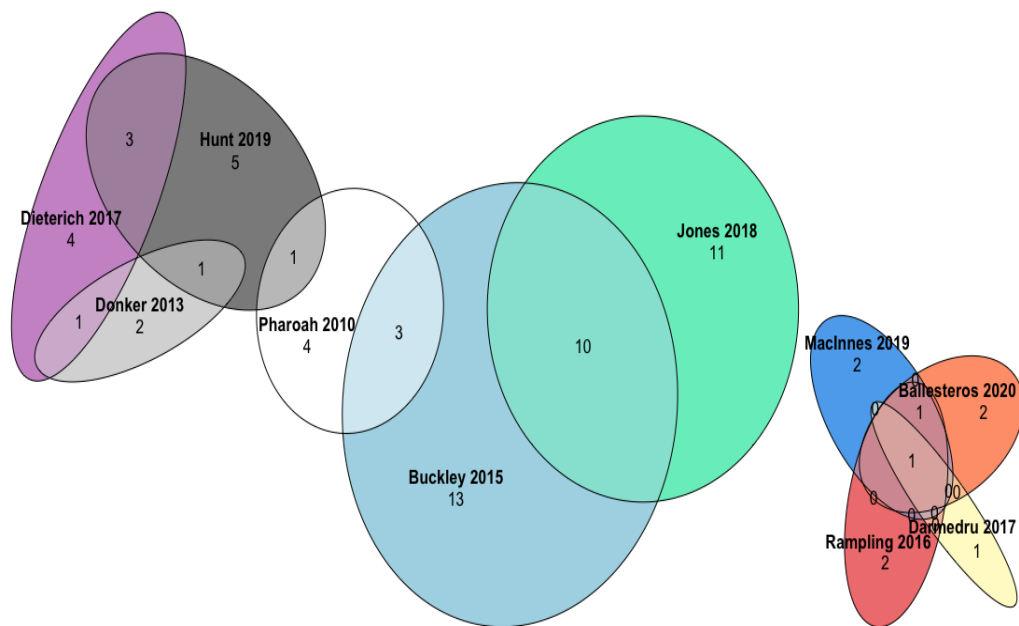
Manejo de la superposición de las revisiones sistemáticas y de los estudios primarios

En relación a las revisiones sistemáticas, se encontró solapamiento de 21 estudios primarios en un total de 10 revisiones sistemáticas (Figura 12 y Anexo 11).

Respecto al cálculo del solapamiento mediante el "área cubierta corregida" (CCA), a nivel general para la revisión global rápida el CCA era leve con un 0,7% de solapamiento, no obstante, esta cifra aumentaba cuando se realizó el análisis de las revisiones sistemáticas que presentaron un solapamiento, arrojando un CCA alto con un 13%. Tras analizar el solapamiento mediante diagrama de Euler (Figura 12) se observó que había 4 agrupaciones: clúster (A) con Pharoah 2010 y Buckley 2015; clúster (B) con Hunt 2019, Dieterich 2017 y Donker 2013; clúster (C) con Ballesteros 2020, MacInnes 2019, Jones 2018, Rampling 2016 y Darmedru 2017 y clúster (D) con Buckley 2015 y Jones 2018. Se realizó el cálculo del CCA de estos clústeres y se encontró que el CCA era muy alto para el clúster (A) con un 21%, para el clúster (B) con un 44% y para el clúster (D) con un 71%, mientras que para el clúster (C) el CCA fue alto con un 13%.

Figura 12.

Diagrama de Euler



Entre las revisiones que se solaparon se realizó una priorización (la revisión sistemática Cochrane, las revisiones sistemáticas más recientes, de mayor calidad, más relevantes o más completas) para determinar qué datos, de aquellas variables solapadas por revisiones sistemáticas, serían incluidos en la revisión global rápida. (Pollock et al., 2020) En el Anexo 17, se muestra la decisión sobre las variables de resultados de los estudios primarios que se solaparon en las revisiones sistemáticas.

Efecto de las intervenciones

La evidencia estadística de las revisiones sistemáticas para los resultados se encuentra en las tablas de resumen de los resultados en el Anexo 16 y los datos de las medidas de resultados primarias y secundarias de las intervenciones se encuentran disponibles en el Anexo 18.

En relación a los resultados, el presente estudio ha identificado una variedad de intervenciones, a continuación, se muestran clasificadas en función de la medida de resultado (Anexo 16 y Anexo 18):

Medidas de resultados primarias

a) Violencia heterodirigida

HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie et al., 2015): Respecto al comportamiento agresivo no se reportó ningún episodio violento en el único estudio primario contemplado para esta variable (1 ECA, n=12, RR 0,0, IC 95% -0,27, 0,27).

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Ballesteros et al., 2021): La terapia cognitivo-conductual redujo la frecuencia de violencia física al finalizar el tratamiento (2 ECA, n=161, IRR 0,28, IC 95% 0,14 a 0,57), con una certeza de evidencia muy baja y una alta heterogeneidad ($I^2= 88\%$), y durante el periodo de seguimiento (2 ECA, n=161, IRR 0,56, IC 95% 0,33 a 0,98), con una certeza de evidencia muy baja y mostrando una alta heterogeneidad ($I^2= 79\%$). Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual redujo la frecuencia de agresión verbal al finalizar el tratamiento (2 ECA, n=161, IRR 0,25, IC 95% 0,18 a 0,34), con una certeza de evidencia muy baja y una alta heterogeneidad ($I^2=88\%$) y durante el periodo de seguimiento (2 ECA, n=161, IRR 0,48, IC 95% 0,35 a 0,66), con baja certeza de la evidencia.

REMEDIACIÓN COGNITIVA COMPUTARIZADA (CR) versus ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR (Darmedru et al., 2017): Encontraron en el estudio primario Ahmed 2015 incluido en la revisión, una reducción significativa y mayor en el grupo CR para "agresión verbal" ($LRX^2_4 = 74,92$, p

< 0,001) con muy baja certeza de la evidencia y "agresión física" ($LRX^2_4 = 45,69$, $p < 0,001$) con muy baja certeza de la evidencia en comparación con el grupo control.

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS (Dieterich et al., 2017): No hubo una diferencia significativa entre los grupos en las lesiones/agresión a otros a largo plazo (2 ECA, $n= 959$, RR 1,09, IC 95% 0,85 a 1,40) con una certeza de evidencia moderada, en seguimiento a medio plazo (18 meses) (1 ECA, $n= 251$, RR 1,35, IC 95% 0,87 a 2,10) con una certeza de evidencia moderada, ni en seguimiento a largo plazo (8,5 años) (1 ECA, $n= 214$, RR 0,95, IC 95% 0,83 a 1,09) con una certeza de evidencia moderada.

MODELOS INTEGRADOS DE ATENCIÓN versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt et al., 2019): Los datos para los crímenes que involucra violencia ("felony") fueron asimétricos I: (1 ECA, $n=103$, M: 0,31 DE: 0,46) C: (1 ECA, $n=79$, M: 0,28, DE: 0,50) con muy baja certeza de la evidencia.

COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely et al., 2017): Las personas que recibieron compromiso ambulatorio ordenado por el tribunal no tuvieron más probabilidades de cometer un acto violento en comparación con las personas que recibieron atención estándar (2 ECA, $n= 416$, RR 0,82, IC 95% 0,56 a 1,21) con una certeza de evidencia baja.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES versus TH (MacInnes et al., 2019): El estudio de Tomlinson et al. (2017) informó niveles reducidos de violencia y comportamiento agresivo autoinformado utilizando la terapia dialéctico-conductual como intervención: Número de incidentes violentos a los 6 meses (1 ECA, $n=112$, I: 50, C: 96, DM: -46), agresión en general post tratamiento (Cuestionario de agresión de Buss-Perry-SF) (Buss & Perry, 1992) (1 ECA, $n=18$, I: M 2,05, DE 0,47; C: M 2,14, DE 0,88, DM: -0,09), agresión física (1 ECA, $n=18$, I: M 2,13, DE 0,90; C: M 2,87, DE 1,87, DM: -0,74), agresión verbal (Cuestionario de agresión de Buss-Perry-SF) (Buss & Perry, 1992) post tratamiento (1 ECA, $n=18$, I: M 2,07, DE 0,43; C: M 1,67, DE 0,47, DM: 0,4), agresión en general post tratamiento (Escala de agresión impulsiva/premeditada) (1 ECA, $n=18$, I: M 2,23, DE 0,21; C: M 2,94, DE 0,59, DM: -0,71), agresión premeditada (Escala de agresión impulsiva/premeditada) (1 ECA, $n=18$, I: M 2,00, DE 0,27; C: M 2,75, DE 0,91, DM: -0,75), agresión impulsiva post tratamiento

(Escala de agresión impulsiva/premeditada) (1 ECA, n=18, I: M 2,40, DE 0,20, C: M 3,09, DE 0,57, DM: -0,89), comportamiento agresivo post tratamiento (Índice de estado de comportamiento) (1 ECA, n=81, I: M 572, DE 99,1; C: M 535,7, DE 96,2, DM: 34,3, p=0,41). Todos los resultados tuvieron muy baja certeza de la evidencia.

INTERVENCIÓN DE CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): En relación al homicidio hubo dos homicidios que ocurrieron en el brazo de crisis, pero sin diferencia estadística entre grupos (3 ECA, n= 568, RR 2,96, IC 95% 0,31 a 28,28) con una certeza de evidencia baja. No hubo diferencias significativas en la conducta agresiva informada por los familiares a los tres meses (1 ECA, n= 120, RR 0,97, IC 95% 0,72 a 1,31) con una certeza de evidencia moderada, ni a los seis meses (1 ECA, n= 120, RR 0,70, IC 95% 0,39 a 1,25) con una certeza de evidencia moderada.

TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES (TERAPIA ASISTIDA POR EQUINOS-EAP O TERAPIA ASISTIDA POR PERROS-CAP) versus CONTROL ACTIVO O TH (Rampling et al., 2016): Los resultados del seguimiento a los tres meses del estudio primario de Nurenberg et al. (2015) mostraron que los incidentes de violencia y las puntuaciones en las escalas de agresión (OAS) (Yudofsky et al., 1986) aumentaron en todos los grupos excepto en el EAP, donde hubo una disminución en los incidentes y las puntuaciones de la OAS (datos no aportados por los autores). Dentro de los hallazgos específicos se encontraron reducciones en la violencia con muy baja certeza de la evidencia.

b) Violencia autodirigida

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): En la muerte por suicidio no hubo diferencia estadísticamente significativa a corto plazo (2 ECA, n= 127, RR 0,35, IC 95% 0,04 a 3,27) con una certeza de evidencia muy baja, ni a medio plazo (4 ECA, n= 819, RR 0,98, IC 95% 0,17 a 5,60) con una certeza de evidencia muy baja, ni a largo plazo (9 ECA, n= 1456, RR 0,68, IC 95% 0,31 a 1,51) con una certeza de evidencia muy baja, ni en el seguimiento a medio plazo (3 años) (1 ECA, n= 547, RR 0,74, IC 95% 0,17 a 3,28) con una certeza de evidencia baja. En relación a autolesión, no hubo diferencias significativas en el número de participantes que se autolesionaron entre los grupos (2 ECA, n= 620, RR 0,99, IC 95% 0,61 a 1,59) a medio plazo con una certeza de evidencia baja, ni a largo plazo (1 ECA, n= 123, RR 0,95 0,14 a 6,55) con una certeza de evidencia muy baja. Respecto al intento de suicidio no hubo diferencias significativas en el número de participantes que se autolesionaron entre los grupos a largo plazo (durante los últimos 12 meses) (1 ECA, n= 547, RR 0,81, IC 95% 0,47 a 1,38) con una certeza de evidencia baja, ni en el seguimiento a medio plazo (durante los últimos 3 años) (2 ECA, n= 547, RR 0,95, 0,56 a 1,62) con una certeza de evidencia baja.

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): En muerte por suicidio no hubo diferencia estadísticamente significativa a corto plazo (2 ECA, n= 127, RR 0,35, IC 95% 0,04 a 3,27) con una certeza de evidencia muy baja, ni a medio plazo (4 ECA, n= 819, RR 0,98, IC 95% 0,17 a 5,60) con una certeza de evidencia muy baja, ni a largo plazo (9 ECA, n= 1456, RR 0,68, IC 95% 0,31 a 1,51) con una certeza de evidencia muy baja, ni en el seguimiento a medio plazo (3 años) (1 ECA, n= 547, RR 0,74, IC 95% 0,17 a 3,28) con una certeza de evidencia baja. En relación a autolesión, no hubo diferencias significativas en el número de participantes que se autolesionaron entre los grupos (2 ECA, n= 620, RR 0,99, IC 95% 0,61 a 1,59) a medio plazo con una certeza de evidencia baja, ni a largo plazo (1 ECA, n= 123, RR 0,95 0,14 a 6,55) con una certeza de evidencia muy baja. Respecto al intento de suicidio no hubo diferencias significativas en el número de participantes que se autolesionaron entre los grupos a largo plazo (durante los últimos 12 meses) (1 ECA, n= 547, RR 0,81, IC 95% 0,47 a 1,38) con una certeza de evidencia baja, ni en el seguimiento a medio plazo (durante los últimos 3 años) (2 ECA, n= 547, RR 0,95, 0,56 a 1,62) con una certeza de evidencia baja.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES versus VARIOS CONTROLES (Donker et al., 2013): En relación a las autolesiones, evaluadas mediante las notas de los casos psiquiátricos, no encontraron diferencias significativas a los 12 meses (1 ECA, n=327, OR 1,38, IC 95% 0,65 a 2,96) o a los 24 meses (1 ECA, n=327, OR 1,48, IC 95% 0,56 a 3,91). (Barrowclough et al., 2010) No hubo suicidios en 3 estudios (Bateman 2007, Cunningham Owens 2001, Grawe 2006). No hubo diferencias significativas en el comportamiento suicida (intentos y suicidio) a los 24 meses (1 ECA, n= 50, OR 0,95, IC 95% 0,33 a 2,73) (Grawe et al., 2006). No hubo diferencias significativas en el suicidio y comportamiento suicida (autolesiones, pensamientos, intentos) mediante la HoNOS a las 6 semanas (1 ECA, n= 208, TCC: OR 0,67, IC 95% 0,107 a 4,136; AA: OR 0,95, IC 95% 0,185 a 4,903) ni a los 18 meses 1 ECA, n= 208, TCC: OR 0,359, IC 95% 0,067 a 1,919; AA: OR 1,033, IC 95% 0,301 a 3,55). (Tarrier et al., 2006). No hubo una diferencia significativa en el intento suicida (EPSIS II) (1 ECA, n= 304, OR 0,95, IC 95% 0,40 a 2,25) (Nordentoft et al., 2002). Todos los resultados mostraron con muy baja certeza de la evidencia.

EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES.
Análisis de subgrupo: **IPS DE ALTA FIDELIDAD versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES** (Kinoshita et al., 2013): No hubo pruebas de que la IPS de alta fidelidad se asociara con un riesgo de muerte (natural y suicidio) menor o mayor que otros enfoques vocacionales (1 ECA, n= 312, RR 1,5, IC 95% 0,25 a 8,85) con una certeza de evidencia baja.

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg et al., 2001): No encontraron diferencias significativas para el suicidio a los tres años. (1 ECA, n= 94, RR 0,52, IC 95% 0,05 a 5,56) con una certeza de evidencia muy baja.

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS (Malmberg et al., 2001): No encontraron diferencias en el suicidio entre los participantes que recibieron terapia individual más medicación y los que recibieron sólo medicación (1 ECA, n= 92, RR 0,16, IC 95% 0,01 a 2,93) con una certeza de evidencia muy baja.

EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus CUIDADO ESTÁNDAR (Malone et al., 2007): En relación a la muerte por

suicidio/circunstancias sospechosas, los autores refieren que se produjeron menos muertes en el grupo de CMHT, aunque no fue significativo (3 ECA, n= 587, RR 0,49, IC 95% 0,11 a 2,21) con una certeza de evidencia moderada.

INTERVENCIÓN DE CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): La muerte por suicidio no mostró diferencias (6 ECA, n= 980, RR 1,06, IC 95% 0,36 a 3,11) con una certeza de evidencia muy baja. Para el "intento de suicidio" no hubo diferencias entre las intervenciones de crisis y la atención estándar (3 ECA, n= 369, RR 2,62, IC 95% 0,21 a 32,02) con una certeza de evidencia muy baja.

CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah et al., 2010): La intervención familiar no tuvo un efecto claro sobre el número de personas que se suicidaron durante los estudios (7 ECA, n= 377, RR 0,79, 95% 0,35 a 1,78) con una certeza de evidencia muy baja.

ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly et al., 2013): Los resultados favorecían la atención colaborativa en relación al número de participantes que murieron por suicidio, aunque no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para el número de muertes por suicidio a los tres años (1 ECA, n= 330, RR 0,34, IC 95% 0,01 a 8,32), con un grado de evidencia muy bajo).

Medidas de resultados secundarias

a) Comportamiento disruptivo o de agitación

INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA INESPECÍFICA (Remediación cognitiva computarizada) versus ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR (Darmedru et al., 2017): Señalaron un impacto positivo de la remediación cognitiva en la escala agitación/activación PANSS (Kay et al., 1987) a las 20 semanas (1 ECA, $n=78$, $F(1,75) = 5,45$, $p=0,02$, $h^2p=0,068$)

INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: MCT + TH versus TH sólo (Darmedru et al., 2017): Hubo un impacto positivo de la MCT+TH en el comportamiento disruptivo: tensión (PANSS) (Kay et al., 1987) a las 6 semanas (1 ECA, $n=16$, $F(1,14) = 4,63$, $p=0,04$, $d > 1,0$) y en el comportamiento disruptivo: hostilidad (PANSS) 6 semanas, (1 ECA, $n=16$, $d=0,60$). Hubo un tamaño del efecto de mediano a grande para el grupo MCT frente al control y comportamiento disruptivo: agitación (PANSS) 6 semanas (1 ECA, $n=16$, $d=0,33$) y un tamaño del efecto de pequeño a mediano para el grupo MCT frente al control (no se proporciona más información).

INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): El grupo de atención de intervención en crisis estaba menos agitado (1 ECA, $n=120$, RR 0,59, IC 95% 0,36 a 0,95) que el grupo estándar.

b) Ideas o pensamientos suicidas

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES versus VARIOS CONTROLES (Donker et al., 2013): Respecto a la ideación suicida 3 estudios: TCC+MED versus ATENCIÓN PLACEBO + MED (Bateman et al., 2007), PROGRAMA DE MANEJO DE RECUPERACIÓN DE ENFERMEDAD versus TH (Färdig et al., 2011) y TCC versus TH (Peters et al., 2010) encontraron reducciones significativas ($p < 0,05$). El estudio sobre PSICOEDUCACIÓN versus TH (Cunningham Owens et al., 2001) informó un aumento significativo de la ideación suicida en la intervención psicosocial en comparación con el grupo de control (23,9% vs. 5,6%) y 3 estudios: TCC + MED versus TH + MED (Turkington et al., 2002), TRATAMIENTO INTEGRADO versus TH (Grawe et al., 2006) y TCC + TH y ASESORAMIENTO DE APOYO + TH versus TH

(Tarrrier et al., 2006) no encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) en la ideación suicida entre los grupos de intervención y tratamiento habituales. En 1 estudio sobre TCC + MED versus TH + MED (Turkington et al., 2002), se encontró un aumento no significativo en la ideación suicida medida.

c) Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES versus VARIOS CONTROLES (Donker et al., 2013): La TCC+ entrevista motivacional se asociaron con disminuciones significativas en el uso de sustancias (Barrowclough et al., 2010). No proporcionaron datos.

GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt et al., 2019): Más participantes en el grupo de atención estándar tuvieron pruebas de orina positivas para estimulantes en comparación con los participantes en el grupo intervención a las 12 semanas (1 ECA, $n=176$, RR 0,34, IC 95% 0,17 a 0,68) pero no hubo diferencia a los seis meses (1 ECA, $n= 176$, RR 0,83, IC 95% 0,65 a 1,06). El uso de drogas inyectables durante el tratamiento fue claramente menor en el brazo de intervención en comparación con el brazo de atención estándar a los tres meses (1 ECA, $n= 176$, RR 0,57, IC 95% 0,42 a 0,77) pero no a los seis meses de seguimiento (1 ECA, $n= 107$, RR 0,78, IC 95% 0,53, 1,15).

ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt et al., 2019): A los seis meses se encontró más participantes en el grupo de atención estándar no se abstuvieron del alcohol (1 ECA, $n= 28$, RR 0,36, IC 95% 0,17 a 0,75, grado de evidencia muy bajo). Por otro lado, cualquier cambio en el consumo de cannabis desde el inicio fue menor a los tres meses (1 ECA, $n= 62$, DM -12,81, IC 95% -23,05 a -2,57) y a los seis meses (1 ECA, $n= 62$, DM -9,64, IC 95% -18,05 a -1,23), pero no a los 12 meses (1 ECA, $n= 62$, DM -5,82, IC 95% -14,77 a 3,13).

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt et al., 2019): La proporción de días de abstinencia de alcohol fue mayor en el grupo de entrenamiento de habilidades en comparación con el grupo de atención estándar a los tres meses (1 ECA, $n=107$, DM 0,02, IC 95%: 0,00 a 0,04), pero fue menor a los seis meses (1 ECA, $n=100$, DM -0,05, IC 95%: -0,07 a -0,03) y no hubo diferencias entre los

grupos de tratamiento a los nueve meses (1 ECA, n= 98, DM 0,01, IC 95% -0,01 a 0,03) o 12 meses (1 ECA, n= 93, DM 0,03, IC 95% 0,00 a 0,06).

INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): Hubo un efecto muy pequeño que favoreció al grupo de intervención en crisis en la "abstinencia" (1 ECA, n= 120, RR 0,72, IC 95% 0,48 a 1,07) pero no fue estadísticamente significativo.

La revisión sistemática de Dieterich 2017 analizó el consumo de sustancias, pero no encontró evidencia respecto a las intervenciones evaluadas, tampoco se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas al consumo de sustancias en las intervenciones evaluadas en las revisiones sistemáticas Hunt 2019 y Murphy 2015 (Anexo 16 y Anexo 18).

d) Estado global, mental y emocional

- Síntomas psiquiátricos

HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie et al., 2015): Encontraron evidencia a favor del grupo de entrenamiento en habilidades sociales en los síntomas negativos (escala SANS) (Andreasen et al., 1983) a los ocho y 18 semanas de seguimiento (2 ECA, n=187, DM -8,92, -10,46 a -7,38) y también en los síntomas positivos (escala SAPS) (Andreasen et al., 1983) a favor del entrenamiento de habilidades sociales (1ECA, n=120, DM -1,90, IC 95% -3,37 a -0,43). Así mismo, en los síntomas generales (escala BPRS) (Overall et al., 1962) encontraron evidencia a favor del grupo de entrenamiento en habilidades sociales (1 ECA, n= 91, DM -4,01, IC 95% -7,52 a -0,50, evidencia de muy baja calidad) y en los síntomas negativos (escala SANS) (1 ECA, n=91, DM -7,70, IC 95% -12,33 a -3,17) a las 12 semanas de seguimiento.

TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley et al., 2015): En relación al número de personas que no experimentaron remisión de los síntomas, se encontró una ventaja estadísticamente significativa para otras terapias psicológicas (terapia familiar) sobre la terapia de apoyo (n= 39; RR 1,87, IC 95% 1,11 a 3,15). Encontraron que otras terapias

mejoraron significativamente la puntuación agrupada de la alteración del pensamiento de la PANSS (Kay et al., 1987) (1 ECA, n= 12, DM 4,30, IC 95% 1,17 a 7,43), no obstante, los autores creen que los datos informados en Levine 1998 pueden haber sido informados incorrectamente.

TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley et al., 2015): Encontraron que los participantes tenían más probabilidades de experimentar una remisión de sus síntomas si recibían terapia familiar en lugar de terapia de apoyo (1 ECA, n= 39, RR 1,87, IC 95% 1,11 a 3,15) mostrando una alta heterogeneidad ($I^2= 100\%$).

REMEDIACIÓN COGNITIVA COMPUTARIZADA (CR) versus ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR (Darmedru et al., 2017): Encontraron en el estudio de Ahmed 2015 una mejoría en la batería cognitiva de consenso MATRICS (MCCB) ($p < 0,05$, no se proporciona más información) y una reducción significativa en el ítem PANSS “excitación/activación” en el grupo CR ($F(1,75) = 5,45$, $p= 0,02$, $h^2p= 0,068$).

ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO (MCT) + TRATAMIENTO HABITUAL versus TRATAMIENTO HABITUAL SÓLO (Darmedru et al., 2017): En el estudio de Kumar et al. (2010), encontraron una reducción significativa en el ítem PANSS "Tensión" ($F(1,14) = 4,63$, $p= 0,04$) con efecto de interacción de grupo por tiempo grande ($d > 1,0$) en el grupo MCT vs control, un efecto de interacción de grupo por tiempo de mediano a grande en el ítem de PANSS (Kay et al., 1987) “Hostilidad” ($d= 0,60$) y un efecto de pequeño a mediano en el ítem de PANSS “Emoción” ($d= 0,33$) para el grupo MCT vs. control. El efecto de interacción de grupo por tiempo fue casi significativo para los ítems "ideas/delirio de referencia" ($F[1, 14] = 3,94$, $p= 0,07$).

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): Para los síntomas generales (escala CSI) (Shern et al., 1994) a corto plazo hubo una diferencia significativa entre los grupos que favorecían al grupo de GIC (1 ECA, n= 125, DM -0,56, IC 95% -0,84 a -0,28). Para la CSI a medio plazo se encontraron pruebas a favor del grupo de GIC sobre el grupo de atención estándar (1 ECA, n= 125, DM -0,35, IC 95% -0,65 a -0,05). Para los síntomas generales los participantes alcanzaron una mejor puntuación del estado mental (BSI) (Derogatis et al., 1983a) a largo plazo a favor del grupo GIC en comparación con el grupo de atención estándar (2 ECA, n= 647, DM -0,18, IC 95% -0,31 a -0,06). En relación a los síntomas

negativos mediante la escala SANS a largo plazo hubo una diferencia significativa entre los grupos que favorecen la GIC sobre la atención estándar (1 ECA, n= 547, DM -0,42; IC 95% -0,62 a -0,22) pero no en seguimiento a medio plazo (3 años) (1 ECA, n= 547, DM -0,10, IC 95% -0,33 a 0,13), ni a largo plazo (8 años) (1 ECA, n= 547, DM 0,06 IC 95% -0,13 a 0,25).

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES versus VARIOS CONTROLES (Donker et al., 2013): Las intervenciones psicosociales se asociaron con disminuciones significativas en los síntomas psicóticos (Peters et al., 2010; Bateman et al., 2007; Grawe et al., 2006; Tarrier et al., 2006), en la depresión (Turkington et al., 2002) y en la sintomatología general (Turkington et al., 2002) en comparación con el tratamiento habitual o en el tiempo (Peter et al., 2010). No proporcionaron datos.

TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones et al., 2018): Hubo un efecto positivo a favor de la TCC en el estado mental mediante la BPRS (Overall et al., 1962) a medio plazo (1 ECA, n= 37, DM -7,60, IC 95% -14,30 a -0,90) con un resultado muy heterogéneo ($I^2= 100\%$). Hubo un efecto positivo a favor de la TCC mediante la PANSS (Kay et al., 1987) a corto plazo (6 ECA, n= 568, DM -5,38, IC 95% -7,31 a -3,44) con un resultado muy heterogéneo ($I^2= 95,53\%$), a medio plazo (3 ECA, n= 270, DM -4,90, IC 95% -7,93 a -1,87) y a largo plazo (9 ECA, n= 596, DM -3,22, IC 95% -5,42 a -1,01). Respecto a los síntomas positivos, mediante la PANSS, hubo un efecto positivo a favor de la TCC a medio plazo (6 ECA, n= 497, DM -1,20, IC 95% -2,04 a -0,36) y también a largo plazo (9 ECA, n= 602, DM -1,22, IC 95% -1,96 a -0,49). En relación a los síntomas afectivos (PANSS) a corto plazo hubo un efecto a favor de la TCC (6 ECA, n= 400, DM -3,38, IC 95% -4,62 a -2,13) con una alta heterogeneidad ($I^2= 94,35\%$) pero no a medio plazo (3 ECA, n=194, DM -0,94, IC 95% -2,75 a 0,88), siendo heterogéneo ($I^2= 77,07\%$), ni a largo plazo (7 ECA, n= 379, DM -0,94, IC 95% -2,28 a 0,40). En síntomas afectivos (SCL-90) hubo un efecto positivo para la TCC a largo plazo (1ECA, n= 134, DM 8,26, 1,77 a 14,74). Respecto a la ansiedad a corto plazo hubo un efecto favorable a la TCC en el cuestionario HAMA (Hamilton et al., 1976) (1 ECA, n= 65, DM -5,78 IC 95% -8,79 a -2,77) siendo heterogéneo ($I^2= 100\%$) y en el cuestionario SARS (Zung et al., 1971) (1 ECA, n= 95, DM -2,89, IC 95% -4,53 a -1,25). En la variable trastorno obsesivo compulsivo (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989) a corto plazo hubo un efecto positivo para la TCC (1 ECA, n= 65, RR 0,29, IC 95% 0,12 a 0,68)

TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones et al., 2018): Hubo un efecto positivo a favor de la TCC para los síntomas positivos mediante la PANSS a largo plazo (5 ECA, n= 371, DM -2,10, IC 95% -3,15 a -1,05) y a largo plazo para los síntomas negativos (PANSS) (Kay et al., 1987) (4 ECA, n= 317, DM -1,34, IC 95% -2,57 a -0,11). Asimismo, hubo un efecto favorable hacia la TCC en los síntomas afectivos (PANSS) a corto plazo (3 ECA, n= 165, DM -4,90, IC 95% -6,69 a -3,11) con una alta heterogeneidad ($I^2= 97,4\%$), pero no a medio plazo (2 ECA, n= 136, DM -1,68, IC 95% -4,04 a 0,69) con una alta heterogeneidad ($I^2= 87,2\%$) ni a largo plazo (3 ECA, n= 148, DM -1,61, IC 95% -3,65 a 0,44), siendo heterogéneo ($I^2= 58,72\%$). Para la depresión (HAMD) a corto plazo hubo un efecto favorable hacia la TCC (1 ECA, n= 95, DM -3,92, IC 95% -4,96 a -2,88), fue heterogéneo ($I^2= 100\%$).

TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones et al., 2018): Respecto a los síntomas positivos, mediante la PANSS (Kay et al., 1987), hubo un efecto positivo a favor de la TCC a corto plazo (4 ECA, n= 384, DM -0,93, IC 95% -1,84 a -0,03) presentando heterogeneidad ($I^2= 41,14\%$). Hubo un efecto positivo a favor de la TCC en los síntomas afectivos (PANSS) a corto plazo (3 ECA, n= 235, DM -1,95, IC 95% -3,68 a -0,22) siendo un resultado heterogéneo ($I^2= 68,16\%$), pero no a medio plazo (1 ECA, n= 58, DM 0,12, IC 95% -2,71 a 2,95) ni a largo plazo (4 ECA, n= 231, DM -0,44 IC 95% -2,21 a 1,34).

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg et al., 2001): Encontraron que los participantes que tomaron medicamentos lograron el “mejor nivel de salud” por parte del equipo de atención (1 ECA, n= 92, DM -5,8 IC 95% -10 a -1,6) en comparación con el grupo de psicoterapia individual.

INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): Encontraron que los pacientes de atención de intervención en crisis tenían puntuaciones significativamente más altas en la escala de calificación de salud y enfermedad (HSRS) (Luborsky, 1962) ($p < 0,05$), pero no informaron variaciones de estos datos en el estudio primario. A los tres meses y encontraron que el grupo de crisis obtuvo mejores puntuaciones en la BPRS (Overall et al., 1962), aunque no fue significativo (2 ECA, n= 248, DM -4,03, IC 95% -8,18, 0,12). No encontraron diferencias significativas en la BPRS entre los grupos a los seis o doce meses (1 ECA, n= 129, DM

-2,10, IC 95% -6,40 a 2,20) y (1 ECA, n=131, DM -2,0, IC 95% -6,03 a 2,03) respectivamente, pero hubo una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo de intervención en crisis a los veinte meses (n= 142, 1 ECA, DM -4,50, IC 95% -8,68 a -0,32). Respecto a los datos de cambio en el estado mental a los tres meses, no encontraron diferencias significativas para las puntuaciones en la BPRS (1 ECA, n= 129, DM -3,5, IC 95% -8,92 a 1,92). En el uso del formulario de evaluación psiquiátrica (PEF) no encontraron ningún efecto a los tres meses (1 ECA, n= 118, DM 0,20, IC 95% -0,22 a 0,62) o a los seis meses (1 ECA, n= 111, DM 0,10, IC 95% -0,42 a 0,62). A los doce meses, hubo una pequeña diferencia que sugirió que el estado mental del grupo de atención de intervención en crisis mejoró más (1 ECA, n= 97, DM -0,40, IC 95% -0,84 a 0,04). A los veinte meses la diferencia entre los grupos no fue significativa (1 ECA, n=100, DM 0,10, IC 95% -0,47 a 0,67). Los datos de la escala Present State Examination (PSE) eran ambiguos. No encontraron diferencias significativas a los seis o doce meses (“p” no reportada) pero encontraron una ligera diferencia a favor del grupo de atención de intervención en crisis a los veinte meses (p= 0,09, sólo tendencia). Hubo un efecto muy pequeño que favoreció al grupo de intervención en crisis en los resultados de comportamiento psicótico (1 ECA, n= 120, RR 0,58, IC 95% 0,30 a 1,11), pero estos resultados no fueron estadísticamente significativos. El grupo de atención de intervención en crisis estaba menos desorientado (1 ECA, n= 120, RR 0,47; IC 95% 0,28 a 0,79) que el grupo estándar.

CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah et al., 2010): En relación a la variable “no mejoraron” significativamente menos personas en el grupo de control mejoraron que en el grupo de intervención familiar (2 ECA, n= 112, RR 0,40, IC 95% 0,2 a 0,7). Los datos de psicopatología general de la PANSS (Kay et al., 1987) favorecieron significativamente la intervención familiar (1 ECA, n= 142, DM -3,60; IC 95%: -5,82 a -1,38). A los 3 años encontraron que las puntuaciones totales de la PANSS (1 ECA, n= 149, DM -10,20, IC 95% -13,6 a -6,9), con una alta heterogeneidad ($I^2= 100\%$), las puntuaciones de cambio positivo de PANSS (1 ECA, n= 142, DM -2,00, IC 95% -3,49 -0,51, p= 0,01) y las puntuaciones de cambio negativo de PANSS (1 ECA, n= 142, DM -4,00, IC 95% -5,81 a -2,19) favorecieron significativamente la intervención familiar grupo comparado con el grupo de control.

Varias revisiones sistemáticas (Hunt 2019, Kisely 2017, Kinoshita 2013, Malone 2007) analizaron el estado mental pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas al estado mental en las intervenciones evaluadas en otras revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Buckley 2015, Dieterich 2017, Jones 2018, Malmberg 2001, Murphy 2015, Pharoah 2010, Rampling 2016) (Anexo 16 y Anexo 18).

- Estado global/Funcionamiento

HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie et al., 2015): En el estado global (no mejoría clínica) medida con la CGI (Guy et al., 1976), a los seis meses de seguimiento encontraron que más participantes mostraron una mejoría clínica en el estado global estadísticamente significativa en el grupo de entrenamiento en habilidades sociales en comparación con el grupo de atención estándar (1 ECA, n= 67, RR 0,29, IC 95% 0,12 a 0,68, evidencia de muy baja calidad). Encontraron a las ocho semanas de seguimiento una diferencia significativa a favor del entrenamiento en habilidades sociales para el estado de rehabilitación (escala MRSS) (Affleck & McGuire, 1984) del participante (1 ECA, n=112, RR -10,60, IC 95% -17,47 a -3,73). Se encontraron diferencias significativas entre las habilidades sociales y la atención estándar en todas las escalas que midieron el funcionamiento social (SDSS) (WHO et al., 1988): 2 ECA, n=252, DM -1,5 (-2,39, -0,61) a las ocho semanas y DM -10 (-11,35, -8,65) a los 12 meses, valor p no reportado; SAD (Watson et al., 1969): 1 ECA, n=143, DM -16,00 (-17,04 a -14,96) a los doce meses, valor p no reportado; SSPI (Guo et al., 1995): 1 ECA, n=67, DM -6,06 (-7,17 a -4,95) a los seis meses, valor p no reportado; DAS: 1 ECA, n=120, DM -6,8 (-10,52 a -3,08) a las veintiséis semanas, valor p no reportado.

TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley et al., 2015): Para el deterioro social, medido mediante la SBAS (Platt et al., 1980), a largo plazo se encontró una ventaja estadísticamente significativa para la terapia de apoyo, en comparación con la terapia familiar (1 ECA, n= 39, RR 1,46, IC 95% 1,04 a 2,04).

TERAPIA DE APOYO MÁS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES (Buckley et al., 2015): Para las “actividades de tiempo libre” de la KAS (Katz et al., 1963), se encontró una ventaja estadísticamente

significativa para la terapia de apoyo más el entrenamiento de habilidades, en comparación con el entrenamiento de habilidades sólo (1 ECA, n= 80, DM 0,10, IC 95% 0,02 a 0,18).

RAZONAMIENTO Y REHABILITACIÓN (R&R) versus TRATAMIENTO HABITUAL (Darmedru et al., 2017): En el grupo R&R vs control de Cullen et al. (2012), se observó una mejora estadísticamente significativa en la resolución de problemas sociales (dES (0,69) = -3,0, p= 0,01). En el grupo R&R vs control, hubo una mejora estadísticamente significativa en las subescalas Crime Pics II (Frude et al., 1994) de “actitud general hacia la ofensa” y “anticipación a la reincidencia” (dES (0,46) = -4,0, p=0,01) y (dES (0,46)= -1,6, p=0,03) respectivamente, después de descartar factores de confusión. Los efectos se mantuvieron doce meses después del tratamiento.

ENTRENAMIENTO EN COGNICIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL (SCIT) + TRATAMIENTO HABITUAL versus TRATAMIENTO HABITUAL SÓLO (Darmedru et al., 2017): En el estudio de Wang 2013, hubo efectos significativos entre grupos sobre el funcionamiento social (PSP) (Juckel et al., 2014) con efectos dentro del grupo más grandes en el grupo SCIT frente al grupo control ((F (1,38) = 30,88, p <0,001, η^2 p= 0,46), con efectos del tratamiento con SCIT después de 6 meses (p <0,001), no se proporciona más información.

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): En el funcionamiento global a corto plazo hubo diferencias significativas a favor de la GIC (4 ECA, n=797, DM 2,07, IC 95%: 0,28 a 3,86), y a largo plazo (5 ECA, n=818, DM 3,41, IC 95% 1,66 a 5,16), a medio plazo no hubo diferencias significativas (3 ECA, n= 722, DM 0,09, IC 95% -3,11 a 3,28). No hubo una ventaja significativa para GIC en medida de resultado de no empleado al final del ensayo, aunque los datos sugirieron una tendencia a favor de la GIC (4 ECA, n= 1136, RR 0,89, IC 95% 0,79 a 1,0), tampoco a largo plazo (4 ECA, n= 1129, RR 0,70, IC 95% 0,49 a 1,00, con un grado de evidencia muy bajo). Hubo una diferencia significativa entre los grupos, que favoreció a la GIC para reducir el riesgo de "no trabajar o no estudiar" en comparación con la atención estándar (1 ECA, n= 547, RR 0,86, IC 95% 0,74 a 0,99), con una heterogeneidad alta (I^2 = 100%). Hubo una reducción significativa en la tasa de personas sin hogar en el grupo de GIC a corto plazo (1 ECA, n= 95, RR 0,04; IC95%: 0,00 a 0,70). No hubo diferencias significativas entre los grupos en la tasa de personas sin hogar a medio plazo

(1 ECA, n= 88, RR 0,32, IC 95% 0,03 a 2,95), ni a largo plazo (3 ECA, n= 418, RR 0,78, IC 95% 0,34 a 1,82). Hubo una ventaja significativa para la GIC en la reducción del número de participantes que no vivían de forma independiente (5 ECA, n= 1303, RR 0,80; IC 95%: 0,66 a 0,97), con heterogeneidad ($I^2= 31\%$). La incidencia de no vivir de forma independiente fue menor en el grupo GIC en comparación con el grupo de atención estándar a largo plazo (4 ECA, n= 1185, RR 0,65; IC 95%: 0,49 a 0,88), con una heterogeneidad moderada ($I^2= 44\%$). Hubo una reducción significativa del número de participantes que no vivían en un alojamiento estable en el grupo GIC a largo plazo (1 ECA, n= 168, RR 0,80, IC 95% 0,65 a 0,98), con una heterogeneidad moderada ($I^2= 31,17\%$). En el seguimiento a medio plazo (3 años) del alojamiento: número medio de días en vivienda de apoyo se encontró una diferencia significativa entre la GIC y la atención estándar a favor de la atención estándar sobre la GIC (1 ECA, n= 547, DM -22,2, IC 95%: -38,47 a -5,93). Respecto al funcionamiento social, a largo plazo encontraron una diferencia significativa para la escala ISSI (Henderson et al., 1980; Unden et al., 1989) entre los grupos que favorecían la GIC sobre la atención estándar (1 ECA, n= 62, DM 3,20, IC 95% 0,11 a 6,29) y también para la RFS (Green et al., 1987) (1 ECA, n= 80, DM -2,35, IC 95%, -4,05 a -0,65).

TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO/GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt et al., 2019): En el funcionamiento social, en el funcionamiento de roles (RFS) (Green et al., 1987) no hubo diferencias a los seis meses (DM -0,78, IC 95% -2,91 a 1,35) ni a los doce meses (1 ECA, n= 50, DM 0,70, IC 95% -1,56 a 2,96) aunque a los dieciocho meses hubo una diferencia significativa, favoreciendo al grupo de atención estándar (1 ECA, n= 29, DM -2,67; IC 95%: -5,28 a -0,06).

TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones et al., 2018): En el funcionamiento global medido con la GAF (Greenberg et al., 2005), a corto plazo hubo diferencias significativas a favor de la TCC (2 ECA, n=147, DM 9,02, IC 95% 4,29 a 13,75) pero no hubo diferencias a largo plazo (3 ECA, n=175, DM 5,42, IC 95% -0,37, 11,20). Respecto a “sin mejoría clínicamente importante” hubo un efecto positivo a favor de la TCC a corto plazo (2 ECA, n= 87, RR 0,75, IC 95% 0,58 a 0,99) pero no lo hubo a medio (3 ECA, n= 195, RR 0,84, IC 95% 0,58 a 1,23) ni a largo plazo (4 ECA, n= 249, RR 0,82, IC 95% 0,67 a 1,01). En la escala de rendimiento personal y social a medio plazo hubo un efecto positivo a favor de la TCC

(1 ECA, n= 162, DM 6,72, IC 95% 2,18 a 11,26) así como a largo plazo (1 ECA, n= 168, DM 9,35, IC 95% 4,66 a 14,04).

TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones et al., 2018): En relación a “sin mejoría clínicamente importante” hubo un efecto positivo a favor de la TCC a medio plazo (1 ECA, n= 62, RR 0,53, IC 95% 0,33 a 0,86) y a largo plazo (1 ECA, n= 90, RR 0,60, IC 95% 0,39 a 0,94).

EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita et al., 2013): Hubo una diferencia estadísticamente significativa para el empleo con apoyo sobre otros enfoques vocacionales para los días de empleo competitivo (1 ECA, n= 204, DM 70,63, IC 95%: 43,22 a 98,04), para los días en cualquier forma de empleo remunerado a largo plazo (2 ECA, n=510, DM 84,94; IC 95% 51,99 a 117,89) y también para la permanencia en un empleo competitivo (semanas) a largo plazo (1 ECA, n=204, DM 9,86; IC 95%: 5,36 a 14,36). Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el empleo con apoyo y otros enfoques vocacionales para la obtención de un trabajo competitivo durante el estudio (7 ECA, n=951, RR 3,24, IC 95% 2,17 a 4,82, con un grado de evidencia muy bajo) con una alta heterogeneidad ($I^2 = 74\%$).

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA VISIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD (Malmberg et al., 2001): Los datos sobre la capacidad para realizar las principales tareas del hogar (1 ECA, n= 164, RR 1,1, IC 95% 1,0 a 1,3) casi alcanzaron significación estadística.

INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): En el funcionamiento social, el grupo de intervención en crisis fue significativamente más "sociable" a los seis meses (1 ECA, n= 120, RR 0,43, IC 95% 0,30 a 0,64).

INTERVENCIONES FAMILIARES EN GRUPO versus INTERVENCIONES FAMILIARES INDIVIDUALES (> 5 sesiones) (Pharoah et al., 2010): Más personas asignadas a la intervención familiar individual pudieron vivir de forma independiente en comparación con las que habían sido asignadas al azar a la intervención familiar grupal (1 ECA, n= 23; RR 2,18, IC 95%, 1,1 a 4,4).

CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah et al., 2010): No hubo diferencias significativas entre los grupos según el programa de evaluación de la discapacidad social (SDSS) (WHO et al., 1988) (1 ECA, n= 150, DM -0,51, IC 95% -1,38, 0,36) a los dos años. Sin embargo, a los tres años, los resultados favorecieron la intervención familiar (1 ECA, n= 150, DM -1,94, IC 95% -2,90 a -1,0).

La revisión sistemática de Kisely et al. (2017), analizó el funcionamiento pero no encontró evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas al funcionamiento en las intervenciones evaluadas en otras revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Buckley 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Jones 2018, Kinoshita 2013, Malmberg 2001, Murphy 2015, Pharoah 2010) (Anexo 16 y Anexo 18).

- Recaída

HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie et al., 2015): Se encontraron diferencias significativas entre las habilidades sociales y la atención estándar en la recaída con un seguimiento entre seis y doce meses, las tasas de recaída fueron más bajas para las habilidades sociales en comparación con la atención estándar (2 ECA, n= 263; RR 0,52; IC 95% 0,34 a 0,79, con una certeza de evidencia muy baja). Los resultados mostraron heterogeneidad ($I^2 = 40,38\%$).

GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt et al., 2019): En la recaída entendida como hospitalizado seis meses después de la asignación al azar, fueron más bajas en el grupo intervención en comparación con el grupo de atención estándar (1 ECA, n= 176, RR 0,21, IC 95% 0,05 a 0,93, con un grado de evidencia moderado).

Varias revisiones sistemáticas (Buckley 2015, Pharoah 2010, Jones 2018) analizaron la recaída pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas a la recaída en

las intervenciones evaluadas en dos revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Hunt 2019) (Anexo 16 y Anexo 18).

- Recuperación

La revisión sistemática de MacInnes 2019, analizó la recuperación, pero no se encontró evidencia respecto a las intervenciones evaluadas (Anexo 18).

- Bienestar, calidad de vida y satisfacción con la vida

HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie et al., 2015): A las ocho semanas de seguimiento, la escala de bienestar general (GWB) (Dupuy et al., 1977) mostró una diferencia significativa a favor del entrenamiento en habilidades sociales (1 ECA, n= 112, DM -7,60, IC 95% -12,18 a -3,02, con una certeza evidencia muy baja).

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): En relación al bienestar general mediante la entrevista de calidad de vida (QOLI) (Lehman et al., 1988), mostraron una diferencia en la calidad de vida en el grupo de GIC a corto plazo (1 ECA, n= 125, DM 0,53, IC 95% 0,09 a 0,97), pero no hubo diferencias significativas a largo plazo para la QOLI (2 ECA, n= 132, DM 0,09, IC 95% -0,24 a 0,42).

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES (TBCS) versus TH (MacInnes et al., 2016): Se informó de mejores puntuaciones de calidad de vida después del tratamiento y seis meses después del tratamiento.

INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): Para la calidad de vida a los tres meses mediante la escala Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe et al., 1999) no hubo diferencias significativas (1 ECA, n= 226, DM -1,5, IC 95% -5,15 a 2,15). A los tres meses mediante la escala MANSA (formato corto) encontraron una calidad de vida significativamente mejor para el grupo de intervención en crisis que para el grupo de atención estándar (1 ECA, n= 28, DM 0,70, IC 95% 0,14 a 1,26).

La revisión sistemática de Buckley et al. (2015) analizó el bienestar y 4 revisiones (Hunt 2019, Jones 2018, Pharoah 2010, Reilly 2013) la calidad de vida, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas a la calidad de vida en las intervenciones evaluadas en otras revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Dieterich 2017, Kinoshita 2013) (Anexo 16 y Anexo 18).

- Insight

TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones et al., 2018): Para el inventario de evaluación del insight (SAI) (David et al., 1990) a largo plazo se encontró un efecto a favor de la TCC (1 ECA, n=168, DM 1,55, IC 95% 0,38 a 2,72).

No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas a la calidad de vida en las intervenciones evaluadas en las revisión sistemática de Jones et al. (2018) (Anexo 16 y Anexo 18).

- Autoestima

HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie et al., 2015): La escala de autoestima (RSES) (Rosenberg et al., 1965) mostró una diferencia significativa a favor del entrenamiento en habilidades sociales (1 ECA, n= 112, DM -8,3, IC 95%: -10,07 a -6,53).

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES versus TH (MacInnes et al., 2019): El grupo de intervención de psicoeducación versus tratamiento habitual (Aho-Mustonen 2011) informó niveles significativamente más altos de autoestima después del tratamiento, aunque esta diferencia no se mantuvo en la evaluación de 3 meses después del tratamiento (1 ECA, n= 39, DM 0,4, media post tratamiento (DE): I: 29,7 (3,6) y C: 29,3 (2,9)).

La revisión sistemática de Buckley et al. (2015) analizó la autoestima, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas (Anexo 18).

- Ira

Dos revisiones sistemáticas (Jones 2018, MacInnes 2019) analizaron la ira, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas (Anexo 18).

e) Servicio de salud y tratamiento

- Ingresos hospitalarios y altas

HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie et al., 2015): En la rehospitalización se encontraron a los 12 meses de seguimiento fueron más bajas con una significancia estadística para las habilidades sociales en comparación con la atención estándar (1 ECA, n= 143, RR 0,53, IC 95% 0,30 a 0,93 con una certeza de evidencia muy baja).

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): Encontraron que la duración de la hospitalización se redujo significativamente en el grupo de GIC (24 ECA n= 3595, DM - 0,86, IC 95% -1,37 a - 0,34), pero el nivel de heterogeneidad fue alto ($I^2= 74\%$). En relación a los ingresos en el hospital a largo plazo, durante los 12 meses anteriores mostraron un efecto significativo a favor del grupo de GIC (1 ECA, n= 547, RR 0,67, IC 95% 0,52 a 0,86). En relación a la medida de resultado “no permanecer en contacto con los servicios” mostraban una diferencia significativa a favor del grupo de GIC a medio plazo (3 ECA, n= 1063, RR 0,51 IC 95% 0,36 a 0,71), presentando heterogeneidad ($I^2= 33,7\%$) y a largo plazo (5 ECA, n= 475, RR 0,27, IC 95% 0,11 a 0,66), mostrando heterogeneidad ($I^2= 44,33\%$).

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS (Dieterich et al., 2017): En relación a la medida de resultado “no permanecer en contacto con los servicios” mostraban una diferencia significativa a favor del grupo de GIC a medio plazo (1 ECA, n= 73, RR 0,27; IC 95%: 0,08 a 0,87). En cambio, no fue significativo a largo plazo (3 ECA, n= 1182, RR 0,82, IC 95% 0,34 a 1,98) ni en seguimiento a medio plazo (18 meses) (1 ECA, n= 251, RR 0,42, IC 95% 0,17 a 1,05).

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg et al., 2001): Encontraron que más participantes en el grupo de psicoterapia no eran elegibles para el alta en comparación con los participantes que sólo recibieron medicación (1 ECA, n= 94, RR 8,35, IC 95% 2,0 a 34,3, con un grado de evidencia bajo).

EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus CUIDADO ESTÁNDAR (Malone et al., 2007): Se encontró que las tasas de ingreso al hospital fueron significativamente inferiores en el grupo de CMHT (3 ECA, n= 587, RR 0,81, IC 95% 0,67, 0,97) en comparación con los que recibieron atención estándar.

INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): A los tres meses, hubo un número significativamente menor de participantes reingresados después de la crisis inicial para el brazo de crisis que para el brazo estándar (1 ECA, n= 260, RR, 0,53, IC 95% 0,41 a 0,68). A los seis meses a hubo menos participantes reingresados para el brazo de crisis que para el brazo estándar (2 ECA, n= 369, RR 0,75 IC 95% 0,50 a 1,13, grado de evidencia alto), hubo heterogeneidad a los seis meses ($I^2= 79,96\%$)

CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (>5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah et al., 2010): El número total de días en el hospital a los tres meses fue significativamente menor en el grupo de intervención familiar (1 ECA, n= 48, DM -6,67, IC 95% -11,6 a -1,8), no obstante, los datos fueron asimétricos.

ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly et al., 2013): Para el segundo año, la proporción de participantes hospitalizados en psiquiatría fue significativamente menor en el grupo de intervención que en el grupo de atención estándar: 35% vs. 47%, (1 ECA, n= 306, RR 0,75, IC 95% 0,57 a 0,99, grado de evidencia bajo). Para el tercer año, la proporción fue nuevamente menor, pero no estadísticamente significativa (1 ECA, n= 306, RR 0,73, IC 95% 0,53 a 1,01). Durante el segundo y tercer año, la proporción de participantes hospitalizados por cualquier motivo fue menor en la intervención que en el grupo de atención estándar al segundo año, aunqueno fue significativo (1 ECA, n= 306, RR 0,83, IC 95% 0,65 a 1,04) y al tercer año hubo una significancia estadística (1 ECA, n= 306, RR 0,70, IC 95% 0,53 a 0,93).

Varias revisiones sistemáticas (Buckley 2015, Jones 2018, Kisely 2017, Kinoshita 2013) analizaron la hospitalización, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas a la hospitalización en las intervenciones evaluadas en otras revisiones sistemáticas (Dieterich 2017, Hunt 2019, Malmberg 2001, Murphy 2015, Reilly 2013) (Anexo 16 y Anexo 18).

- Contactos con servicios de salud mental

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): En las visitas domiciliarias recibidas a corto plazo hubo una diferencia significativa entre la GIC y la atención estándar en el número medio de visitas domiciliarias recibidas, lo que favorece al grupo de GIC (1 ECA, n= 62, DM 4,32, IC 95% 3,42 a 5,22).

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (Dieterich et al., 2017): Hubo a medio plazo una diferencia significativa a favor del grupo de GIC (n = 73, 1 ECA, RR 0,27, IC 95% 0,08 a 0,87)

INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): En el número de días en atención de agudos, definida como el ingreso en el hospital o en un hogar de crisis después de la crisis inicial, hubo significativamente menos días de atención aguda después de la crisis (1 ECA, n= 260, DM -10,30, IC 95%: -14,77 a -5,83) aunque los datos a los seis meses no fueron significativos (2 ECA, n= 365, DM -10,54, IC 95% -26,49 a 5,42).

Dos revisiones sistemáticas (Hunt 2019, Malone 2007) analizaron los contactos con servicios de salud mental pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas a los contactos con servicios de salud mental en las intervenciones evaluadas en dos revisiones sistemáticas (Dieterich 2017, Murphy 2015) (Anexo 16 y Anexo 18).

- Uso de contenciones físicas o aislamiento

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES versus TH (MacInnes et al., 2019): Para la terapia breve centrada en soluciones (TBCS) versus TH de la revisión sistemática de MacInnes et al. (2016) se informó de menos contenciones físicas para el grupo de intervención (I: 22, C: 35, Dif.: -13). Hubo un número reducido de aislamientos para el grupo de intervención durante el período de seguimiento de 6 meses (I: 9, C:37, Dif.: -28).

- Uso de medicación

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg et al., 2001): Encontraron menos participantes en los grupos de psicoterapia que necesitaban medicación adicional en comparación con los que recibieron medicación a los 12 meses (1 ECA, n= 94, RR 0,64, IC 95% 0,50 a 0,81, grado de evidencia bajo) y también a los tres años de seguimiento (1 ECA, n= 94, RR 0,85, IC 95% 0,75 a 0,96, con un grado de evidencia bajo).

Dos revisiones sistemáticas (Hunt 2019, Buckley 2015) analizaron el uso de medicación, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas al uso de medicación en las intervenciones evaluadas en la revisión sistemática de Malmberg et al. (2001) (Anexo 16 y Anexo 18).

- Cumplimiento

TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley et al., 2015): El cumplimiento fue significativamente peor entre los que recibieron terapia de apoyo que los del grupo de terapia familiar (1 ECA, n= 39, RR 2,63, IC 95% 1,30 a 5,35).

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): En el no cumplimiento con la medicación a largo plazo hubo una diferencia significativa a favor del grupo de GIC (1 ECA, n= 71, RR 0,35; IC 95% 0,15 a 0,81).

ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt et al., 2019): Los participantes en el grupo de entrevistas motivacionales tenían más probabilidades de asistir a su primera cita (1 ECA, n=93, RR 0,69, IC 95% 0,53 a 0,90) en comparación con los que recibieron atención estándar.

TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC) versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones et al., 2018): Respecto al cumplimiento a corto plazo observaron un efecto positivo hacia la TCC en el cuestionario de actitud hacia la medicación (1 ECA, n=74, DM 4,50, IC 95% 2,17 a 6,83) y en el Inventario de Actitudes hacia los Medicamentos (DAI) (Hogan et al., 1983), a corto plazo (1 ECA, n= 63, DM 5,70, IC 95% 2,05 a 9,35) pero no a largo plazo para el DAI (1 ECA, n= 50, DM -2,10, IC 95% -6,11 a 1,91).

Dos revisiones sistemáticas (Kisely 2017, Pharoah 2010) analizaron el cumplimiento, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas al cumplimiento en las intervenciones evaluadas en varias revisiones sistemáticas (Buckley 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Jones 2018) (Anexo 16 y Anexo 18).

- Satisfacción con el servicio o la atención

TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley et al., 2015): Encontraron una diferencia significativa en los participantes del grupo de otras terapias que tenían menos probabilidades de estar insatisfechos (1 ECA, n= 45; RR 3,19, IC 95% 1,01 a 10,7, con una certeza de evidencia muy baja).

TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley et al., 2015): Se encontró una diferencia significativa entre los grupos de tratamiento, las personas que recibieron TCC tenían menos probabilidades de estar insatisfechas (1 ECA, n= 45, RR 3,19, IC 95% 1,01 a 10,07, con una certeza de evidencia muy baja).

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): En relación a la satisfacción de los participantes mediante el cuestionario de satisfacción del cliente (CSQ) (Larsen et al., 1979), encontraron que la satisfacción de los participantes evaluada con el CSQ fue significativamente mayor en el grupo de GIC en comparación con el grupo de atención estándar en las tres evaluaciones de períodos de tiempo, a corto plazo (1 ECA, n= 61, DM 6,20, IC 95% 2,6 a 9,8), a medio plazo (2 ECA, n= 500, DM 1,93, IC 95% 0,86 a 3,0) y a largo plazo (2 ECA, n= 423, DM 3,23, IC 95% 2,31 a 4,14).

EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus CUIDADO ESTÁNDAR (Malone et al., 2007): Encontraron significativamente menos personas en el grupo de CMHT que no estaban satisfechas con los servicios en comparación con las que recibieron atención estándar (1 ECA, n= 87; RR 0,37, IC 95% 0,18 a 0,79).

INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): A los doce meses, significativamente menos personas en los grupos de atención de intervención en crisis se sintieron "sin mejoría" (1 ECA, n= 119, RR 0,48, IC 95% 0,31 a 0,74) en comparación con el grupo de atención estándar. Los datos favorecieron significativamente al grupo de atención de intervención en crisis en lo que respecta a la insatisfacción con el nivel de tratamiento recibido (1 ECA, n= 119, RR 0,66, IC 95% 0,50 a 0,88) o sentirse menos capaz de afrontar la situación que antes del tratamiento (1 ECA, n= 119, RR 0,36, IC 95% 0,21 a 0,62). Más personas asignadas a la atención estándar sintieron que hubieran preferido el tratamiento comunitario en comparación con el número de pacientes con atención de intervención en crisis que prefirieron haber recibido atención hospitalaria (1 ECA, n= 119, RR 0,46, IC 95% 0,27 a 0,77). Hubo un pequeño efecto que indicaba que más pacientes con atención de intervención en crisis sentían que necesitarían ayuda adicional en el futuro, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (1 ECA, n= 119, RR 1,48 0,88 a 2,48). Se encontró diferencias significativas a favor del grupo de atención de intervención en crisis a los seis meses (1 ECA, n= 115, DM 5,10, IC 95% 3,16 a 7,04), a los doce meses (1 ECA, n= 121, DM 4,80, IC 95% 3,11 a 6,49) y también a los 20 meses (1 ECA, n= 137, DM 5,40, IC 95% 3,91 a 6,89).

La revisión sistemática de Kisely et al. (2017) analizó la satisfacción, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas la satisfacción en las intervenciones evaluadas en otras revisiones sistemáticas (Buckley 2015, Dieterich 2017, Murphy 2015) (Anexo 16 y Anexo 18).

f) Contactos policiales o con el sistema de justicia

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): Contacto con la policía a corto plazo no reveló diferencias significativas en la tasa de contacto con la policía entre los grupos de tratamiento (1 ECA, n= 61, RR 2,57, IC 95% 0,73 a 9,04). A medio plazo, hubo una diferencia significativa en el grupo de GIC en la reducción del número de contactos con la policía (1 ECA, n= 88, RR 0,23, IC 95% 0,09 a 0,55).

EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus CUIDADO ESTÁNDAR (Malone et al., 2007): Los participantes del grupo CMHT tuvieron significativamente más contacto con la policía en comparación con los que recibieron atención estándar (2 ECA, n= 255, RR 2,07, IC 95% 1,08 a 3,97), aunque los datos fueron heterogéneos ($I^2= 53\%$).

Varias revisiones sistemáticas (Hunt 2019, Kisely 2017, MacInnes 2019, Murphy 2015) analizaron los contactos policiales o con el sistema de justicia, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas los contactos policiales o el sistema de justicia en las intervenciones evaluadas en la revisión sistemática de Dieterich et al. (2017) (Anexo 16 y Anexo 18).

g) Costes económicos: directos o indirectos

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): Los costes directos a medio plazo de la atención hospitalaria psiquiátrica con

datos asimétricos, pero con un tamaño de muestra superior a 200 mostraron un resultado significativo favorable a la GIC (2 ECA, n= 426, DM USD-143,74, IC 95% -272,40 a -15,08). Los costes directos a largo plazo de la atención de la salud con datos asimétricos, con un tamaño de muestra superior a 200 mostraron que los resultados no fueron concluyentes (2 ECA, n= 873, DM USD -529,24, IC 95%: -2143,59 a 1085,1), eran muy heterogéneos ($I^2= 94\%$) con inconsistencia en la dirección del efecto.

CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah et al., 2010): Falloon et al. (1981) refirió que los costes generales del enfoque familiar, después de un año, fueron aproximadamente un 20% menores que los de la condición de control (Cardin et al., 1985). En Tarrier et al. (1988) hubo una disminución del 27% en el coste medio por paciente en el grupo de intervención familiar. En Xiong et al. (1994), la intervención resultó en un ahorro neto del 58% del ingreso anual per cápita (en China).

Varias revisiones sistemáticas (Hunt 2019, Kinoshita 2013, Murphy 2015, Reilly 2013) analizaron los costes económicos, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas a los costes económicos en las intervenciones evaluadas en la revisión sistemática de Dieterich et al. (2017) (Anexo 16 y Anexo 18).

h) Eventos adversos: cualquier evento adverso general o efecto adverso específico

TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones et al., 2018): Los participantes del grupo de TCC presentaron menos efectos adversos a corto plazo (1 ECA, n=120, RR 1,36, IC 95% 1,04, 1,79), pero no a largo plazo (1 ECA, n= 198, RR 0,95, IC 95% 0,87 a 1,03), ni para la muerte cualquier causa como evento adverso (3 ECA, n= 302, RR 0,94, IC 95% 0,19 a 4,56).

Varias revisiones sistemáticas (Buckley 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Malone 2007, Reilly 2013) analizaron los eventos adversos, pero no encontraron evidencia

respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas a los eventos adversos en las intervenciones evaluadas en la revisión sistemática de Jones et al. (2018) (Anexo 16 y Anexo 18).

i) Abandono temprano del estudio

TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley et al., 2015): Las razones relacionadas con el tratamiento para abandonar el estudio temprano fueron significativamente peores en el grupo de terapia de apoyo (2 ECA, n= 151; RR 2,15, IC 95% 1,07 a 4,31).

TERAPIA DE APOYO versus PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA (Buckley et al., 2015): A medio plazo (13 a 26 semanas), las personas del grupo de terapia psicodinámica tenían más probabilidades de abandonar el estudio antes que las del grupo de terapia de apoyo (1 ECA, n= 164, RR 0,62, IC 95% 0,42 a 0,91). Sin embargo, según el seguimiento a largo plazo (más de 26 semanas), las diferencias ya no fueron significativas (1 ECA, n= 164, RR 0,89, IC 95% 0,73 a 1,09).

TERAPIA DE APOYO versus COMBINACIÓN DE OTRAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES (Buckley et al., 2015): El número de personas que abandonaron el estudio temprano por razones relacionadas con el tratamiento fue significativamente mayor en el grupo de terapia de apoyo que en el grupo de combinación (1 ECA 1, n= 50, RR 8,67, IC 95% 1,17 a 64,26).

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich et al., 2017): En abandono temprano del estudio a corto plazo no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento para el número de participantes que abandonaron temprano el estudio (5 ECA, n= 598, RR 0,79 IC 95% 0,44 a 1,41), se encontró que el riesgo de abandonar el estudio antes de tiempo fue menor para los participantes del grupo GIC a medio plazo (8 ECA, n= 1699, RR 0,60, IC 95% 0,51 a 0,70) y a largo plazo (13 ECA, n= 1798, RR 0,68, IC 95% 0,58 a 0,79, con un grado de evidencia bajo). En el seguimiento a medio plazo (3 años) no hubo diferencias significativas entre la GIC y la atención estándar (1 ECA, n= 547, RR 1,01 IC 95% 0,84, 1,21), ni en el seguimiento a largo plazo (8 años) (1 ECA, n= 547, RR 0,88, IC 95% 0,70, 1,09).

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC) (Dieterich et al., 2017): A largo plazo se encontró que el riesgo de abandonar el estudio antes de tiempo fue menor para los participantes del grupo GIC (7 ECA, n= 1970, RR 0,70, IC 95% 0,52 a 0,95).

GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt et al., 2019): No encontraron diferencias en la pérdida del tratamiento entre cuatro y ocho semanas (2 ECA, n= 49, RR 0,34, IC 95% 0,04 a 2,81). Sin embargo, las personas asignadas al grupo de gestión de contingencias tenían más probabilidades de no completar el período de tratamiento (abandono temprano del estudio) que los participantes del grupo de atención estándar a los tres meses (2 ECA, n= 255, RR 1,55, IC 95% 1,13 a 2,11, con grado de evidencia moderado).

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt et al., 2019): No hubo diferencias en la pérdida por tratamiento entre los grupos de entrenamiento de habilidades y atención estándar a los tres meses (3 ECA, n= 461, RR 0,97, IC 95% 0,68, 1,36). A los seis meses encontraron una probabilidad un 51% mayor de que los participantes se perdieran por el tratamiento del grupo de atención estándar que fue claramente más que el grupo de entrenamiento de habilidades (2 ECA, n= 94, RR 0,49, IC 95%, 0,24 a 0,97), pero no a los doce meses (3 ECA, n= 122, RR 1,42, IC 95% 0,20 a 10,10, con un grado de evidencia muy bajo). Por el contrario, a los dieciocho meses encontraron una diferencia entre los grupos de tratamiento en los que los participantes que recibieron capacitación en habilidades tenían el doble de probabilidades de perderse (2 ECA, n= 75, RR 2,60, IC 95% 1,36 a 4,97).

EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita et al., 2013): No hubo diferencias significativas entre los grupos para abandonar el estudio temprano a corto plazo (1 ECA, n= 92, RR 0,33, IC 95% 0,01 a 7,98) o medio plazo (2 ECA, n= 191, RR 1,92, IC 95% 0,98 a 3,76). A largo plazo, hubo una diferencia estadísticamente significativa a favor del empleo con apoyo sobre otros enfoques vocacionales (10 ECA, n= 1973, RR 0,66, IC 95% 0,52 a 0,84) con heterogeneidad ($I^2 = 34\%$).

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA VISIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD (Malmberg et al., 2001): Las personas que recibieron el enfoque psicodinámico tuvieron más probabilidades de

continuar en el estudio que las asignadas a la terapia adaptativa a la realidad a los seis meses (1 ECA, n= 164; RR 0,46, IC 95% 0,31 a 0,68), a los doce meses (1 ECA, n= 164, RR 0,46, IC 95% 0,34 a 0,62) y a los veinticuatro meses (1 ECA, n= 164, RR 0,54, IC 95% 0,44 a 0,67).

INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy et al., 2015): A los tres meses, no hubo diferencias entre los grupos de tratamiento en el abandono temprano del estudio (3 ECA, n= 463, RR 0,80, IC 95% 0,55 a 1,15). Se encontraron diferencias significativas a favor del grupo de atención estándar para los datos agrupados a los seis (5 ECA, n= 718, RR 0,73, IC 95% 0,55 a 0,97) y a los doce meses (4 ECA, n= 594, RR 0,74, IC 95% 0,56 a 0,98). A los veinte meses, se encontró un efecto muy leve pero no estadísticamente significativo a favor de la intervención en crisis (3 ECA, n= 475, RR 0,78, IC 95% 0,57 a 1,06).

ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly et al., 2013): La proporción que abandonó el estudio temprano para el seguimiento final en el tercer año fue mayor pero no significativo en el grupo de intervención que para la atención estándar (1 ECA, n= 330, RR 1,71, IC 95% 0,77 a 3,79).

Varias revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Jones 2018, Pharoah 2010) analizaron el abandono temprano de estudio, pero no encontraron evidencia respecto a las intervenciones evaluadas. No se halló evidencia respecto al resto de variables asociadas al abandono temprano de estudio en las intervenciones evaluadas en otras revisiones sistemáticas (Buckley 2015, Hunt 2019, Kinoshita 2013, Malmberg 2001, Malone 2007) (Anexo 16 y Anexo 18).

Los autores de dos revisiones sistemáticas no realizaron un análisis por los siguientes motivos:

INTERVENCIÓN DE CRISIS (equipos móviles) versus INTERVENCIÓN DE CRISIS (residencial) (Murphy et al., 2015): Un objetivo de la revisión según los autores fue comparar la intervención de crisis llevada a cabo por equipos móviles en los hogares de los pacientes con la intervención de crisis que tiene lugar en unidades residenciales

similares a las de un hogar. No pudieron realizar esta comparación, ya que los estudios hacían comparaciones entre equipos móviles o unidades residenciales y la atención estándar, generalmente el ingreso hospitalario.

EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES. Análisis de subgrupo: EMPLEO CON APOYO AUMENTADO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita et al., 2013): No realizaron el análisis ya que los autores mencionaron que el análisis de subgrupos no resultó útil para explorar la efectividad del empleo con apoyo.

Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas por categorías

Con el fin de proporcionar un mapa de evidencia las intervenciones, éstas fueron clasificadas en categorías basadas en las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas (Anexo 19), aquellas conclusiones que no contemplaron las variables principales de este estudio, violencia auto o heterodirigida, se incluyó una clasificación y comentario en base a los resultados de las revisiones sistemáticas.

En relación a la violencia auto o heterodirigida, en 11 revisiones sistemáticas (Almerie 2015, Buckley 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Jones 2018, Kisely 2017, Kinoshita 2013, Malmberg 2001, Murphy 2015, Pharoah 2010 y Reilly 2013) no hubo conclusiones posibles debido a la falta de evidencia ya que no había evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención, en cambio, en el caso de 6 revisiones sistemáticas (Ballesteros 2020, Darmedru 2017, Donker 2013, MacInnes 2019, Malone 2007, Rampling 2016) incluían intervenciones prometedoras ya que existía alguna evidencia de efectividad; no obstante, se necesitan más pruebas.

Las intervenciones prometedoras fueron las siguientes: la terapia cognitivo conductual de Ballesteros et al. (2020), la remediación cognitiva computarizada de Darmedru et al. (2017), la terapia dialéctico-conductual (DBT) de MacInnes et al. (2019) y la terapia asistida por animales (terapia asistida por equinos-EAP o terapia asistida por perros-CAP) de Rampling et al. (2016) para la violencia heterodirigida, y las intervenciones psicosociales de Donker et al. (2013) y los equipos comunitarios de salud mental (CMHT) de Malone et al. (2007) para la violencia autodirigida.

Discusión

Resumen de los principales resultados

Medidas de resultados primarias

Cuatro revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el manejo de la violencia heterodirigida, la terapia cognitivo conductual (Ballesteros et al., 2020), la remediación cognitiva computarizada (Darmedru et al., 2017), la terapia dialéctico-conductual (DBT) (MacInnes et al., 2019) y la terapia asistida por animales (Rampling et al., 2016) y dos revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el manejo de la violencia autodirigida, intervenciones psicosociales (Donker et al., 2013) y los equipos comunitarios de salud mental (CMHT) (Malone et al., 2007). Once revisiones (Almerie 2015, Buckley 2015, Dieterich 2017, Hunt 2019, Jones 2018, Kisely 2017, Kinoshita 2013, Malmberg 2001, Murphy 2015, Pharoah 2010 y Reilly 2013) no informaron de ningún beneficio debido a la falta de evidencia.

Medidas de resultados secundarias

Tres revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el manejo del comportamiento disruptivo/agitación, la remediación cognitiva computarizada y la remediación cognitiva específica (entrenamiento metacognitivo) (Darmedru et al., 2017), y la intervención en crisis (Murphy et al., 2015). Una revisión sistemática informó de intervenciones con un posible beneficio en el manejo de las ideas o pensamientos suicidas, intervenciones psicosociales (TCC+MED, programa de manejo de recuperación de enfermedad y la TCC (Donker et al., 2013). Una revisión sistemática informó de intervenciones con un posible beneficio en el manejo del consumo de sustancias, la gestión de contingencias, la entrevista motivacional y el entrenamiento en habilidades (Hunt et al., 2019), no obstante, el beneficio no se mantuvo en el tiempo en ningún caso.

Siete revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el estado mental: habilidades sociales (Almerie et al., 2015), terapia familiar,

no obstante, los autores creen que los datos informados en Levine et al. (1998) pueden haber sido informados incorrectamente (Buckley et al., 2015), remediación cognitiva computarizada y entrenamiento meta cognitivo (Darmedru et al., 2017), gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), intervenciones psicosociales (Donker et al., 2013), terapia de cognitivo conductual (Jones et al., 2018), intervención en crisis (Murphy et al., 2015), cualquier intervención familiar (> 5 sesiones) (Pharoah et al., 2010).

Nueve revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el estado global/funcionamiento: habilidades sociales (Almerie et al., 2015), terapia de apoyo y terapia de apoyo más entrenamiento en habilidades (Buckley et al., 2015), razonamiento y rehabilitación además de entrenamiento en cognición e interacción social (SCIT) + tratamiento habitual (Darmedru et al., 2017), gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), tratamiento comunitario asertivo/gestión intensiva de casos (Hunt et al., 2019), terapia de cognitivo conductual (Jones et al., 2018), empleo con apoyo (Kinoshita et al., 2013), psicoterapia psicodinámica orientada a la visión (Malmberg et al., 2001), intervención en crisis (Murphy et al., 2015), intervenciones familiares en grupo y cualquier intervención familiar (> 5 sesiones) (Pharoah et al., 2010). Dos revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en la recaída, habilidades sociales (Almerie et al., 2015), gestión de contingencias (Hunt et al., 2019). Cuatro revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el bienestar, la calidad de vida y la satisfacción con la vida: habilidades sociales (Almerie et al., 2015), gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), terapia breve centrada en soluciones (TBCS) (MacInnes et al., 2016), intervención en crisis (Murphy et al., 2015). Una revisión sistemática informó de una intervención con un posible beneficio en el insight: terapia de cognitivo conductual (Jones et al., 2018).

Dos revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en la autoestima: habilidades sociales (Almerie et al., 2015), psicoeducación (MacInnes et al., 2019).

Siete revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en los ingresos hospitalarios y altas: habilidades sociales (Almerie et al., 2015), gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), psicoterapia psicodinámica individual (Malmberg et al., 2001), equipos comunitarios de salud mental (CMHT) (Malone et al., 2007), intervención en crisis (Murphy et al., 2015), cualquier intervención familiar (>5

sesiones) (Pharoah et al., 2010), atención colaborativa (Reilly et al., 2013). Dos revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en los contactos con servicios de salud mental: gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), intervención en crisis (Murphy et al., 2015). Una revisión sistemática informó de una intervención con un posible beneficio en el uso de contenciones físicas o aislamiento: terapia breve centrada en soluciones (MacInnes et al., 2019). Una revisión sistemática informó de una intervención con un posible beneficio en el uso de medicación: psicoterapia psicodinámica individual (Malmberg et al., 2001). Cuatro revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el cumplimiento. terapia de apoyo (Buckley et al., 2015), gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), entrevista motivacional (Hunt et al., 2019), terapia de cognitivo conductual (TCC) (Jones et al., 2018).

Cuatro revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en la satisfacción con el servicio o la atención: terapia de apoyo (Buckley et al., 2015), gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), equipos comunitarios de salud mental (Malone et al., 2007), intervención en crisis (Murphy et al., 2015). Dos revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en los contactos policiales o con el sistema de justicia: gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), equipos comunitarios de salud mental (Malone et al., 2007). Tres revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en los costes económicos: gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), equipos comunitarios de salud mental (Malone et al., 2007), cualquier intervención familiar (> 5 sesiones) (Pharoah et al., 2010). Cinco revisiones sistemáticas informaron de intervenciones con un posible beneficio en el abandono temprano del estudio: terapia de apoyo (Buckley et al., 2015), gestión intensiva de casos (Dieterich et al., 2017), entrenamiento en habilidades (Hunt et al., 2019), empleo con apoyo (Kinoshita et al., 2013), psicoterapia psicodinámica orientada a la visión (Malmberg et al., 2001).

Calidad de la evidencia

De las revisiones sistemáticas incluidas, catorce de ellas fueron publicadas en los últimos diez años (después de 2011), la mayoría fueron revisiones Cochrane (n=13), lo que ha contribuido a que un gran número de revisiones sistemáticas (n=13) fuesen

calificadas como de alta confianza utilizando la herramienta AMSTAR-2. Respecto a la calidad de la evidencia evaluada en las revisiones sistemáticas, sólo la revisión sistemática de Darmedru et al. (2017) no evaluó la calidad de los estudios incluidos, mientras que el resto sí analizó la calidad de la evidencia de los estudios primarios. Asimismo, 11 revisiones sistemáticas reportaron un resumen de los resultados incluyendo la clasificación del sistema GRADE y se evaluó GRADE para las variables principales que no lo incluían.

Limitaciones

En la revisión global rápida se simplificaron algunos elementos necesarios para una revisión global completa de revisiones sistemáticas, no obstante, para reducir el riesgo de sesgo, se siguieron los criterios para realizar revisiones globales de revisiones sistemáticas del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, los criterios para las Revisiones Rápidas Cochrane y se desarrolló considerando los elementos principales del informe para revisiones sistemáticas de la declaración PRISMA 2020. (Garritty et al., 2020; Higgins et al., 2019; Page et al., 2021; Plüddemann et al., 2018). Tras realizar una búsqueda en diferentes bases de datos, no aplicándose restricciones en términos de idioma o fecha de publicación, se encontraron diecisiete revisiones sistemáticas. Pese a que se consideraron sólo los ensayos controlados aleatorios incluidos en las revisiones sistemáticas, es importante señalar que puede haber otro tipo de estudios que también aporten evidencia en este tema. En esta revisión global rápida, se ha trabajado principalmente con trabajos publicados, y sólo en un caso (Ballesteros 2020) se ha usado material no publicado por lo que se puede estar contribuyendo en un sesgo de publicación.

La mayoría de las revisiones sistemáticas fueron Cochrane, lo que permitió extraer una gran cantidad de información en relación a la población, intervenciones, controles y medidas de resultados. Respecto a la población, seis revisiones incluyeron algún estudio con participantes de 16 años o más, el de Buckley et al. (2015) (2 estudios), Donker et al. (2013) (3 estudios), Jones et al. (2018) (4 estudios), Malone et al. (2007) (1 estudio), Murphy et al. (2015) (2 estudios) y el de Pharoah et al. (2010) (no especificó número de estudios). En relación al diagnóstico, se observó una diferencia de criterios dentro de las revisiones sistemáticas, asimismo, dos revisiones sistemáticas (Dieterich 2017, Kinoshita

2013) señalaron que incluyeron personas con un primer episodio psicótico argumentando que encajaba con el concepto de enfermedad mental grave, donde incluía ciertos criterios relacionados con la duración de la enfermedad, en este caso se mantuvo el criterio de los autores y los estudios fueron incluidos. No obstante, en aquellas revisiones sistemáticas donde incluyeron estudios primarios en personas con un primer episodio psicótico sin justificación de cumplimiento de criterio de trastorno mental grave mencionado por los autores o ante la presencia de incompatibilidad con los criterios según la definición de la National Institute of Mental Health (1987), no fueron considerados.

Ocho revisiones sistemáticas (Almerie 2015, MacInnes 2019, Ballesteros 2020, Darmedru 2017, Jones 2018, Pharoah 2010, Rampling 2016, Reilly 2013) incluyeron población forense o participantes con antecedentes de comportamiento auto o heteroagresivo. Pese a que las revisiones sistemáticas evaluaban la violencia auto o heterodirigida, en general, la presencia de población forense o con antecedentes de comportamiento auto o heteroagresivo fue muy limitada, algo que podría justificar la ausencia de evidencia en determinadas intervenciones respecto al manejo de la violencia auto y heterodirigida.

En relación al solapamiento, se detectó que era muy alto en el clúster A (Pharoah 2010, Buckley 2015), en el clúster B (Hunt 2019, Dieterich 2017, Donker 2013), y en el clúster D (Buckley 2015, Jones 2018) y alto en el clúster C (Ballesteros 2020, MacInnes 2019, Jones 2018, Rampling 2016, Darmedru 2017). El solapamiento en el clúster A se debió a la presencia de varios estudios (Falloon 1982, Hogarty 1997-Study1, Hogarty 1997-Study2), en el clúster B se debió a la inclusión de varios estudios (Drake 1998, OPUS-Denmark 1999, Essock 2006, Morse 2006, Barrowclough 2010), en el clúster C se debió a la inclusión de dos estudios (Cullen 2012, Haddock 2009) y en el clúster D se debió a la presencia de varios estudios (Durham 2003, Haddock 1999, Kemp 1996, Levine 1998, Lewis 2002b (L,M,N), Penn 2009, Pinto 1999, Sensky 2000, Tarrier 1998, Turkington 2000). Respecto a las medidas de resultados, en algunos casos (Barrowclough 2010, Turkington 2000) el solapamiento no afectó a ninguna medida de resultado incluida en la revisión global y en el resto de revisiones donde se vieron afectadas medidas de resultados de interés, se revisó la información y la calidad metodológica para determinar qué datos de qué revisión serían incluidos en la revisión global rápida.

Respecto a las limitaciones de las revisiones sistemáticas incluidas, tres revisiones (Almerie 2015, Dieterich 2017, Kinoshita 2013) señalaron que utilizaron mayoritariamente o únicamente informes publicados, algo que contribuye al sesgo de información y publicación. La revisión sistemática de Almerie et al. (2015) reportó que la fecha de búsqueda estaba desfasada, algo que podía alterar los resultados. Por otro lado, diferentes revisiones sistemáticas (Buckely 2015, Darmedru 2017, Donker 2013, Hunt 2019, Malmberg 2001, Murphy 2015, Rampling 2016) señalaron que incluyeron un modesto número de estudios o estudios con tamaños de muestra pequeños. En la revisión sistemática de Hunt et al. (2019), señalaron que hubo una variación sustancial entre los estudios en cuanto a lo que era la atención estándar y algunas diferencias entre las intervenciones. En el caso Donker et al. (2013), mencionaron que los resultados podían estar sobreestimados ya que únicamente informaron de los datos de los que completaron el estudio. Asimismo, Donker et al. (2013) y MacInnes et al. (2019) reportaron que sólo incluyeron estudios en inglés.

Conclusiones

Implicaciones para la práctica

Pese que se ha encontrado cierta evidencia respecto a varias intervenciones en relación al manejo de la violencia auto o heterodirigida como la terapia cognitivo conductual, la remediación cognitiva computarizada, la terapia dialéctico-conductual, la terapia asistida por animales, intervenciones psicosociales y los equipos comunitarios de salud mental, no hay pruebas suficientes que permitan sacar conclusiones para guiar las decisiones en la práctica clínica.

Implicaciones de los resultados para la política

La violencia es un problema de salud pública y de acuerdo a lo señalado por el informe mundial sobre la violencia de la Organización Panamericana de la Salud (2002) además de implantar intervenciones de eficacia probada, requiere valorar la magnitud del problema e identificar sus causas. Esta revisión global rápida incluye diecisiete revisiones sistemáticas, algo que puede resultar de interés los responsables de la toma de decisiones, no obstante, no es posible realizar ninguna recomendación debido a la falta de suficientes pruebas. Asimismo, se necesitan políticas en este complejo tema que favorezcan generar pruebas suficientes.

Implicaciones para la investigación futura

Si bien se ha encontrado alguna evidencia en determinadas intervenciones, la evidencia es todavía incierta por lo que sigue siendo necesario seguir desarrollando ensayos controlados aleatorizados de alta calidad que aporten más pruebas en el manejo de la violencia auto y heteroagresiva en la población con trastorno mental grave y comportamiento auto o heteroagresivo.

Se considera importante que los estudios futuros utilicen un mismo criterio de trastorno mental grave a nivel internacional aportando información relativa a la duración de la enfermedad y presencia de discapacidad, así como la mayor información posible en

relación a los diagnósticos, e incorporando la perspectiva de género en la evaluación del efecto de las intervenciones. Es importante considerar realizar estudios sobre poblaciones especialmente vulnerables como las personas con patología dual o las personas sin hogar.

Teniendo en cuenta que la violencia es un fenómeno complejo que depende de numerosos factores es importante de cara a las intervenciones tener en cuenta los factores de riesgo relacionados con la violencia auto y heterodirigida así como, valorar la combinación de intervenciones judiciales con intervenciones específicas de salud mental en poblaciones que hayan cometido delitos graves y/o población penitenciaria, considerar estudios a largo plazo, tener en cuenta los diferentes entornos existentes y proporcionar información lo más detallada posible en relación a la población del estudio, intervenciones y comparaciones, y medidas de resultados. Por último, teniendo en cuenta la complejidad de la violencia se considera importante que las investigaciones futuras profundicen en la naturaleza y los factores determinantes de la violencia.

Otra información

Diferencias entre protocolo y la revisión global rápida

Para realizar una mejor aproximación al solapamiento, fue necesario el cálculo el "área cubierta corregida" (CCA), por otro lado, hubo que evaluar el GRADE en las revisiones sistemáticas que lo no reportaron en las variables principales de interés.

La revisión sistemática Cochrane de Pharoah et al. (2010) incluyó 3 cuasi-ECA mencionando que sólo serían incluidos si el perfil demográfico de cada grupo era similar, teniendo en cuenta esto, y la limitada evidencia que podía hallarse se incluyeron los 3 cuasi-ECA.

Conflicto de intereses

Javier Ballesteros y Conchi Moreno participan en la revisión sistemática de Ballesteros 2020.

Participación de pacientes/público

No se requirió aprobación ética para esta revisión, ya que ningún paciente participó en este estudio.

Disponibilidad de datos, código y otros materiales

Todos los datos del estudio se encuentran incluidos en la tesis.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias portada

Altmann 2014

Altmann, G. (2014). Fotografía 3 [portada]. Pixabay.

<https://pixabay.com/es/illustrations/neuronas-c%C3%A9lulas-del-cerebro-582054/>

Altmann 2017

Altmann, G. (2017). Fotografía 1 [portada]. Pixabay.

<https://pixabay.com/es/photos/sistema-web-red-conexi%C3%B3n-conectado-2660914/>

Ulutürk 2016

Ulutürk, A. (2016). Fotografía 2 [portada]. Pixabay. Turquía.

<https://pixabay.com/es/users/aytuguluturk-4440588/>

Referencias estudios incluidos en la revisión exploratoria

Ahmed 2015

Ahmed, A. O., Hunter, K. M., Goodrum, N. M., Batten, N.-J., Birgenheir, D., Hardison, E., Dixon, T., & Buckley, P. F. (2015). A randomized study of cognitive remediation for forensic and mental health patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 8–18. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.013>

Ahmed, A.O., Marino, B., Rosenthal, E., Oragunye, N., & Buckner, A. (2015). T164. Neurocognitive Profiles and Cognitive Training Effects on Emotionality and Aggression in Schizophrenia. Meeting abstract. *Neuropsychopharmacology* 40, S272–S442.

Aquin 2017

Aquin, J. P., Roos, L. E., Distasio, J., Katz, L. Y., Bourque, J., Bolton, J. M., Bolton, S.-L., Wong, J. Y., Chateau, D., Somers, J. M., Enns, M. W., Hwang, S. W., Frankish, J. C., & Sareen, J. (2017). Effect of Housing First on Suicidal Behaviour: A Randomised Controlled Trial of Homeless Adults with Mental Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 473–481. <https://doi.org/10.1177/0706743717694836>

Baker 2018

Baker, A., Kay-Lambkin, F. J., Richmond, R., Folia, S., Castle, D., Williams, J., & Lewin, T. J. (2011). Study protocol: A randomised controlled trial investigating the effect of a healthy lifestyle intervention for people with severe mental disorders. *BMC Public Health*, 11(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-10>

Baker, A. L., Richmond, R., Kay-Lambkin, F. J., Folia, S. L., Castle, D., Williams, J. M., Lewin, T. J., Clark, V., Callister, R., & Weaver, N. (2015). Randomized Controlled Trial of a Healthy Lifestyle Intervention Among Smokers With Psychotic Disorders. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(8), 946–954. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv039>

Sankaranarayanan, A., Clark, V., Baker, A., Palazzi, K., Lewin, T. J., Richmond, R., Kay-Lambkin, F. J., Folia, S., Castle, D., & Williams, J. M. (2016). Reducing smoking reduces suicidality among individuals with psychosis: Complementary outcomes from a Healthy Lifestyles intervention study. *Psychiatry Research*, 243, 407–412. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.006>

Baker, A. L., Richmond, R., Kay-Lambkin, F. J., Folia, S. L., Castle, D., Williams, J. M., Lewin, T. J., Clark, V., Callister, R., & Palazzi, K. (2018). Randomised controlled trial of a healthy lifestyle intervention among smokers with psychotic disorders: Outcomes to 36 months. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(3), 239–252. <https://doi.org/10.1177/0004867417714336>

Birchwood 2018

Birchwood, M., Peters, E., Tarrier, N., Dunn, G., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Lester, H., & Michail, M. (2011). A multi-centre, randomised controlled trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations. *BMC Psychiatry*, 11(1), 155. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-155>

Birchwood, M., Michail, M., Meaden, A., Tarrier, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Dunn, G., & Peters, E. (2014). Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomised controlled trial. *The lancet. Psychiatry*, 1(1), 23–33. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70247-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70247-0)

Birchwood, M., Dunn, G., Meaden, A., Tarrier, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Michail, M., & Peters, E. (2018). The COMMAND trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations: predictors of outcome and mediators of change. *Psychological medicine*, 48(12), 1966–1974. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003488>

Bond 2015

Bond, G. R., Kim, S. J., Becker, D. R., Swanson, S. J., Drake, R. E., Krzos, I. M., Fraser, V. V., O'Neill, S., & Frounfelker, R. L. (2015). A Controlled Trial of Supported Employment for People With Severe Mental Illness and Justice Involvement. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 66(10), 1027–1034. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400510>

Chandler 2006

Chandler, D. W., & Spicer, G. (2006). Integrated Treatment for Jail Recidivists with Co-occurring Psychiatric and Substance Use Disorders. *Community Mental Health Journal*, 42(4), 405–425. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9055-6>

Cullen 2012

Cullen, A. E., Clarke, A. Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K., & Fahy, T. (2012). A multi-site randomized controlled trial of a cognitive skills programme for male mentally disordered offenders: Social-cognitive outcomes. *Psychological Medicine*, 42(3), 557–569. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001553>

Cullen, A. E., Clarke, A. Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K., & Fahy, T. (2012). A multisite randomized trial of a cognitive skills program for male mentally disordered offenders: Violence and antisocial behavior outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1114–1120. <https://doi.org/10.1037/a0030291>

Haddock 2009

Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J. J., Dunn, G., Novaco, R. W., & Tarrrier, N. (2009). Cognitive-behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(2), 152–157. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039859>

Haddock 2019

Haddock, G., Pratt, D., Gooding, P. A., Peters, S., Emsley, R., Evans, E., Kelly, J., Huggett, C., Munro, A., Harris, K., Davies, L., & Awenat, Y. (2019). Feasibility and acceptability of suicide prevention therapy on acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 5(1), e14. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.85>

Inchausti 2018

Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Aldaz-Armendáriz, J. A., Mole, J., Dimaggio, G., Ottavi, P., & Fonseca-Pedrero, E. (2018). The Effects of Metacognition-Oriented Social Skills Training on Psychosocial Outcome in Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1235–1244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx168>

Kang 2016

Kang, R., Wu, Y., Li, Z., Jiang, J., Gao, Q., Yu, Y., Gao, K., Yan, Y., & He, Y. (2016). Effect of Community-Based Social Skills Training and Tai-Chi Exercise on Outcomes in Patients with Chronic Schizophrenia: A Randomized, One-Year Study. *Psychopathology*, 49(5), 345–355. <https://doi.org/10.1159/000448195>

Kingston 2018

Kingston, D. A., Olver, M. E., McDonald, J., & Cameron, C. (2018). A randomised controlled trial of a cognitive skills programme for offenders with mental illness. *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 28(4), 369–382. <https://doi.org/10.1002/cbm.2077>

Morse 2006

Calsyn, R. J., Yonker, R. D., Lemming, M. R., Morse, G. A., & Klinkenberg, W. D. (2005). Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder

homeless individuals. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(4), 236–248. <https://doi.org/10.1002/cbm.24>

Morse, G. A., Calsyn, R. J., Dean Klinkenberg, W., Helminiak, T. W., Wolff, N., Drake, R. E., Yonker, R. D., Lama, G., Lemming, M. R., & McCudden, S. (2006). Treating Homeless Clients with Severe Mental Illness and Substance Use Disorders: Costs and Outcomes. *Community Mental Health Journal*, 42(4), 377–404. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9050-y>

Nurenberg 2015

Nurenberg, J. R., Schleifer, S. J., Shaffer, T. M., Yellin, M., Desai, P. J., Amin, R., Bouchard, A., & Montalvo, C. (2015). Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 66(1), 80–86. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300524>

Rabovsky 2012

Rabovsky, K., Trombini, M., Allemann, D., & Stoppe, G. (2012). Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: Results from a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(5), 431–440. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0291-1>

Sacks 2012

Sacks, S., Chaple, M., Sacks, J. Y., McKendrick, K., & Cleland, C. M. (2012). Randomized trial of a reentry modified therapeutic community for offenders with co-occurring disorders: crime outcomes. *Journal of substance abuse treatment*, 42(3), 247–259. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.07.011>

She 2017

She, S., Deng, Y., Chen, Y., Wu, C., Yi, W., Lu, X., Chen, X., Li, J., Li, R., Zhang, J., Xiao, D., Wu, H., Ning, Y., & Zheng, Y. (2017). Two-stage integrated care versus antipsychotic medication alone on outcomes of schizophrenia: One-year randomized controlled trial and follow-up. *Psychiatry research*, 254, 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.054>

Swanson 2001

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R., Hiday, V. A., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 176, 324–331. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.324>

Swanson, J. W., Borum, R., Swartz, M. S., Hiday, V. A., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2001). Can Involuntary Outpatient Commitment Reduce Arrests among Persons with Severe Mental Illness? *Criminal Justice and Behavior*, 28(2), 156–189. <https://doi.org/10.1177/0093854801028002002>

Van de Sande 2011

Van de Sande, R., Nijman, H. L. I., Noorthoorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., van der Staak, C., & Mulder, C. L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: Effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 473–478. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095141>

Referencias estudios excluidos en la revisión exploratoria

Abderhalden 2008

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(1), 44-50. [doi:10.1192/bjp.bp.107.045534](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045534)

Abu-Akel 2004

Abu-Akel, A., & Abushua'leh, K. (2004). 'Theory of mind' in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69(1), 45-53. [doi:10.1016/S0920-9964\(03\)00049-5](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00049-5)

Allard 1992

Allard, R., Marshall, M., & Plante, M. C. (1992). Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 22(3), 303-314.

Ayer 2008

Ayer, D. W., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Y. (2008). The InterSePT suicide scale for prediction of imminent suicidal behaviors. *Psychiatry Research*, 161(1), 87-96. [doi:10.1016/j.psychres.2007.07.029](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.029)

Bahrami 2017

Bahrami, S., & Asghari, F. (2017). A controlled trial of acceptance and commitment therapy for addiction severity in methamphetamine users: Preliminary study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(2), 49-55. [doi:10.12740/APP/68159](https://doi.org/10.12740/APP/68159)

Barnhofer 2009

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373. [doi:10.1016/j.brat.2009.01.019](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.019)

Barnhofer 2015

Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., . . . Williams, J. M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1013-1020. [doi:10.1037/ccp0000027](https://doi.org/10.1037/ccp0000027)

Barrowclough 2010

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., . . . Tarrier, N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial. *Bmj*, 341 [doi:10.1136/bmj.c6325](https://doi.org/10.1136/bmj.c6325)

Bateman 2007

Bateman, K., Hansen, L., Turkington, D., & Kingdon, D. (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: Results from a randomized controlled trial. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 284-290. [doi:10.1521/suli.2007.37.3.284](https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.284)

Becker 1999

Becker, E. S., Strohbach, D., & Rinck, M. (1999). A specific attentional bias in suicide attempters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(12), 730-735. [doi:10.1097/00005053-199912000-00004](https://doi.org/10.1097/00005053-199912000-00004)

Bellus 1999

Bellus, S., Vergo, J., Kost, P., Stewart, D., & Barkstrom, S. (1999). Behavioral rehabilitation and the reduction of aggressive and self-injurious behaviors with cognitively impaired, chronic psychiatric inpatients. *Psychiatric Quarterly*, 70(1), 27-37. [doi:10.1022/075007384](https://doi.org/10.1022/075007384)

Bowers 2006

Bowers, L., Nijman, H., Allan, T., Simpson, A., Warren, J., & Turner, L. (2006). Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. acute psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 57(7), 1022-1026. [doi:10.1176/ps.2006.57.7.1022](https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.1022)

Brown 2005

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(5) [doi:10.1001/jama.294.5.563](https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563)

Bryan 2017

Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., . . . Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212 [doi:10.1016/j.jad.2017.01.028](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.028)

Bryan 2019

Bryan, C. J. (2019). Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Implications for meeting standard of care expectations with suicidal patients. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(3), 247-258. [doi:10.1002/bsl.2411](https://doi.org/10.1002/bsl.2411)

Burns 1999

Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S. & Tyrer P. (1999) White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. *Lancet* (London, England);353(9171):2185-9.

Celano 2017

Celano, C. M., Beale, E. E., Mastromauro, C. A., Stewart, J. G., Millstein, R. A., Auerbach, R. P., . . . Huffman, J. C. (2017). Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47(5), 810-821. [doi:10.1017/S0033291716002798](https://doi.org/10.1017/S0033291716002798)

Chatterjee 2014

Chatterjee, S., Naik, S., John, S., Dabholkar, H., Balaji, M., Koschorke, M., Varghese, M., Thara, R., Weiss, H. A., Williams, P., McCrone, P., Patel, V., & Thornicroft, G. (2014). Effectiveness of a community-based intervention for people with schizophrenia and their caregivers in India (COPSI): a randomised controlled trial. *Lancet* (London, England), 383(9926), 1385–1394. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62629-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62629-X)

Christensen 2013

Christensen, H., Farrer, L., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & Donker, T. (2013). The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline. *BMJ open*, 3(6), e002886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002886>

Cosden 2003

Cosden, M., Ellens, J. K., Schnell, J. L., Yamini-Diouf, Y., & Wolfe, M. M. (2003). Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(4), 415-427. [doi:10.1002/bsl.542](https://doi.org/10.1002/bsl.542)

Cosden 2005

Cosden, M., Ellens, J., Schnell, J., & Yamini-Diouf, Y. (2005). Efficacy of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(2) [doi:10.1002/bsl.638](https://doi.org/10.1002/bsl.638)

Cunningham Owens 2001

Cunningham Owens, D. G., Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., & Johnstone, E. C. (2001). A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 362-369. [doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00132.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00132.x)

Currier 2010

Currier, G. W., Fisher, S. G., & Caine, E. D. (2010). Mobile crisis team intervention to enhance linkage of discharged suicidal emergency department patients to outpatient psychiatric services: A randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 17(1), 36-43. [doi:10.1111/j.1553-2712.2009.00619.x](https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00619.x)

De Vries 2018

De Vries, B., van der Stouwe, E. C. D., Waarheid, C. O., Poel, S. H. J., van der Helm, E. M., Aleman, A., . . . van Busschbach, J. T. (2018). BEATVIC, a body-oriented resilience therapy using kickboxing exercises for people with a psychotic disorder: A feasibility study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 384-6. [doi:10.1186/s12888-018-1958-6](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1958-6)

Den Boer 2007

Den Boer, PETER C. A.,M., Wiersma, D., Vaarwerk, I. T., Span, M. M., Dennis Stant, A., & Van Den Bosch, R.,J. (2007). Cognitive self-therapy for chronic depression and anxiety: A multi-centre randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 37(3), 329-339. [doi:10.1017/S0033291706009214](https://doi.org/10.1017/S0033291706009214)

Ducasse 2018

Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., . . . Olié, E. (2018). Acceptance and commitment therapy for the management of suicidal patients: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 211-222. [doi:10.1159/000488715](https://doi.org/10.1159/000488715)

Ducasse 2019

Ducasse, D., Dassa, D., Courtet, P., Brand-Arpon, V., Walter, A., Guillaume, S., . . . Olié, E. (2019). Gratitude diary for the management of suicidal inpatients: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 36(5) [doi:10.1002/da.22877](https://doi.org/10.1002/da.22877)

Ellis 2017

Ellis, T. E., Rufino, K. A., & Allen, J. G. (2017). A controlled comparison trial of the collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) in an inpatient setting: Outcomes at discharge and six-month follow-up. *Psychiatry Research*, 249, 252-260. [doi:S0165-1781\(16\)30778-8](https://doi.org/S0165-1781(16)30778-8)

Emmerson 2007

Emmerson, B., Fawcett, L., Ward, W., Catts, S., Ng, A., & Frost, A. (2007). Contemporary management of aggression in an inner city mental health service. *Australasian Psychiatry*, 15(2), 115-119. [doi:10.1080/10398560601123708](https://doi.org/10.1080/10398560601123708)

Essock 2006

Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., Kontos, N. J., Jackson, C. T., Townsend, F., & Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(2), 185-196. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.185>

Evans 1999

Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., . . . Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29(1), 19-25. [doi:10.1017/s003329179800765x](https://doi.org/10.1017/s003329179800765x)

Exbrayat 2017

Exbrayat, S., Coudrot, C., Gourdon, X., Gay, A., Sevos, J., Pellet, J., . . . Massoubre, C. (2017). Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: A controlled study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 96-6. [doi:10.1186/s12888-017-1258-6](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1258-6)

Fitzpatrick 2005

Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., & Schmidt, N. B. (2005). Randomized controlled trial of a brief problem-orientation intervention for suicidal ideation. *Behavior Therapy*, 36(4), 323-333. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80114-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80114-5)

Fleischhacker 2014

Fleischhacker, W. W., Kane, J. M., Geier, J., Karayal, O., Kolluri, S., Eng, S. M., . . . Strom, B. L. (2014). Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(3) [doi:10.4088/JCP.13m08563](https://doi.org/10.4088/JCP.13m08563)

Fleischmann 2008

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., . . . Thanh, H. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703-709. [doi:S0042-96862008000900014](https://doi.org/10.1186/147528752008000014)

Freeman 2015

Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H., . . . Kingdon, D. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): A parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *The Lancet.Psychiatry*, 2(4), 305-313. [doi:10.1016/S2215-0366\(15\)00039-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00039-5)

Furuno 2018

Furuno, T., Nakagawa, M., Hino, K., Yamada, T., Kawashima, Y., Matsuoka, Y., . . . Hirayasu, Y. (2018). Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: Findings from ACTION-J study. *Journal of Affective Disorders*, 225, 460-465. [doi:10.1016/j.jad.2017.08.071](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.071)

Gaudiano 2015

Gaudiano, B. A., Busch, A. M., Wenzel, S. J., Nowlan, K., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2015). Acceptance-based behavior therapy for depression with psychosis: Results from a pilot feasibility randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(5), 320-333. [doi:10.1097/PRA.0000000000000092](https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000092)

Grawe 2006

Grawe, R. W., Falloon, I. R. H., Widen, J. H., & Skogvoll, E. (2006). Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: A randomised controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 328-336. [doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00799.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00799.x)

Gustavson 2016

Gustavson, K. A., Alexopoulos, G. S., Niu, G. C., McCulloch, C., Meade, T., & Arean, P. A. (2016). Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 24(1), 11-17. [doi:S1064-7481\(15\)00224-9](https://doi.org/10.1093/ajgp/24.1.11)

Gysin-Maillart 2016

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS Medicine*, 13(3) [doi:10.1371/journal.pmed.1001968](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968)

Hepburn 2009

Hepburn, S. R., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Fennell, M. J., & Williams, J. M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *The British Journal of Clinical Psychology*, 48, 209-215. [doi:10.1348/014466509X414970](https://doi.org/10.1348/014466509X414970)

Hirayasu 2009

Hirayasu, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Ishizuka, N., Okubo, Y., Sakai, A., . . . Aruga, T. (2009). A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health*, 9(1), 364. [doi:10.1186/1471-2458-9-364](https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-364)

Hsiao 2014

Hsiao, F. H., Lai, Y. M., Chen, Y. T., Yang, T. T., Liao, S. C., Ho, R. T., . . . Jow, G. M. (2014). Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood. *General Hospital Psychiatry*, 36(2) [doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.10.019](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.10.019)

Huf 2012

Huf, G., Coutinho, E. S. F., & Adams, C. E. (2012). Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): A randomized trial. *Psychological Medicine*, 42(11), 1-9. [doi:10.1017/S0033291712000372](https://doi.org/10.1017/S0033291712000372)

Husain 2014

Husain, N., Afsar, S., Ara, J., Fayyaz, H., Rahman, R. U., Tomenson, B., . . . Chaudhry, I. B. (2014). Brief psychological intervention after self-harm: Randomised controlled trial from Pakistan. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 204(6), 462-470. [doi:10.1192/bjp.bp.113.138370](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.138370)

Jakobsen 2014

Jakobsen, J. C., Glud, C., Kongerslev, M., Larsen, K. A., Sørensen, P., Winkel, P., . . . Simonsen, E. (2014). Third-wave cognitive therapy versus mentalisation-based treatment for major depressive disorder: A randomised clinical trial. *BMJ Open*, 4(8) [doi:10.1136/bmjopen-2014-004903](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004903)

Jarrett 2012

Jarrett, M., Thornicroft, G., Forrester, A., Harty, M., Senior, J., King, C., . . . Shaw, J. (2012). Continuity of care for recently released prisoners with mental illness: A pilot randomised controlled trial testing the feasibility of a critical time intervention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(2), 1-7. [doi:10.1017/S2045796011000783](https://doi.org/10.1017/S2045796011000783)

Johnson 2012

Johnson, J. E., & Zlotnick, C. (2012). Pilot study of treatment for major depression among women prisoners with substance use disorder. *Journal of psychiatric research*, 46(9), 1174-1183. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.007>

Johnson 2019

Johnson, J. E., Stout, R. L., Miller, T. R., Zlotnick, C., Cerbo, L. A., Andrade, J. T., . . . Wiltsey-Stirman, S. (2019). Randomized cost-effectiveness trial of group interpersonal psychotherapy (IPT) for prisoners

with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(4), 392-406. doi:10.1037/ccp0000379

Jones 2013

Jones, S., McGrath, E., Hampshire, K., Owen, R., Riste, L., Roberts, C., . . . Mayes, D. (2013). A randomised controlled trial of time limited CBT informed psychological therapy for anxiety in bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 13(1), 54. doi:10.1186/1471-244X-13-54

Jotangia 2015

Jotangia, A., Rees-Jones, A., Gudjonsson, G. H., & Young, S. (2015). A multi-site controlled trial of the R&R2MHP cognitive skills program for mentally disordered female offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(5) doi:10.1177/0306624X13512092

Julian 2013

Julian, M. S., Stefanie, N. R., Moniruzzaman, A., Palepu, A., & Patterson, M. (2013). Housing first reduces re-offending among formerly homeless adults with mental disorders: Results of a randomized controlled trial. *PLoS One*, 8(9) doi:10.1371/journal.pone.0072946

Karen 2010

Karen, J. C., Joseph, P. M., Gary, S. C., Prins, A., & David, M. W. (2010). Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of forensic assertive community treatment: A randomized trial. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 356-363. doi:10.1007/s10597-010-9299-z

Kasckow 2015

Kasckow, J., Gao, S., Hanusa, B., Rotondi, A., Chinman, M., Zickmund, S., Gurklis, J., Fox, L., Cornelius, J., Richmond, I., & Haas, G. L. (2015). Telehealth Monitoring of Patients with Schizophrenia and Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(5), 600–611. <https://doi.org/10.1111/sltb.12154>

Kasckow 2016

Kasckow, J., Zickmund, S., Gurklis, J., Luther, J., Fox, L., Taylor, M., Richmond, I., & Haas, G. L. (2016). Using telehealth to augment an intensive case monitoring program in veterans with schizophrenia and suicidal ideation: A pilot trial. *Psychiatry Research*, 239, 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.049>

Kawanishi 2014

Kawanishi, C., Aruga, T., Ishizuka, N., Yonemoto, N., Otsuka, K., Kamijo, Y., Okubo, Y., Ikeshita, K., Sakai, A., Miyaoka, H., Hitomi, Y., Iwakuma, A., Kinoshita, T., Akiyoshi, J., Horikawa, N., Hirotsune, H., Eto, N., Iwata, N., Kohno, M., . . . Hirayasu, Y. (2014). Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): A multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 193–201. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70259-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70259-7)

Kerman 2018

Kerman, N., Sylvestre, J., Aubry, T., & Distasio, J. (2018). The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. *BMC Health Services Research*, 18(1), 190. doi:10.1186/s12913-018-3028-7

Kontio 2014

Kontio, R., Pitkänen, A., Joffe, G., Katajisto, J., & Välimäki, M. (2014). eLearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: A cluster-randomized trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(7), 443–449. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.855254>

Kovac 2002

Kovac, S. H., & Range, L. M. (2002). Does writing about suicidal thoughts and feelings reduce them? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 428-440. [doi:10.1521/suli.32.4.428.22335](https://doi.org/10.1521/suli.32.4.428.22335)

Kuipers 1997

Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D., & Hadley, C. (1997). London-east anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 171, 319-327. [doi:S0007125000148184](https://doi.org/S0007125000148184)

Kuokkanen 2014

Kuokkanen, R., Lappalainen, R., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2014). Metacognitive group training for forensic and dangerous non-forensic patients with schizophrenia: A randomised controlled feasibility trial. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(5), 345-357. [doi:10.1002/cbm.1905](https://doi.org/10.1002/cbm.1905)

Kuokkanen 2015

Kuokkanen, R., Aho-Mustonen, K., Muotka, J., Lappalainen, R., & Tiihonen, J. (2015). A pilot study of group administered metacognitive training (MCT) for schizophrenia patients in a high-security forensic setting: Subjective training success and health-related quality of life. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 15(4), 344-362. [doi:10.1080/15228932.2015.1053546](https://doi.org/10.1080/15228932.2015.1053546)

Lahera 2013

Lahera, G., Benito, A., Montes, J. M., Fernández-Liria, A., Olbert, C. M., & Penn, D. L. (2013). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 132-136. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.032>

Lahoz 2016

Lahoz, T., Hvid, M., & Wang, A. G. (2016). Preventing repetition of attempted suicide-III. The amager project, 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(7), 547-553. [doi:10.1080/08039488.2016.1180711](https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1180711)

Lee 2018

Lee, H., Lin, E. C., Chen, M., Su, T., & Chiang, L. (2018). Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 61-71. [doi:10.1111/inm.12294](https://doi.org/10.1111/inm.12294)

Leo 2007

Leo, D. D., & Heller, T. (2007). Intensive case management in suicide attempters following discharge from psychiatric care. *Australian Journal of Primary Health*, 13(3), 49-58. [doi:10.1071/PY07038](https://doi.org/10.1071/PY07038)

Lobban 2017

Lobban, F., Dodd, A. L., Sawczuk, A. P., Asar, O., Dagnan, D., Diggle, P. J., Griffiths, M., Honary, M., Knowles, D., Long, R., Morriss, R., Parker, R., & Jones, S. (2017). Assessing Feasibility and Acceptability of Web-Based Enhanced Relapse Prevention for Bipolar Disorder (ERPonline): A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(3), e85. <https://doi.org/10.2196/jmir.7008>

Lohman 2016

Lohman, M. C., Raue, P. J., Greenberg, R. L., & Bruce, M. L. (2016). Reducing suicidal ideation in home health care: Results from the CAREPATH depression care management trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 708-715. [doi:10.1002/gps.4381](https://doi.org/10.1002/gps.4381)

LoParo 2018

LoParo, D., Mack, S. A., Patterson, B., Negi, L. T., & Kaslow, N. J. (2018). The Efficacy of Cognitively-Based Compassion Training for African American Suicide Attempters. *Mindfulness*, 9(6), 1941–1954. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0940-1>

Lovell 2001

Lovell, D., Allen, D., Johnson, C., & Jemelka, R. (2001). Evaluating the Effectiveness of Residential Treatment for Prisoners with Mental Illness. *Criminal Justice and Behavior*, 28(1), 83–104. <https://doi.org/10.1177/0093854801028001004>

Marks 1994

Marks, I. M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G., & Lawrence, R. E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-194. [doi:10.1192/bjp.165.2.179](https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.179)

Martin 1995

Martin, K. H. (1995). Improving staff safety through an aggression management program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(4), 211-215. [doi:S0883-9417\(95\)80026-3](https://doi.org/10.1016/0882-5963(95)80026-3)

Maroño Souto 2018

Maroño Souto, Y., Vázquez Campo, M., Díaz Llenderozas, F., Rodríguez Álvarez, M., Mateos, R., & García Caballero, A. (2018). Randomized Clinical Trial with e-MotionalTraining[®] 1.0 for Social Cognition Rehabilitation in Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 9, 40. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00040>

Mataix-Cols 2002

Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(5), 255-262. [doi:pps71255](https://doi.org/10.1159/000071255)

McCall 2010

McCall, W. V., Blocker, J. N., D'Agostino, R., Kimball, J., Boggs, N., Lasater, B., & Rosenquist, P. B. (2010). Insomnia severity is an indicator of suicidal ideation during a depression clinical trial. *Sleep Medicine*, 11(9) [doi:10.1016/j.sleep.2010.04.004](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.004)

Messiah 2019

Messiah, A., Notredame, C. E., Demarty, A. L., Duhem, S., Vaiva, G., & AlgoS investigators (2019). Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS one*, 14(2), e0210778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210778>[doi:10.1186/1471-244X-11-1](https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-1)

Meyer 2010

Meyer, E., Shavitt, R. G., Leukefeld, C., Heldt, E., Souza, F. P., Knapp, P., & Cordioli, A. V. (2010). Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: Results from a randomized clinical trial. *Revista Brasileira De Psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil : 1999), 32(1), 20-29. [doi:S1516-44462010000100006](https://doi.org/10.1596/S1516-44462010000100006)

Moritz 2012

Moritz, S., Schilling, L., Hauschildt, M., Schröder, J., & Treszl, A. (2012). A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 513-521. [doi:10.1016/j.brat.2012.04.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.006)

Motto 2001

Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(6), 828-833. doi:10.1176/appi.ps.52.6.828

Munetsi 2018

Munetsi, E., Simms, V., Dzapasi, L., Chapoterera, G., Goba, N., Gumunyu, T., Weiss, H. A., Verhey, R., Abas, M., Araya, R., & Chibanda, D. (2018). Trained lay health workers reduce common mental disorder symptoms of adults with suicidal ideation in Zimbabwe: A cohort study. *BMC Public Health*, 18(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5117-2>

Needham 2004

Needham, I., Abderhalden, C., Meer, R., Dassen, T., Haug, H. J., Halfens, R. J. G., & Fischer, J. E. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 595-601. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00767.x

Noël 2016

Noël, F., Moniruzzaman, A., Somers, J., Frankish, J., Strehlau, V., Schütz, C., & Krausz, M. (2016). A longitudinal study of suicidal ideation among homeless, mentally ill individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1) doi:10.1007/s00127-015-1142-y

Norr 2018

Norr, A. M., Allan, N. P., Reger, G. M., & Schmidt, N. B. (2018). Exploring the pathway from anxiety sensitivity intervention to suicide risk reduction: Chained mediation through anxiety and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 231 doi:10.1016/j.jad.2018.01.015

Nyer 2018

Nyer, M., Gerbarg, P. L., Silveri, M. M., Johnston, J., Scott, T. M., Nauphal, M., . . . Streeter, C. C. (2018). A randomized controlled dosing study of iyengar yoga and coherent breathing for the treatment of major depressive disorder: Impact on suicidal ideation and safety findings. *Complementary Therapies in Medicine*, 37, 136-142. doi:S0965-2299(17)30628-3

O'Toole 2019

O'Toole, M. S., Arendt, M. B., & Pedersen, C. M. (2019). Testing an App-Assisted Treatment for Suicide Prevention in a Randomized Controlled Trial: Effects on Suicide Risk and Depression. *Behavior Therapy*, 50(2), 421-429. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.007>

Park 2012

Park, J. S., & Lee, K. (2012). Modification of severe violent and aggressive behavior among psychiatric inpatients through the use of a short-term token economy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(7), 1062-1069. doi:10.4040/jkan.2012.42.7.1062

Patel 2017

Patel, V., Weobong, B., Weiss, H. A., Anand, A., Bhat, B., Katti, B., Dimidjian, S., Araya, R., Hollon, S. D., King, M., Vijayakumar, L., Park, A.-L., McDaid, D., Wilson, T., Velleman, R., Kirkwood, B. R., & Fairburn, C. G. (2017). The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10065), 176-185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31589-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31589-6)

Patsiokas 1985

Patsiokas, A. T., & Clum, G. A. (1985). Effects of psychotherapeutic strategies in the treatment of suicide attempters. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 281-290. <https://doi.org/10.1037/h0085507>

Qiu 2017

Qiu, H., Ye, Z., Liang, M., Huang, Y., Liu, W., & Lu, Z. (2017). Effect of an art brut therapy program called go beyond the schizophrenia (GBTS) on prison inmates with schizophrenia in mainland China—A randomized, longitudinal, and controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1069-1078. [doi:10.1002/cpp.2069](https://doi.org/10.1002/cpp.2069)

Raines 2015

Raines, A. M., Short, N. A., Allan, N. P., Oglesby, M. E., & Schmidt, N. B. (2015). Examination of a brief anxiety sensitivity concerns intervention on suicidality among individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Contemporary Clinical Trials*, 45, 191–195. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.09.006>

Rees-Jones 2012

Rees-Jones, A., Gudjonsson, G., & Young, S. (2012). A multi-site controlled trial of a cognitive skills program for mentally disordered offenders. *BMC Psychiatry*, 12(1), 44. [doi:10.1186/1471-244X-12-44](https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-44)

Reins 2019

Reins, J. A., Boß, L., Lehr, D., Berking, M., & Ebert, D. D. (2019). The more I got, the less I need? efficacy of internet-based guided self-help compared to online psychoeducation for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 246, 695-705. [doi:10.1016/j.jad.2018.12.065](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.065)

Richards 2015

Richards, D., Timulak, L., O'Brien, E., Hayes, C., Vigano, N., Sharry, J., & Doherty, G. (2015). A randomized controlled trial of an internet-delivered treatment: Its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 20-31. [doi:10.1016/j.brat.2015.10.005](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.005)

Roberts 2014

Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., & Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298. [doi:10.1111/bjc.12044](https://doi.org/10.1111/bjc.12044)

Rudd 2015

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., . . . Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 441-449. [doi:10.1176/appi.ajp.2014.14070843](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843)

Ryberg 2019

Ryberg, W., Zahl, P. H., Diep, L. M., Landrø, N. I., & Fosse, R. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 249, 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.022>

Sacks 2004

Sacks, S., Sacks, J. Y., McKendrick, K., Banks, S., & Stommel, J. (2004). Modified TC for MICA offenders: Crime outcomes. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(4), 477-501. [doi:10.1002/bsl.599](https://doi.org/10.1002/bsl.599)

Sacks 2008

Sacks, J. Y., Sacks, S., Mckendrick, K., Banks, S., Schoeneberger, M., Hamilton, Z., . . . Shoemaker, J. (2008). Prison therapeutic community treatment for female offenders: Profiles and preliminary findings for mental health and other variables (crime, substance use and HIV risk). *Journal of Offender Rehabilitation*, 46(3-4), 233-261. [doi:10.1080/10509670802143680](https://doi.org/10.1080/10509670802143680)

Sacks 2012

Sacks, J. Y., McKendrick, K., & Hamilton, Z. (2012). A randomized clinical trial of a therapeutic community treatment for female inmates: Outcomes at 6 and 12 months after prison release. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 258-269. [doi:10.1080/10550887.2012.694601](https://doi.org/10.1080/10550887.2012.694601)

Schmidt 2017

Schmidt, N. B., Norr, A. M., Allan, N. P., Raines, A. M., & Capron, D. W. (2017). A randomized clinical trial targeting anxiety sensitivity for patients with suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(6), 596-610. [doi:10.1037/ccp0000195](https://doi.org/10.1037/ccp0000195)

Shah 2014

Shah, R., Franks, P., Jerant, A., Feldman, M., Duberstein, P., Fernandez y Garcia, E., . . . Kravitz, R. L. (2014). The effect of targeted and tailored patient depression engagement interventions on patient-physician discussion of suicidal thoughts: A randomized control trial. *Journal of General Internal Medicine*, 29(8), 1148-1154. [doi:10.1007/s11606-014-2843-8](https://doi.org/10.1007/s11606-014-2843-8)

Shawyer 2012

Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., . . . Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 110-121. [doi:10.1016/j.brat.2011.11.007](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.11.007)

Sinniah 2017

Sinniah, A., Oei, T., Maniam, T., & Subramaniam, P. (2017). Positive effects of individual cognitive behavior therapy for patients with unipolar mood disorders with suicidal ideation in Malaysia: A randomised controlled trial. *Psychiatry Research*, 254 [doi:10.1016/j.psychres.2017.04.026](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.026)

Slee 2008

Slee, N., Spinhoven, P., Garnefski, N., & Arensman, E. (2008). Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 205-216. Retrieved from <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:openaccess.leidenuniv.nl:1887%2F14271>

Somers 2013

Somers, J. M., Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., Currie, L., Rezansoff, S. N., Palepu, A., & Fryer, K. (2013). Vancouver At Home: Pragmatic randomized trials investigating Housing First for homeless and mentally ill adults. *Trials*, 14(1), 365. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-365>

Sullivan 2007

Sullivan†, C. J., McKendrick, K., Sacks, S., & Banks, S. (2007). Modified therapeutic community treatment for offenders with MICA disorders: Substance use outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(6), 823-832. [doi:10.1080/00952990701653800](https://doi.org/10.1080/00952990701653800)

Swanson 1998

Swanson, J., Swartz, M., Estroff, S., Borum, R., Wagner, R., & Hiday, V. (1998). Psychiatric impairment, social contact, and violent behavior: Evidence from a study of outpatient-committed persons with severe mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 Suppl 1, 86.

Troquete 2013

Troquete, N., van den Brink, R., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T., Schoevers, R., & Wiersma, D. (2013). Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 202(5), 365-371. [doi:10.1192/bjp.bp.112.113043](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113043)

Tyrer 2003a

Tyrer, P., Jones, V., Thompson, S., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., . . . on behalf of the POPMACT group. (2003). Service variation in baseline variables and prediction of risk in a randomised controlled trial of psychological treatment in repeated parasuicide: The popmact study. *Int J Soc Psychiatry*, 49(1), 58-69. [doi:10.1177/0020764003049001148](https://doi.org/10.1177/0020764003049001148)

Tyrer 2003b

Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., . . . Wessely, S. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33(6), 969-976. [doi:10.1017/S0033291703008171](https://doi.org/10.1017/S0033291703008171)

Vaaler 2005

Vaaler, A. E., Morken, G., & Linaker, O. M. (2005). Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(1), 19-24. [doi:10.1080/08039480510018887](https://doi.org/10.1080/08039480510018887)

Vaaler 2006

Vaaler, A. E., Morken, G., Fløvig, J. C., Iversen, V. C., & Linaker, O. M. (2006). Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(2), 144-149. [doi:10.1080/08039480600583472](https://doi.org/10.1080/08039480600583472)

Van Bentum 2019

Van Bentum, J. S., Sijbrandij, M., Kerkhof, A J F M., Huisman, A., Arntz, A. R., Holmes, E. A., . . . Huibers, M. J. H. (2019). Treating repetitive suicidal intrusions using eye movements: Study protocol for a multicenter randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 143-0. [doi:10.1186/s12888-019-2129-0](https://doi.org/10.1186/s12888-019-2129-0)

Walsh 2001a

Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tyrer, P., . . . Fahy, T. (2001). Reducing violence in severe mental illness: Randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *Bmj*, 323(7321), 1093-1096. [doi:10.1136/bmj.323.7321.1093](https://doi.org/10.1136/bmj.323.7321.1093)

Walsh 2001b

Walsh, E., Harvey, K., White, I., Fraser, J., Higgitt, A., & Murray, R. (2001). Suicidal behaviour in psychosis: Prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management: Report from the UK700 trial. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 255. [doi:10.1192/bjp.178.3.255](https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.255)

Ward-Ciesielski 2016

Ward-Ciesielski, E., Jones, C. B., Wielgus, M. D., Wilks, C. R., & Linehan, M. M. (2016). Single-session dialectical behavior therapy skills training versus relaxation training for non-treatment-engaged suicidal adults: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 178, 13. [doi:10.1186/s40359-016-0117-4](https://doi.org/10.1186/s40359-016-0117-4)

Williams 2008

Williams, J. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., . . . Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 1-10. [doi:10.1016/j.jad.2007.08.022](https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022)

Zou 2017

Zou, Y., Li, H., Shi, C., Lin, Y., Zhou, H., & Zhang, J. (2017). Efficacy of psychological pain theory-based cognitive therapy in suicidal patients with major depressive disorder: A pilot study. *Psychiatry research*, 249, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.046>

Referencias estudios incluidos en la revisión global rápida

Almerie 2015

Almerie, M. Q., Okba Al Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H. E., Maayan, N., & Bergman, H. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD009006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009006.pub2>

Ballesteros 2020

Ballesteros, J., Moreno-Calvete, M.C., Santos-Zorrozua, B. & González-Fraile, E. (2020) Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care for persistent aggressive behaviour or agitation in people with schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD013511. DOI: [10.1002/14651858.CD013511](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013511)

Buckley 2015

Buckley, L. A., Maayan, N., Soares-Weiser, K., & Adams, C. E. (2015). Supportive therapy for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004716. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004716.pub4>

Darmedru 2017

Darmedru, C., Demily, C., & Franck, N. (2017). Cognitive remediation and social cognitive training for violence in schizophrenia: A systematic review. *Psychiatry Research*, 251, 266–274. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.062>

Dieterich 2017

Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD007906. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>

Donker 2013

Donker, T., Callear, A., Busby Grant, J., van Spijker, B., Fenton, K., Hehir, K. K., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2013). Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: A systematic review. *BMC Psychology*, 1(1), 6. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-6>

Hunt 2019

Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD001088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>

Jones 2018

Jones, C., Hacker, D., Meaden, A., Cormac, I., Irving, C. B., Xia, J., Zhao, S., Shi, C., & Chen, J. (2018). Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub3>

Kisely 2017

Kisely, S. R., Campbell, L. A., & O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004408. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5>

Kinoshita 2013

Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., Bond, G. R., Huxley, P., Amano, N., & Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental

illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD008297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008297.pub2>

MacInnes 2019

MacInnes, D., & Masino, S. (2019). Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: A systematic review. *BMJ Open*, 9(3), e024351. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024351>

Malmberg 2001

Malmberg, L., & Fenton, M. (2001). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001360. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001360>

Malone 2007

Malone, D., Marriott, S. V. L., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000270.pub2>

Murphy 2015

Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD001087. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>

Pharoah 2010

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD000088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>

Ramplung 2016

Ramplung, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry*, 34, 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.2422>

Reilly 2013

Reilly, S., Planner, C., Gask, L., Hann, M., Knowles, S., Druss, B., & Lester, H. (2013). Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD009531. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009531.pub2>

Referencias estudios excluidos en la revisión global rápida

Aali 2020

Aali, G., Kariotis, T., & Shokraneh, F. (2020). Avatar Therapy for people with schizophrenia or related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011898.pub2>

Ashcroft 2018

Ashcroft, K., Kim, E., Elefant, E., Benson, C., & Carter, J. A. (2018). Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 983–991. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0289-x>

Asher 2017

Asher, L., Patel, V., & De Silva, M. J. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 355. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1516-7>

Babalola 2014

Babalola, O., Gormez, V., Alwan, N. A., Johnstone, P., & Sampson, S. (2014). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000384.pub3>

Briggs 2019

Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M. J., & Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(06), 320–328. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.33>

Broderick 2015

Broderick, J., Knowles, A., Chadwick, J., & Vancampfort, D. (2015). Yoga versus standard care for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010554.pub2>

Broderick 2018

Broderick, J., & Vancampfort, D. (2017). Yoga as part of a package of care versus standard care for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012145.pub2>

Campbell 2009

Campbell, L. A., & Kisely, S. R. (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005963.pub2>

Cella 2020

Cella, M., Price, T., Corboy, H., Onwumere, J., Shergill, S., & Preti, A. (2020). Cognitive remediation for inpatients with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(7), 1062–1076. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000872>

Chien 2019

Chien, W. T., Clifton, A. V., Zhao, S., & Lui, S. (2019). Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010880.pub2>

Citrome 2000

Citrome, L., & Volavka, J. (2000). Management of Violence in Schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 30(1), 41–52. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20000101-11>

Cleary 2009

Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 238–258. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04879.x>

Downes 2013

Downes, M. J., Dean, R., & Bath-Hextall, F. J. (2013). Animal-assisted therapy for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010818>

Du 2017

Du, M., Wang, X., Yin, S., Shu, W., Hao, R., Zhao, S., Rao, H., Yeung, W.-L., Jayaram, M. B., & Xia, J. (2017). De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009922.pub2>

Geretsegger 2017

Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, L., Chen, X.-J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>

Gleerup 2019

Gleerup, C. S., Østergaard, S. D., & Hjuler, R. S. (2019). Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry – a systematic review. *Acta Neuropsychiatrica*, 31(05), 237–245. <https://doi.org/10.1017/neu.2019.22>

Jeffery 2000

Jeffery, D., Ley, A., McLaren, S., & Siegfried, N. (2000). Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. In The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD001088). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088>

Jones 2020

Jones, M. T., & Harvey, P. D. (2020). Neurocognition and social cognition training as treatments for violence and aggression in people with severe mental illness. *CNS Spectrums*, 25(2), 145–153. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001214>

Kauppi 2014

Kauppi, K., Välimäki, M., Hätönen, H. M., Kuosmanen, L. M., Warwick-Smith, K., & Adams, C. E. (2014). Information and communication technology based prompting for treatment compliance for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009960.pub2>

Khoury 2013

Khoury, B., Lecomte, T., Gaudio, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.055>

Lean 2019

Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(5), 260–268. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54>

Liu 2014

Liu, Y., Li, B., Sampson, S. J., Roberts, S., Zhang, G., & Wu, W. (2014). Horticultural therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009413.pub2>

Ma 2020

Ma, C. F., Chan, S. K. W., Chien, W. T., Bressington, D., Mui, E. Y. W., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2020). Cognitive behavioural family intervention for people diagnosed with severe mental illness and their families: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 128–139. <https://doi.org/10.1111/jpm.12567>

Mamo 2007

Mamo D. C. (2007). Managing suicidality in schizophrenia. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 52(6 Suppl 1), 59S–70S.

McGrath 2000

McGrath, J., & Hayes, R. L. (2000). Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000968>

McIntosh 2006

McIntosh, A., Conlon, L., Lawrie, S., & Stanfield, A. C. (2006). Compliance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003442.pub2>

Morris 2018

Morris, K., Reid, G., & Spencer, S. (2018). Occupational therapy delivered by specialists versus non-specialists for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012398.pub2>

Muralidharan 2006

Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002084.pub2>

National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2015

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2015). *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings*. British Psychological Society.

Öst 2015

Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156–169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>

Oud 2016

Oud, M., Mayo-Wilson, E., Braidwood, R., Schulte, P., Jones, S. H., Morriss, R., Kupka, R., Cuijpers, P., & Kendall, T. (2016). Psychological interventions for adults with bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 213–222. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157123>

Ruddy 2005

Ruddy, R., & Milnes, D. (2005). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003728.pub2>

Sailas 2000

Sailas, E. E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>

Sin 2015

Sin, J., Jordan, C. D., Barley, E. A., Henderson, C., & Norman, I. (2015). Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010540.pub2>

Suijkerbuijk 2017

Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>

Van Duin 2019

Van Duin, D., de Winter, L., Oud, M., Kroon, H., Veling, W., & van Weeghel, J. (2019). The effect of rehabilitation combined with cognitive remediation on functioning in persons with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(09), 1414–1425. <https://doi.org/10.1017/S003329171800418X>

Yoon 2017

Yoon, I. A., Slade, K., & Fazel, S. (2017). Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 783–802. <https://doi.org/10.1037/ccp0000214>

Referencias generales

Abderhalden 2008

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.-J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193(1), 44–50. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045534>

Aberg-Wistedt-Sweden 1995

Aberg-Wistedt, A., Cressell, T., Lidberg, Y., Liljenberg, B., & Osby, U. (1995). Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 46(12), 1263–1266. <https://doi.org/10.1176/ps.46.12.1263>

Addington 1993

Addington, D., Addington, J., & Matickatyndale, E. (1993) Assessing depression in schizophrenia-the calgary depression scale. *British Journal of Psychiatry* 163,39-44.

Affleck 1984

Affleck, J.W., McGuire, R.J. (1984). The measurement of psychiatric rehabilitation status: a review of the needs and a new scale. *British Journal of Psychiatry*, 145:517-25.

Ahmed 2015

Ahmed, A. O., Hunter, K. M., Goodrum, N. M., Batten, N. J., Birgenheir, D., Hardison, E., Dixon, T., & Buckley, P. F. (2015). A randomized study of cognitive remediation for forensic and mental health patients with schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 68, 8–18. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.013>

Ahmed 2018

Ahmed, A., Hoptman, M., & Lindenmayer, J. (2018). Can cognitive training decrease reactive aggression in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 44. doi:10.1093/schbul/sby016.429

Aho-Mustonen 2011

Aho-Mustonen, K., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Ryyänänen, O. P., Miettinen, R., & Rätty, H. (2011). Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Criminal behaviour and mental health : CBMH*, 21(3), 163–176. <https://doi.org/10.1002/cbm.788>

American Psychiatric Association 1987

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Edition. Washington, DC: APA, 1987.

American Psychiatric Association 1994

American Psychiatric Association (1994). *Global Assessment of Functioning Scale*. *Diagnostic and Statistical Manual*, 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amin 1999

Amin, S., Singh, S.P., Croudace, T., Medley, I., Harrison, G. (1999). Evaluating the health of the nation outcome scales. Reliability and validity in a three-year follow-up of first-onset psychosis. *British Journal of Psychiatry*, May:399-403.

Andreasen 1982

Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 39:784-8.

Andreasen 1983

Andreasen, N.C. (1983). *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, Iowa: University of Iowa, 1983.

Andreasen 1984

Andreasen, N.C. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa, 1984.

Andreasen 1989

Andreasen, N. (1989). Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). *British Journal of Psychiatry*, 7:53-8.

Asberg 1978

Asberg, M., Montgomery, S.A., Perris, C., Schalling, D., Sedvall, G. (1978). A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1978;271:5-27.

Audini-UK 1994

Audini, B., Marks, I. M., Lawrence, R. E., Connolly, J., & Watts, V. (1994). Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 165(2), 204–210. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.204>

Knapp, M., Marks, I., Wolstenholme, J., Beecham, J., Astin, J., Audini, B., Connolly, J., & Watts, V. (1998). Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 172, 506–512. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.6.506>

Baird 2018

Baird, A., Shaw, J., Hunt, I. M., Kapur, N., Appleby, L., & Webb, R. T. (2018). National study comparing the characteristics of patients diagnosed with schizophrenia who committed homicide vs. Those who died by suicide. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(4), 674–689. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1434226>

Baker 1983

Baker, R., Hall, J. (1988). REHAB: A new assessment instrument for chronic psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin*, 14(1):97-111.

Baker 2002

Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., & Terry, M. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction (Abingdon, England)*, 97(10), 1329–1337. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00178.x>

Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., & Terry, M. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 233–240. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01118.x>

Baker 2006

Baker, A., Bucci, S., Kay-Lambkin, F. (2004). Intervention for alcohol, cannabis and amphetamine use among people with a psychotic illness. NDARC Technical Report No. 193. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, 2004:1-100.

Baker, A., Bucci, S., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F., Constable, P. M., & Carr, V. J. (2006). Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised

controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 188, 439–448. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.439>

Baker, A., Bucci, S., Lewin, T. J., Richmond, R., & Carr, V. J. (2005). Comparisons between psychosis samples with different patterns of substance use recruited for clinical and epidemiological studies. *Psychiatry research*, 134(3), 241–250. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.02.006>

Baker 2018

Baker, A. L., Turner, A., Beck, A., Berry, K., Haddock, G., Kelly, P. J., & Bucci, S. (2018). Telephone-delivered psychosocial interventions targeting key health priorities in adults with a psychotic disorder: Systematic review. *Psychological Medicine*, 48(16), 2637–2657. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001125>

Barrowclough 2001

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(10), 1706–1713. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1706>

Haddock, G. (2001). Dual diagnosis project: evaluation of family support and cognitive behaviour therapy for recent onset schizophrenia sufferers with substance misuse problems. National Research Register 2001; Vol. 1.

Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., Quinn, J., Palmer, S., Davies, L., Lowens, I., McGovern, J., & Lewis, S. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 183, 418–426. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.5.418>

Barrowclough 2010

Barrowclough, C. (2004). A pilot study to assess the impact of motivational intervention on schizophrenia patients with associated substance misuse. National Research Register 2004; Vol. 3:1-4.

Barrowclough, C. (2011). A randomized controlled trial of integrated motivational interviewing and cognitive behavior therapy (micbt) for people with a schizophrenia diagnosis and substance misuse - the MIDAS trial. *Schizophrenia Bulletin*, 37 Suppl 1:295.

Barrowclough, C. (2003). An evaluation of motivational (MI) plus cognitive therapy (CBT) for schizophrenia and substance misuse. <http://www.controlled-trials.com> 2003.

Barrowclough, C. (2004). An evaluation of motivational interventions (MI) plus cognitive behaviour therapy (CBT) for schizophrenia and substance misuse - MIDAS. National Research Register 2004; Vol. 1.

Barrowclough, C., Eisner, E., Bucci, S., Emsley, R., & Wykes, T. (2014). The impact of alcohol on clinical outcomes in established psychosis: a longitudinal study. *Addiction (Abingdon, England)*, 109(8), 1297–1305. <https://doi.org/10.1111/add.12599>

Barrowclough, C., Emsley, R., Eisner, E., Beardmore, R., & Wykes, T. (2013). Does change in cannabis use in established psychosis affect clinical outcome?. *Schizophrenia bulletin*, 39(2), 339–348. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr152>

Barrowclough, C., Haddock, G., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., Davies, L., Dunn, G., Lewis, S., Moring, J., Tarrier, N., & Wykes, T. (2009). Evaluating integrated MI and CBT for people with psychosis and substance misuse: recruitment, retention and sample characteristics of the MIDAS trial. *Addictive behaviors*, 34(10), 859–866. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.007>

- Barrowclough, C., Haddock, G., Fitzsimmons, M., Johnson, R. (2006). Treatment development for psychosis and co-occurring substance misuse: a descriptive review. *Journal of Mental Health* 2006;15(6):619-32.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., Davies, L., Dunn, G., Eisner, E., Lewis, S., Moring, J., Steel, C., & Tarrier, N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 341, c6325. <https://doi.org/10.1136/bmj.c6325>
- Barrowclough, C., Meier, P., Beardmore, R., & Emsley, R. (2010). Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(5), 373–377. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da4d4e>
- Berry, K., Gregg, L., Hartwell, R., Haddock, G., Fitzsimmons, M., & Barrowclough, C. (2015). Therapist-client relationships in a psychological therapy trial for psychosis and substance misuse. *Drug and alcohol dependence*, 152, 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.006>
- Haddock, G., Beardmore, R., Earnshaw, P., Fitzsimmons, M., Nothard, S., Butler, R., Eisner, E., & Barrowclough, C. (2012). Assessing fidelity to integrated motivational interviewing and CBT therapy for psychosis and substance use: the MI-CBT fidelity scale (MI-CTS). *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 21(1), 38–48. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.621470>
- Hartley, S., Haddock, G., & Barrowclough, C. (2012). Anxiety and depression and their links with delusions and hallucinations in people with a dual diagnosis of psychosis and substance misuse: a study using data from a randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 50(1), 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.10.007>
- Johnson, R. (2005). MIDAS - mental health clinical trials - information for service users and carers. <http://www.controlled-trials.com/2005>.
- Shabaruddin, F.H., Davies, L.M. (2011). Cost of delivering psychiatric inpatient care to mental health patients with psychosis and co-occurring substance use: A UK based study. *Value in Health* 2011;14:A291.
- Barrowclough 2014
- Barrowclough, C., Marshall, M., Gregg, L., Fitzsimmons, M., Tomenson, B., Warburton, J., & Lobban, F. (2014). A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 44(13), 2749–2761. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000208>
- Barrowclough, C., Marshall, M., Gregg, L., Fitzsimmons, M., Tomenson, B., Warburton, J., & Lobban, F. (2014). A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 44(13), 2749–2761. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000208>
- Berry, K., Gregg, L., Lobban, F., & Barrowclough, C. (2016). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Comprehensive psychiatry*, 67, 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.014>
- Berry, K., Palmer, T., Gregg, L., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2018). Attachment and therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(3), 440–445. <https://doi.org/10.1002/cpp.2178>
- Worrell, L. (2011). Helper programme (substance misuse) - a phasespecific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis (recap). <http://public.ukcrn.org.uk> 2011.

Bateman 2007

Bateman, K., Hansen, L., Turkington, D., & Kingdon, D. (2007). Cognitive behavioural therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suic Life Threat Beh*, 37, 284–290

Bauer 2006

Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., Beresford, T., Kilbourne, A. M., Sajatovic, M., & Cooperative Studies Program 430 Study Team (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(7), 937–945. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.937>

Bauer M. S. (2001). The collaborative practice model for bipolar disorder: design and implementation in a multi-site randomized controlled trial. *Bipolar disorders*, 3(5), 233–244. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2001.30502.x>

Bauer, M. S., Biswas, K., & Kilbourne, A. M. (2009). Enhancing multiyear guideline concordance for bipolar disorder through collaborative care. *The American journal of psychiatry*, 166(11), 1244–1250. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030342>

Bauer, M. S., Callahan, A. M., Jampala, C., Petty, F., Sajatovic, M., Schaefer, V., Wittlin, B., & Powell, B. J. (1999). Clinical practice guidelines for bipolar disorder from the Department of Veterans Affairs. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(1), 9–21. <https://doi.org/10.4088/jcp.v60n0104>

Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., Beresford, T., Kilbourne, A. M., Sajatovic, M., & Cooperative Studies Program 430 Study Team (2006). Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(7), 927–936. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.927>

Bechdolf 2004

Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., & Pukrop, R. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 21–28. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00300.x>

Bechdolf, A., Knost, B., Nelson, B., Schneider, N., Veith, V., Yung, A. R., & Pukrop, R. (2010). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(2), 144–150. <https://doi.org/10.3109/00048670903393571>

Bechdolf, A., Köhn, D., Knost, B., Pukrop, R., & Klosterkötter, J. (2005). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 112(3), 173–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00581.x>

Munk-Jorgensen_P. Erratum. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;110:483.

Bechdolf 2011

Bechdolf, A., Pohlmann, B., Güttgemanns, J., Geyer, C., Lindner, K., Ferber, C., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012). Motivationsbehandlung für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht: Ergebnisse einer randomisierten Studie [State-dependent motivational interviewing for people with schizophrenia and substance use: results of a randomised controlled trial]. *Der Nervenarzt*, 83(7), 888–896. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3331-6>

Beck 1961

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Beck 1972

Beck, A.T., Beck, R.W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52(6):81-5.

Beck 1979

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press, 1979.

Beck 1988a

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). *Beck Depression Inventory-Second Edition Manual*. Orlando: Harcourt Brace and Company.

Beck 1988b

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>

Beck 2004

Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., Warman, D.M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68:319-30.

Beck-Sander 1997

Beck-Sander, A., Birchwood, M., & Chadwick, P. (1997). Acting on command hallucinations: a cognitive approach. *The British journal of clinical psychology*, 36(1), 139–148. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01237.x>

Belgamwar 2005

Belgamwar, R. B., & Fenton, M. (2005). Olanzapine IM or velotab for acutely disturbed/agitated people with suspected serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003729.pub2>

Bellack 2006

Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of general psychiatry*, 63(4), 426–432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.426>

Bennett, M., Bellack, A., Dixon, L., Brown, C. (2011). The effects of a group based behavioral approach to substance misuse and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1:296.

Brown, C. H., Bennett, M. E., Li, L., & Bellack, A. S. (2011). Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36(5), 439–447. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.001>

NCT00295139. Behavioral treatment of drug abuse in SPMI patients. <http://www.clinicaltrials.gov> 2006.

Bellack 2006b

Bellack, A. S., Brown, C. H., & Thomas-Lohrman, S. (2006). Psychometric characteristics of role-play assessments of social skill in schizophrenia. *Behavior therapy*, 37(4), 339–352. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.01.005>

Bernstein 2012

- Bernstein, D., Nijman, H., Karos, K., Keulen-de Vos, M., de Vogel, V., Lucker, T. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: design and preliminary findings of a multicentre randomised clinical trial in the Netherlands. *Int J Forensic Ment Health*, 11:312–24.
- Bert 2016
- Bert, F., Gualano, M. R., Camussi, E., Pieve, G., Voglino, G., & Siliquini, R. (2016). Animal assisted intervention: A systematic review of benefits and risks. *European Journal of Integrative Medicine*, 8(5), 695-706. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2016.05.005>
- Biagiante 2019
- Biagiante, B., Merchant, J., Brambilla, P., & Lewandowski, K. E. (2019). The effects of cognitive remediation in patients with affective psychosis: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 255, 188-194. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.047>
- Birchwood 1990
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157:853-9.
- Birchwood 1994
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., MacMillian, F., Slade, M. (1994). A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89:62-7.
- Bjorkman-Sweden 2002
- Björkman T. Further information on case management study [personal communication]. Email to: M Dieterich 22 April 2009.
- Björkman, T., Hansson, L., & Sandlund, M. (2002). Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(4), 147–152. <https://doi.org/10.1007/s001270200008>
- Bloch 1995
- Bloch, S., Szmukler, G. I., Herrman, H., Benson, A., & Colussa, S. (1995). Counseling caregivers of relatives with schizophrenia: themes, interventions, and caveats. *Family process*, 34(4), 413–425. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00413.x>
- Szmukler, G. I., Herrman, H., Colusa, S., Benson, A., & Bloch, S. (1996). A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 31(3-4), 149–155. <https://doi.org/10.1007/BF00785761>
- Bogenschutz 2014
- Bogenschutz, M. P., Rice, S. L., Tonigan, J. S., Vogel, H. S., Nowinski, J., Hume, D., & Arenella, P. B. (2014). 12-step facilitation for the dually diagnosed: a randomized clinical trial. *Journal of substance abuse treatment*, 46(4), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.12.009>
- Bond 1991a
- Bond, G.R., McDonel, E.C., Miller, L.D., Pensec, M. (1991). Assertive community treatment and reference groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(2):31-43.
- Bond 1991b
- Bond, G.R., McDonel, E.C., Miller, L.D., Pensec, M. (1991). Assertive community treatment and reference groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(2):31-43.

Bond 2007

Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R., Becker, D. R., Fraser, V. V., & Haines, M. (2007). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(6), 968–982. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.968>

Fraser, V. V., Jones, A. M., Frounfelker, R., Harding, B., Hardin, T., & Bond, G. R. (2008). VR closure rates for two vocational models. *Psychiatric rehabilitation journal, 31*(4), 332–339. <https://doi.org/10.2975/31.4.2008.332.339>

Harding, B., Torres-Harding, S., Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., & Hardin, T. (2008). Factors associated with early attrition from psychosocial rehabilitation programs. *Community mental health journal, 44*(4), 283–288. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9128-9>

Kukla, M., & Bond, G. R. (2009). The working alliance and employment outcomes for people with severe mental illness enrolled in vocational programs. *Rehabilitation psychology, 54*(2), 157–163. <https://doi.org/10.1037/a0015596>

Kukla, M.E. (2010). The relationship between employment status and non vocational outcomes for persons with severe mental illness enrolled in vocational programs: a longitudinal study [dissertation]. Indianapolis, Indiana: University of Purdue, 2010.

Bond-Chicago1 1990

Bond, G. R., Witheridge, T. F., Dincin, J., Wasmer, D., Webb, J., & De Graaf-Kaser, R. (1990). Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. *American journal of community psychology, 18*(6), 865–891. <https://doi.org/10.1007/BF00938068>

Bond-Indiana1 1988

Bond, G. R., Miller, L. D., Krumwied, R. D., & Ward, R. S. (1988). Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. *Hospital & community psychiatry, 39*(4), 411–418. <https://doi.org/10.1176/ps.39.4.411>

Bonsack 2011

Bonsack, C., Gibellini Manetti, S., Favrod, J., Montagrín, Y., Besson, J., Bovet, P., & Conus, P. (2011). Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics, 80*(5), 287–297. <https://doi.org/10.1159/000323466>

Bonsack, C., Gibellini Manetti, S., Favrod, J., Montagrín, Y., Besson, J., Bovet, P., & Conus, P. (2011). Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics, 80*(5), 287–297. <https://doi.org/10.1159/000323466>

Bougioukas 2021

Bougioukas, K. I., Vounzoulaki, E., Mantsiou, C. D., Savvides, E. D., Karakosta, C., Diakonidis, T., Tsapas, A., & Haidich, A.-B. (2021). Methods for depicting overlap in overviews of systematic reviews: An introduction to static tabular and graphical displays. *Journal of Clinical Epidemiology, 132*, 34–45. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.12.004>

Bradley 2006

Bradley, G. M., Couchman, G. M., Perlesz, A., Nguyen, A. T., Singh, B., & Riess, C. (2006). Multiple-family group treatment for English- and Vietnamese-speaking families living with schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 57*(4), 521–530. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.4.521>

Brambilla 2000

Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323–329.

Brazier 1993

Brazier, J., Jones, N., & Kind, P. (1993). Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 2(3), 169–180. <https://doi.org/10.1007/BF00435221>

Brooks 1996

Brooks, R., EuroQol Group. (1996). EQ-5D: The current state of play. *Health Policy* 1996;37:3-20.

Brožek 2009

Brožek, J. L., Akl, E. A., Alonso-Coello, P., Lang, D., Jaeschke, R., Williams, J. W., Phillips, B., Lelgemann, M., Lethaby, A., Bousquet, J., Guyatt, G. H., Schünemann, H. J., & for the GRADE Working Group. (2009). Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. *Allergy*, 64(5), 669–677. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2009.01973.x>

Bruce 2014

Bruce, M., Crowley, S., Jeffcote, N., & Coulston, B. (2014). Community DSPD pilot services in South London: rates of reconviction and impact of supported housing on reducing recidivism. *Criminal behaviour and mental health : CBMH*, 24(2), 129–140. <https://doi.org/10.1002/cbm.1892>

Buchanan 2019

Buchanan, A., Sint, K., Swanson, J., & Rosenheck, R. (2019). Correlates of Future Violence in People Being Treated for Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 694–701. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18080909>

Buchkremer 1995

Buchkremer, G., Mönking, H. S., Holle, R., & Hornung, W. (1995). The impact of therapeutic relatives' groups on the course of illness of schizophrenic patients. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 10(1), 17–27. [https://doi.org/10.1016/0767-399X\(96\)80071-X](https://doi.org/10.1016/0767-399X(96)80071-X)

Buchkremer, G., Stricker, K., Holle, R., & Kuhs, H. (1991). The predictability of relapses in schizophrenic patients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 240(4-5), 292–300. <https://doi.org/10.1007/BF02189543>

Schulze Mönking H. (1994). Self-help groups for families of schizophrenic patients: formation, development and therapeutic impact. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 29(3), 149–154. <https://doi.org/10.1007/BF00796496>

Buchkremer 1997

Buchkremer, G., Klingberg, S., Holle, R., Schulze Mönking, H., & Hornung, W. P. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 96(6), 483–491. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09951.x>

Klingberg, S., Buchkremer, G., Holle, R., Schulze Mönking, H., & Hornung, W. P. (1999). Differential therapy effects of psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients--results of a 2-year follow-up. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 249(2), 66–72. <https://doi.org/10.1007/s004060050068>

Burnam 1995

Burnam, M. A., Morton, S. C., McGlynn, E. A., Petersen, L. P., Stecher, B. M., Hayes, C., & Vaccaro, J. V. (1995). An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of addictive diseases, 14*(4), 111–134. https://doi.org/10.1300/j069v14n04_07

McGlynn, E.A., Boynton, J., Morton, S.C., Stecher, B.M., Hayes, C., Vaccaro, J.V., et al. (1993). Treatment for the dually diagnosed homeless: program models and implementation experience: Los Angeles. *Alcohol Treatment Quarterly, 10*(3-4):171-86.

Burns 1993

Burns, T., Beadsmoore, A., Bhat, A. V., Oliver, A., & Mathers, C. (1993). A controlled trial of home-based acute psychiatric services. I: Clinical and social outcome. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 163*, 49–54. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.1.49>

Burns, T., & Raftery, J. (1991). Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment. *Schizophrenia bulletin, 17*(3), 407–410. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.3.407>

Burns, T., Raftery, J., Beadsmoore, A., McGuigan, S., & Dickson, M. (1993). A controlled trial of home-based acute psychiatric services. II: Treatment patterns and costs. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 163*, 55–61. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.1.55>

Burns 2007

Burns, T. (2001). Increasing access to work for longer term community mental health team clients: the impact of a work-placement training intervention. National Research Register 2001; Vol. 1.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., Wiersma, D., & EQOLISE Group (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England), 370*(9593), 1146–1152. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61516-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61516-5)

Burns, T., Catty, J., EQOLISE Group. (2008). IPS in Europe: the EQOLISE trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(4):313-7.

Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., Lauber, C., & EQOLISE Group (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia bulletin, 35*(5), 949–958. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024>

Burns, T., White, S. J., Catty, J., & EQOLISE group (2008). Individual Placement and Support in Europe: the EQOLISE trial. *International review of psychiatry (Abingdon, England), 20*(6), 498–502. <https://doi.org/10.1080/09540260802564516>

Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., Burns, T., & EQOLISE Group (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 192*(3), 224–231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.041475>

Burns 2007b

Burns, T., Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(6):403-18.

Burns 2013

Burns, T., Rugkåsa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes, M., Voysey, M., Sinclair, J., & Priebe, S. (2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England), 381*(9878), 1627–1633. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60107-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60107-5)

- Burns, T., Yeeles, K., Koshiaris, C., Vazquez-Montes, M., Molodynski, A., Puntis, S., Vergunst, F., Forrest, A., Mitchell, A., Burns, K., & Rugkåsa, J. (2015). Effect of increased compulsion on readmission to hospital or disengagement from community services for patients with psychosis: follow-up of a cohort from the OCTET trial. *The lancet. Psychiatry*, 2(10), 881–890. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00231-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00231-X)
- ISRCTN73110773. 10PRT/0496: Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial (OCTET): a single-outcome randomised controlled trial of compulsory outpatient treatment in psychosis, 2010. www.thelancet.com/protocolreviews/10PRT-0496 (accessed 16 February 2017). [CRS: 9000100000013971]
- ISRCTN73110773. Oxford community treatment order evaluation trial, 2011. www.isrctn.com/ISRCTN73110773 (accessed 16 February 2017).
- Rugkåsa, J., Molodynski, A., Yeeles, K., Vazquez Montes, M., Visser, C., Burns, T., & OCTET Group (2015). Community treatment orders: clinical and social outcomes, and a subgroup analysis from the OCTET RCT. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 131(5), 321–329. <https://doi.org/10.1111/acps.12373>
- Ryan, A., Patel, R., Russell, L., Turnpenney, L., Visser, C. (2011). Community treatment orders on trial: the OCTET RCT. *Psychiatrische Praxis*, 38:1
- Bush-Georgia 1990
- Bush, C. T., Langford, M. W., Rosen, P., & Gott, W. (1990). Operation outreach: intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. *Hospital & community psychiatry*, 41(6), 647–651. <https://doi.org/10.1176/ps.41.6.647>
- Buss 1992
- Buss, A.H. and Perry, M.P. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Byrne 2015
- Byrne, L. K., Pan, L., McCABE, M., Mellor, D., & Xu, Y. (2015). Assessment of a six-week computer-based remediation program for social cognition in chronic schizophrenia. *Shanghai archives of psychiatry*, 27(5), 296–306. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.215095>
- Carey 1996
- Carey, K.B., Cocco, K.M., Simons, J.S. (1996). Concurrent validity of clinicians' rating of substance abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 47(8):842-7.
- Carrà 2007
- Carrà, G., Montomoli, C., Clerici, M., & Cazzullo, C. L. (2007). Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(1), 23–30. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0677-z>
- Carrà 2014
- Carrà, G., Bartoli, F., Crocamo, C., Brady, K. T., & Clerici, M. (2014). Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 167, 125–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.066>
- Cather 2005
- Cather, C., Penn, D., Otto, M. W., Yovel, I., Mueser, K. T., & Goff, D. C. (2005). A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia. *Schizophrenia research*, 74(2-3), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.002>
- Chadwick 2000

Chadwick, P., Lee, S., Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*, 177:229-32.

Chan-Hong Kong 2000

Chan, S., Mackenzie, A., & Jacobs, P. (2000). Cost-effectiveness analysis of case management versus a routine community care organization for patients with chronic schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 14(2), 98–104. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(00\)80025-4](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(00)80025-4)

Chandler-California 1991

Chandler, D., Hu, T. W., Meisel, J., McGowen, M., & Madison, K. (1997). Mental health costs, other public costs, and family burden among mental health clients in capitated integrated service agencies. *Journal of mental health administration*, 24(2), 178–188. <https://doi.org/10.1007/BF02898512>

Chandler, D., Meisel, J., Hu, T., McGowen, M., & Madison, K. (1997). A capitated model for a cross-section of severely mentally ill clients: employment outcomes. *Community mental health journal*, 33(6), 501–516. <https://doi.org/10.1023/a:1025048619416>

Chandler, D., Meisel, J., Hu, T.W., McGowen, M., Madison, K. (1998). Administrative update. A capitated model for a cross-section of severely mentally ill clients: hospitalization. *Community Mental Health Journal*, 34(1):13-26.

Chandler, D., Meisel, J., Hu, T. W., McGowen, M., & Madison, K. (1996). Client outcomes in a three-year controlled study of an integrated service agency model. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 47(12), 1337–1343. <https://doi.org/10.1176/ps.47.12.1337>

Chandler, D., Meisel, J., McGowen, M., Mintz, J., & Madison, K. (1996). Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 47(2), 175–180. <https://doi.org/10.1176/ps.47.2.175>

Chandler 2006

Chandler, D. W., & Spicer, G. (2006). Integrated treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Community mental health journal*, 42(4), 405–425. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9055-6>

Drake, R. E., Morrissey, J. P., & Mueser, K. T. (2006). The challenge of treating forensic dual diagnosis clients: comment on "integrated treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders". *Community mental health journal*, 42(4), 427–432. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9045-8>

Clarke 2010

Clarke, A. Y., Cullen, A. E., Walwyn, R., & Fahy, T. (2010). A quasi-experimental pilot study of the Reasoning and Rehabilitation programme with mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(4), 490–500. <https://doi.org/10.1080/14789940903236391>

Hargreaves W. A. (1992). A capitation model for providing mental health services in California. *Hospital & community psychiatry*, 43(3), 275–279. <https://doi.org/10.1176/ps.43.3.275>

Hu, T. W., & Jerrell, J. (1991). Cost-effectiveness of alternative approaches in treating severely mentally ill in California. *Schizophrenia bulletin*, 17(3), 461–468. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.3.461>

Meisel, J., Chandler, D. (1995). *The Integrated Service Agency Model*. California: Lewin-VHI.

Charlson 2019

Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)

Chen 2005

Chen, H. (2005). Schizophrenia in rural communities control study of family intervention. *Chinese Journal of Clinical Medicinal Professional Research*, 11(1):21-23.

Chien 2003

Chien, H.-C., Ku, C.-H., Lu, R.-B., Chu, H., Tao, Y.-H., & Chou, K.-R. (2003). Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(5), 228–236. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(03\)00095-5](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(03)00095-5)

Chien 2004

Chien, W. T., Norman, I., & Thompson, D. R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International journal of nursing studies*, 41(6), 637–649. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.01.010>

Choe 2008

Choe, J. Y., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2008). Perpetration of Violence, Violent Victimization, and Severe Mental Illness: Balancing Public Health Concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153–164. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.2.153>

Chung 2017

Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>

Cipriani 2013

Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346(jun27 4), f3646–f3646. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3646>

Coccaro 1991

Coccaro, E. F., Harvey, P. D., Kupsaw-Lawrence, E., Herbert, J. L., & Bernstein, D. P. (1991). Development of neuropharmacologically based behavioral assessments of impulsive aggressive behavior. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 3(2), S44–S51.

Coldwell 2007

Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 393–399. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.393>

Combs 2007

Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D., Tiegreen, J., & Stem, P. (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophrenia research*, 91(1-3), 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.12.010>

Cornaggia 2011

Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.024>

Coyle1988

Coyle, P. (1988). A comparative analysis of varying treatment approaches on the level of community adjustment among schizophrenic outpatients. PhD dissertation: submitted to the Adelphi University, USA.

Cullen 2012

Cullen, A. E., Clarke, A. Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K., & Fahy, T. (2012). A multi-site randomized controlled trial of a cognitive skills programme for male mentally disordered offenders: Social-cognitive outcomes. *Psychological Medicine*, 42(3), 557–569. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001553>

Cullen, A. E., Clarke, A. Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K., & Fahy, T. (2012). A multisite randomized trial of a cognitive skills program for male mentally disordered offenders: Violence and antisocial behavior outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1114–1120. <https://doi.org/10.1037/a0030291>

Cullen, A. E., Soria, C., Clarke, A. Y., Dean, K., & Fahy, T. (2011). Factors Predicting Dropout From the Reasoning and Rehabilitation Program With Mentally Disordered Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 38(3), 217–230. <https://doi.org/10.1177/0093854810393659>

Cui 2004

Cui, Y., Yang, W., Weng, Y. (2004). Effectiveness of social skills training in patients with chronic schizophrenia. *Chinese Mental Health Journal*, 18(11):798-801. [MEDLINE: 12563548]

Cui, Y., Yang, W.Y., Yao, F.X., Hu, Y.D., Wang, H.J. (2006). Self-management with drugs in the training of inpatients with chronic schizophrenics. *Zhongguo Linchuang Kangfu*, 10(10):57-60. [EMBASE:2006191712]

Cunningham Owens 2001

Cunningham Owens, DG, Carroll, A, Fattah, S, Clyde, Z, Coffey, I, & Johnstone, EC. (2001). A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psych Scand*, 103, 362–369.

Curtis-New York 1992

Curtis, J. L., Millman, E. J., Struening, E., & D'Ercole, A. (1996). Deaths among former psychiatric inpatients in an outreach case management program. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 47(4), 398–402. <https://doi.org/10.1176/ps.47.4.398>

Curtis, J. L., Millman, E. J., Struening, E., & D'Ercole, A. (1992). Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services. *Hospital & community psychiatry*, 43(9), 895–899. <https://doi.org/10.1176/ps.43.9.895>

Curtis, J. L., Millman, E. J., Struening, E. L., & D'Ercole, A. (1998). Does outreach case management improve patients' quality of life?. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 49(3), 351–354. <https://doi.org/10.1176/ps.49.3.351>

D'Ercole, A., Struening, E., Curtis, J. L., Millman, E. J., & Morris, A. (1997). Effects of diagnosis, demographic characteristics, and case management on rehospitalization. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 48(5), 682–688. <https://doi.org/10.1176/ps.48.5.682>

Curtis-New York 1992

Curtis, J. L., Millman, E. J., Struening, E., & D'Ercole, A. (1996). Deaths among former psychiatric inpatients in an outreach case management program. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 47(4), 398–402. <https://doi.org/10.1176/ps.47.4.398>

Curtis, J. L., Millman, E. J., Struening, E., & D'Ercole, A. (1992). Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services. *Hospital & community psychiatry*, 43(9), 895–899. <https://doi.org/10.1176/ps.43.9.895>

Curtis, J. L., Millman, E. J., Struening, E. L., & D'Ercole, A. (1998). Does outreach case management improve patients' quality of life?. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 49(3), 351–354. <https://doi.org/10.1176/ps.49.3.351>

D'Ercole, A., Struening, E., Curtis, J. L., Millman, E. J., & Morris, A. (1997). Effects of diagnosis, demographic characteristics, and case management on rehospitalization. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 48(5), 682–688. <https://doi.org/10.1176/ps.48.5.682>

Cusack-North Carolina

Cusack, K. J., Morrissey, J. P., Cuddeback, G. S., Prins, A., & Williams, D. M. (2010). Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of forensic assertive community treatment: a randomized trial. *Community mental health journal*, 46(4), 356–363. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9299-z>

Dai 2007

Dai, M., Liu, F., Fan, J. (2007). A study on influence of early comprehensive intervention on prognosis of incipient schizophrenia patients. *Chinese Nursing Research*, 21(9):3293-4.

D'Anci 2019

D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 334. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>

Darmedru 2017

Darmedru, C., Demily, C., & Franck, N. (2017). Cognitive remediation and social cognitive training for violence in schizophrenia: A systematic review. *Psychiatry Research*, 251, 266–274. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.062>

Darke 1991

Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N., Wodak, A. (1991). The Opiate Treatment Index (OTI) Researchers Manual. Technical report No. 11. Sydney: National Drug & Alcohol Research Centre, 1991.

Darke 1992

Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N., & Ward, J. (1992). Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: The Opiate Treatment Index. *British Journal of Addiction*, 87(5), 733–742. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1992.tb02719.x>

Davis 2008

Davis, L. W., Ringer, J. M., Strasburger, A. M., & Lysaker, P. H. (2008). Participant evaluation of a CBT program for enhancing work function in schizophrenia. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(1), 55–58. <https://doi.org/10.2975/32.1.2008.55.58>

David 1990

David, A.S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156:789-808.

David 1992

David, A., Buchanan, A., Reed, A., Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161(November):599-602.

Davidson 2004

Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D. A., Chinman, M. J., Rakfeldt, J., & Tebes, J. K. (2004). Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 453–477. <https://doi.org/10.1002/jcop.20013>

Davidson 2009

Davidson, K. M., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I., Walker, A., Bezlyak, V., Seivewright, H., Robertson, H., & Crawford, M. J. (2009). Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 39(4), 569–577. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004066>

De Giacomo 1997

De Giacomo, P., Pierri, G., Santoni Rugiu, A., Buonsante, M., Vadrucchio, F., & Zavoiani, L. (1997). Schizophrenia: a study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 95(3), 183–188. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09618.x>

De Mooij 2015

De Mooij, L. D., Kikkert, M., Lommerse, N. M., Peen, J., Meijwaard, S. C., Theunissen, J., Duurkoop, P. W. R. A., Goudriaan, A. E., Van, H. L., Beekman, A. T. F., & Dekker, J. J. M. (2015). Victimization in adults with severe mental illness: Prevalence and risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 207(6), 515–522. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143370>

Derogatis 1974

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1):1-15.

Derogatis 1975

Derogatis, L.R. (1975). SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R. SCL-90- R: Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual. NCS Pearson, 1975.

Derogatis 1976

Derogatis, L.R., Rickels, K., Rock, A.F. Symptom Checklist 90. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale 1976;128:280-9.

Derogatis 1983a

Derogatis, L.R., Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13:595-605.

Derogatis 1983b

Derogatis, L.R. (1983). SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research, 1983.

De Vet 2013

De Vet, R., van Luitelaar, M. J. A., Brilleslijper-Kater, S. N., Vanderplasschen, W., Beijersbergen, M. D., & Wolf, J. R. L. M. (2013). Effectiveness of Case Management for Homeless Persons: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13-e26. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301491>

De Witte 2014

De Witte, N. A. J., Crunelle, C. L., Sabbe, B., Moggi, F., & Dom, G. (2014). Treatment for Outpatients with Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders: A Review. *European Addiction Research*, 20(3), 105-114. <https://doi.org/10.1159/000355267>

Dharmawardene 2017

Dharmawardene, V., & Menkes, D. B. (2017). Violence and self-harm in severe mental illness: Inpatient study of associations with ethnicity, cannabis and alcohol. *Australasian Psychiatry*, 25(1), 28–31. <https://doi.org/10.1177/1039856216671650>

Dincin 1982

Dincin, J., & Witheridge, T. F. (1982). Psychiatric Rehabilitation as a Deterrent to Recidivism. *Psychiatric Services*, 33(8), 645–650. <https://doi.org/10.1176/ps.33.8.645>

Dickerson 2017

Dickerson, F., Wilcox, H. C., Adamos, M., Katsafanas, E., Khushalani, S., Origoni, A., Savage, C., Schweinfurth, L., Stallings, C., Sweeney, K., & Yolken, R. (2017). Suicide attempts and markers of immune response in individuals with serious mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 87, 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.11.011>

Dieterich 2017

Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>

Dobson 1995

Dobson, D. J., McDougall, G., Busheikin, J., & Aldous, J. (1995). Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 46(4), 376–380. <https://doi.org/10.1176/ps.46.4.376>

Doyle 2013

Doyle, M., Khanna, T., Lennox, C., Shaw, J., Hayes, A., Taylor, J., Roberts, A., & Dolan, M. (2013). The effectiveness of an enhanced thinking skills programme in offenders with antisocial personality traits. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/14789949.2012.752519>

Drake 1996

Becker, D. R., Drake, R. E., Bond, G. R., Xie, H., Dain, B. J., & Harrison, K. (1998). Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community mental health journal*, 34(1), 71–82. <https://doi.org/10.1023/a:1018716313218>

Clark, R.E. (1998). Supported employment and managed care: can they coexist?. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1):62-8.

Clark, R. E., Xie, H., Becker, D. R., & Drake, R. E. (1998). Benefits and costs of supported employment from three perspectives. *The journal of behavioral health services & research*, 25(1), 22–34. <https://doi.org/10.1007/BF02287497>

Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 391–399. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.391>

Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., & Dain, B. J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(7), 419–426. <https://doi.org/10.1097/00005053-199707000-00001>

Torrey, W. C., Mueser, K. T., McHugo, G. H., & Drake, R. E. (2000). Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 51(2), 229–233. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.2.229>

Drake 1996b

Drake, R.E., Mueser, K.T., McHugo, G.J. (1996). Clinician rating scales: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), and Substance Abuse Treatment Scale (SATS). In: Sederer LI, Dickey B editor(s). Outcomes Assessment in Clinical Practice. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.

Drake 1998

- Clark, R. E., Teague, G. B., Ricketts, S. K., Bush, P. W., Xie, H., McGuire, T. G., Drake, R. E., McHugo, G. J., Keller, A. M., & Zubkoff, M. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health services research*, 33(5 Pt 1), 1285–1308.
- Clark R. E. (2001). Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. *Schizophrenia bulletin*, 27(1), 93–101. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006862>
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD001088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub2>
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., & Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *The American journal of orthopsychiatry*, 68(2), 201–215. <https://doi.org/10.1037/h0080330>
- Drake, R.E. (2002). Ten year follow up of dual diagnosis treatment. CRISP database accessed 10/05/02
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 50(6), 818–824. <https://doi.org/10.1176/ps.50.6.818>
- Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B., & Drake, R. E. (2005). Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 56(10), 1282–1287. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.10.1282>
- Xie, H., McHugo, G. J., Helmstetter, B. S., & Drake, R. E. (2005). Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophrenia research*, 75(2-3), 337–348. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.07.012>
- Xie, H., Drake, R., & McHugo, G. (2006). Are there distinctive trajectory groups in substance abuse remission over 10 years? An application of the group-based modeling approach. *Administration and policy in mental health*, 33(4), 423–432. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0048-0>
- Shahar, G., Kidd, S., Styron, T. H., & Davidson, L. (2006). Consumer Support and Satisfaction with Mental Health Services in Severe Mental Illness: The Moderating Role of Morale. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 945–962. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.9.945>
- Drake 1999
- Dixon, L., Hoch, J. S., Clark, R., Bebout, R., Drake, R., McHugo, G., & Becker, D. (2002). Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 53(9), 1118–1124. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1118>
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., & Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 627–633. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.627>
- Drake 2001
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F. C., Clark, R. E., & Rickards, L. (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469–476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.469>
- Drury 2000
- Drury, V., Birchwood, M., & Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial: 3. Five-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 8–14. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.8>

- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & Macmillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 169(5), 593–601. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.5.593>
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & Macmillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 169(5), 602–607. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.5.602>
- Du 2005
- Du, Z., Zhang, L., Chen, J., Li, G., Cao, Z. (2005). The study of family support and the quality of life changed of schizophrenes before and after family intervention. *Chinese Nursing Management*, 5(3):32-4.
- Du 2017
- Du, M., Wang, X., Yin, S., Shu, W., Hao, R., Zhao, S., Rao, H., Yeung, W.-L., Jayaram, M. B., & Xia, J. (2017). De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009922.pub2>
- Dupuy 1977
- Dupuy, H.J. (1977). The general well-being schedule. In: McDowell I, Newell C editor(s). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaire*. 2nd Edition. USA: Oxford University Press, 206-213.
- Durazzo 2010
- Durazzo, T. C., Meyerhoff, D. J., & Nixon, S. J. (2010). Chronic Cigarette Smoking: Implications for Neurocognition and Brain Neurobiology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(10), 3760–3791. <https://doi.org/10.3390/ijerph7103760>
- Durham 2003
- Durham, R. C., Guthrie, M., Morton, R. V., Reid, D. A., Treliving, L. R., Fowler, D., & Macdonald, R. R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 182, 303–311. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.303>
- Dyck 2002
- Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D., & McFarlane, W. R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 53(6), 749–754. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.6.749>
- D’Zurilla 2002
- D’Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R): Technical Manual*. Multi-Health Systems: North Tonawanda, NY.
- Eack 2015
- Eack, S. M., Hogarty, S. S., Bangalore, S. S., Keshavan, M. S., & Cornelius, J. R. (2016). Patterns of Substance Use During Cognitive Enhancement Therapy: An 18-Month Randomized Feasibility Study. *Journal of dual diagnosis*, 12(1), 74–82. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1145778>
- Eack, S. M., Hogarty, S. S., Greenwald, D. P., Litschge, M. Y., McKnight, S. A., Bangalore, S. S., Pogue-Geile, M. F., Keshavan, M. S., & Cornelius, J. R. (2015). Cognitive Enhancement Therapy in substance misusing schizophrenia: results of an 18-month feasibility trial. *Schizophrenia research*, 161(2-3), 478–483. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.017>

Wojtalik, J.A., Eack, S.M. (2015). Fronto-limbic neuroplasticity effects of Cognitive Enhancement Therapy during emotion regulation in schizophrenia patients who abuse cannabis. *Schizophrenia Bulletin*, 41:S243.

Wojtalik, J. A., Hogarty, S. S., Cornelius, J. R., Phillips, M. L., Keshavan, M. S., Newhill, C. E., & Eack, S. M. (2016). Cognitive Enhancement Therapy Improves Frontolimbic Regulation of Emotion in Alcohol and/or Cannabis Misusing Schizophrenia: A Preliminary Study. *Frontiers in psychiatry*, 6, 186. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00186>

Eckman1992

Eckman, T. A., Wirshing, W. C., Marder, S. R., Liberman, R. P., Johnston-Cronk, K., Zimmermann, K., & Mintz, J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *The American journal of psychiatry*, 149(11), 1549–1555. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.11.1549>

Edwards 2006

Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry, P. D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 109–117. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00783.x>

Eisen 1998

Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *The American journal of psychiatry*, 155(1), 102–108. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.102>

Elbogen 2009

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.537>

Endicott 1972

Endicott, J., Spitzer, R.L. (1972) What! Another rating scale? The psychiatric evaluation form. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 154(2):88-104.

Endicott 1976

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766–771. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>

Essali 2012

Essali, A., Tarboush, M., & Awad, M. (2012). Specialist interventions for homeless people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010170>

Essock 2006

Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., Kontos, N. J., Jackson, C. T., Townsend, F., & Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(2), 185–196. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.185>

Kanter J. (2006). Clinical case management, case management, and ACT. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(4), 578–579. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.4.578a>

- Manuel, J.I. (2009). A longitudinal analysis of psychiatric medication adherence and provider continuity among individuals with cooccurring disorders. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 69(10A):4126.
- Manuel, J. I., Covell, N. H., Jackson, C. T., & Essock, S. M. (2011). Does assertive community treatment increase medication adherence for people with co-occurring psychotic and substance use disorders?. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 51–56. <https://doi.org/10.1177/1078390310395586>
- Essock S. Further information about a trial [personal communication]. Email to: M Dieterich 13 May 2009.
- Essock SM. Assertive community treatment for the dually diagnosed. CRISP Database (www-commons.cit.nih.gov/crisp/index.html) (accessed 19 February 2001).
- Essock-Connecticut 1995
- Essock .S. (2009). Further information about a trial [personal communication]. Email to: M Dieterich 13 May 2009.
- Essock, S.M. (2000). Act versus standard case management clients use different services. 153rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2000 May 13-18, Chicago (IL). 2000.
- Essock, S.M., Frisman, L.K., Kontos, N.J.(1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2):179-90.
- Essock, S. M., & Kontos, N. (1995). Implementing assertive community treatment teams. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 46(7), 679–683. <https://doi.org/10.1176/ps.46.7.679>
- Evershed 2003
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watsons, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 13(3), 198–213. <https://doi.org/10.1002/cbm.542>
- Falloon 1982
- Doane, J. A., Falloon, I. R., Goldstein, M. J., & Mintz, J. (1985). Parental affective style and the treatment of schizophrenia. Predicting course of illness and social functioning. *Archives of general psychiatry*, 42(1), 34–42. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790240036004>
- Falloon, I. R., McGill, C. W., Boyd, J. L., & Pederson, J. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological medicine*, 17(1), 59–66. <https://doi.org/10.1017/s0033291700012988>
- Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B., & Gilderman, A. M. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *The New England journal of medicine*, 306(24), 1437–1440. <https://doi.org/10.1056/NEJM198206173062401>
- Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W., Williamson, M., Razani, J., Moss, H. B., Gilderman, A. M., & Simpson, G. M. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, 42(9), 887–896. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790320059008>
- Falloon, I. R., & Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 147, 156–163. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.2.156>
- Falloon, I.R.H., Razani, J., Moss, H.B., Boyd, J.L., McGill, C.W., Pederson, J. (1983). Community-based treatment of schizophrenia: a one-year check-up with families and individual therapy [Gemeindenähe versorgung von schizophrenen eine einjaehrige kontrolluntersuchung bei familien- und einzeltherapie]. *Partnerberatung*, 20:73-9.

Lieberman, R.P., Cardin, V., McGill, C.W., Falloon, I.R. (1986). Behavioral family management of schizophrenia: clinical outcome and costs. University of Maryland School of Medicine Symposium: Economic issues in schizophrenia. *Psychiatric Annals* 1987; 17:610-19.

McGill, C. W., Falloon, I. R., Boyd, J. L., & Wood-Siverio, C. (1983). Family educational intervention in the treatment of schizophrenia. *Hospital & community psychiatry*, 34(10), 934–938. <https://doi.org/10.1176/ps.34.10.934>

Rea, M. M., Strachan, A. M., Goldstein, M. J., Falloon, I., & Hwang, S. (1991). Changes in patient coping style following individual and family treatment for schizophrenia. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 158, 642–647. <https://doi.org/10.1192/bjp.158.5.642>

Strang, J.S., Falloon, I.R.H., Moss, H.B., Razini, J., Boyd, J.L. (1981). Drug treatment and family intervention during the aftercare treatment of schizophrenics. *Psychopharmacology Bulletin*, 17:87-8.

Färdig 2011

Färdig, R, Lewander, T, Melin, L, Folke, F, & Fredriksson, A. (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psych Serv*, 62, 606–612.

Farquhar 2018

Farquhar, C., & Marjoribanks, J. (2018). Assisted reproductive technology: An overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010537.pub5>

Fazel 2012

Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364–373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>

Fazel 2014

Fazel, S., Wolf, A., Palm, C., & Lichtenstein, P. (2014). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: A 38-year total population study in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 44–54. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70223-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70223-8)

Fazel 2018

Fazel, S., Smith, E. N., Chang, Z., & Geddes, J. R. (2018). Risk factors for interpersonal violence: An umbrella review of meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 609–614. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.145>

Fenton 1979

Fenton, F. R., Tessier, L., Contandriopoulos, A. P., Nguyen, H., & Struening, E. L. (1982). A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: financial costs. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 27(3), 177–187. <https://doi.org/10.1177/070674378202700301>

Fenton, F. R., Tessier, L., & Struening, E. L. (1979). A comparative trial of home and hospital psychiatric care. One-year follow-up. *Archives of general psychiatry*, 36(10), 1073–1079. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780100043003>

Fenton, F. R., Tessier, L., Struening, E. L., Smith, F. A., Benoit, C., Contandriopoulos, A. P., & Nguyen, H. (1984). A two-year follow-up of a comparative trial of the cost-effectiveness of home and hospital psychiatric treatment. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 29(3), 205–211. <https://doi.org/10.1177/070674378402900304>

Smith, F. A., Fenton, F. R., Benoit, C., Barzell, E., & Tessier, L. (1978). Home care treatment of acutely ill psychiatric patients. A one year follow-up. *Canadian Psychiatric Association journal*, 23(2), 73–76. <https://doi.org/10.1177/070674377802300201>

Fenton 1998

Fenton, W. S., Hoch, J. S., Herrell, J. M., Mosher, L., & Dixon, L. (2002). Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. *Archives of general psychiatry*, 59(4), 357–364. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.357>

Fenton, W.S., Mosher, L.R. (2000). Crisis residential care for patients with serious mental illness. In: Martindale B, Bateman A editor(s). *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. London UK: Gaskell, Royal College of Psychiatrists, 2000:157-76.

Fenton, W. S., Mosher, L. R., Herrell, J. M., & Blyler, C. R. (1998). Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *The American journal of psychiatry*, 155(4), 516–522. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.516>

Fernandez 1998

Fernandez, O.V., Lemos, G.S., Garcia, S.A., Otero, G.A., Alonso, S.M., Gutierrez Perez, A.M. (1998). Integrated psychological treatment for schizophrenic patients [Tratamiento psicologico integrado de pacientes esquizofrenicos]. *Psicothema*, 10(2):459-74.

Ford-UK 1995

Ford, R., Barnes, A., Davies, R., Chalmers, C., Hardy, P., & Muijen, M. (2001). Maintaining contact with people with severe mental illness: 5-year follow-up of assertive outreach. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(9), 444–447. <https://doi.org/10.1007/s001270170022>

Ford, R. (1995). Providing the safety net: Case management for people with a serious mental illness. *Journal of Mental Health*, 4(1), 91–98. <https://doi.org/10.1080/09638239550037893>

Ford, James Raftery, Peter Ryan, Al, R. (1997). Intensive case management for people with serious mental illness- Site 2: Cost-effectiveness. *Journal of Mental Health*, 6(2), 191–200. <https://doi.org/10.1080/09638239718950>

Ford, Peter Ryan, Alan Beadsmoore, R. (1997). Intensive case management for people with serious mental illness- Site 2: Clinical and social outcome. *Journal of Mental Health*, 6(2), 181–190. <https://doi.org/10.1080/09638239718941>

Ryan, P., Ford, R., Beadsmoore, A., & Muijen, M. (1999). The Enduring Relevance of Case Management. *British Journal of Social Work*, 29(1), 97–125. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjsw.a011442>

Frederick 2019

Frederick, D. E., & VanderWeele, T. J. (2019). Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLOS ONE*, 14(2), e0212208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208>

Frogley 2012

Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(09), 1351–1371. <https://doi.org/10.1017/S146114571100201X>

Frude 1994

Frude, N., Honess, T. M., & Maguire, M. (1994). CRIME PICS II: Initial validation. Extract from the first Manual. *Crime-Pics II: A psychometric tool for measuring attitude change in probation clients*. ISBN 1899094008.

Fu 2021

Fu, X. L., Qian, Y., Jin, X. H., Yu, H. R., Wu, H., Du, L., Chen, H.-L., & Shi, Y. Q. (2021). Suicide rates among people with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001549>

Gaite 2000

Gaite, L., Vazquez-Barquero, J.L., Arrizabalaga, A., Schene, A.H., Welcher, B., Thornicroff, G., et al. (2000). Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire quality of life profile-European version. EPSILON Study 8. European psychiatric services: Inputs linked to outcome domains and needs. *British Journal of Psychiatry*, 177(39):s49-54.

Galassi 2015

Galassi, A., Mpofo, E., & Athanasou, J. (2015). Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 7059-7072. <https://doi.org/10.3390/ijerph120607059>

Gardner 2010

Gardner, D. M., Murphy, A. L., O'Donnell, H., Centorrino, F., & Baldessarini, R. J. (2010). International Consensus Study of Antipsychotic Dosing. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 686–693. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09060802>

Garety 2008

Garety, P. A., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 192(6), 412–423. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.043570>

Garritty 2020

Garritty, C., Gartlehner, G., Kamel, C., King, V.J., Nussbaumer-Streit, B., Stevens, A., Hamel, C., Affengruber, L. Cochrane Rapid Reviews. Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group. March 2020.

Gerber 1999

Gerber, G.J., Prince, P.N. (1999). Measuring client satisfaction with assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 50(4):546-50.

Ghahramanlou-Holloway 2014

Ghahramanlou-Holloway, M. (2014). Safety planning for military (SAFE MIL): Rationale, design, and safety considerations of a randomized controlled trial to reduce suicide risk among psychiatric inpatients. *Contemporary Clinical Trials*, 39(1), 113-123. doi:10.1016/j.cct.2014.07.003

Giakoumatos 2013

Giakoumatos, C. I., Tandon, N., Shah, J., Mathew, I. T., Brady, R. O., Clementz, B. A., Pearlson, G. D., Thaker, G. K., Tamminga, C. A., Sweeney, J. A., & Keshavan, M. S. (2013). Are structural brain abnormalities associated with suicidal behavior in patients with psychotic disorders? *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1389–1395. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.011>

Glynn 1992

Glynn, S.M., Randolph, E.T., Eth, S., Paz, G.G., Leong, G.B., Shaner, A.L., Van Vort, W. (1992). Schizophrenic symptoms, work adjustment, and behavioral family therapy. *Rehabilitation Psychology*, 37:323-38.

Randolph, E. T., Eth, S., Glynn, S. M., Paz, G. G., Leong, G. B., Shaner, A. L., Strachan, A., Van Vort, W., Escobar, J. I., & Liberman, R. P. (1994). Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinic-based intervention. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 164(4), 501–506. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.4.501>

Godley 1994

Godley, S.H., Hoewing-Roberson, R., Godley, M.D. (1994). Final MISA Report. Bloomington, IN: Lighthouse Institute, 1994.

Gold 2006

Gold, J. M., Goldberg, R. W., McNary, S. W., Dixon, L. B., & Lehman, A. F. (2002). Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *The American journal of psychiatry*, *159*(8), 1395–1402. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1395>

Gold, P. B., Meisler, N., Santos, A. B., Carnemolla, M. A., Williams, O. H., & Keleher, J. (2006). Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, *32*(2), 378–395. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi056>

Meisler, N. (2002). Rural-based supported employment approaches: results from the South Carolina site of the employment intervention demonstration project. Proceedings of the 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2002 May 18-23; Philadelphia, PA, USA.

Goldberg 1972

Goldberg, D., McDowell, I., Newell, C. (1972). General Health Questionnaire (GHQ), 12 item version, 20 item version, 30 item version, 60 item version [GHQ12, GHQ20, GHQ30, GHQ60]. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaire 1972:225-36.

Goldman 1992

Goldman, H.H., Skodal, A.E., Lave, T.R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, *149*(9):1148-56.

Goldstein 1978

Goldstein, M.J., Kopeiken, H.S. (1981). Short- and long-term effects of combining drug and family therapy. In: Goldstein MJ editor(s). *New Developments in Interventions With Families of Schizophrenics*. San Francisco: Jossey-Bass, 1981:5-26.

Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Evans, J. R., May, P. R., & Steinberg, M. R. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of general psychiatry*, *35*(10), 1169–1177. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770340019001>

Gong 2007

Gong, C., Zhang, J., Zheng, G. (2007). Three-year follow-up study of family synthetically intervention for community family bed patients with schizophrenia. *Chinese Journal of Behavioral Medical Science*, *16*(10):903-5.

Goodman 1989

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, *46*(11), 1006–1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>

Gøtzsche 2017

Gøtzsche, P. C., & Gøtzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: Systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *110*(10), 404–410. <https://doi.org/10.1177/0141076817731904>

Gouzoulis-Mayfrank 2015

Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebeke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M., & Daumann, J. (2015). Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction. *Deutsches Arzteblatt international*, *112*(41), 683–691. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0683>

U1111-1119-5851. Evaluation of an integrative therapy approach for the comorbidity of psychosis and addiction. <http://www.drks.de/DRKS00000671> 2011.

Graeber 2003

Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community mental health journal*, 39(3), 189–202. <https://doi.org/10.1023/a:1023371705506>

Graham 2016

Graham, H. L., Birchwood, M., Griffith, E., Freemantle, N., McCrone, P., Stefanidou, C. A., Walsh, K., Clarke, L., Rana, A., & Copello, A. (2014). A pilot study to assess the feasibility and impact of a brief motivational intervention on problem drug and alcohol use in adult mental health inpatient units: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 308. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-308>

Graham, H. L., Copello, A., Griffith, E., Freemantle, N., McCrone, P., Clarke, L., Walsh, K., Stefanidou, C. A., Rana, A., & Birchwood, M. (2016). Pilot randomised trial of a brief intervention for comorbid substance misuse in psychiatric in-patient settings. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 133(4), 298–309. <https://doi.org/10.1111/acps.12530>

ISRCTN43548483. A pilot study to assess the feasibility and impact of a motivational intervention (MI) on problem drug and alcohol use in adult mental health inpatient units. <http://isrctn.org/ISRCTN43548483> 2014.

Granholm 2013

Granholm E, Holden J, Link P. (2011) Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training (cbsst) for older people with schizophrenia: Replication and role of defeatist attitudes. *Schizophrenia Bulletin*, 37:304.

Granholm 2014

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

Grawe 2006

Grawe, RW, Falloon, IR, Widen, JH, & Skogvoll, E. (2006). Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. *Acta Psych Scand*, 114, 328–336.

Green 1987

Green, R.S., Gracely, E.J. (1987). Selecting a rating scale for evaluating services to the chronically mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 23(2):91-102

Green 2004

Green MF, Nuechterlein KH, Gold JM, Barch DM, Cohen J, Essock S, Fenton WS, Frese F, Goldberg TE, Heaton RK, Keefe RSE, Kern RS, Kraemer H, Stover E, Weinberger DR, Zalcman S, Marder SR: Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biol Psychiatry* 2004; 56:301–307.

Greenberg 2005

Greenberg, G. A., & Rosenheck, R. A. (2005). Using the GAF as a national mental health outcome measure in the Department of Veterans Affairs. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 56(4), 420–426. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.4.420>

Guaiana 2012

Guaiana, G., Morelli, A. C., & Chiodo, D. (2012). Cognitive behaviour therapy (group) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009608>

Guo 1995

Guo, G.Y. (1995). Reliability and validity of the scale of social skills of chronic schizophrenic in-patients. *Chinese Journal of Neurology*, 28(0):16-8.

Guo 2007

Guo, Y., Gao, Z., Wu, Y., Yan, Z. (2007). Influence of family intervention on the clinic curative effect of schizophrenia patients. *Chinese Journal of Health Education*, 23(7):550-1.

Guy 1976

Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs.

Guyatt 2008

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., & Schünemann, H. J. (2008). What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ*, 336(7651), 995–998. <https://doi.org/10.1136/bmj.39490.551019.BE>

Haddock 1999

Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Drake, R., & Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(5), 254–258. <https://doi.org/10.1007/s001270050141>

Haddock 1999b

Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., Faragher, E.B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4):879-89.

Haddock 2009

Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J. J., Dunn, G., Novaco, R. W., & Tarrier, N. (2009). Cognitive-behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 194(2), 152–157. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039859>

Haddock, G. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia and violence (the PICASSO project). *National Research Register*, 3.

Haddock 2019

Haddock, G., Pratt, D., Gooding, P. A., Peters, S., Emsley, R., Evans, E., Kelly, J., Huggett, C., Munro, A., Harris, K., Davies, L., & Awenat, Y. (2019). Feasibility and acceptability of suicide prevention therapy on acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 5(1), e14. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.85>

Hamilton 1967

Hamilton M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British journal of social and clinical psychology*, 6(4), 278–296. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>

Hamilton 1976

Hamilton, M. (1976). HAMA Hamilton Anxiety Scale. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology 193-8.

Hampton-Illinois 1992

Hampton, B., Korr, W., Bond, G., Mayes, J., Havis, P. (1992). Integration services system approach to avert homelessness; CSP homeless prevention project for HMI adults. Final report to State of Illinois NIMH Demonstration Grant Project.

Korr, W. S., & Joseph, A. (1995). Housing the Homeless Mentally Ill: Findings from Chicago. *Journal of Social Service Research*, 21(1), 53–68. https://doi.org/10.1300/J079v21n01_04

Hasin 1996

Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M., & Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *The American journal of psychiatry*, 153(9), 1195–1201. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.9.1195>

Harris 2014

Harris, S. T., Oakley, C., & Picchioni, M. M. (2014). A systematic review of the association between attributional bias/interpersonal style, and violence in schizophrenia/psychosis. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.009>

Harrison-Read-UK 2000

Harrison-Read, P. (2000). *A randomised controlled trial of short term intensive community case management of severe mental illness: an assessment of its benefit to 'heavy users' of hospital services and cost effectiveness*. National Research Register.

Harrison-Read, P. (n.d.) A randomised controlled trial of short term intensive community case management of severe mental illness: an assessment of its benefit to 'heavy users' of hospital services and cost effectiveness. www.isrctn.com/ISRCTN56473864 (accessed: 31 January 2004). [ISRCTN: 56473864]

Harrison-Read, P., Lucas, B., Tyrer, P., Ray, J., Shipley, K., Simmonds, S., Knapp, M., Lowin, A., Patel, A., & Hickman, M. (2002). Heavy users of acute psychiatric beds: randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London borough. *Psychological medicine*, 32(3), 403–416. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005305>

Hayes 1995

Hayes, R. L., Halford, W. K., & Varghese, F. T. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*, 26(3), 433–449. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80092-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80092-9)

Hayward 1995

Hayward, P. (1995). Medication self-management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health*, 4:511-8.

Hawton 2016

Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)

Heinrich 1984

Heinrich, D.W., Hanlon, T.E., Carpenter, W.T. (1984). The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10:388-98.

Heinrichs 1984

Heinrichs, D.W., Hanlon, T.E., Carpenter, W.T. Jr. (1984). The quality of life scale. *Schizophrenia Bulletin*, 10:388-98.

Hellerstein 1995

Hellerstein, D.J., Rosenthal, R.N., Miner, C.R. (1995). A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic patients. *American Journal on Addictions*, 4(1):33-42.

Hellerstein, D. J., Rosenthal, R. N., & Miner, C. R. (2001). Integrating services for schizophrenia and substance abuse. *The Psychiatric quarterly*, 72(4), 291–306. <https://doi.org/10.1023/a:1010385114289>

Herinckx-Oregon 1996

Clarke, G. N., Herinckx, H. A., Kinney, R. F., Paulson, R. I., Cutler, D. L., Lewis, K., & Oxman, E. (2000). Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Mental health services research*, 2(3), 155–164. <https://doi.org/10.1023/a:1010141826867>

Herinckx, H. A., Kinney, R. F., Clarke, G. N., & Paulson, R. I. (1997). Assertive community treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 48(10), 1297–1306. <https://doi.org/10.1176/ps.48.10.1297>

Henderson 1980

Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D.G., Scott, R. (1980). Measuring social relationships. The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10(4):723-34.

Hert 2002

Hert, M. D., Wampers, M., Thys, E., Wieselgren, I. M., Lindström, E., & Peuskens, J. (2002). Validation study of PECC (Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers): Interscale validity and inter-rater reliability. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 6(3), 135–140. <https://doi.org/10.1080/136515002760276054>

Herz 2000

Herz, M. I., Lamberti, J. S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S. P., McCartan, L., & Nix, G. (2000). A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Archives of general psychiatry*, 57(3), 277–283. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.3.277>

Hickman 1997

Hickman, M.E. (1997). The effects of personal feedback on alcohol intake in dually diagnosed clients: an empirical study of William R. Miller's motivational enhancement therapy. Unpublished thesis. University Graduate School, Dept. Counseling Psychology, Indiana University 1997.

Paulson, R., Herinckx, H., Demmler, J., Clarke, G., Cutler, D., & Birecree, E. (1999). Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health service providers. *Community mental health journal*, 35(3), 251–269. <https://doi.org/10.1023/a:1018745403590>

Paulson, R.I., Clarke, G., Herinckx, H., Kinney, R., Lewis, K., Oxman, E. (1996). First year outcomes from a randomised trial comparing consumer and non-consumer assertive community treatment teams with usual care. Fourth International Conference on Hjorthoj 2013

Fohlmann, A.H., Hjorthoej, C., Larsen, A., Nordentoft, M. (2010). CapOpus. Randomized clinical trial: Specialized addiction treatment (MI & CBT) versus treatment as usual for young patients with cannabis abuse and psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 4 Suppl 1:159.

- Hjorthøj, C.R. (2010). Validity of self-reported cannabis use as measured by the timeline follow-back instrument in a trial randomizing people with comorbid cannabis use disorder and schizophrenia spectrum disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 4 Suppl 1:160.
- Hjorthøj, C., Fohlmann, A., Larsen, A. M., Madsen, M. T., Vesterager, L., Gluud, C., Arendt, M. C., & Nordentoft, M. (2008). Design paper: The CapOpus trial: a randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of specialized addiction treatment versus treatment as usual for young patients with cannabis abuse and psychosis. *Trials*, 9, 42. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-9-42>
- Hjorthøj, C.R., Fohlmann, A., Larsen, A-M., Madsen, M.T.R., Vesterager, L., Gluud, C., et al. (2010). Interim analysis of the CapOpus trial: a randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of specialized addiction treatment versus treatment as usual for young patients with cannabis abuse and psychosis. *Schizophrenia Research*, 117(2-3):190.
- Hjorthøj, C. R., Fohlmann, A., Larsen, A. M., Arendt, M., & Nordentoft, M. (2012). Correlations and agreement between delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) in blood plasma and timeline follow-back (TLFB)-assisted self-reported use of cannabis of patients with cannabis use disorder and psychotic illness attending the CapOpus randomized clinical trial. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(6), 1123–1131. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03757.x>
- Hjorthøj, C. R., Orlovska, S., Fohlmann, A., & Nordentoft, M. (2013). Psychiatric treatment following participation in the CapOpus randomized trial for patients with comorbid cannabis use disorder and psychosis. *Schizophrenia research*, 151(1-3), 191–196. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.014>
- Hjorthøj, C. R., Vesterager, L., & Nordentoft, M. (2013). Test-retest reliability of the Danish Adult Reading Test in patients with comorbid psychosis and cannabis-use disorder. *Nordic journal of psychiatry*, 67(3), 159–163. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.691544>
- Hjorthøj, C. R., Fohlmann, A., Larsen, A. M., Gluud, C., Arendt, M., & Nordentoft, M. (2013). Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TH) versus TH for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. *Psychological medicine*, 43(7), 1499–1510. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002255>
- NCT00484302. Cannabis and psychosis randomized clinical trial: specialized addiction treatment versus treatment as usual for young patients with cannabis abuse and psychosis. <http://www.clinicaltrials.gov> 2007.
- Nordentoft, M., Hjorthøj, C., Fohlmann, A. (2009). Capopus trial: An observer-blinded RCT of specialized addiction treatment versus standard treatment for young patients with cannabis. Proceedings of the 17th European Psychiatric Association, EPA Congress; 2009 Jan 24-28; Lisbon Portugal 2009;24:S1178.
- Toftdahl, N. G., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2016). The Effect of Changes in Cannabis Exposure on Psychotic Symptoms in Patients With Comorbid Cannabis Use Disorder. *Journal of dual diagnosis*, 12(2), 129–136. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1176426>
- Schizophrenia - 1996: Breaking Down the Barriers; 1996 Oct 6-9; Vancouver, Canada.
- Hogan 1983
- Hogan, T.P., Awad. A.G., Eastwood, R. (1983). A self report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13:177-83.
- Honigfeld 1965
- Honigfeld, G., Gillis, R.D., Klett, C.J. (1965). Nurses' observation scale for inpatient evaluation: a new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 21:65-71.
- Horn 1987
- Horn, J.L., Wanberg, K.W., Foster, F.M. (1987). The Alcohol Use Inventory. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1987.

Hornsveld 2005

Hornsveld, R. H., & Nijman, H. L. (2005). Evaluation of a cognitive-behavioral program for chronically psychotic forensic inpatients. *International journal of law and psychiatry*, 28(3), 246–254. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.09.004>

Hornsveld 2008

Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., & Kraaimaat, F. W. (2008). Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: First results. *Psychology, Crime & Law*, 14(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/10683160701340569>

Higgins 2019

Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, eds. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.0 (updated July 2019), 2019. www.training.cochrane.org/handbook

Hjorthøj 2009

Hjorthøj, C., Fohlmann, A., & Nordentoft, M. (2009). Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders—A systematic review. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 520-525. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.02.001>

Hogarty 1986

Anderson, C.M., Reiss, D.J. (1982). Approaches to psychoeducational family therapy. *International Journal of Family Psychiatry*, 3:501-17.

Hogarty, G. E., McEvoy, J. P., Munetz, M., DiBarry, A. L., Bartone, P., Cather, R., Cooley, S. J., Ulrich, R. F., Carter, M., & Madonia, M. J. (1988). Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia. Results of a two-year controlled study. *Archives of general psychiatry*, 45(9), 797–805. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800330021002>

Hogarty, G.E., Anderson, C. (1986). A controlled trial of family therapy, social skills training and drug therapy in the aftercare of schizophrenics. Effects on relapse and expressed emotion [Eine kontrollierte studie ueber familientherapie, training sozialer fertigkeiten und unterstuetzende chemotherapie in der nachbehandlung schizophrener vorlaeufige effekte auf rezidive und expressed emotion nach einem jahr bewaeltigung der schizophrenie]. *Bewaeltigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte Psychosoziale und Kognitive Therapien Angehoerigenarbeit und Autoprotektive Anstrengungen*. Bern: Verlag Hans Huber, 72-86.

Hogarty, G. E., & Anderson, C. M. (1986). Medication, family psychoeducation, and social skills training: first year relapse results of a controlled study. *Psychopharmacology bulletin*, 22(3), 860–862.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D., & Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of general psychiatry*, 43(7), 633–642. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800070019003>

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F., & Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. *Archives of general psychiatry*, 48(4), 340–347. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810280056008>

Hogarty 1997-study 1

Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Ulrich, R. F., Carter, M., & Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or

- independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1504–1513. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1504>
- Hogarty, G. E., Greenwald, D., Ulrich, R. F., Kornblith, S. J., DiBarry, A. L., Cooley, S., Carter, M., & Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1514–1524. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1514>
- Hogarty 1997-study 2
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Ulrich, R. F., Carter, M., & Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1504–1513. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1504>
- Hogarty, G. E., Greenwald, D., Ulrich, R. F., Kornblith, S. J., DiBarry, A. L., Cooley, S., Carter, M., & Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1514–1524. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1514>
- Holloway-UK 1996
- Cullen, D., Waite, A., Oliver, N., Carson, J., & Holloway, F. (2007). Case management for the mentally ill: A comparative evaluation of client satisfaction. *Health & Social Care in the Community*, 5(2), 106–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.1997.tb00105.x>
- Holloway F. Further information on ICM study [personal communication]. Email to: M Dieterich 15 April 2009.
- Holloway, F., & Carson, J. (1998). Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 172, 19–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.19>
- Holloway, F., Carson, J. (1996) Intensive case management: does it work?. Eighth Congress of the Association of European Psychiatrists; Jul 7-12; London, UK. 1996.
- Holloway, F., & Carson, J. (1999). Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: an exploratory study. *The International journal of social psychiatry*, 45(4), 259–267. <https://doi.org/10.1177/002076409904500404>
- Holloway, F., Murray, M., Squire, C., & Carson, J. (1996). Intensive case management: Putting it into practice. *Psychiatric Bulletin*, 20(7), 395–397. <https://doi.org/10.1192/pb.20.7.395>
- Hor 2010
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Review: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24(4_suppl), 81–90. <https://doi.org/10.1177/1359786810385490>
- Hoult 1983
- Hoult, J. (1986). Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149:137-44.
- Hoult, J., & Reynolds, I. (1984). Schizophrenia. A comparative trial of community orientated and hospital orientated psychiatric care. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 69(5), 359–372. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1984.tb02506.x>
- Hoult, J., Reynolds, I., Charbonneau-Powis, M., Coles, P., & Briggs, J. (1981). A controlled study of psychiatric hospital versus community treatment - the effect on relatives. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 15(4), 323–328. <https://doi.org/10.3109/00048678109159455>

Hoult, J., Reynolds, I., Charbonneau-Powis, M., Weekes, P., & Briggs, J. (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 17(2), 160–167. <https://doi.org/10.3109/00048678309160000>

Hoult, J., Rosen, A., & Reynolds, I. (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science and Medicine*, 18:1005-10.

Reynolds, I., & Hoult, J. E. (1984). The relatives of the mentally ill. A comparative trial of community-oriented and hospital-oriented psychiatric care. *The Journal of nervous and mental disease*, 172(8), 480–489.

Howard 2010

Howard, L. M., Leese, M., Byford, S., Killaspy, H., Cole, L., Lawlor, C., & Johnson, S. (2009). Methodological challenges in evaluating the effectiveness of women's crisis houses compared with psychiatric wards: findings from a pilot patient preference RCT. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(10), 722–727. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b97621>

Howard, L., Flach, C., Leese, M., Byford, S., Killaspy, H., Cole, L., Lawlor, C., Betts, J., Sharac, J., Cutting, P., McNicholas, S., & Johnson, S. (2010). Effectiveness and cost-effectiveness of admissions to women's crisis houses compared with traditional psychiatric wards: pilot patient-preference randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 53, s32–s40. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081083>

Howard 2010b

Heslin, M., Howard, L., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., Spokes, T., Huxley, P., & Thornicroft, G. (2011). Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 132–137. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00035.x>

Howard, L. M., Heslin, M., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., Spokes, T., Huxley, P., & Thornicroft, G. (2010). Supported employment: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 196(5), 404–411. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.061465>

ISRCTN96677673. RCT of individual placement and support (IPS) to improve the occupational outcomes for people with severe mental illness in South London. <http://www.controlledtrials.com/ISRCTN96677673/SWAN>

Thornicroft, G. (2004). Employment programme for patients with severe mental illness operated by status employment. National Research Register 2004; Vol. 4.

Huang 2005

Huang, Q., Wen, Y., Tang, Y., Li, H., Zhao, S. (2005). Social vocational training of schizophrenia in decline period. *Chinese Journal of Health Psychology*, 13 (6):442-3

Hunt 2019

Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>

Inchausti 2016

Inchausti, F., Ortuño-Sierra, J., García-Poveda, N. V., & Ballesteros-Prados, A. (2016). Habilidades metacognitivas en adultos con abuso de sustancias bajo tratamiento en comunidad terapéutica. *Adicciones*, 29(2), 74. <https://doi.org/10.20882/adicciones.719>

Inchausti 2018

Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Aldaz-Armendáriz, J. A., Mole, J., Dimaggio, G., Ottavi, P., & Fonseca-Pedrero, E. (2018). The Effects of Metacognition-Oriented Social Skills Training on Psychosocial Outcome in Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1235–1244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx168>

Instituto Nacional de Estadística

Instituto Nacional de Estadística. (2013-2020). *Estadística de Condenados: Adultos*. <https://www.ine.es/>

Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte*. <https://www.ine.es/>

Jadad 1996

Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4)

Jerrell 1995a

Jerrell, J.M. (1996). Cost-effective treatment for persons with dual disorders. *New Directions for Mental Health Services* 1996;70(Summer):79-91.

Jerrell, J. M., Hu, T. W., & Ridgely, M. S. (1994). Cost-effectiveness of substance disorder interventions for people with severe mental illness. *Journal of mental health administration*, 21(3), 283–297. <https://doi.org/10.1007/BF02521335>

Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(9), 566–576. <https://doi.org/10.1097/00005053-199509000-00002>

Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 50(1), 109–112. <https://doi.org/10.1176/ps.50.1.109>

Jerrell 1995b

Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(9), 566–576. <https://doi.org/10.1097/00005053-199509000-00002>

Jerrell-SCarolina1 1991

Hu, T. W., & Jerrell, J. (1991). Cost-effectiveness of alternative approaches in treating severely mentally ill in California. *Schizophrenia bulletin*, 17(3), 461–468. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.3.461>

Hu, T. W., & Jerrell, J. M. (1998). Estimating the cost impact of three case management programmes for treating people with severe mental illness. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (36), 26–32.

Jerrell J. M. (1995). Toward managed care for persons with severe mental illness: implications from a cost-effectiveness study. *Health affairs (Project Hope)*, 14(3), 197–207. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.14.3.197>

Schmidt-Posner, J., Jerrell, J.M. (1998). Qualitative Analysis of Three Case Management Programs. *Community Ment Health J* 34, 381–392. <https://doi.org/10.1023/A:1018736023580>

Jiang 2010

Jiang, Y., Wang, H., Wang, J. (2010). Effect of cognitive behavioral therapy in patients with chronic schizophrenia to obsessive-compulsive symptoms. *Sichuan Mental Health*, 23:227-9.

Johnson 2005

Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hout, J., McKenzie, N., White, I. R., Thompson, M., & Bebbington, P. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ (Clinical research ed.)*, *331*(7517), 599. <https://doi.org/10.1136/bmj.38519.678148.8F>

Johnston-Australia 1998

Issakidis, C., Sanderson, K., Teesson, M., Johnston, S., & Buhrich, N. (1999). Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *99*(5), 360–367. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb07242.x>

Johnston, S., Salkeld, G., Sanderson, K., Issakidis, C., Teesson, M., & Buhrich, N. (1998). Intensive case management: a cost-effectiveness analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *32*(4), 551–559. <https://doi.org/10.3109/00048679809068330>

Jones 2009

Jones, C., Cormac, I., Campbell, C., Meaden, A., & Hacker, D. (2009). Cognitive behaviour therapy versus specific pharmacological treatments for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007965>

Jones 2018

Jones, C., Hacker, D., Meaden, A., Cormac, I., Irving, C. B., Xia, J., Zhao, S., Shi, C., & Chen, J. (2018). Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2019*(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub3>

Jotangia 2015

Jotangia, A., Rees-Jones, A., Gudjonsson, G. H., & Young, S. (2015). A multi-site controlled trial of the R&R2MHP cognitive skills program for mentally disordered female offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *59*(5), 539–559. <https://doi.org/10.1177/0306624X13512092>

Juckel 2014

Juckel, G. (2014). Personal and Social Performance Scale. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 4719–4724). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2141

Kamperman 2014

Kamperman, A. M., Henrichs, J., Bogaerts, S., Lesaffre, E. M. E. H., Wierdsma, A. I., Ghauharali, R. R. R., Swildens, W., Nijssen, Y., van der Gaag, M., Theunissen, J. R., Delespaul, P. A., van Weeghel, J., van Busschbach, J. T., Kroon, H., Teplin, L. A., van de Mheen, D., & Mulder, C. L. (2014). Criminal Victimization in People with Severe Mental Illness: A Multi-Site Prevalence and Incidence Survey in the Netherlands. *PLoS ONE*, *9*(3), e91029. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091029>

Kang 2016

Kang, R., Wu, Y., Li, Z., Jiang, J., Gao, Q., Yu, Y., Gao, K., Yan, Y., & He, Y. (2016). Effect of Community-Based Social Skills Training and Tai-Chi Exercise on Outcomes in Patients with Chronic Schizophrenia: A Randomized, One-Year Study. *Psychopathology*, *49*(5), 345–355. <https://doi.org/10.1159/000448195>

Kavanagh 2004

Kavanagh, D. J., Young, R., White, A., Saunders, J. B., Wallis, J., Shockley, N., Jenner, L., & Clair, A. (2004). A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug and alcohol review*, *23*(2), 151–155. <https://doi.org/10.1080/09595230410001704127>

Katz 1963

Katz, M.M., Lyerly, S.B. (1963). Methods for measuring adjustment and social behaviour in the community: I. Rationale, description, discriminative validity and scale development. *Psychological Repo*, 13:503-35.

Kay 1986

Kay, S.R., Opler, L.A., Fiszbein, A. (1986). Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 1986.

Kay 1987

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

Kemp1996

Healey, A., Knapp, M., Astin, J., Beecham, J., Kemp, R., Kirov, G., & David, A. (1998). Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 172, 420–424. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.5.420>

Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7027), 345–349. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7027.345>

Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 172, 413–419. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.5.413>

Kemp 2007

Kemp, R., Harris, A., Vurel, E., & Sitharthan, T. (2007). Stop Using Stuff: trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 15(6), 490–493. <https://doi.org/10.1080/10398560701439665>

Kerkhof 1993

Kerkhof, A. J. F. M., Bernasco, W., Bille-Brahe, U., Platt, S., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., ... & Sampaio Faria, J. (1993). In WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide Facts and figures.

Khalifeh 2010

Khalifeh, H., & Dean, K. (2010). Gender and violence against people with severe mental illness. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 535–546. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.506185>

Khalifeh 2015

Khalifeh, H., Moran, P., Borschmann, R., Dean, K., Hart, C., Hogg, J., Osborn, D., Johnson, S., & Howard, L. M. (2015). Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychological Medicine*, 45(4), 875–886. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001962>

Kisely 2017

Kisely, S. R., Campbell, L. A., & O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5>

Killackey 2008

Killackey, E., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 193(2), 114–120. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.043109>

King 2007

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passeti, F., Weich, S., & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 190, 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>

Klein 1998

Klein, A. R., Cnaan, R. A., & Whitecraft, J. (1998). Significance of Peer Social Support With Dually Diagnosed Clients: Findings From a Pilot Study. *Research on Social Work Practice*, 8(5), 529–551. <https://doi.org/10.1177/104973159800800503>

Klingberg 2012

Cantero, M.D., Duque, A., Valiente, C., Fuentenebro, F., Villavicencio, P., Mehl, S., et al. (2012). Social cognitive biases as moderators and mediators of successful cognitive behavioural therapy in schizophrenia – results of the positive study. *Schizophrenia Research*. 136(April):1088-5.

Klingberg, S., Herrlich, J., Wiedemann, G., Wölwer, W., Meisner, C., Engel, C., Jakobi-Malterre, U. E., Buchkremer, G., & Wittorf, A. (2012). Adverse effects of cognitive behavioral therapy and cognitive remediation in schizophrenia: results of the treatment of negative symptoms study. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(7), 569–576. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825bfa1d>

Klingberg, S., Wittorf, A., Herrlich, J., Wiedemann, G., Meisner, C., Buchkremer, G., Frommann, N., & Wölwer, W. (2009). Cognitive behavioural treatment of negative symptoms in schizophrenia patients: study design of the TONES study, feasibility and safety of treatment. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259 Suppl 2, S149–S154. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0047-8>

Klingberg, S., Wölwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., Buchkremer, G., & Wiedemann, G. (2011). Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study. *Schizophrenia bulletin*, 37 Suppl 2(Suppl 2), S98–S110. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr073>

Klingberg, S., Wolwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., et al. (2011). The role of cognitive behavioral therapy and cognitive remediation for the treatment of negative symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261:S36.

Kohmura 2019

Kohmura, K., Banno, M., Tsujimoto, H., Tsujimoto, Y., & Kataoka, Y. (2019). Humour-based interventions for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013367>

Kopelowicz 1998

Kopelowicz, A. (1998). Adapting social skills training for Latinos with schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 10(1), 47–50. <https://doi.org/10.1080/09540269875087>

Kopelowicz, A., Zarate, R., Gonzalez, V., Tripodis, K. (1999). Social skills training for Latinos with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1-3:327-8. [PsycINFO: 64-13154]

Korsbek 2014

Korsbek, L., Dalum, H. S., Lindschou, J., & Eplov, L. F. (2014). Illness management and recovery programme for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011071>

Kouyoumdjian 2015

Kouyoumdjian, F. G., McIsaac, K. E., Liauw, J., Green, S., Karachiwalla, F., Siu, W., Burkholder, K., Binswanger, I., Kiefer, L., Kinner, S. A., Korchinski, M., Matheson, F. I., Young, P., & Hwang, S. W. (2015). A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Interventions to Improve the

Health of Persons During Imprisonment and in the Year After Release. *American Journal of Public Health*, 105(4), e13-e33. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302498>

Krawiecka 1977

Krawiecka, M., Goldberg, D., Vaughan, M. (1977). A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55(4):299-308.

Kumar 2010

Kumar, D., Zia Ul Haq, M., Dubey, I., Dotivala, K. N., Veqar Siddiqui, S., Prakash, R., Abhishek, P., & Nizamie, S. H. (2010). Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12(2), 149–158. <https://doi.org/10.1080/13642537.2010.488875>

Large 2011

Large, M., Smith, G., Sharma, S., Nielssen, O., & Singh, S. P. (2011). Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients: In-patient suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 18–19. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x>

Larsen 1979

Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Programme Planning*, 2(3):197-207.

Lasserson 2019

Lasserson TJ, Thomas J, Higgins JPT. Chapter 1: Starting a review. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al, eds. *Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions version 6.0* (updated July 2019). Cochrane, 2019. www.training.cochrane.org/handbook

Latimer 2006

Latimer, E. A., Lecomte, T., Becker, D. R., Drake, R. E., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St-Pierre, M. S., Therrien, C., & Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 189, 65–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012641>

Laws 2018

Laws, K. R., Darlington, N., Kondel, T. K., McKenna, P. J., & Jauhar, S. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: A meta-analysis. *BMC Psychology*, 6(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0243-2>

Leavey 2004

Leavey, G., Gulamhussein, S., Papadopoulos, C., Johnson-Sabine, E., Blizard, B., & King, M. (2004). A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. *Psychological medicine*, 34(3), 423–431. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001594>

Leff 1982

Berkowitz, R. (1984). Therapeutic intervention with schizophrenic patients and their families: a description of a clinical research project. *Journal of Family Therapy*, 6:211-33.

Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R., Kuipers, L., Leff, J. (1984). Educating relatives about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10:418-29.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154:58-66.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R., Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social interventions in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141:121-34.

- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R., Sturgeon, D. (1984). Psychosocial relevance and benefit of neuroleptic maintenance: experience in the United Kingdom. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45:43-9.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146:594-600.
- Leff 1989
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154:58-66.
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., Vaughn, C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 157:571-7.
- Leff 2001
- Leff, J., Sharpley, M., Chisholm, D., Bell, R., Gamble, C. (2001). Training community psychiatric nurses in schizophrenia family work: A study of clinical and economic outcomes for patients and relatives. *Journal of Mental Health*, 10(2):189-97.
- Lehman 1982
- Lehman, A.F., Ward, N.C., Linn, L.S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139(10):1271-6.
- Lehman 1988
- Lehman, A.F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1988; 11:51-62.
- Lehman 1993
- Lehman, A. F., Herron, J. D., Schwartz, R. P., & Myers, C. P. (1993). Rehabilitation for adults with severe mental illness and substance use disorders. A clinical trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(2), 86–90. <https://doi.org/10.1097/00005053-199302000-00003>
- Lehman 1995
- Lehman, A.F. (1995). *Evaluating Quality of Life for Persons with Severe Mental Illness: Assessment Toolkit*. Cambridge, Mass: The Evaluation Center at Health Services Research Institute, 1995.
- Lehman 2002
- Lehman, A. F., Goldberg, R., Dixon, L. B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A., & McDonnell, K. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of general psychiatry*, 59(2), 165–172. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.2.165>
- Lehman-Maryland1 1994
- Dixon, L., Bruce, D., Eimer, K., Anthony, F. (1996). *Outcomes of homeless persons with mental illness and substance use disorders*. 149th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 1996 May 4-9, New York (NY).
- Dixon, L., Kernan, E., Krauss, N., Lehman, A., Deforge, B.R. (1997). *Assertive community treatment for homeless adults with severe mental illness in Baltimore*. In: Breakey WR, Thompson JW editor(s). *Mentally Ill and Homeless: Special Programs for Special Needs*. Chronic Mental Illness. Harwood Academic.
- Dixon, L., Krauss, N., Myers, P., & Lehman, A. (1994). Clinical and treatment correlates of access to Section 8 certificates for homeless mentally ill persons. *Hospital & community psychiatry*, 45(12), 1196–1200. <https://doi.org/10.1176/ps.45.12.1196>

- Dixon, L., Weiden, P., Torres, M., & Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *The American journal of psychiatry*, 154(9), 1302–1304. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.9.1302>
- Hackman, A.L. (2003). *Assertive community treatment with homeless individuals*. 156th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2003 May 17-22; San Francisco.
- Hackman, A.L., Dixon, L.B., Postrado, L.T., Delahanty, J.C. (1998). Somatic issues in persons with severe psychiatric illness and homelessness. 151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 1998 May 30 - Jun 4; Toronto.
- Lehman, A. F., Dixon, L., Hoch, J. S., Deforge, B., Kernan, E., & Frank, R. (1999). Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 174, 346–352. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.4.346>
- Lehman, A.F., Dixon, L.B., DeForge, B.R., Kernan, E. (1995). Assertive community treatment for homeless persons with schizophrenia and other chronic mental disorders. *Schizophrenia Research*, 15(1, 2):128.
- Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R., & Postrado, L. T. (1997). A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 1038–1043. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230076011>
- Lehman, A.F., Dixon, L.B., Kernan, E., Deforge, B. (1995). *Assertive treatment for the homeless mentally ill*. 148th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 20-25; Miami. 1995.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. In The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD001089). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001089>
- Levine 1998
- Levine, J., Barak, Y., & Granek, I. (1998). Cognitive Group Therapy for Paranoid Schizophrenics: Applying Cognitive Dissonance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(1), 3–12. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.12.1.3>
- Lewis 2002b (L,M y N)
- Kingdon, D. (2000). SOCRATES - a multicentre, randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy in early schizophrenia. National Research Register 2000. [National Research Register N0172004444]
- Lewis, S., Tarrrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddler, R., Drake, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., Faragher, B., & Dunn, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: Acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181(S43), s91–s97. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s91>
- Lewis, S.W., Tarrrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D. (2002). Cognitive therapy improves outcomes in first episode psychosis. XIIth World Congress of Psychiatry. Yokohama, Japan.
- Lewis, S.W., Tarrrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., et al. (2001). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in early schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1(2):263-4.
- Lewis, S.W., Tarrrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., et al. (2002). Cognitive therapy improves 18-month outcomes but not time to relapse in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 53:14.
- Mandelson, M. (2000) A multi-centre, randomised, controlled trial of cognitive behavioural therapy in early schizophrenia (SOCRATES). National Research Register.

Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddler, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., & Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 184, 231–239. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.231>

Li 2004

Li, Y., Jia, J.D., Zhang, M.S. (2004). Influence of family mental intervention on social function, family environment and relapse rate in first-episode schizophrenics. *Zhongguo Linchuang Kangfu*, 8(21):4184-5.

Li 2005a

Li, M., Li, Z. (2005). Effect of family interference on rehabilitation of the patients with schizophrenia. *Journal of Nursing Science*, 20(23):48-9.

Li 2014

Li, Z. J., Guo, Z. H., Wang, N., Xu, Z. Y., Qu, Y., Wang, X. Q., Sun, J., Yan, L. Q., Ng, R. M., Turkington, D., & Kingdon, D. (2015). Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China. *Psychological medicine*, 45(9), 1893–1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002992>

Li 2015

Li, H., Shu, J., Huang, C., Sun, H., Zhu, Y., Wang, S. (2015). Comparative study of effects of community comprehensive rehabilitation on family burden and psychological health of their main caregivers of patients the chronic schizophrenia [社区综合康复对慢性精神分裂症患者的家庭负担及照料者心理健康的对比研究]. *Medical Journal of Chinese People's Health*, 27(9):1-4+7.

Li 2015b

Li, Y., Xiong, A., Hou, L., Zhao, Y., Hou, C. (2015). Effects of behavior treatment for schizophrenia patients during recovery stage [精神分裂症患者恢复期应用行为治疗的作用分析]. *Journal of Hainan Medical University*, 21(3):430-2.

Li 2015c

Li, Y., Li, Z., Xin, L., Hou, L., Zhao, Y., Hou, C. (2015). The efficacy of special cognitive-behavior approaches on schizophrenia during acute phase [特定认知行为技术对急性期精神分裂症的干预效果]. *Hebei Medicine*, 21(06):1018-20.

Liberman 1994

Liberman, R.P. (1994). *Psychosocial treatments for schizophrenia*. *Psychiatry*, 57(2):104-14

Linszen 1996

Linszen, D., Dingemans, P., Lenior, M., Scholte, W. (1996). Early individual and family intervention in schizophrenia. Proceedings of the 10th World Congress of Psychiatry; 1996 Aug 23-28; Madrid, Spain.

Linszen, D., Dingemans, P., Van der Does, J. W., Nugter, A., Scholte, P., Lenior, R., & Goldstein, M. J. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological medicine*, 26(2), 333–342. <https://doi.org/10.1017/s0033291700034723>

Linszen, D. H., Dingemans, P. M., Lenior, M. E., Nugter, M. A., Scholte, W. F., & Van der Does, A. J. (1994). Relapse criteria in schizophrenic disorders: different perspectives. *Psychiatry research*, 54(3), 273–281. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(94\)90021-3](https://doi.org/10.1016/0165-1781(94)90021-3)

Nugter, A., Dingemans, P., Van der Does, J. W., Linszen, D., & Gersons, B. (1997). Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry research*, 72(1), 23–31. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(97\)00086-3](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(97)00086-3)

Nugter, M. A., Dingemans, P. M., Linszen, D. H., Van der Does, A. J., & Gersons, B. P. (1997). Parental communication deviance: its stability and the effect of family treatment in recent-onset schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 95(3), 199–204. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09620.x>

Liu 2003

Liu, Q.H., Zhan, L.Y. (2003). Effect of one to one system family intervention on the reduction of schizophrenia relapse: a randomized controlled trial. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 7(30):1114-5.

Liu 2007

Liu, T.F., Cai, X.H. (2007). Family intervention on schizophrenia. *Medical Journal of Chinese Peoples Health*, 19(3):223-25.

Long 2010

Long, C. G., Fulton, B., Dolley, O., & Hollin, C. R. (2011). Dealing with Feelings: the effectiveness of cognitive behavioural group treatment for women in secure settings. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(2), 243–247. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000573>

Lu 2004

Lu, S.C., Liu, L., Fu, F.Z. (2004). Effect of social skill training on social functions and happiness degree of patients with schizophrenia. *Journal of Practical Nursing*, 20(2A):46-7. [MEDI0404]

Luborsky 1962

Luborsky, L. (1962). Clinicians judgements of mental health: a proposed scale. *Archives of General Psychiatry*, 7:407-17.

Lukoff 1986

Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Ventura, J. (1986). Manual for expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12(4):594-602.

Lukoff 1996

Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Ventura, J. (1996) Manual for the expanded BPRS. *Schizophrenia Bulletin*, 12:594-602.

Luping 2007

Jiang, L., Xu, X.J., Xu, M. (2007). Effect of backup psychotherapy in family on schizophrenic recrudescence. *China Journal of Health Psychology*, 15(4):368-9.

Lv 2003

Lv, X.L., Tang, Q.F. (2003). Individual family treatment on relapse of schizophrenia. *Medical Journal of Chinese People Health*, 15(8):465-6

Lynch 2010

Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40(1), 9-24. <https://doi.org/10.1017/S003329170900590X>

Ma 2003

Ma, Z.Y., Zhang, P.W., Chen, F. (2003). The effect of returning to community through skill training to improve social function of the patients with schizophrenia. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 7(24):3320-1. [CAJ: MEDI0401]

Ma 2012

Ma, Y., Li, Z., Xu, Z., Guo, Z., Qu, Y., Wang, X., et al. (2013). Effects of cognitive behavioral therapy on coping style for patients with schizophrenia [认知行为治疗对精神分裂症患者应对方式的影响]. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 21(3):455-7.

Ma, Y., Li, Z., Xu, Z., Guo, Z., Qu, Y., Wang, X., et al. (2012). Effects of cognitive behavioral therapy on quality of life in patients with schizophrenia: a single blind randomized controlled study [认知行为治疗改善精神分裂症患者生活质量的随机单盲对照试验]. *Chinese Mental Health Journal [Zhongguo Xin Li Wei Sheng Za Zhi]*, 26(11):801-7.

Macias-Utah 1994

Macias, C., Kinney, R., Farley, O. W., Jackson, R., & Vos, B. (1994). The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. *Community mental health journal*, 30(4), 323–339. <https://doi.org/10.1007/BF02207486>

Macias 2006

Macias, C., DeCarlo, L. T., Wang, Q., Frey, J., & Barreira, P. (2001). Work interest as a predictor of competitive employment: policy implications for psychiatric rehabilitation. *Administration and policy in mental health*, 28(4), 279–297. <https://doi.org/10.1023/a:1011185513720>

Macias, C., Rodican, C. F., Hargreaves, W. A., Jones, D. R., Barreira, P. J., & Wang, Q. (2006). Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(10), 1406–1415. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1406>

Schonebaum, A. D., Boyd, J. K., & Dudek, K. J. (2006). A comparison of competitive employment outcomes for the clubhouse and PACT models. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(10), 1416–1420. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1416>

MacInnes 2016

MacInnes, D., Kinane, C., Parrott, J., Mansfield, J., Craig, T., Eldridge, S., Marsh, I., Chan, C., Hounsome, N., Harrison, G., & Priebe, S. (2016). A pilot cluster randomised trial to assess the effect of a structured communication approach on quality of life in secure mental health settings: The Comquol Study. *BMC psychiatry*, 16(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1046-8>

MacInnes 2019

MacInnes, D., & Masino, S. (2019). Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: A systematic review. *BMJ Open*, 9(3), e024351. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024351>

Madigan 2013

Madigan, K., Brennan, D., Lawlor, E., Turner, N., Kinsella, A., O'Connor, J. J., Russell, V., Waddington, J. L., & O'Callaghan, E. (2013). A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophrenia research*, 143(1), 138–142. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.018>

Magliano 2006

Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., & Maj, M. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(12), 1784–1791. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.12.1784>

Mak 1997

Mak, K.Y., Wong, M.C., Ma, L.K., Fung, S.C. (1997). A cost-effectiveness study of a community-based family management rehabilitation programme for schizophrenic outpatients in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 7(2):26-35.

Malhi 2018

Malhi, G. S., Outhred, T., Das, P., Morris, G., Hamilton, A., & Mannie, Z. (2018). Modeling suicide in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 20(4), 334–348. <https://doi.org/10.1111/bdi.12622>

Malm 1982

Malm, U. (1982). The influence of group therapy on schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 297, 1–65. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1982.tb00288.x>

Malone 2003

Malone, K. M., Waternaux, C., Haas, G. L., Cooper, T. B., Li, S., & Mann, J. J. (2003). Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 160(4), 773–779. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.773>

Malone 2007

Malone, D., Marriott, S. V. L., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000270.pub2>

Maloney 2006

Maloney, M.P. Reducing criminal recidivism in jail-incarcerated mothers with co-occurring disorders. Manuscript kindly provided by Dr Maloney - no further details given.

Mangrum 2006

Mangrum, L. F., Spence, R. T., & Lopez, M. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(1), 79-84. [doi:10.1016/j.jsat.2005.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.10.004)

Marshall-UK 1995

Gray, A. M., Marshall, M., Lockwood, A., & Morris, J. (1997). Problems in conducting economic evaluations alongside clinical trials. Lessons from a study of case management for people with mental disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 170, 47–52. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.1.47>

Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1998). Case management for people with severe mental disorders. In The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD000050). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000050>

Marshall, M., Lockwood, A., & Gath, D. (1995). Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 345(8947), 409–412. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(95\)90399-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(95)90399-2)

Mayang 1990

Mayang, A. (1990). *The Effects of Problem-Solving Skills Training with Chronic schizophrenic Patients*. Michigan, USA: University of Western Michigan.

Mayerhoff 2007

Mayerhoff, D., & Nurenberg, J. (2007). Assessing Intimidation Using a Brief Intrusiveness Measure. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 1(2), 193–195. <https://doi.org/10.3371/CSRP.1.2.10>

McDonell 2013

- Angelo, F. N., McDonell, M. G., Lewin, M. R., Srebnik, D., Lowe, J., Roll, J., & Ries, R. (2013). Predictors of stimulant abuse treatment outcomes in severely mentally ill outpatients. *Drug and alcohol dependence, 131*(1-2), 162–165. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.11.017>
- McDonell, M. G., Srebnik, D., Angelo, F., McPherson, S., Lowe, J. M., Sugar, A., Short, R. A., Roll, J. M., & Ries, R. K. (2013). Randomized controlled trial of contingency management for stimulant use in community mental health patients with serious mental illness. *The American journal of psychiatry, 170*(1), 94–101. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11121831>
- Murphy, S. M., McDonell, M. G., McPherson, S., Srebnik, D., Angelo, F., Roll, J. M., & Ries, R. K. (2015). An economic evaluation of a contingency-management intervention for stimulant use among community mental health patients with serious mental illness. *Drug and alcohol dependence, 153*, 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.004>
- NCT00809770. (2008). Contingency management of psychostimulant abuse in the severely mentally ill. ClinicalTrials.gov 2008.
- Weiss R. D. (2013). Contingency management for patients with serious mental illness and stimulant dependence. *The American journal of psychiatry, 170*(1), 6–8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12101324>
- McDonell 2017
- Lowe, J. M., McDonell, M. G., Leickly, E., Angelo, F. A., Vilardaga, R., McPherson, S., Srebnik, D., Roll, J., & Ries, R. K. (2015). Determining ethyl glucuronide cutoffs when detecting self-reported alcohol use in addiction treatment patients. *Alcoholism, clinical and experimental research, 39*(5), 905–910. <https://doi.org/10.1111/acer.12699>
- McDonell, M. G., Leickly, E., McPherson, S., Skalisky, J., Hirchak, K., Oluwoye, O., Srebnik, D., Roll, J. M., & Ries, R. K. (2017). Pretreatment ethyl glucuronide levels predict response to a contingency management intervention for alcohol use disorders among adults with serious mental illness. *The American journal on addictions, 26*(7), 673–675. <https://doi.org/10.1111/ajad.12558>
- McDonell, M. G., Leickly, E., McPherson, S., Skalisky, J., Srebnik, D., Angelo, F., Vilardaga, R., Nepom, J. R., Roll, J. M., & Ries, R. K. (2017). A Randomized Controlled Trial of Ethyl Glucuronide-Based Contingency Management for Outpatients With Co-Occurring Alcohol Use Disorders and Serious Mental Illness. *The American journal of psychiatry, 174*(4), 370–377. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050627>
- McDonell, M. G., Skalisky, J., Leickly, E., McPherson, S., Battalio, S., Nepom, J. R., Srebnik, D., Roll, J., & Ries, R. K. (2015). Using ethyl glucuronide in urine to detect light and heavy drinking in alcohol dependent outpatients. *Drug and alcohol dependence, 157*, 184–187. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.004>
- NCT01567943. Contingency management of alcohol abuse in the severely mentally ill. <http://ClinicalTrials.gov/show/NCT01567943> 2012.
- Oluwoye, O., Leickly, E., Skalisky, J., McPherson, S., Hirchak, K., Srebnik, D., Roll, J. M., Ries, R. K., & McDonell, M. G. (2018). Serious Mental Illness in Heavy Drinkers Is Associated with Poor Treatment Outcomes in Outpatients with Co-occurring Disorders. *International journal of mental health and addiction, 16*(3), 672–679.
- Skalisky, J., Leickly, E., Oluwoye, O., McPherson, S. M., Srebnik, D., Roll, J. M., Ries, R. K., & McDonell, M. G. (2017). Prevalence and Correlates of Cannabis Use in Outpatients with Serious Mental Illness Receiving Treatment for Alcohol Use Disorders. *Cannabis and cannabinoid research, 2*(1), 133–138. <https://doi.org/10.1089/can.2017.0006>
- McDonel-Indiana 1997
- Fekete, D. M., Bond, G. R., McDonel, E. C., Salyers, M., Chen, A., & Miller, L. (1998). Rural assertive community treatment: A field experiment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21*(4), 371–379. <https://doi.org/10.1037/h0095286>

McDonel, E. C., Bond, G. R., Salyers, M., Fekete, D., Chen, A., McGrew, J. H., & Miller, L. (1997). Implementing assertive community treatment programs in rural settings. *Administration and policy in mental health*, 25(2), 153–173. <https://doi.org/10.1023/a:1022286921362>

McEvoy 1989

McEvoy, J.P., Apperson, L.J., Appelbaum, P.S., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., et al. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1):43-7.

McFarlane 1995

McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., Dunne, E. J., Horen, B., & Toran, J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 52(8), 679–687. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950200069016>

McGinty 2014

McGinty, E. E., Webster, D. W., Jarlenski, M., & Barry, C. L. (2014). News Media Framing of Serious Mental Illness and Gun Violence in the United States, 1997-2012. *American Journal of Public Health*, 104(3), 406–413. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301557>

McGinty 2018

McGinty, E. E., Goldman, H. H., Pescosolido, B. A., & Barry, C. L. (2018). Communicating about Mental Illness and Violence: Balancing Stigma and Increased Support for Services. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(2), 185–228. <https://doi.org/10.1215/03616878-4303507>

McHugo 1995

McHugo, G.J., Drake, R.E., Burton, H.L., Ackerson, T.H. (1995). A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(12):762-7.

McLellan 1980

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1):26-33.

McLellan 1992

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9(3), 199–213. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(92\)90062-s](https://doi.org/10.1016/0740-5472(92)90062-s)

Meltzer 2003

Meltzer, H. Y. (2003). Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 82. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82>

Merinder 1999

Merinder, L. B., Viuff, A. G., Laugesen, H. D., Clemmensen, K., Misfelt, S., & Espensen, B. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(6), 287–294. <https://doi.org/10.1007/s001270050146>

Merson 1992

Merson, S., Tyrer, P., Carlen, D., & Johnson, T. (1996). The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services. *Psychological medicine*, 26(4), 727–734. <https://doi.org/10.1017/s0033291700037740>

Merson, S., Tyrer, P., Onyett, S., Lack, S., Birkett, P., Lynch, S., & Johnson, T. (1992). Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet (London, England)*, 339(8805), 1311–1314. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)91959-c](https://doi.org/10.1016/0140-6736(92)91959-c)

Tyrer, P., Merson, S., Onyett, S., & Johnson, T. (1994). The effect of personality disorder on clinical outcome, social networks and adjustment: a controlled clinical trial of psychiatric emergencies. *Psychological medicine*, 24(3), 731–740. <https://doi.org/10.1017/s0033291700027884>

Metcalfe 2018

Metcalfe, J. D., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2018). Economic, Labor, and Regulatory Moderators of the Effect of Individual Placement and Support Among People With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 22-31. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx132>

Mihalopoulos 1999

Mihalopoulos, C., McGorry, P.D., Carter, R.C. (1999). Is phase-specific community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(1):47-55.

Mikton 2014

Mikton C, & Butchart A. (2014). *Global status report on violence prevention*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>

Ministerio de Sanidad y Política Social 2009

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05. <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/Gu%C3%ADa-de-Pr%C3%A1ctica-Cli%C3%ADnica-de-Intervenciones-Psicosociales-en-el-Trastorno-Mental-Grave3.pdf>

Minzenberg 2014

Minzenberg, M. J., Lesh, T. A., Niendam, T. A., Yoon, J. H., Rhoades, R. N., & Carter, C. S. (2014). Frontal cortex control dysfunction related to long-term suicide risk in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 157(1–3), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.05.039>

Moher 2009

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Monahan 1994

Monahan, J., & Steadman, H. J. (1994). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Monahan 2001

Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., ... & Banks, S. (2001). Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford University Press.

Montgomery 1978

Montgomery, S.A., Taylor, P., Montgomery, D. (1978). Development of a schizophrenia scale sensitive to change. *Neuropharmacology*, 17:1053-71.

Moore 2020

Moore, K. E., Hacker, R. L., Oberleitner, L., & McKee, S. A. (2020). Reentry interventions that address substance use: A systematic review. *Psychological Services*, 17(1), 93-101. <https://doi.org/10.1037/ser0000293>

Moritz 2007

Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current opinion in psychiatry*, 20(6), 619–625. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed>

Moreno-Calvete 2019

Moreno-Calvete, M. C., González-Fraile, E., Uriarte-Uriarte, J. J., Ruiz-Ibáñez, I., Santos, B., & Ballesteros, J. (2019). Which are the risk factors of violence in mental illness? A scoping review.E-Poster Viewing. *European Psychiatry*, 56S, S445–S778. <https://epa-abstracts-2019.elsevierdigitaledition.com/>

Moreno-Calvete 2020a

Moreno-Calvete, M.C. (2020). The risk factors of self-directed violence in severe mental illness. A scoping review. E-Poster Viewing. *European Psychiatry*, 63(S1), S283–S589. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.6>

Moreno-Calvete 2020b

Moreno-Calvete, M. C., Ruiz-Ibáñez, I., & Uriarte-Uriarte, J. J. (2020). Scoping review protocol on non-pharmacological interventions for interpersonal and self-directed violence in adults with severe mental illness. *BMJ Open*, 10(9), e037006. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037006>

Moreno-Calvete 2021a

Moreno-Calvete, M.C. (2021). A Scoping Review on Biological Factors Associated with Interpersonal Violence in Adults with Severe Mental Illness. *Journal of Psychiatry Treatment and Research*, 3(1). <https://doi.org/10.36959/784/424>

Moreno-Calvete 2021b

Moreno-Calvete, M. C., & Ballesteros-Rodríguez, F. J. (2021). Non-pharmacological strategies for self-directed and interpersonal violence in people with severe mental illness: A rapid overview of systematic reviews. *BMJ Open*, 11(1), e043576. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043576>

Morken 2018

Morken, T., Baste, V., Johnsen, G. E., Rypdal, K., Palmstierna, T., & Johansen, I. H. (2018). The Staff Observation Aggression Scale—Revised (SOAS-R)—Adjustment and validation for emergency primary health care. *BMC Health Services Research*, 18(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3157-z>

Morosini 2000

Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323–329. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x>

Morse 2006

- Calsyn, R. J., Yonker, R. D., Lemming, M. R., Morse, G. A., & Klinkenberg, W. D. (2005). Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 15(4), 236–248. <https://doi.org/10.1002/cbm.24>
- Fletcher, T. D., Cunningham, J. L., Calsyn, R. J., Morse, G. A., & Klinkenberg, W. D. (2008). Evaluation of treatment programs for dual disorder individuals: modeling longitudinal and mediation effects. *Administration and policy in mental health*, 35(4), 319–336. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0170-2>
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., Cunningham, J., Lemming, M.R. (2008). Integrated treatment for homeless clients with dual disorders: a quasi-experimental evaluation. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3):219-37.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Dean Klinkenberg, W., Helminiak, T. W., Wolff, N., Drake, R. E., Yonker, R. D., Lama, G., Lemming, M. R., & McCudden, S. (2006). Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community mental health journal*, 42(4), 377–404. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9050-y>
- Morse-Missouri 1992
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempethoff, B., & Smith, R. (1992). Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People. *Psychiatric Services*, 43(10), 1005–1010. <https://doi.org/10.1176/ps.43.10.1005>
- Mueser 1995
- Mueser, K.T., Drake, R.E., Clark, R.E., McHugo, G.J., Mercer-McFadden, C., Ackerson, T.H. (1995). *Evaluating Substance Abuse in Persons with Severe Mental Illness*. Cambridge: MA: Human Services Research Institute, 1995.
- Mueser 2004
- Mueser, K.T., Becker, D.R., Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10(4):411-7.
- Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., McHugo, G. J., Bond, G. R., Essock, S. M., Becker, D. R., Wolfe, R., & Swain, K. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 479–490. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.479>
- Mueser, K. T., Essock, S. M., Haines, M., Wolfe, R., & Xie, H. (2004). Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. *CNS spectrums*, 9(12), 913–925. <https://doi.org/10.1017/s1092852900009779>
- Muijen 1992
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeorgopoulou, V., Hallam, A., Fenyo, A., Marks, I. M., Connolly, J., Audini, B., & Muijen, M. (1994). Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 165(2), 195–203. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.195>
- Marks, I. M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G., & Lawrence, R. E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 165(2), 179–194. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.179>
- Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., & Audini, B. (1992). Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 304(6829), 749–754. <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6829.749>
- Muijen, M., Marks, I. M., Connolly, J., Audini, B., & McNamee, G. (1992). The daily living programme. Preliminary comparison of community versus hospital-based treatment for the seriously mentally ill

- facing emergency admission. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 160, 379–384. <https://doi.org/10.1192/bjp.160.3.379>
- Simpson, C. J., Seager, C. P., & Robertson, J. A. (1993). Home-based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 162, 239–243. <https://doi.org/10.1192/bjp.162.2.239>
- Muijen-UK2 1994
- McCrone, P., Beecham, J., & Knapp, M. (1994). Community psychiatric nurse teams: cost-effectiveness of intensive support versus generic care. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 165(2), 218–221. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.218>
- Muijen, M., Cooney, M., Strathdee, G., Bell, R., & Hudson, A. (1994). Community psychiatric nurse teams: intensive support versus generic care. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 165(2), 211–217. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.211>
- Muller-Clemm-Canada 1996
- Muller-Clemm, W.J. (1996). Halting the 'Revolving Door' of Serious Mental Illness: Evaluating an assertive case management programme (deinstitutionalization, community mental health). University of Victoria, Canada.
- Munn 2018
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Murphy 2015
- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>
- Naeem 2005
- Naeem, F., Kingdon, D., & Turkington, D. (2005). Cognitive behavior therapy for schizophrenia in patients with mild to moderate substance misuse problems. *Cognitive behaviour therapy*, 34(4), 207–215. <https://doi.org/10.1080/16506070510010684>
- Turkington, D., Kingdon, D., Turner, T., & Insight into Schizophrenia Research Group (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 180, 523–527. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.523>
- Naeem 2015a
- Naeem, F., Asmer, M. S., Khoury, B., Kingdon, D., & Farooq, S. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for schizophrenia and related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011734>
- Naeem 2015b
- Naeem, F., Xiang, S., Munshi, T. A., Kingdon, D., & Farooq, S. (2015). Self-help and guided self-help interventions for schizophrenia and related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011698>
- Nagel 2009

- Nagel, T., Robinson, G., Condon, J., & Trauer, T. (2009). Approach to treatment of mental illness and substance dependence in remote Indigenous communities: results of a mixed methods study. *The Australian journal of rural health, 17*(4), 174–182. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2009.01060.x>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2015
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2015). *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition*. British Psychological Society. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/>
- Nederlof 2013
- Nederlof, A. F., Muris, P., & Hovens, J. E. (2013). The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: A systematic review of studies since 1980. *Aggression and Violent Behavior, 18*(1), 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.018>
- Nery-Fernandes 2012
- Nery-Fernandes, F., Rocha, M. V., Jackowski, A., Ladeia, G., Guimarães, J. L., Quarantini, L. C., Araújo-Neto, C. A., De Oliveira, I. R., & Miranda-Scippa, Â. (2012). Reduced posterior corpus callosum area in suicidal and non-suicidal patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 142*(1–3), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.001>
- Ng 2006
- Ng, R.M.K., Cheung, M.S.L. (2006). Social skills training in Hong Kong chinese patients with chronic schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry, 16*:14-20.
- Nordentoft 2011
- Nordentoft, M. (2011). Absolute Risk of Suicide After First Hospital Contact in Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry, 68*(10), 1058. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.113>
- Novaco 1994
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 21–59). Chicago: University of Chicago Press.
- Novaco 2003
- Novaco, R.W. (2003). *The Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS-PI)*. Los Angeles: Western Psychological Services, 2003.
- Nuechterlein 2008
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D., Essock, S., Fenton, W. S., Frese, F. J., Gold, J. M., Goldberg, T., Heaton, R. K., Keefe, R. S. E., Kraemer, H., Mesholam-Gately, R., Seidman, L. J., Stover, E., Weinberger, D. R., Young, A. S., ... Marder, S. R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: Test selection, reliability, and validity. *The American Journal of Psychiatry, 165*(2), 203–213. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07010042>
- Nurenberg 2015
- Nurenberg, J. R., Schleifer, S. J., Shaffer, T. M., Yellin, M., Desai, P. J., Amin, R., Bouchard, A., & Montalvo, C. (2015). Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 66*(1), 80–86. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300524>
- Nussbaum 2012
- Nussbaum, A. M., & Stroup, T. S. (2012). Paliperidone palmitate for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008296.pub2>

O'Connell 2018

O'Connell, M. J., Flanagan, E. H., Delphin-Rittmon, M. E., & Davidson, L. (2020). Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 29(1), 6–11. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294733>

O'Donnell 1999

O'Donnell, M., Parker, G., Proberts, M., Matthews, R., Fisher, D., Johnson, B., & Hadzi-Pavlovic, D. (1999). A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33(5), 684–693. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.1999.00629.x>

O'Donnell 2003

O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2003). Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *BMJ (Clinical research ed.)*, 327(7419), 834. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7419.834>

O'Hare 2014

O'Hare, T., Shen, C., & Sherrer, M. (2014). Lifetime Trauma and Suicide Attempts in People with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 50(6), 673–680. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9658-7>

Okpaku-Tennessee 1997

Okpaku, S. O., Anderson, K. H., Sibulkin, A. E., Butler, J. S., & Bickman, L. (1997). The effectiveness of a multidisciplinary case management intervention on the employment of SSDI applicants and beneficiaries. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 34–41. <https://doi.org/10.1037/h0095366>

OPUS-Denmark 1999

Austin, S., Seche, R., Hagen, R., Mors, O., Nordentoft, M. (2011). Remission, metacognitive processes and quality of life-outcomes from opus trial. A 10 year follow-up of a randomized multi-center trial of intensive early intervention vs. standard treatment for patients with first episode schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Bulletin* 2011;1:258.

Bertelsen, M. (2005). Randomized controlled trial of two-years integrated treatment versus standard treatment of patients with first-episode of schizophrenia or psychosis, five years follow-up. The opus trial. *Schizophrenia Bulletin*, 31:519-20.

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., Quach, P. L., Østergaard Christensen, T., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2009). Course of illness in a sample of 265 patients with first-episode psychosis—Five-year follow-up of the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 107(2–3), 173–178. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.09.018>

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., le Quach, P., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2009). Intensiv versus standardbehandling ved debuterende psykose--sekundaerpublikation [First episode of psychosis intensive early intervention programme versus standard treatment--secondary publication]. *Ugeskrift for laeger*, 171(41), 2992–2995.

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., le Quach, P., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2008). Five-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness: The OPUS Trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 762. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.762>

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., Le Quach, P., et al. (2008). The OPUS-trial; a randomised multicentre single-blinded trial of integrated versus standard treatment for

- patients with a first episode of psychotic illness-five-years follow-up. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(Suppl 1):A6.
- Bertelsen, M., Le Quach, P., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., et al. (2009). The OPUS trial: a randomised multicentre trial of intensive early-intervention programme versus standard treatment for 547 first-episode psychotic patients - a five-year follow up. The International Congress on Schizophrenia Research; 2009 Mar 28 - Apr 1; San Diego (CA).
- Bertelsen, M., Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Le Quach, P. (2007). The opus trial: results from the five-years follow-up. *Schizophrenia Bulletin*, 33(2):421.
- Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Oehlenschlaeger, J., Joergensen, P., et al. (2006). The OPUS trial: results from the five-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 86(Suppl 1):S43.
- Bertelsen, M.B. (2004). RCT of integrated treatment versus standard treatment of patients with first-episode of schizophrenia - 5 years follow up. *Schizophrenia Research*, 70(1):32.
- Hastrup, L. H., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., Petersen, L., Thorup, A., Simonsen, E., & Nordentoft, M. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 202(1), 35–41. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112300>
- Hastrup, L.H., Kronborg, C., Nordentoft, M., Simonsen, E. (2011). Cost effectiveness of a randomized multicenter trial in first-episode psychosis (OPUS) in Denmark. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2011:10.
- Jeppesen, P., Abel, M.B., Krarup, G., Jorgensen, P., Nordentoft, M. (2002). *Family burden and expressed emotion in first episode psychosis. The OPUS-trial*. Third International Conference on Early Psychosis; 2002 Sep 25-28; Copenhagen.
- Jeppesen, P., Hemmingsen, R., Jørgensen, P., Reisby, N., Abel, M.B., Nordentoft, M. (1999). Opus project: impact of mental disorder on caregivers. 11th World Congress of Psychiatry; 1999 Aug 6-11; Hamburg. 1999; Vol. 2.
- Jeppesen, P., Hemmingsen, R., Reisby, N., Jørgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M.B. (1999). *The impact of mental disorder on caregivers*. 11th World Congress of Psychiatry; Aug 6-11; Hamburg. 1999; Vol. 2.
- Jeppesen, P., Nordentoft, M., Abel, M., Hemmingsen, R.P., Joergensen, P., Kassow, P. (2001) Opus-project: a RCT of integrated psychiatric treatment for recent onset psychotic patients. *Schizophrenia Research* 2001; 49(1, 2):262.
- Jeppesen, P., Nordentoft, M., Jorgensen, P., Abel, M.B., Reisby, N., Hemmingsen, R., et al. (1999). Opus-project: better compliance? A randomised-controlled trial of integrated care of first-episode psychotic patients. Conference abstract. *Schizophrenia Research*, 36(1-3):327.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Oehlenschlaeger, J., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Hemmingsen, R., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 48, s85–s90. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s85>
- Jørgensen, P., Jeppesen, P., Abel, M.B., Kassow, P., Krarup, G., Hemmingsen, R., et al. (2002). Early intervention in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(2):8.
- Jørgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M. B., Gouliaev, G., Jeppesen, P., & Kassow, P. (2000). Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study Rationale and design of the trial. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(7), 283–287. <https://doi.org/10.1007/s001270050240>
- Melau, M. (2010). Treatment response, working alliance and patients' perspective: results from opus i and opus ii. *Early Intervention in Psychiatry*; 4(Suppl 1):152.

- Melau, M., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Krarup, G., Nordentoft, M., Thorup, A., et al. (2010). A randomised clinical trial of the effect of five years versus two-years specialised assertive intervention for first episode psychosis - the opus-II trial. *Schizophrenia Research*, 117(2-3):526.
- Melau, M., Jeppesen, P., Thorup, A., Bertelsen, M., Petersen, L., Gluud, C., et al. (2011). The effect of five years versus two years of specialised assertive intervention for first episode psychosis - opus ii: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*;12:72.
- Melau, M., Thorup, A., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Krarup, G., Nordentoft, M. (2011). Does extended specialized intervention for patients with first episode psychosis improve outcome in the critical period? The opus ii trial. *Schizophrenia Bulletin*, 1:315.
- NCT00914238. Extended specialized assertive intervention for first episode psychosis. clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00914238 (first received 28 May 2009).
- Nordentoft M. Randomised clinical trial of integrated treatment versus standard treatment in first episode psychosis. www.clinicaltrials.gov (first received 2005).
- Nordentoft, M., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Thorup, A., Petersen, L., Ohlenschlaeger, J., et al. (2007). OPUS trial: a randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6):488.
- Nordentoft, M., Bertelsen, M., Thorup, A., Jeppesen, P., Petersen, L. (2009). The opus-trial; a randomised multi-centre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness - five-years follow-up. 12th International Congress on *Schizophrenia Research*, Mar 28 - Apr 1; San Diego (CA). 2009:370.
- Nordentoft, M., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L. (2008). Two versus 5 years of early intensive intervention in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*,2(Suppl 1):A7.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Kassow, P., Petersen, L., Thorup, A., Krarup, G., Hemmingsen, R., & Jørgensen, P. (2002). OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 43, s98-s106. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s98>
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Petersen, L., Thorup, A., Christensen, T., et al. (2002). Opus-project: a randomised controlled trial of integrated psychiatric treatment in first-episode psychosis - clinical outcome improved. Third International Conference on Early Psychosis; 2002 Sep 25-28; Copenhagen.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Jørgensen, P., Abel, M.B., Kassow, P., Reisby, N., et al. (2000). OPUS-project: a randomised controlled trial of first episode psychotic patients: better compliance. *Nordic Journal of Psychiatry*;54:16.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Jørgensen, P., Abel, M.B., Kassow, P., Reisby, N., et al. (2000). Opus - project: a randomised controlled trial of first episode psychotic patients: better compliance. Second International Conference on Early Psychosis; 2000 Mar 31 - Apr 2, New York (NY).
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Kassow, P., Abel, M., Petersen, L., Thorup, A., et al. (2002). Opus-project: a randomised controlled trial of integrated psychiatric treatment in first-episode psychosis - clinical outcome improved. *Schizophrenia Research*,53(3 Suppl 1):51.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. OPUS project: a randomised controlled trial of integrated psychiatric treatment in first episode psychosis. Ninth International Congress on Schizophrenia Research; 2003 Mar 29 - Apr 2, Colorado Springs (CO).
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M., Ohlenschlaeger, J.K., et al. (2003). OPUS project: a randomised controlled trial of integrated psychiatric treatment in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 60(1):297.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Jørgensen, P. (2005).Duration of untreated psychosis predicts psychotic symptoms but not negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 31:234.

- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Krarup, G., Abel, M., et al. (2004). The Danish opus-trial: a randomised controlled trial of integrated treatment among 547 first-episode psychotic patients. One and two years follow-up. *Schizophrenia Research*, 67(1):35-6.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., et al. (2004). The OPUS trial: a randomised multi-centre trial of integrated versus standard treatment for 547 first-episode psychotic patients. 12th Biennial Winter Workshop on Schizophrenia; 2004 Feb 7-13, Davos, Switzerland.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., et al. (2007) Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the opus trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *European Psychiatry*, 22:S129.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Ventegodt, A.T., Joergensen, P., Abel, M., Petersen, L., et al. (2001) Opus-project: a randomised controlled trial of first episode psychotic patients: patient satisfaction, depression and suicidal behaviour. *Schizophrenia Research*, 49(1, 2):265.
- Nordentoft, M., Jorgensen, P., Jeppesen, P., Kassow, P., Abel, M.B., Resiby, N., et al. (1999). Opus-project: differences in clinical and social outcome of a randomized controlled trial of integrated care of first-episode psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 36(1-3):330.
- Nordentoft, M., Reisby, N., Jeppesen, P., Abel, M-B., Kassow, P., Jírgensen, P. (1999). Opus-project: dilerences in treatment outcome of a randomised controlled trial of integrated psychiatric treatment of first-episode psychotic patients. 11th World Congress of Psychiatry; 1999 Aug 6-11; Hamburg.
- Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Krarup, G., Christensen, T., et al. (2006)The opus trial: A randomised multi-centre trial of integrated versus standard treatment for 547 firstepisode psychotic patients. 13th Biennial Winter Workshop on Schizophrenia Research; 2006 Feb 4-10; Davos, Switzerland.
- Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Ohlenschlaeger, J., Melau, M., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., & Jeppesen, P. (2006). Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophrenia research*, 83(1), 29–40. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.01.002>
- Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Ohlenschlaeger, J., Melau, M., Christensen, T.O., et al. (2006). Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the opus trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophrenia Research*, 86(Suppl 1):S44.
- Ohlenschlaeger, J., Nordentoft, M., Thorup, A., Jeppesen, P., Petersen, L., Christensen, T. Ø., Krarup, G., & Jørgensen, P. (2008). Effect of integrated treatment on the use of coercive measures in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. A randomized clinical trial. *International journal of law and psychiatry*, 31(1), 72–76. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.003>
- Ohlenschlaeger, J., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Køster, A., Munkner, R., & Nordentoft, M. (2007). Intensive treatment models and coercion. *Nordic journal of psychiatry*, 61(5), 369–378. <https://doi.org/10.1080/08039480701644652>
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschlaeger, J., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7517), 602. <https://doi.org/10.1136/bmj.38565.415000.E01>
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., et al. (2006). Substance abuse in first-episode schizophrenia-spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 86(Suppl 1):S44.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., Krarup, G., Østergård, T., et al. (2007). Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The Danish OPUS trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1):88-96.

- Petersen, L., Jeppesen, P., Ventegodt, A.T., Abel, M., Nordentoft, M., Kassow, P., et al. (2001). Opus-project: a randomised controlled trial of first episode psychotic patients: predictors of outcome. *Schizophrenia Research*, 49(1, 2):266.
- Petersen, L., Nordentoft, M., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Thorup, A., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Dahlstrøm, J., Hastrup, B., & Jørgensen, P. (2005). Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 48, s98–s103. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s98>
- Petersen, L., Nordentoft, M., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., Jeppesen, P., Christensen, T., et al. (2005). The OPUS trial: a randomised multi-centre trial of integrated versus standard treatment for 547 first-episode psychotic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 31:531.
- Secher, R.G., Hjorthoj, C.R., Austin, S.F., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O., et al. (2015). Ten-year follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3):617-26.
- Secher, R.G., Hjorthoj, C.R., Austin, S.F., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O., et al. (2015). Ten-year follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 41:617-26.
- Secher, R.G., Nordentoft, M., Austin, S., Mors, O. (2012). The opus trial: intensive, early, psychosocial intervention versus treatment as usual for people with a first episode within the schizophrenic spectrum. Results from the 10-year follow-up. *Early Intervention in Psychiatry*, 6:21.
- Stevens, H., Agerbo, E., Dean, K., Mortensen, P.B., Nordentoft, M. (2013). Reduction of crime in first-onset psychosis: a secondary analysis of the OPUS randomized trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(5):e439-44.
- Thorup, A., Nordentoft, M., Petersen, L., Ohlenschlaeger, J., Abel, M., Jeppesen, P., et al. (2002). The Danish OPUS-project: psychopathology and gender differences in first episode psychotic patients. Third International Conference on Early Psychosis; 2002 Sep 25-28; Copenhagen.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Nordentoft, M. (2010). The quality of life among first-episode psychotic patients in the opus trial. *Schizophrenia Research*, 116(1):27-34.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., et al. (2005). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis - results from the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 79(1):95-105.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2006). Social network among young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders: results from the Danish OPUS trial. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(10), 761–770. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0098-3>
- Ventegodt, A.T., Jeppesen, P., Petersen, L., Abel, M., Nordentoft, M., Kassow, P., et al. (2001). Opus-project: a randomised controlled trial of first episode psychotic patients: gender differences, social network and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 49(1, 2):267.
- Oliver 1996
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., Mohammed, H. (1996). Quality of Life and Mental Health Services. London: Routledge.
- Oliver 1997
- Oliver, J.P., Huxley, P.J., Priebe, S., Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire quality of life profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2):76-83.
- Organización Mundial de la Salud 2003

Organización Mundial de la Salud. (2003). *CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª ed. Rev. Washington.
Organización Panamericana de la Salud. 2002

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington D.C. <https://www.mscls.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/informeOMS.pdf>

Ostinelli 2018

Ostinelli, E. G., Jajawi, S., Spyridi, S., Sayal, K., & Jayaram, M. B. (2018). Aripiprazole (intramuscular) for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008074.pub2>

Ostinelli 2019

Ostinelli, E. G., D'Agostino, A., Shokrane, F., Salanti, G., & Furukawa, T. A. (2019). Acute interventions for aggression and agitation in psychosis: study protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ open*, 9(10), e032726. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032726>

Ouzzani 2016

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

Overall 1962

Overall, J.E., Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10:799-812.

Page 2016

Page, M. J., Shamseer, L., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Sampson, M., Tricco, A. C., Catalá-López, F., Li, L., Reid, E. K., Sarkis-Onofre, R., & Moher, D. (2016). Epidemiology and Reporting Characteristics of Systematic Reviews of Biomedical Research: A Cross-Sectional Study. *PLOS Medicine*, 13(5), e1002028. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002028>

Page 2021

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Palmer 2005

Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>

Papadopoulou 2013

Papadopoulou, A., Markianos, M., Christodoulou, C., & Lykouras, L. (2013). Plasma total cholesterol in psychiatric patients after a suicide attempt and in follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 148(2-3), 440-443. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.032>

Parker 1992

Parker, G., Rosen, A., Emdur, N., Hadzi-Pavlovic, D. (1992). The life skills profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83:145-52.

Pasamanick 1964a

Davis, A. E., Dinitz, S., & Pasamanick, B. (1972). The prevention of hospitalization in schizophrenia: five years after an experimental program. *The American journal of orthopsychiatry*, 42(3), 375–388. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1972.tb02504.x>

Pasamanick, B., Scarpitti, F.R., Dinitz, S. (1967). *Schizophrenics in the Community: An Experimental Study in the Prevention of Hospitalization*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Pasamanick, B., Scarpitti, F.R., Lefton, M., Dinitz, S., Wernert, J.J., McPheeters, H. (1964). Home versus hospital care for schizophrenics. *JAMA*, 187:177-81.

Patterson 2001

Patterson, T. L., Goldman, S., McKibbin, C. L., Hughs, T., & Jeste, D. V. (2001). UCSD Performance-Based Skills Assessment: Development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 235–245. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006870>

Pavlovic 2016

Pavlovic, R. Y., Pavlovic, A., & Donaldson, S. (2016). Open Dialogue for psychosis or severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012384>

Peckham 2017

Peckham, E., Brabyn, S., Cook, L., Tew, G., & Gilbody, S. (2017). Smoking cessation in severe mental ill health: What works? an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1419-7>

Penn 2005

Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N., & Sheitman, B. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia research*, 80(2-3), 357–359. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.011>

Penn 2009

Penn, D. L., Meyer, P. S., Evans, E., Wirth, R. J., Cai, K., & Burchinal, M. (2009). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophrenia research*, 109(1-3), 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.12.009>

Perry 2016

Perry, A., Woodhouse, R., Neilson, M., Martyn St James, M., Glanville, J., Hewitt, C., & Trépel, D. (2016). Are Non-Pharmacological Interventions Effective in Reducing Drug Use and Criminality? A Systematic and Meta-Analytical Review with an Economic Appraisal of These Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(10), 966. <https://doi.org/10.3390/ijerph13100966>

Perry 2019

Perry, A. E., Martyn-St James, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J. M., Aboaja, A., Thakkar, P., Santosh Kumar, K. M., Pearson, C., Wright, K., & Swami, S. (2019). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD010901. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010901.pub3>

Peters 2010

Peters, E, Landau, S, McCrone, P, Cooke, M, Fisher, P, Steel, C, et al. (2010). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psych Scand*, 122, 302–318

Peters 2017

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. (2017) Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Petry 2013

NCT01478815. Contingency management for persons with severe mental illness. <http://ClinicalTrials.gov/show/NCT01478815> 2011.

Petry, N. M., Alessi, S. M., & Rash, C. J. (2013). A randomized study of contingency management in cocaine-dependent patients with severe and persistent mental health disorders. *Drug and alcohol dependence*, 130(1-3), 234–237. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.017>

Phelan 1993

Phelan, M., Slade, M., Dunn, G., Holloway, G., Strathdee, G., Thornicroff, G., et al. (1993). Camberwell Assessment of Need. London: London Institute of Psychiatry.

Phelan 1995

Phelan, M., Slade, M., Thornicroff, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., et al. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167(5):589-95.

Pieper 2014

Pieper, D., Antoine, S.-L., Mathes, T., Neugebauer, E. A. M., & Eikermann, M. (2014). Systematic review finds overlapping reviews were not mentioned in every other overview. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 368–375. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.11.007>

Pinto 1999

Pinto, A., La Pia, S., Mennella, R., Giorgio, D., & DeSimone, L. (1999). Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 50(7), 901–904. <https://doi.org/10.1176/ps.50.7.901>

Pinto 2018

Pinto, A. D., Hassen, N., & Craig-Neil, A. (2018). Employment Interventions in Health Settings: A Systematic Review and Synthesis. *The Annals of Family Medicine*, 16(5), 447-460. <https://doi.org/10.1370/afm.2286>

Pique-California 1999

Pique, T. (1999). Cost-Effectiveness of an African-American Focus Assertive Community Treatment Programme. Alameda: California School of Professional Psychology.

Platt 1980

Platt, S., Weyman, A., Hirsch, S., Hewett, S. (1980). The social behaviour assessment schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new intervention schedule. *Social Psychiatry*, 15:43-55.

Plüddemann 2018

Plüddemann, A., Aronson, J. K., Onakpoya, I., Heneghan, C., & Mahtani, K. R. (2018). Redefining rapid reviews: A flexible framework for restricted systematic reviews. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(6), 201–203. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-110990>

Pollock 2020

Pollock M, Fernandes RM, Becker LA. Chapter V: Overviews of reviews. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, eds. *Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions version 6.0 (updated March 2020)*, 2020. www.training.cochrane.org/handbook

Pompili 2013

Pompili, M., Gonda, X., Serafini, G., Innamorati, M., Sher, L., Amore, M., Rihmer, Z., & Girardi, P. (2013). Epidemiology of suicide in bipolar disorders: A systematic review of the literature. *Bipolar Disorders*, 15(5), 457–490. <https://doi.org/10.1111/bdi.12087>

Popovic 2014

Popovic, D., Benabarre, A., Crespo, J. M., Goikolea, J. M., González-Pinto, A., Gutiérrez-Rojas, L., Montes, J. M., & Vieta, E. (2014). Risk factors for suicide in schizophrenia: Systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(6), 418–426. <https://doi.org/10.1111/acps.12332>

Posner 1992

Posner, C. M., Wilson, K. G., Kral, M. J., Lander, S., & McIlwraith, R. D. (1992). Family psychoeducational support groups in schizophrenia. *The American journal of orthopsychiatry*, 62(2), 206–218. <https://doi.org/10.1037/h0079337>

Potelunas 1982

Potelunas-Campbell, M. (1982). *The development and evaluation of a social skills training program for supervisor/supervisee dyad interactions in a work adjustment program with female schizophrenic outpatients*. University of New York. New York, USA.

Power 2003

Power, PJR, Bell, RJ, Mills, R, Herrman-Doig, T, Davern, M, Henry, L, et al. (2003). Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomized controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Aust New Zeal J Psych*, 37, 414–420

Priebe 1999

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1):7-12.

Pukrop 2000

Pukrop, R., Möller, H. J., & Steinmeyer, E. M. (2000). Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool "modular system for quality of life". *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 250(3), 120–132. <https://doi.org/10.1007/s004060070028>

Pulay 2008

Pulay, A. J., Dawson, D. A., Hasin, D. S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Huang, B., Chou, S. P., & Grant, B. F. (2008). Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 12–22. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0103>

Qiu 2002

Qiu, Y.F., Ma, L.X., Tong, Q. (2002). The role of family therapy in the rehabilitation of patients with schizophrenia. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 6(23):3551.

Quinlivan-California 1995

Quinlivan, R., Hough, R., Crowell, A., Beach, C., Hofstetter, R., & Kenworthy, K. (1995). Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 46(4), 365–371. <https://doi.org/10.1176/ps.46.4.365>

Rabovsky 2012

Rabovsky, K., Trombini, M., Allemann, D., & Stoppe, G. (2012). Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: Results from a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(5), 431–440. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0291-1>

Radley 2020

Radley, J., Grant, C., Barlow, J., & Johns, L. (2020). Parenting interventions for people with schizophrenia or related serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013536>

Radloff 1977

Radloff, L.S. (1997). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3):385-401.

Ramplung 2016

Ramplung, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry*, 34, 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.2422>

Ran 2003

Ran, M., Xiang, M., Huang, M. (2001). A control study of psychoeducational family intervention for relatives of schizophrenics in a Chinese rural community. *Chinese Journal of Psychiatry*, 34(2):98-101.

Ran, M.S., Xiang, M.Z., Chan, L.W., Left, J., Simpson, P., Huang, M-S., Shan, Y.H., Li, S.G. (2003). Effectiveness of Psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38:69-75.

Randolph 1994

Randolph, E. T., Eth, S., Glynn, S. M., Paz, G. G., Leong, G. B., Shaner, A. L., Strachan, A., Van Vort, W., Escobar, J. I., & Liberman, R. P. (1994). Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinic-based intervention. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 164(4), 501–506. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.4.501>

REACT-UK 2002

Killaspy, H. Further information on REACT study for Cochrane Systematic Review [personal communication]. Email to: M Dieterich 8 June 2009.

Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., & King, M. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7545), 815–820. <https://doi.org/10.1136/bmj.38773.518322.7C>

Killaspy, H., Kingett, S., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., & King, M. (2009). Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 195(1), 81–82. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.059303>

Killaspy, H., Mas-Expósito, L., Marston, L., & King, M. (2014). Ten year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study. *BMC psychiatry*, 14, 296. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0296-6>

King, M. (2002). Effectiveness of assertive outreach - a randomised controlled trial. *National Research Register* 2002; Vol. 1.

McCrone, P., Killaspy, H., Bebbington, P., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., & King, M. (2009). The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(7), 908–913. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.908>

Reagu 2013

Reagu, S., Jones, R., Kumari, V., & Taylor, P. J. (2013). Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Schizophrenia Research*, 146(1–3), 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.024>

Rees-Jones 2012

Rees-Jones, A., Gudjonsson, G., & Young, S. (2012). A multi-site controlled trial of a cognitive skills program for mentally disordered offenders. *BMC Psychiatry*, 12(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-44>

RefWorks (n.d.)

RefWorks. ProQuest. (n.d.). <http://refworks.proquest.com>

Reutfors 2013

Reutfors, J., Bahmanyar, S., Jönsson, E. G., Brandt, L., Bodén, R., Ekblom, A., & Ösby, U. (2013). Medication and suicide risk in schizophrenia: A nested case-control study. *Schizophrenia Research*, 150(2–3), 416–420. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.09.001>

Risser 1975

Risser, N.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1):45-52.

Rosen 1989

Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1989, 15(2):325-37.

Rosen 2001

Rosen, A., Trauer, T., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (2001). Development of a brief form of the Life Skills Profile: the LSP-20. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 35(5), 677–683. <https://doi.org/10.1080/0004867010060518>

Rosenberg 1965

Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package 1965:61.

Rosenberg 1998

Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Wolford, G.L., Mueser, K.T., Oxman, T.E., Vidaver, R.M., et al. (1998). Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155:232–8.

Rosenblum 2014

Rosenblum, A., Matusow, H., Fong, C., Vogel, H., Uttaro, T., Moore, T. L., & Magura, S. (2014). Efficacy of dual focus mutual aid for persons with mental illness and substance misuse. *Drug and alcohol dependence*, 135, 78–87. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.11.012>

Rosenheck-USA 1993

Rosenheck, R. (1998). Intersite variation in the impact of intensive psychiatric community care on hospital use: a research network to evaluate assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2):191-200.

Rosenheck, R., Neale, M., Gallup, P. (1993). Community-oriented mental health care: assessing diversity in clinical practice. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16:39-50.

- Rosenheck, R., Neale, M., Leaf, P., Milstein, R., Frisman, L. (1995). Multisite experimental cost study of intensive psychiatric community care. *Schizophrenia Bulletin*, 21:129-40.
- Rosenheck, R.A., Neale, M.S. (1998). Cost-effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of in-patient services. *Archives of General Psychiatry*, 55(5):459-66.
- Roson Rodriguez 2019
- Roson Rodriguez, P., Franco, J. V., Garegnani, L., Arancibia, M., Escobar Liquitay, C. M., & Mohammad, H. A. (2019). Transitional discharge interventions for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009788.pub2>
- Ruggeri 2000
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- Rund 2018
- Rund, B. R. (2018). A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(8), 561–571. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1497199>
- Ryff 1989
- Ryff Carol D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57:1069-81.
- Salkever-SCarolina 1999
- Salkever, D., Domino, M. E., Burns, B. J., Santos, A. B., Deci, P. A., Dias, J., Wagner, H. R., Faldowski, R. A., & Paolone, J. (1999). Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs. *Health services research*, 34(2), 577–601.
- Sankaranarayanan 2015
- Sankaranarayanan, A., Mancuso, S., Wilding, H., Ghuloum, S., & Castle, D. (2015). Smoking, Suicidality and Psychosis: A Systematic Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(9), e0138147. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138147>
- Saren 2004
- Saren, T.N., Xiang, Y.Q., Weng, Y.Z., Feng, Y.C. (2003). Social skill training for rehabilitating social skill disability of schizophrenics in the community. *Modern Rehabilitation*, 7(5):734-5, 745. [CAJ: MEDI0306]
- Saren, T.N., Xiang, Y.Q., Weng, Y.Z., Feng, Y.C., Chen, L. (2004). Effect of social skill training for rehabilitating social skill disability of schizophrenics in the community. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 8(36):8170-2. [EMBASE: 2004428997]
- Saunders 1993
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F. de la Fuente, J.R., Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88(6):791-804.
- Savage 2011
- Savage, R., Singh, J., Bhoskar, S. U., & Jayaram, M. B. (2011). Enhanced crisis planning for serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009482>
- Semerari 2003

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications: Assessing Metacognitive Functions in Psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238–261. <https://doi.org/10.1002/cpp.362>

Selenius 2016

Selenius, H., Leppänen Östman, S., & Strand, S. (2016). Self-harm as a risk factor for inpatient aggression among women admitted to forensic psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(7), 554–560. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1183707>

Sensky 2000b

Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M., & Barnes, T. R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of general psychiatry*, 57(2), 165–172. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.2.165>

Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R., Nur, U., Siddle, R., Hammond, K., Samarasekera, N., & Kingdon, D. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophrenia research*, 98(1-3), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.026>

Schaffer 2015

Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., H Moreno, D., Turecki, G., Reis, C., Cassidy, F., Sinyor, M., Azorin, J.-M., Kessing, L. V., Ha, K., Goldstein, T., Weizman, A., Beautrais, A., Chou, Y.-H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Zarate, C. A., Rihmer, Z., & Yatham, L. N. (2015). International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: Meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/bdi.12271>

Schmutte 2021

Schmutte, T., Costa, M., Hammer, P., & Davidson, L. (2021). Comparisons between suicide in persons with serious mental illness, other mental disorders, or no known mental illness: Results from 37 U.S. states, 2003–2017. *Schizophrenia Research*, 228, 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.058>

Schneider 1983

Schneider, Leonard, C., Struening, E.L. (1983). SLOF: a behavioral rating scale for assessing the mentally ill. *Social Work Research and Abstracts*, 19(3):9-21.

Schooler 1979

Schooler, N., Weissman, M., Hogarty, G. (1979). Social adjustment scale for schizophrenics. In: Hargreaves W editor(s). Resource Material for Community Mental Health Program Evaluators. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1979.

Schooler 1997

Falloon, I. R., McGill, C. W., Matthews, S. M., Keith, S. J., & Schooler, N. R. (1996). Family treatment for schizophrenia: the design and research application of therapist training models. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 5(1), 45–56.

Keith, S. J., Bellack, A., Frances, A., Mance, R., & Matthews, S. (1989). The influence of diagnosis and family treatment on acute treatment response and short term outcome in schizophrenia. Treatment Strategies in Schizophrenia Collaborative Study Group. *Psychopharmacology bulletin*, 25(3), 336–339.

Schooler, N. R., Keith, S. J., Severe, J. B., Matthews, S. M., Bellack, A. S., Glick, I. D., Hargreaves, W. A., Kane, J. M., Ninan, P. T., Frances, A., Jacobs, M., Lieberman, J. A., Mance, R., Simpson, G. M., &

- Woerner, M. G. (1997). Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. *Archives of general psychiatry*, 54(5), 453–463. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830170079011>
- Wuerker, A. K., Long, J. D., Haas, G. L., & Bellack, A. S. (2002). Interpersonal control, expressed emotion, and change in symptoms in families of persons with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 58(2-3), 281–292. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(01\)00320-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(01)00320-6)
- Shamseer 2015
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Gherzi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & the PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ*, 349(jan02 1), g7647–g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Shea 2017
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Sheehan 1998
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–57.
- Shern 1994
- Shern, D.L., Wilson, N.Z., Coen, A.S., Patrick, D.C., Foster, M., Bartsch, D.A. (1994). Client outcomes II: longitudinal client data from the Colorado treatment outcome study. *Milbank Quarterly* 1994; 72:123-48.
- Shern-USA1 2000
- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, C. J., Winarski, J., & Cohen, M. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American journal of public health*, 90(12), 1873–1878. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.12.1873>
- Tsemberis, S. J., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S. M., & Shern, D. L. (2003). Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a supported housing program. *American journal of community psychology*, 32(3-4), 305–317. <https://doi.org/10.1023/b:ajcp.0000004750.66957.bf>
- Shi 2000
- Shi, Y., Zhao, B., Xu, D., Sen, J. (2000). A comparative study of life quality in schizophrenic patients aKer family intervention. *Chinese Mental Health Journal*, 14(2):135-7.
- Skevington 2004
- Skevington, S.M., Lotfy, M., O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2):299-310.
- Slade 1999
- Slade, M., Thornicroff, G., LoPus, L., Phelan, M., Wykes, T. (1999). *The Camberwell Assessment of Need (CAN)*. London: Gaskell.

Sobell 1980

Sobell, M.B., Maisto, S.A., Sobell, L.C., Cooper, A.M., Cooper, T., Sanders, B. (1980). Developing a prototype for evaluating alcohol treatment effectiveness. *Evaluating Alcohol and Drug Abuse Treatment Effectiveness*. New York: Pergamon, 1980:129-50.

Solomon-Pennsylvania 1994

Draine, J.N. (1995). *Case Management for Homeless Mentally Ill Adult Offenders: a Re-Examination of Random Field Trial Data*. Philadelphia: University of Pennsylvania.

Solomon, P., Draine, J. (1995). Issues in serving the forensic client. *Social Work*, 40(1):25-33.

Solomon, P., Draine, J. (1995). Jail recidivism in a forensic case management programme. *Health and Social Work*, 20(3):167-73.

Solomon, P., Draine, J. (1995). One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Evaluation Review*, 19(3):256-73.

Solomon, P., Draine, J., & Meyerson, A. (1994). Jail recidivism and receipt of community mental health services. *Hospital & community psychiatry*, 45(8), 793–797. <https://doi.org/10.1176/ps.45.8.793>

Spaulding 1999

Spaulding, W. D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C., & Weiler, M. (1999). Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia bulletin*, 25(4), 657–676. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033409>

Spitzer 1990

Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R - Patient Edition (SCID-P)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.

Spivak 2003

Spivak, B., Shabash, E., Sheitman, B., Weizman, A., & Mester, R. (2003). The Effects of Clozapine Versus Haloperidol on Measures of Impulsive Aggression and Suicidality in Chronic Schizophrenia Patients: An Open, Nonrandomized, 6-Month Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(7), 755–760. <https://doi.org/10.4088/JCP.v64n0703>

Stanton 1984

Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of general psychiatry*, 47(3), 228–236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810150028006>

Gunderson, J. G., & Frank, A. F. (1985). Effects of psychotherapy in schizophrenia. *The Yale journal of biology and medicine*, 58(4), 373–381.

Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia bulletin*, 10(4), 564–598. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.4.564>

Stanton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. H., Frank, A. F., Vannicelli, M. L., Schnitzer, R., & Rosenthal, R. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia bulletin*, 10(4), 520–563. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.4.520>

Steadman 2001

Steadman, H.J. (1998). *Final Report: Research Study of the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program*. Delmar, NY: Policy Research Associates Inc.

Steadman, H. J., Gounis, K., Dennis, D., Hopper, K., Roche, B., Swartz, M., & Robbins, P. C. (2001). Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(3), 330–336. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.330>

Stein 1975

Stein, L. I., Test, M. A., & Marx, A. J. (1975). Alternative to the hospital: a controlled study. *The American journal of psychiatry*, 132(5), 517–522. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.5.517>

Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 392–397. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>

Test, M.A., Knodler, W., Allness, D., Burke, S., Brown, R., Wallisch, L. (1989). Community care of schizophrenia: two-year findings. *Schizophrenia Research*, 3:1-16.

Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. III. Social cost. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 409–412. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170051005>

Test, M. A., & Stein, L. I. (1976). Training in community living: a follow-up look at a Gold-Award program. *Hospital & community psychiatry*, 27(3), 193–194. <https://doi.org/10.1176/ps.27.3.193>

Test, M.A., Stein, L.I. (1978). Training in community living: Research design and results. In: Stein LI, Test MA editor(s). *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. New York, USA: Plenum Publishing Corporation, 1978:57-74.

Weisbrod, B. A., Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 400–405. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170042004>

Stein 1999

Stein, G.S. (1999) Usefulness of the health of the nation outcome scales. *British Journal of Psychiatry*, 174:375-7.

Stuart 2003

Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: An overview. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 121–124.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2019

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *National Survey on Drug Use and Health*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality Substance Abuse and Mental Health Services Administration U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.samhsa.gov/data/release/2019-national-survey-drug-use-and-health-nsduh-releases>

Stewart 1988

Stewart, A., Hays, R., Ware, J. (1988). The MOS shortform general health survey. *Medical Care* 1988; 26:724-35.

Strauss 1972

Strauss, J.S., Carpenter, W.T. Jr. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27(6):739-46.

Strauss 1974

Strauss, J.S., Carpenter, W.T. Jr. (1974). The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables: a report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 31(1):37-42.

Suijkerbuijk 2017

Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>

Süllwold 1986

Süllwold, L., Huber, G. (1986). Schizophrene Basisstörungen. Berlin: Springer Verlag, 1986.

Swanson 1999

Swanson, A. J., Pantalon, M. V., & Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(10), 630–635. <https://doi.org/10.1097/00005053-199910000-00007>

Pantalon, M. V., & Swanson, A. J. (2003). Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17(2), 91–97. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.17.2.91>

Swanson 2000

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Wagner, H. R., Burns, B. J., Borum, R., & Hiday, V. A. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176(4), 324–331. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.324>

Swartz 1998

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (1998). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 226–231. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.226>

Swartz 1999

Compton, S. N., Swanson, J. W., Wagner, H. R., Swartz, M. S., Burns, B. J., & Elbogen, E. B. (2003). Involuntary outpatient commitment and homelessness in persons with severe mental illness. *Mental health services research*, 5(1), 27–38. <https://doi.org/10.1023/a:1021755408267>

Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R., & Wagner, H. R. (2002). Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *The American journal of psychiatry*, 159(8), 1403–1411. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1403>

Swanson, J.W., Borum, R., Swartz, M.S., Hiday, V.A., Ryan Wagner, H., Burns, B.J. (2001). Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness?. *Criminal Justice and Behaviour*, 28(2):156-89.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2003). Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behavioral sciences & the law*, 21(4), 473–491. <https://doi.org/10.1002/bsl.548>

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R., Hiday, V. A., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 176, 324–331. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.324>

Swartz, M.S., Hiday, V.A., Swanson, J.W., Wagner, H.R., Borum, R., Burns, B. (1999), Measuring coercion under involuntary outpatient commitment. Initial findings from a randomised controlled trial. *Research in Community and Mental Health*, 10:52-77.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, H. R., Burns, B. J., & Hiday, V. A. (2001). Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe

mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(9), 583–592. <https://doi.org/10.1097/00005053-200109000-00003>

Swartz, M.S., Swanson, J.W., Wagner, H.R., Burns, B.J., Hiday, V.A., Borum, R. (2001). A randomised controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatric Services*, 52(3):325-9.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, H. R., Burns, B. J., Hiday, V. A., & Borum, R. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *The American journal of psychiatry*, 156(12), 1968–1975. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1968>

Swartz, M. S., Wagner, H. R., Swanson, J. W., Hiday, V. A., & Burns, B. J. (2002). The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: findings from an experimental study. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30(2), 207–217.

Sytema-Netherlands 1999

Burns, T. (1999). The UK700 study: impact of case load size in case management. *Current Opinion in Psychiatry*, 12:302.

Byford, S., Fiander, M., Torgerson, D.J., Burns, T., Van Horn, E., Gilvarry, C., et al. (2000). Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness - UK700 case management trial. *British Journal of Psychiatry*, 176:537-43.

ISRCTN11281756. Effectiveness of assertive community treatment versus care-as-usual for patients with severe and persistent psychiatric disorders. www.isrctn.com/ ISRCTN11281756 (first received 20 December 2005).

Samele, C., Gilvarry, C., Walsh, E., Manley, C., Van Os, J., Murray, R. (2002). Patients' perceptions of intensive case management. *Psychiatric Services*, 53(11):1432-7.

Samele, C., Walsh, E., Gilvarry, C., Manley, C., Tattan, T., Fahy, T., et al. (2002). Non-alcohol substance misuse, outcome and intensive case management. *European Psychiatry*, 17(Suppl 1):216s.

Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 105–112. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01021.x>

Szmukler 2003

Szmukler, G., Kuipers, E., Joyce, J., Harris, T., Leese, M., Maphosa, W., & Staples, E. (2003). An exploratory randomised controlled trial of a support programme for carers of patients with a psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(8), 411–418. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0652-1>

Tan 2007

Tan, S.Q., Liu, G.Y., Zhang, X.B., Song, J.W., Xiang, Y.Q. (2007). Family intervention on chronic schizophrenia in a rural 3 years followup study. *Medical Forum*, 11(6):503-5.

Tapp 2009

Tapp, J., Fellowes, E., Wallis, N., Blud, L., & Moore, E. (2009). An evaluation of the Enhanced Thinking Skills (ETS) programme with mentally disordered offenders in a high security hospital. *Legal and Criminological Psychology*, 14(2), 201–212. <https://doi.org/10.1348/135532508X336178>

Tarrier 1988

Barrowclough, C., Tarrier, N. (1990). Social functioning in schizophrenic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25:125-9.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Procddu, K., Fitzpatrick, E. (1994). The Salford family intervention project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *British Journal of Psychiatry*, 165:829-32.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, S., Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153:532-42.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, Freeman, H. (1989). Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *British Journal of Psychiatry*, 154:625-8.

Tarrier, N., Lownson, K., Barrowclough, C. (1991). Some aspects of family interventions in schizophrenia. II. Financial considerations. *British Journal of Psychiatry*, 159:481-4.

Tarrier 1998

Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 162, 524–532. <https://doi.org/10.1192/bjp.162.4.524>

Tarrier, N. (1996). *The use of cognitive behaviour therapy in the treatment of schizophrenia*. Eighth Congress of the Association of European Psychiatrists, Jul 7-12; London, UK.

Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A., & Morris, J. (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 917–922.

Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Wittkowski, A., Yusupoff, L., Gledhill, A., Morris, J., & Humphreys, L. (2001). Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive-behaviour therapy? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 45–55. <https://doi.org/10.1017/S1352465801001060>

Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarthy, E., Morris, J., & Humphreys, L. (1999). Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 174, 500–504. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.6.500>

Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G., & Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* (Clinical research ed.), 317(7154), 303–307. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7154.303>

Tarrier 2006

Tarrier, N., Haddock, G., Lewis, S., Drake, R., Gregg, L., & the Socrates Trial Group. (2006). Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT. *Schizophr Res*, 83, 15–27

Tarrier 2010

Tarrier, N., Dolan, M., Doyle, M., Dunn, G., Shaw, J., Blackburn, R. (2010). Exploratory randomized clinical trial of schema modal therapy in the personality disorder service at Ashworth Hospital. UK: Ministry of Justice.

Tarrier 2014

Tarrier, N., Kelly, J., Maqsood, S., Snelson, N., Maxwell, J., Law, H., Dunn, G., & Gooding, P. (2014). The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: A clinical trial. *Schizophrenia Research*, 156(2–3), 204–210. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.029>

Test-Wisconsin 1985

- Angell, B., & Test, M. A. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 28(2), 259–271. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006936>
- Cohen, L. J., Test, M. A., & Brown, R. L. (1990). Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study. *The American journal of psychiatry*, 147(5), 602–607. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.5.602>
- Test, M.A., Knoedler, W., Allness, D., Burke, S., Brown, R., Wallisch, L. (1989) Community care of schizophrenia: two year findings. 142nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 1989 May 6-11; San Francisco.
- Test, M. A., Knoedler, W. H., Allness, D. J., & Burke, S. S. (1985). Characteristics of young adults with schizophrenic disorders treated in the community. *Hospital & community psychiatry*, 36(8), 853–858. <https://doi.org/10.1176/ps.36.8.853>
- Test, M.A., Knoedler, W.H., Allness, D.J., Burke, S.S., Brown, R.L., Wallisch, L.S. (1991). Long-term community care through an assertive continuous treatment team. *Advances in Neuropsychiatry and Psychopharmacology*, 1:239-46.
- Tomlinson 2017
- Tomlinson, M.F., Hoaken, P.N.S. (2017). The potential for a skills-based dialectical behavior therapy program to reduce aggression, anger, and hostility in a canadian forensic psychiatric sample: a pilot study. *Int J Forensic Ment Health*, 16:215–26
- Torrey 2011
- Torrey, E. F. (2011). Stigma and Violence: Isn't It Time to Connect the Dots? *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 892–896. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr057>
- Tracy 2007
- Tracy, K., Babuscio, T., Nich, C., Kiluk, B., Carroll, K. M., Petry, N. M., & Rounsaville, B. J. (2007). Contingency Management to reduce substance use in individuals who are homeless with co-occurring psychiatric disorders. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 33(2), 253–258. <https://doi.org/10.1080/00952990601174931>
- Tricco 2018
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Troquette 2013
- Troquete, N. A., van den Brink, R. H., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (2013). Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: cluster randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 202(5), 365–371. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113043>
- Tsang 2001
- Tsang, H. W. H. (2001). Rehab Rounds: Social Skills Training to Help Mentally Ill Persons Find and Keep a Job. *Psychiatric Services*, 52(7), 891–894. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.891>
- Tsang, H. W.-H., & Pearson, V. (2001). Work-Related Social Skills Training for People With Schizophrenia in Hong Kong. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 139–148. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006852>
- Tsang 2009

Tsang, H. W., Chan, A., Wong, A., & Liberman, R. P. (2009). Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(2), 292–305. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.007>

Tsigebrhan 2014

Tsigebrhan, R., Shibre, T., Medhin, G., Fekadu, A., & Hanlon, C. (2014). Violence and violent victimization in people with severe mental illness in a rural low-income country setting: A comparative cross-sectional community study. *Schizophrenia Research*, 152(1), 275–282. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.032>

Turkington 2000

Turkington, D., & Kingdon, D. (2000). Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 177, 101–106. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.101>

Turkington 2002

Turkington, D., Kingdon, D., & Turner, T. (2002). Insight into schizophrenia research group. 2002 Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Brit J Psych*, 180, 523–527.

Turner 2014

Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry*, 171(5), 523–538. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13081159>

Twamley 2008

Twamley, E. W., Narvaez, J. M., Becker, D. R., Bartels, S. J., & Jeste, D. V. (2008). Supported Employment for Middle-Aged and Older People with Schizophrenia. *American journal of psychiatric rehabilitation*, 11(1), 76–89. <https://doi.org/10.1080/15487760701853326>

Tyrer 1979

Tyrer, P.J., Remington, M. (1979) Controlled comparison of day-hospital and outpatient treatment for neurotic disorders. *Lancet*, 1(8124):1014-6.

Tyrer 1990

Tyrer, P. (1990) Personality disorder and social functioning. In: Peck DF, Shapiro CM editor(s). *Measuring Human Problems: A Practical Guide*. Chichester: John Wiley, 1990:119-42.

Tyrer 1998

Gandhi, N., Tyrer, P., Evans, K., McGee, A., Lamont, A., & Harrison-Read, P. (2001). A randomized controlled trial of community-oriented and hospital-oriented care for discharged psychiatric patients: influence of personality disorder on police contacts. *Journal of personality disorders*, 15(1), 94–102. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.1.94.18644>

Tyrer, P., Evans, K., Gandhi, N., Lamont, A., Harrison-Read, P., & Johnson, T. (1998). Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ (Clinical research ed.)*, 316(7125), 106–109. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7125.106>

Tyrer 2005

Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., McLean, C., Rao, B., et al. (2005). The social functioning questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3):265-75.

Uden 1989

Uden, A.L., Orth-Gomer, K. (1989). Development of a social support instrument for use in population surveys. *Social Science & Medicine*, 29(12):1387-92.

UK700-UK 1999

Austwick, C. (2003). The design and analysis of randomised trials in health services research, with particular reference to the UK case management trial of psychotic patients. National Research Register.

Burns, T. (1999). Erratum: Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet*, 354(9184):1128.

Burns, T. (2000). Predictors of outcome at 4 years of psychotic patients treated in two forms of case management. National Research Register.

Burns, T. (2001). Random controlled trial of Intensive Case Management for people with severe mental illness. National Research Register 2001; Vol. 1.

Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P., & White, I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. *Lancet (London, England)*, 353(9171), 2185–2189. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(98\)12191-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(98)12191-8)

Burns, T., Fiander, M., Kent, A., Ukoumunne, O. C., Byford, S., Fahy, T., & Kumar, K. R. (2000). Effects of case-load size on the process of care of patients with severe psychotic illness. Report from the UK700 trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 177, 427–433. <https://doi.org/10.1017/s0007125000227359>

Burns, T., White, I., Byford, S., Fiander, M., Creed, F., & Fahy, T. (2002). Exposure to case management: relationships to patient characteristics and outcome. Report from the UK700 trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 181, 236–241. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.236>

Byford, S., Barber, J. A., Fiander, M., Marshall, S., & Green, J. (2001). Factors that influence the cost of caring for patients with severe psychotic illness: report from the UK 700 trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 178, 441–447. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.5.441>

Creed, F. Comparison of intensive and standard case management programmes for psychotic patients. www.isrctn.com/ISRCTN15904286 (first received 23 January 2004).

Creed F, Burns T, Butler T, Byford S, Murray R, Thompson S, et al. (1999). Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Rationale of the trial. UK700 Group. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 174, 74–78. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.74>

Creed, F., Butler, T., Fraser, J., Gater, R., Huxley, P., Tarriner, N., et al. Comparison of intensive and standard case management programmes for psychotic patients (UK 700 study). Data on file 1999.

Fahy, T.A., Burns, T., Creed, F., Tyrer, P., White, I. (1999). The outcome of intensive versus standard case management for severe psychotic illness: the UK 700-case management trial conference abstract. *Schizophrenia Research*, 36(1-3):324-5.

Fiander, M., Burns, T., Ukoumunne, O. C., Fahy, T., Creed, F., Tyrer, P., & Byford, S. (2006). Do care patterns change over time in a newly established mental health service? A report from the UK700 trial. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 21(5), 300–306. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.09.008>

Harvey, K. (2001). The effect of Intensive Case Management on relatives' appraisal of caregiving and psychological distress. National Research Register 2001; Vol. 1.

- Harvey, K., Burns, T., Fiander, M., Huxley, P., Manley, C., & Fahy, T. (2002). The effect of intensive case management on the relatives of patients with severe mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 53(12), 1580–1585. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.12.1580>
- Hassiotis, A., Ukoumunne, O., Tyrer, P., Piachaud, J., Gilvarry, C., Harvey, K., & Fraser, J. (1999). Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning. Report from the UK700 randomised controlled trial of case management. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 175, 135–140. <https://doi.org/10.1192/bjp.175.2.135>
- Hassiotis, A., Ukoumunne, O. C., Byford, S., Tyrer, P., Harvey, K., Piachaud, J., Gilvarry, K., & Fraser, J. (2001). Intellectual functioning and outcome of patients with severe psychotic illness randomised to intensive case management. Report from the UK700 trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 178, 166–171. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.2.166>
- Huxley, P., Evans, S., Burns, T., Fahy, T., & Green, J. (2001). Quality of life outcome in a randomized controlled trial of case management. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(5), 249–255. <https://doi.org/10.1007/s001270170056>
- The UK700 Group, Jabben, N., van Os, J., Burns, T., Creed, F., Tattan, T., Green, J., Tyrer, P., Murray, R., & Krabbendam, L. (2008). Is processing speed predictive of functional outcome in psychosis? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(6), 437–444. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0328-y>
- McKenzie, K., Samele, C., Van Horn, E., Tattan, T., Van Os, J., & Murray, R. (2001). Comparison of the outcome and treatment of psychosis in people of Caribbean origin living in the UK and British Whites. Report from the UK700 trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 178, 160–165. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.2.160>
- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis: report from the UK700 trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 182, 129–134. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.129>
- Theresa, T. (2000). The effect of Intensive Case Management on compliance with medication and psychiatric services. National Research Register.
- Tyrer, P., Hassiotis, A., Ukoumunne, O., Piachaud, J., & Harvey, K. (1999). Intensive case management for psychotic patients with borderline intelligence. UK 700 Group. *Lancet (London, England)*, 354(9183), 999–1000. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)02080-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)02080-2)
- Tyrer, P., Manley, C., Van Horn, E., Leddy, D., & Ukoumunne, O. C. (2000). Personality abnormality in severe mental illness and its influence on outcome of intensive and standard case management: a randomised controlled trial. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 15 Suppl 1, 7–10. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(00\)00498-3](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(00)00498-3)
- UK700 Group. (2000). Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. UK700 case management trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 176, 537–543. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.6.537>
- Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tyrer, P., Creed, F., Murray, R., & Fahy, T. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323(7321), 1093–1096. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7321.1093>
- Walsh, E., Harvey, K., White, I., Higgitt, A., Fraser, J., & Murray R (2001). Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management: report from the UK700 trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 178, 255–260. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.255>
- Walsh, E., Harvey, K., White, I., Manley, C., Fraser, J., Stanbridge, S., & Murray, R. M. (1999). Prevalence and predictors of parasuicide in chronic psychosis. UK700 group. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 100(5), 375–382. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10881.x>

- Walsh, E., Leese, M., Byford, S., Gilvarry, C., Samele, C., Tyrer, P., et al. (2002). Do violent patients benefit from Intensive Case Management?. *Schizophrenia Research*, 53(3 Suppl 1):234.
- Walsh, E., Leese, M., Byford, S., Gilvarry, K., Samele, C., Tatten, T., et al. (2002). The impact of Intensive Case Management on violent patients with psychosis. *European Psychiatry*, 17(Suppl 1):S142.
- Walsh, E., Moran, P., Scott, C., Burns, T., Tyrer, P., Creed F. (2004). Reducing violent victimization in severe mental illness. *Schizophrenia Research*, 67(1):11.
- Walsh, E.M. (2005). Community risk in psychosis: predictors and management. 158th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2005 May 21-26; Atlanta (GA).
- Walsh, E.M., Gilvarry, C.M., Samele, C., Creed, F., Tyrer, P., Fahy, T.J., et al. (2001). Reducing violence in psychosis: the effect of Intensive Case Management. 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2001 May 5-10; New Orleans.
- Walsh, E.M., Gilvarry, C.M., Samele, C., Creed, F., Tyrer, P., Fahy, T.J., et al. (2002). Reducing violence in psychosis: the effect of Intensive Case Management. 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2002 May 18-23; Philadelphia.
- Ussorio 2016
- Ussorio, D., Giusti, L., Wittekind, C. E., Bianchini, V., Malavolta, M., Pollice, R., Casacchia, M., & Roncone, R. (2016). Metacognitive training for young subjects (MCT young version) in the early stages of psychosis: Is the duration of untreated psychosis a limiting factor?. *Psychology and psychotherapy*, 89(1), 50–65. <https://doi.org/10.1111/papt.12059>
- Uzenoff 2007
- Uzenoff, S.R. (2007). *A Preliminary Trial of Adherence-Coping Education (ACE) Therapy for First-episode Schizophrenia*. Chapel Hill: The University of North Carolina.
- Uzenoff, S. R., Perkins, D. O., Hamer, R. M., Wiesen, C. A., & Penn, D. L. (2008). A preliminary trial of adherence-coping-education (ACE) therapy for early psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(7), 572–575. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31817d01a5>
- Välämäki 2016
- Välämäki, M., Lantta, T., Hätönen, H. M., Kontio, R., & Zhang, S. (2016). Risk assessment for aggressive behaviour in schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012397>
- Valmaggia 2005
- Valmaggia, L. R., van der Gaag, M., Tarrier, N., Pijnenborg, M., & Slooff, C. J. (2005). Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 186, 324–330. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.324>
- Van der Gaag 2014
- Van der Gaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156(1), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.016>
- Vanderplasschen 2013
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-22. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>
- Van Vugt 2016

Van Vugt, M. D., Kroon, H., Delespaul, P. A. E. G., & Mulder, C. L. (2016). Assertive community treatment and associations with delinquency. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 93–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.001>

Vaughan 1992

Vaughan, K., Doyle, M., McConaghy, N., Blaszczynski, A., Fox, A., & Tarrier, N. (1992). The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 27(1), 16–21. <https://doi.org/10.1007/BF00788951>

Velligan 2014

NCT01915017. Interventions to improve functional outcome and persistent symptoms in schizophrenia. [Clinicaltrials.gov/show/NCT01915017](https://clinicaltrials.gov/show/NCT01915017) (first received 26 July 2013).

Velligan, D. I., Tai, S., Roberts, D. L., Maples-Aguilar, N., Brown, M., Mintz, J., & Turkington, D. (2015). A randomized controlled trial comparing cognitive behavior therapy, cognitive adaptation training, their combination and treatment as usual in chronic schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 41(3), 597–603. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu127>

Ventura 1993

Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., Liberman, R. P., Green, M., & Shaner, A. (1993). Appendix 1: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) expanded version (4.0) scales, anchor points and administration manual. *Int J Methods Psychiatr Res*, 3(227), 43.

Walker 2013

Walker, H., Tulloch, L., Ramm, M., et al. (2013). A randomised controlled trial to explore insight into psychosis; effects of a psycho-education programme on insight in a forensic population. *J Forens Psychiatry Psychol*, 24:756–71.

Wallace 2002

Wallace, K.A., Wheeler, A.J. (2002). Reliability generalization of the life satisfaction index. *Educational and Psychological Measurement*, 62:674–684.

Walsh 2002

Walsh, E. (2002). Violence in society. *BMJ*, 325(7363), 507–508. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7363.507>

Wang 2006

Wang, Y., Zhang, H.W., Yue, D.C. (2006). The effect of family intervention in first onset schizophrenia patients during remission. *Medical Journal of Chinese People's Health*, 18(12):1065–6.

Wang 2013

Wang, Y., Roberts, D. L., Xu, B., Cao, R., Yan, M., & Jiang, Q. (2013). Social cognition and interaction training for patients with stable schizophrenia in Chinese community settings. *Psychiatry research*, 210(3), 751–755. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.038>

Wang 2016

Wang, Y., Xia, J., Helfer, B., Li, C., & Leucht, S. (2016). Valproate for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004028.pub4>

Wasserman 2012

Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide

treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129–141.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>

Watson 1969

Watson, D., Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33:448-57.

Webster 1997

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D. (1997). HCR–20: Assessing Risk for Violence. 2nd Edition. Simon Fraser University, 1997.

Weiden 1994

Weiden, P., Rapkin, B., Mott, T., Zygmunt, A., Goldman, D., Horvitz Lennon, M., et al. (1994). Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20:297-310.

Weissman 1971

Weissman, M.M., Paykel, E.S., Siegel, R., Klerman, G.L. (1971). The social role performance of depressed women: comparisons with a normal group. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41:390-405.

Weissman 1974

Weissman, M.M., Klerman, G.L., Paykel, E.S., Prusoff, B., Hanson, B. (1974). Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 30(6):771-8.

WHO 1988

World Health Organization. (1988). Psychiatric Disability Assessment Scale. Geneva: WHO.

WHO 2001

World Health Organization. (2001). Disability Assessment Schedule. Geneva: WHO, 2001.

Widmayer 2019

Widmayer, S., Borgwardt, S., Lang, U. E., & Huber, C. G. (2019). Could Animal-Assisted Therapy Help to Reduce Coercive Treatment in Psychiatry? *Frontiers in Psychiatry*, 10, 794.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00794>

Wieduwilt 1999

Wieduwilt, K.M., Jerrell, J.M. (1999). The reliability and validity of the SASSMI. *Journal of Psychiatric Research*, 33(2):105-12.

Wilkinson 2018

Wilkinson, S. T., Ballard, E. D., Bloch, M. H., Mathew, S. J., Murrough, J. W., Feder, A., Sos, P., Wang, G., Zarate, C. A., & Sanacora, G. (2018). The Effect of a Single Dose of Intravenous Ketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 175(2), 150–158. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040472>

Wilson 2013

Wilson, C., Gandolfi, S., Dudley, A., Thomas, B., Tapp, J., & Moore, E. (2013). Evaluation of anger management groups in a high-security hospital. *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 23(5), 356–371. <https://doi.org/10.1002/cbm.1873>

Wing 1974

Wing, J., Cooper, J.E., Sartorius, N. (1974). *The Description and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and Catego System*. Cambridge: Cambridge University Press, 1974.

Wing 1990

Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., et al. (1990). SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47(6):589-93.

Wing 1996

Wing, J.K., Curtis, R., Beevor, A. (1996). *The Health of the Nation Outcome Scales*. London: Royal College of Psychiatrists, 1996.

Wing 1998

Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B., Hadden, S., Burns A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172:11-8.

Wirshing 1991

Marder, S.R., Wirshing, D.A., Wirshing, W.C. (2002). Psychosocial and pharmacological strategies for improving treatment adherence in schizophrenia. 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2002 May 18-23; Philadelphia, PA, USA. [No. 3B]

Marder, S.R., Wirshing, D.A., Wirshing, W.C. (2001). Psychosocial and pharmacological strategies for improving treatment adherence in schizophrenia. Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2001 May 5-10; LA, USA. Marathon Multimedia.

Marder, S. R., Wirshing, W. C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T. A., Lebell, M., Zimmerman, K., & Liberman, R. P. (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 153(12), 1585–1592. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.12.1585>

Wirshing, W.C., Eckman, T., Liberman, R.P., Marder, S.R. (1991) Management of risk of relapse through skills training of chronic schizophrenics. In: Tamminga Ca SSC editor(s). *Schizophrenia Research: Advances in Neuropsychiatry and Psychopharmacology*. Raven Press: 255-67.

Wirshing, W. C., Marder, S. R., Eckman, T., Liberman, R. P., & Mintz, J. (1992). Acquisition and retention of skills training methods in chronic schizophrenic outpatients. *Psychopharmacology bulletin*, 28(3), 241–245.

Witt 2014

Witt, K., Hawton, K., & Fazel, S. (2014). The relationship between suicide and violence in schizophrenia: Analysis of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) dataset. *Schizophrenia Research*, 154(1–3), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.02.001>

Witt 2021

Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013669.pub2>

Wittorf 2010

Wittorf, A., Jakobi, U. E., Bannert, K. K., Bechdolf, A., Müller, B. W., Sartory, G., Wagner, M., Wiedemann, G., Wölwer, W., Herrlich, J., Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2010). Does the cognitive dispute of psychotic symptoms do harm to the therapeutic alliance?. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(7), 478–485. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4f526>

Wittorf, A., Klingberg, S. (2011). The therapeutic alliance in CBT for psychoses: course and predictive value for outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261:S13- S4.

Wolf 2017

Wolf, A., Whiting, D., & Fazel, S. (2017). Violence prevention in psychiatry: An umbrella review of interventions in general and forensic psychiatry. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(5), 659–673. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1284886>

Wong 2008

Kin Wong, K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J., & Chiu, S. N. (2008). A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(1), 84–90. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.1.84>

Woodhouse 2016

Woodhouse, R., Neilson, M., Martyn-St James, M., Glanville, J., Hewitt, C., & Perry, A. E. (2016). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems: A systematic review and economic appraisal. *Health & Justice*, 4(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40352-016-0041-y>

World Health Organization 2021

World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Wykes 1986

Wykes T, Sturt E. (1986). The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *British Journal of Psychiatry*, 148:1-11.

Xiang 1994

Xiang, M., Ran, M., Li, S. (1994). A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *British Journal of Psychiatry*, 8(5):201-5.

Xiang 2005

Xiang, T.B., He, E., Yu, F. (2005). Effect of community prevention and treatment in patients with schizophrenia and their family economic burden. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 9(28):24-7.

Xiong 1994

Xiong, H., Xiong, W., Lipeng, F., Wang, R. (1994). Comprehensive family treatment for schizophrenic patients: a prospective, randomized, single-blind control trial of 63 patients. *Chinese Mental Health Journal*, 8(5):201-5.

Xiong, W., Phillips, M.R., Hu, X., Wang, R., Dai, Q., Kleinman, J., Kleinman, A. (1994). Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 165:239-47.

Yates 2010

Yates, K. F., Kunz, M., Khan, A., Volavka, J., & Rabinowitz, S. (2010). Psychiatric patients with histories of aggression and crime five years after discharge from a cognitive-behavioral program. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(2), 167–188. <https://doi.org/10.1080/14789940903174238>

Yip 2013

Yip, V., Gudjonsson, G. H., Perkins, D., Doidge, A., Hopkin, G., & Young, S. (2013). A non-randomised controlled trial of the R&R2MHP cognitive skills program in high risk male offenders with severe mental illness. *BMC psychiatry*, 13, 267. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-267>

Young 2007

Young, S.J., Ross, R.R., 2007. R & R2 for Youths and Adults with Mental Health Problems: A Pro-social Competence Training Program. Cognitive Centre of Canada, Ottawa.

Young 2010

Young, S., Chick, K., & Gudjonsson, G. (2010). A preliminary evaluation of reasoning and rehabilitation 2 in mentally disordered offenders (R&R2M) across two secure forensic settings in the United Kingdom. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(3), 336–349. <https://doi.org/10.1080/14789940903513203>

Young 2013

Young, S., Hopkin, G., Perkins, D., Farr, C., Doidge, A., & Gudjonsson, G. (2013). A controlled trial of a cognitive skills program for personality-disordered offenders. *Journal of attention disorders*, 17(7), 598–607. <https://doi.org/10.1177/1087054711430333>

Yudofsky 1986

Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35–39. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.1.35>

Zaman 2017

Zaman, H., Sampson, S. J., Beck, A. L., Sharma, T., Clay, F. J., Spyridi, S., Zhao, S., & Gillies, D. (2017). Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003079.pub4>

Zhang 1994

Zhang, M., Wang, M., Li, J., Phillips, M.R. (1994). Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry*, 165(Suppl 24):96-102.

Zhang 2006a

Zhang, S.L., Liu, L.L., Pan, S.X., Feng, Y.F., Zhang, Y., Zhu, Q.H. (2006). Comparison of the effects of family therapy relapse rate in schizophrenia. *Shandong Archives of Psychiatry*, 19(2):138-9.

Zhang 2006b

Zhang, M.L., Yuan, G.Z., Yao, J.J., Ni, S.Q., Zhang, X., An, B.F., Zhou, D.X., Bao, Z.H. (2006). Systematic family intervention for people with schizophrenia. *Chinese Journal of Psychiatry*, 39(2):84.

Zhang 2015

Zhang, Y. (2015). Effect of cognitive behavior on coping style in patients with schizophrenia. *World Latest Medicine Information*, 13(72):63.

Zhong 2019

Zhong, S., Zhu, X., Mellsop, G., Guo, H., Chen, Y., Luo, C., Li, Q., Zhou, J., & Wang, X. (2019). Mental Health Problems, History of Drug Use, and Violent Offending Are Associated With Increased Suicide Risk in Imprisoned Females. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 395. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00395>

Zhong 2020

Zhong, S., Zhu, X., Chen, Y., Guo, H., Luo, C., Liang, X., Wang, F., Chen, H., Zhou, J., & Wang, X. (2020). High Psychiatric Morbidity and Comorbidity Among Female Prisoners in Hunan, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 271. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00271>

Zhou 2007

Zhou, J.H. (2007). Family drug intervention on relapse of schizophrenia. *Health Medical Research*, 15(20):59-60.

Zung 1971

Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6):371-9.

Zigmond 1983

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6):361-70.

ANEXOS

Anexo 1. Protocolo prerregistrado en la plataforma OSF.

A scoping review protocol on non-pharmacological interventions for interpersonal and self-directed violence in adults with severe mental illness.

Maria Concepcion Moreno-Calvete. Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Basque Health System Bilbao, Bizkaia Mental Health Network,, Biscay, Spain.

Ivan Ruiz-Ibañez. Basque Health System Bilbao, Bizkaia Mental Health Network, Biscay, Spain.

Jose Juan Uriarte-Uriarte. Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Basque Health System Bilbao, Bizkaia Mental Health Network, Biscay, Spain.

Anticipated or actual start date.

The scoping review commenced: 17/06/2019.

The date by which the review is expected to be completed: 30/09/2020.

Review stage: The scoping review is ongoing.

Objectives:

This study aims to identify and describe non-pharmacological interventions for self- directed or interpersonal violence in people with serious mental illness in any setting.

Additionally, we will investigate whether each intervention found has been included in any systematic reviews or meta-analyses to decide whether it is necessary conduct a systematic review or an overview of systematic reviews on this topic.

Review questions:

What kinds of non-pharmacological interventions for self-directed or interpersonal violence in people with severe mental illness have been studied in any setting?

What are the durations, frequencies, settings and timings of non-pharmacological interventions for self-directed or interpersonal violence in people with severe mental illness?

What are the effects of these non-pharmacological interventions for self-directed or interpersonal violence described in the literature?

Which studies have been included in a systematic review/meta-analysis?

Methodology:

Protocol design and registration

This protocol was developed considering the Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 guidelines¹, with recommended material being included as indicated in Supplementary file 1. It has been registered with the Open Science Framework (<https://osf.io/d56a2/>).

Eligibility criteria

Studies will be selected using population, concept and context criteria:

Population

Inclusion criteria: adults with a diagnosis of severe mental illness or any condition included in severe mental illness²: schizophrenic disorder, schizoaffective disorder, schizotypal disorder, persistent or induced delusional disorder, bipolar disorder, obsessive-compulsive disorder, major depressive episode with psychotic features, recurrent major depressive disorders, atypical psychosis or other non-organic psychosis (according to international classification systems: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders or International Classification of Diseases). The criteria established for severe mental illness are in accordance with clinical practice guidelines on psychosocial interventions in severe mental illness² and eligible methods for identifying the population include clinical diagnosis and research interview, among others. We will also include studies in adults with severe mental illness and substance abuse. No restrictions will be placed on the setting.

Exclusion criteria: people with substance abuse alone or with organic mental disorders, dementia, mental retardation or learning disabilities.

Concept

The study will consider non-pharmacological interventions in combination or not with another intervention for interpersonal or self-directed violence in people with severe mental illness. Violence should be established in accordance with the World Health Organization definition⁵ and may include physical or verbal aggression, physical or verbal threats, psychological or emotional abuse, criminal activity, property damage, suicide attempt, completed suicide or self-harm.

There will be no restrictions regarding the duration, frequency, provider or timing of the interventions. Interventions may be:

- Direct: if they affect patients
- Indirect: if their influence is not on patients, but is to their benefit
- Targeting family, professionals, or the community or at a public health level.

Concomitant pharmacological interventions will be allowed, if they are administered in the same way in all study groups (intervention and control groups).

Exclusion criteria: Instrumental treatments or brain stimulation treatments such as electroconvulsive therapy, transcranial direct current stimulation or transcranial magnetic stimulation.

Comparisons of interest: All interventions included will need a comparison group. The control treatment may be another treatment, placebo or treatment as usual for interpersonal or self-directed violence (“treatment as usual” being defined as the normal level of care provided in the area in which the study has been performed).

The outcomes of interest are:

Main outcomes:

Violent behaviour:

- Interpersonal violence: Physical or verbal aggression, physical or verbal threats, psychological or emotional abuse, criminal activity or property damage.
- Self-directed violence: Self-harm, suicide attempt, or completed suicide.

Additional outcomes:

- Agitation behaviour.
- Substance use: Drug use or alcohol use.
- Illness severity:
 - Psychiatric symptoms
 - Functioning
- Use of physical restraints or seclusion.
- Use of medication in an emergency.

The studies should include violent behaviour (interpersonal or self-directed violence) as an outcome to be included in the scoping review.

Context elements

This study will include any RCTs or cluster RCTs that assess the efficacy of non-pharmacological interventions on interpersonal or self-directed violence in people with severe mental illness in any setting. No restrictions will be applied on the control treatment (another treatment, placebo or treatment as usual) or in terms of language or date of publication.

Information sources and search strategy

The primary systematic literature searches will be conducted using a carefully designed search strategy. The combinations of keywords and search terms will be adapted for use with other databases in combination with database-specific filters, where these are available. The following electronic databases will be searched: EMBASE, MEDLINE (via PubMed), PsycINFO, CINAHL, LILACS, SciELO, The Cochrane Library (the Cochrane Central Register of Controlled Trials [CENTRAL] and Cochrane Database of Systematic Reviews), Web of Science, Scopus, ProQuest,

Epistemonikos, and clinical trial databases (www.controlled-trials.com, www.ClinicalTrials.gov and the WHO International Clinical Trials Registry Platform), among others. Further, the studies included in the clinical practice guidelines of various national health systems and the references of studies included will be reviewed to identify additional articles of interest. RefWorks reference management software will be used to manage the articles.³

Further, a search will be performed to determine whether or not the RCTs and cluster RCTs selected for the scoping review have been included in systematic reviews. The information gathered from this process will contribute to the assessment of whether what is required subsequently is a systematic review, analysing data from primary studies which have not previously been included in any systematic reviews, or an overview of systematic reviews, if numerous such reviews have already been carried out.

Study selection and data extraction process.

The titles and/or abstracts of studies retrieved using the search strategy, and those from other sources, will be screened independently by two review authors (MCM and IR) to identify studies that potentially meet the inclusion criteria outlined above. Full texts of potentially eligible studies will then be retrieved and independently assessed for inclusion/exclusion by the same two authors and any disagreements will be resolved through discussion and consensus. A standardised form will be used to extract data from the studies identified for final inclusion in the review.

All relevant data will be included to answer the scoping review questions. The information to be charted during the process will include: authors; publication year; country; study design; study population; settings; aim; details of the intervention and the control conditions; outcomes and times of measurement; findings and other relevant information. Two review authors (MCM and JJU) will extract the data independently; any discrepancies will be resolved through discussion and consensus. Any data found to be missing in the report of the studies, such as information about outcomes of interest or the population or any other information relevant to the scoping review will be requested directly from the study authors.

According to the scoping review's methodology, the aim is to identify and describe the evidence; therefore, the quality of individual studies will not be assessed.

Data synthesis and reporting of findings

A descriptive summary of the main results will be reported. The results will be classified under conceptual categories such as author(s), year of publication, place or country where the study was conducted, study design, aim, study population, setting, description of the intervention and the control conditions, outcomes and details of key findings. Intervention subgroups will be assessed and a conceptual map will be generated with the findings. A PRISMA flow diagram will be created to illustrate the progress of studies through the selection process and screening (indicating the results from the search, removal of duplicate citations, etc.).⁴

Patient and Public Involvement

No patients or other participants will be involved in this study.

Ethics and dissemination

This study does not require ethics approval. This scoping review will contribute to improve our understanding of violent behaviour in people with severe mental illness. A manuscript for publication in a peer-reviewed journal will be prepared and the results will be presented at mental health conferences.

Contributors: All authors contributed to the protocol, critically revised the content and gave their final approval of the version to be published and all aspects of the scoping review.

Funding statement: This work was supported by the Department of Health of the Government of the Basque Country, Spain (Grant number 2017111101). The funder has had no involvement in any aspect of the protocol or the decision to submit for publication and will not be involved in the study.

Competing interests None declared.

Patient consent for publication Not required. Ethics approval Not required for scoping reviews.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Open access This is an open-access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non-Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: [HTTP://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

References:

1. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. 2015 Jan 2;349(jan02 1):g7647–g7647.
2. Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute – I+CS; 2009. Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS: I+CS No 2007/05.
3. RefWorks. ProQuest, 789 East Eisenhower Parkway, Ann Arbor, MI 48108; <http://refworks.proquest.com>.
4. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467.

Anexo 2. Lista de verificación de los elementos principales del informe para revisiones sistemáticas y metaanálisis extendidos para revisiones de alcance (prisma-ScR).

SECCION	ITEM	LISTA DE VERIFICACIÓN PRISMA-ScR	APARTADO DONDE SE ENCUENTRA (N/A: no aplica)
TÍTULO			
Título	1	Identifique el informe como una revisión de alcance.	Título
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Proporcione un resumen estructurado que incluya (según corresponda) antecedentes, objetivos, criterios de elegibilidad, fuentes de evidencia, métodos de gráficos, resultados y conclusiones que se relacionan con las preguntas y los objetivos de la revisión.	Resumen
INTRODUCCIÓN			
Razón fundamental	3	Describa el fundamento de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce. Explique por qué las preguntas/objetivos de la revisión se prestan a un enfoque de revisión del alcance.	Marco teórico y justificación
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de las preguntas y los objetivos que se abordan con referencia a sus elementos clave (por ejemplo, población o participantes, conceptos y contexto) u otros elementos clave relevantes utilizados para conceptualizar las preguntas de revisión y/u objetivos.	Objetivos, preguntas de la revisión
MÉTODOS			
Protocolo and registro	5	Indique si existe un protocolo de revisión; indicar si se puede acceder a él y dónde (por ejemplo, una dirección web), y si está disponible, proporcione información de registro, incluido el número de registro.	Métodología
Criterio de selección	6	Especifique las características de las fuentes de evidencia utilizadas como criterios de selección (por ejemplo, años considerados, idioma y estado de publicación) y proporcione una justificación.	Criterio de selección
Fuentes de información*	7	Describa todas las fuentes de información en la búsqueda (por ejemplo, bases de datos con fechas de cobertura y contacto con los autores para identificar fuentes adicionales), así como la fecha en que se realizó la búsqueda más reciente.	Fuentes de información y estrategia de búsqueda
Búsqueda	8	Presentar la estrategia de búsqueda electrónica completa para al menos 1 base de datos, incluidos los límites utilizados, de modo que pueda repetirse.	Fuentes de información y estrategia de búsqueda
Selección de fuentes de evidencia †	9	Indique el proceso para seleccionar fuentes de evidencia (es decir, selección y elegibilidad) incluidas en la revisión del alcance.	Proceso de selección de estudios y extracción de datos
Proceso de creación de gráficos de datos ‡	10	Describa los métodos para registrar datos de las fuentes de evidencia incluidas (por ejemplo, formularios calibrados o formularios que han sido probados por el equipo antes de su uso, y si el registro de datos se realizó de forma independiente o por duplicado) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos de investigadores.	Proceso de selección de estudios y extracción de datos
Elementos de datos	11	Enumere y defina todas las variables para las que se buscaron datos y las suposiciones y simplificaciones realizadas.	Proceso de selección de estudios y extracción de datos
Valoración crítica de fuentes de evidencia individuales §	12	Si se hace, proporcione una justificación para realizar una evaluación crítica de las fuentes de evidencia incluidas; describir los métodos utilizados y cómo se utilizó esta información en cualquier síntesis de datos (si procede).	Métodología
Síntesis de resultados	13	Describa los métodos de manejo y resumen de los datos que se registraron.	N/A
RESULTADOS			
Selección de fuentes de evidencia	14	Proporcione el número de fuentes de evidencia examinadas, evaluadas para determinar su elegibilidad e incluidas en la revisión, con los motivos de las exclusiones en cada etapa, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	Síntesis de datos y reporte de hallazgos
Características de las fuentes de evidencia	15	Para cada fuente de evidencia, presente las características para las que se registraron los datos y proporcione las citas.	Resultados
Valoración crítica dentro de las fuentes de evidencia	16	Si lo hace, presente datos sobre la evaluación crítica de las fuentes de evidencia incluidas (ver ítem 12).	N/A
Resultados de fuentes de evidencia individuales	17	Para cada fuente de evidencia incluida, presente los datos relevantes que se registraron y que se relacionan con las preguntas y los objetivos de la revisión.	Resultados

SECCION	ITEM	LISTA DE VERIFICACIÓN PRISMA-ScR	APARTADO DONDE SE ENCUENTRA (N/A: no aplica)
Síntesis de resultados			
DISCUSIÓN			
Resumen de evidencia	18	Resume y/o presente los resultados de la gráfica según se relacionen con las preguntas y los objetivos de la revisión.	<i>Resultados</i>
Limitaciones	19	Resume los resultados principales (incluida una descripción general de los conceptos, temas y tipos de evidencia disponible), enlace a las preguntas y objetivos de la revisión y considere la relevancia para los grupos clave.	<i>Discusión</i>
Conclusiones	20	Analice las limitaciones del proceso de revisión del alcance.	<i>Discusión</i>
	21	Proporcione una interpretación general de los resultados con respecto a las preguntas y los objetivos de la revisión, así como las posibles implicaciones y/o los próximos pasos.	<i>Discusión</i>
FINANCIACIÓN			
Financiación	22	Describe las fuentes de financiación para las fuentes de evidencia incluidas, así como las fuentes de financiamiento para la revisión del alcance. Describe el papel de los patrocinadores de la revisión del alcance.	<i>Financiación</i>

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* De dónde se recopilan las fuentes de evidencia (ver la segunda nota al pie), como bases de datos bibliográficas, plataformas de redes sociales y sitios web.

† Un término más inclusivo heterogéneo utilizado para dar cuenta de los diferentes tipos de evidencia o fuentes de datos (por ejemplo, investigación cuantitativa y/o cualitativa, opinión de expertos y documentos de políticas) que pueden ser elegibles en una revisión de alcance de solo estudios. Esto no debe confundirse con las fuentes de información (ver la primera nota a pie de página).[†] Los marcos de Arksey y O'Malley (6) y Levac y colegas (7) y la guía del JBI (4, 5) se refieren al proceso de extracción de datos en una revisión de alcance como gráficos de datos.

§ El proceso de examinar sistemáticamente la evidencia de la investigación para evaluar su validez, resultados y relevancia antes de usarla para informar una decisión. Este término se usa para los ítems 12 y 19 en lugar de "riesgo de sesgo" (que es más aplicable a revisiones sistemáticas de intervenciones) para incluir y reconocer las diversas fuentes de evidencia que pueden usarse en una revisión de alcance (p. Ej., Cuantitativa y/o investigación cualitativa, opinión de expertos y documento de política).

From: Tricco AC, Lilie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169:467-473. doi: 10.7326/M18-0850



St. Michael's
Inspired Care.
Inspiring Science.

Anexo 3. Estrategia de búsqueda utilizada en Web of Science.

TI=(schizophrenia OR schizophren* OR psychotic disorders OR psycho* OR schizoaffective OR schizotypal personality disorder OR schizotyp* OR delirium OR severe mental illness OR severe mental disorder OR mental disorders OR bipolar and related disorders OR bipolar disorder* OR manic-depressive OR manic depressive OR bipolar affective OR mania* OR manic disorder OR obsessive-compulsive disorder OR obsessive-compulsive OR anankastic OR depressive disorder, major OR major depressi* OR diagnosis, dual (psychiatry) OR psychiatric dual OR dual diagnosis) AND TI= (violence OR violen* OR aggression OR aggressi* OR damage OR prison* OR offens* OR suicid* OR self-harm OR self-injur*) AND TI= (randomized controlled trial OR controlled clinical trial OR randomized OR placebo OR randomly OR trial)

Anexo 4. Estudio excluidos y pendientes de evaluación de la revisión exploratoria.

Estudios excluidos (continua)	Razón	Estudios excluidos (continua)	Razón
Abderhalden 2008	Población incorrecta	Kasckow 2016	Desenlace incorrecto
Abu-Akel 2004	Diseño incorrecto	Kawanishi 2014	Población incorrecta
Allard 1992	Población incorrecta	Kerman 2018	Desenlace incorrecto
Ayer 2008.	Intervención incorrecta	Kontio 2014	Desenlace incorrecto
Bahrami 2017	Diseño incorrecto	Kovac 2002	Desenlace incorrecto
Barnhofer 2009	Desenlace incorrecto	Kuipers 1997	Desenlace incorrecto
Barnhofer 2015	Población incorrecta	Kuokkanen 2014	Desenlace incorrecto
Barrowclough 2010	Desenlace incorrecto	Kuokkanen 2015	Desenlace incorrecto
Bateman 2007	Desenlace incorrecto	Lahera 2012	Desenlace incorrecto
Becker 1999	Diseño incorrecto	Lahoz 2016	Población incorrecta
Bellus 1999	Diseño incorrecto	Lee 2018	Desenlace incorrecto
Bowers 2006	Diseño incorrecto	Leo 2007	Población incorrecta
Brown 2005	Población incorrecta	Lobban 2017	Desenlace incorrecto
Bryan 2017	Población incorrecta	Lohman 2016	Desenlace incorrecto
Bryan 2019	Diseño incorrecto	LoParo 2018	Desenlace incorrecto
Burns 1999	Población incorrecta	Lowel 2001	Diseño incorrecto
Celano 2017	Población incorrecta	Marks 1994	Desenlace incorrecto
Chatterjee 2014	Desenlace incorrecto	Martin 1995	Diseño incorrecto
Christensen 2013	Desenlace incorrecto	Maroño Souto 2018	Desenlace incorrecto
Cosden 2003	Desenlace incorrecto	Mataix-Cols 2002	Desenlace incorrecto
Cosden 2005	Desenlace incorrecto	McCall 2010	Diseño incorrecto
Cunningham Owens 2001	Desenlace incorrecto	Messiah 2019	Población incorrecta
Currier 2010	Población incorrecta	Meyer 2010	Desenlace incorrecto
De Vries 2018	Diseño incorrecto	Moritz 2012	Población incorrecta
Den Boer 2007	Desenlace incorrecto	Motto 2001	Población incorrecta
Ducasse 2018	Desenlace incorrecto	Munetsi 2018	Desenlace incorrecto
Ducasse 2019	Desenlace incorrecto	Needham 2004	Diseño incorrecto
Ellis 2017	Diseño incorrecto	Noël 2016	Desenlace incorrecto
Emmerson 2007	Diseño incorrecto	Norr 2018	Desenlace incorrecto
Essock 2006	Desenlace incorrecto	Nyer 2018	Desenlace incorrecto
Evans 1999	Población incorrecta	O'Toole 2018	Población incorrecta
Exbrayat 2017	Diseño incorrecto	Park 2012	Diseño incorrecto
Fitzpatrick 2005	Desenlace incorrecto	Patel 2017	Población incorrecta
Fleischhacker 2014	Intervención incorrecta	Patsiokas 1985	Población incorrecta
Fleischmann 2008	Población incorrecta	Qiu 2017	Desenlace incorrecto
Freeman 2015	Desenlace incorrecto	Raines 2015	Población incorrecta
Furuno 2018	Población incorrecta	Rees-Jones 2012	Diseño incorrecto
Gaudiano 2015	Desenlace incorrecto	Reins 2019	Desenlace incorrecto
Grawe 2006	Población incorrecta	Richards 2015	Población incorrecta
Gustavson 2016	Desenlace incorrecto	Roberts 2014	Desenlace incorrecto
Gysin-Maillart 2016	Población incorrecta	Rudd 2015	Población incorrecta
Hepburn 2009	Población incorrecta	Ryberg 2019	Población incorrecta
Hirayasu 2009	Población incorrecta	Sacks 2004	Desenlace incorrecto
Hsiao 2014	Desenlace incorrecto	Sacks 2008	Desenlace incorrecto
Huf 2012	Desenlace incorrecto	Sacks 2012	Desenlace incorrecto
Husain 2014	Población incorrecta	Schmidt 2017	Desenlace incorrecto
Jakobsen 2014	Desenlace incorrecto	Shah 2014	Desenlace incorrecto
Jarrett 2012	Desenlace incorrecto	Shawyer 2012	Desenlace incorrecto
Johnson 2012	Desenlace incorrecto	Sinniah 2017	Población incorrecta
Johnson 2019	Población incorrecta	Slee 2008	Población incorrecta
Jones 2013	Desenlace incorrecto	Somers 2013	Desenlace incorrecto
Jotangia 2015	Diseño incorrecto	Sullivan 2007	Desenlace incorrecto
Julian 2013	Desenlace incorrecto	Swanson 1998	Diseño incorrecto
Karen 2010	Desenlace incorrecto	Troquete 2013	Población incorrecta
Kasckow 2015	Desenlace incorrecto	Tyrer 2003a	Población incorrecta

Estudios excluidos	Razón
Tyrer 2003b	Población incorrecta
Vaaler 2005	Diseño incorrecto
Vaaler 2006	Diseño incorrecto
Van Bentum 2019	Población incorrecta
Walsh 2001a	Población incorrecta
Walsh 2001b	Población incorrecta
Ward-Ciesielski 2016	Población incorrecta
Williams 2008	Desenlace incorrecto
Zou 2017	Desenlace incorrecto

Estudios pendientes de evaluación
Ahmed 2017
Ahmed 2018
Ghahramanlou-Holloway 2014

Anexo 5. Características de los estudios incluidos en la revisión exploratoria.

Ahmed 2015	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Estados Unidos Entorno: Hospital (unidades forenses y de salud mental)
Participantes	Diagnóstico: Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (DSM-IV). Sin discapacidad intelectual, trastornos neurológicos, traumatismo craneoencefálico significativo o comportamiento antisocial infantil. Habla inglesa. N= 78 (I= 42, C= 36). Género: Mujeres= 10; Hombres= 68 Edad: Media I= 40,38 (SD= 10,97); media C= 40,64 (SD= 10,36) Raza/etnia: Afroamericana I= 20 (47,627%) C= 19 (52,78%); Blanca I= 16 (38,10%) C= 14 (38,89%); Latina/Hispanica I= 4 (9,52%) C= 1 (2,78%); Otras I= 2 (4,76%) C= 2 (5,56%) Agresión, nº de sujetos (agresión verbal I= 11 C= 12; agresión contra objetos I= 6 C= 4; agresión autodirigida I= 2 C= 2; agresión física I= 16 C= 13) Nº de hospitalizaciones media (SD) I= 2,15 (1,23) C= 2,72 (1,36) Duración de la hospitalización, media (SD) I= 22,21 (6,31) C= 21,25 (7,79)
Intervenciones	I: Rehabilitación cognitiva computarizada (RC): La rehabilitación cognitiva busca mejorar las habilidades neurocognitivas de los pacientes. El tratamiento incluía un grupo de tratamiento de 50 horas, tres sesiones de 60 minutos por semana (20 semanas). Fue impartido por médicos a nivel de maestría o doctorado. Los participantes completaron 50 minutos de actividades cognitivas computarizadas y participaron en una discusión de grupo de 10 minutos. Incluía el programa Posit Science Brain Fitness 2.0 y el Brain HQ basado en la web, para el entrenamiento cognitivo. El Brain Fitness Program 2.0 incluía actividades que entrenan progresivamente el procesamiento auditivo comenzando con el procesamiento sensorial básico de sonidos hasta habilidades auditivas más complejas como la memoria verbal. C: Discusión grupal de juegos de computadora + conductas saludables: Una discusión grupal de juegos de computadora de 50 minutos y una discusión grupal de conductas saludables de 10 minutos, tres sesiones de 60 minutos por semana (20 semanas). La biblioteca de juegos de computadora ofreció un conjunto de juegos atractivos y cognitivamente desafiantes seleccionados de Viva Media 101 Premium Games. Los participantes progresaron a través de las actividades informáticas programadas para cada sesión. Se les ofreció la oportunidad de recuperar las sesiones perdidas. Los participantes continuaron recibiendo otras intervenciones regulares. Éstas incluían la administración de medicamentos, psicoterapia individual, psicoeducación y grupos de rehabilitación en el centro de tratamiento diario, un grupo de aulas fuera de la unidad designado para la educación.
VARIABLES	Agresión: Overt Aggression Scale (OAS). (Yudofsky et al., 1986) Síntomas psicóticos: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). (Kay et al., 1987) Neurocognición: MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB). (Nuechterlein et al., 2008) Capacidad funcional: UCSD Performance-Based Skills Assessment (UPSA). (Patterson et al., 2001) Tiempos de medición: MCCB, UPSA, PANSS y MARS se evaluaron al inicio y después del tratamiento. La OAS fue evaluada una semana antes, durante cada semana y al final de la semana posterior al programa (programa de 20 semanas)
Notas	Financiación: Los autores no informaron sobre el financiamiento. Conflicto de intereses: Los autores no informaron sobre la declaración de interés.

Aquin 2017	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Canadá Entorno: Comunidad
Participantes	Diagnóstico: Trastorno mental grave (depresivo mayor, episodio maníaco o hipomaníaco, trastorno de estrés postraumático, trastorno del estado de ánimo con características psicóticas, trastorno psicótico) identificado por la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). (Sheehan et al., 1998) Siendo los más prevalentes los trastornos del estado de ánimo (56,5%) y los trastornos psicóticos (49,3%). Dos tercios de la muestra (67,4%) cumplían los criterios de abuso de sustancias/alcohol. Personas sin hogar o con viviendas precarias. N= 2255 (I=1265, C= 990) Edad: Media 40,89 (DE= 11,23) Género: Mujeres= 603; Hombres= 1508; Otros= 20 Raza/etnia: Blanca= 940 (49,0); Indígenas = 475 (24,8); Otros = 504 (26,3) Tasa basal de intentos de suicidio a lo largo de la vida (55,4%), la ideación suicida el mes anterior (37,3%).
Intervenciones	I: Vivienda primero (VP): Se proporcionó vivienda a los participantes dentro de la comunidad. Se subvencionó el alquiler para que los participantes no tuvieran que pagar más del 30% de sus ingresos por alquiler. Las personas asignadas al azar a VP, en función de su evaluación previa de necesidades, recibieron tratamiento comunitario asertivo (TAC) si sus necesidades eran altas y una gestión intensiva de casos (GIC) si las necesidades eran moderadas, al menos una vez a la semana. GIC/TAC podía incluir visitas domiciliarias, dispensación de medicamentos, llamadas telefónicas, etc. Se prefirió que todas las viviendas fueran permanentes y apartamentos individuales, en lugar de + apoyo (a menudo de naturaleza temporal). Los participantes no estaban obligados a buscar o someterse a tratamiento psiquiátrico ni a mantener la sobriedad. C: Tratamiento habitual (TH): Recursos comunitarios existentes que incluían apoyos, como centros de apoyo y alcance para personas sin hogar, y recursos de salud mental. Seguimiento durante 2 años.
VARIABLES	Intentos de suicidio: una pregunta del MINI 6.0.0. (Sheehan et al., 1998) Tiempos de medición: Basal y durante los 2 años de estudio en la entrevista de 21/24 meses.
Notas	Financiación: La Comisión de Salud Mental de Canadá supervisó la realización del estudio y brindó capacitación y apoyo técnico a los equipos de servicio y al personal de investigación durante todo el proyecto. El financiador no tuvo ningún papel en el análisis e interpretación de los datos, preparación, revisión o aprobación del manuscrito. Conflicto de intereses: No se menciona.

Baker 2018	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Australia Entorno: En el centro de investigación local o en una clínica comunitaria cercana.
Participantes	Diagnóstico: Trastorno mental grave. Espectro de la esquizofrenia o trastorno bipolar confirmado por la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). (Sheehan et al., 1998) Fumadores: Fumar al menos 15 cigarrillos al día. La duración media de la psicosis fue de 18,6 años (DE= 11,55) y un tercio (82, 35%) había ingresado en un hospital psiquiátrico en el último año. Evaluación global del funcionamiento (GAF): media (DE) = 51,2 (10,8) Los criterios de exclusión fueron: No hablar inglés con fluidez; tenía una enfermedad cerebral orgánica o cualquier condición médica que impidiera la terapia de reemplazo de nicotina (TRN). N = 235 (I = 122; C = 113). Edad: Media = 42 (DE = 11) Género: Mujeres=97; Hombres= 138 Raza/etnia: aborigen o isleño del estrecho de Torres I = 3 (2,5%) C = 3 (2,7%); Nacido en Australia I = 103 (84%) C = 94 (84%) Intento de suicidio pasado (alguna vez) = 120 (56%) Uso de alcohol: Sin uso 120 (55%), dentro de las pautas 70 (32%), por encima de las pautas/excesivo 28 (13%). Consumo de cannabis 18 (8,2%).
Intervenciones	I: Una intervención de “Estilo de vida saludable” multicomponente cara a cara: Una intervención para dejar de fumar y reducir el riesgo cardiovascular (CV) (terapia de reemplazo de nicotina-TRN + un total de 17 sesiones que constan de la sesión común inicial de 90 minutos). Luego siete sesiones semanales más de una hora, más tres sesiones quincenales de una hora y sesiones mensuales de 'refuerzo' de una hora de duración durante 6 meses). La intervención se diseñó para fomentar el abandono del hábito de fumar, mejoras en la dieta y la actividad física, mediante una combinación de sesiones mensuales de técnicas de entrevistas motivacionales (EM) y terapia cognitivo-conductual (TCC). Todos los terapeutas tenían experiencia previa en el trabajo con personas con trastornos mentales. C: Una intervención predominantemente telefónica y menos intensiva: Se centró principalmente en el seguimiento del uso de TRN y conductas de riesgo de CV, y se administró en los mismos intervalos que la intervención “Estilo de vida saludable”. Las sesiones telefónicas se programaron para una duración aproximada de 10 minutos. En lugar de las sesiones telefónicas en las semanas 4 y 8, los participantes asistieron a sesiones presenciales de 30 minutos de duración donde se dispensó TRN y donde se monitorea cualquier problema con el TRN o sintomatología. Todos tuvieron acceso al TRN y medicación antipsicótica según lo prescrito durante un período de al menos dos meses, con la intención de continuar durante el estudio.
VARIABLES	Suicidalidad (intención o intento): ítem 4 de la Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BPRS) (Ventura et al., 1993) Síntomas psiquiátricos: Escala de Calificación Psiquiátrica Breve (BPRS-24) (Ventura et al., 1993) y la puntuación total del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). (Beck et al., 1988a) Consumo de sustancias (Tabaco, alcohol y cannabis): Escala de Consumo de Drogas del Índice de Tratamiento de Opiáceos (OTI). (Darke et al., 1992) Funcionamiento general: Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF) (American Psychiatric Association 1994). Tiempos de medición: Inicio, 15 semanas, 12, 18, 24, 30 y 36 meses tras inicio.
Notas	Financiación: Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica de Australia (NHMRC: 569210) y Departamento de Salud y Envejecimiento del Commonwealth. El Centro de Investigación Prioritaria para la Investigación de la Salud Mental y del Cerebro de la Universidad de Newcastle, Australia, brindó asistencia financiera para el análisis estadístico. GlaxoSmithKline (GSK) proporcionó gratuitamente al estudio la Terapia de Reemplazo de Nicotina. Los autores informan que no tienen ninguna asociación financiera ni compromisos con GSK, y GSK no participó en ningún otro aspecto del diseño o análisis del estudio. Conflicto de intereses: Ninguno.

Birchwood 2018	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Reino Unido Entorno: Tres centros (equipos de salud mental comunitaria)
Participantes	Diagnóstico: Esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos (F20, 22, 23, 25, 28, 29) o trastornos del estado de ánimo (F32). (CIE-10). Esquizofrenia n= 98 (50%), trastorno esquizoafectivo n= 29 (15%), esquizofrenia paranoide n= 17 (9%), psicosis n= 50 (25%) y trastorno bipolar n= 3 (2%). Edad de inicio (años) media (DE; rango) 22,14 (10,56; 5-63), n=178 N= 197 (I= 98, C= 99) Edad: Media 37,4 (SD= 12,1) Género: Mujeres= 84; Hombres= 113 Historial de alucinaciones de órdenes de daño a sí mismo al menos 6 meses con historial reciente (<9 meses), a otros o transgresiones sociales importantes como resultado de los comandos; o alucinaciones de órdenes dañinas en las que el individuo está angustiado y apacigua la voz poderosa y, por lo tanto, corre el riesgo de cumplir plenamente. Raza/etnia: No blancos 68 (35%). Ingresos hospitalarios en los 18 meses anteriores= 88 (45%)
Intervenciones	I: Terapia cognitiva para las alucinaciones de orden (TCAO) + tratamiento habitual (TH): TCAO fue diseñado para cambiar las creencias sobre el poder de las voces, ayudando a reducir el comportamiento de cumplimiento dañino y la angustia. Durante un máximo de 9 meses (unas 25 sesiones). La intervención fue realizada por terapeutas cognitivos acreditados y psicólogos clínicos supervisados por un médico líder con experiencia en TCC para la psicosis. C: TH sólo: Proporcionado por equipos comunitarios de salud mental y alcance asertivo e intervención temprana, incluyó medicación antipsicótica.
VARIABLES	Cumplimiento dañino (incluido daño a sí mismo, a otros, suicidio y/o a otros): Respuestas de comportamiento a las voces, la Escala de Cumplimiento de Voz (VCS). (Beck-Sander et al., 1997) Síntomas psicóticos: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). (Kay et al., 1987) Depresión: Escala de Calificación de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia. (Addington et al., 1993) Alucinaciones Auditivas y Malestar Asociados con las Voces: las Escalas de Calificación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS), Subescala de Alucinaciones Auditivas (PSYRATS-AH). (Haddock et al., 1999) Tiempos de medición: Al inicio del estudio (durante los 9 meses anteriores), a los 9 y 18 meses después del inicio del tratamiento.
Notas	Financiación: Consejo de Investigación Médica del Reino Unido (G0500965) y el Instituto Nacional de Investigación en Salud. Conflicto de intereses: Ninguno.

Bond 2015	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Estados Unidos Entorno: Comunidad (una agencia de rehabilitación psiquiátrica-Thresholds).
Participantes	Diagnóstico: Trastorno mental grave, según los criterios del estado (diagnóstico de trastorno del espectro esquizofrénico, trastorno bipolar u otro trastorno psicótico y antecedentes de tratamiento o deficiencias funcionales importantes). DSM-IV. Historia de justicia penal. N= 87 (I = 43, C = 44) Edad: Media I= 42,9 (DE= 11,5); media C= 44,6 (DE= 11,6) Género: No especificado Raza/etnia: Blanco I= 9 (21%) C= 17 (39%); Afroamericano I= 30 (70%) C= 21 (48%); ≥2 razas I= 3 (7%) C= 5 (11%); Otro I= 1 (2%) C= 1 (2%); Etnia hispana I= 5 (12%) C= 6 (14%). Dependencia o abuso: Alcohol I= 8 (19%) C= 11 (25%), droga I= 15 (35%) C= 11 (25%). Sin hogar I= 2 (5%) C= 0 (0%)
Intervenciones	I: Colocación y apoyo individual (CAI): Origen del modelo: Salud mental comunitaria. Siguió los principios del empleo apoyado por CAI, mejorados con una capacitación de un día para especialistas en empleo sobre cuestiones de justicia penal. El equipo de personal estaba formado por especialistas en empleo a tiempo completo que también acompañan a los participantes a las entrevistas (si los participantes así lo desean). Búsqueda de empleo individualizada según las preferencias de los participantes. Los especialistas en empleo de los equipos de CAI recibieron consultas continuas, incluidas conferencias telefónicas dos veces al mes de un capacitador senior de CAI durante la duración del estudio. C: Elección laboral (EL): Orígenes del modelo: Justicia penal. Especialista en recuperación a tiempo parcial y especialista en apoyo de compañeros a tiempo parcial. Facilitó una búsqueda de trabajo autodirigida, ayudando a los clientes con la preparación de currículums, habilidades para entrevistas y oportunidades laborales. Las clases se programaron semanalmente en dos sitios convenientemente ubicados. El plan de estudios incluía capacitación en procedimientos de solicitud, estrategias de búsqueda de empleo y servicios de vinculación. Las clases se llevaron a cabo en una sala con ordenadores para solicitar trabajos en línea. El personal de EL ayudó a los participantes a encontrar puestos vacantes y en el proceso de solicitud en línea. Dos trabajadores a media jornada con experiencia vivida de enfermedad mental formaron parte del programa. Uno fue el coordinador del programa que diseñó el plan de estudios y dirigió la capacitación. Le asistió un especialista en apoyo de pares que había superado sus experiencias en el sistema penitenciario y ahora tenía un empleo competitivo, quien hizo recordatorios telefónicos semanales a los participantes para que asistieran a clases.
VARIABLES	Actividad delictiva: Autoinforme del participante de condenas (delito grave) durante el seguimiento. Empleo (funcionamiento laboral): Formulario de Actualización Vocacional de Dartmouth. (Drake et al., 1996) Tiempos de medición: Al inicio, seguimiento a los 6 meses y seguimiento a los 12 meses con breves contactos telefónicos a los dos, 4, 8 y 10 meses, para determinar el estado de empleo autoinformado.
Notas	Financiación: Subvención H133G100110 del Instituto Nacional de Investigación sobre Discapacidad y Rehabilitación. Conflicto de intereses: Ninguno.

Chandler 2006	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Estados Unidos Entorno: Cárcel y comunidad
Participantes	Diagnóstico: Enfermedad mental grave y trastorno actual por consumo de sustancias, puntuación de la Escala de Evaluación de la Actividad Global-GAF (American Psychiatric Association 1994) de 50 o menos (PRISM, diseñado para diagnósticos DSM IV válidos en una población de diagnóstico dual). Al menos dos episodios de cárcel en los dos años anteriores (o haber pasado al menos 90 días en la cárcel en los dos años anteriores). N = 182 (I = 103; C = 79) Edad: 18-78 años Género: Mujeres= 51, Hombres= 131 Raza/etnia: Afroamericano I = 66,0% C = 67,1%, Blanco I= 23,3% C= 19,0%, Latino I= 7,8% C = 10,1%, Otro I = 2,9% C = 3,8%
Intervenciones	I: Programa de tratamiento integrado de trastornos duales (TITD): Unidad de tratamiento en custodia y un componente intensivo de TITD posterior a la custodia. Se proporcionaron servicios intensivos de TITD posteriores a la custodia por hasta 2,5 años. El programa bajo custodia, el cuidado posterior breve y el programa TITD fueron administrados por la misma agencia de manera coordinada. El programa tenía un comité asesor compuesto por administradores clave de salud mental y justicia penal del condado. Incluía un equipo multidisciplinario, especialista integrado en abuso de sustancias, intervenciones por etapas, acceso para clientes de TITD a servicios integrales, servicios ilimitados en el tiempo, alcance, intervenciones motivacionales, consejería por abuso de sustancias, tratamiento grupal orientado a ambos trastornos, psicoeducación familiar con respecto a los trastornos duales, la participación en el grupo de autoayuda por abuso de sustancias, el tratamiento farmacológico apropiado, las intervenciones para promover la salud y las intervenciones secundarias para los no respondedores al tratamiento. C: Componente de custodia y atención posterior a la custodia: La atención posterior a la custodia consistió en "servicios habituales", pero también la disponibilidad de hasta 60 días de asistencia para la vivienda y la gestión de casos financiada con subvenciones posteriores a la liberación. Los servicios habituales incluían una derivación a uno de los equipos de servicio operados por el condado para la administración de casos y los medicamentos. Todos los participantes del estudio: El componente bajo custodia que incluyó evaluación intensiva, medicamentos, planificación del tratamiento en preparación para el alta, consulta con el personal de la cárcel, asesoramiento personalizado e intervención en crisis.
VARIABLES	Actividad criminal: Condenas por delitos graves (incluyen delitos graves como asesinato, violación, incendio premeditado, robo y asalto agravado) Funcionamiento (sólo se evaluó en el grupo de intervención): Escala de Capacidad Comunitaria de Multnomah. (Drake et al., 1996) Tiempos de medición: Al inicio y el intervalo del estudio (promedio de 18 meses)
Notas	Financiación: Financiación para los servicios descritos y una Subvención de Reducción del Crimen para Delincuentes con enfermedad mental de California al Condado de Alameda. Conflicto de intereses: No se menciona.

Cullen 2012	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Reino Unido Entorno: Hospitales forenses de seguridad
Participantes	Diagnóstico: Trastorno psicótico: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar u otro trastorno psicótico de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 4ª edición (DSM-IV) o Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10). Historia de comportamiento violento (no exclusivamente violencia sexual) que haya llevado al ingreso actual. N= 84 (I= 44, C= 40) Edad: Media (DE)= 35,4 (10,0) Hombres= 84 Raza/etnia: Blanco 27 (32,1%), Negro: africano o afro-caribeño 42 (50,0%), Otro 15 (17,9%) Mediana nº de condenas penales (rango)= 5 (0-31) Mediana nº de admisiones psiquiátricas (rango)= 2 (0-15) 20% cumplió con los criterios de psicopatía (PCL:SV puntuación ≥ 16), diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial 37 (44,0%)
Intervenciones	I: El programa de Razonamiento y Rehabilitación (R&R): Se imparte en un mínimo de 36 sesiones de dos horas (2-3 veces por semana con 5-8 pacientes por grupo) e incluye 8 módulos básicos. Cumplidores: asistieron a 30 o más sesiones, y no cumplidores: asistieron a 30 o menos sesiones. El programa R&R incluyó ocho módulos: (1) resolución de problemas; (2) habilidades de asertividad; (3) habilidades sociales; (4) habilidades de negociación; (5) pensamiento creativo; (6) manejo de las emociones; (7) razonamiento de valores; y (8) razonamiento crítico. Dirigidos por personal que había recibido capacitación de los desarrolladores del programa durante talleres intensivos de 3 a 5 días impartidos por el Instituto de Psiquiatría del King's College de Londres, Reino Unido. C: Tratamiento habitual (TH). A los participantes no se les permitió asistir a las sesiones de R&R. Todos los participantes del estudio continuaron recibiendo otras intervenciones (tratamiento habitual). La mayoría de los pacientes fueron tratados con antipsicóticos atípicos (80%), y entre un quinto y un tercio participaron en terapia psicológica al comienzo del tratamiento.
Variables	Violencia (cualquier comportamiento físicamente violento que va desde empujar hasta el uso de armas): Definido por el Instrumento de Violencia Comunitaria MacArthur. (Monahan & Steadman, 1994). Agresión verbal: Cualquier amenaza verbal o comportamiento verbalmente agresivo/ intimidatorio dirigido a otros. Uso de sustancias: Una prueba de detección aleatoria de drogas en orina positiva o la negativa a proporcionar una muestra de orina. Expedientes clínicos (incidentes notificados de consumo de alcohol o detectados mediante una prueba de alcoholemia). Capacidad de resolución de problemas sociales (funcionamiento): Inventario de Resolución de Problemas Sociales Revisado, formulario corto (SPSI-R: S). (D'Zurilla et al., 2002). Tiempos de medición: Al inicio del tratamiento (6 meses antes del tratamiento, al final del tratamiento y a los 6 y 12 meses después del tratamiento).
Notas	Financiación: Apoyo financiero proporcionado por el programa nacional de investigación y desarrollo del NHS sobre salud mental forense, Reino Unido. Conflicto de intereses: Ninguno.

Haddock 2009	
Métodos	<p>Diseño del estudio: ECA País: Reino Unido Entorno: Entornos de rutina en los servicios de salud mental (pacientes hospitalizados y ambulatorios)</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo determinado a partir de múltiples fuentes y una lista de verificación de notas de casos (DSM-IV). Escala de funcionamiento global o Evaluación de la Actividad Global-GAF (American Psychiatric Association 1994): media inicial I= 30,76 C= 29,69 N = 77 (I= 38, C= 39) Edad: Media (DE) I= 35,7 (12,5), C= 33,9 (9,7) Género: Mujeres= 11, Hombres= 66 Historia de comportamiento violento Raza/etnia: Blanco n= 64 (83,1%), Negro caribeño n= 3 (3,9%), Negro africano n=1 (1,3%), Negro otro n= 2 (2,6%), Indio n= 1 (1,3%), Paquistaní n= 4 (5,2%), Otro n= 2 (2,6%)</p>
Intervenciones	<p>I: Terapia cognitivo-conductual (TCC) + tratamiento habitual (TH): Programa de TCC que incluía estrategias de motivación para ayudar al compromiso, estrategias para reducir la gravedad y la angustia de los síntomas psicóticos y estrategias para reducir la gravedad de la ira relacionada con agresión y violencia. C: Terapia de actividad social (TAS) + TH: El programa TAS ayuda a los participantes a identificar las actividades que disfrutaron y ayudarles a realizarlas. El tratamiento TAS se diseñó para controlar elementos no específicos de la terapia, como tener una relación uno a uno con un terapeuta empático.</p> <p>Ambos tratamientos a lo largo de 6 meses consistieron en 25 sesiones realizadas por terapeutas que habían sido entrenados según el protocolo y recibieron supervisión continua. Medicación antipsicótica (dosis entre 400 mg y 1000 mg de clorpromazina o equivalente).</p>
VARIABLES	<p>Agresión verbal y agresión física: número total de incidentes por identificación de nota de caso. Comportamientos verbales y físicos calificados por el personal asociados con la ira y la agresión: Escala de calificación de ira de Ward, escala parte-A (WARS-A) (Novaco 1994). Síntomas psicóticos: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) (Kay et al., 1987) y Escalas de Calificación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS) (Haddock et al., 1999) Funcionamiento: Escala de Evaluación de la Actividad Global-GAF (American Psychiatric Association 1994). Tiempos de medición: Al inicio, después de 6 semanas (línea de base 2), al final del tratamiento (6 meses) y en el seguimiento (12 meses).</p>
Notas	<p>Financiación: Fondo de Investigación y Desarrollo del Noroeste. Conflicto de intereses: Ninguno.</p>

Haddock 2019	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Reino Unido Entorno: Unidades psiquiátricas de agudos y Comunidad.
Participantes	El diagnóstico no se consideró un criterio de inclusión necesario. Diagnóstico registrado como nota de caso (Esquizofrenia n= 25, trastorno obsesivo compulsivo n= 2). Los participantes fueron incluidos si experimentaron pensamientos o comportamientos suicidas dentro de los 3 meses previos y tenían suficiente capacidad con el inglés. N= 51, (I= 24, C= 27) Edad: Media (DE) I= 33,88 (12,18), C= 37,04 (12,41) Género: Mujeres= 29, Hombres= 22 Raza/etnia, n (%): Blanco británico I= 21 (88%) C= 23 (85%), Blanco otro I= 1 (4%) C= 2 (7%), Negro británico I= 1 (4 %) C= 1 (4%), otro negro I= 1 (4%) C= 0, mestizo I= 0 C= 1 (4%) Abuso de sustancias n: I= 4 (7,8%) C= 3 (5,9%) Trastorno de personalidad no especificado n: I= 21 (78%) C= 13 (54%) Mediana del número de ingresos (rango intercuartílico IQR) I= 2 (3%) C= 1,5 (2%)
Intervenciones	I: Tratamiento cognitivo-conductual del suicidio (TCCS) + tratamiento habitual (TH): La intervención consistió en TH y hasta 20 sesiones de TCCS de hasta 1 h de duración, durante 6 meses. Los participantes que fueron dados de alta continuaron sus sesiones en la comunidad. PCCS es una terapia psicológica personalizada, con el objetivo de lograr una comprensión detallada de las experiencias de suicidalidad de un individuo y cambiar los procesos de pensamiento involucrados en la activación, mantenimiento y elaboración del pensamiento y el comportamiento suicida utilizando enfoques cognitivo-conductuales. Fue llevado a cabo por psicólogos clínicos que cumplieron con los estándares mínimos de la Asociación Británica de Psicoterapias Cognitivas y del Comportamiento para la práctica de la TCC. La fidelidad al tratamiento se mantuvo mediante el cumplimiento de un protocolo de tratamiento detallado y la supervisión semanal. Las sesiones de terapia se grabaron en audio con el permiso del participante y el equipo de supervisión las calificó mediante la Escala de terapia cognitiva para psicosis. C: Tratamiento habitual (TH): La TH incluyó atención médica y de enfermería habitual durante la estancia hospitalaria (medicación, valoraciones, revisiones y evaluación por parte del equipo). Después del alta, el TH fue supervisado por el profesional de atención (por ejemplo, coordinador de atención, médico de cabecera, psiquiatra), incluyó una revisión y un seguimiento médico y multidisciplinar.
VARIABLES	Autolesión, daño a otros o a la propiedad (eventos adversos), una revisión de los registros clínicos. Conducta suicida: El cuestionario de conductas suicidas, una revisión de los registros clínicos. Psicopatología: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) (Kay et al., 1987), Escalas de Calificación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS) (Haddock et al., 1999) y Escala de Depresión de Calgary (CDS). (Addington et al., 1993) Funcionamiento: La Escala de Desempeño Personal y Social. Tiempos de medición: Al inicio y a las 6 semanas y 6 meses después del inicio.
Notas	Financiación: El Instituto Nacional de Investigación en Salud (NIHR) en el marco de su Programa de Beneficios de Investigación para el Paciente (Número de referencia de la subvención PB-PG1111-26026). Conflicto de intereses: El ensayo fue organizado por Greater Manchester Mental Health NHS Trust (anteriormente, Manchester Mental Health and Social Care NHS Trust). Los autores están afiliados a la University of Manchester, Greater Manchester Mental Health Foundation Trust, Lancashire Care NHS Foundation Trust y Manchester Academic Health Sciences Centre. Y.A. es fideicomisario de una sucursal del noroeste de Inglaterra de la organización benéfica Mind.

Inchausti 2017	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: España Entorno: 2 hospitales parciales
Participantes	Diagnóstico: Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante, según lo determinen psiquiatras o psicólogos clínicos a través de la entrevista clínica (CIE-10) N = 69 (I= 36, C= 33) Media de edad (DE)=37,69 (12,62) Género: Mujeres= 31, Hombres= 38 Duración de la enfermedad (años) media (DE)= 11,73 (8,59)
Intervenciones	I: Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (EHSOM): La intervención EHSOM siguió el protocolo de 16 sesiones grupales semanales adoptado en la adaptación española de la intervención. Incluye rehabilitación metacognitiva. La metacognición se refiere al rango de actividades mentales que permiten a las personas ser conscientes y reflexionar sobre sus propios pensamientos, sentimientos e intenciones, y los de otras personas y, en última instancia, formular conexiones entre estos eventos en representaciones más complejas de sí mismas y de los demás. Las habilidades sociales comprendían (1) habilidades de conversación como escuchar a los demás, saludar a los demás, iniciar y finalizar conversaciones y mantener conversaciones; (2) habilidades de asertividad como hacer y rechazar solicitudes, hacer y recibir cumplidos, pedir información, sugerir actividades a otras personas y expresar sentimientos desagradables y positivos; y (3) habilidades de manejo de conflictos tales como compromiso y negociación, presentación de quejas productivas, respuesta a quejas negativas y disculpas. C: Entrenamiento en habilidades sociales (EHS): una intervención grupal paralela de 16 semanas, los terapeutas no ayudaron ni estimularon la metacognición de los participantes en ningún momento. Todas las sesiones de terapia duraron aproximadamente 90 minutos y siguieron los manuales de protocolo originales. Los participantes fueron tratados con una dosis constante del mismo antipsicótico durante un período de al menos 2 meses antes de la intervención. Ambos grupos además del tratamiento habitual (TH). El TH consistió en atención estándar y manejo clínico regular con los psiquiatras, psicólogos clínicos y terapeutas ocupacionales habituales de los participantes y no se vio afectado por el protocolo del ensayo.
VARIABLES	Comportamiento agresivo: la Subescala de Comportamientos de la Escala de Desempeño Personal y Social (PSP). (Morosini et al., 2000) Síntomas psicóticos: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). (Kay et al., 1987) Depresión y ansiedad: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck et al., 1988a) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). (Beck et al., 1988b) Funcionamiento psicosocial: Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional (SOFAS) y Escala de Desempeño Personal y Social (PSP). (Morosini et al., 2000) Actividad metacognitiva: la Escala de Evaluación Metacognitiva Abreviada (MAS-A) (Semerari et al., 2003) Tiempos de medición: Al inicio, después del tratamiento (no antes de 4 meses después) y seguimiento a los 6 meses.
Notas	Financiación: No se menciona. Conflicto de intereses: Ninguno.

Kang 2016	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: China Entorno: Comunidad
Participantes	Diagnóstico: esquizofrenia (CIE-10) y duración de la enfermedad no menor a 2 años. Se excluyó a los pacientes si (1) estaban embarazadas o amamantando, (2) se les diagnosticó una enfermedad física grave, (3) tenían afecciones psiquiátricas comórbidas, síndromes orgánicos, discapacidades físicas, retraso mental, abuso de sustancias o dependientes físicos o (4) estaban participando en otros programas. N= 244 (I= 118, C= 126) Media de edad (DE) = 45,9 (12,1) Género: Mujeres= 128, Hombres= 116 Comportamiento agresivo= 75 (30,7%)
Intervenciones	I: Intervención integrada basada en la comunidad (IIBC): Un entrenamiento de habilidades sociales de 24 sesiones más Taichí además del tratamiento con fármacos. Se realizaron dos sesiones por mes durante 12 meses. La duración de cada sesión fue de 120 min (45 min: entrenamiento de habilidades sociales, 30 min: descanso y 45 min: práctica de Taichí). El entrenamiento en habilidades sociales incluyó el autocontrol de los medicamentos, el autocontrol de los síntomas, el reingreso a la comunidad, la recreación para el tiempo libre y otras habilidades para vivir con independencia social. La capacitación incluyó ver un video, práctica en grupo, juego de roles y terminar la tarea. La intervención de Taichí se centró en el ritmo del movimiento, el Taichí se compone de 22 movimientos simples que tienen beneficios para la atención y la coordinación. Durante el curso de la práctica, los participantes debían nombrar el movimiento a través del cual los pacientes podían mejorar su concentración y memoria. Tanto el entrenamiento de habilidades sociales como la intervención de Taichí se realizaron el mismo día. El entrenamiento de habilidades sociales y la intervención de Taichí fueron proporcionados por tres psiquiatras de tiempo completo y un asistente. C: Tratamiento con medicación únicamente: No se realizaron intervenciones adicionales para hacer frente a sus síntomas. Todos los participantes recibieron tratamiento con uno de los siguientes 7 antipsicóticos: clorpromazina, sulpirida, clozapina, risperidona, haloperidol, olanzapina y aripiprazol. La dosis de la medicación podía cambiarse cuando si era clínicamente necesario. Los cuidadores o voluntarios de la comunidad supervisaron a los pacientes la toma cara a cara, y la mañana del día siguiente, el asistente les llamaba por teléfono y registraba la dosis diaria y la frecuencia de los medicamentos durante todo el curso del estudio.
VARIABLES	Comportamiento agresivo: estado psicológico o un acto físico o verbal hostil, o como comportamiento que resultó en lesiones a personas o daños a objetos. Síntomas psicóticos: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). (Kay et al., 1987) Tiempos de medición: Al inicio, a los 6 y 12 meses.
Notas	Financiación: Subvención de la Fundación Especial de Investigación para el Desarrollo de la Salud de Capital (2014-3-7053) a Zhiwu Li, Yan He y Yeqing Wu. Conflicto de intereses: Ninguno.

Kingston 2018	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Canadá Entorno: Correccional
Participantes	Diagnóstico: El trastorno mental grave definido como un trastorno importante del estado de ánimo, psicótico, de ansiedad y/o un trastorno relacionado con un trauma con una discapacidad asociada a un riesgo para la seguridad de los demás, habilidades instrumentales de la vida y/o el funcionamiento social. No incluía discapacidad intelectual, trastornos de la personalidad o trastornos por consumo de sustancias, a menos que sean comórbidos con las enfermedades enumeradas. No se mencionan criterios de diagnóstico. Delinquentes encarcelados. Edad media (DE) I= 34,52 (13,47), C= 34,57 (11,33) N= 101 (I= 50, C= 51) Género: Hombres= 101 Raza/etnia n (%): Caucásico I= 40 (80%) C= 35 (68,6%), Aborigen I= 6 (12%) C= 5 (9,8%), Negro I= 1 (2%) C= 5 (9,8%), Otro (asiático) I= 3 (6%) C= 6 (11,8%)
Intervenciones	I: Razonamiento y rehabilitación 2. Versión corta para adultos (R&R2): R&R2 es una adaptación del Programa de Razonamiento y Rehabilitación original de 36 sesiones. Catorce sesiones de 90 minutos administradas dos veces por semana. El objetivo del programa es reducir las actitudes y comportamientos antisociales, con especial énfasis en el autocontrol, las habilidades para resolver problemas, el manejo de las emociones, el manejo de conflictos, el pensamiento consecuente, el pensamiento alternativo, la toma de perspectiva social y los valores que subyacen a la competencia pro- social. C: Tratamiento habitual (TH): a los participantes no se les permitió asistir al grupo R&R2. Incluyó tratamiento de salud mental, podía ser medicación y/o psicoeducación y/o programas grupales de reducción de síntomas (p. Ej. Relajación), así como terapia grupal estructurada para una variedad de necesidades específicas relevantes para el riesgo, como el delito sexual, violencia doméstica, manejo de la ira y/o abuso de sustancias. Todos los participantes continuaron recibiendo otras intervenciones durante la duración del ensayo.
VARIABLES	Reincidencia en la violencia: cualquier cargo o condena por un delito contra una persona (por ejemplo, asalto y robo), incluidos los delitos sexuales. Psicopatología: Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS). (Overall & Gorham, 1962) Tiempos de medición: Antes y después del tratamiento. La reincidencia violenta se midió, en promedio, 18 meses después de la liberación.
Notas	Financiación: No se menciona. Conflicto de intereses: No se menciona.

Morse 2006	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Estados Unidos Entorno: Comunidad
Participantes	Diagnóstico: Trastorno mental grave: Esquizofrenia, psicosis atípica, trastorno bipolar, depresión mayor o trastorno esquizoafectivo y un trastorno por dependencia o abuso de sustancias del DSM-IV. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del AXIS I del DSM-IV (SCID). Todos tenían uno o más trastornos por uso de sustancias. Sin hogar. N= 196, analizado n= 144 / n= 149 (Ia= 46, Ib= 54, C= 49) Edad: Media= 40,4 (DE= 9,00) Género: Mujeres= 30, hombres= 114 Raza/etnia: Afroamericanos 73%, otras minorías 2%, caucásicos 25%. Media de la Evaluación de la Actividad Global fue 43,66 (deterioro considerable)
Intervenciones	Ia: Tratamiento integrado (TI) + tratamiento comunitario asertivo (TAC): El ITAC contaba con un especialista en abuso de sustancias en el personal y proporcionó servicios de abuso de sustancias directamente como parte del equipo de TAC. De acuerdo con el modelo TCA, el tratamiento se proporcionó de forma indefinida en los hogares de los clientes o en otros lugares de la comunidad. La frecuencia del contacto fue determinada por la necesidad individual. Estos servicios incluyeron asesoramiento individual sobre abuso de sustancias y grupos de tratamiento quincenales. Todo el equipo recibió capacitación en el tratamiento de clientes con diagnóstico dual. La condición ITAC se implementó en una pequeña agencia comunitaria de salud mental. Ib: Sólo tratamiento comunitario asertivo (TAC): El grupo TAC funcionó de manera similar al TI, con la excepción de que los clientes fueron remitidos a otras agencias para el tratamiento por abuso de sustancias. El equipo de la TAC recibió instrucciones de derivar a los clientes a otros proveedores comunitarios para servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios o individuales y a grupos de 12 pasos. El TAC se implementó en otras dos agencias de salud mental de la comunidad. Ni el equipo de TI ni el de TAC controlaron los ingresos y altas hospitalarias según lo recomendado por los desarrolladores de TAC. C: Tratamiento estándar: Los participantes recibieron una lista de agencias que brindaban tratamiento de salud mental y/o abuso de sustancias. La mayoría de las agencias se especializan en tratamientos de salud mental o de abuso de sustancias, pero no en ambos. Los investigadores entrevistadores a menudo ayudaron a los participantes de este grupo a establecer un contacto inicial con la agencia elegida, incluido el transporte si fuera necesario.
VARIABLES	Actividad delictiva: Delitos mayores (delitos con armas, robo, asalto, incendio premeditado, violación y homicidio/homicidio). El Índice de Gravedad de la Adicción (ASI) (McLellan et al., 1992) Síntomas psiquiátricos: Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS). (Overall & Gorham, 1962) Uso de sustancias: la cantidad de días en los últimos 90 días que habían consumido alcohol y la cantidad de días que habían consumido otras sustancias. Tiempos de medición: Al inicio del estudio a los 6, 12, 18 y 24 meses.
Notas	Financiación: Financiación del Instituto Nacional de Salud Mental (MH 57154) y la Universidad de Missouri St Louis. Conflicto de intereses: No se menciona.

Nurenberg 2015	
Métodos	<p>Diseño del estudio: ECA País: EE.UU. Entorno: Terrenos del hospital psiquiátrico</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, sin criterios de diagnóstico. Pacientes con comportamiento agresivo o regresivo, que se definió como tres o más incidentes violentos en los 12 meses anteriores (o dos incidentes más riesgo activo clínicamente percibido) o aislamiento social persistente y dificultad para participar en programas relacionados con el alta (la mayoría en una base de datos mantenida por servicios sociales de pacientes listos para el alta desde hace más de 12 meses). N= 90 (Ia= 24, Ib= 25, Ca= 23 C= 18) Edad: Media (DE) = 44,4 (11,9) Género: Mujeres= 33, hombres= 57 Raza/etnia: Caucásico n= 55 (61%), afroamericano n= 20 (22%), latino n= 15 (17%) Involuntario o forense n= 50 (56%). Duración media de la hospitalización: 5,4 años.</p>
Intervenciones	<p>I: Intervenciones asistidas por animales (IAA): Ia: Psicoterapia asistida por equinos (PAE): Siguió el modelo de la Asociación de Crecimiento y Aprendizaje Asistidos por Equinos (EAGALA) (7), las sesiones se llevaron a cabo en un área adyacente al hospital con un corral diseñado y las intervenciones incluyeron ejercicios en tierra con guión, cada vez más complejos, que incluían interacciones grupales entre pacientes, caballos y terapeutas equinos. Las interacciones de los pacientes con los caballos no incluyeron montar. Dos terapeutas equinos certificados por EAGALA trabajaron con dos o tres caballos de terapia probados y acreditados como adecuados para el contacto directo con pacientes en entornos clínicos por Delta Society/Pet Partners. Ib: Psicoterapia asistida por caninos (PAC): Proporcionaban interacciones graduales no estructuradas entre perros y pacientes, fue una terapia de grupo más estructurada, con saludos, discusiones y ejercicios de los animales, como acicalar, guiar y dirigir a los perros. Se seleccionaron tres equipos certificados de terapeutas y perros del Centro de Bienestar Animal de St. Hubert en Madison, Nueva Jersey. Las intervenciones activas proporcionaron diez sesiones grupales semanales de 40 a 60 minutos, con grupos de hasta diez miembros que eran homogéneos en el subtipo de reclutamiento (agresivo o en regresión). Ca (Grupo control activo): Psicoterapia de grupo de habilidades sociales (PHS): El grupo de control activo incluyó ejercicios de habilidades sociales idénticos a los del programa general del hospital, pero, al igual que con PAC, se llevaron a cabo en una cabaña. El objetivo del entorno era controlar los factores terapéuticos no relacionados con las interacciones con los animales, como salir del edificio del hospital, pasar a un entorno novedoso y contar con la atención adicional del personal. C (Grupo control estándar): Atención hospitalaria habitual. Los participantes en el grupo de control estándar permanecieron en el hospital general, sin recibir ninguna intervención adicional, excepto los procedimientos de reclutamiento y evaluaciones de seguimiento muy breves de tres meses.</p>
VARIABLES	<p>Comportamiento agresivo: Informes de incidentes presentados de forma independiente por el personal de enfermería. Agresión verbal y física: Escala de Agresión Abierta (OAS-M). (Coccaro et al., 1991) Aislamiento y contención Síntomas psiquiátricos Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS). (Overall & Gorham, 1962), escalas analógicas visuales puntuadas tanto por el personal como por los pacientes para cuantificar la ansiedad, la depresión, la ira y el aislamiento actuales, y la Medida de Intrusión de Greystone (GIM). (Mayerhoff & Nurenberg, 2007) Funcionamiento: Perfil de Habilidades para la Vida (LSP-20) (Rosen et al., 2001) Tiempos de medición: 2 meses antes del tratamiento y tres meses después del inicio del estudio.</p>
Notas	<p>Financiación: No se menciona Conflicto de intereses: Ninguno.</p>

Rabovsky 2012	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: Suiza Entorno: Hospital psiquiátrico (unidades de hospitalización)
Participantes	Diagnóstico: trastornos psiquiátricos graves. Esquizofrenia o trastorno psicótico (CIE-10) F2: F20-esquizofrenia, F22-trastorno delirante persistente, F23-trastorno psicótico agudo, F25-trastorno esquizoafectivo), trastorno afectivo (F31-trastorno bipolar, F32-episodio depresivo, F33-depresión recurrente) u otra enfermedad psiquiátrica grave como ansiedad o trastorno de la personalidad (F4: trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos, F60/61: trastornos de la personalidad). Los pacientes de las dos últimas categorías se incluyeron sólo si el ingreso índice fue precedido por al menos dos hospitalizaciones o si el paciente estaba incapacitado. Esquizofrenia (F20) 57,3%, Trastorno delirante (F22) 2,4%, Episodio psicótico (F23) 4,9%, Trastorno esquizoafectivo (F25) 3,7%, Trastorno afectivo (F3) 20,7%, Trastorno afectivo bipolar (F31) 11%, Episodio depresivo (F32) 3,7%, Trastorno depresivo recurrente (F33) 6,1%, Trastornos neuróticos (F4) 2,4%, Trastornos fóbicos (F40) 1,2%, Trastornos obsesivos (F42) 1,2%, Trastornos de la personalidad (F6) 8,5%, Trastornos específicos de la personalidad (F60) 6,1%, trastorno combinado y otros trastornos de la personalidad (F61) 2,4% Los criterios de exclusión: trastorno cerebral orgánico o IQ<80, trastorno de adicción grave, comorbilidad física grave, embarazo, falta de conocimiento de alemán y alteración continua del programa de estudio. N= 82 (I= 40, C= 42) Edad: Media (DE)= 38,0 (10,4). Género: Mujeres= 32, Hombres= 50 Hospitalizaciones previas, media (DE)= 5,8 (7,5) Duración de la enfermedad, media (DE)= 11,0 (9,3). Evaluación global de la función (GAS), media (DE)= 53,7 (8,5) (Endicott et al., 1976)
Intervenciones	I: Psicoeducación (PE): Las sesiones fueron realizadas por dos líderes de grupo capacitados, un médico o psicólogo y un miembro del personal (por ejemplo, enfermera) como co-terapeuta. 10 sesiones, de 45 a 60 minutos cada una, y quincenal: (I= Sesión de información, T= Sesión de entrenamiento, D= Discusión): (1) I: Funcionamiento y trastornos mentales y la vulnerabilidad - modelo-de-estrés; (2) I: El cerebro y el modelo de enfermedad neurobiológica; (3) T: Hacer frente a los síntomas; (4) I: Opciones de tratamiento y medicación; (5) T: Manejo de medicamentos y afrontamiento de efectos secundarios; (6) I: Aspectos sociales de la enfermedad mental; (7) T: Habilidades de comunicación; (8) D: Hacer frente a la estigmatización; (9) I: Preparación del alta y prevención de recaídas; (10) T: Detección de síntomas tempranos y "Mi estrategia de crisis individual". C: Grupo de control de intervención no específica: un "grupo de actividad social" abierto. Sesiones semanales de 90-120 minutos y cubrieron tanto sesiones "teóricas" (conversación con elementos de entrenamiento de habilidades de comunicación, entrenamiento de concentración fácil, etc.) como actividades de ocio colectivo físicamente activas (visita al zoológico, etc.) y habilidades sociales básicas elementos de formación. Se excluyeron los elementos psicoeducativos distintivos. Fármacos psicotrópicos, número media (DE) I= 2,0 (0,9) C= 2,24 (1,12). Si los pacientes consentían, los familiares estaban invitados a unirse a los grupos familiares correspondientes. El programa para familias constaba de 5 sesiones que incluyeron los temas de las sesiones 1, 2, 4, 6, 7 y 10 de la versión paciente modificada y adicionalmente: Detección y manejo de situaciones desafiantes, hacer frente a los sentimientos de vergüenza y culpa, estrategias de reducción del estrés y resolución de problemas. El grupo de control para familiares: grupo (quincenal) de relajación cerrada y manejo del estrés (4 o 5 sesiones) por un psicólogo y fisioterapeuta.
Variables	Suicidio: la tasa de suicidios (análisis de abandono) Gravedad de la enfermedad: Impresión Clínica Global (CGI) (Guy et al.,1976) Funcionamiento global: la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAS) (Endicott et al., 1976) Tiempos de medición: al inicio del estudio y a los 3 y 12 meses de seguimiento.
Notas	Financiación: Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung Basel. Conflicto de intereses: Ninguno.

Sacks 2012	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: EE.UU. Entorno: Correccional comunitario
Participantes	Diagnóstico: Trastornos mentales y por uso de sustancias concurrentes. Trastornos mentales: trastornos bipolares del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastornos depresivos no especificados de otra manera, distimia, trastornos paranoides / delirantes, trastornos esquizofrénicos, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico no especificado de otro modo, trastorno psicótico inducido por sustancias, psicosis reactiva breve, disociativo trastorno de identidad (personalidades múltiples), trastornos de personalidad del grupo A (esquizoide, esquizotípico y paranoide) y trastorno de estrés postraumático. (DSM-IV). El personal determinó el diagnóstico mediante una evaluación clínica (entrevista con un profesional de salud mental y revisión de registros para diagnóstico previo e historial de hospitalización psiquiátrica y medicación). Tenían que haber participado en uno de los dos programas de tratamiento contra el abuso de sustancias en las prisiones, ya sea un CTM o servicios estándar (educación y asesoramiento sobre el abuso de sustancias), ser aprobados por la Junta Correccional de la Comunidad para su colocación en un centro correccional de la comunidad. N= 127 (I= 71; C= 56). Edad: Media (DE): 38,2 (9,9). Hombres: 127 Raza/etnia, negro: 10%, blanco: 56%, hispano: 17%, otro/mixto: 17%. Personas sin hogar de por vida 55%. Últimos 6 meses antes de involucrarse con el sistema de justicia penal el 80% había sufrido cualquier trauma/abuso (comunitario, físico o sexual); Traumatismo antes de los 14 años. 87%. Nº detenciones a lo largo de la vida: media (DE)= 17 (15,9). Delito violento a lo largo de la vida: 72%, delito contra la propiedad: 96%, delito con arma: 54%, delito sexual: 9%. Familia/antecedentes: Vivió alguna vez con alguien que no era el padre: 63%, abuso de sustancias por parte de los padres: 75%, problema mental de los padres: 46%, padre en prisión/cárcel: 42%.
Intervenciones	I: Una comunidad terapéutica modificada de reingreso (CTMR): Los residentes asistían a las actividades formales del programa de 3 a 7 días a la semana durante 3 a 5 horas/día durante 6 meses. Se agregaron nuevos componentes para satisfacer las necesidades: abordar el comportamiento, el pensamiento y el comportamiento delictivo; reconocer y responder a la interrelación del abuso de sustancias, la enfermedad mental y la criminalidad (triple recuperación); y utilizar estrategias para el manejo de los síntomas. Clases psicoeducativas grupales semanales para abordar la interrelación entre los trastornos mentales y el abuso de sustancias. Monitoreo diario de medicación y servicios psiquiátricos semanales en el lugar, y el asesoramiento de salud mental disponible a través de un CSM local. Los residentes con al menos 4 meses en el programa guiaron a los nuevos miembros hacia el programa y brindaron asesoramiento, orientación y entrenamiento. A medida que los residentes progresaban, pasaban más tiempo trabajando en la comunidad y ahorrando dinero para una vida independiente. Ayuda con el alojamiento y fomento el empleo o trabajo voluntario para maximizar funcionamiento independiente. C: Control de la supervisión de la libertad condicional y la gestión de casos (SLCGC): la supervisión de la libertad condicional (SLC) y la gestión de casos (GC) son servicios estándar. No fue ni tan intenso ni tan completo como la intervención. El supervisor clínico llevó a cabo un grupo semanal in situ en prevención de recaídas, y los administradores de casos proporcionaron monitoreo diario de la medicación; mientras que las clínicas de salud mental de la comunidad proporcionaron servicios de asesoramiento psiquiátrico y de salud mental, y las agencias locales de tratamiento de abuso de sustancias prestaron servicios individuales y en grupo. La mayoría de los reclusos habían recibido tratamiento de salud mental (79%) y/o se les había recetado medicación psicofarmacológica (95%).
VARIABLES	Actividad delictiva (incluida la ofensa violenta): Actividad delictiva autoinformada. Tiempos de medición: A los 12 meses previos a la participación en el sistema de justicia penal y a los 12 meses de seguimiento.
Notas	Financiación: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Institutos Nacionales de Salud, NIDA (Beca 5R01DA019982- [01-05]). Conflicto de intereses: No se menciona.

She 2017	
Métodos	Diseño del estudio: ECA País: China Entorno: Unidad de psiquiatría
Participantes	Diagnóstico: Esquizofrenia mediante entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-DSM-IV). No se incluyeron los diagnósticos de trastornos esquizoafectivos u otros trastornos psicóticos. Excluidos: diagnósticos de una condición médica grave e inestable que incluía abuso y/o dependencia al alcohol y/o drogas, embarazo o lactancia, tratamiento insuficiente de clozapina con una dosis de más de 200 mg/día o recibió terapia electroconvulsiva (TEC) (modificada) en los últimos seis meses. Pacientes hospitalizados. N= 170 (I= 86; C= 84). Edad: Media (DE) I= 31,27 (8,02), C= 33,45 (8,49). Género: Mujeres= 63, Hombres= 107. Duración de la enfermedad años (DE): I= 6,93 (6,42) C= 7,55 (6,134)
Intervenciones	I: Modelo de cuidados integrados de dos etapas de “consolidación intensiva” (CI): Incluyó antipsicóticos más terapia cognitivo-conductual y tratamiento de rehabilitación durante la hospitalización y tratamientos de consolidación de 3 veces con intervalos de 3 meses en clínicas. Los pacientes y sus familiares recibieron los tratamientos de rehabilitación, que incluían manejo de medicamentos, manejo de síntomas y entrenamiento en habilidades sociales. 7 terapeutas responsables de la rehabilitación grupal (no se incluyeron terapeutas de TCC). Cada grupo 6-8 familias. Etapa de tratamiento intensivo (los primeros 2 meses), se ofrecieron doce sesiones de 120 minutos por semana (una o dos sesiones por semana); Etapa de tratamiento de consolidación: 3 sesiones de 120 min a los 3, 6 y 9 meses. Módulo de administración de medicamentos: (a) enseñar a los pacientes y a sus familiares los conocimientos básicos de las opciones de medicación y tratamiento para ayudarlos a ver la importancia de la medicación continua, (b) la autoadministración y evaluación de la medicación, (c) la identificación y el tratamiento con efectos secundarios de la medicación antipsicótica, y (d) pedir ayuda al personal médico. Módulo de manejo de síntomas: (a) enseñar a los pacientes y cuidadores sobre los síntomas y el curso de la enfermedad mental para aumentar su conocimiento y comprensión de la enfermedad y el tratamiento; (b) desarrollar la colaboración con la familia, la detección precoz de los signos de recaída y el afrontamiento de los síntomas persistentes. Módulo de habilidades sociales: Adquirir habilidades para la vida independiente y resolver problemas sociales para regresar a la comunidad. Incluyó (a) introducción y explicación de las habilidades que se aprenderán en cada sesión, (b) demostración de la habilidad mediante videos asistidos, (c) práctica mediante juegos de roles y otras técnicas, (d) aprender a obtener los recursos de habilidades en el mundo real, (e) práctica de habilidades en la comunidad o lugares fuera de la sesión de capacitación, y (f) asignaciones de tareas para que las realicen pacientes con esquizofrenia por su cuenta en los entornos naturales. Psicoterapia y psicoeducación impartidas por terapeutas con al menos cinco años de experiencia. C: Medicación antipsicótica sola. Plan individualizado determinado por un psiquiatra cegado a la asignación de grupos. La dosis de amisulprida, aripiprazol, clorpromazina, clozapina; olanzapina, paliperidona, perfenazina, risperidona, quetiapina, sulpirida y ziprasidona se convirtió en equivalente de clorpromazina (Gardner et al., 2010). Se permitieron estabilizadores del estado de ánimo, benzodiazepinas y medicamentos anticolinérgicos. Se permitían cambios justificados. Todos los pacientes estaban en tratamiento con fármacos al inicio del estudio.
VARIABLES	Comportamiento agresivo: Escala de desempeño personal y social. (Morosini et al., 2000) Severidad de la enfermedad: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) y Escala de Impresión Clínica Global (CGI). (Guy et al., 1976) Funcionamiento social: Escala de Desempeño Personal y Social (PSP) (Morosini et al., 2000) Tiempos de medición: Al inicio del estudio (durante la hospitalización) y seguimiento 3, 6 y 12 meses.
Notas	Financiación: Proyectos de ciencia y tecnología planificados de Guangzhou (2014Y2-00105), Fundación de Ciencias Naturales de China (81671334) y Disciplina Municipal Clave en Medicina de Guangzhou para el Hospital Cerebral de Guangzhou (GBH2014-ZD06, GBH2014-QN04). Conflicto de intereses: Ninguno.

Swanson 2001	
Métodos	<p>Diseño del estudio: ECA País: EE.UU. Entorno: Comunidad (entorno ambulatorio)</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Trastorno mental grave: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, otro trastorno psicótico o trastorno afectivo mayor. Duración de la enfermedad de un año o más, deterioro funcional significativo en las actividades de la vida diaria, tratamiento intensivo en los últimos dos años.</p> <p>Problemas de abuso de sustancias n = 90 Historial de delitos violentos graves (51%) Comportamiento violento en los 4 meses anteriores n = 133 N= 262 (I= 102; C= 114) + un grupo de IIPA gravemente violento no aleatorizado= 46 Edad= ≥18 años Género: Mujeres: 122, Hombres: 140 Raza/etnia: afroamericano n= 172, blanco/otro n= 90 Sin vivienda en los 4 meses anteriores n= 54 GAF (American Psychiatric Association 1994) por encima de la mediana n = 131, mediana o por debajo de n= 131. La mayoría de la muestra presentaba un deterioro funcional moderado puntuación mediana de la GAF= 47). Hospitalizaciones psiquiátricas en el año anterior: <2 n = 163; ≥2 n= 99</p>
Intervenciones	<p>I: Internamiento involuntario de paciente ambulatorio (IIPA): Una intervención legal (corte) IIPA de no más de 90 días, la orden de internamiento podría renovarse por hasta 180 días si el psiquiatra y el tribunal determinaron que el sujeto continuaba cumpliendo con los criterios legales. La IIPA puede funcionar a través de varias vías: mejorando significativamente la adherencia a los medicamentos, mejorando el acceso al tratamiento, aumentando la vigilancia clínica y aumentando la intensidad del manejo de casos. C: Inmunidad a cualquier IIPA durante el año del estudio.</p> <p>Todos los participantes recibieron gestión de casos y otro tratamiento ambulatorio en uno de los cuatro programas de salud mental participantes que representan nueve zonas urbanas y rurales vecinas. Los participantes recibieron tratamiento farmacológico.</p> <p>Era necesaria una excepción al procedimiento de asignación al azar en el caso de sujetos con antecedentes de agresión grave que implicase el uso de armas o lesiones físicas a otra persona durante el año anterior. Estos sujetos (el grupo gravemente violento) debían someterse al menos al período inicial de IIPA según lo ordenado.</p>
VARIABLES	<p>Violencia: tres fuentes de datos (sujetos, familia y administradores de casos) Actividad delictiva: Delitos de arresto: también incluyó agresión grave como homicidio, agresión simple (agresión: agresión). Tiempos de medición: Al inicio del estudio y seguimiento a los 12 meses.</p>
Notas	<p>Financiación: Dos subvenciones del Instituto Nacional de Salud Mental: Efectividad del compromiso ambulatorio involuntario (R01-MH48103-05) y Programa de investigación de servicios para personas con trastornos mentales graves (P50-MH5141). Conflicto de intereses: Financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental.</p>

Van de Sande 2011	
Métodos	<p>Diseño del estudio: ECA País: Países bajos Entorno: Unidades de agudos de psiquiatría</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: No se mencionan criterios de diagnóstico. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de un trastorno psicótico (58%). 26 pacientes tuvieron abuso de drogas en el período de intervención (30 semanas). Pacientes agresivos, (n) I = 13 C = 11 Edad: Media I = 38, C = 39,4 N = 597 (cuatro unidades). I= 2 unidades, C= 2 unidades Hombres: 55-66% Minoría étnica, n (%) I= 31 (39) C= 16 (18) Ingresado involuntariamente, n (%) I= 70 (88) C= 39 (43)</p>
Intervenciones	<p>I: Monitorización de la crisis: El Monitor de crisis se utilizó para el reconocimiento temprano de patrones asociados con la escalada (en evolución) y los cambios de síntomas (gravedad). Todas las enfermeras y médicos de salud mental de las dos unidades experimentales fueron capacitadas para utilizar los instrumentos in situ directamente después de la asignación aleatoria de las unidades. Las calificaciones de monitorización de la crisis fueron discutidas por el equipo multidisciplinar a diario y con más detalle en las reuniones semanales de planificación del tratamiento. La monitorización de crisis diaria tomó aproximadamente 5 minutos y las semanales tomaron aproximadamente 15 minutos para cada paciente. La capacitación estructurada en evaluación de riesgos, así como la supervisión clínica continua, fueron impartidas por una enfermera clínica especializada con el apoyo de un panel de expertos en evaluación de riesgos. Los pacientes fueron monitorizados diariamente por enfermeras de salud mental en las unidades experimentales mediante escalas de evaluación de riesgos, desde el primer día de ingreso hasta el alta o traslado a otra unidad. Los puntajes de los ítems se discutieron durante reuniones inter y multidisciplinares. Diariamente, la Lista de verificación de violencia de Brøset y la escala Kennedy-Axis V (versión corta) se utilizaron para identificar los riesgos de pérdida de control que podrían resultar en escaladas inminentes (pero evitables) en la sala. Una vez a la semana se utilizó el Kennedy-Axis V (versión completa), la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS). (Overall & Gorham, 1962), la Escala de Peligrosidad y la Escala de Disfunción Social y Agresión. Además de centrarse en observaciones más estructuradas, las escalas se incorporaron por completo en la toma de decisiones clínicas a corto plazo, la planificación de intervenciones y la evaluación. Las puntuaciones guiaron discusiones más enfocadas sobre cómo lidiar con los cambios observados en los riesgos, como la desescalada verbal oportuna, el establecimiento de límites de comportamiento, la observación cercana y la reintegración a la sala después de la contención. C: Tratamiento habitual (TH): Observaciones y tratamientos psiquiátricos no estructurados basados en el juicio clínico. En las unidades de control, no se utilizó ninguna herramienta de evaluación de riesgos. Antes del juicio, los equipos de las cuatro unidades recibieron formación en el registro de incidentes de agresión y contención a medida que ocurrían. Las enfermeras clínicas especialistas monitorearon diariamente el adecuado registro de estos incidentes.</p>
VARIABLES	<p>Incidentes de agresión: Escala de agresión de observación del personal revisada (SOAS-R). (Morken et al., 2018) Episodios de contención (incidencia y duración de la contención): la Escala de Argus (en la escala de Argus, un incidente de contención se define como una secuencia de períodos de contención separados por no más de 24 h). Tiempos de medición: En la línea de base (en el período de línea de base de 10 semanas) y en el período de intervención de 30 semanas.</p>
Notas	<p>Financiación: Ministerio de Salud Holandés para investigar intervenciones que podrían contribuir a la reducción del uso de la contención en los Países Bajos. Conflicto de intereses: Ninguno.</p>

Anexo 6. Artículos incluidos en una revisión sistemática.

Artículo	Revisión Sistemática										
	Autores y año publicación										
	2009	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Ahmed 2015a									Biagianti 2019		
Baker 2015							Peckham 2017	Baker 2018			
Bichirood 2011								Jones 2018			
Bichirood 2014								Lewis 2018 Jones 2018			
Bond 2015							Sujkerbuijk 2017	Mercalfe 2018 Pinto 2018	Frederick 2019		
Calsyn 2005			De Vet 2013				Dieterich 2017		Hunt 2019		
Chandler 2006					Koyoumdjian 2015	Perry 2016			Hunt 2019		
Cullen 2012a						Rampling 2016			MacInnes 2019		
Cullen 2012b					Koyoumdjian 2015	Rampling 2016			MacInnes 2019 Perry 2019		
Haddock 2009		Lynch 2010		Turner 2014 Van der Gaag 2014		Rampling 2016		Jones 2018	MacInnes 2019		
Morse 2006	Hjorthøj 2009		De Vet 2013	De Witte 2014			Dieterich 2017		Hunt 2019		
Nielsen 2015						Bert 2016 Rampling 2016			Widauer 2019		
Sacks 2012		Vanderplasschen 2013			Galassi 2015	Perry 2016 Woodhouse 2016			Perry 2019	Moore 2020	
Svanason 2000							Kisejy 2017				
Svanason 2001							Kisejy 2017				

Anexo 7. Protocolo prerregistrado en la plataforma OSF.

Non-pharmacological strategies for self-directed and interpersonal violence in people with severe mental illness: a rapid overview of systematic reviews (Protocol)

Maria Concepcion Moreno-Calvete. Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Basque Health System Bilbao, Bizkaia Mental Health Network, Biscay, Spain.

Javier Ballesteros Rodríguez. Biocruces Bizkaia Health Research Institute, CIBER Salud Mental (CIBERSAM), Department of Neuroscience, University of the Basque Country UPV/EHU. Leioa, Biscay, Spain.

The rapid overview will start: 31 August 2020.

The date by which the review is expected to be completed: 31 December 2020.

Objective

This rapid overview aims to summarize the evidence from systematic reviews regarding the effects of non-pharmacological interventions for self-directed or interpersonal violence in people with severe mental illness in any setting.

Review question

Which non-pharmacological interventions for self-directed or interpersonal violence are effective for people with severe mental illness?

Methods

Protocol and registration:

This protocol was drafted considering the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 guidelines. (1) This is a rapid overview; therefore, some elements necessary for a full overview of systematic reviews are simplified. Nonetheless, this protocol follows the criteria for conducting overviews of reviews in the Cochrane Handbook of Systematic Reviews of Interventions, and the criteria for the Cochrane Rapid Reviews with steps to reduce the risk of bias. (2–4)

The protocol has been reviewed by the research team and it was registered on the Open Science Framework (<https://osf.io/myzd9/>).(1)

Criteria for considering reviews for inclusion:

Systematic reviews will be selected using the following criteria.

Types of studies

We will include systematic reviews (with or without meta-analyses) of RCTs or cluster RCTs that examine the effect of non-pharmacological interventions on self-directed or interpersonal violence in people with severe mental illness. Additionally, we will include systematic reviews that include RCTs and non-RCT studies, if they performed separate analyses or data synthesis for the RCTs included.

Exclusion criteria: Publications being a systematic review in which no studies met the inclusion criteria, narrative reviews, or clinical practice guidelines that do not meet the definition of a systematic review (5).

The systematic review criteria to guide the decision to include studies are (5–7):

- A priori specification of a research question.
- Systematic, explicit and reproducible methodology (eligibility criteria, information sources, search, study selection, data collection process, etc.).
- Acceptable methods for assessing studies.

- Analysis of the studies included in order to draw conclusions.

Types of participants

Inclusion criteria: Reviews must include adults with a diagnosis of severe mental illness or any condition included in severe mental illness (8): schizophrenic disorder, schizoaffective disorder, schizotypal disorder, persistent or induced delusional disorder, bipolar disorder, obsessive-compulsive disorder, major depressive episode with psychotic features, recurrent major depressive disorders, atypical psychosis or other non-organic psychosis (according to international classification systems: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders or International Classification of Diseases). The criteria established for severe mental illness follow clinical practice guidelines on psychosocial interventions in severe mental illness (8) and eligible methods for identifying the population include clinical diagnosis and research interview, among others. We will also include studies in adults with severe mental illness and substance abuse. Systematic reviews that include other populations not considered in this study will be included if they performed separate analyses or data synthesis for severe mental illness. No restrictions will be placed on the setting.

Exclusion criteria: People with substance abuse alone or with organic mental disorders, dementia, mental retardation or learning disabilities.

Types of interventions

Interventions must be non-pharmacological, in combination or not with another intervention, and for interpersonal or self-directed violence in people with severe mental illness. Violence should be established in accordance with the World Health Organization definition. (9) There will be no restrictions regarding the duration, frequency, provider or timing of the interventions.

Interventions may be:

- Direct: if they affect patients
- Indirect: if their influence is not on patients, but is to their benefit
- Targeting family, professionals, or the community or at a public health level.

Exclusion criteria: Instrumental treatments or brain stimulation treatments such as electroconvulsive therapy, transcranial direct current stimulation or transcranial magnetic stimulation.

Concomitant pharmacological interventions will be allowed if they are administered in the same way in all study groups (intervention and control groups).

Comparisons of interest: Another treatment, placebo or treatment as usual (the usual treatment being defined as the normal level of care provided in the area in which the study has been performed).

Types of outcomes

The outcomes of interest are:

Main outcomes:

Violent behaviour:

- Interpersonal violence: Physical or verbal aggression, physical or verbal threats, psychological or emotional abuse, criminal activity or behaviour (major offences or felony), arrest for violence, assault or property damage.
- Self-directed violence: Suicide attempt, completed suicide or self-harm.

Additional outcomes:

- Disruptive or agitation behaviour
- Homicidal ideation
- Suicide ideation or thoughts, suicide plans.
- Substance use: Drug use or alcohol use
- Global, mental and emotional state:
 - Psychiatric symptoms

- Functioning
- Relapse
- Recovery
- Well-being, quality of life and life satisfaction
- Insight
- Self-esteem
- Distress
- Hopelessness
- Anger
- Health service and treatment:
 - Admissions and discharges
 - Contacts with mental health services
 - Use of physical restraints or seclusion
 - Use of medication
 - Compliance
 - Satisfaction with service or care
- Justice system or police contacts:
 - Offences (minor or less serious offences)
 - Arrests
 - Drug-related crimes
 - Convictions (minor or less serious convictions)
 - Incarcerations
- Economic costs
 - Direct or indirect costs
- Adverse events/effects: Any general adverse effects or specific adverse effects.
- Leaving the study early.

Search methods for identification of reviews:

We will search the following databases for Cochrane intervention reviews and non-Cochrane systematic reviews: PubMed, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, LILACS, SciELO, Web of Science, Scopus, ProQuest, the Cochrane Database of Systematic

Reviews (CDSR) through the Cochrane Library, and the Epistemonikos database of systematic reviews. We will use search terms, MeSH headings and search filters specific to the systematic review or meta-analysis study design (5). We have developed the initial search strategy for the PubMed database (Supplementary file 1) and will adapt it, as appropriate, for other databases. We will not apply language or date restrictions. We will use RefWorks software to manage the references (10).

Selection of reviews

One author (CM) will search all of the reviews and will remove any which are not relevant based on the title. If the search of the CDSR retrieves protocols or a Cochrane review is not up to date, we will contact the author team or review group to ask whether a pre-publication version of the study or an updated review is available (5). If only some of the primary studies within systematic reviews meet the rapid overview's inclusion criteria, we will include these subsets of primary studies in the rapid overview (5).

Title and abstract screening: We will conduct a pilot exercise using 30-50 abstracts to calibrate and test the review form. To identify the relevant reviews, two reviewers (JB, CM) will conduct dual screening of at least 20% of abstracts and one of them (CM) will screen the remaining titles and abstracts, while the second reviewer (JB) will screen all abstracts excluded (3).

Full-text screening: Similarly, we will conduct a pilot test using 5-10 full-text articles to calibrate and test the review form. Then, one reviewer (CM) will screen all the full texts retrieved and included to assess them for final inclusion/exclusion and the second reviewer (JB) will screen all full-text articles excluded (3).

Any disagreements will be resolved by discussion and consensus. We will use Covidence or Rayyan software programs to manage the study selection process (11,12). We will summarise the process of the study selection using a PRISMA flow diagram (7).

Managing systematic review and primary study overlap:

One author (CM) will investigate potential overlap of primary studies between the systematic reviews included. Any overlap detected will be presented as a citation matrix and/or as a Venn diagram (5).

Further, if overlap is identified, two researchers (JB, CM) will use the information and methodological quality of each review to reach an agreement concerning which data from which review to include within the rapid overview. In brief, the following will be included: all non-overlapping systematic reviews, and among groups of overlapping reviews, the Cochrane systematic review, the most recent, the highest quality, the most relevant, or the most comprehensive systematic reviews (5).

Data extraction and analysis:

One reviewer (CM) will perform data extraction for each review using a predefined data extraction form and a second reviewer (JB) will check data extracted for correctness and completeness (3). The descriptive characteristics of each systematic review and their primary studies will be extracted and reported. The information will be classified under the following categories: author(s), year of publication, country of publication, review title, registration details of the review protocol, number of studies included, design of primary studies included, study population, setting, description of the intervention and the control conditions, outcomes and details of key findings, and methodological quality of the studies. (5)

Any reasons for data missing from systematic reviews will be recorded. To deal with missing or unclear data, the individual trials included in the reviews will be assessed or the author of the original paper contacted.

Assessment of methodological quality of reviews included:

We will assess the quality of evidence in systematic reviews included and the quality of the systematic reviews themselves:

- Quality of evidence in reviews included

One author (CM) will extract and report Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) assessments presented in the reviews, if available. These assessments will be presented in the "Summary of Findings" tables according to the GRADE and recommendations in the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (2,13). The GRADE instrument grades the quality of evidence and the strength of recommendations, and it has four levels of evidence (high, moderate, low, and very low quality) (14).

- Quality of reviews included

The revised measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR-2) will be used to assess the quality of the reviews included by the first reviewer, with full verification of all judgements (and support statements) by the second reviewer. The instrument includes 16 items to evaluate quality dimensions and provide a rating for overall confidence in the results of a review as "high", "moderate", "low", or "critically low" (15).

Data synthesis and reporting of findings

Narrative summaries of the data included in each systematic review will be presented in a 'Summary of findings' table as recommended in the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, including a summary of the quality of evidence (2,5). The data will be reported as they are presented in the systematic reviews included (5). If the studies included in the systematic reviews are pooled, the effect estimates, 95% confidence intervals and measures of heterogeneity will be extracted (5).

To provide a map of the available evidence, the main results will be summarized into categories (5,16):

- Effective interventions: There is evidence of effectiveness for an intervention.
- Promising interventions: There is some evidence of effectiveness for an intervention; however, more evidence is needed.
- Ineffective interventions: There is evidence of lack of effectiveness for an intervention.
- Probably ineffective interventions: There is evidence suggesting a lack of effectiveness for an intervention; however, more evidence is needed.
- No conclusions possible due to lack of evidence: There is insufficient evidence on the effectiveness of an intervention.

The selection of category will reflect the conclusions of the authors of the reviews included (16).

Ethics and dissemination

This study does not require ethics approval. A manuscript will be prepared for publication and the results will be presented at mental health conferences.

Authors' contributions: Both authors contributed to the protocol, critically revised the content and gave their final approval of the version to be published and all aspects of the rapid overview.

Funding statement: This work was supported by the Department of Health of the Government of the Basque Country, Spain (Grant number 2017111101). The funder has had no involvement in any aspect of the protocol or the decision to submit for publication and will not be involved in the study.

Competing interests: None declared.

Patient consent for publication: Not required.

Ethics approval: Not required for rapid overviews.

This is an open-access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non-Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

References

1. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. 2015 Jan 2;349(jan02 1):g7647–g7647.
2. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.0 (updated July 2019). Cochrane, 2019. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
3. Garrity C, Gartlehner G, Kamel C, King VJ, Nussbaumer-Streit B, Stevens A, Hamel C, Affengruber L. *Cochrane Rapid Reviews. Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group*. March 2020.
4. Plüddemann A, Aronson JK, Onakpoya I, Heneghan C, Mahtani KR. Redefining rapid reviews: a flexible framework for restricted systematic reviews. *BMJ Evid- Based Med*. 2018 Dec;23(6):201–3.
5. Pollock M, Fernandes RM, Becker LA, Pieper D, Hartling L. Chapter V: Overviews of Reviews. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.0 (updated March 2020). Cochrane, 2020. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
6. Lasserson TJ, Thomas J, Higgins JPT. Chapter 1: Starting a review. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews*

of Interventions version 6.0 (updated July 2019). Cochrane, 2019. Available from www.training.cochrane.org/handbook.

7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, for the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009 Jul 21;339(jul21 1):b2535–b2535.
8. Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute – I+CS; 2009. Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS: I+CS No 2007/05.
9. Butchart A, Mikton C, Dahlberg LL, Krug EG. Global status report on violence prevention 2014. *Inj Prev*. 2015 Jun;21(3):213–213.
10. RefWorks. ProQuest, 789 East Eisenhower Parkway, Ann Arbor, MI 48108; <http://refworks.proquest.com>.
11. Covidence systematic review software, Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia. Available from www.covidence.org.
12. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016 Dec;5(1):210.
13. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008 May 3;336(7651):995–8.
14. Brożek JL, Akl EA, Alonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. *Allergy*. 2009 May;64(5):669–77.
15. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non- randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017 Sep 21;j4008.
16. Farquhar C, Marjoribanks J. Assisted reproductive technology: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Aug 17 [cited 2020 Mar 16]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010537.pub5>

Anexo 8. Lista de verificación de los elementos principales del informe para revisiones sistemáticas de la declaración prisma 2020.

PRISMA 2020 Checklist



SECCIÓN Y TEMA	ITEM #	ITEM DEL CHECKLIST	APARTADO DONDE SE ENCUENTRA (N/A: no aplica)
TÍTULO			
Título	1	Identifique el informe como una revisión global rápida.	Título
RESUMEN			
Resumen	2	Consulte el checklist de PRISMA 2020 para resúmenes.	Resumen
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa el fundamento de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	Justificación
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que aborda la revisión.	Objetivo
MÉTODOS			
Criterio de selección	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	Criterios de selección
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha de la última búsqueda o consulta de cada fuente.	Fuentes de información y estrategia de búsqueda
Estrategia de Búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y límites utilizados.	Fuentes de información y estrategia de búsqueda
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplió con los criterios de inclusión de la revisión, incluido cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si corresponde, detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Proceso de selección de estudios
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar datos de los informes, incluido cuántos revisores recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, cualquier proceso para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si corresponde, detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Extracción y análisis de datos
Elementos de datos	10a	Enumere y defina todos los resultados para los que se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados que eran compatibles con cada dominio de resultado en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos temporales, análisis) y, en caso contrario, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	Métodos y Anexos
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características del participante y de la intervención, fuentes de financiación). Describa las suposiciones hechas sobre cualquier información que falte o no sea clara.	Métodos y Anexos
Estudio de evaluación del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si corresponde, detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Evaluación de la calidad metodológica de las revisiones
Medidas de efecto	12	Especifique para cada resultado la (s) medida (s) del efecto (p. Ej., Cociente de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	Síntesis de datos y reporte de hallazgos



PRISMA 2020 Checklist

SECCIÓN Y TEMA	ITEM #	ITEM DEL CHECKLIST	APARIADO DONDE SE ENCUENTRA (N/A: no aplica)
Métodos de síntesis	13a	Describe los procesos utilizados para decidir qué estudios fueron elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (ítem # 5)).	N/A
	13b	Describe los métodos necesarios para preparar los datos para su presentación o síntesis, como el manejo de estadísticas resumidas que faltan o las conversiones de datos.	N/A
	13c	Describe cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios y síntesis individuales.	N/A
	13d	Describe cualquier método utilizado para sintetizar los resultados y proporcione una justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el grado de heterogeneidad estadística y los paquetes de software utilizados.	N/A
	13e	Describe cualquier método utilizado para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregión).	N/A
	13f	Describe cualquier análisis de sensibilidad realizado para evaluar la solidez de los resultados sintetizados.	N/A
Evaluación del sesgo de notificación	14	Describe cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (que surgen de sesgos de informe).	N/A
Evaluación de certeza	15	Describe cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o la confianza) en el conjunto de pruebas de un resultado.	N/A
RESULTADOS			
Selección de estudios	16a	Describe los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	Resultados
	16b	Cite estudios que parezcan cumplir con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	Resultados y Anexos
Características del estudio	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	Resultados y Anexos
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presentar evaluaciones del riesgo de sesgo para cada estudio incluido.	Resultados
Resultados de estudios individuales	19	Para todos los resultados, presente, para cada estudio: (a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando corresponda) y (b) una estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de confianza / credibilidad), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	Resultados
Resultados de síntesis	20a	Para cada síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	Resultados
	20b	Presentar los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno la estimación resumida y su precisión (por ejemplo, intervalo de confianza / creble) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	N/A
	20c	Presentar los resultados de todas las investigaciones de las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	N/A
	20d	Presentar los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados sintetizados.	N/A
Sesgos de informes	21	Presentar evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (que surgen de sesgos de notificación) para cada síntesis evaluada.	N/A
Certeza de la evidencia	22	Presentar evaluaciones de certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para cada resultado evaluado.	N/A



PRISMA 2020 Checklist

SECCIÓN Y TEMA	ITEM #	ITEM DEL CHECKLIST	APARTADO DONDE SE ENCUENTRA (N/A: no aplica)
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otra evidencia.	Discusión
	23b	Discuta las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	Discusión
	23c	Analice las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	Discusión
	23d	Discuta las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	Discusión
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información de registro para la revisión, incluido el nombre de registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	Diseño y registro de protocolo
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se preparó un protocolo.	Diseño y registro de protocolo
Financiación	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	Otra información
	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	Financiación
Conflicto de intereses	26	Declare cualquier conflicto de intereses de los revisores.	Otra información
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de los siguientes están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios de recopilación de datos de plantilla; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	Otra información

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Anexo 9. Estrategia de búsqueda utilizada en Pubmed.

((("schizophrenia"[Mesh] OR schizophren*[tiab]OR "psychotic disorders"[Mesh] OR psychosis[tiab] OR psychoses[tiab] OR psychotic[tiab] OR schizoaffective [tiab] OR "schizotypal personality disorder"[Mesh] OR schizotyp*[tiab]OR "bipolar and related disorders"[Mesh] OR bipolar disorder[tiab] OR bipolar disordered[tiab] OR bipolar disorders[tiab]OR manic-depressive[tiab] OR manic depressive[tiab] OR bipolar affective[tiab] OR mania*[tiab] OR manic disorder[tiab] OR "obsessive-compulsive disorder"[Mesh] OR obsessive-compulsive[tiab] OR anankastic[tiab] OR "depressive disorder, major"[Mesh] OR major depressi* [tiab] OR "diagnosis, dual (psychiatry)"[Mesh] OR (("psychiatry"[MeSH Terms] OR "psychiatry"[All Fields] OR "psychiatric"[All Fields]) AND (dual[tiab] OR dual diagnosis [tiab])) OR severe mental illness[tiab] OR severe mental disorder[tiab] OR "mental disorders"[Mesh]) NOT ("dementia"[Mesh] OR dement*[tiab] OR "alzheimer disease"[Mesh] OR alzheimer[tiab] OR "intellectual disability"[Mesh] OR intellectual disability[tiab] OR "exposure to violence"[Mesh])) AND ("violence"[Mesh] OR violen* [tiab] OR "aggression"[Mesh] OR aggressi* [tiab] OR damage[tiab] OR prison* [tiab] OR "criminology"[Mesh] OR offens*[tiab] OR offenc*[tiab] OR "recidivism"[MeSH Terms] OR "recidivism"[All Fields] OR "suicide, attempted"[Mesh] OR "self-injurious behavior"[Mesh] OR suicid*[tiab] OR self-harm [tiab] OR self injur* [tiab]) AND (systematic[sb] OR meta-analysis[ptyp]))

Anexo 10. Estudio excluidos y pendientes de evaluación de la revisión global rápida.

Estudios excluidos (continua)	Razón
Aali 2020	Desenlace incorrecto
Ashcroft 2018	Población incorrecta
Asher 2017	Desenlace incorrecto
Babalola 2014	Intervención incorrecta
Briggs 2019	Población incorrecta
Broderick 2015	Desenlace incorrecto
Broderick & Vancampfort 2017	Desenlace incorrecto
Campbell & Kisely 2009	Intervención incorrecta
Cella 2020	Desenlace incorrecto
Chien 2019	Desenlace incorrecto
Citrome & Volavka 2000	Artículo de antecedentes
Cleary 2009	Desenlace incorrecto
Downes 2013	Tipo de publicación incorrecta
Du 2017	Sin estudios incluidos
Geretsegger 2017	Desenlace incorrecto
Gleerup 2019	Desenlace incorrecto
Jeffery 2000	Desenlace incorrecto
Jones & Harvey 2020	Artículo de antecedentes
Kauppi 2014	Desenlace incorrecto
Khoury 2013	Desenlace incorrecto
Lean 2019	Desenlace incorrecto
Liu 2014	Desenlace incorrecto
Ma 2020	Desenlace incorrecto
Mamo 2007	Tipo de publicación incorrecta
Mann 2005	Población incorrecta
McGrath & Hayes 2000	Desenlace incorrecto
McIntosh 2006	Desenlace incorrecto
Morris 2018	Intervención incorrecta
Muralidharan & Fenton 2006	Sin estudios incluidos
National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2015	Tipo de publicación incorrecta
Öst 2015	Desenlace incorrecto
Oud 2016	Desenlace incorrecto
Perry 2019	Población incorrecta
Ruddy & Milnes 2005	Desenlace incorrecto
Sailas & Fenton 2000	Sin estudios incluidos
Sin 2015	Población incorrecta
Suijkerbuijk 2017	Desenlace incorrecto
Van Duin 2019	Desenlace incorrecto
Yoon 2017	Desenlace incorrecto

Estudios pendientes de evaluación
Essali 2012
Guaiana 2012
Jones 2009
Kohmura 2019
Korsbek 2014
Naeem 2015a
Naeem 2015b
Ostinelli 2019
Pavlovic 2016
Radley 2020
Roson Rodriguez 2019
Savage 2011
Välimäki 2016

Anexo 11. Matriz de citas de los estudios primarios incluidos en las revisiones sistemáticas.

Estudios primarios (n=228)	Revisión sistemática (N=17)																
	Almerie 2015	Ballesteros 2020	Buckley 2015	Darmedru 2017	Dieterich 2017	Donker 2013	Hunt 2019	Jones 2018	Kisely 2017	Kinoshita 2013	MacInnes 2019	Malmberg 2001	Malone 2007	Murphy 2015	Pharoah 2010	Rampling 2016	Reilly 2013
Chandler-California1 1991					Si												
Chan-Hong Kong 2000					Si												
Chen 2005															Si		
Chien 2003	Si																
Chien 2004															Si		
Coyle1988			Si														
Cui 2004	Si																
Cullen 2012		Si		Si							Si					Si	
Cunningham Owens 2001						Si											
Curtis-New York 1992					Si												
Cusack-North Carolina					Si												
Dai 2007															Si		
Davidson 2004			Si														
Davis 2008								Si									
De Giacomo 1997															Si		
Dincin 1982			Si														
Dobson 1995	Si																
Drake 1996										Si							
Drake 1998					Si		Si										
Drake 1999										Si							
Drury 2000								Si									
Du 2005															Si		
Durham 2003			Si					Si									
Dyck 2002															Si		
Eack 2015							Si										
Eckman 1992			Si														
Edwards 2006							Si										
Essock 2006					Si		Si										
Essock-Connecticut1 1995					Si												
Falloon 1982			Si												Si		
Färdig 2011							Si										
Fenton 1979														Si			
Fenton 1998														Si			

Estudios primarios (n=228)	Revisión sistemática (N=17)																
	Almerie 2015	Ballesteros 2020	Buckley 2015	Darmedru 2017	Dieterich 2017	Donker 2013	Hunt 2019	Jones 2018	Kisely 2017	Kinoshita 2013	MacInnes 2019	Malmberg 2001	Malone 2007	Murphy 2015	Pharoah 2010	Rampling 2016	Reilly 2013
Fernandez 1998															Si		
Ford-UK 1995					Si												
Garety 2008								Si									
Glynn 1992															Si		
Godley 1994							Si										
Gold 2006										Si							
Gong 2007															Si		
Gouzoulis-Mayfrank 2015							Si										
Graeber 2003							Si										
Graham 2016							Si										
Granholm 2013								Si									
Granholm 2014								Si									
Grawe 2006						Si											
Gunderson 1984												Si					
Guo 2007															Si		
Haddock 1999			Si					Si									
Haddock 2009		Si						Si			Si					Si	
Hampton-Illinois 1992					Si												
Harrison-Read-UK 2000					Si												
Hayes 1995	Si																
Hellerstein 1995							Si										
Herinckx-Oregon 1996					Si												
Herz 2000															Si		
Hickman 1997							Si										
Hjorthoj 2013							Si										
Hogarty 1986															Si		
Hogarty 1997-study 1			Si												Si		
Hogarty 1997-study 2			Si												Si		
Holloway-UK 1996					Si												
Hoult 1983														Si			
Howard 2010														Si			
Howard 2010b										Si							

Estudios primarios (n=228)	Revisión sistemática (N=17)																
	Almerie 2015	Ballesteros 2020	Buckley 2015	Darmedru 2017	Dieterich 2017	Donker 2013	Hunt 2019	Jones 2018	Kisely 2017	Kinoshita 2013	MacInnes 2019	Malmberg 2001	Malone 2007	Murphy 2015	Pharoah 2010	Rampling 2016	Reilly 2013
Huang 2005	Si																
Jerrell 1995a							Si										
Jerrell 1995b							Si										
Jerrell-SCarolina1 1991					Si												
Jiang 2010								Si									
Johnson 2005														Si			
Johnston-Australia 1998					Si												
Karon 1981												Si					
Kavanagh 2004								Si									
Kemp 2007								Si									
Kemp1996			Si					Si									
Killackey 2008										Si							
Klein 1998			Si														
Klingberg 2012								Si									
Kopelowicz 1998	Si																
Kumar 2010				Si													
Latimer 2006										Si							
Leff 1982															Si		
Leff 1989															Si		
Leff 2001															Si		
Lehman 1993								Si									
Lehman 2002										Si							
Lehman-Maryland1 1994					Si												
Levine 1998			Si					Si									
Lewis2002b (L,M y N)			Si					Si									
Li 2014								Si									
Li 2015								Si									
Li 2015b								Si									
Li 2015c								Si									
Liu 2003															Si		

Estudios primarios (n=228)	Revisión sistemática (N=17)																
	Almerie 2015	Ballesteros 2020	Buckley 2015	Darmedru 2017	Dieterich 2017	Donker 2013	Hunt 2019	Jones 2018	Kisely 2017	Kinoshita 2013	MacInnes 2019	Malmberg 2001	Malone 2007	Murphy 2015	Pharoah 2010	Rampling 2016	Reilly 2013
Stein 1975														Si			
Swanson 1999							Si										
Swartz 1999								Si									
Sytema-Netherlands 1999					Si												
Szmukler 2003															Si		
Tan 2007															Si		
Tarrier 1988															Si		
Tarrier 1998			Si					Si									
Tarrier 2006						Si											
Test-Wisconsin 1985					Si												
Tomlinson 2017																	
Tracy 2007							Si										
Tsang 2001	Si																
Tsang 2009									Si								
Turkington 2002						Si											
Turkington 2000			Si					Si									
Twamley 2008									Si								
Tyrer 1998												Si					
UK700-UK 1999					Si												
Valmaggia 2005								Si									
Vaughan 1992															Si		
Walker 2013											Si						
Wang 2006															Si		
Wang 2013				Si													
Velligan 2014								Si									
Wirshing 1991			Si														
Wittorf 2010								Si									
Wong 2008									Si								
Xiang 1994															Si		
Xiang 2005															Si		
Xiong 1994															Si		
Zhang 2006a															Si		
Zhang 2006b															Si		
Zhang 2015								Si									
Zhou 2007															Si		

Anexo 12. Estudios primarios excluidos de la revisión global rápida.

Revisión Sistemática	Estudio primario excluido	Motivo
Buckley 2015	Uzenoff 2007	Historia: Pacientes ambulatorios clínicamente estables que se recuperan de un primer episodio psicótico (en tratamiento <12 meses). Duración: 6 meses.
Darmedru 2017	Byrne 2015 Combs 2007 Rees-Jones 2012 Young 2010 Yip 2013 Ussorio 2016	Ensayos cuasiexperimentales
Donker 2013	Power 2003	Población con primer episodio de psicosis (15-29 años).
Jones 2018	Jackson 2008 Lecomte 2008	Jackson 2008: Población con primer episodio de psicosis (media de edad 22 años). Lecomte 2008: Historia de haber consultado por primera vez por primera vez a un profesional de la salud mental por síntomas psicóticos en los últimos 2 años.
MacInnes 2019	Berstein 2012 Doyle 2016 Hakvoort 2015	Participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad.
Pharoah 2010	Goldstein 1978 Leavey 2004 Li 2004 Li 2005a Linszen 1996 Zhang 1994	3 estudios incluyeron proporciones sustanciales de personas con primeros episodios de enfermedad (Goldstein 1978; Linszen 1996; Zhang 1994). Leavey 2004: Historia del primer episodio de enfermedad psicótica dentro de los seis meses de estudio. Li 2004: Historia: primer episodio. Duración: 9 meses y una edad media de 23 años. Li 2005a: Tiene como criterio de exclusión tener enfermedad grave.
Rampling 2016	Bernstein 2012 Bruce 2014 Clarke 2010 Davidson 2009 Doyle 2013 Evershed 2003 Hornsveld 2005 Hornsveld 2008 Long 2011 Jotangia 2015 Rees-Jones 2012 Tarrrier 2010 Tapp 2009 Troquette 2013 Wilson 2013 Yates 2010 Yip 2013 Young 2010 Young 2013	No ECA: 15 estudios Trastorno de personalidad o trastorno de personalidad antisocial (Bernstein 2012, Tarrrier 2010, Davidson 2009) Diagnósticos no especificados: Troquette 2013

Anexo 13. Características de los estudios incluidos en la revisión global rápida.

Almerie 2015 (continua)	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane País: Reino Unido Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 13 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global: 13 ECA Duración de los estudios incluidos: 5 estudios no más de tres meses (Chien 2003, Cui 2004, Kopelowicz 1998, Lu 2004 Mayang 1990 y Potelunas 1982), 7 estudios más de tres meses (Dobson 1995, Hayes 1995, Huang 2005, Ma 2003, Ng 2006, Saren 2004 y Tsang 2001). País de los estudios incluidos: Tres se realizaron en EE.UU., cinco en China, uno en Taiwán, dos en Hong Kong, uno en Canadá y uno en Australia. Entorno: Nueve estudios en ámbito hospitalario (Chien 2003; Cui2004; Dobson1995; Huang 2005; Kopelowicz1998; Lu2004; Mayang1990; Ng2006; Tsang2001); en cuatro estudios (Hayes1995; Ma 2003; Potelunas1982; Saren 2004) los participantes eran pacientes ambulatorios.</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Personas con esquizofrenia y psicosis esquizoafectivas. Tres estudios utilizaron los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV); uno la tercera edición (DSM-III); dos la tercera versión de la Clasificación China de Trastornos Mentales (CCMD-III); tres utilizaron la CCMD-II y 4 estudios no informaron los criterios diagnósticos. Agresión: Un estudio refirió historia reciente de agresión física y/o verbal (Mayang 1990). N= 975 Género: Un estudio asignó al azar sólo a hombres (Cui 2004) y dos sólo a mujeres (Mayang1990 y Potelunas1982); los otros incluían a ambos sexos. Edad: La edad media estaba entre 33 y 48 años. Ma 2003 no proporcionó información demográfica sobre los participantes. Duración de la enfermedad: Cinco estudios reportaron una duración de la enfermedad entre 9,9 ±7,1 años y 20±6 años (Chien 2003, Cui 2004, Huang 2005, Lu 2004, Saren 2004).</p>
Intervenciones	<p>I: Habilidades sociales. En Chien 2003, la formación en habilidades sociales se centró en las habilidades de conversación y asertividad. Una sesión de una hora dos veces/ semana, cuatro semanas. En Dobson 1995, la atención se centró en la comunicación y la asertividad durante cuatro sesiones de 1 hora/semana, 9 semanas. En Cui 2004, el programa de habilidades sociales y para la vida independiente de UCLA. Éste incluye: a) capacitación en habilidades sociales interpersonales generales, utilizando video, juegos de roles y debates; b) educar a los pacientes sobre el propósito y la función de la medicación antipsicótica; c) manejo de medicamentos; d) cómo reconocer un efecto adverso a un medicamento; e) oportunidad de discutir temas relacionados con la terapia con medicamentos. 90-120 minutos por sesión (tres sesiones/semana, 12 semanas). Ma 2003 también usó el programa de habilidades sociales y para la vida independiente de UCLA (90-120 minutos por sesión, una sesión/semana, 8 semanas) y Kopelowicz 1998 usó una versión adaptada, que fue traducida al español, 4 días/semana, 3 meses, no se informó la duración de cada sesión. En Hayes 1995 (habilidades interpersonales, resolución de problemas sociales, habilidades de uso positivo del tiempo, técnicas de mejora de la generalización e instrucciones usadas, modelado, ensayo de comportamiento, retroalimentación y tarea estructurada). El entrenamiento consistió en 36 sesiones de 75 minutos, 18 semanas, seguidas de un período de 6 meses en el que los pacientes recibieron una frecuencia decreciente de entrenamiento. En Huang 2005 en grupos de 8-9 personas, cada sesión fue de 2 horas/semana, 24 semanas. El grupo de habilidades sociales también recibió terapia de rutina con medicamentos, actividades recreativas y trabajo en las salas, que era la atención estándar para todos los pacientes. En Lu 2004, dirigida a la resolución de problemas para mejorar la atención de los pacientes y las habilidades de planificación para mejorar gradualmente la función social del paciente. 60 minutos/sesión, 2 sesiones/semana, 8 semanas. En Mayang 1990 y Ng 2006, habilidades de resolución de problemas (habilidades de recepción, habilidades de procesamiento y habilidades de envío) e incluyó instrucciones, modelado, retroalimentación, juego de roles, refuerzo social. El entrenamiento consistió en 4 sesiones de 45 minutos de entrenamiento (Mayang 1990) y de 30 a 32 horas de tratamiento dentro de 8 semanas (Ng 2006). En Potelunas 1982, 4 sesiones de 1 hora durante 4 semanas de presentación en video de ocho situaciones problemáticas, modelado en video, ensayo de comportamiento, entrenamiento y retroalimentación, ocurrieron dentro de un programa de adaptación laboral.</p>

Almerie 2015	
Intervenciones	<p>En Saren 2004, se centró en el contacto visual, las expresiones faciales, el tono de voz, la fluidez del lenguaje, la postura y los gestos y el entusiasmo general. La formación se impartió en grupos de entre 10-12 personas, durante 60-90 minutos/sesión, 3 sesiones/semana, 10 semanas. En Tsang 2001, el entrenamiento en habilidades sociales también consistió en habilidades sociales básicas (expresión facial, gestos, etc.) y habilidades sociales básicas de supervivencia (apariciencia personal, orden), pero también incluyó habilidades básicas relacionadas con el trabajo. En este estudio, hubo dos grupos de intervención: uno recibió capacitación en habilidades sociales más apoyo de seguimiento, que consistió en contacto con los miembros del grupo y el capacitador; el otro grupo recibió sólo la capacitación en habilidades sociales y ningún apoyo de seguimiento. El entrenamiento consistió en 10 sesiones grupales semanales que duraron de una hora y media a dos horas, con aproximadamente seis a ocho personas en cada grupo.</p> <p>C: Atención estándar/grupo control de discusión</p> <p>En cinco de los estudios (Chien 2003; Cui 2004; Huang 2005; Kopelowicz 1998; Tsang 2001), el tratamiento de comparación fue la atención psiquiátrica estándar. Sin embargo, tres de los estudios (Dobson 1995; Hayes 1995; Ng 2006) utilizaron un grupo de discusión como tratamiento de control para controlar cualquier efecto de confusión que surja de la interacción con el terapeuta durante el entrenamiento de habilidades sociales. Dobson 1995 utilizó un entorno social, que consistió en actividades estructuradas que incluían grupos de discusión de apoyo, grupos de ejercicios y grupos de actividades, y ocurrieron a la misma hora del día y durante la misma duración que el grupo de entrenamiento de habilidades sociales. Lu 2004 Sólo medicación antipsicótica de rutina</p> <p>Hayes 1995 usó una condición de grupo de discusión, que se centró en las relaciones interpersonales y el uso intencional del tiempo mediante preguntas abiertas, parafraseando, reflexionando y resumiendo los comentarios de los participantes para promover la autorrevelación.</p> <p>En Ng 2006, el tratamiento de control fue una discusión grupal de apoyo con temas que incluían consejos prácticos sobre la administración del dinero e información sobre la solicitud de asignaciones de seguridad social, con especial atención para evitar discusiones sobre problemas de habilidades interpersonales y el uso de técnicas conductuales. Dos estudios (Mayang 1990 y Potelunas 1982) tenían tanto la atención estándar como un grupo de discusión como tratamientos de control.</p> <p>En Mayang 1990, la condición del grupo de interacción consistió en una interacción sin tratamiento, y en Potelunas 1982, el control de la discusión fue de cuatro sesiones de una hora durante cuatro semanas de presentación en video y discusión de ocho situaciones problemáticas.</p> <p>Respecto al tratamiento farmacológico:</p> <p>Cui 2004: tratamiento farmacológico habitual en ambos grupos.</p> <p>Dobson 1995: Medicación neuroléptica para todos los pacientes.</p> <p>Hayes 1995: Dosis de mantenimiento de la medicación neuroléptica para todos los pacientes.</p> <p>Huang 2005: Tratamiento farmacológico habitual en ambos grupos.</p> <p>Kopelowicz 1998: en control (atención habitual: visitas mensuales a un psiquiatra que prescribió medicación antipsicótica).</p> <p>Lu 2004: Medicación antipsicótica habitual en ambos grupos.</p> <p>Saren 2004: Tratamiento farmacológico habitual en ambos grupos.</p>
VARIABLES	<p>Funcionamiento: Social Disability Schedule – SDSS, Disabilities Assessment Schedule - DAS (WHO et al., 1988), Social avoidance and disability scale-SAD (Watson et al., 1969), Scale of Social Skills for Psychiatric Inpatients-SSPI (Guo et al., 1995), Morningside Rehabilitation Status Scale-MRSS (Affleck & McGuire, 1984) y no empleado. Recaída, Rehospitalización, Comportamiento agresivo, Abandonar el estudio antes de tiempo.</p> <p>Estado mental: Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS, Scale for the Assessment of Positive Symptoms-SAPS (Andreasen et al., 1983), Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS (Overall et al., 1962)</p> <p>Estado Global: Global Assessment Scale-GAS (Endicott et al., 1976), Clinical Global Impression Scale - CGI (Guy et al., 1976)</p> <p>Calidad de vida: General Well-Being Scale-GWB (Dupuy et al., 1977) y Quality of Life Scale-QLS (Heinrich et al., 1984)</p>
Notas	<p>Financiación: Fuentes internas: Facultad de Medicina, Universidad de Damasco, República Árabe Siria. No disponen de financiación de fuentes externas.</p> <p>Conflicto de intereses: Los autores refieren no tener ningún conflicto de interés. Hanna Bergman y Nicola Maayan trabajan para Enhance Review Ltd, una empresa que realiza revisiones sistemáticas principalmente para el sector público. Refieren no dar servicios para la industria farmacéutica.</p> <p>Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, información de registro no accesible</p>

Ballesteros 2020	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane País: España Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 2 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global: 2 ECA Duración de los estudios incluidos: Cullen 2012 (3-4 meses, seguimiento posterior a los 12 meses posteriores al tratamiento). Haddock 2009 (6 meses, seguimiento posterior a los 6 meses posteriores al tratamiento). País de los estudios incluidos: Reino Unido Entorno: Unidades forenses de seguridad media en hospitales psiquiátricos (Cullen 2012) y pacientes hospitalizados y ambulatorios reclutados de los servicios de salud mental de cinco fideicomisos del NHS (Haddock 2009).</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Personas con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico (criterios DSM-IV o ICD-10 para Cullen 2012 y DSM-IV para Haddock 2009), que presentaron una agresión crónica o persistente en entornos hospitalarios (servicios de urgencias y salas), ambulatorios o comunitarios. N= 161 Género: 1 estudio sólo a hombres (Cullen 2012) y otro estudio incluyó ambos sexos en Haddock 2009. Edad media: 35 años Antecedentes de comportamiento violento (Cullen 2012 y Haddock 2009). Etnia: 50% africana o afro-caribeña, 32% blanca, 18% otra (Cullen 2012).</p>
Intervenciones	<p>I: Terapia cognitivo-conductual (TCC) Cullen 2012, basaron su intervención en el programa "Razonamiento y rehabilitación" Programa R&R estructurado, programa manualizado. Mínimo de 36 sesiones de 2 horas. Haddock 2009, utilizaron un programa de TCC manualizado. 25 sesiones. C: Tratamiento habitual</p>
VARIABLES	<p>Violencia física. Agresión verbal.</p>
Notas	<p>Financiación: Grants UFI 11/35, GIU 14/27, PPGA18/03. Financiación del departamento de Salud de País Vasco (2017111101) Conflicto de intereses: Ninguno conocido. Detalles registro de protocolo: Protocolo Cochrane on line https://www.cochrane.org/CD013511/SCHIZ_cognitive-behavioural-therapy-plus-standard-care-versus-standard-care-persistent-aggressive</p>

Buckley 2015 (continua)	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane País: Reino Unido. Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 24 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global: 23 ECA Duración de los estudios incluidos: La duración general de los ensayos varió entre diez semanas y tres años. Tres estudios (Levine 1998; Lewis 2002b; Penn 2009) fueron a corto plazo (hasta 12 semanas). Cuatro estudios (Coyle 1988; Klein 1998; Pinto 1999; Turkington 2000) fueron a medio plazo (13 a 26 semanas) y los 16 estudios restantes fueron a largo plazo (más de 26 semanas). País de los estudios incluidos: 12 estudios en los EE.UU. (Coyle 1988, Davidson 2004, Dincin 1982, Eckman 1992, Falloon 1982, Hogarty 1997-estudio 1, Hogarty 1997-estudio 2, Klein 1998; Penn 2009, Spaulding 1999, Stanton 1984, Wirshing 1991), 7 estudios en el Reino Unido (Durham 2003, Haddock 1999, Kemp 1996, Lewis 2002b, Sensky 2000b, Tarrier 1998, Turkington 2000), 1 estudio en Australia (O'Donnell 1999), 1 en Israel (Levine 1998), 1 en Italia (Pinto 1999) y 1 en Suecia (Malm 1982). Entorno: Diez ensayos se llevaron a cabo en entornos ambulatorios. Tres ensayos se realizaron en ámbitos hospitalarios (Haddock 1999; Spaulding 1999; Stanton 1984), siete se realizaron en una combinación de ámbitos hospitalarios y ambulatorios (Durham 2003; Lewis 2002b; Malm 1982; O'Donnell 1999; Pinto 1999; Turkington 2000; Wirshing 1991), y el resto no informó sobre el entorno.</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Personas con esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia utilizando cualquier criterio. Incluyeron ensayos en los que estaba implícito que la mayoría de los participantes tenían una enfermedad mental grave, probablemente esquizofrenia. Diez estudios incluyeron sólo personas con esquizofrenia; sin embargo, dos de éstos (Coyle 1988; Malm 1982) no describieron los criterios con claridad. Dieciséis ensayos incluyeron personas con otras enfermedades psicóticas (trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante y otras psicosis). De éstos, un estudio también incluyó a personas con trastorno bipolar (O'Donnell 1999) y uno incluyó pacientes psiquiátricos con trastornos graves (Dincin 1982). Veintitrés estudios emplearon criterios operativos para los diagnósticos (DSMII, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10, RDC, WHO Discrimination Criteria), sin embargo, uno de estos ensayos Coyle 1988 no informó cómo los diagnósticos fueron alcanzados. Malm 1982 describió los criterios de diagnóstico utilizados, pero éstos no eran criterios operativos reconocidos. N= 2.102 Género: Veinte ensayos incluyeron participantes masculinos y femeninos, dos estudios (Eckman 1992, Wirshing 1991) incluyeron sólo hombres y Levine 1998 no informó el sexo de los participantes. Edad: Las edades de los participantes oscilaron entre los 16 y los 72 años, con una edad media entre los 22 y 47 años. 2 Estudios incluyeron participantes entre 16 y 55 años (Hogarty 1997-estudio 1, Hogarty 1997-estudio 2). Duración de la enfermedad: 7 estudios con una duración media de la enfermedad entre 9,2 y 14 años (Durham 2003, Levine 1998, Pinto 1999, Sensky 2000b, Tarrier 1998, Turkington 2000, Wirshing 1991).</p>
Intervenciones	<p>I: Terapia de apoyo. Todos los estudios utilizaron terapia de apoyo además de la atención estándar (incluida la medicación antipsicótica). Hubo variaciones entre los estudios con respecto a la frecuencia y duración de las sesiones de terapia. La mayoría de los estudios utilizaron sesiones dos veces por semana, semanales y quincenales, aunque algunos estudios no informaron sobre la frecuencia o duración de la intervención (Durham 2003; Haddock 1999; O'Donnell 1999; Pinto 1999). La duración de la terapia varió entre 5 semanas y 3 años. Quince estudios investigaron el tratamiento individual y seis estudios proporcionaron terapia de apoyo en un formato grupal (Dincin 1982; Eckman 1992; Levine 1998; Malm 1982; Spaulding 1999; Wirshing 1991). Siete estudios informaron el uso de manuales o protocolos de terapia (Durham 2003; Hogarty 1997-estudio 1; Hogarty 1997-estudio 2; Lewis 2002b; Malm 1982; Penn 2009; Spaulding 1999). Ocho estudios informaron que los terapeutas fueron supervisados (Davidson 2004; Haddock 1999; Hogarty 1997-estudio 1; Hogarty 1997-estudio 2; Lewis 2002b; Malm 1982; Penn 2009; Sensky 2000b), y cinco que las cintas de audio de las sesiones fueron monitoreadas por calidad (Haddock 1999; Lewis 2002b; Penn 2009; Sensky 2000b; Turkington 2000). Seis de los estudios informaron que los mismos terapeutas administraron intervenciones experimentales y de control, y tres estudios informaron el uso de diferentes terapeutas para diferentes intervenciones terapéuticas (Durham 2003; O'Donnell 1999; Stanton 1984). Los terapeutas que administraron la intervención de apoyo recibieron capacitación en una modalidad terapéutica diferente, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la terapia familiar, en cuatro estudios (Haddock 1999; Lewis 2002b; Penn 2009; Sensky 2000b).</p>

Buckley 2015	
Intervenciones	<p>C: Grupo control: Cinco estudios compararon la terapia de apoyo con el tratamiento estándar sólo (Coyle 1988; Davidson 2004; Durham 2003; Lewis 2002b; Tarrier 1998), los ensayos restantes utilizaron como comparador varias intervenciones psicosociales. Doce estudios compararon la terapia de apoyo con la terapia cognitivo conductual (Durham 2003; Haddock 1999; Hogarty 1997-estudio 1; Hogarty 1997-estudio 2; Kemp 1996; Levine 1998; Lewis 2002b; Pinto 1999; Sensky 2000b; Spaulding 1999; Tarrier 1998; Turkington 2000). Dos estudios utilizaron la terapia familiar como comparación (Falloon 1982; Hogarty 1997-estudio 1). El entrenamiento de habilidades se investigó en tres estudios (Coyle 1988; Eckman 1992; Wirshing 1991); otras comparaciones fueron terapia personal más terapia familiar (Hogarty 1997-estudio 1), psicoeducación (Coyle 1988), programa de rehabilitación del entorno (Dincin 1982) y psicoterapia orientada al insight (Stanton 1984). Un estudio investigó la terapia de apoyo combinada con la gestión de casos centrada en el cliente en comparación con la gestión de casos centrada en el cliente (O'Donnell 1999). Un ensayo comparó la terapia de apoyo con el manejo intensivo de casos en comparación con el manejo intensivo de casos (Klein 1998). Finalmente, un ensayo investigó el efecto de agregar terapia de apoyo a una combinación de entrenamiento en habilidades sociales y medicación (Malm 1982). Catorce de los estudios intentaron igualar las intervenciones psicosociales experimentales y de control para la cantidad de contacto con el terapeuta (Eckman 1992; Falloon 1982; Haddock 1999; Kemp 1996; Levine 1998; Lewis 2002b; Penn 2009; Pinto 1999; Sensky 2000b; Spaulding 1999; Tarrier 1998; Turkington 2000; Uzenoff 2007; Wirshing 1991). En contraste, cuatro estudios adoptaron el enfoque de que las diferentes intervenciones por su naturaleza implican diferentes cantidades de contacto con el terapeuta (Dincin 1982; Hogarty 1997-estudio 1; Hogarty 1997-estudio 2; Stanton 1984).</p>
VARIABLES	<p>Recáida, hospitalización, Estado mental: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Lukoff et al., 1996), Schedule for Assessment of Negative Symptoms (SANS), Schedule for Assessment of Positive Symptoms (SAPS) (Andreasen et al., 1983), Psychotic Symptoms Rating Scales (PSYRATS) (Haddock et al., 1999b), Belief about Voices Questionnaire-Revised (BAVQ-R) (Chadwick et al., 2000), Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS) (Montgomery et al., 1978), Calgary Depression Rating Scale (CDRS) (Addington et al., 1993), Center for Epidemiological Studies—Depression Scale (CES-D) (Radloff et al., 1977), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery et al., 1979) Funcionamiento: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (American Psychiatry Association et al., 1987), Global Assessment Scale (GAS) (Endicott et al., 1976), Katz Adjustment Scales (KAS) (Katz et al., 1963), Social Functioning Scale (SFS) (Birchwood et al., 1990) Comportamiento: Social Behaviour Adjustment Scale (SBAS) (Platt et al., 1980) Insight: Beck Cognitive Insight Scale-(BCIS) composite (Beck et al., 2004), Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ) (McEvoy et al., 1989) Cumplimiento: Rating of Medication Influences (ROMI) scale (Weiden et al., 1994) Actitud hacia la medicación: Attitudes to Medication Questionnaire (AMQ) (Hayward et al., 1995), Drug Attitudes Inventory (DAI) (Hogan et al., 1983) Calidad de vida y bienestar: Global Health Questionnaire–GHQ (Goldberg et al., 1972), Quality of Life Scale-QLS (Heinrichs et al., 1984), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg et al., 1965), Well-Being scale- WBS (Ryff et al., 1989), Lehman's Quality-of-Life (QOL) Questionnaire (Lehman et al., 1988). Satisfacción con el tratamiento: Receptor de atención no satisfecho con el tratamiento. Muerte (incluyendo suicidio), abandono del estudio antes de tiempo, medicación: No reducción de medicación antipsicótica</p>
Notas	<p>Financiación: Fuentes internas: Affinity Healthcare, Cheadle Royal Hospital, Reino Unido. Fuentes externas: Servicios comunitarios y de salud mental de Leeds, NHS Teaching Trust, Reino Unido. Northumberland Tyne and Wear NHS Trust, Reino Unido. Conflicto de intereses: Lucy Buckley, ninguna conocida. Karla Soares-Weiser y Nicola Maayan, trabajan para Enhance Review Ltd, una empresa que realiza revisiones sistemáticas principalmente para el sector público. Actualmente no brindamos servicios para la industria farmacéutica. Clive Adams, ninguno conocido. Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, Protocolo publicado por primera vez: Número 1, 2004. Se excluyó un estudio primario: Uzenoff 2007: Historial: pacientes ambulatorios clínicamente estables que se recuperan de un primer episodio psicótico (en tratamiento < 12 meses). Duración: 6 meses.</p>

Darmedru 2017	
Métodos	<p>Tipo de revisión: No Cochrane</p> <p>País: Francia</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 10, ECA (4 estudios) y estudios cuasiexperimentales (6 estudios).</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global: 4</p> <p>Diseño de los estudios incluidos: 4 ECA</p> <p>Duración de los estudios incluidos: 1 mes (Kumar 2010), 6 meses (Wang 2013), 33 meses (Ahmed 2015), 63 meses (Cullen 2012)</p> <p>País de los estudios incluidos: Información no disponible.</p> <p>Entorno: Un ensayo se realizó en un ámbito ambulatorio (Wang 2013). Se realizaron tres ensayos en entornos hospitalarios (Ahmed 2015, Cullen 2021, kumar 2010); dos de ellos en entorno forense.</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Psicosis esquizoafectiva o un trastorno del espectro de la esquizofrenia con comportamientos disruptivos y violentos. No hay datos disponibles sobre los criterios de diagnóstico.</p> <p>N= 170</p> <p>Género: Información no disponible.</p> <p>Edad: Adultos (mayores de 18 años), información por edades no disponible.</p>
Intervenciones	<p>I:</p> <p>Intervención de remediación cognitiva no específica: Remediación cognitiva computarizada semanal (Ahmed 2015). Número de sesiones: 50h- 20 semanas.</p> <p>Entrenamiento en Cognición e Interacción Social (SCIT) (de Penn y cols. 2005) (Wang 2013). Objetivos: Cognición social (SC) (percepción de emociones faciales - estilo atribucional ToM). Sesiones grupales (alrededor de 10 participantes). Computarizado: 20 sesiones de 1 hora (1 sesión / semana)</p> <p>Razonamiento y rehabilitación y su versión revisada adaptada a adultos infractores con problemas de salud mental (R&R/R&R2 MH): R& R/R&R2 MHP (de Young y Ross 2007). (Cullen 2012). Objetivos: Neurocognición (NC) (atención - memoria - funciones ejecutivas), SC (metacognición - competencia emocional - empatía). Sesiones grupales (10 a 15 participantes). Computarizado: 16 sesiones de una 1 y media (1 o 2 sesiones / semana)</p> <p>Entrenamiento metacognitivo: MCT (de Moritz y Woodward 2007). (kumar 2010). Objetivos: Cognición social (SC) (metacognición-percepción de las emociones faciales-ToM-estilo atribucional). Sesiones grupales (5-10 participantes) o sesiones individuales (MCT+): Entrenamiento metacognitivo individualizado). Computarizado: No. 8 sesiones de 1 hora (1 o 2 sesiones/semana)</p> <p>C: TH (ver arriba) o actividades de control de juegos de ordenador</p>
VARIABLES	<p>MCCB: MATRICS Consensus Cognitive Battery (Green et al., 2004)</p> <p>OAS: Overt Aggression Scale (Yudofsky et al., 1986)</p> <p>Resolución de problemas sociales: SPSI-R:S: Social Problem-Solving Inventory-Revised, Short Form (D'Zurilla et al., 2002)</p> <p>Comportamiento Criminal: Crime Pics II (Frude et al., 1994)</p> <p>Comportamiento físicamente violento: MacArthur Community Violence Instrument (Monahan et al., 2001)</p> <p>Nº de agresiones verbales</p> <p>PSP: Personal and Social Performance Scale (Juckel et al., 2014)</p> <p>The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987)</p> <p>The Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS) (Eisen et al., 1998)</p>
Notas	<p>Financiación: Los autores no informaron sobre el financiamiento.</p> <p>Conflicto de intereses: Los autores no informaron sobre la declaración de interés.</p> <p>Detalles registro de protocolo: Información no disponible. No hacen mención a que haya protocolo y no se encuentra protocolo.</p> <p>Estudios primarios excluidos: 6 estudios cuasiexperimentales.</p>

Dieterich 2017 (continua)	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane</p> <p>País: Italia</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 40 ECA</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global: 40 ECA</p> <p>Duración de los estudios incluidos: 1 estudio de corto plazo, con una duración máxima de seis meses (Bond-Indiana1 1988); 9 estudios a medio plazo, y sólo un estudio informó datos a los siete meses, Okpaku-Tennessee 1997, y los ocho estudios restantes reportando datos por 12 meses (Bond-Chicago1 1990; Bush-Georgia 1990; Hampton-Illinois 1992; Johnston-Australia 1998; LehmanMaryland1 1994; Morse-Missouri1 1992; Solomon-Pennsylvania 1994; Sytema-Holanda 1999).</p> <p>Los 29 estudios de largo plazo, con una duración máxima de cuatro años (Test-Wisconsin 1985) y una duración media de 23,5 meses.</p> <p>País de los estudios incluidos: 27 ensayos, 5153 participantes, en Australia, Canadá y EE. UU., 2 ensayos, 2309 participantes, en Europa y 1 ensayo, 62 participantes, en China.</p> <p>Entorno: Todos los estudios incluidos se llevaron a cabo en un entorno comunitario (servicios de salud mental públicos y privados).</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Personas con enfermedad mental grave. Definición: padecer una enfermedad mental grave, preferiblemente según la definición del Instituto Nacional de Salud Mental 1987, o en su ausencia, de enfermedades como esquizofrenia, trastornos similares a la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión con características psicóticas y trastorno de la personalidad y no gravemente enfermo. 20 estudios incluyeron participantes con enfermedad mental grave. Ninguno de estos estudios proporcionó definiciones operacionales que aborden las dimensiones del diagnóstico, la duración y la discapacidad. 14 proporcionaron criterios para el diagnóstico, la discapacidad o el nivel de uso del servicio. Los seis estudios restantes no proporcionaron criterios para la definición. Los diagnósticos de "enfermedad mental grave" variaron entre los estudios, desde el trastorno esquizofrénico sólo hasta grupos de diagnóstico más amplios, incluidos los trastornos esquizofrénicos, activos y de la personalidad.</p> <p>De los 20 estudios restantes, 18 incluyeron participantes con varios diagnósticos, pero la mayoría tenía algún trastorno psicótico, y la mayoría de los ensayos informaron criterios para el uso de servicios o deterioro, o ambos. Dos estudios incluyeron participantes con un alto nivel de deterioro o uso de servicios debido a una enfermedad psiquiátrica, pero no proporcionaron criterios de diagnóstico para la inclusión (Harrison-Read-UK 2000; Okpaku-Tennessee 1997).</p> <p>La mayoría de los ensayos (23) incluyeron participantes que habían sido diagnosticados mediante criterios operacionales (DSM, ICD, OPCRIT, RDC, SADS), mientras que 17 (10 en el grupo que incluía participantes con enfermedad mental grave y seis en el grupo que incluye participantes con varios diagnósticos) no informó el uso de ninguna herramienta de diagnóstico, sino que sólo declaró el tipo de enfermedad o el nivel de deterioro.</p> <p>En general, los estudios incluyeron a personas con una larga historia de enfermedad; sólo OPUS-Denmark 1999 incluyó participantes con un primer episodio de enfermedad psicótica. Refirieron que encajaba con el concepto de enfermedad mental grave, donde esta etiqueta incluía ciertos criterios relacionados con la duración de la enfermedad.</p> <p>Cuatro estudios incluyeron un total de 742 participantes con diagnóstico doble (Drake-NHamp 1998; Essock-Connecticut2 2006; Morse-Missouri3 2005; Muller-Clemm-Canada 1996), y ocho estudios incluyeron un total de 1337 participantes sin hogar.</p> <p>N= 7.524</p> <p>Género: 8 estudios incluyeron ambos sexos (en 32 predominaba el sexo masculino y en 6 estudios el femenino), 1 estudio incluía sólo hombres y 1 estudio no reportó el sexo.</p> <p>Edad: La información sobre la edad media se reportó en 32 ensayos (6473 participantes). La edad media fue de unos 38 años. Sólo MaciasUtah 1994 no proporcionó información sobre la edad de los participantes.</p> <p>Raza/etnia: 27 estudios reportaron el origen étnico (Audini-UK 1994, Bond-Chicago1 1990, Bond-Indiana 1 1988, Bush-Georgia 1990, Chandler-California1 1991, Curtis- Nueva York 1992, Cusack-Carolina del Norte, Drake-NHamp 1998, Essock-Connecticut2 2006, Ford-UK 1995, Hampton-Illinois 1992, Harrison-Read-UK 2000, Herinckx-Oregon 1996, Macías-Utah 1994, Mc Donel-Indiana 1997, Morse-Missouri 1992, Morse-Missouri3 2005, Muijen-UK2 1994, Okpaku-Tennessee 1997, Piqué-California 1999, Quinlivan-California 1995, REACT-UK 2002, Roenheck-USA 1993, Shern-USA1 2000, Solomon-Pennsylvania 1994, Prueba-Wisconsin 1985, UK700-UK 1999). La mayoría de los participantes eran afroamericanos y caucásicos (entendido como blanco).</p>

Dieterich 2017 (continua)	
Intervenciones	<p>Se incluyeron 29 ensayos en la comparación GIC versus tratamiento estándar y 12 en la comparación GIC versus no GIC. Quinlivan-California 1995 fue un ensayo de tres brazos (GIC, no GIC y tratamiento estándar).</p> <p>I:</p> <p>Gestión intensiva de casos (GIC): La mayoría de las intervenciones experimentales se modelaron en el modelo de tratamiento comunitario asertivo (TAC), y se basaron en el modelo de tratamiento en la vida comunitaria de Stein 1980. Sólo unos pocos estudios basaron la GIC en el modelo de gestión de casos. La intervención experimental fue proporcionada por un equipo ya existente o por los servicios de GIC recientemente establecidos para el ensayo. Cusack-North Carolina fue el único ensayo que incluyó GIC como adaptación forense de TAC en comparación con la atención estándar. Gestión de casos no intensivo (no GIC): No hubo diferencias discernibles entre la práctica de no GIC y GIC excepto por la intensidad del contacto. El grado de formación y habilidad del personal fue similar en los equipos GIC y no GIC. En algunos estudios, la no GIC fue de por sí una intervención experimental, pero representó principalmente la atención estándar. En el estudio REACT-UK 2002 se consideró en la comparación GIC versus no GIC debido a la suposición de que la atención estándar podría considerarse como un enfoque del programa de atención, incluso si los autores del ensayo no lo informaron claramente.</p> <p>C:</p> <p>Tratamiento estándar: Sus características eran variables en los ensayos realizados en diferentes países en diferentes períodos de tiempo. La presencia de otros servicios especializados, como rehabilitación o servicios de psicoterapeuta, fue variable dentro de los servicios de atención estándar. En pocos estudios, tanto la GIC como la atención estándar incorporaron servicios para el tratamiento por abuso de sustancias y la atención de personas sin hogar.</p> <p>Se mencionó que la atención estándar incluyó además tratamiento psicofarmacológico en 3 estudios (Rosenheck-USA 1993, Rosenheck-USA-GMS y Rosenheck-USA-NP).</p> <p>Uso de los servicios, evento adverso, abandonar el estudio antes de tiempo, no cumple con la medicación, contactos con el sistema legal, empleo y alojamiento, costes directos e indirectos, comportamiento, autolesiones, estado mental, funcionamiento, uso de sustancias, necesidades, satisfacción, calidad de vida (Global Assessment Scale (GAS) (Endicott et al., 1976), Rating of Medication Influence (ROMI) (Weiden et al. 1994), Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) (Stein et al., 1999; Wing et al., 1998), Disability Assessment Schedule (DAS) (WHO et al., 2001), Interview Schedule for Social Interaction - abbreviated version (ISSI) (Henderson et al., 1980; Uden et al., 1989), Life Skills Profile (LSP) (Parker et al., 1992; Rosen et al., 1989), REHAB Scale (REHAB) (Baker et al., 1983), Role Functioning Scale (RFS) (Green et al., 1987), Social Adjustment Scale (SAS) (Weissman et al., 1971; Weissman et al., 1974), Social Adjustment Scale-II (SAS-II) (Schooler et al., 1979), Social Functioning Questionnaire (SFQ) (Tyrer et al., 1990; Tyrer et al., 2005), Strauss-Carpenter Outcome Scale (Strauss et al., 1972; Strauss et al., 1974), Alcohol Use Scale (AUS) (Drake et al., 1996b; Mueser et al., 1995), Dartmouth Assessment of Lifestyle Interview (DALI) (Rosenberg et al., 1998), Substance Abuse Treatment Scale (SATS) (Drake et al., 1996b; McHugo et al., 1995), Timeline Followback (TLFB) (Sobell et al., 1980), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall et al., 1962), Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis et al., 1983a), Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) (Asberg et al., 1978), Colorado Symptom Index (CSI) (Shern et al., 1994), Krawiecka Scale (KS) alias Manchester Scale (Krawiecka et al., 1977), Present State Examination (PSE) (Wing et al., 1974), Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Hopkins Symptoms Checklist) (Derogatis et al., 1974), Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1979), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond et al., 1983), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen et al., 1982; Andreasen et al., 1989), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) (Andreasen et al., 1984), Social Behaviour Schedule (SBS) (Wykes et al., 1986), Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) (Oliver et al., 1996; Oliver et al., 1997), Lehman's Quality of Life Interview (QOLI) (Lehman et al., 1988), Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe et al., 1999), Camberwell Assessment of Need interview (CAN) (Phelan et al., 1993), Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) (Phelan et al., 1995; Slade et al., 1999), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (Larsen et al., 1979), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) - modified version (Gerber et al., 1999; Larsen et al., 1979), Patient's satisfaction with health services (Tyrer et al., 1979), Patient Satisfaction Instrument (PSI) (Risser et al., 1975), Specific Level of Functioning Scale (SLOF) (Schneider et al., 1983)).</p>

Dieterich 2017	
Notas	<p>Financiación: Fuentes internas: Universidad de Verona, Italia. Departamento de Medicina y Salud Pública, Sección de Psiquiatría y Psicología Clínica. Fuentes externas: NIHR, Reino Unido. Premio Cochrane de Incentivos 15/81/30 - Manejo intensivo de casos para enfermedad mental grave.</p> <p>Conflicto de intereses: Ninguno conocido (Marina Dieterich, Claire Irving, Hanna Bergman, Mariam Khokhar, Bert Park), Max Marshall: participó en un estudio incluido y ha escrito extensamente en esta área.</p> <p>Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, Protocolo publicado por primera vez: Número 3, 2009.</p>

Donker 2013	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión no Cochrane País: Australia Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 10 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 9 ECA Duración de los estudios incluidos: El seguimiento de los estudios fue hasta 12 meses 4 estudios (Cunningham Owens 2001, Nordentoft 2002, Peters 2010, Turkington 2002) y 5 estudios más de 12 meses (Barrowclough 2010, Bateman 2007, Färdig 2011, Grawe 2006, Tarrier 2006). País de los estudios incluidos: 5 en Reino Unido (Barrowclough 2010, Bateman 2007, Peters 2010, Tarrier 2006, Turkington 2002) 1 en Escocia (Cunningham Owens 2001), 1 en Noruega (Grawe 2006), 1 en Suecia (Färdig 2011), 1 en Dinamarca (Nordentoft 2002) Entorno: Siete estudios reclutaron pacientes ambulatorios de clínicas de atención secundaria o de salud mental, mientras que un estudio usó pacientes hospitalizados (Tarrier 2006), y un estudio usó pacientes hospitalizados y ambulatorios (Nordentoft 2002).</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Tres estudios incluyeron participantes con un trastorno de esquizofrenia (Bateman 2007, Cunningham Owens 2001, Turkington 2002), mientras que cinco estudios también incluyeron pacientes con otros tipos de trastorno psicótico, como trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, psicosis NOS, trastorno esquizoafectivo, psicosis aguda o transitoria, psicosis inducida o psicosis no orgánica inespecífica (Barrowclough 2010, Färdig 2011, Grawe 2006, Nordentoft 2002, Tarrier 2006). Uno de estos estudios incluyó el uso indebido concomitante o la dependencia de drogas/alcohol. Un estudio incluyó pacientes con ≥ 1 persistente y angustiante síntoma positivo de psicosis (Peters 2010). No se reportaron criterios diagnósticos. N= 1.630 Género: Información no reportada. Edad: 3 estudios incluyeron participantes a partir de los 16 años (Barrowclough 2010, Bateman 2007, Cunningham Owens 2001) y cuatro estudios utilizaron adultos mayores de 18 años (Grawe 2006, Nordentoft 2002, Peters 2010, Turkington 2002). Dos estudios no especificaron la edad (Färdig 2011, Tarrier 2006)</p>
Intervenciones	<p>I: Cinco estudios se basaron en CBT además de TH (Barrowclough 2010, Bateman 2007, Peters 2010, Tarrier 2006, Turkington 2002). De éstos, un estudio agregó entrevistas motivacionales integradas al programa de TCC (Barrowclough 2010), y un estudio, que describe dos ensayos, utilizó el asesoramiento de apoyo como contenido de la otra intervención (Tarrier 2006). Un estudio proporcionó psicoeducación como contenido de la intervención (Cunningham Owens 2001). Dos estudios utilizaron Tratamiento Integrado (Grawe 2006, Nordentoft 2002) como contenido, y un estudio utilizó el programa de Manejo de Recuperación de Enfermedades (Färdig 2011).</p> <p>C: 8 estudios incorporaron TH como grupo de control, mientras que un estudio utilizó un placebo de atención (Bateman 2007). El TH en esta población generalmente consiste en medicación antipsicótica, seguimiento comunitario y ambulatorio, y acceso a actividades de rehabilitación basadas en la comunidad.</p>
VARIABLES	<p>Intentos de suicidio EPSIS, HoNOS (Stein et al., 1999; Wing et al., 1998) Suicidio consumado Autolesiones Ideaación suicida BSI (Derogatis et al., 1983), CPRS (Montgomery et al., 1978), PECC (Hert et al., 2002), EPSIS (Kerkhof et al., 1993), HoNOS (Stein et al., 1999; Wing et al., 1998) Síntomas psicóticos, síntomas depresivos, desesperanza</p>
Notas	<p>Financiación: El Centro de Investigación en Salud Mental de la Universidad Nacional de Australia, Canberra, Australia. Alison Cleave cuenta con el apoyo de la beca 1013199 del National Health and Medical Research Council (NHMRC), Helen Christensen cuenta con el apoyo de la beca NHMRC 525411. Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses. Detalles registro de protocolo: Información no disponible. No hacen mención a que haya protocolo y no se encuentra protocolo. Se excluyó un estudio primario por reclutar pacientes con primer episodio psicótico (Power 2003).</p>

Hunt 2019 (continua)	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane</p> <p>País: Australia</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 41 ECA.</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 41 ECA.</p> <p>Duración de los estudios incluidos: La duración de los estudios varió de tres meses a tres años.</p> <p>País de los estudios incluidos: Hubo 25 ensayos de EE. UU., Seis de Australia, cinco del Reino Unido, dos de Alemania y uno de Dinamarca, Irlanda y Suiza.</p> <p>Entorno: Tres ensayos se realizaron exclusivamente en un hospital (Baker 2002; Bechdorf 2011; Swanson 1999) y 26 en la comunidad. Diez ensayos reclutaron pacientes o se realizaron tanto en la comunidad (pacientes ambulatorios) como en el hospital (Bellack 2006; Bonsack 2011; Gouzoulis-Mayfrank 2015; Graeber 2003; Graham 2016; Hellerstein 1995; Hjorthoj 2013; Kavanagh 2004; Madigan 2013; Naeem 2005) y dos se establecieron en la comunidad y en la cárcel (Chandler 2006; Maloney 2006).</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Personas con "enfermedad mental grave", en su mayoría con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o psicosis. Todos tenían un diagnóstico actual de trastorno por uso de sustancias o tenían evidencia documentada de abuso de sustancias. Algunos no tenían hogar o tenían antecedentes de alojamiento inestable (Burnam 1995; Essock 2006; Morse 2006; Tracy 2007), y algunos estaban encarcelados en el momento del estudio (Chandler 2006; Maloney 2006). Definieron TMG como aquellas con una enfermedad mental crónica como la esquizofrenia que se presentan a los servicios para adultos para recibir atención a largo plazo.</p> <p>N= 4.024</p> <p>Género: En 2 estudios no se mencionó el género (Petry 2013 y Tracy 2007); uno de los estudios asignó al azar sólo a mujeres (Maloney 2006) y el resto incluían a ambos sexos. Edad: Todos los participantes eran adultos (de 18 a 65 años). Raza/etnia: Reportaron la etnia 30 estudios (Barrowclough 2001, Barrowclough 2010, Barrowclough 2014, Bellack 2006, Bogenschutz 2014, Bond 1991a, Bond 1991b, Burnam 1995, Chandler 2006, Drake 1998a, Essock 2006, Godley 1994, Graeber 2003, Graham 2016, Hellerstein 1995, Hickman 1997, Jerrell 1995a, Jerrell 1995b, Kavanagh 2004, Lehman 1993, Maloney 2006, McDonell 2013, McDonell 2017, Morse 2006, Naeem 2005, Nagel 2009, O'Connell 2018, Petry 2013, Rosenblum 2014, Swanson 1999), la mayoría de los participantes eran afroamericanos y caucásicos (entendido como blanco).</p>
Intervenciones	<p>I: La duración de las intervenciones osciló entre menos de una hora y tres años.</p> <p>Intervenciones psicosociales para el abuso de sustancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelos de atención integrados (cuatro ECA). 2. Modelos de atención no integrados (cuatro ECA). 3. Terapia cognitivo-conductual combinada y entrevistas motivacionales (nueve ECA). 4. Terapia cognitivo-conductual (dos ECA). 5. Entrevista motivacional (nueve ECA). 6. Entrenamiento de habilidades (seis ECA). 7. Manejo de contingencias (cuatro ECA). <p>Baker 2002: Intervención psicosocial: Entrevista motivacional (EM): 30-45 minutos individuales de EM más atención estándar.</p> <p>Baker 2006: Intervención psicosocial: TCC + EM (10 sesiones semanales de una hora).</p> <p>Barrowclough 2001: Intervención psicosocial: EM con TCC individual anualizada para el participante y TCC para la familia/cuidador durante 9 meses (más atención habitual con trabajador de apoyo a la familia).</p> <p>Barrowclough 2010: Intervención psicosocial: TCC + EM (hasta 26 sesiones de terapia individual impartidas durante 12 meses (basadas en el manual) más atención rutinaria).</p> <p>Barrowclough 2014: Intervención psicosocial: TCC + EM: EM breve + TCC, 12 sesiones de EM-TCC integradas durante 4,5 meses.</p> <p>Bechdorf 2011: Intervención psicosocial: EM (4 sesiones individuales de 50 minutos cada una impartidas en régimen de internado) más atención rutinaria.</p> <p>Bellack 2006: Intervención psicosocial: TCC + EM: Tratamiento conductual para el abuso de sustancias en enfermedad mental grave y persistentes. Consistió en una entrevista motivacional al inicio, a los 3 y a los 6 meses e incluye enfoques de EM y TCC.</p> <p>Bogenschutz 2014: Intervención psicosocial: Entrenamiento en habilidades: facilitación de 12 pasos para los diagnósticos duales durante 12 semanas. Se trataron varios temas, incluyendo el entrenamiento en habilidades sociales para ayudar a los pacientes a tolerar las reuniones de grupo.</p>

Hunt 2019 (continua)

Intervenciones	<p>Bond 1991a: Intervención psicosocial: TCA no integrado. Incluye grupos de referencia para fomentar la asistencia, reuniones de grupos de apoyo entre iguales varias veces a la semana, no centradas exclusivamente en el abuso de sustancias, utilizó a miembros con éxito como modelos de conducta, también visitas a domicilio y a la comunidad durante el periodo del proyecto.</p> <p>Bond 1991b: Intervención psicosocial: TAC no integrado con énfasis en las actividades de sustitución (por ejemplo, el empleo), hizo hincapié en la asistencia en la gestión de la medicación y el dinero, aplicó los principios de la planificación individualizada y la elección del cliente.</p> <p>Bonsack 2011: Intervención psicosocial: Sesiones individuales y sesiones grupales opcionales hasta 6 meses.</p> <p>Burnam 1995: Intervención psicosocial: Tratamiento integrado de salud mental y consumo de sustancias. Residencial: grupos educativos, programas de 12 pasos, incluyendo, grupos de discusión, asesoramiento individual, gestión de casos, consulta psiquiátrica, gestión continua de la medicación, actividades comunitarias generales. Intervención psicosocial: no residencial: modelo anterior que funciona de 1 a 9 de la tarde 5 días a la semana, más gestión de casos para necesidades básicas.</p> <p>Chandler 2006: Intervención psicosocial: Tratamiento integrado de salud mental y uso de sustancias. Atención estándar durante la custodia + atención posterior breve + tratamiento integrado de trastornos duales. Después de la custodia; EM, asesoramiento sobre el abuso de sustancias, tratamiento de grupo orientado a ambos trastornos, psicoeducación de la familia en relación con los trastornos duales, equipo multidisciplinar, especialistas en abuso de sustancias integrados, intervenciones por etapas, servicios sin límite de tiempo, extensión, etc.</p> <p>Drake 1998a: Intervención psicosocial: TAC integrado: basado en la comunidad, de alta intensidad, tratamiento directo contra el abuso de sustancias por parte de los miembros del equipo, uso de un modelo de trastorno dual por etapas, grupos de tratamiento de trastorno dual y enfoque del equipo exclusivo en pacientes para aquellos con trastornos duales.</p> <p>Eack 2015: Intervención psicosocial: atención rutinaria más Terapia de Potenciación Cognitiva con sesiones individuales y 45 sesiones de entrenamiento grupal en cognición social y 60 horas de entrenamiento asistido por ordenador en atención y resolución de problemas y contenidos psicoeducativos adicionales sobre el consumo de sustancias.</p> <p>Edwards 2006: Intervención psicosocial: intervención centrada en el cannabis (terapia de cannabis y psicosis) para individuos con un primer episodio de psicosis. Consistió en un programa de orientación cognitivo-conductual impartido en sesiones semanales por clínicos entrenados durante 3 meses</p> <p>Essock 2006: Intervención psicosocial: TAC integrada con un componente de uso directo de sustancias.</p> <p>Godley 1994: Intervención psicosocial: servicios especializados de gestión de casos para enfermos mentales que abusan de sustancias</p> <p>Gouzoulis-Mayfrank 2015: Intervención psicosocial: tratamiento integrado, sesiones de terapia de grupo de 6 minutos una vez a la semana comenzando en el hospital y continuando como paciente externo con sesiones extra de 90 minutos en TCC basado en manuales más psicoeducación del uso de sustancias.</p> <p>Graeber 2003: Intervención psicosocial: intervención de tres sesiones de EM, centrada en la elección y la responsabilidad personal y que no enfatiza el etiquetado, asumiendo el terapeuta un estilo directivo y centrado en el cliente</p> <p>Graham 2016: Intervención psicosocial: EM breve integrada que consiste en 4-6 sesiones (15-30 minutos) durante 2 semanas.</p> <p>Hellerstein 1995: Intervención psicosocial: entrenamiento de habilidades-psicoterapia grupal ambulatoria y psicoeducación más tratamiento farmacológico todo en el mismo sitio, dos veces por semana</p> <p>Hickman 1997: Intervención psicosocial: atención rutinaria (véase más adelante) más una breve EM, presentación estructurada de una sola vez de la retroalimentación personal sobre la ingesta de alcohol</p> <p>Hjorthoj 2013: Intervención psicosocial: TCC + EM, en entrevista motivacional individual y grupal y TCC con 24 sesiones, 1-2 semanales durante 6 meses e incorpora tanto a la familia como al gestor del caso.</p> <p>Jerrell 1995a: Intervención psicosocial: programa de habilidades conductuales: enfoque psicoeducativo con habilidades de autogestión, práctica repetida y refuerzo. Sesiones semanales de grupo con dos clínicos autorizados.</p>
----------------	--

Hunt 2019 (continua)

Intervenciones	<p>Jerrell 1995b: Intervención psicosocial: atención rutinaria más gestión intensiva de casos: ayuda intensiva con la vivienda, la vida diaria, los problemas legales, la gestión del dinero, las relaciones personales y las actividades de ocio.</p> <p>Kavanagh 2004: Intervención psicosocial: atención rutinaria más Start Over and Survive (SOS). Intervención motivacional breve que comprende 3 horas de tratamiento individual a lo largo de 6-9 sesiones que suelen completarse en 7-10 días como paciente interno.</p> <p>Kemp 2007: Intervención psicosocial: EM + TCC, Dejar de usar cosas manualizadas 4-6 horas.</p> <p>Lehman 1993: Intervención psicosocial: atención rutinaria más gestión intensiva de casos: sesiones de grupo educativas sobre el abuso de sustancias/enfermedad mental (5 h/semana), sesión de "rap" experiencial, grupo de autoayuda in situ, grupo de autoayuda fuera del centro, actividades sociales. Ratio personal-paciente de 1:15.</p> <p>Madigan 2013: Intervención psicosocial: Sesiones de grupo de TCC + EM una vez /semana durante 12 semanas y se les invitó a volver 6 semanas después (semana 18) para una sesión de refuerzo.</p> <p>Maloney 2006: Intervención psicosocial: (TCC + rehabilitación psicosocial) -el grupo de Cárcel Intensiva recibió un mínimo de 3 semanas de tratamiento especializado durante su encarcelamiento. Un híbrido de rehabilitación psicosocial, enfoques cognitivo-conductuales y de reducción de daños. Se ofrecía asesoramiento individual de apoyo dos veces por semana, servicios de intervención en crisis y una serie de 12 a 15 grupos de 1 hora por semana. Los grupos incluían el mantenimiento de la sobriedad en 12 pasos, la prevención de recaídas, la gestión de los síntomas y la medicación, la prevención de la delincuencia, la crianza de los hijos y la vida independiente. 2. Intervención psicosocial: el Tratamiento Comunitario Intensivo (TIC). El enfoque del tratamiento ofrecía una gestión intensiva de los casos. La planificación de la transición, que comenzó cuando los participantes aún estaban bajo custodia y continuó después de la liberación, consistió en la colocación de la vivienda, la búsqueda de derechos públicos, la vinculación a la atención psiquiátrica, y el transporte a la farmacia y la colocación residencial después de la liberación. Además, se ofrecieron consultas continuas para garantizar la continuidad de la atención, e intervenciones destinadas a mantener la recuperación de sustancias, la prevención de recaídas, la estabilidad psiquiátrica y la reducción de las reincidencias.</p> <p>3. Intervención psicosocial: (TCC + TIC): el grupo de tratamiento combinado recibió tanto intervenciones intensivas en la cárcel como en la comunidad, como se ha descrito anteriormente.</p> <p>McDonell 2013: Intervención psicosocial: Gestión de Contingencias durante 3 meses con envío de orina durante 3 meses. Los resultados de orina negativos se reforzaron con la selección de premios o con un valor variable (se dio un mensaje de "bien hecho" sin recompensa económica, o con una recompensa económica de 1 dólar, 20 dólares u 80 dólares). Una orina positiva no se reforzó con la posibilidad de seleccionar un premio.</p> <p>McDonell 2017: Intervención psicosocial: Gestión de contingencias (12 semanas) con tres muestras de orina a la semana reforzadas con la selección de premios por diferentes magnitudes de refuerzo por dar negativo en las pruebas de alcohol, asistir a las sesiones de tratamiento o abstenerse de consumir alcohol durante una semana. Los premios iban desde el valor cero ("buen trabajo"), pequeño (1\$), grande (20\$) y jumbo (80\$).</p> <p>Morse 2006: Psychosocial intervention: Tratamiento comunitario asertivo integrado. 2. Intervención psicosocial: Equipo de Tratamiento Comunitario Asertivo solamente (TAC sólo). Derivaron a los clientes a otros proveedores comunitarios para servicios ambulatorios o individuales de abuso de sustancias y a grupos de 12 pasos.</p> <p>Naeem 2005: Intervención psicosocial: TCC más psicoeducación: 6 sesiones a lo largo de 3 meses y a los cuidadores se les ofrecieron 3 sesiones junto con información orientada a los cuidadores</p> <p>Nagel 2009: Intervención psicosocial: Grupo de intervención temprana, dos sesiones breves (1 hora) espaciadas de 2 a 6 semanas. En la segunda sesión participaron los cuidadores y se presentaron 2 vídeos de psicoeducación. Seguimiento a los 6, 12 y 18 meses.</p> <p>O'Connell 2018: Intervención psicosocial: Atención estándar + entrenamiento en habilidades manualizadas para personas con trastornos concurrentes más programa de compromiso social dirigido por pares.</p> <p>Petry 2013: Intervención psicosocial: Gestión de contingencias que consistía en recibir 1 dólar por cada muestra proporcionada más sorteos para ganar premios (que variaban desde un valor cero, 20 dólares hasta 100 dólares)</p>
----------------	--

Hunt 2019	
Intervenciones	<p>en función del número de muestras de orina consecutivas negativas para cocaína.</p> <p>Rosenblum 2014: Intervención psicosocial: Programa de autoayuda de 12 pasos apoyado por pares llamado Double Trouble in Recovery, comprende una reunión de grupo/semana con un facilitador de pares para ayudar a desarrollar nuevas habilidades y conductas de afrontamiento.</p> <p>Swanson 1999: Intervención psicosocial: Atención rutinaria más entrevista motivacional de 15 minutos al inicio de la hospitalización. Otra entrevista motivacional de 1 hora 1 o 2 días antes del alta.</p> <p>Tracy 2007: Intervención psicosocial: Gestión de contingencias: Gestión de contingencias de bajo coste con refuerzo de proporción variable en la que los pacientes recibían refuerzos en función de la demostración de abstinencia tanto de alcohol como de cocaína, verificada mediante muestras de alcoholímetro y orina sin cocaína.</p> <p>C: Tratamiento habitual: Se definió como la atención que una persona recibiría normalmente si no se hubiera incluido en el ensayo de investigación. Esto podría incluir la gestión de casos estándar (por ejemplo, ver Dieterich 2017 Mas-Espinoza 2015). La atención estándar varía entre entornos y puede complementarse con componentes adicionales, incluido material psicoeducativo, terapia familiar o derivación a grupos de autoayuda u otras agencias para el tratamiento del abuso de sustancias.</p>
VARIABLES	<p>Arrestos, detenciones, condenas, delitos graves, medidas forenses, abandonar el estudio antes de tiempo, evento adverso, consumo de sustancias, estados mental, estado global, medicación, sin hogar, calidad de vida, uso de servicios, recaídas (Alcohol Use Scale (AUS) (Mueser et al., 1995), Drug Use Scale (DUS) (Mueser et al., 1995), Service Utilisation Rating Scale (SURS) (Mihalopoulos et al., 1999), The Social and Occupational Functioning Scale (SOFAS) (Burns et al., 2007b; Goldman et al., 1992), Social Functioning Scale (SFS)(Birchwood et al., 1990), Social Adjustment Scale for the Severely Mentally Ill (SAS-SMI) (Wieduwilt 1999), Role Functioning Scale (RFS) (Green et al., 1987), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (Larsen et al., 1979), World Health Organization's Quality of Life scale (WHOQOL-BREF) (Skevington et al., 2004), The Quality of Life Interview (QOLI) and the Brief Quality of Life Scale (BQOL) (Lehman et al., 1988; Lehman et al., 1995), Drug and alcohol scales from Addiction Severity Index (ASI) (McLellan et al., 1980), Alcohol Use Inventory (AUI) (Horn et al., 1987), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993), Cannabis and Substance Use Assessment Schedule (CASUAS) (modified from the SCAN) (Wing et al., 1990), Opiate Treatment Index (OTI) (Darke et al., 1991; Darke et al., 1992), Substance Abuse Treatment Scale (SATS) (McHugo et al., 1995), Alcohol and drug use disorders section of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Patient Edition) (SCID) (Spitzer et al., 1990), Substance Use Severity Scale (USS) (Carey et al., 1996), Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1972), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Lukoff et al., 1986), Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis et al., 1983a), Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) (Asberg et al., 1978), Global Assessment of Functioning (GAF) (Endicott et al., 1976), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond et al., 1983), Health of the Outcome Nation Outcomes Scale (HoNOS) (Wing et al., 1996), Insight Scale (David et al., 1992), The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987), Psychiatric scale from Addiction Severity Index (ASI-psychiatric) (McLellan et al., 1980), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen et al., 1982), Symptom Checklist 90 (revised) (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1983b).</p>
Notas	<p>Financiación: Fuentes internas: Servicio de Salud Mental del Área Sudoeste de Sídney, Nueva Gales del Sur, Australia. 2008. Distrito de salud local de Sydney, NSW, Australia. 2013, 2018. Premio al desarrollo profesional intramuros del Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica, Sudáfrica. 2018 Fuentes externas: McGeorge Bequest, University of Sydney, NSW, Australia, 2007, NIHR Cochrane Incentive Scheme, Reino Unido. 2012. Conflicto de intereses: Los autores refieren no tener ningún conflicto de interés.</p> <p>Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, Protocolo publicado por primera vez: Número 1, 1998.</p>

Jones 2018 (continua)	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane</p> <p>País: Reino Unido</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 33 ECA*</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 31 ECA*</p> <p>País de los estudios incluidos: Reino Unido (Drury 2000; Durham 2003; Garety 2008; Haddock 1999; Kemp 1996; O'Donnell 2003; Sensky 2000b; Tarrier 1998; Turkington 2000), Alemania (Bechdorf 2004; Buchkremer 1997; Klingberg 2012; Lewis 2002b; Wittorf 2010), Estados Unidos (Cather 2005; Penn 2009; Pinto 1999; Velligan 2014; Granholm 2013; Granholm 2014), China (Jiang 2010; Ma 2012), India (Davis 2008), Israel (Levine 1998), Bélgica (Valmaggia 2005).</p> <p>Duración de los estudios incluidos: La duración del ensayo osciló entre seis semanas (Levine 1998) y 24 meses (Haddock 1999). En 14 estudios, la duración del ensayo fue de seis meses (Bechdorf 2004; Cather 2005; Davis 2008; Haddock 2009; Jiang 2010; Levine 1998; Li 2015b; Li 2015; Ma 2012; Penn 2009; Pinto 1999; Turkington 2000; Valmaggia 2005; Wittorf 2010);</p> <p>Para otros nueve estudios, la duración del tratamiento fue de entre seis y 12 meses (Buchkremer 1997; Durham 2003; Garety 2008; Granholm 2013; Granholm 2014; Klingberg 2012; Sensky 2000b; Velligan 2014; Zhang 2015), y los ocho estudios restantes observaron el efecto de una TCC a largo plazo que es de más de 12 meses (Drury 2000; Haddock 1999; Kemp 1996; Lewis 2002b; Li 2014; Li 2015; O'Donnell 2003; Tarrier 1998).</p> <p>Entorno: Entorno hospitalario y comunitario</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Personas con psicosis: esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno esquizoafectivo. Se informó de que muchas personas tenían trastornos mentales comórbidos, como depresión o trastorno de ansiedad.</p> <p>Criterios de diagnóstico: Todos usaron criterios para los diagnósticos (DSM III-R, DSM IV, DSM-IV TR o CIE-10).</p> <p>Historial de comportamiento violento: Haddock 2009.</p> <p>N= 3.351</p> <p>Género: Proporcionaron datos de ambos sexos todos (Bechdorf 2004, Buchkremer 1997, Cather 2005, Drury 2000, Durham 2003, Garety 2008, Granholm 2013, Granholm 2014, Haddock 1999, Haddock 2009, Jiang 2010, Kemp 1996, Klingberg 2012, Lewis 2002b, Li 2014, Li 2015, Li 2015b, Li 2015c, Ma 2012, O'Donnell 2003, Penn 2009, Pinto 1999, Sensky 2000b, Tarrier 1998, Turkington 2000, Valmaggia 2005, Velligan 2014, Wittorf 2010, Zhang 2015) menos 2 estudios que no reportaron el género de los participantes (Davis 2008, Levine 1998).</p> <p>Edad: La revisión sistemática mencionó un rango de edad de 18-65 años, no obstante 3 estudios primarios incluyeron menores de 18 años: Durham 2003 (16-65 años), Sensky 2000b (16 - 60 años), Turkington 2000 (16-65 años) y Tarrier 1996 (16-65 años).</p> <p>Duración de la enfermedad: Drury 2000, Bechdorf 2004, Garety 2008 y Kemp 1996 incluyeron participantes con una media de cinco a diez años de duración de la enfermedad. Durham 2003 y Cather 2005 incluyeron participantes con una media de duración de la enfermedad superior a 10 años. Cather 2005 y Buchkremer 1997 incluyeron participantes con una media aproximada de 22,9 años de duración de la enfermedad. Diez estudios (Davis 2008; Jiang 2010; Ma 2012; Velligan 2014; Wittorf 2010; Haddock 2009; Klingberg 2012; O'Donnell 2003; Sensky2000b; Valmaggia 2005) no informaron de la duración de la enfermedad de los participantes.</p>
Intervenciones	<p>I: Terapia cognitivo conductual (TCC)</p> <p>TCC con otras actividades terapéuticas</p> <p>La mayoría de las intervenciones de TCC incluían comúnmente otras actividades terapéuticas como la psicoeducación, la prevención de recaídas, la mejora de las estrategias de afrontamiento, las estrategias de resolución de problemas o el entrenamiento en relajación.</p> <p>Algunas intervenciones de TCC se administraron en grupo (Bechdorf 2004; Levine 1998; Granholm 2013; Granholm 2014; Penn 2009), mientras que otras utilizaron terapia individual (Lewis 2002b; Valmaggia 2005). Drury 2000 y Davis 2008 emplearon una combinación de terapia grupal e individual.</p> <p>Las intervenciones de TCC variaron en cuanto al objetivo de la terapia y el grado de especificidad del enfoque de la intervención. La mayoría de los ensayos se dirigieron a los síntomas positivos de la psicosis, algunos con un enfoque explícito en las alucinaciones auditivas (Bechdorf 2004; Haddock 2009; Penn 2009; Valmaggia 2005; Ma 2012; Wittorf 2010), y/o los delirios (Garety 2008; Haddock 2009; Valmaggia 2005; Ma 2012; Wittorf 2010). Fue menos frecuente que la intervención de TCC se dirigiera a los síntomas negativos de la psicosis (Klingberg 2012; Ma 2012).</p>

Jones 2018 (continua)	
Intervenciones	<p>Las estrategias para la prevención de recaídas fueron un componente común en la intervención de TCC y un enfoque específico en algunos ensayos (por ejemplo, Garety 2008). La angustia emocional (Bechdolf 2004; Sensky 2000b) y la autoestima (Bechdolf 2004; Penn 2009), relacionada con la experiencia de la psicosis, fue un objetivo en algunos ensayos que también se dirigieron a otros síntomas. Haddock 2009, se centró específicamente en los síntomas psicóticos y la ira relacionada con la agresión y la violencia.</p> <p>TCC que no incluye otras terapias activas.</p> <p>En 23 ensayos, el brazo de la TCC no estaba "contaminado" por otras terapias psicológicas activas. Sin embargo, Buchkremer 1997 informó de una intervención de TCC que incluía de forma diversa el entrenamiento en el manejo de la medicación o el asesoramiento de la persona clave, o ambos. Drury 2000 informó de una intervención de TCC que consistía en terapia cognitiva individual y de grupo, así como en compromiso familiar (dirigido a desarrollar estrategias de afrontamiento familiar). Además, incluía un programa de actividades estructurado (cocina, terapia creativa y grupos de discusión) durante una media de cinco horas a la semana. Así, Drury 2000, la intervención incorpora la TCC dentro de un marco de rehabilitación más amplio. No se evaluaron los efectos diferenciales de la TCC y la rehabilitación. Granholm 2013 y Granholm 2014 utilizaron la TCC que consistía en el desafío del pensamiento, el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en la resolución de problemas. Por último, Pinto 1999 incluyó el entrenamiento en habilidades sociales en el brazo de la TCC del ensayo y también incluyó la psicoeducación en el brazo de control del ensayo.</p> <p>C: Otras terapias psicosociales</p> <p>En todos los ensayos, el brazo de otras terapias psicosociales del ensayo era adicional a la atención estándar. El brazo de comparación de los ensayos empleó una variedad de intervenciones. Catorce ensayos compararon la TCC con terapias de control no activas (2008; Drury 2000; Haddock 2009; Kemp 1996; Lewis 2002b; Lewis 2002b (L); Lewis 2002b (M); Lewis 2002b (N); Li 2015; O'Donnell 2003; Sensky 2000b; Turkington 2000; Valmaggia 2005; Zhang 2015). Veinte ensayos describieron terapias activas de comparación (Bechdolf 2004; Buchkremer 1997; Cather 2005; Durham 2003; Garety 2008; Granholm 2013; Granholm 2014; Haddock 1999; Jiang 2010; Klingberg 2012; Levine 1998; Li 2014; Li 2015; Li 2015b; Ma 2012; Penn 2009; Pinto 1999; Tarrier 1998; Velligan 2014; Wittorf 2010), siendo las más comunes la psicoeducación y la terapia de apoyo o asesoramiento. Dos ensayos utilizaron intervenciones no TCC particularmente bien definidas. Garety 2008 informó de los resultados en comparación con la terapia familiar y Klingberg 2012 informó de los resultados en comparación con la terapia de remediación cognitiva.</p>
VARIABLES	<p>Agresión, ira, recaída, evento adverso, rehospitalización, cumplimiento medicación, abandono temprano del estudio, estado mental, funcionamiento, autoestima, insight, calidad de vida. The Global Assessment Scale (GAS) (Endicott et al., 1976), Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS (Overall et al., 1962), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987) Comprehensive Psychiatric Rating Scale - CPRS) (Asberg et al., 1978), Psychotic Symptom Rating Scale - PSYRATS (Haddock et al., 1999b), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen et al., 1982; Andreasen et al., 1989), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) (Andreasen et al., 1984), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg et al., 1965), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery et al., 1979), Ward Anger Rating Scale (WARS) (Haddock et al., 2009), Social Functioning Scale (SFS) (Birchwood et al., 1990), The Insight Scale (Birchwood et al., 1994), The Quality of Life Scale (QLS) (Heinrichs et al., 1984), Attitude to Medication Questionnaire (AMQ) (Kemp et al., 1996), Drug Attitude Inventory (DAI) (Hogan et al., 1983), Modular System for Quality of Life (MSQoL) (Pukrop et al., 2000), The Global Assessment of Functioning (GAF) (Greenberg et al., 2005), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) (Hamilton et al., 1967), Stigma Scale for Mental Illness (SSMI) (King et al., 2007), Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck et al., 1988b), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (Hamilton et al., 1976), Self-Rating Anxiety Scale (SARS) (Zung et al., 1971), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989), Novaco Anger Scale (NAS) (Novaco et al., 2003), Novaco Provocation Inventory (NPI) (Novaco et al., 2003), Symptom Checklist 90 (SCL - 90) (Derogatis et al., 1975), Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961), Historical Clinical Risk Management - 20 (HCR - 20) (Webster et al., 1997), Personal and Social Performance scale (PSP) (Morosini et al., 2000), Maryland Assessment of Social Competence (MASC) (Bellack et al., 2006b), Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) (Brambilla et al., 2000), Schedule for Assessment of Insight (SAI) (David et al., 1990),</p>

Jones 2018	
VARIABLES	Comprehensive Module Test (CMT) (Lieberman et al., 1994), Life Satisfaction Index (LSI) (Wallace et al., 2002), European Quality of Life Questionnaire (Brazier et al., 1993)
NOTAS	<p>Financiación: Fuentes internas (South Warwickshire Mental Health Trust, Reino Unido; Universidad de Birmingham, Reino Unido; Nottinghamshire Healthcare NHS Trust, Reino Unido) Fuentes externas: Sin financiación.</p> <p>Conflicto de intereses: Sin conflicto de interés.</p> <p>Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, Protocolo publicado por primera vez: Número 9, 2010</p> <p>Excluidos: Jackson 2008 participantes con un primer episodio de psicosis. Lecomte 2008 Historia: haber consultado por primera vez por primera vez a un profesional de la salud mental por síntomas psicóticos en los últimos 2 años. No compatible con criterio de evolución TMG.</p> <p>*Lewis 2002 (L); Lewis 2002 (M) y Lewis 2002(N) eran en realidad lugares específicos de un ensayo multicéntrico (Lewis et al., 2002b), por lo que se tratan como un único estudio.</p>

Kinoshita 2013	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane País: Japón Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 14 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 14 ECA País de los estudios incluidos: EE.UU. (Bond 2007, Drake 1996, Drake 1999, Gold 2006, Lehman 2002, Macías 2006, Mueser 2004, Twamley 2008), Reino Unido (Howard 2010), Australia (Killackey 2008), Canadá (Latimer 2006), China (Tsang 2009, Wong 2008) y un estudio varios países: Burns 2007 (Reino Unido Alemania, Italia, Suiza, Países bajos y Bulgaria) Duración de los estudios incluidos: 3 estudios tuvieron una duración hasta 12 meses (Twamley 2008, Killackey 2008, Latimer 2006) y la duración de 11 estudios fue superior a 12 meses siendo el máximo de duración 24 meses (Bond 2007, Burns 2007, Drake 1996, Drake 1999, Gold 2006, Howard 2010, Lehman 2002, Macías 2006, Mueser 2004, Tsang 2009, Wong 2008) Entorno: Ámbito comunitario (pacientes ambulatorios). 13 ECA en el contexto de un servicio comunitario de salud psiquiátrica/mental.</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Los participantes eran adultos con trastorno mental grave (esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo bien representados). Once ECA utilizaron los criterios del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico) o CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades) y tres estudios adoptaron los criterios del DSM-III-R. Dos estudios utilizaron otros criterios de diagnóstico (Criterios del Departamento de Salud Mental de Indiana, OPCRIT y los criterios del Centro Federal para los Servicios de Salud Mental) (Burns 2007; Gold 2006). No se proporcionó una descripción sobre los criterios de diagnóstico en un ECA (Wong 2008). De media, los estudios incluyeron personas con una larga historia de enfermedad; sólo Killackey 2008 incluyó participantes con un primer episodio de psicosis, refieren que encajaba con el concepto de enfermedad mental grave, donde incluye ciertos criterios relacionados con la duración de la enfermedad. N= 2.265 Género: Todos los estudios incluyeron a ambos sexos. Edad: La edad media oscilaba entre los 21,4 y los 50,5 años</p>
Intervenciones	<p>Empleo con apoyo versus otros enfoques vocacionales para adultos con enfermedad mental grave. Todos los estudios incluidos compararon el empleo con apoyo con otros enfoques profesionales. Entre éstos, 13 estudios (Bond 2007; Burns 2007; Drake 1996; Drake 1999; Gold 2006; Howard 2010; Killackey 2008; Latimer 2006; Lehman 2002; Mueser 2004; Tsang 2009; Twamley 2008; Wong 2008) implementaron la colocación y el apoyo individuales (CAI) como empleo con apoyo y un ECA (Macías 2006) adoptó el empleo con apoyo, que no se definió como CAI. Tsang 2009 consistió en empleo con apoyo integrado (EAI), CAI y rehabilitación vocacional tradicional, y Mueser 2004 incluyó CAI, servicios estándar que incluyen empleo con apoyo y programa de rehabilitación psicosocial. Sólo un estudio (Tsang 2009) implementó el empleo con apoyo aumentado. También se obtuvo información detallada de las intervenciones adoptadas en cada sitio del Programa de demostración de intervención en el empleo (PDIE) (Gold 2006; Lehman 2002; Macías 2006; Mueser 2004; Blankertz 1997; Cook 2005; McFarlane 2002 (SE175); Toprac 2002) a través del Internet (sitio web de PDIE). En cuanto a la verificación de la fidelidad de la implementación del empleo con apoyo, 12 estudios utilizaron la escala de fidelidad CAI (Bond 1997b) y dos adoptaron otros procedimientos definidos en cada estudio (Drake 1996; Macías 2006).</p>
VARIABLES	<p>Eventos adversos (incluyendo suicidio), Empleo, abandonar el estudio antes de tiempo por cualquier motivo, uso de servicios, calidad de vida, funcionamiento, costes económicos, estado mental. Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS (Kay et al., 1987), Brief Psychiatric Rating Score - BPRS (Overall et al., 1962), Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS (Zigmond et al., 1983), Quality of Life Interview-QOLI (Lehman et al. 1982), Lancashire Quality of Life Profile European version-LQoLPEU (Gaité et al., 2000), Global Assessment Scale - GAS or Global Assessment of Functioning-GAF (Endicott et al., 1976).</p>
Notas	<p>Financiación: Fuentes internas: Departamento de Psiquiatría y Medicina Cognitivo-Conductual, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Ciudad de Nagoya, Japón. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Southampton, Reino Unido. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad Shinshu, Japón. Fuentes externas: Ninguno, no especificado. Conflicto de intereses: Ninguno conocido. Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, Protocolo publicado por primera vez: Número 1, 2010</p>

Kisely 2017	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane</p> <p>País: Australia</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 3 ECA</p> <p>Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 3 ECA</p> <p>Duración de los estudios incluidos: La duración de los estudios osciló entre 11 meses y 36 meses (Burns 2013: 12 y 36 meses, Steadman 2001: 11 meses y Swartz 1999: 12 meses)</p> <p>País de los estudios incluidos: Dos estudios de los EE.UU. (Swartz 1999; Steadman 2001) y un estudio del Reino Unido (Burns 2013).</p> <p>Entorno: Comunitario</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Personas con trastorno mental grave (principalmente esquizofrenia y trastornos similares a la esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión con características psicóticas). Criterios de diagnósticos no reportados en los estudios primarios.</p> <p>N= 749</p> <p>Género: Los 3 estudios incluyeron a ambos sexos.</p> <p>Edad: Dos estudios incluyeron personas > 18 años (Swartz 1999, Steadman 2001) y un estudio tuvo un rango de 18 a 65 años (Burns 2013).</p>
Intervenciones	<p>Dos de estos ensayos compararon formas de tratamiento comunitario obligatorio (TCO) versus atención estándar o atención voluntaria y el tercer ensayo comparó una forma de orden de tratamiento comunitario (OTC) llamada “orden de tratamiento comunitario” con el alta supervisada</p> <p>Tipos de intervenciones</p> <p>1. Comparación I: Tratamiento comunitario obligatorio versus atención totalmente voluntaria</p> <p>1.1. Tratamiento comunitario obligatorio (TCO) Para que una intervención fuera aceptada como TCO, tenía que describirse en el ensayo utilizando los siguientes términos: Orden de tratamiento comunitario (OTC), tratamiento ambulatorio involuntario, internación ambulatoria involuntaria (IAI), tratamiento comunitario supervisado, licencia prolongada, liberación prolongada o alta supervisada.</p> <p>1.2. Atención totalmente voluntaria: La atención que una persona recibiría normalmente si no hubiera sido incluida en el ensayo de investigación, siempre que no implique TCO de ninguna forma.</p> <p>2. Comparación II: Órdenes de tratamiento de la comunidad versus alta supervisada. Dos tipos diferentes de tratamiento obligatorio, OTC y alta supervisada.</p> <p>3. Comparación III: Órdenes de tratamiento comunitario versus atención estándar (abarca tanto la atención voluntaria como el alta supervisada) Se combinaron los estudios de la comparación I (OTC versus totalmente voluntaria cuidado) o II (OTC versus alta supervisada) si había incertidumbre acerca de la naturaleza exacta de la condición de control (Kisely 2014a).</p> <p>No se proporcionan más detalles.</p>
VARIABLES	<p>Reingreso, hospitalización, cumplimiento con la medicación, estado mental, estado global, funcionamiento, arrestos, arrestos por violencia contra personas, calidad de vida, satisfacción con la atención: coacción percibida. (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall et al., 1962), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1986; Kay et al., 1987), Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (American Psychiatry Association et al., 1987)</p>
Notas	<p>Financiación: Fuentes internas: Unidad de Resultados de Salud, Autoridad de Salud del Distrito Capital, Halifax, Canadá. Universidad de Dalhousie, Halifax, Canadá. Hospital Fremantle, Australia. Universidad de Australia Occidental, Australia. Universidad de Queensland, Australia. Facultad de Medicina, Western University, London, Ontario, Canadá. Fuentes externas: Sin fuentes de apoyo.</p> <p>Conflicto de intereses: SK: ninguno conocido. LAC: esta revisión fue apoyada por una Beca de Programas de Conocimiento de la Fundación de Investigación en Salud de Nueva Escocia. ROR: ninguno conocido.</p> <p>Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, Protocolo publicado por primera vez: Número 4, 2003)</p>

MacInnes 2019 (continúa)	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión no Cochrane País: Reino Unido Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 9 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 6 ECA País de los estudios incluidos: 4 estudios en el Reino Unido, 1 en Finlandia y 1 en Canadá. Duración de los estudios incluidos: Información no reportada. Entorno: Un estudio se realizó en entornos de alta seguridad y tres estudios en entornos de seguridad media. Los otros dos estudios se realizaron en una combinación de entornos de seguridad alta, media y baja, incluido un estudio en el que una minoría de los participantes vivía en la comunidad.</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Pacientes de salud mental forense: Cuatro de los estudios incluyeron participantes diagnosticados con esquizofrenia o trastorno psicótico y dos estudios incluyeron participantes con esquizofrenia, T. esquizoafectivo, T. bipolar, psicosis depresiva y trastorno de la personalidad (MacInnes 2016 y Tomlinson 2017). Antecedentes de violencia: 2 estudios (Cullen 2012 y Haddock 2009) N= 411 Género: Cinco estudios incluyeron mujeres con un total de 37 participantes. Edad: Mayor de 18 años, no se facilitan datos.</p>
Intervenciones	<p>I: Terapia cognitivo-conductual (TCC) Tres estudios utilizaron este enfoque. El objetivo de TCC en salud mental forense fue cambiar el pensamiento criminógeno de los delincuentes. Cullen 2012 basaron su intervención en el programa "Razonamiento y rehabilitación" desarrollado en Canadá y buscaron enseñar a los delincuentes una variedad de habilidades cognitivas y conductuales. Programa R&R estructurado, programa manualizado. Mínimo de 36 sesiones de 2 horas (2 o 3 por semana). Terapeutas: personal con experiencia que recibió de 3-5 días de capacitación de los autores del programa. Haddock et al utilizaron un programa de TCC manualizado que incluía estrategias motivacionales para ayudar al compromiso, estrategias para reducir la gravedad y la angustia de los síntomas psicóticos y la gravedad de la ira relacionada con la agresión y la violencia. 25 sesiones. Terapeutas experimentados en TCC para personas con psicosis, recibieron capacitación en el protocolo y supervisión. Terapia dialectico-conductual (DBT) Un estudio de Tomlinson 2017 utilizó este enfoque. DBT combina estrategias de validación y aceptación con TCC centrada en el cambio. El estudio se centró en el entrenamiento de habilidades DBT para reducir la agresión. Sesiones de entrenamiento de habilidades DBT proporcionadas semanalmente durante 1,5 horas durante 6 meses (24 sesiones en total). Manual de formación y grupos de consulta de personal de 1 hora por semana. Psicoeducación Esta fue la intervención en dos estudios. Se ofrece educación a las personas con trastornos psicológicos con intervenciones que variaron desde la entrega de información simple a través de folletos, correos electrónicos o sitios web de información hasta la intervención activa en grupo de múltiples sesiones con orientación del terapeuta y ejercicios de práctica. Aho-Mustonen 2011 utilizaron un programa psicoeducativo manualizado. Programa de psicoeducación ocho sesiones semanales. Terapeutas: dos psicólogos que completaron el programa de formación de 2 días. La intervención de Walker 2013 se basó en un manual de capacitación desarrollado por el Hospital Estatal, Carstairs. Programa de psicoeducación. 2 sesiones/semana, 11 semanas. Terapeutas: psiquiatra consultor y especialista en enfermería clínica. Terapia breve centrada en soluciones Esto fue utilizado por un estudio. MacInnes 2016 utilizaron un enfoque asistido por computadora usando TBCS. La terapia promueve el movimiento hacia un cambio positivo en las personas y se caracteriza por un enfoque en el futuro explorando qué será diferente cuando las cosas mejoren. Solución asistida por ordenador centrada en la terapia breve. Sesión mensual de 6 por 1 hora. Personal capacitado en técnicas TBCS. C: TH (Aho-Mustonen 2011, Cullen 2012, MacInnes 2016, Tomlinson 2017); Terapia de actividad social (25 sesiones) (Haddock 2009); TH. Sin intervenciones psicológicas pero capaz de asistir a actividades sociales y ocupacionales (Walker 2013)</p>
VARIABLES	<p>Violencia/riesgo, disturbio, calidad de vida, recuperación, satisfacción, reclusión, síntomas, relación terapéutica, entorno de barrio</p>

MacInnes 2019	
Notas	<p>Financiación: Los autores no han declarado una subvención específica para esta investigación de ninguna agencia de financiación en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.</p> <p>Conflicto de intereses: Ninguno declarado</p> <p>Detalles registro de protocolo: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42017067099.</p> <p>Nota: Excluidos tres estudios que incluyeron participantes con un diagnóstico de trastorno de personalidad.</p>

Malmberg 2001	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane País: Finlandia Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 4 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 4 ECA País de los estudios incluidos: No se reporta información. Duración de los estudios incluidos: Todos los estudios tuvieron una duración de 20 meses o más. Entorno: La mayoría de los participantes en los estudios incluidos estaban inicialmente en el hospital y todos finalmente pasaron al estado de pacientes ambulatorios.</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Un estudio utilizó un diagnóstico operativo de esquizofrenia (DSM versión II a III) (Gunderson 1984). Ninguno de los otros estudios pareció utilizar diagnósticos operativos de esquizofrenia. Mayo de 1976 excluyó a aquellos que "obviamente no iban a ser dados de alta en dos años y aquellos cuya enfermedad entró en remisión durante el período de evaluación". O'Brien 1972 incluyó a aquellos cuyo diagnóstico era esquizofrenia y cuyas notas de casos contenían "evidencia clara de un episodio psicótico". Karon 1981 tenía como objetivo incluir a personas que estaban gravemente enfermas, pero claramente identificadas con esquizofrenia. N= 528 Género: Gunderson 1984 y Karon 1981 no informaron el sexo de los participantes incluidos. Tanto mayo de 1976 como O'Brien 1972 incluyeron hombres y mujeres. Edad: La edad de los participantes varió de 18 a 35 años en el estudio de Gunderson 1984 y O'Brien 1972 informó una edad media de 36 a 37 años. Karon 1981 o May 1976 no informaron las edades de los participantes.</p>
Intervenciones	<p>El tratamiento psicodinámico puede clasificarse como una de las terapias de "conversación". La relación entre la persona que busca la terapia y el terapeuta forma el componente principal de la terapia. No fue posible realizar comentarios sobre si las definiciones iniciales de tratamiento psicoanalítico o psicodinámico fueron las mismas que las empleadas en los estudios incluidos. La información es escasa dentro de los estudios, especialmente en relación con la frecuencia de administración y la orientación de los terapeutas. Mayo de 1976 no presentó descripciones de la orientación de la terapia o de los terapeutas. Mencionó la supervisión del tratamiento. O'Brien 1972 tampoco mencionó la orientación de los terapeutas o la terapia. No se informó la duración del tratamiento, pero se pretendía que el seguimiento fuera de 24 meses. No se menciona una definición explícita de la terapia para Gunderson 1984, pero se hacen varias referencias a la orientación psicodinámica/psicoanalítica de Stanton (uno de los autores principales). En Karon 1981 se utilizaron tres intervenciones. El grupo 'A', el grupo psicodinámico sin medicación, recibió cinco sesiones por semana durante las primeras dos a ocho semanas hasta el alta. Se proporcionaron sesiones de psicoterapia 1/semana hasta el final del estudio. El grupo 'B', el grupo psicodinámico con medicación, recibió un enfoque de psicoterapia 'egoanalítica' tres veces por semana durante al menos 20 sesiones que luego se redujeron a 1 sesión/semana. Estos participantes también recibieron fenotiazinas adyuvantes. El grupo 'C' recibió atención estándar.</p>
VARIABLES	<p>Suicidio, abandonar el estudio antes de tiempo, no puede ser dado de alta, recibió medicación adicional o recibió medicación entre los 12 meses y los tres años de seguimiento, logró el mejor nivel de salud, tratamiento no considerado éxito, reingreso en el hospital. Menninger Health Sickness Rating Scale - HSRS (Luborsky et al., 1962), Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS (Overall et al., 1962), Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS (Kay et al., 1986)</p>
Notas	<p>Financiación: Fuentes internas: Hospital Porvoo, Finlandia. Grupo Cochrane de Esquizofrenia, Reino Unido. Fuentes externas: Oficina de Finlandia para la evaluación de tecnologías sanitarias (FinOHTA), Finlandia. Finska Läkaresällskapet, Finlandia. Conflicto de intereses: Mark Fenton: ha sido paciente de psicoterapia psicoanalítica individual y grupal y trabajó como enfermero psicoterapeuta en el Sistema Nacional de Salud (Reino Unido) y cree que el tratamiento psicoanalítico tiene un lugar en cualquier sistema de salud. Lena Malmberg: trabaja como doctora en una unidad de rehabilitación de orientación psicodinámica para pacientes que viven en la comunidad con esquizofrenia en Porvoo, Finlandia. John Rathbone: ninguno conocido. Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, Protocolo publicado por primera vez: Número 1, 1999</p>

Malone 2007	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane País: Nueva Zelanda Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 3 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 3 ECA País de los estudios incluidos: Todos en Reino Unido. Duración de los estudios incluidos: El período de seguimiento entre las evaluaciones inicial y final variaba entre tres meses y 12 meses. La evaluación final de Burns 1993 fue a los 12 meses, Merson 1992b a los tres meses y Tyrer 1998 a los 12 meses. Entorno: Comunitario</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Incluyeron personas que se presentaron o fueron remitidas a servicios de salud mental para adultos con enfermedad mental grave (independientemente de cómo se hayan diagnosticado). En los tres estudios, la esquizofrenia fue el diagnóstico más común y todos incluyeron una minoría significativa de personas con trastornos neuróticos. Todos los estudios utilizaron diagnósticos operacionalizados. Burns 1993 utilizó el Examen del Estado Actual (PSE). Merson 1992b usó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y Tyrer 1998 usó el sistema de diagnóstico "Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness" (OPCRIT). Burns 1993: trastornos psicóticos 55/158 (35%); Merson 1992: esquizofrenia (38), trastornos del estado de ánimo (32), neuróticos (25), otros (5). Trastorno de personalidad (50) (CIE-10), Tyrer 1998: esquizofrenia (86), trastorno afectivo bipolar (20), trastorno depresivo (24), otro (25). N= 587 Género: Todos los estudios incluyeron personas de ambos sexos y hubo algo más de mujeres que de hombres. Edad: Burns 1993 edad media de 40 años, Merson 1992 mediana 32 y Tyrer 1998 rango 16-65 años.</p>
Intervenciones	<p>Los equipos comunitarios de salud mental (CMHT) de cada estudio participaron en evaluaciones multidisciplinares de cada persona, seguidas de revisiones periódicas del equipo. La atención incluyó el seguimiento y la prescripción de medicamentos, diferentes formas de intervención psicológica (incluida la intervención familiar) y con especial énfasis en la continuidad de la atención. La atención estándar fue coordinada por el personal del hospital que evaluó y trató a las personas principalmente en entornos hospitalarios para pacientes ambulatorios y hospitalarios. La atención involucró a psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales, pero no estuvo estrechamente coordinada y no fue realizada por un solo equipo. El tratamiento cubrió la gama de intervenciones psiquiátricas. No se proporciona duración, etc.</p>
VARIABLES	<p>Muerte (suicidio o causas sospechosas), abandono temprano del estudio, satisfacción con el servicio, uso de servicios, estado mental, Contactos con la policía. Comprehensive Psychopathological Rating Scale-CPRS (Asberg et al., 1978).</p>
Notas	<p>Financiación: Fuentes internas: Escuela de Medicina del Imperial College, Londres, Reino Unido. Servicio de Salud Mental del Noroeste de Londres NHS Trust, Londres, Reino Unido. St Bartholomew's Hospital, Londres, Reino Unido. Escuela Real de Medicina y Odontología de Londres, Londres, Reino Unido. Fuentes externas: Autoridad Sanitaria Regional del Norte de Thames, Londres, Reino Unido. Conflicto de intereses: Ninguno. Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, Protocolo publicado por primera vez: Número 1, 1997.</p>

Murphy 2015 (continua)	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane País: Reino Unido Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 8 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 8 ECA País de los estudios incluidos: en Australia (Hoult 1983), Canadá (Fenton 1979; Fenton 1998), EE.UU. (Pasamanick 1964a; Stein 1975) y Reino Unido (Howard 2010; Johnson 2005; Muijen 1992). Duración de los estudios incluidos: El ensayo más corto fue (Howard 2010) con una duración de tres meses y (Pasamanick 1964a) fue el ensayo más largo, con una duración de dos años. Entorno: Entorno hospitalario y Comunitario</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: Los ocho estudios incluidos se centraron todos en adultos con enfermedad mental graves que estaban en crisis y requerían o necesitaban hospitalización inmediata. La mayoría de los participantes eran psicóticos (la mayoría padecía esquizofrenia), pero hubo una representación sustancial de otros diagnósticos como depresión y neurosis severas. Tres estudios indicaron cómo habían utilizado los criterios de diagnóstico para el diagnóstico (Fenton 1979; Hoult 1983; Muijen 1992). Adultos con (a) enfermedad mental grave como se define en la versión anterior de la revisión (cualquier persona con esquizofrenia u otra enfermedad mental grave diagnosticada) o (b) adultos con enfermedad mental grave, excepto cuando el enfoque del ensayo es un grupo particular de personas sólo con una condición particular. N= 1.144 Género: Mujeres sólo (Howard 2010) y ambos sexos (Fenton 1979, Fenton 1998, Hoult 1983, Johnson 2005, Muijen 1992, Pasamnick 1964a, Stein 1975) Edad: La media de edad oscilaba entre 31- 40 años. Dos incluyeron rangos de edad que oscilaron desde 17-64 años (Muijen 1992) y 15-65 años (Hoult 1983).</p>
Intervenciones	<p>I: Johnson 2005 investigó la atención brindada por los equipos domiciliarios de resolución de crisis versus la atención estándar. Otros cinco ensayos (Fenton 1979; Hoult 1983; Muijen 1992; Pasamanick 1964a; Stein 1975) tenían tratamientos domiciliarios similares entre sí donde la intervención en crisis se incluyó como parte de un paquete. Dos estudios investigaron casas de crisis que brindaban cuidados residenciales similares a los de un hogar. Para todos los estudios, un equipo multidisciplinario, generalmente compuesto por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, prestó la atención. Para ser incluidos en la revisión, los equipos tenían que tratar las crisis que ocurrían dentro y fuera del horario de oficina. Todos los estudios incluidos proporcionaron atención de emergencia, aunque el tipo de cobertura varió. Seis tenían miembros del personal de guardia listos para visitar las 24 horas del día si fuera necesario (Fenton 1979; Fenton 1998; Hoult 1983; Howard 2010; Johnson 2005; Stein 1975). Muijen 1992 proporcionó un servicio de contestador telefónico solamente, pero si las personas querían más ayuda, podían usar la clínica de emergencia sin cita previa en el hospital local. Pasamanick 1964a inicialmente proporcionó un servicio telefónico con visitas domiciliarias, pero luego cambió a un contestador automático que indicaba a las personas que llamaban que volvieran a llamar durante el horario de oficina. Si realmente se trataba de una emergencia, podían ponerse en contacto con la comisaría de policía local. Stein 1975: La atención domiciliaria incluyó atención domiciliaria de (Programa de vida comunitaria) equipo multidisciplinario, servicio las 24 horas, tratamiento de drogas, enseñanza de habilidades de afrontamiento, apoyo familiar brindado, uso de agencias comunitarias, durante 14 meses. C: La atención estándar para todos los estudios incluidos incluyó la hospitalización si fue necesario. La mayoría de los pacientes de atención estándar fueron hospitalizados inmediatamente después de la asignación. Una vez hospitalizadas, las personas recibieron el nivel estándar de atención para ese hospital. Esta tendió a ser una atención breve e intensa con el objetivo general de dar de alta temprana. Además de la medicación, se dispuso en el lugar de diversas formas de programas de tratamiento, como asesoramiento, fisioterapia y terapia ocupacional. También había trabajadores sociales disponibles. Después del alta, todos los ensayos utilizaron sus servicios ambulatorios habituales.</p>

Murphy 2015	
Variabes	Muerte, daño a sí mismo o a otros, intento de suicidio, homicidio, uso de servicios, abandonar el estudio antes de tiempo, estado global, estado mental, abuso de sustancias, satisfacción, coste económico, calidad de vida, funcionamiento. Brief Psychiatric Rating Scale- BPRS (Overall et al., 1962), escala de calificación de salud y enfermedad (HSRS) (Luborsky, 1962), Client Satisfaction Questionnaire (Larsen 1979), Global Assessment Scale-GAS (Endicott et al., 1976), Manchester Short Assessment of quality of life-MANSA (Priebe et al., 1999), Life Skills Profile-LSP (Parker et al., 1992), Present State Examination-PSE (Wing et al., 1974), Psychiatric Evaluation Form-PEF (Endicott et al., 1972), Social Adjustment Scale-SAS (Weissman et al., 1971), EuroQuol - 5 dimension- EQ-5D (Brooks et al., 1996).
Notas	Financiación: Fuentes internas: Gwent Community Health NHS Trust, Servicios para adultos, Reino Unido. NHS Executive Anglia and Oxford R&D Directorate, Reino Unido. Universidad de Leeds, Reino Unido. Fuentes externas: Welsh Office of Research and Development for Health and Social Care, Reino Unido. Conflicto de intereses: No hubo ningún conflicto de intereses potencial. Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, Protocolo publicado por primera vez: Número 2, 1998.

Pharoah 2010 (continua)	
Métodos	<p>Tipo de revisión: Revisión Cochrane País: Reino Unido Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 53 (ECA, cuasi-ECA o cluster ECA). Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 47: 43 ECA, 1 clúster ECA (Ran 2003) y 3 cuasi-ECA, los cuales fueron incluidos porque el perfil demográfico de cada grupo era similar: Hogarty 1997, utilizó un método cuasialeatorio asignando ("en semanas o meses alternos") a los participantes antes de que fueran admitidos; Liu 2003 una asignación cuasi aleatoria (ingreso hospitalario) y Gong 2007 una asignación aleatoria según la secuencia de ingreso. País de los estudios incluidos: Los estudios se realizaron en Australia (dos ensayos), Canadá (un ensayo), Europa (diez ensayos), la República Popular de China (26 ensayos) y los EE.UU. (9 ensayos). Duración de los estudios incluidos: 23 estudios hasta 12 meses de duración (Szmukler 2003, Xiang 1994, Xiang 2005, Wang 2006, Zhou 2007, Glynn 1992, Bloch 1995, Buchkremer 1995, Chen 2005, Dai 2007, Du 2005, Fernandez 1998, Guo 2007, Leff 2001, Liu 2007, Magliano 2006, Mak 1997, Merinder 1999, Qiu 2002, Ran 2003, De Giacomo 1997, Vaughan 1992, Posner 1992) 21 estudios reportaron una duración de más de 12 meses hasta 3 años (Barrowclough 2001, Bradley 2006, Carra 2007, Chien 2004, Dyck 2002, Falloon 1981, Gong 2007, Herz 2000, Hogarty 1986, Hogarty 1997, Leff 1982, Leff 1989, Liu 2003, Luping 2007, Lv 2003, McFarlane 1995, Randolph 1994, Schooler 1997, Tan 2007, Xiong 1994, Zhang 2006a, Zhang 2006b) Entorno: Comunitario</p>
Participantes	<p>Diagnóstico: A los participantes (excepto a Szmukler 2003) se les diagnosticó esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. La mayoría de los estudios utilizaron evaluaciones clínicas estructuradas para determinar el diagnóstico (estudios DSM 19, estudios CCMD 13, siete estudios CIE-10, dos estudios RDC, un estudio New Haven Index y seis estudios PSE). Szmukler 2003 incluyó a más del 80% con un diagnóstico de enfermedades similares a la esquizofrenia, mientras que el resto padecía trastorno afectivo bipolar o depresión psicótica. Leavey 2004 incluyó a personas descritas con una enfermedad psicótica. La mayoría de los estudios involucraron a familias cuyos parientes habían tenido múltiples ingresos. Antecedentes suicidio: Magliano 2006 antecedentes previos de suicidio N= 5.080 Género: De los estudios que informaron el sexo de los participantes, la mayoría incluyó tanto a hombres como a mujeres, aunque Glynn 1992, Liu 2007 y Zhang 2006a incluyeron sólo pacientes masculinos. Edad: En general, la edad de los participantes osciló entre 16 y 80 años, la media osciló entre 23 y 44 años. Duración de la enfermedad: 2 estudios mencionaron una duración de enfermedad inferior a 3 años (Chien 2004, De Giacomo 1997) 14 estudios mencionaron una duración media de enfermedad de 2 y 10 años (Barrowclough 2001, Bloch 1995, Buchkremer 1995, Chen 2005, Dyck 2002, Falloon 1981, Fernandez 1998, Glynn 1992, Hogarty 1997, Luping 2007, Mak 1997, Qiu 2002, Wang 2006, Xiong 1994)</p>
Intervenciones	<p>I: La duración del tratamiento varió entre seis semanas (Bloch 1995) y tres años (Hogarty 1997). Hogarty 1997 también realizó un seguimiento de los participantes durante tres años más. Todos los participantes recibieron intervenciones familiares y algunos tenían un componente educativo. Trece ensayos incluyeron terapia familiar en presencia de los pacientes (Barrowclough 2001; De Giacomo 1997; Dyck 2002; Falloon 1981; Glynn 1992; Goldstein 1978; Herz 2000; Leff 1982; Leff 2001; Mak 1997; Xiong 1994; Zhang 1994) mientras que ocho restringieron los grupos a los familiares (Bloch 1995; Buchkremer 1995; Chien 2004; Hogarty 1997; Leavey 2004; Posner 1992; Tarrier 1988; Vaughan 1992). Szmukler 2003 llevó a cabo sesiones familiares en su mayoría sin la presencia del paciente. En general, el objetivo principal de las intervenciones basadas en la familia, cuando se informó, fue mejorar el ambiente familiar y reducir la recaída de la esquizofrenia. Además de la intervención familiar "estándar" (educación sobre la esquizofrenia y modificación de la conducta), los grupos de intervención familiar utilizaron otros enfoques no farmacológicos como parte de su estrategia. Barrowclough 2001 utilizó la entrevista motivacional y la intervención cognitivo-conductual. Falloon 1981 proporcionó apoyo de 24 horas al grupo de terapia familiar.</p>

Pharoah 2010 (continua)	
Intervenciones	<p>Hogarty 1997 incorporó el entrenamiento en relajación para el grupo de intervención y educó a la familia sobre los factores de estrés de la esquizofrenia y los síntomas prodrómicos.</p> <p>Tarrier 1988 utilizó el juego de roles como medio para educar a los miembros de la familia sobre cómo manejar la esquizofrenia, mientras que Vaughan 1992 incorporó ejercicios de tareas para los miembros de la familia.</p> <p>Barrowclough 2001: La intervención consistió en 10-16 sesiones y las intervenciones individuales (TCC e intervención motivacional) tuvieron lugar en 29 sesiones.</p> <p>Bloch 1995: 6 sesiones semanales</p> <p>Bradley 2006: Historial: 21 habían recibido tratamiento hospitalario antes de entrar en el estudio; diez participantes tenían un trastorno por sustancias.</p> <p>Buchkremer 1995: 1 sesión/2 semanas durante 1 año.</p> <p>Chen 2005: 9 sesiones</p> <p>De Giacomo 1997: Sesiones individuales y combinadas durante 10 semanas</p> <p>Falloon 1981: Semanal 3/12, quincenal 6/12.</p> <p>Fernández 1998: Más de 6 sesiones.</p> <p>Glynn 1992: Media de 21 sesiones en 1 año.</p> <p>Gong 2007: La intervención familiar de 45-50 minutos/sesión, se cobraba a 50 yuanes por sesión y el seguimiento se organizó cada 3 meses.</p> <p>Guo 2007: 3 sesiones/semana, 30-45 minutos/sesión.</p> <p>Luping 2007: Intervención familiar grupal 100 minutos/sesión, 1 sesión/mes, 16 sesiones en total + intervención familiar individual</p> <p>Lv 2003: La terapia fue proporcionada por psiquiatras cualificados durante 50 minutos/mes. Sesión de ocho intervenciones</p> <p>Ran 2003: Una vez al mes durante 9 meses, cada sesión de 1,5 a 3 horas</p> <p>Randolph 1994: Media de 21 sesiones</p> <p>Schooler 1997: Reuniones grupales mensuales de 1,5 horas.</p> <p>Szmukler 2003: Sesiones semanales de 1 hora X 6 con la familia</p> <p>Tan 2007: 1,5 Horas/sesión, una vez al mes.</p> <p>Vaughan 1992: 10 sesiones semanales de 1 hora.</p> <p>Wang 2006: Intervención una vez cada 2 semanas.</p> <p>Xiong 1994: Sesiones grupales e individuales: inicialmente mensuales y luego sesiones cada 2-3 meses.</p> <p>Zhang 2006a: Una sesión por semana/4 sesiones = 1 curso y dos cursos en total.</p> <p>Zhang 2006b: Una vez a la semana durante la hospitalización; una vez cada 4 semanas después del alta.</p> <p>C: Todos los grupos de control recibieron atención estándar o un nivel de atención habitual que incluía intervenciones farmacológicas. Bloch 1995 proporcionó al grupo de control una discusión de sesión única sobre el estudio y también proporcionó a los participantes material educativo que describía la esquizofrenia. Leff 2001 brindó dos sesiones de educación sobre la esquizofrenia al grupo de control. Szmukler 2003 proporcionó una única sesión de una hora para el grupo de control en la que se describió el estudio y los cuidadores discutieron sus problemas; Los cuidadores también recibieron la misma información escrita y en video que el grupo de intervención. Falloon 1981 utilizó medidas adicionales y utilizó psicoterapia de apoyo para el brazo de control del estudio. Merinder 1999 brindó apoyo psicosocial en un contexto individualizado sin participación familiar.</p> <p>Algunos estudios informaron el tratamiento farmacológico en los grupos de intervención y de comparación (Chien 2004, Herz 2000, Leff 1982, Li 2004, Liu 2007, Luping 2007, Lv 2003, Magliano 2006, McFarlane 1995, Posner 1992, Qiu 2002, Ran 2003, Schooler 1997, Xiang 1994)</p>
Variables	<p>Eventos adversos (incluyendo suicidio), estado global, funcionamiento, estado mental, comportamiento, calidad de vida. Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (American Psychiatry Association et al., 1987), Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS (Overall et al., 1962), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987), Symptom Checklist 90 (revised) (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1976), Present State Examination (PSE) (Wing et al., 1974), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) (Andreasen et al., 1982), Quality of Life-QoL (Heinrichs et al., 1984), Social Disability Screening Schedule-SDSS (WHO et al., 1988), Frankfurt Complaint Inventory-FBF-3 (Stüllwold et al., 1986), Insight Scale-IS (Birchwood et al., 1994), Health of the Nation Outcome Scale-HoNOS (Amin et al., 1999), Social Functioning Scale-SFS (Birchwood et al., 1990), The Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation-NOSIE (Honigfeld et al., 1965)</p>

Pharoah 2010	
Notas	<p>Financiación: Fuentes internas: Universidad McMaster, Ontario, Canadá. Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil. Hinchingsbrook Health Care, Cambridgeshire, Reino Unido. Fuentes externas: Red Internacional de Epidemiología Clínica (INCLEN), EE.UU.</p> <p>Conflicto de intereses: Ninguno conocido.</p> <p>Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, información de registro no accesible.</p> <p>Excluidos 6 Estudios:</p> <p>Tres ensayos incluyeron proporciones sustanciales de personas con primeros episodios de enfermedad (Goldstein 1978; Linszen 1996; Zhang 1994).</p> <p>Leavey 2004: Historia del primer episodio de enfermedad psicótica dentro de los seis meses de estudio.</p> <p>Li 2005a: criterio exclusión: enfermedad grave</p> <p>Li 2004: historia: primer episodio. Duración: 9 meses. Edad: edad media: 23 años.</p>

Rampling 2016	
Métodos	Tipo de revisión: Revisión no Cochrane País: Reino Unido Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 22 (6 ECA, 1 clúster ECA y 15 no ECA) Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 3 ECA País de los estudios incluidos: Información no proporcionada Duración de los estudios incluidos: Información no proporcionada Entorno: Unidad de seguridad media (Cullen 2012), Pacientes hospitalizados y ambulatorios (Haddock 2009), No proporcionado (Nurenberg 2015)
Participantes	Diagnóstico: Enfermedad mental grave con antecedentes de violencia o agresión. Cullen 2012: enfermedad mental grave + historia de violencia Haddock 2009: Trastorno psicótico + historia de violencia Nurenberg 2015: Enfermedad mental grave crónica Criterios de diagnóstico: sin datos disponibles N= 208 Género: un estudio incluyó sólo hombres (Cullen 2012) y el resto ambos sexos predominando el sexo masculino. (Haddock 2009, Nurenberg 2015) Edad: Adultos (mayores de 18 años), datos no disponibles. Antecedentes de violencia: 2 estudios (Cullen 2012 y Haddock 2009)
Intervenciones	Haddock et al., 2009: Terapia cognitivo-conductual para psicosis 25 sesiones durante 6 meses vs control de Terapia de actividad social. Cullen et al., 2012: Reasoning & Rehabilitation 36 sesiones vs Tratamiento habitual (TH). Nurenberg et al., 2015: Terapia asistida por animales (terapia asistida por equinos-EAP o terapia asistida por perros-CAP) 10 sesiones grupales semanales vs control activo o TH.
Variables	Haddock et al., 2009. Resultado: Incidentes de violencia (objetivo). Tiempo: Durante el tratamiento, finalización del tratamiento, 6 meses después Cullen et al., 2012: Resultados: Crime Pics II (Frude et al., 1994); Novaco Anger Scale (NAS) (Novaco 1994); Agresión física (objetivo); Agresión verbal (objetivo). Tiempos: Durante el tratamiento, 12 meses después del tratamiento. Nurenberg et al., 2015: Resultados: Incidentes de violencia (objetivo); Over aggression scale (OAS) (Yudofsky et al., 1986) Tiempo: 2 meses antes del tratamiento, 3 meses después de comenzar el tratamiento.
Notas	Financiación: Los autores no recibieron financiación específica relacionada con esta revisión. Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses. Detalles registro de protocolo: Prospero, CRD42014009400. Excluidos: No ECA: 16 estudios Trastorno de la personalidad o trastorno antisocial de la personalidad: Bernstein 2012, Tarrier 2010, Davidson 2009. Diagnostico no especificado: Toquette 2013

Reilly 2013	
Métodos	Tipo de revisión: Revisión Cochrane País: Reino Unido Nº total de estudios incluidos en la RS y diseño: 1 ECA Nº total de estudios incluidos en la Revisión Global y diseño: 1 ECA País de los estudios incluidos: 1 EE.UU. Duración de los estudios incluidos: Seguimiento de 36 meses. Entorno: Comunitario.
Participantes	Diagnóstico: Enfermedad mental grave (TMG) se define como esquizofrenia u otros tipos de psicosis similar a la esquizofrenia (p. Ej., Trastornos esquizofreniformes y esquizoafectivos), trastorno bipolar activo u otra psicosis. Bauer 2006: Diagnóstico: 87% bipolar I (DSM-IV) (265 BPD I, 41 BPD II). Intento de suicidio de por vida: 65% (211). N= 306 Género: Sexo: 91% hombres (28 M, 278 H). Edad: 46,6 años de media Bauer 2006: Etnia: 23% minoría (71 minoría; 235 no minoría). Estado civil distinto de viudo o casado: 70%. Desempleados: 54%. Pensión de invalidez: 28%. Historia: Recién dado de alta de una sala de hospitalización. La muestra informó estar gravemente enferma, hospitalizada con frecuencia con una alta tasa de comorbilidad psiquiátrica y física actual. Trastorno por consumo de sustancias actual: 34% (103). Trastorno por consumo de sustancias durante toda la vida: 72% (219). Comorbilidades médicas activas (mediana, IQR): 2 (1,3). Número de hospitalizaciones psiquiátricas durante los 5 años anteriores (media 5,3 DE 5,5).
Intervenciones	I: La intervención de atención colaborativa se entregó a los pacientes en las clínicas ambulatorias de salud mental de 11 Centros Médicos de la Administración de Veteranos participantes. La intervención de atención colaborativa se describe como "basada en equipo", requirió un psiquiatra designado (equivalente a 0,25 a tiempo completo) y un coordinador de atención de enfermería (equivalente a 0,5 a tiempo completo) para un número de casos de 45 a 50 pacientes. Se brindó psicoeducación grupal, el Programa de Psicoeducación de Objetivos de Vida, a los pacientes y tres tipos de seguimiento: 'atención programada de la columna vertebral', 'servicios de respuesta a la demanda' y 'contactos proactivos de alcance y alcance'. Un algoritmo de una página contenía un resumen de la información publicada en las Guías de práctica clínica para el trastorno bipolar sobre la prescripción de farmacoterapia (Bauer 1999) y estaba acompañado de un manual. Se dio un programa de capacitación clínica de dos días a los proveedores de atención al comienzo del estudio. Se utilizaron llamadas telefónicas y boletines informativos para proporcionar actualizaciones sobre las pautas de tratamiento, discutir sobre pacientes con dificultades y revisar cuestiones de acceso y continuidad. El algoritmo de tratamiento y el programa Life Goals tenían como objetivo alentar a los pacientes a desarrollar planes de acción colaborativos con los proveedores de atención médica. La duración de la intervención fue de 36 meses y evaluaciones de seguimiento cada ocho semanas. Los participantes del grupo de atención habitual se incluyeron en el estudio durante el mismo período de tiempo.
Intervenciones	C: Los participantes asignados aleatoriamente al brazo de atención estándar del ensayo continuaron recibiendo la atención habitual de sus proveedores de atención médica. Los que administraron la intervención no brindaron atención a los participantes en el grupo de atención estándar. Los psiquiatras del brazo de atención estándar tuvieron acceso a la Guía de práctica clínica bipolar después de su publicación en 1999 (Bauer 1999). La guía describe los puntos críticos de decisión en el tratamiento del trastorno bipolar y proporciona recomendaciones basadas en la evidencia. No se realizó un seguimiento de la implementación y aceptación de las guías (Bauer 2009). Los proveedores de atención estándar no estaban sujetos a una evaluación de proceso; sin embargo, los autores del estudio informan que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los sitios en términos de a) costes del tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios o b) costes del tratamiento para pacientes hospitalizados (mental, médico, quirúrgico).
VARIABLES	Muerte (incluyendo suicidio), ingresos, calidad de vida, estado mental, funcionamiento. Porcentaje de semanas en cualquier episodio (mixto maníaco, deprimido) y el número medio de síntomas maníacos y síntomas maníacos y depresivos, Social Adjustment Scale-II (SAS-II) (Schooler et al., 1979), the Medical Outcomes Study (MOS) Short Form Health Survey (SF-36) (Stewart et al., 1988)
Notas	Financiación: Fuentes internas: No se suministran fuentes de apoyo. Fuentes externas: Escuela NIHR de Investigación en Atención Primaria, Universidad de Manchester, Reino Unido. Conflicto de intereses: LG es coautor de la revisión Atención colaborativa para problemas de depresión y ansiedad en atención primaria (Archer 2012). Detalles registro de protocolo: Revisión Cochrane, información de registro no accesible

Anexo 14. Calidad de las revisiones sistemáticas incluidas: AMSTAR-2.

AMSTAR-2	Almire 2015	Ballesteros 2020	Buckley 2015	Darmstad 2017	Dietrich 2017	Donker 2013	Hunt 2019	Jones 2018	Kisely 2017	Kimostika 2013	MacInnes 2019	Malmberg 2001	Madone 2007	Murphy 2015	Pharaoh 2010	Rampling 2016	Reilly 2013
✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	#	✓	✓	#	✓	✓	✓	✓	✓	✓	#	✓	✓	✓	✓	#	✓
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓
11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	✓	✓	✓	N/A	✓	N/A	✓	✓	✓	✓	N/A	N/A	✓	✓	✓	N/A	✓
12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?	✓	✓	✓	N/A	✓	N/A	✓	✓	✓	✓	N/A	N/A	✓	✓	✓	N/A	✓
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NE	✓
15. Si se realizó síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N/A	✓	N/A	N/A	✓	N/A	N/A	✓	N/A	✓	N/A	N/A	✓	✓	✓	N/A	N/A
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Valoración General. Confianza: Alta, media, baja, críticamente baja (CB)	Alta	Alta	Alta	CB	Alta	CB	Alta	Alta	Alta	Alta	Baja	Alta	Alta	Alta	Alta	Baja	Alta

Anexo 15. Calidad de la evidencia en las revisiones sistemáticas incluidas.

Revisión sistemática	Nº de estudios incluidos	Generación de secuencia aleatoria-Sesgo de selección (estudios)			Ocultamiento de la asignación: sesgo de selección (estudios)			Cegamiento (sesgo de realización y sesgo de detección)						Datos de resultado incompletos: sesgo de atrición (estudios)			Informes selectivos-Sesgo de notificación (estudios)			Otros sesgos (estudios)		
		Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro
Buckley 2015	23	6	0	17	4	0	19	3	1	19	8	3	12	17	1	5	4	19	0	19	0	4
Ballesteros 2020	2	2	0	0	1	0	1	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0
Hunt 2019	41	27	0	14	11	3	27	0	41	0	20	6	15	8	13	20	10	5	26	37	0	4
Jones 2018	31	24	0	7	16	1	14	0	8	23	23	1	7	22	6	3	25	6	0	29	2	0
MacInnes 2019	6	5	0	1	5	0	1	6	0	0	4	2	0	3	2	1	5	0	1	6	0	0
Reilly 2013	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1

Revisión sistemática	Nº de estudios incluidos	Generación de secuencia aleatoria-Sesgo de selección (estudios)			Ocultamiento de la asignación: sesgo de selección (estudios)			Cegamiento (sesgo de realización y sesgo de detección)			Datos de resultado incompletos: sesgo de atrición (estudios)			Informes selectivos-Sesgo de notificación (estudios)			Otros sesgos (estudios)		
		Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro
Almerie 2015	13	3	0	10	1	0	12	0	12	1	4	7	2	4	9	0	0	1	12
Kisely 2017	3	2	0	1	0	0	3	0	3	0	2	1	0	1	0	2	0	1	2
Kinoshita 2013	14	10	0	4	7	0	7	0	14	0	6	4	4	0	14	0	5	1	8
Malmberg 2001	4	0	0	4	0	0	4	0	4	0	0	4	0	0	0	4	0	0	4
Murphy 2015	8	3	0	5	3	0	5	0	3	5	1	1	6	2	0	6	2	0	6
Pharoah 2010	47	7	4	36	1	2	44	0	23	24	22	19	6	0	1	46	4	0	43
Ramplng 2016	3	2	0	1	2	0	1	0	3	0	2	0	1	2	1	0	0	3	0

Revisión sistemática	N° de estudios incluidos	Generación de secuencia aleatoria-Sesgo de selección (estudios)			Ocultamiento de la asignación: sesgo de selección (estudios)			Cegamiento (sesgo de realización y sesgo de detección)			Datos de resultado incompletos: sesgo de atrición (estudios)			Informes selectivos-Sesgo de notificación (estudios)			Otros sesgos (estudios)								
		Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Cegamiento de participantes y personal: sesgo de realización o y sesgo de selección (estudios)	Cegamiento de participantes y personal: sesgo de realización (estudios)	Cegamiento de la evaluación de resultados (estudios): sesgo de detección	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro	Bajo Riesgo	Alto Riesgo	Poco Claro			
Dieterich 2017	40	11	0	29	4	0	36	0	1	39	0	23	17	2	5	33	10	2	28	14	24	2	39	0	1

Revisión sistemática	Estudios incluidos	Puntuación JQR (Jadad` s quality criteria)
Donker 2013	Barrowclough 2010	
	Bateman 2007	1
	Cunningham Owens 2001	2
	Färdig 2011	2
	Grawe 2006	3
	Nordentoft 2002	2
	Peters 2010	2
	TARRIER 2006	3
	Turkington 2002	2

Anexo 16. Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida.

HABILIDADES SOCIALES comparado con ATENCIÓN ESTANDAR para manejo de la violencia heterodirigida

Intervención: HABILIDADES SOCIALES **Comparación:** ATENCIÓN ESTANDAR

Bibliografía Almerie et al., 2015

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTANDAR	Riesgo con HABILIDADES SOCIALES				
Comportamiento agresivo	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	RR 0.00 (-0,27 a 0,27)	12 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. No hubo adecuado cegamiento, b. No se presenta ningún evento, pocos pacientes, c. No se han comunicado todos los resultados previstos.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL comparado con ATENCIÓN ESTÁNDAR para manejo violencia heterodirigida

Intervención: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL **Comparación:** ATENCIÓN ESTÁNDAR

Bibliografía: Ballesteros et al., 2020

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTÁNDAR	Riesgo con TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL				
Agresión física al final del tratamiento seguimiento: 4-6 meses	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	Razón de densidad de incidencia (razón de tasas) 0,28 (0,14 a 0,57)	161 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL podría reducir la agresión física al final del tratamiento pero la evidencia es muy incierta.
Agresión física post-tratamiento seguimiento: 12-16 meses	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	Razón de densidad de incidencia (razón de tasas) 0,56 (0,33 a 0,98)	161 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL podría reducir la agresión física post-tratamiento pero la evidencia es muy incierta.
Agresión verbal al final del tratamiento seguimiento: 4-6 meses	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	Razón de densidad de incidencia (razón de tasas) 0,25 (0,18 a 0,34)	161 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL podría reducir la agresión verbal al final del tratamiento pero la evidencia es muy incierta.
Agresión verbal post-tratamiento seguimiento: 12-16 meses	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	Razón de densidad de incidencia (razón de tasas) 0,48 (0,35 a 0,66)	161 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{a,c}	La evidencia sugiere que TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL da como resultado una reducción en agresión verbal post-tratamiento.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL comparado con ATENCIÓN ESTÁNDAR para manejo violencia heterodirigida

Intervención: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL **Comparación:** ATENCIÓN ESTÁNDAR

Bibliografía: Ballesteros et al., 2020

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTÁNDAR	Riesgo con TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL				

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. Los 2 ECA no tuvieron un adecuado cegamiento y en uno de los ECA no estaba clara la ocultación de la asignación. b. Sus intervalos de confianza no se solapan, la prueba de heterogeneidad es significativa y el I² presenta un valor elevado c. Bajo número de participantes incluidos en el meta-análisis

REMEDIACIÓN COGNITIVA COMPUTERIZADA comparado con ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR para manejo de la violencia heterodirigida

Intervención: REMEDIACIÓN COMPUTERIZADA **Comparación:** ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR

Bibliografía: Darmedru et al., 2017

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados ^a (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR	Riesgo con REMEDIACIÓN COMPUTERIZADA				
Agresión verbal	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	LRX ² _i =74,92, p< 0,001 La evidencia es muy incierta sobre el efecto de REMEDIACIÓN COMPUTERIZADA en agresión verbal .
Agresión física	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	LRX ² _i =46,69, p< 0,001 La evidencia es muy incierta sobre el efecto de REMEDIACIÓN COMPUTERIZADA en agresión física.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. Fallos en el diseño del estudio, b. Heterogeneidad, c. Pequeño tamaño muestral, d. Datos no reportados

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS comparado con GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS para manejo de la violencia auto y heterodirigida

Intervención: GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS **Comparación:** GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS

Bibliografía: Dieterich et al. 2017

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados ^a (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS	Riesgo con GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS				
Lesiones/agresión a otros seguimiento: > 12 meses	194 por 1000	212 por 1000 (165 a 272)	RR 1,09 (0,85 a 1,40)	959 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	
Lesiones/agresión a otros seguimiento: 18 meses	210 por 1000	283 por 1000 (182 a 440)	RR 1,35 (0,87 a 2,10)	251 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕○ Moderado ^b	
Lesiones/agresión a otros seguimiento: 8,5 años	442 por 1000	420 por 1000 (367 a 481)	RR 0,95 (0,83 a 1,09)	304 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕○ Moderado ^b	
Muerte por suicidio seguimiento: < 6 meses	6 por 1000	10 por 1000 (2 a 64)	RR 1,61 (0,26 a 9,85)	929 (6 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{c,d,e}	
Muerte por suicidio seguimiento: > 12 meses	12 por 1000	11 por 1000 (3 a 35)	RR 0,88 (0,27 a 2,84)	1152 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{d,f}	

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS comparado con GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS para manejo de la violencia auto y heterodirigida

Intervención: GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS **Comparación:** GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS

Bibliografía: Dieterich et al. 2017

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados ^a (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS	Riesgo con GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS				
Muerte por suicidio seguimiento: 18 meses	24 por 1000	8 por 1000 (1 a 75)	RR 0,33 (0,03 a 3,09)	251 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{b,g}	
Daño a sí mismo o a otros seguimiento: 7-12 meses	278 por 1000	244 por 1000 (111 a 528)	RR 0,88 (0,40 a 1,90)	73 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{b,h}	
Autolesión seguimiento: > 12 meses	102 por 1000	102 por 1000 (71 a 149)	RR 1,00 (0,69 a 1,46)	959 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	
Autolesión seguimiento: 18 meses	129 por 1000	110 por 1000 (57 a 215)	RR 0,85 (0,44 a 1,67)	251 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{b,g}	
Autolesión seguimiento: 8,5 años	290 por 1000	235 por 1000 (148 a 368)	RR 0,81 (0,51 a 1,27)	214 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕○ Moderado ^b	

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS comparado con GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS para manejo de la violencia auto y heterodirigida

Intervención: GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS **Comparación:** GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS

Bibliografía: Dieterich et al. 2017

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados ^a (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con GESTIÓN NO INTENSIVA DE CASOS	Riesgo con GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS				

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. 1 ECA no tuvo un adecuado cegamiento y en otro ECA no estaba claro que la generación de secuencia fuera aleatoria, y que el cegamiento fuera adecuado. b. No tuvo un adecuado cegamiento. c. En 2 ECA no hubo un adecuado cegamiento y en 1 ECA no estaba claro que la generación de secuencia fuera aleatoria, y que el cegamiento fuera adecuado. d. El Intervalo de confianza incluye tanto el beneficio apreciable como el daño apreciable. e. Se informa que en 1 ECA había resultados no preestablecidos. La mayoría de los resultados comunicados estaban incompletos (datos no utilizables). f. Aleatorización no bien descrita y cegamiento problemático. g. Intervalo de confianza amplio. h. No estaba claro que la generación de secuencia fuera aleatoria, que el ocultamiento de la asignación y que el cegamiento fuera adecuado

MODELOS INTEGRADOS DE ATENCIÓN comparado con ATENCIÓN ESTÁNDAR para manejo de la violencia heterodirigida

Intervención: MODELOS INTEGRADOS DE ATENCIÓN **Comparación:** ATENCIÓN ESTÁNDAR

Bibliografía: Hunt et al., 2019

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTÁNDAR	Riesgo con MODELOS INTEGRADOS DE ATENCIÓN				
Crímenes violentos	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	Datos asimétricos o sesgados

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. No hubo adecuado cegamiento. b. Tasa de deserción desconocida entre los controles. No se empleó la evaluación directa del consumo de sustancias para valorar el impacto de la intervención. c. Datos asimétricos, d. Tamaño muestral pequeño

COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL comparado con ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA para manejo de la violencia heterodirigida

Intervención: COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL **Comparación:** ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA

Bibliografía: Kisely et al., 2017

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA	Riesgo con COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL				
Alguna vez arrestado/cogido por la policía por violencia contra una persona seguimiento: 11-12 meses	208 por 1000	170 por 1000 (116 a 252)	RR 0,82 (0,56 a 1,21)	416 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^a	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. En los 2 ECA no hubo un adecuado cegamiento y el ocultamiento de la asignación fue poco claro, en 1 ECA hubo datos de resultados incompletos, y la generación de secuencia aleatoria fue poco clara.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES comparado con TRATAMIENTO HABITUAL para manejo de la violencia heterodirigida

Intervención: INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES **Comparación:** TRATAMIENTO HABITUAL

Bibliografía: MacInnes et al., 2019

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con TRATAMIENTO HABITUAL	Riesgo con INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES				
Agresión en general evaluado con : Cuestionario Buss-Perry-SF	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES en agresión en general .
Agresión física evaluado con : Cuestionario Buss-Perry-SF	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES en agresión física .
Agresión verbal evaluado con : Cuestionario Buss-Perry-SF	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES en agresión verbal.
Agresión en general evaluado con : Escala de agresión impulsiva/premeditada	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES en agresión en general.
Agresión premeditada evaluado con : Escala de agresión impulsiva/premeditada	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES en agresión premeditada.
Agresión impulsiva evaluado con : Escala de agresión impulsiva/premeditada	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES en agresión impulsiva.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES comparado con TRATAMIENTO HABITUAL para manejo de la violencia heterodirigida

Intervención: INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES **Comparación:** TRATAMIENTO HABITUAL

Bibliografía: MacInnes et al., 2019

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con TRATAMIENTO HABITUAL	Riesgo con INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES				
Comportamiento agresivo evaluado con : Índice de estado de comportamiento	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES en comportamiento agresivo .

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. No hubo adecuado cegamiento, b. Heterogeneidad, c. Tamaño muestral pequeño, d. No se reportaron datos

INTERVENCIÓN DE CRISIS comparado con ATENCIÓN ESTÁNDAR para manejo de la violencia auto y heterodirigida

Intervención: INTERVENCIÓN DE CRISIS **Comparación:** ATENCIÓN ESTÁNDAR

Bibliografía: Murphy et al. 2015

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTÁNDAR	Riesgo con INTERVENCIÓN DE CRISIS				
Daño a otros: Homicidio	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	RR 2,96 (0,31 a 28,28)	568 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	
Agresión (informada por familiares) seguimiento: 3 meses	600 por 1000	582 por 1000 (432 a 786)	RR 0,97 (0,72 a 1,31)	120 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕○ Moderado ^c	
Agresión (informada por familiares) seguimiento: 6 meses	333 por 1000	233 por 1000 (130 a 417)	RR 0,70 (0,39 a 1,25)	120 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕○ Moderado ^c	
Muerte por suicidio o muerte en circunstancias sospechosas	12 por 1000	13 por 1000 (4 a 39)	RR 1,06 (0,36 a 3,11)	980 (6 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{b,d}	
Daño a sí mismo: Intento de suicidio	137 por 1000	359 por 1000 (29 a 1000)	RR 2,62 (0,21 a 32,02)	369 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{e,f,g}	

INTERVENCIÓN DE CRISIS comparado con ATENCIÓN ESTÁNDAR para manejo de la violencia auto y heterodirigida

Intervención: INTERVENCIÓN DE CRISIS **Comparación:** ATENCIÓN ESTÁNDAR

Bibliografía: Murphy et al. 2015

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTÁNDAR	Riesgo con INTERVENCIÓN DE CRISIS				

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. 1 ECA no tuvo un adecuado cegamiento, en 2 ECA no estaba claro el cegamiento y en 3 ECA no estaba claro la generación de secuencia aleatoria, el ocultamiento de la asignación y datos de resultados incompletos. b. Se incluyen pocos eventos, siendo el intervalo de confianza amplio. c. Presentó datos de resultado incompletos y no estaba claro que la generación de secuencia, el ocultamiento de la asignación y que el cegamiento fuera adecuado. d. En 2 ECA no hubo adecuado cegamiento y en 1 ECA hubo una pérdida de participantes no descrita. e. En 1 ECA no hubo adecuado cegamiento y en 1 ECA hubo una pérdida de participantes no descrita. f. El I² presenta un valor elevado g. Intervalo de confianza muy amplio.

TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES (terapia asistida por equinos o terapia asistida por perros) comparado con CONTROL ACTIVO O TH para manejo de la violencia heterodirigida

Intervención: TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES (Terapia asistida por equinos o terapia asistida por perros) **Comparación:** CONTROL ACTIVO O TH

Bibliografía: Rampling et al., 2016

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	№ de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con CONTROL ACTIVO O TH	Riesgo con TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES (Terapia asistida por equinos o terapia asistida por perros)				
Incidentes de violencia evaluado con : Escala de agresión (OAS)	Ver comentario	Ver comentario	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de TERAPIA ASISTIDA POR EQUINOS en incidentes de violencia .

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. No hubo adecuado cegamiento. b. Heterogeneidad. c. Tamaño muestral pequeño

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS comparado con ATENCIÓN ESTÁNDAR para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS **Comparación:** ATENCIÓN ESTÁNDAR

Bibliografía: Dieterich et al. 2017

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTÁNDAR	Riesgo con GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS				
Muerte por suicidio Corto plazo seguimiento: < 6 meses	31 por 1000	11 por 1000 (1 a 101)	RR 0,35 (0,04 a 3,27)	127 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	
Muerte por suicidio seguimiento: 7-12 meses	5 por 1000	5 por 1000 (1 a 28)	RR 0,98 (0,17 a 5,60)	819 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{b,d,e}	
Muerte por suicidio seguimiento: > 12 meses	20 por 1000	13 por 1000 (6 a 30)	RR 0,68 (0,31 a 1,51)	1456 (9 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{f,g}	
Muerte por suicidio seguimiento: 3 años	15 por 1000	11 por 1000 (3 a 48)	RR 0,74 (0,17 a 3,28)	547 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{h,i}	
Autolesiones seguimiento: 7-12 meses	97 por 1000	96 por 1000 (59 a 155)	RR 0,99 (0,61 a 1,59)	620 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{j,k}	

GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS comparado con ATENCIÓN ESTÁNDAR para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS **Comparación:** ATENCIÓN ESTÁNDAR

Bibliografía: Dieterich et al. 2017

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTÁNDAR	Riesgo con GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS				
Autolesiones seguimiento: > 12 meses	33 por 1000	32 por 1000 (5 a 218)	RR 0,95 (0,14 a 6,55)	123 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{l,m,n}	
Intento de suicidio seguimiento: 12 meses	99 por 1000	80 por 1000 (47 a 137)	RR 0,81 (0,47 a 1,38)	547 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{hi}	
Intento de suicidio seguimiento: 3 años	92 por 1000	87 por 1000 (51 a 149)	RR 0,95 (0,56 a 1,62)	547 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{hi}	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. En 1 ECA no hubo un adecuado cegamiento y en el otro estuvo poco claro. En 2 ECA no estaba claro para la generación de secuencia aleatoria, el ocultamiento de la asignación y los datos de resultados incompletos. b. Se incluyen muy pocos eventos, siendo el intervalo de confianza amplio. c. Se informa que en resultados específicos no comunicados (cumplimiento de la medicación) o comunicados de forma incompleta (días de hospitalización: falta SD). d. En 4 ECA no hubo un adecuado cegamiento, en 1 ECA hubo datos de resultados incompletos y en otro ECA no estaba claro y en 2 ECA no estaba claro la

generación de secuencia aleatoria y el ocultamiento de la asignación. e. En 1 ECA se informa que algunos resultados de interés se informan de forma incompleta y no son utilizables (debido a la falta de datos de la SD o del tamaño de la muestra) y en otro ECA se informa de un cambio de la medida de resultado primaria indicada en el protocolo (de "recaída y síntomas positivos" a "síntomas psicóticos y negativos"), ya que se produjo una alta deserción en las medidas de resultados anteriores. No se informan algunos resultados de interés enumerados. f. En 9 ECA no hubo un adecuado cegamiento, en 1 ECA hubo datos de resultados incompletos, en 6 ECA estaba poco claro para la generación de secuencia aleatoria, en 8 ECA estaba poco claro para el ocultamiento de la asignación, en 6 ECA estaba poco claro para los datos de resultados incompletos. g. Se informó que en 1 ECA la duración de la hospitalización se comunicó de forma incompleta (no hay DS), en 1 ECA hubo un cambio de la medida de resultado primaria indicada en el protocolo (de "recaída y síntomas positivos" a "síntomas psicóticos y negativos"), ya que se produjo una alta deserción en las medidas de resultados anteriores. No se informan algunos resultados de interés enumerados y en 1 ECA los resultados de interés enumerados no se comunicaron o se comunicaron de forma incompleta, BPRS y BSI (no comunicados), días de cárcel y días de hospitalización (no SD). h. No hubo un adecuado cegamiento. i. Se informa de un cambio de la medida de resultado primaria indicada en el protocolo (de "recaída y síntomas positivos" a "síntomas psicóticos y negativos"), ya que se produjo una alta deserción en las medidas de resultados anteriores. No se informan algunos resultados de interés enumerados. j. En 1 ECA no hubo un adecuado cegamiento y en 1 ECA estaba poco claro para la generación de secuencia aleatoria, el cegamiento y el ocultamiento de la asignación. k. Se informa de que en 1 ECA un cambio de la medida de resultado primaria indicada en el protocolo (de "recaída y síntomas positivos" a "síntomas psicóticos y negativos"), ya que se produjo una alta deserción en las medidas de resultados anteriores. No se informan algunos resultados de interés enumerados. l. No hubo un adecuado cegamiento y estaba poco claro para la generación de secuencia aleatoria, el ocultamiento de la asignación y los datos de resultados incompletos. m. Intervalo de confianza amplio. n. La duración de la hospitalización se comunicó de forma incompleta (no hay DS).

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES comparado con VARIOS CONTROLES para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: INTERVENCIONES PSICOSOCIALES **Comparación:** VARIOS CONTROLES

Bibliografía: Donker et al., 2013

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con VARIOS CONTROLES	Riesgo con INTERVENCIONES PSICOSOCIALES				
Autolesiones seguimiento: 12 meses	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	OR 1,38 (0,65 a 2,96)	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	
Autolesiones seguimiento: 24 meses	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	OR 1,48 (0,56 a 3,91)	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	
Comportamiento suicida (intentos y suicidio) seguimiento: 24 meses	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	OR 0,95 (0,33 a 2,73)	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	
Suicidios	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	no estimable	(3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	
Comportamiento suicida evaluado con : HoNOS seguimiento: 6 semanas	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	
Comportamiento suicida evaluado con : HoNOS seguimiento: 18 meses	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	no estimable	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES comparado con VARIOS CONTROLES para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: INTERVENCIONES PSICOSOCIALES **Comparación:** VARIOS CONTROLES

Bibliografía: Donker et al., 2013

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con VARIOS CONTROLES	Riesgo con INTERVENCIONES PSICOSOCIALES				
Intento suicida evaluado con : EPSIS II	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	OR 0,95 (0,40 a 2,25)	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **OR:** Razón de momios

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. Posible sesgo de selección, b. Heterogeneidad, c. No se reportaron datos

EMPLEO CON APOYO comparado con OTROS ENFOQUES VOCACIONALES para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: EMPLEO CON APOYO **Comparación:** OTROS ENFOQUES VOCACIONALES

Bibliografía: Kinoshita et al., 2013

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con OTROS ENFOQUES VOCACIONALES	Riesgo con EMPLEO CON APOYO				
Muerte (natural y suicidio) seguimiento: 12 meses o más	13 por 1000	19 por 1000 (3 a 113)	RR 1,50 (0,25 a 8,85)	312 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. No hubo un adecuado cegamiento, b. Intervalo de confianza amplio

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL comparado con MEDICAMENTOS para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL **Comparación:** MEDICAMENTOS

Bibliografía: Malmberg et al. 2001

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con MEDICAMENTOS	Riesgo con PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL				
Suicidio seguimiento: 3 años	42 por 1000	22 por 1000 (2 a 232)	RR 0,52 (0,05 a 5,56)	94 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. No hubo un adecuado cegamiento y no se informa de la deserción del estudio. b. Intervalo de confianza amplio

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS comparado con MEDICAMENTOS para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS **Comparación:** MEDICAMENTOS

Bibliografía: Malmberg et al. 2001

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con MEDICAMENTOS	Riesgo con PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS				
Suicidio seguimiento: 3 años	42 por 1000	7 por 1000 (0 a 122)	RR 0,16 (0,01 a 2,93)	92 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. No hubo un adecuado cegamiento y no se informa de la deserción del estudio. b. Un estudio pequeño, pocos eventos

EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL comparado con CUIDADO ESTÁNDAR para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL **Comparación:** CUIDADO ESTÁNDAR

Bibliografía: Malone et al., 2007

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con CUIDADO ESTÁNDAR	Riesgo con EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL				
Muerte por suicidio o circunstancias sospechosas seguimiento: 3-12 meses	39 por 1000	19 por 1000 (4 a 86)	RR 0,49 (0,11 a 2,21)	587 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. Intervalo de confianza amplio.

CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) comparado con ATENCIÓN ESTÁNDAR para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) **Comparación:** ATENCIÓN ESTÁNDAR

Bibliografía: Pharoah et al., 2010

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTÁNDAR	Riesgo con CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES)				
Eventos adversos: Muerte por suicidio	54 por 1000	42 por 1000 (19 a 95)	RR 0,79 (0,35 a 1,78)	377 (7 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. En 3 ECA no hubo un adecuado cegamiento y en 1 ECA no se informa de la deserción del estudio. b. 7 ECAs con un tamaño muestral muy pequeño

ATENCIÓN COLABORATIVA comparado con ATENCIÓN ESTÁNDAR para manejo de la violencia autodirigida

Intervención: ATENCIÓN COLABORATIVA **Comparación:** ATENCIÓN ESTÁNDAR

Bibliografía: Reilly et al., 2013

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (IC 95%)		Efecto relativo (IC 95%)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con ATENCIÓN ESTÁNDAR	Riesgo con ATENCIÓN COLABORATIVA				
Número de participantes que murieron por suicidio seguimiento: 36 meses	6 por 1000	2 por 1000 (0 a 50)	RR 0,34 (0,01 a 8,32)	330 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).
IC: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones: a. Información incompleta de los resultados (por ejemplo, no se han comunicado los datos de 12 y 24 meses), b. Población restringida, c. Intervalo de confianza amplio.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Violencia autodirigida: Suicidio							
Evento adverso: Muerte - suicidio a largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	20 por 1000	13 por 1000 (6 a 30)	RR 0,68 (0,31 a 1,51)	1456 (9 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{a,b}	
Evento adverso: Muerte - suicidio a largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (Dieterich 2017)	12 por 1000	11 por 1000 (3 a 35)	RR 0,88 (0,27 a 2,84)	1152 (3 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{a,c}	
Suicidio cometido por 3 años	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	42 por 1000	22 por 1000 (2 a 234)	RR 0,52 (0,05 a 5,56)	94 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{d,e}	
Muerte: número de participantes que murieron por suicidio Seguimiento: 36 meses	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	6 por 1000	2 por 1000 (0 a 50)	RR 0,34 (0,01 a 8,32)	330 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy Baja ^{f,g,h}	El resultado favorece la atención colaborativa, aunque no de manera significativa. Los autores informan diferencias estadísticamente significativas entre la intervención y los grupos de atención estándar. Los participantes en el grupo de intervención eran mayores, más propensos a haber tenido un intento de suicidio previo y más propensos a haber tenido un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias en algún momento. Las diferencias entre los grupos pueden afectar el resultado (y todos los demás resultados).
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. aleatorización no bien descrita; problemática para cegamiento. b. considerable heterogeneidad ($I^2 = 94\%$).c.el IC del 95% incluye tanto el beneficio apreciable como el daño apreciable.d.se realizó la aleatorización, pero no se describió claramente. e. un único estudio pequeño. f. población restringida (por ejemplo, la mayoría de los participantes con diagnóstico de trastorno bipolar). g. información incompleta de los resultados (por ejemplo, no se informan los datos de 12 y 24 meses). h. los IC amplios indican imprecisión; no está claro si los participantes perdidos durante el seguimiento habían fallecido

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Consumo de sustancias							
Consumo de sustancias: cualquier cambio - Consumo de alcohol (no en remisión) Seguimiento: media de 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	500 por 1000	575 por 1000 (420 to 780)	RR 1,15 (0,84 to 1,56)	143 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	Los datos estuvieron disponibles sólo durante 36 meses
Consumo de alcohol No abstenerse de consumir alcohol Seguimiento: media de 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	923 per 1000	332 por 1000 (157 a 692)	RR 0,36 (0,17 a 0,75)	28 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{c,d}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a.la tasa de eventos es muy baja y el intervalo de confianza del 95% es amplio. b. el cegamiento de los participantes y del personal no fue posible y el sesgo de rendimiento se calificó como riesgo de sesgo poco claro. Asimismo, hubo un riesgo poco claro de riesgo de sesgo de detección, ya que las calificaciones de los resultados no fueron cegadas.c. la generación aleatoria, la ocultación de la asignación y el sesgo de ejecución (falta de cegamiento) supusieron un riesgo de sesgo poco claro. El sesgo de detección era probable, ya que los evaluadores no estaban cegados. d. el tamaño de la muestra fue extremadamente pequeño (N = 30), y la tasa de eventos muy baja

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
		Consumo de sustancias					
Consumo de sustancias: cualquier cambio - Consumo de drogas (no en remisión) Seguimiento: media de 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	650 por 1000	578 por 1000 (409 to 812)	RR 0,89 (0,63 to 1,25)	85 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	Los datos estuvieron disponibles sólo durante 36 meses
Consumo de sustancias: droga (cannabis) Porcentaje de participantes que consumieron cannabis en las últimas 4 semanas Seguimiento: media de 6 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	500 por 1000	650 por 1000 (395 a 1000)	RR 1,30 (0,79 a 2,15)	47 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{c,d}	Los datos de otros fármacos fueron asimétricos y no se compararon entre la intervención y el control.
Consumo de sustancias: Drogas (no alcohólicas) Número con prueba de orina positiva para estimulantes Seguimiento: media de 6 meses	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	647 por 1000	537 por 1000 (421 a 686)	RR 0,83 (0,65 a 1,06)	176 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{e,f}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. la tasa de eventos es muy baja y el intervalo de confianza del 95% es amplio. b. el cegamiento de los participantes y del personal no fue posible y el sesgo de rendimiento se calificó como riesgo de sesgo poco claro. Asimismo, hubo un riesgo poco claro de riesgo de sesgo de detección, ya que las calificaciones de los resultados no fueron cegadas. c. los participantes y el personal no estaban cegados y puede haber un sesgo de rendimiento. Los datos perdidos se abordaron mediante LastObservation Carried Forward en Edward 2006, pero puede haber un sesgo de desgaste, ya que las pérdidas de seguimiento fueron del 30% a los 9 meses. d. la tasa de eventos es baja, el tamaño de la muestra es pequeño y el intervalo de confianza es amplio. e. el cegamiento no fue posible, por lo que el sesgo de rendimiento se calificó como un riesgo de sesgo poco claro. El resultado primario en ambos ensayos fue el análisis de orina, por lo que el sesgo de detección fue poco probable, el sesgo de deserción fue un riesgo poco claro y mayor del 20% en todos los grupos en ambos ensayos. f. la tasa de eventos es baja (menos de 300 según GRADE) y el intervalo de confianza incluye 1 y un beneficio apreciable.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Consumo de sustancias							
Uso de drogas (no alcohólicas) Niveles de policonsumo de drogas medidos por el Índice de tratamiento de opiáceos (TO) Seguimiento: media de 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		El consumo medio de drogas (no alcohólicas) en los grupos de intervención fue 0,07 menor (0,56 menor a 0,42 mayor)		89 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{a,b}	
Consumo de sustancias: consumo de drogas (no alcohólicas) (número medio de drogas diferentes consumidas durante el último mes medido por el índice de tratamiento de opiáceos) Seguimiento: media 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		32 por 1000 El número promedio de medicamentos diferentes usados en el último mes en el grupo de intervención fue 0,19 más alto (0,22 más bajo a 0,60 más alto)	19 por 1000 (6 a 56)	119 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{c,d}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. La ocultación de la asignación no fue clara y el cegamiento no fue posible, por lo que el sesgo de rendimiento no está claro. Los evaluadores no estaban cegados, por lo que existe un alto riesgo de sesgo de detección. La deserción fue del 29% a los 18 meses. b. la tasa de eventos es muy pequeña y el intervalo de confianza es muy amplio. c. la generación aleatoria y la ocultación de la asignación fueron poco claras y no fue posible el cegamiento de los participantes o de los clínicos. La deserción fue alta, con un 20% a los 12 meses, pero los datos de resultados faltantes se equilibraron entre los grupos. d. el tamaño de la muestra es pequeño y el intervalo de confianza es amplio

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS *		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		(IC 95%)					
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Síntomas psiquiátricos							
Síntomas generales: BPRS Seguimiento por 12 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus CUIDADO ESTÁNDAR (Almerie 2015)		El estado mental medio: los síntomas generales en los grupos de intervención fue 4,01 menor (7,52 a 0,50 menor)		91 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{a,b}	
Síntomas generales Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus DISCUSIÓN (Almerie 2015)		Media del estado mental: síntomas generales en los grupos de intervención fue 0,22 más alto (4,05 más bajo a 4,49 más alto)		99 (2 estudios)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{c,d,e}	
Episodio de síntomas afectivos.	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley, 2015)	292 por 1000	499 por 1000 (239 a 1000)	RR 1,71 (0,82 a 3,6)	48 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{f,g,h,i}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. Menos de cinco estudios proporcionaron datos para este resultado. b. el ECA que proporcionó datos para este resultado tenía un ocultamiento de la asignación poco claro y no estaba cegado. No estaba claro si estaba libre de otros sesgos. c. sólo uno de los ECAs tenía una adecuada generación de secuencias y ocultación de la asignación, ninguno estaba cegado ni abordaba adecuadamente los datos incompletos. Sólo uno estaba libre de informes selectivos, pero no estaba claro si alguno de ellos estaba libre de informes selectivos. d. menos de tres estudios proporcionaron datos para este resultado. e. el ECA que proporcionó datos para este resultado no estaba cegado. No estaba claro si los datos incompletos se trataron adecuadamente y si estaba libre de otros sesgos. f. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. g. dos estudios o menos informaron de datos para este resultado. h. el estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro para la aleatorización, la ocultación de la asignación y el cegamiento de los participantes. Se calificó de alto riesgo de sesgo para el cegamiento de los evaluadores de resultados. i. los datos para la no mejora clínica de los síntomas generales, sin embargo, sólo se disponía de una medida indirecta.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS *		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		(IC 95%)					
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Síntomas psiquiátricos							
Lista de verificación de síntomas del estado mental 90 revisada - Índice de gravedad general: Escala de 0 a 4: Puntaje promedio Seguimiento: media de 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		El estado mental medio en los grupos de intervención fue 0,19 menor (0,59 menor a 0,21 mayor)		30 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{a,b}	Es poco probable que esto tenga importancia clínica.
Resultados a nivel de participante: 1. Estado mental: síntomas psiquiátricos a los 1 2 meses (BPRS)	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)		Los resultados medios a nivel de participante: BPRS en los grupos de intervención fue 0,1 más bajo (3,17 más bajo a 2,97 más alto).		234 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{c,d}	
Estado mental - Escala de calificación psiquiátrica breve general (BPRS) Seguimiento: 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	El estado mental medio - general en los grupos de control fue 43,5	El estado mental medio - general en los grupos de intervención fue 4,03 menor (8,18 menor a 0,12 mayor)		248 (2 estudios)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{e,f}	La medida de resultado favorece la intervención en crisis, aunque no de manera significativa.
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el tamaño de la muestra del ensayo único es muy pequeño (N = 54) y el intervalo de confianza es muy amplio. b. el sesgo de selección fue un riesgo alto, ya que el ocultamiento de la asignación se modificó para permitir el rechazo de los participantes y para minimizar la interrupción del programa de tratamiento. El sesgo de rendimiento y de detección fue poco claro, ya que no fue posible el cegamiento del personal y de los participantes, y no se informó del cegamiento del evaluador. c. cuarenta personas (25%) asignadas a la Sección 17 recibieron posteriormente una OTC durante el estudio. d. 35 personas asignadas al azar a OTC (22%) no recibieron realmente la intervención. e. los calificadores no están cegados. f. no se describe la pérdida de algunos participantes

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Recaída							
Recaída Seguimiento: 6-12 meses	HABILIDADES SOCIALES versus CUIDADO ESTÁNDAR (Almerie 2015)	351 por 1000	183 por 1000 (119 a 277)	RR 0,52 (0,34 to 0,79)	263 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{a,b,c}	
Recaída Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus DISCUSIÓN (Almerie 2015)	111 por 1000	235 por 1000 (49 a 1000)	RR 2,12 (0,44 a 10,1)	35 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{d,e,f}	
Recaída Seguimiento: 2 a 3 años	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley, 2015)	Ver comentario	Ver comentario	No estimable	87 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{g,h,i,j}	Hubo una alta heterogeneidad para este resultado y los datos no fueron agrupados.
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. menos de cinco estudios proporcionaron datos para este resultado. b. ninguno de los dos ECAs estaba cegado, y no estaba claro en ambos si había una adecuada ocultación de la asignación. Sólo uno tenía una secuencia adecuada y uno abordó adecuadamente los datos incompletos. No estaba claro en ambos si estaban libres de otros sesgos. c. hubo una heterogeneidad moderada para este resultado. Esto puede explicarse por las diferencias en el tipo de entrenamiento en habilidades sociales. Ma 2003 incluyó sesiones sobre la medicación y el manejo de los síntomas, así como sobre las habilidades sociales, mientras que en Saren 2004 se centró en la interacción interpersonal. d. imprecisión: grave. Los intervalos de confianza del 95% son muy amplios e incluyen tanto el beneficio como el daño significativo de la intervención. e. menos de tres estudios proporcionaron datos para este resultado. f. el ECA que proporcionó datos para este resultado no estaba cegado. No estaba claro si los datos incompletos se trataron adecuadamente y si estaba libre de otros sesgos. g. ambos estudios tenían un riesgo de sesgo poco claro para la aleatorización, la ocultación de la asignación y el cegamiento de los participantes. Un estudio fue calificado como de alto riesgo de sesgo por el cegamiento de los evaluadores de resultados. h. hubo una alta heterogeneidad para este resultado y los datos no se agruparon. i. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. j. dos estudios o menos informaron datos para este resultado.

esumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Recaída							
Recaída: Recaída a los 3 meses después de 9 meses de tratamiento Seguimiento: media 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	67 por 1000	333 por 1000 (160 a 693)	RR 0,50 (0,24 a 1,04)	36 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Muy baja ^{a,b}	Cambio clínicamente importante en el estado mental no informado
Recaída Seguimiento: 8 semanas a 12 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	463 por 1000	486 por 1000 (393 to 597)	RR 1,05 (0,85 a 1,29)	375 (5 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{c,d}	Datos para el resultado predefinido resultado "cambio clínicamente importante clínicamente importante" no se ha informado
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el riesgo de sesgo de deserción no está claro (22% en ambos grupos a los 18 meses) a pesar de que los resultados no se equilibran entre los grupos. La falta de cegamiento de los participantes y de los clínicos puede dar lugar a un sesgo de actuación. b. la tasa de eventos es extremadamente baja en este ensayo único muy pequeño (N = 36) y el intervalo de confianza es amplio. c. algunos estudios tenían un riesgo de sesgo poco claro o alto con el cegamiento de los participantes y las evaluaciones de resultados, así como problemas de desgaste. d. tamaño de la muestra pequeño e intervalo de confianza amplio

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS *		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		(IC 95%)					
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Estado global: GAS Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus DISCUSIÓN (Almerie 2015)		Media del estado global: la puntuación media final en los grupos de intervención fue 4,5 más alta (1,2 más bajo a 10,2 más alto)		63 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{a,b,c}	
Estado Global: No mejoría clínica (CGI) Seguimiento 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus CUIDADO ESTÁNDAR (Almerie 2015)	529 por 1000	153 por 1000 (63 a 360)	RR 0,29 (0,12 a 0,68)	67 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{c,d}	
Funcionamiento general: MRSS Seguimiento: 8 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus CUIDADO ESTÁNDAR (Almerie 2015)		Funcionamiento general medio: puntuación final promedio (varias escalas) - MRSS en los grupos de intervención fue 10,6 más bajo (17,47 a 3,73 más bajo)		112 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{c,d}	
Funcionamiento general: GAS Seguimiento: 1 año	TERAPIA DE APOYO versus CUIDADO ESTÁNDAR (Buckley, 2015)		La media de funcionamiento general en los grupos de intervención fue 1,4 más alto (5,09 más bajo a 7,89 más alto)		29 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{e,f,g,h}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. los intervalos de confianza del 95% son muy amplios e incluyen tanto el beneficio como el daño significativo de la intervención. b. menos de tres estudios proporcionaron datos para este resultado. c. el ECA que proporcionó datos para este resultado no estaba cegado, no abordó adecuadamente los datos incompletos y no estaba libre de informes selectivos. No estaba claro si la generación de la secuencia y la ocultación de la asignación eran adecuadas y si estaban libres de otros sesgos. c. menos de cinco estudios proporcionaron datos para este resultado. d. el ECA que proporcionó datos para este resultado no tuvo una adecuada generación de la secuencia, ocultación de la asignación y cegamiento. No estaba claro si había otros sesgos. e. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. f. cuatro estudios o menos informaron de datos para este resultado. g. un estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro para el cegamiento. h. se quería recoger datos binarios para este resultado, sin embargo, sólo se disponía de una medida de escala aproximada.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS *		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		(IC 95%)					
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN						
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Estado global: puntuación media (escala GAF de 1 a 100) Seguimiento: media de 12 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		La evaluación global media del funcionamiento en los grupos de intervención fue 0,70 mayor (-2,07 menor a 3,47 mayor)		171 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{a,b}	Nota: Las medidas de GAF funcionan en una escala de 1 a 100 y la diferencia detectada en este único ensayo no tiene importancia clínica.
Estado global: puntuación media (escala de función de roles, alta = mejor funcionamiento) Seguimiento: media de 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		La evaluación global media del funcionamiento en los grupos de intervención fue 0,70 mayor (1,56 menor a 2,96 mayor)		50 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{c,d}	Nota: la escala es de 1 a 7 y la diferencia observada no tiene importancia clínica y no es estadísticamente significativa.
Evaluación global del funcionamiento Escala GAF de 1 a 100 Seguimiento: media de 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		La evaluación global media del funcionamiento en los grupos de intervención fue 2,30 más alto (1,30 más bajo a 5,90 más alto)		54 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{e,f}	Es poco probable que la diferencia tenga importancia clínica, dado que la escala es de 1 a 100.
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. El cegamiento de los participantes y del personal no fue posible y el sesgo de rendimiento se calificó como riesgo de sesgo poco claro. Asimismo, el riesgo de sesgo de detección riesgo de sesgo de detección, ya que las calificaciones de los resultados no estaban cegadas. b. el intervalo de confianza es muy amplio y el tamaño de la muestra es pequeño. c. el cegamiento de los participantes y del personal no fue posible y el sesgo de rendimiento se calificó como riesgo de sesgo poco claro. Asimismo, hubo un riesgo poco claro de sesgo de detección, ya que las calificaciones de los resultados estaban mediadas por los participantes y los médicos. d. el tamaño de la muestra es pequeño y el intervalo de confianza es muy amplio. e. este único ensayo tiene un riesgo poco claro de ocultación de la asignación y un riesgo poco claro de sesgo de ejecución. f. el tamaño de la muestra del ensayo único es muy pequeño (N = 54) y el intervalo de confianza es muy amplio

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS *		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		(IC 95%)					
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Estado global: escala GAF de 1 a 100 Seguimiento: media 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		La evaluación global media del funcionamiento en los grupos de intervención fue 1,24 más alto (1,86 más bajo a 4,34 más alto)		445 (4 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Muy baja ^{a,b,c}	Nota: GAF mide el funcionamiento en una escala de 1 a 100 y la diferencia detectada en este único ensayo no tiene importancia clínica.
Cambio clínicamente importante (no mejoría) Seguimiento: 12 meses a 5 años	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	636 por 1000	522 por 1000 (426 a 643)	RR 0,82 (0,67 a 1,01)	249 (4 estudios)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{d,e}	Datos para el resultado predefinido resultado "cambio clínicamente importante" no se ha informado
Resultados a nivel de participante: 1. Estado global: GAF a los 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)		Los resultados medios a nivel de participante: estado global: GAF a los 12 meses en los grupos de intervención fue 1,36 menor (4,07 menor a 1,35 mayor)		335 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊕ Moderada ^{f,g}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. La deserción fue > 20% en los cuatro ensayos y aunque los datos faltantes se equilibraron entre los grupos, hay un riesgo de sesgo poco claro debido al sesgo de deserción.
b. Hubo heterogeneidad ($\chi^2 = 5,20$, $df = 3$ ($p = 0,16$); $I^2 = 42\%$). Un ensayo (Barrowclough) mostró una mejora significativa en el grupo de tratamiento en comparación con los demás, pero no se pudo explicar la razón de ello. c. cuatro ensayos proporcionaron datos para este metanálisis. El intervalo de confianza es amplio. d. algunos estudios tenían un riesgo de sesgo poco claro o alto con el cegamiento de los participantes y las evaluaciones de resultados, así como problemas de desgaste. e. tamaño de la muestra pequeño e intervalo de confianza amplio f. cuarenta personas (25%) asignadas a la Sección 17 recibieron posteriormente una TCO durante el estudio. g. 35 personas asignadas al azar a TCO (22%) no recibieron realmente la intervención.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Escala de evaluación global del estado global (GAS) Seguimiento: 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	El estado global medio en los grupos de control fue 64,4	El estado global medio en los grupos de intervención fue 5,7 más alto (0,26 más bajo a 11,66 más alto)		142 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a, b}	La medida de resultado favorece la intervención en crisis sobre la atención estándar, aunque no de manera significativa
Funcionamiento social (SDSS, SAD, SSPI, DAS) Seguimiento: 8-52 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus CUIDADO ESTÁNDAR (Almerie 2015)	Ver comentario	Ver comentario	No estimable	585 (4 estudios)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{c,d,e,f}	Los cuatro ECA que proporcionaron datos para esta comparación utilizaron diferentes escalas para medir el funcionamiento social y los datos no se combinaron para esta comparación.
Funcionamiento social (SSQ, SCON, SFS, SBS) Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus DISCUSIÓN (Almerie 2015)	Ver comentario	Ver comentario	No estimable	99 (2 estudios)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{g,h}	Los dos ECA que proporcionaron datos para esta comparación utilizaron diferentes escalas para medir el funcionamiento social, por lo que los datos no se agruparon para esta comparación.
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. no se describen los detalles de la aleatorización. b. no se describe el cegamiento. c. sólo uno de los ensayos tuvo una adecuada generación de secuencias. La ocultación de la asignación no estaba clara en todos los ensayos y ninguno estaba cegado. Dos ensayos abordaron adecuadamente los datos incompletos y tres estaban libres de informes selectivos. No estaba claro en todos los ensayos si estaban libres de otros sesgos. d. ver comentario. e. los datos no se combinaron, pero para cada estudio individual la confianza del 95%. f. menos de cinco estudios proporcionaron datos para este resultado. f. sólo uno de los ECAs tenía una adecuada generación de secuencias y ocultación de la asignación, ninguno estaba cegado ni abordaba adecuadamente los datos incompletos. Sólo uno estaba libre de información selectiva, no estaba claro si alguno de los dos estaba libre de información selectiva. g. los intervalos de confianza del 95% son muy amplios e incluyen tanto el beneficio como el daño significativo de la intervención. h. menos de tres estudios proporcionaron datos para este resultado.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS *		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		(IC 95%)					
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Funcionamiento social: Puntuación media. Escala de Funcionamiento Social y Ocupacional (SOFAS): escala de 1 a 100 Seguimiento: media 6 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		La evaluación global media del funcionamiento en los grupos de intervención fue 4,70 menor (14,52 menor a 5,12 mayor)		47 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Muy baja ^{a,b}	Los ensayos no informaron datos del estado global. El otro ensayo en esta comparación (Naem 2005) midió el funcionamiento con la escala HoNOS. D Los datos estaban asimétricos y el metanálisis no fue posible.
Funcionamiento social: Escala de Funcionamiento Social Seguimiento media 12 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	La media (Escala de Funcionamiento Social, alta = bueno, a largo plazo) fue de 128,5	DM 8,80 mayor (4,07 menor a 21,67 mayor)		65 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Muy baja ^{c,d,e}	Datos para el resultado predefinido resultado "cambio clínicamente importante clínicamente importante" no se ha informado
Resultados a nivel de participante: 3. Funcionamiento social: sin hogar entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	Población de estudio		RR 0,67 (0,39 to 1,15)	416 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{f,g}	
		134 por 1000	90 por 1000 (52 a 154)				
		Población de riesgo medio					
		145 por 1000	97 por 1000 (57 a 167)				
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; DM: Diferencia media							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. los participantes y el personal no estaban cegados y puede haber un sesgo de rendimiento. Los datos faltantes se abordaron mediante Last Observation Carried Forward en Edward 2006, pero puede haber un sesgo de deserción, ya que la pérdida de seguimiento fue del 30% a los 9 meses. b. El intervalo de confianza es muy amplio y el tamaño de la muestra es pequeño. c. Tamaño de la muestra pequeño e intervalo de confianza amplio. d. Alto riesgo de sesgo de detección debido a la evaluación no cegada. e. las puntuaciones de la escala se emplearon como índice sustitutivo del resultado previsto. f. el ocultamiento de la asignación y el cegamiento no están claros: riesgo grave de sesgo, rebajado en un nivel. g. sólo 2 estudios, ambos de EE.UU.: imprecisión grave, rebajada en un nivel.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Funcionamiento social: específico - desempleado - alrededor de 1 año	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	Población de bajo riesgo		RR 1,06 (0,89 a 1,25)	285 (5 estudios)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	
		00 por 1000	212 por 1000 (178 a 250)				
		Población de riesgo medio					
		500 por 1000	530 por 1000 (445 a 625)				
Funcionamiento social: específico - incapaz de vivir de forma independiente - alrededor de 1 año	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	Población de alto riesgo		RR 0,83 (0,66 a 1,03)	164 (3 estudios)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	
		900 por 1000	954 por 1000 (801 a 1000)				
		Población de bajo riesgo					
		200 por 1000	166 por 1000 (132 a 206)				
		Población de riesgo medio					
		500 por 1000	415 por 1000 (330 a 515)				
		Población de alto riesgo					
		900 por 1000	747 por 1000 (594 a 927)				
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. la aleatorización no está bien descrita. b. el gráfico de embudo de mejor calidad de la revisión sugiere que no se han identificado pequeños estudios negativos

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Sin trabajo remunerado	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley, 2015)	600 per 1000	576 per 1000 (342 to 978)	RR 0,96 (0,57 a 1,63)	39 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{a,b,c,d}	
Situación laboral (varias medidas) - a largo plazo - sin empleo al final del ensayo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	766 por 1000	536 por 1000 (375 a 766)	RR 0,7 (0,49 a 1)	1129 (4 estudios)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{e,f}	
Escala de funcionamiento de roles: escala de 1 a 7 Seguimiento: media de 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		La evaluación media del funcionamiento en los grupos de intervención fue 1,07 más alta (1,15 menos a 3,29 más alta)		47 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{g,h}	Nota: la escala es de 1 a 7 y la diferencia observada no tiene importancia clínica y no es estadísticamente significativa.
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. b. dos estudios o menos reportaron datos para este resultado. c. el estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro para la aleatorización, la ocultación de la asignación y el cegamiento de los participantes. d. se quería recoger datos binarios para la ausencia de mejora global en el funcionamiento general, sin embargo, sólo se disponía de una medida aproximada. e. aleatorización no bien descrita; problemática para cegamiento. f. considerable heterogeneidad ($I^2 = 94\%$). g. el cegamiento no fue posible y puede haber un sesgo de rendimiento. h. el único ensayo tiene un tamaño de muestra muy pequeño ($N = 47$) y el intervalo de confianza es amplio.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Empleo: obtuvo cualquier trabajo durante el estudio (alto = mejor) Seguimiento: media 18 meses	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	Población de estudio		RR 2,62 (2,18 a 3,16)	951 (7 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{a,b}	
		202 por 1000	530 por 1000 (441 a 639)				
		Moderada					
		260 por 10001	681 por 1000 (567 a 822)				
Empleo - días en empleo competitivo (resultado primario) - seguimiento a largo plazo: 24 meses	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	El empleo medio - días en empleo competitivo (resultado primario) - a largo plazo en los grupos de control fue de 16,85 días	El empleo medio - días en empleo competitivo (resultado primario) - a largo plazo en los grupos de intervención fue 70,63 más alto (43,22 a 98,04 más alto)		204 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{c,d,e,f}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. todos los estudios eran no ciegos; cuatro de los siete estudios no describían la ocultación de la asignación. b. heterogeneidad sustancial $\chi^2 = 22,87$, $df = 6$ ($p = 0,0008$); $I^2 = 74\%$. c. un estudio incluido (Mueser 2004) no tenía doble ciego ni describía la ocultación de la asignación. d. sólo un estudio presentó datos, los seis estudios restantes se presentaron por separado debido a que los datos estaban muy sesgados y presentaban altos grados de heterogeneidad cuando se evaluaban en conjunto. e. tamaños de muestra pequeños; los datos estaban sesgados, pero según el protocolo (cuando había N=200 en un estudio incluido o más) se utilizaron los datos de este único estudio. f. había pocos estudios incluidos y podría haber algún sesgo de publicación

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Jornada laboral en cualquier forma de empleo remunerado a largo plazo Seguimiento: media 21 meses	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	La media de días de empleo en cualquier forma de empleo remunerado a largo plazo en los grupos de control fue de 43,75 días.	El mes y el empleo - días en cualquier forma de empleo remunerado - a largo plazo en los grupos de intervención fue 84,94 más alto (51,99 a 117,89 más alto)		510 (2 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{a,b,c,d}	
Empleo: permanencia en el trabajo para un empleo competitivo (semanas): a largo plazo Seguimiento: 24 meses	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	La permanencia media entre el empleo y el empleo para el empleo competitivo (semanas) a largo plazo en los grupos de control fue de 2,5 semanas.	La media de empleo - permanencia en el empleo para un empleo competitivo (semanas) - a largo plazo en los grupos de intervención fue 9,86 más alta (5,36 a 14,36 más alta)		204 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{e,f,g,h}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. había pocos estudios incluidos y podría haber algún sesgo de publicación. b. los dos estudios incluidos (Burns 2007; Mueser 2004) no fueron doblemente ciegos ni describieron la ocultación de la asignación; tampoco están claros los datos sobre las pérdidas de seguimiento. c. sólo dos estudios presentaron datos, los ocho estudios restantes se presentaron por separado debido a que los datos estaban muy sesgados y presentaban altos grados de heterogeneidad cuando se evaluaron en conjunto. d. tamaños de muestra pequeños; los datos estaban sesgados, pero según el protocolo (cuando había N=200 en un estudio incluido o más) se utilizaron los datos de este único estudio se utilizaron los datos de este estudio. e. sólo un estudio presentó datos, los seis estudios restantes se presentaron por separado debido a que los datos estaban muy sesgados y presentaban un alto grado de heterogeneidad cuando se evaluaron conjuntamente. f. tamaños de muestra pequeños; los datos estaban sesgados, pero según el protocolo (cuando había N=200 en un estudio incluido o más) se utilizaron los datos de este único estudio. g. había pocos estudios incluidos y podría haber algún sesgo de publicación. h. uno de los estudios incluidos (Mueser 2004) no tenía doble ciego ni describía la ocultación de la asignación; tampoco estaban claras las pérdidas durante el seguimiento

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Estado global/Funcionamiento							
Empleo - tiempo para cualquier remuneración empleo (semanas) - a largo plazo Seguimiento: media 22 meses	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	La media de empleo remunerado por permanencia en el empleo (semanas) a largo plazo en el grupo de control fue de 15,43 semanas.	El mes y el empleo - permanencia en el puesto de trabajo para cualquier empleo remunerado (semanas) - a largo plazo en los grupos de intervención fue 3,86 más alto (-5,66 menos a 13,38 más alto)		423 (2 estudios)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{a,b,c,d}	
Tiempo (días) hasta el primer empleo competitivo - seguimiento a largo plazo: 24 meses	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	El tiempo medio (días) hasta el primer empleo competitivo a largo plazo en los grupos de control fue de 396,42 días.	El tiempo medio (días) hasta el primer empleo competitivo a largo plazo en los grupos de intervención fue 161,6 menor (225,73 a 97,47 menor)		204 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{e,f}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. tamaños de muestra pequeños; los datos estaban sesgados, pero según el protocolo (cuando había N=200 en un estudio incluido o más) se utilizaron los datos de este único estudio. b. había pocos estudios incluidos y podría haber algún sesgo de publicación. c. todos los estudios incluidos (Burns 2007; Lehman 2002; Mueser 2004) no tenían doble ciego ni describían la ocultación de la asignación; tampoco están claros los datos sobre las pérdidas durante el seguimiento. d. alto grado de heterogeneidad en los resultados; $\chi^2 = 3,73$, $df = 1$ ($p = 0,05$); $I^2 = 73\%$. e. un estudio incluido (Mueser 2004) no tenía doble ciego ni describía la ocultación de la asignación. f. sólo un estudio presentó datos, los seis estudios restantes se presentaron por separado debido a que los datos estaban muy sesgados y presentaban altos grados de heterogeneidad cuando se evaluaron en conjunto.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Calidad de vida/satisfacción con la vida							
GWB. Escala de 10 a 40 Seguimiento: 8 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus CUIDADO ESTÁNDAR (Almerie 2015)		La calidad de vida media en los grupos de intervención fue 7,6 más bajo (12,18 a 3,02 más bajo)		112 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{a,b}	
QLS Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus DISCUSIÓN (Almerie 2015)		Media de calidad de vida: la puntuación media final en los grupos de intervención fue 3,7 más alto (6,47 más bajo a 13,87 más alto)		99 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{c,d,e}	
WBS	TERAPIA DE APOYO versus CUIDADO ESTÁNDAR (Buckley, 2015)		La media de calidad de vida en los grupos de intervención fue 2,73 más bajo (6,04 más bajo a 0,58 más alto)		260 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{f,g,h,i}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. menos de cinco estudios proporcionaron datos para este resultado. b. el ECA que proporcionó datos para este resultado no tuvo una adecuada generación de la secuencia, ocultación de la asignación y cegamiento. No estaba claro si no estaba claro si había otros sesgos. c. los intervalos de confianza del 95% son muy amplios e incluyen tanto el beneficio como el daño significativo de la intervención. d. menos de tres estudios proporcionaron datos para este resultado. e. el ECA que proporcionó datos para este resultado no estaba cegado, no abordó adecuadamente los datos incompletos y no estuvo libre de informes selectivos. No estaba claro si la generación de la secuencia y la ocultación de la asignación eran adecuadas y si estaban libres de otros sesgos. f. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. g. cuatro estudios o menos informaron de datos para este resultado. h.. un estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro para el cegamiento. i. se quería recoger datos binarios para este resultado, sin embargo, sólo se disponía de una medida de escala aproximada.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Calidad de vida/satisfacción con la vida							
Calidad de vida / satisfacción con la vida: puntuación promedio (Satisfacción general con la vida) Sección de la entrevista de calidad de vida, escala de 1 a 7 Seguimiento: media 12 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		La satisfacción general media con la vida en los grupos de intervención fue 0,02 más alta (-0,28 más baja a 0,32 más alta)		372 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊖ ^a Moderada ^a	La escala es de 1 a 7 y la diferencia muy pequeña no fue estadísticamente significativa y no tiene importancia clínica.
Calidad de vida / satisfacción con la vida: Escala breve de calidad de vida Seguimiento: media de 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		La satisfacción general media con la vida en los grupos de intervención fue 0,58 más alta (0,00 a 1,16 más alta)		110 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ ^{b,c} Baja ^{b,c}	
Calidad de vida: puntuaciones medias (MSQOL, alta = buena, a medio plazo) Seguimiento: media de 6 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	La calidad de vida media: puntuaciones medias (MSQOL, alta= buena, a medio plazo) fue de 60,9	DM 4,50 más baja (15,66 inferior a 6,66 superior)		64 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ ^{d,e,f} Muy baja ^{d,e,f}	Datos para el resultado predefinido resultado "cambio clínicamente importante clínicamente importante" no se ha informado
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el cegamiento de los participantes y del personal en ambos ensayos no fue posible y el sesgo de rendimiento se calificó como riesgo de sesgo poco claro. Del mismo modo, todos los ensayos

tuvieron un riesgo poco claro de sesgo de detección, ya que las calificaciones de los resultados no fueron cegadas. b. no fue posible cegar a los participantes y a los clínicos, y el sesgo de rendimiento puede ser un riesgo. La deserción fue del 25% a los 6 meses y los datos faltantes no estaban equilibrados entre las intervenciones. Los resultados perdidos son suficientes para inducir un sesgo clínicamente relevante en el tamaño del efecto observado. c. el tamaño de la muestra del ensayo único es pequeño y el intervalo de confianza es amplio. d. tamaño de la muestra pequeño e intervalo de confianza amplio. e. las puntuaciones de la escala se emplearon como índice sustitutivo del resultado previsto. f. alto riesgo de sesgo de ocultación de la asignación, y riesgo poco claro en torno al cegamiento.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS *		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		(IC 95%)					
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Calidad de vida/satisfacción con la vida							
Seguimiento de la Evaluación Corta de la Calidad de Vida de Manchester (MANSA): 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	La calidad de vida media en los grupos de control fue de 41,7	La calidad de vida media en los grupos de intervención fue 1,5 menor (5,15 menor a 2,15 mayor)		226 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{a,b}	El resultado favorece la atención estándar, aunque no de manera significativa
Calidad de vida - Criterio de valoración promedio en el componente de salud mental (SF-36) (a los 36 meses) Escala de: 0 a 100 Seguimiento: 36 meses	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)		La calidad de vida media - criterio de valoración medio en el componente de salud mental (sf-36) (a los 36 meses) en los grupos de intervención fue 3,5 más alto (1,8 a 5,2 más alto)		306 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{c,d}	El resultado favorece significativamente la atención colaborativa en comparación con la atención estándar
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. los calificadores no están cegados b. pérdida de algunos participantes no descrita. c. población restringida (por ejemplo, la mayoría de los participantes con diagnóstico de trastorno bipolar). d. ocultación de la asignación poco clara; participantes y personal no cegados; posibilidad de no cegar a los evaluadores de resultados

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Estado global, mental y emocional: Insight							
Puntuación media (escala Insight) Seguimiento: a los 3 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)		El estado mental medio en los grupos de intervención fue 0,52 más alto (0,78 más bajo a 1,82 más alto)		105 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	Es poco probable que la diferencia observada sea clínicamente importante
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. los participantes y el personal no estaban cegados y puede haber un sesgo de rendimiento. Los datos faltantes se abordaron mediante Last Observation Carried Forward en Edward 2006, pero puede haber un sesgo de deserción, ya que la pérdida de seguimiento fue del 30% a los 9 meses. b. la tasa de eventos es baja, el tamaño de la muestra es pequeño y el intervalo de confianza es amplio.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Servicio de salud y tratamiento: Hospitalización							
Rehospitalización Seguimiento: 12 meses	HABILIDADES SOCIALES versus CUIDADO ESTÁNDAR (Almerie 2015)	366 por 1000	194 por 1000 (110 a 340)	RR 0,53 (0,3 a 0,93)	143 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{a,b}	
Hospitalización Seguimiento: 6 meses	TERAPIA DE APOYO versus CUIDADO ESTÁNDAR (Buckley, 2015)	42 por 1000	42 por 1000 (3 a 628)	RR 1 (0,07 a 15,08)	48 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{c,d,e}	
Hospitalización Seguimiento: 2 años	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley, 2015)	300 por 1000	579 por 1000 (267 a 1000)	RR 1,93 (0,89 a 4,17)	39 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{f,g,h}	
Hospitalización Seguimiento: 6 meses	TERAPIA DE APOYO versus PSICOEDUCACIÓN (Buckley, 2015)	87 por 1000	42 por 1000 (4 a 429)	RR 0,48 (0,05 a 4,93)	47 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{i,j,k}	
Número medio de días en el hospital por mes: alrededor de 24 meses	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	-	Media de uso del servicio: 1. número medio de días en el hospital por mes - alrededor de 24 meses en los grupos de intervención fue 0,86 más bajo (1,37 más bajo a 0,34 más bajo)	-	3595 (24 estudios)	⊕⊕⊕⊕ Baja ^{l,m}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. menos de cinco estudios proporcionaron datos para este resultado. b. el ECA que proporcionó datos para este resultado tenía un ocultamiento de la asignación poco claro y no estaba cegado. No estaba claro si estaba libre de otros sesgos. c. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. d. cuatro estudios o menos informaron de datos para este resultado. e. un estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro para la aleatorización, la ocultación de la asignación y el cegamiento. f. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. g. dos estudios o menos informaron de datos para este resultado. h. el estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro en cuanto a la aleatorización, la ocultación de la asignación y el cegamiento de los

participantes. i. el estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro en cuanto a la aleatorización, la ocultación de la asignación y el cegamiento de los participantes y los evaluadores de resultados. j. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. k. dos estudios o menos informaron de datos para este resultado. l. aleatorización no bien descrita; problemática para cegamiento. m. considerable heterogeneidad ($I^2 = 74\%$).

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Servicio de salud y tratamiento: Hospitalización							
Número medio de días en el hospital por mes: alrededor de 24 meses	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (Dieterich 2017)	—	El uso medio del servicio: 1. número medio de días en el hospital por mes - alrededor de 24 meses en los grupos de intervención fue 0,08 más bajo (0,37 más bajo a 0,21 más alto)	—	2220 (21 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^a	
Número medio de ingresos (datos asimétricos - tamaño de la muestra \geq 200) - por largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (Dieterich 2017)	—	El uso medio del servicio: 3b. el número medio de ingresos (datos asimétricos - tamaño de la muestra \geq 200) - a largo plazo en los grupos de intervención fue 0,18 más bajo.	—	678 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^a	
Uso del servicio: Número de hospitalizados Seguimiento: media de 6 meses	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	106 por 1000	22 por 1000 (5 a 98)	RR 0,21 (0,05 a 0,93)	176 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{b,c}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. aleatorización no bien descrita; problemática para cegamiento. b. el cegamiento no fue posible, por lo que el sesgo de rendimiento se calificó como un riesgo de sesgo poco claro. El resultado primario en ambos ensayos fue el análisis de orina, por lo que el sesgo de detección fue poco probable. c. la tasa de eventos es muy baja y el intervalo de confianza es amplio

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Servicio de salud y tratamiento: Hospitalización							
Reingreso al hospital entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	Población de estudio		RR 0,98 (0,79 a 1,21)	416 (2 estudios)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	
		460 por 1000	451 por 1000 (363 a 57)				
		Población de riesgo medio					
		446 por 1000	437 por 1000 (352 a 540)				
Reingreso al hospital a los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	Población de estudio		R RR 0,99 (0,74 to 1,32)	333 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{c,d}	
		359 por 1000	356 por 1000 (266 a 474)				
		Población de riesgo medio					
		359 par 1000	355 por 1000 (266 a 474)				
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el ocultamiento de la asignación y el cegamiento no están claros: riesgo grave de sesgo, rebajado en un nivel. b. sólo 2 estudios, ambos de EE.UU.: imprecisión grave, rebajada en un nivel. c. cuarenta personas (25%) asignadas a la Sección 17 recibieron posteriormente una OTC durante el estudio. d. 35 personas asignadas al azar a OTC (22%) no recibieron realmente la intervención.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
		Servicio de salud y tratamiento: Hospitalización					
Resultados de los servicios de salud: días de cama de hospital a los 12 meses.	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)		El resultado medio del servicio de salud: 2. La duración total de las estancias hospitalarias psiquiátricas durante 12 meses en los grupos de intervención fue 8,7 menor (30,88 menor a 13,4 8 mayor)		333 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a,b}	
Resultados de los servicios de salud: 3. número de readmisiones a los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)		El resultado medio del servicio de salud: 3. número de readmisiones a los 12 en los grupos de intervención fue 0,2 menor (0,45 menor a 0,05 mayor)		119 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a,b}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. cuarenta personas (25%) asignadas a la Sección 17 recibieron posteriormente una OTC durante el estudio. b. 35 personas asignadas al azar a OTC (22%) no recibieron realmente la intervención.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Servicio de salud y tratamiento: Hospitalización							
Número con reingreso múltiple a los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	Población de estudio		RR 0,56 (0,27 a 1,17)	333 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a,b}	
		108 por 1000	60 por 1000 (29 to 126)				
		Población de riesgo medio					
		108 por 1000	60 por 1000 (29 a 126)				
Día en comunidad hasta primer ingreso a los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)		La media de días en la comunidad hasta el primer ingreso en el grupo de intervención fue 5 más alto (21,74 menos a 31,7 4 más alto)		333 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a,b}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a.cuarenta personas (25%) asignadas a la Sección 17 recibieron posteriormente una OTC durante el estudio. b. 35 personas asignadas al azar a OTC (22%) no recibieron realmente la intervención.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Servicio de salud y tratamiento: Hospitalización							
Reingreso al hospital entre los 11 y los 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)	Población de estudio		RR 0,98 (0,83 a 1,17)	749 (3 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a,b}	
		415 por 1000	406 por 1000 (344 a 485)				
		Moderado					
		403 por 1000	395 por 1000 (334 a 472)				
Días-cama de hospital	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)		Los resultados medios del servicio de salud: 2. días-cama en el hospital en los grupos de intervención fue 3,35 menor (15,14 menor a 8,44 mayor)		597 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a,b}	

* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;

Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE

Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.

Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.

Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.

Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.

Explicaciones: a. cuarenta personas (25%) asignadas a la Sección 17 recibieron posteriormente una TCO durante el estudio. b. 35 personas asignadas al azar a TCO (22%) no recibieron realmente la intervención.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Servicio de salud y tratamiento: Hospitalización							
Número con reingresos múltiples a los 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO VERSUS ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)	Población de estudio		RR 1,0 (0,6 a 1,66)	485 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a,b}	
		111 por 1000	111 por 1000 (67 a 184)				
		Moderado					
		114 por 1000	114 por 1000 (68 a 189)				
No se puede dar de alta (a largo plazo)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	42 por 1000	351 por 1000 (85 a 1000)	RR 8,35 (2,03 to 34,3)	94 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{c,d}	
Ingresos repetidos excluyendo índice ingreso Seguimiento: 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	758 por 1000	470 por 1000 (387 to 576)	RR 0,75 (0,50 a 1,13)	369 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Alta	El resultado favorece significativamente la intervención en crisis

* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;

Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE

Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.

Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.

Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.

Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.

Explicaciones: a. cuarenta personas (25%) asignadas a la Sección 17 recibieron posteriormente una TCO durante el estudio. b. 35 personas asignadas al azar a TCO (22%) no recibieron realmente la intervención. c. se realizó la aleatorización, pero no se describió claramente. d. un único estudio pequeño.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
		Servicio de salud y tratamiento: Hospitalización					
Admisiones psiquiátricas: número de participantes ingresados en el hospital Paquete de gestión de beneficios de farmacia y base de datos nacional de atención al paciente de VA. Seguimiento: 2 años	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	468 por 1000	351 por 1000 (267 a 464)	RR 0,75 (0,57 a 0,99)	306 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	El resultado favorece significativamente la atención colaborativa en comparación con la atención estándar.
Otros ingresos no psiquiátricos: número de participantes ingresados en el hospital Paquete de gestión de beneficios de farmacia y base de datos nacional de atención al paciente de VA. Seguimiento: 2 años	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	532 por 1000	441 por 1000 (346 a 553)	RR 0,83 (0,65 a 1,04)	306 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	El resultado favorece la atención colaborativa, aunque no de manera significativa
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. información incompleta de los resultados, es decir, los datos se comunicaron anualmente en lugar de acumularse. b. población restringida (por ejemplo, la mayoría de los participantes con diagnóstico de trastorno bipolar)

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS *		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		(IC 95%)					
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Servicio de salud y tratamiento: Cumplimiento de la medicación							
Cumplimiento de la medicación entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	Población de estudio		RR 0,99 (0,83 to 1,19)	416 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{a,b}	
		505 por 1000	500 por 1000 (419 a 601)				
		Población de riesgo medio					
		156 por 1000	151 por 1000 (97 a 237)				
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el ocultamiento de la asignación y el cegamiento no están claros: riesgo grave de sesgo, rebajado en un nivel. b. sólo 2 estudios, ambos de EE.UU.: imprecisión grave, rebajada en un nivel.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Servicio de salud y tratamiento: Administración de medicación							
Administración de medicación durante un seguimiento de 12 meses a tres años, a los 12 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	958 por 1000	613 por 1000 (479 to 776)	RR 0,64 (0,5 a 0,81)	94 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	
Administración de medicación durante un seguimiento de 12 meses a tres años, a los tres años	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	1000 por 1000	850 por 1000 (750 a 960)	RR 0,85 (0,75 a 0,96)	94 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. Se realizó la aleatorización, pero no se describió claramente. b. un único estudio pequeño.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
		Población de estudio					
Satisfacción con la atención/eventos adversos: coerción percibida entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	218 por 1000	296 por 1000 (211 a 412)	RR 1,36 (0,97 to 1,89)	416 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{a,b}	
		Población de riesgo medio					
Satisfacción con el tratamiento: el destinatario de la atención no está satisfecho con el tratamiento Seguimiento: 1 año	TERAPIA DE APOYO versus CUIDADO ESTÁNDAR (Buckley, 2015)	238 por 1000	436 por 1000 (179 a 1000)	RR 1,83 (0,75 a 4,47)	44 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{c,d,e}	
Satisfacción con el tratamiento: el destinatario de la atención no está satisfecho con el tratamiento Seguimiento: 1 año	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley, 2015)	136 por 1000	435 por 1000 (138 a 1000)	RR 3,19 (1,01 a 10,07)	45 (1 estudio)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{g,hf}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el ocultamiento de la asignación y el cegamiento no están claros: riesgo grave de sesgo, rebajado en un nivel. b. sólo 2 estudios, ambos de EE.UU.: imprecisión grave, rebajada en un nivel. c. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. d. cuatro estudios o menos reportaron datos para este resultado. e. un estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro para el cegamiento. f. cuatro estudios o menos reportaron datos para este resultado. g. el estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro por el cegamiento de los participantes y los evaluadores de resultados. h. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son muy amplios.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Servicio de salud y tratamiento: Satisfacción con atención							
Satisfacción con la atención: coerción percibida a los 11-12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)		Los resultados medios de la palanca del participante: Satisfacción con la atención: los grupos de intervención de coerción percibida fueron 0,5 menos (1,71 menos a 0,71 más)		182 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a,b}	
Resultados a nivel de los participantes: participantes: 2. Satisfacción con la atención: coerción o influencia percibida entre los 11 y los 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)	Población de estudio		RR 1,3 (0,98 a 1,71)	645 (3 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{a,b}	
		212 por 1000	275 por 1000 (207 a 362)				
		Moderado					
		200 por 1000	260 por 1000 (196 a 342)				
Satisfacción del paciente Cuestionario de satisfacción del cliente (CSQ-8) Seguimiento: 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	La satisfacción media de los pacientes en los grupos de control fue de 22,0	La satisfacción media de los pacientes en los grupos de intervención fue 5,4 más alta (3,91 a 6,89 más alta)		137 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Moderada ^{c,d}	El resultado favorece la intervención en crisis en gran medida
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. cuarenta personas (25%) asignadas a la Sección 17 recibieron posteriormente una TCO durante el estudio. b.35 personas asignadas al azar a las TCO (22%) no recibieron realmente la intervención. c. no se describen los detalles de la aleatorización. d. no se describe el cegamiento

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Sistema judicial/contactos policiales							
Problemas con la policía entre los 11 y los 12 meses, al menos 1 arresto	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	Población de estudio		RR 0,97 (0,62 a 1,52)	416 (2 estudios)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	
		58 por 1000	153 por 1000 (98 a 240)				
		Población de riesgo medio					
		156 por 1000	151 por 1000 (97 a 237)				
Problemas con la policía entre los 11 y 12 meses,	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	Población de estudio		RR 0,82 (0,56 a 1,21)	416 (2 estudios)	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}	
		208 por 1000	171 por 1000 (116 a 252)				
		Población de riesgo medio					
		156 por 1000	128 por 1000 (87 a 189)				
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el ocultamiento de la asignación y el cegamiento no están claros: riesgo grave de sesgo, rebajado en un nivel. b. sólo 2 estudios, ambos de EE.UU.: imprecisión grave, rebajada en un nivel.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
Evento adverso							
Evento adverso: Muerte Seguimiento: media de 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	28 por 1000	33 por 1000 (11 a 101)	RR 1,18 (0,39 a 3,57)	421 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{a,b}	Los datos estuvieron disponibles sólo durante 36 meses
Muerte Seguimiento: media de 18 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	40 per 1000	42 por 1000 (3 a 629)	RR 1,04 (0,07 a 15,73)	49 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Muy baja ^{c,d}	
Evento adverso: Muerte	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	79 por 1000	12 por 1000 (2 a 112)	RR 0,15 (0,02 a 1,42)	121 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{e,f,g}	
Muerte: número de participantes que murieron por causas naturales Seguimiento: 36 meses	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	48 por 1000	74 por 1000 (31 a 175)	RR 1,54 (0,65 a 3,66)	330 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊖ Muy baja ^{h,i,j}	El resultado favorece la atención estándar, aunque no de manera significativa. La diferencia en el número de muertes entre los grupos en el seguimiento de 3 años no fue estadísticamente significativa (doce en comparación con ocho en el grupo de atención estándar).
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el cegamiento de los participantes y del personal en ambos ensayos no fue posible y el sesgo de rendimiento se calificó como riesgo de sesgo poco claro. Del mismo modo, todos los ensayos tuvieron un riesgo poco claro de sesgo de detección, ya que las calificaciones de los resultados no fueron cegadas. b. la tasa de eventos es muy baja y el intervalo de confianza del 95% es amplio. c. la ocultación de la asignación no fue clara y el cegamiento no fue posible, por lo que el sesgo de rendimiento no está claro. Los evaluadores no estaban cegados, por lo que existe un alto riesgo de sesgo de detección. La deserción fue del 29% a los 18 meses. d. La tasa de eventos es muy pequeña y el intervalo de confianza es muy amplio. e. los resultados del ensayo fueron la abstinencia autodeclarada y no se informa de si los calificadores estaban ciegos a la asignación del tratamiento cuando evaluaban el autoinforme del participante. f. esto no es posible de evaluar ya que sólo hay un estudio. g. el único ensayo tiene un pequeño tamaño de muestra de 121 con tasas de eventos muy bajas. El intervalo de confianza cruza la línea de ausencia de efecto y de daño apreciable. h. población restringida (por ejemplo, la mayoría de los participantes con diagnóstico de trastorno bipolar). i. información incompleta de los resultados (por ejemplo, no se informan los datos de 12 y 24 meses). j. los IC amplios indican imprecisión; no está claro si los participantes perdidos durante el seguimiento habían fallecido

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Abandono temprano del estudio							
Seguimiento: 10 semanas a 2 años	TERAPIA DE APOYO versus CUIDADO ESTÁNDAR (Buckley, 2015)	166 por 1000	143 por 1000 (88 a 232)	RR 0,86 (0,53 a 1,4)	354 (4 estudios)	⊕⊕⊕⊕ ^{a,b,c} Muy baja	
Seguimiento: 10 semanas a 3 años	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley, 2015)	150 por 1000	158 por 1000 (116 to 217)	RR 1,05 (0,77 to 1,44)	812 (12 estudios)	⊕⊕⊕⊕ ^d Moderada	
A largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley, 2015)	182 por 1000	231 por 1000 (102 a 525)	RR 1,27 (0,56 a 2,89)	87 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊕ ^{e,f,g} Muy baja	
Abandono temprano del estudio, a largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	331 por 1000	225 por 1000 (192 a 262)	RR 0,68 (0,58 a 0,79)	1798 (13 estudios)	⊕⊕⊕⊕ ^{h,i} Baja	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. b. cuatro estudios o menos informaron de datos para este resultado. c. un estudio tenía un riesgo de sesgo poco claro para la aleatorización y el ocultamiento de la asignación; dos estudios tenían un riesgo poco claro para el cegamiento. d. siete estudios tenían un riesgo de sesgo poco claro para la aleatorización y el ocultamiento de la asignación. Nueve estudios tenían un riesgo de sesgo poco claro para el cegamiento de los participantes. Dos estudios tenían un alto riesgo de sesgo para el cegamiento de las evaluaciones de resultados y cuatro no estaban claros. e. ambos estudios tenían un riesgo de sesgo poco claro para la aleatorización, la ocultación de la asignación y el cegamiento de los participantes. Un estudio fue calificado como de alto riesgo de sesgo por el cegamiento de los evaluadores de resultados. f. se incluyeron relativamente pocos participantes y pocos eventos; los intervalos de confianza son amplios. g. dos estudios o menos informaron datos para este resultado. h. aleatorización no bien descrita; problemática para cegamiento. i. sólo 7 estudios informaron completamente sobre el flujo de participantes a través del estudio.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO CON COMPARADOR	RIESGO CORRESPONDIENTE CON INTERVENCIÓN				
		Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio: pérdida por tratamiento Seguimiento: media de 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	212 por 1000	231 por 1000 (174 a 308)	RR 1,09 (0, 82 a 1,45)	603 (3 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{a,b}	Los datos estuvieron disponibles sólo durante 36 meses
Abandono temprano del estudio: pérdida por tratamiento Seguimiento: media de 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	239 por 1000	289 por 1000 (174 a 475)	RR 1,21 (0,73 a 1,99)	134 (3 estudios)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja ^{b,c}	
Abandono temprano del estudio: pérdida por tratamiento Seguimiento: media de 3 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	97 por 1000	108 por 1000 (43 a 277)	RR 1,12 (0,44 a 2,86)	152 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊖ Baja ^{d,e}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el cegamiento de los participantes y del personal en los tres ensayos no fue posible y el sesgo de rendimiento se calificó como riesgo de sesgo poco claro. Del mismo modo, todos los ensayos tenían un riesgo poco claro de sesgo de detección. b. el número de eventos es inferior a 300 y el tamaño global de la muestra es pequeño. b. la generación aleatoria y la ocultación de la asignación no se informaron adecuadamente y el riesgo de sesgo no está claro. Tanto el sesgo de rendimiento como el sesgo de detección fue poco claro, ya que el cegamiento no se realizó o no se informó claramente. La deserción fue poco clara o muy alta (57% en Bond-Anderson 91), por lo que el riesgo de sesgo en general se calificó como muy grave. c. el intervalo de confianza es amplio y el tamaño de la muestra es muy pequeño. d. los participantes y el personal no estaban cegados y puede haber un sesgo de actuación. Los datos perdidos se abordaron mediante Last Observation Carried Forward en Edward 2006, pero puede haber un sesgo de desgaste, ya que la pérdida de seguimiento fue del 30% a los 9 meses. e. la tasa de eventos es baja y el intervalo de confianza es amplio

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Abandono temprano del estudio							
Abandono temprano del estudio: pérdida por tratamiento Seguimiento: media 3 meses	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	315 por 1000	487 por 1000 (355 a 664)	RR 1,55 (1,13 a 2,11)	255 (2 estudios)	⊕⊕⊕⊖ ^{a,b} Moderada	
Abandono temprano del estudio: pérdida por tratamiento Seguimiento: media de 12 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	138 por 1000	196 por 1000 (28 a 1000)	RR 1,42 (0,20 a 10,1)	122 (3 estudios)	⊕⊖⊖⊖ ^{c,d} Muy baja	
Abandono temprano del estudio: Pérdida durante el tratamiento Seguimiento: media de 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	178 por 1000	176 por 1000 (110 a 283)	RR 0,99 (0,62 a 1,59)	327 (1 estudio)	⊕⊕⊖⊖ ^{e,f} Baja	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE							
Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.							
Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.							
Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.							
Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. el cegamiento no fue posible, por lo que el sesgo de rendimiento se calificó como un riesgo de sesgo poco claro. El resultado primario en ambos ensayos fue el análisis de orina, por lo que el sesgo de detección fue poco probable. El sesgo de deserción fue un riesgo poco claro y mayor del 20% en los grupos de ambos ensayos. b. el intervalo de confianza es amplio aunque no cruza el 1 indicando un daño apreciable. c. no fue posible el cegamiento y puede haber un sesgo de rendimiento. No estaba claro si los evaluadores estaban cegados y puede haber un sesgo de detección. El sesgo de deserción fue un riesgo alto en Hellerstein 1995, con un 47% de pérdidas durante el seguimiento a los 4 meses y un 64% a los 8 meses, sin que se proporcionaran las razones de los abandonos y sin que se abordaran en el análisis. d. la tasa de eventos fue baja (cero eventos en un ensayo) con un amplio intervalo de confianza. e. el único ensayo que informó sobre la pérdida de tratamiento a los 12 meses tenía una generación aleatoria y un ocultamiento de la asignación adecuados, pero se le restó importancia por el posible sesgo de desempeño, ya que los participantes y los médicos no estaban cegados. El sesgo de detección fue un riesgo bajo ya que los evaluadores de resultados estaban cegados. f. la tasa de eventos es baja y el intervalo de confianza es amplio e incluye la línea de no efecto y daño apreciable.

Resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión global rápida (continua)							
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	RIESGOS COMPARATIVOS ILUSTRATIVOS * (IC 95%)		EFECTO RELATIVO (IC 95%)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADE)	COMENTARIOS
		RIESGO ASUMIDO	RIESGO CORRESPONDIENTE				
		CON COMPARADOR	CON INTERVENCIÓN				
Pérdida por tratamiento							
Abandono temprano del estudio: Pérdida durante el tratamiento Seguimiento: media de 12 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	Ver comentario	Ver comentario	Not estimable	61 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{a,b}	Los datos sólo se informaron por ensayo y no por brazo aleatorizado.
Pérdida por tratamiento Seguimiento: media de 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	156 por 1000	266 por 1000 (94 a 560)	RR 1,71 (0,63 a 4,64)	62 (1 estudio)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja ^{c,d}	
* El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) está basado en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo;							
Grados de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE Calidad alta: Es muy poco probable que la investigación adicional cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Calidad moderada: Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Calidad baja: Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Calidad muy baja: Hay muchas dudas sobre la estimación.							

Explicaciones: a. aunque se informa de que la generación aleatoria es generada por ordenador, los números de los brazos varían y no se informa de si la aleatorización se realizó de forma proporcional. No se realizó el cegamiento y el sesgo de rendimiento puede ser poco claro y el sesgo de detección es de alto riesgo ya que los evaluadores no estaban cegados. Existe un alto riesgo de sesgo de información selectiva ya que se informan pocos resultados por brazo y principalmente por sitio. b. el tamaño de la muestra es pequeño y es muy probable que cualquier estimación del efecto (si se hubiera informado por brazo) sea imprecisa. c. este único ensayo tiene un riesgo poco claro de ocultación de la asignación y un riesgo poco claro de sesgo de ejecución. d. el tamaño de la muestra es muy pequeño (N = 62), la tasa de eventos muy baja y el intervalo de confianza muy amplio

DM: Diferencia media, IC: intervalo de confianza, RR: Riesgo relativo. N/A: No aplicable, GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (evaluaciones de calificación de recomendaciones, evaluación, desarrollo y evaluación).

Anexo 17. Decisión sobre las variables de resultados de los estudios primarios que se solaparon en las revisiones sistemáticas.

Estudios primarios solapados	Revisión sistemática	Variables	Comentarios
Barrowclough 2001	Pharoah 2010 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Recatida Funcionamiento global (GAF 12 meses y 18 meses) Estado mental (PANSS 1 año y 18 meses) Muerte (Suicidio y otras causas) Funcionamiento social (SFS)	Para las variables de recatida, funcionamiento global, estado mental y funcionamiento social teniendo en cuenta que ambas revisiones sistemáticas son Cochrane y de alta calidad se priorizó la de revisión sistemática de Hunt por ser la más reciente. No se encontró solapamiento para el estado mental en la medición de la psicopatología general mediante la PANSS en la revisión sistemática de Pharoah. En cambio, para la variable de muerte es preciso priorizar la revisión sistemática de Pharoah por hacer una diferenciación del suicidio, variable principal de esta revisión global rápida. Aunque el estudio primario se solapa en dos revisiones sistemáticas no existe solapamiento en ninguna de las variables afectadas por lo que se mantienen todas.
	Hunt 2019 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Autolesiones Abandono temprano del estudio (Perdido a causa del tratamiento). Funcionamiento global (GAF). Estado mental (PANSS) Muerte (alrededor de 1 año) y muerte u hospitalización a los 24 meses	
	Donker 2013 Revisión no Cochrane AMSTAR: Críticamente baja	Agresión física Agresión verbal Resolución de problemas sociales (SPSI-R: S: Inventario de resolución de problemas sociales: revisado, versión breve). Conductas delictivas (Crime Pics II) Ira: Escala de ira de Novaco (NAS, cognitiva, excitación, conductual) Infracciones	
Barrowclough 2010	Hunt 2019 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Agresión física Agresión verbal Resolución de problemas sociales (SPSI-R: S: Inventario de resolución de problemas sociales: revisado, versión breve). Conductas delictivas (Crime Pics II) Ira: Escala de ira de Novaco (NAS, cognitiva, excitación, conductual) Infracciones	El estudio primario se encontró incluido en 4 revisiones sistemáticas, en relación a las variables para la agresión física y verbal se priorizó la revisión sistemática de Ballesteros por ser una revisión Cochrane, más reciente y de alta calidad. En relación a las variables resolución de problemas sociales y conductas delictivas teniendo en cuenta que la revisión sistemática de Rampling no proporciona datos se priorizó la revisión sistemática de Darmedru.
	Ballesteros 2020 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	MacInnes 2019 Revisión no Cochrane AMSTAR: Baja	
	Darmedru 2017 Revisión no Cochrane AMSTAR: Críticamente baja	Rampling 2016 Revisión no Cochrane AMSTAR: Baja	
Cullen 2012	MacInnes 2019 Revisión no Cochrane AMSTAR: Baja	MacInnes 2019 Revisión no Cochrane AMSTAR: Baja	En relación a la escala de ira de Novaco y a las infracciones teniendo en cuenta que la revisión sistemática de MacInnes es más reciente y que la revisión sistemática de Rampling no proporciona datos se priorizó la de MacInnes.
	Rampling 2016 Revisión no Cochrane AMSTAR: Baja	Rampling 2016 Revisión no Cochrane AMSTAR: Baja	
	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	
Durham 2003	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	En el caso de los delirios (PSYRATS) en ambas revisiones sistemáticas los datos fueron asimétricos. En el caso del resto de variables se priorizó la revisión sistemática de Jones por ser más reciente.
	Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Estado mental: no mejoría clínicamente importante Estado mental (PANSS) Muerte Delirios (PSYRATS) Funcionamiento general (GAF y GAS)	

Estudios primarios solapados	Revisión sistemática	Variables	Comentarios
Drake 1998	<p>Dieterich 2017 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta</p> <p>Hunt 2019 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta</p>	<p>Abuso de sustancias (cambio clínicamente importante-no en remisión, alcohol: remisión del trastorno por consumo de alcohol, puntuación promedio para el progreso hacia la recuperación y puntuación promedio)</p> <p>Abandono temprano del estudio (perdido para evaluación, perdido para tratamiento)</p> <p>Muerte</p> <p>Número promedio de días en el hospital por mes</p>	<p>Para las variables de muerte, abandono temprano de estudio y abuso de sustancias (cambio clínicamente importante-no en remisión, puntuación promedio para el progreso hacia la recuperación y puntuación promedio) teniendo en cuenta que ambas revisiones sistemáticas son Cochrane y de alta calidad se priorizó la de revisión sistemática de Hunt por ser la más reciente.</p> <p>Para el abuso de sustancias (alcohol: remisión del trastorno por consumo de alcohol) teniendo en cuenta que los datos de la revisión sistemática de Hunt fueron asimétricos y no se realizó análisis se priorizó la revisión sistemática de Dieterich.</p>
Essock 2006	<p>Dieterich 2017 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta</p> <p>Hunt 2019 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta</p>	<p>Número promedio de días en el hospital por mes</p>	<p>En relación al número promedio de días en el hospital por mes, teniendo que los datos de la revisión sistemática de Hunt fueron asimétricos y no se realizó análisis, se priorizó la revisión sistemática de Dieterich.</p>
Falloon 1982	<p>Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta</p> <p>Pharoah 2010 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta</p>	<p>Recaida Hospitalización No empleo remunerado Ingreso en prisión Deterioro social Mal afrontamiento con los familiares Abandono temprano del estudio Mal cumplimiento de la terapia</p>	<p>Aunque se encontró un solapamiento entre las variables abandono temprano del estudio y mal cumplimiento de la terapia en las revisiones sistemáticas, ambas no fueron incluidas ya que incluyeron estudios primarios excluidos de esta revisión global rápida (abandono temprano del estudio: Uzenoff, Leavey 2004, Goldstein 1978, Zhang 1994; mal cumplimiento de la terapia: Uzenoff, Zhang 1994). Así mismo respecto a la hospitalización fueron excluidas las temporalidades de 0-6 meses, 13-18 meses y 19-24 meses al encontrarse estudios primarios excluidos (Leavey 2004, Zhang 1994, Li 2005a). En relación a la variable mal afrontamiento con los familiares de la revisión sistemática de Pharoah no fue considerada ya que incluía un estudio primario (Zhang 1994) excluido de esta revisión global rápida. Respecto a la variable de recaída fueron excluidas las temporalidades de 0-6 meses y 7-12 meses al encontrarse estudios primarios excluidos (Goldstein 1978, Linszen 1996, Li 2004).</p> <p>En relación a la hospitalización y la recaída para las variables que no contenían estudios primarios excluidos y presentaban solapamiento, teniendo en cuenta que ambas revisiones sistemáticas son Cochrane y de alta calidad se priorizó la de revisión sistemática de Buckley por ser la más reciente. No se encontró solapamiento para la recaída a los 5 y 8 años en la revisión sistemática de Pharoah. En relación al no empleo remunerado, ingreso en prisión y deterioro social teniendo en cuenta que ambas revisiones sistemáticas son Cochrane y de alta calidad se priorizó la de revisión sistemática de Buckley por ser la más reciente.</p>

Estudios primarios Solapados	Revisión sistemática	Variables	Comentarios
Hogarty 1997- study 2	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Recaída Abandono temprano del estudio	Aunque se encontró un solapamiento entre la variable abandono temprano del estudio en las revisiones sistemáticas, no se consideró la de Pharoah ya que incluyó estudios primarios excluidos de esta revisión global rápida (Li 2004, Li 2005a), respecto a las mediciones temporales de esta variable de la revisión sistemática de Pharoah que no tenía estudios primarios excluidos, teniendo en cuenta que ambas revisiones sistemáticas son Cochrane y de alta calidad se priorizó la variable de revisión sistemática de Buckley por ser la más reciente.
	Pharoah 2010 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		
Kemp 1996	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Estado mental general (BPRS) Funcionamiento general (GAF y GAS) Actitud ante la medicación (AMQ y DAI a corto plazo) Hospitalización Insight (BCIS y SAI)	En relación a la recaída teniendo en cuenta que ambas revisiones sistemáticas son Cochrane y de alta calidad se priorizó la de revisión sistemática de Buckley por ser la más reciente. No se encontró solapamiento para la recaída a los 5 y 8 años en la revisión sistemática de Pharoah. El Insight (BCIS y SAI) en ambas revisiones sistemáticas los datos fueron asimétricos. En el caso del resto de variables se priorizó la revisión sistemática de Jones por ser más reciente.
	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		
Levine 1998	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Estado mental, síntomas negativos (PANSS, SANS) Alteración del pensamiento (PANSS)	En alteración del pensamiento (PANSS) se prioriza la revisión sistemática de Buckley ya que Jones los presenta como datos asimétricos. Síntomas negativos (subescala PANSS) en ambas revisiones sistemáticas los datos fueron asimétricos. En el caso del estado mental se priorizó la revisión sistemática de Jones por ser más reciente.
	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		
Lewis 2002b	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Estado mental (PANSS) Síntomas positivos (subescala PANSS) Delirios (PSYRATS)	En el caso de los delirios (PSYRATS) en ambas revisiones sistemáticas los datos fueron asimétricos En el caso del resto de variables se priorizó la revisión sistemática de Jones por ser más reciente.
	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		

Estudios primarios solapados	Revisión sistemática	Variables	Comentarios
Morse 2006	Dieterich 2017 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Abuso de sustancias (medio y largo plazo días por mes en dieterich) Sin hogar (media de días por mes en alojamiento estable en dieterich medio plazo, largo plazo días promedio por mes en hogares protegidos dieterich)	Pese a encontrarse solapamiento en ambas variables y priorizarse la revisión sistemática de Hunt por ser la más reciente todos los datos fueron asimétricos.
	Hunt 2019 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		
OPUS-Denmark 1999	Dieterich 2017 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Muerte: Suicidio Autolesiones	En relación a las variables se priorizó la revisión sistemática de Dieterich por ser una revisión Cochrane, de alta calidad y ser la más reciente.
	Donker 2013 Revisión no Cochrane AMSTAR: Críticamente baja		
Penn 2009	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Estado mental general, síntomas negativos (PANSS) Depresión (BDI) Funcionamiento social (SFS) Hospitalización Delirios (PSYRATS) Voces (PSYRATS) Autoestima (RSES)	En el caso de la depresión (BDI), delirios (PSYRATS) en ambas revisiones sistemáticas los datos fueron asimétricos. En el caso de las voces (PSYRATS) los datos de Jones fueron más reciente.
	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		
	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		
Pinto 1999	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Estado mental general, síntomas negativos, síntomas positivos (PANSS, SANS, SAPS) Estado mental general (BPPS) Hospitalización	En el caso de los síntomas positivos (SAPS) en ambas revisiones sistemáticas los datos fueron asimétricos. En el caso del resto de variables se priorizó la revisión sistemática de Jones por ser más reciente.
	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		

Estudios primarios Solapados	Revisión sistemática	Variables	Comentarios
Sensky 2000b	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Estado mental: no mejoría clínicamente importante Depresión (MADRS)	En el caso de la depresión (MADRS) en ambas revisiones sistemáticas los datos fueron asimétricos. En el caso del resto de variables se priorizó la revisión sistemática de Jones por ser más reciente.
	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Estado mental: no mejoría clínicamente importante	
Tarrier 1998	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Recaida Estado mental: no mejoría clínicamente importante	Se priorizó la revisión sistemática de Jones por ser más reciente.
	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta	Muerte Estado mental general, síntomas negativos (PANSS, SANS)	
Turkington 2000	Buckley 2015 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		No hubo solapamiento en las variables y por otro lado, los autores de la revisión sistemática de Jones refirieron que los datos de Turkington 2000 no pudieron ser usados.
	Jones 2018 Revisión Cochrane AMSTAR: Alta		

Anexo 18. Medidas de resultados primarias y secundarias.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Violencia heterodirigida/autodirigida					
Comportamiento agresivo	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	12 (1)	RR 0,0 (-0,27, 0,27) p= N/A, (I ² = N/A)	N/A	N/A
Violencia física Seguimiento: 4-6 meses (final tratamiento)	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Ballesteros 2020)	161 (2)	IRR 0,28 (0,14, 0,57), p= 0,0004, (I ² = 88%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual	Evidencia de beneficio de la intervención.
Violencia física Seguimiento: 12-16 meses (post-tratamiento)	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Ballesteros 2020)	161 (2)	IRR 0,56 (0,33, 0,98), p= 0,04, (I ² = 79%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual	Evidencia de beneficio de la intervención.
Agresión física (OAS) 20 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA INESPECÍFICA (Remediación cognitiva computarizada) versus ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR (Darmedru 2017)	78 (1)	LRX ² ₄ = 45,69, p < 0,001	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio
Agresión verbal Seguimiento: 4-6 meses (final tratamiento)	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Ballesteros 2020)	161 (2)	IRR 0,25 (0,18, 0,34), p= <0,00001 (I ² = 88%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual	Evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Violencia heterodirigida/autodirigida					
Agresión verbal Seguimiento: 12-16 meses (post-tratamiento)	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Ballesteros 2020)	161 (2)	IRR 0,48 (0,35, 0,66), p= <0,00001 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual	Evidencia de beneficio de la intervención.
Agresión verbal (OAS) 20 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA INESPECÍFICA (Remediación cognitiva computarizada) versus ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR (Darmedru 2017)	78 (1)	LRX ₄ ² = 74,92, p < 0,001	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio
Lesiones/agresión a otros Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	959 (2)	RR 1,09 (0,85, 1,40), p= 0,49 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Lesiones/agresión a otros Seguimiento a medio plazo (18 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 1,35 (0,87, 2,10), p= 0,18 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Lesiones/agresión a otros Seguimiento a largo plazo (8,5 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	214 (1)	RR 0,95 (0,83, 1,09), p= 0,5 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la no gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Alguna vez arrestado/cogido por la policía por violencia contra una persona entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	416 (2)	RR 0,82 (0,56, 1,21), p= 0,32 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Violencia heterodirigida/autodirigida					
Número de incidentes violentos 6 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: 50 C: 96 DM: -46	N/A	N/A
Agresión en general (Cuestionario de agresión de Buss-Perry-SF) Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia dialéctico-conductual -DBT) versus TH (MacInnes 2019)	18 (1)	I: M 2,05 (DE 0,47) C: M 2,14 (DE 0,88) DM: -0,09	N/A	N/A
Agresión física (Cuestionario de agresión de Buss-Perry-SF) Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia dialéctico-conductual -DBT) versus TH (MacInnes 2019)	18 (1)	I: M 2,13 (DE 0,90) C: M 2,87 (DE 1,87) DM: -0,74	N/A	N/A
Agresión verbal (Cuestionario de agresión de Buss-Perry-SF) Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia dialéctico-conductual -DBT) versus TH (MacInnes 2019)	18 (1)	I: M 2,07 (DE 0,43) C: M 1,67 (DE 0,47) DM: 0,4	N/A	N/A
Agresión en general (Escala de agresión impulsiva/premeditada) Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia dialéctico-conductual -DBT) versus TH (MacInnes 2019)	18 (1)	I: M 2,23 (DE 0,21) C: M 2,94 (DE 0,59) DM: -0,71	N/A	N/A

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Violencia heterodirigida/autodirigida					
Agresión premeditada (Escala de agresión impulsiva/premeditada) Post tratamiento	INTERVENCIÓNES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia dialéctico-conductual -DBT) versus TH (MacInnes 2019)	18 (1)	I: M 2,00 (DE 0,27) C: M 2,75 (DE 0,91) DM: -0,75	N/A	N/A
Agresión impulsiva (Escala de agresión impulsiva/premeditada) Post tratamiento	INTERVENCIÓNES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia dialéctico-conductual -DBT) versus TH (MacInnes 2019)	18 (1)	I: M 2,40 (DE 0,20) C: M 3,09 (DE 0,57) DM: -0,89	N/A	N/A
Comportamiento agresivo (Índice de estado de comportamiento) Post tratamiento	INTERVENCIÓNES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	81 (1)	I: M 572 (DE 99,1) C: M 535,7 (DE 96,2) DM: 34,3, p=0,41	N/A	N/A
Daño a otros: Homicidio	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	568 (3)	RR 2,96 (0,31, 28,28), p= 0,35 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Agresión (informada por familiares) A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,97 (0,72, 1,31), p= 0,85 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Agresión (informada por familiares) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,7 (0,39, 1,25), p= 0,23 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Violencia heterodirigida/autodirigida					
Muerte por suicidio Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	127 (2)	RR 0,35 (0,04, 3,27), p= 0,36 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Muerte por suicidio Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	819 (4)	RR 0,98 (0,17, 5,60), p= 0,98 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Muerte por suicidio Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1456 (9)	RR 0,68 (0,31, 1,51), p= 0,35 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Muerte por suicidio Seguimiento a medio plazo (3 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,74 (0,17, 3,28), p= 0,69 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Autolesiones Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	620 (2)	RR 0,99 (0,61, 1,59), p= 0,96 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Autolesiones Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	123 (1)	RR 0,95 (0,14, 6,55), p= 0,96 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Intento de suicidio A largo plazo (durante los últimos 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,81 (0,47, 1,38), p= 0,43 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Violencia heterodirigida/autodirigida					
Intento de suicidio Seguimiento a medio plazo (3 años) (durante los últimos 3 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,95 (0,56, 1,62), p= 0,85 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Muerte por suicidio Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	929 (6)	RR 1,61 (0,26, 9,85), p= 0,61 (I ² =24,43%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la no gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Muerte por suicidio Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	1152 (3)	RR 0,88 (0,27, 2,84), p= 0,83 (I ² =4,09%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Muerte por suicidio Seguimiento a medio plazo (18 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 0,33 (0,03, 3,09), p= 0,33 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Daño a sí mismo o a otros Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	73 (1)	RR 0,88 (0,40, 1,90), p= 0,74 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Autolesión Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	959 (2)	RR 1,00 (0,69, 1,46), p= 0,99 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Autolesión Seguimiento a medio plazo (18 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 0,85 (0,44, 1,67), p= 0,65 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Violencia heterodirigida/autodirigida					
Autolesión Seguimiento a largo plazo (8,5 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	214 (1)	RR 0,81 (0,51, 1,27), p= 0,35 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Autolesión deliberada 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL + TH versus TH (Donker 2013)	327 (1)	OR 1,38 (0,65–2,96), p= 0,40	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Autolesión deliberada 24 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL + TH versus TH (Donker 2013)	327 (1)	OR 1,48 (0,56– 3,91), p= 0,43	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Comportamiento suicida (intentos y suicidio) 24 meses	TRATAMIENTO INTEGRADO versus TH (Donker 2013)	50 (1)	OR 0,95 (0,33–2,73), p= 0,92	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Suicidio y comportamiento suicida (autolesiones, pensamientos, intentos) (HoNOS) 6 semanas	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + TH y ASESORAMIENTO DE APOYO + TH versus TH (Donker 2013)	208 (1)	TCC: OR 0,67 (0,107–4,136) p= 0,66 AA: OR 0,95 (0,185–4,903) p= 0,9	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Intentos suicidas (EPSIS II) Seguimiento 12 meses	TRATAMIENTO INTEGRADO versus TH (Donker 2013)	304 (1)	OR 0,95 (0,40–2,25), p=0,91	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Violencia heterodirigida/autodirigida					
Suicidio y comportamiento suicida (autolesiones, pensamientos, intentos) (HoNOS) 18 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + TH y ASESORAMIENTO DE APOYO + TH versus TH (Donker 2013)	208 (1)	TCC: OR 0,359 (0,067–1,919), p= 0,23 AA: OR 1,033 (0,301– 3,55), p= 0,96	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte (natural y suicidio) Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	312 (1)	RR 1,5 (0,25, 8,85), p= 0,65 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otros enfoques vocacionales.	No evidencia de beneficio de la intervención
Suicidio 3 años	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	94 (1)	RR 0,52 (0,05, 5,56), p= 0,59 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	No evidencia de beneficio de la intervención
Suicidio 3 años	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	92 (1)	RR 0,16 (0,01, 2,93), p= 0,21 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte Suicidio o circunstancias sospechosas Medio plazo (3-12 meses)	EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Malone 2007)	587 (3)	RR 0,49 (0,11, 2,21), p= 0,35 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los equipos comunitarios de salud mental.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte: Por suicidio o muerte en circunstancias sospechosas	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	980 (6)	RR 1,06 (0,36, 3,11), p= 0,92 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Violencia heterodirigida/autodirigida					
Daño a sí mismo: Intento de suicidio	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	369 (3)	RR 2,62 (0,21, 32,02), p= 0,45 (I ² = 69,58%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Eventos adversos: Muerte Suicidio	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	377 (7)	RR 0,79 (0,35, 1,78), p= 0,56 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Número de participantes que murieron por suicidio (36 meses)	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	330 (1)	RR 0,34 (0,01, 8,32), p= 0,51 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención colaborativa.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Comportamiento disruptivo o agitación					
Agitación/activación (PANSS) 20 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA INESPECÍFICA (Remediación cognitiva computarizada) versus ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR (Darmedru 2017)	78 (1)	F(1,75)=5,45, p=0,02, h ² _p = 0,068	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio
Comportamiento disruptivo: Tensión (PANSS) 6 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: MCT + TH versus TH sólo (Darmedru 2017)	16 (1)	F(1,14)=4,63, p=0,04, d > 1,0	Gran tamaño del efecto para el grupo MCT frente al control.	Evidencia dudosa de beneficio
Comportamiento disruptivo: Hostilidad (PANSS) 6 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: MCT + TH versus TH sólo (Darmedru 2017)	16 (1)	d= 0,60 No se proporciona más información	Tamaño del efecto de mediano a grande para el grupo MCT frente al control.	Evidencia dudosa de beneficio
Comportamiento disruptivo: Agitación (PANSS) 6 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: MCT + TH versus TH sólo (Darmedru 2017)	16 (1)	d= 0,33 No se proporciona más información	Tamaño del efecto de pequeño a mediano para el grupo MCT frente al control.	Evidencia dudosa de beneficio
Hostilidad (Cuestionario de agresión de Buss-Perry-SF) Post tratamiento	INTERVENCIÓN PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia dialéctico-conductual -DBT) versus TH (MacInnes 2019)	18 (1)	I: M 2,20 (DE 0,96) C: M 2,26 (DE 0,95) DM: -0,06	N/A	N/A
Agitación a los 4 meses (informados por familiares)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,59 (0,36, 0,95), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Ideas o pensamientos suicidas, planes suicidas					
Ideación Suicida (CPRS) 9 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL +MED versus ATENCIÓN PLACEBO + MED (Donker 2013)	90 (1)	p < 0,05 Información no reportada	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio de la intervención
Ideación Suicida (CPRS) 18 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL +MED versus ATENCIÓN PLACEBO + MED (Donker 2013)	90 (1)	p < 0,05 Información no reportada	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio de la intervención
Ideación Suicida (MADRS) 12 meses	PSICOEDUCACIÓN versus TH (Donker 2013)	114 (1)	p > 0,001 Información no reportada	Aumento significativo en el grupo intervención	No evidencia de beneficio de la intervención
Ideación Suicida (PECC) 9 meses	PROGRAMA DE MANEJO DE RECUPERACIÓN DE ENFERMEDAD versus TH (Donker 2013)	41 (1)	OR 0,81 (0,28–2,33), p= 0,69	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ideación Suicida (PECC) 21 meses	PROGRAMA DE MANEJO DE RECUPERACIÓN DE ENFERMEDAD versus TH (Donker 2013)	41 (1)	OR 0,13 (0,04–0,41), p < 0,001	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio de la intervención
Ideación suicida (BSI) 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL versus TH (Donker 2013)	74 (1)	OR 0,09 (0,02– 0,53), p= 0,008	Reducción significativa en el grupo intervención	Evidencia dudosa de beneficio de la intervención
Ideación suicida (BSI) 9 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL versus TH (Donker 2013)	74 (1)	OR 0,32 (0,07–1,6), p= 0,16	Aumento significativo en el grupo intervención	No evidencia de beneficio de la intervención
Ideación suicida (CPRS) 9 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + MED versus TH + MED (Donker 2013)	422 (1)	OR 1,72 (0,78–3,82), p= 0,20	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Pensamientos suicidas (EPSIS II) Seguimiento 12 meses	TRATAMIENTO INTEGRADO versus TH (Donker 2013)	304 (1)	OR 1,13 (0,54–2,35), p=0,74	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol					
Abuso de sustancias: Alcohol Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,55 (0,26, 1,17), p= 0,12 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso de sustancias: Drogas ilícitas Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,96 (0,63, 1,47), p= 0,86 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso de sustancias Seguimiento a medio plazo (3 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,91 (0,67, 1,24), p= 0,56 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso de sustancias: Alcohol Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 1,10 (0,67, 1,83), p= 0,7 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso de sustancias: Drogas ilícitas Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 1,08 (0,69, 1,71), p= 0,73 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso de sustancias: Remisión del trastorno por consumo de alcohol (AUS <3) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	223 (1)	RR 0,86 (0,65, 1,14), p= 0,31 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol					
Abuso de sustancias (SATS) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM 0,07 (-0,28, 0,42), p= 0,69 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso de sustancias (SATS) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM -0,11 (-0,55, 0,33), p= 0,62 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso de sustancias (SATS) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM 0,11 (-0,41, 0,63), p= 0,68 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Consumo de alcohol (no en remisión) 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	143 (1)	RR 1,15 (0,84, 1,56), p= 0,38 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Uso de drogas (no en remisión) 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	85 (1)	RR 0,89 (0,63, 1,25), p= 0,49 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados de cuidado.	No evidencia de beneficio de la intervención
Uso de sustancias: Progreso hacia la recuperación (SATS) 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	203 (1)	DM 0,07 (-0,28, 0,42), p= 0,69 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Uso de sustancias: Progreso hacia la recuperación (SATS) 6 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	203 (1)	DM 0,11 (-0,41, 0,63), p= 0,68 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol					
Consumo de sustancias: Porcentaje de participantes que consumieron cannabis en las últimas 4 semanas 3 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	47 (1)	RR 1,04 (0,62, 1,74), p= 0,87 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Consumo de sustancias: Porcentaje de participantes que consumieron cannabis en las últimas 4 semanas 6 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	47 (1)	RR 1,30 (0,79, 2,15), p= 0,3 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Uso de sustancias: Prueba de orina positiva para estimulantes 3 meses	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	176 (1)	RR 0,34 (0,17, 0,68), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de contingencias.	Evidencia de beneficio de la intervención
Uso de sustancias: Prueba de orina positiva para estimulantes 6 meses	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	176 (1)	RR 0,83 (0,65, 1,06), p= 0,14 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de contingencias.	No evidencia de beneficio de la intervención
Uso de drogas inyectables Durante el tratamiento (3 meses)	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	176 (1)	RR 0,57 (0,42, 0,77), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de contingencias.	Evidencia de beneficio de la intervención
Uso de drogas inyectables Durante el seguimiento (6 meses)	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	107 (1)	RR 0,78 (0,53, 1,15), p= 0,22 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de contingencias.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol					
Abuso/dependencia del alcohol 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	52 (1)	RR 1,35 (0,62, 2,92), p= 0,45 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso/dependencia de anfetaminas 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	19 (1)	RR 0,24 (0,03, 1,92), p= 0,18 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso/dependencia del cannabis 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	RR 0,77 (0,49, 1,21), p= 0,26 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Niveles de policonsumo a los 12 meses (OTI) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	RR -0,41 (-0,91, 0,09), p= 0,11 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Niveles de policonsumo a los 12 meses (OTI) 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	89 (1)	RR -0,07 (-0,56, 0,42), p= 0,78 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Cualquier cambio (no abstinentes o no mejorado en todas las sustancias) 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	25 (1)	RR 0,51 (0,24, 1,10), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Cualquier cambio (no abstenerse de consumir alcohol) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	28 (1)	RR 0,52 (0,26, 1,03), p= 0,06 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol					
Cualquier cambio (no abstenerse de consumir alcohol) 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	28 (1)	RR 0,36 (0,17, 0,75), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	Evidencia de beneficio de la intervención
Cambio en el consumo de cannabis desde el inicio (T0) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM -12,81 (-23,05, -2,57), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	Evidencia de beneficio de la intervención
Cambio en el consumo de cannabis desde el inicio (T0) 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM -9,64 (-18,05, -1,23), p= 0,02 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	Evidencia de beneficio de la intervención
Cambio en el consumo de cannabis desde el inicio (T0) 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM -5,82 (-14,77, 3,13), p= 0,2 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Compromiso con el tratamiento por abuso de sustancias (SATS) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	59 (1)	DM 0,30 (-0,47, 1,07), p= 0,44 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Consumo de alcohol: proporción de días de abstinencia de alcohol (método TLFB) 3 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	107 (1)	DM 0,02 (0,00, 0,04), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol					
Consumo de alcohol: proporción de días de abstinencia de alcohol (método TLFB) 6 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	100 (1)	DM -0,05 (-0,07, -0,03), p <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	Evidencia de beneficio de la intervención
Consumo de alcohol: proporción de días de abstinencia de alcohol (método TLFB) 9 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	98 (1)	DM 0,01 (-0,01, 0,03), p= 0,4 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención
Consumo de alcohol: proporción de días de abstinencia de alcohol (método TLFB) 12 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	93 (1)	DM 0,03 (0,00, 0,06), p= 0,03 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención
Número medio de diferentes fármacos consumidos durante el último mes (OTI) 3 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	119 (1)	RR 0,37 (-0,01, 0,75), p= 0,06 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Número medio de diferentes fármacos consumidos durante el último mes (OTI) 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	119 (1)	RR 0,19 (-0,22, 0,60), p= 0,37 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Consumo de cannabis en los últimos 30 días 3 meses (fin del tratamiento)	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	54 (1)	RR -0,20 (-2,54, 2,14), p= 0,87 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Uso de sustancias: uso de drogas o alcohol					
Consumo de cannabis en los últimos 30 días 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	42 (1)	RR -0,30 (-2,84, 2,24), p= 0,82 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Cambio en el consumo principal de sustancias, abstinencia o disminución importante Desde el inicio hasta los 3 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	100 (1)	RR 0,67 (0,43, 1,04), p= 0,08 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abstinencia a los 4 meses (informados por familiares)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,72 (0,48, 1,07), p=0,1 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abuso de sustancias a los 4 meses (informados por familiares)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,67 (0,33, 1,36), p= 0,27 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas negativos (SANS) Seguimiento: 8 y 18 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	187 (2)	DM -8,92 (-10,46, -7,38), p= <0,0001 (I ² = 43,9%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia poco clara debido a los pocas medidas de resultados
Síntomas negativos (SANS) Seguimiento: 12 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	91 (1)	DM -7,70 (-12,33, -3,17) p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia poco clara debido a los pocas medidas de resultados
Síntomas positivos (SAPS) Seguimiento: 18 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	120 (1)	DM -1,90 (-3,37, -0,43), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia poco clara debido a los pocas medidas de resultados
Síntomas generales y negativos (BPRS) Seguimiento: 12 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	91 (1)	DM -4,01 (-7,52, -0,50), p=0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia poco clara debido a los pocas medidas de resultados
Síntomas generales (BPRS) Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	99 (2)	DM 0,22 (-4,05, 4,49), p= 0,92 (I ² = 53,88%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Síntomas negativos (SANS) Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	99 (2)	DM 2,89 (-4,43, 10,22), p= 0,44 (I ² = 19,06%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas positivos (subescala PANSS) Corto plazo (menos de 12 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	131 (1)	DM -1,09 (-2,84, 0,66) p= 0,22 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia de apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Síntomas depresivos (escala CESD) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	260 (1)	DM 1,61 (-1,61, 4,83), p= 0,33 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención.
No remisión de los síntomas Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,87 (1,11, 3,15), p= 0,02 (I ² = 100%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento (terapia familiar).	Evidencia de beneficio del control (terapia familiar).
Sin mejoría clínicamente importante en los síntomas negativos	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	90 (1)	RR 0,95 (0,63, 1,46), p= 0,83 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Sin mejoría clínicamente importante en los síntomas depresivos	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	90 (1)	RR 1,53 (0,92, 2,55), p= 0,1 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	Evidencia de beneficio del control.
Episodio de síntomas afectivos Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	151 (2)	RR 1,84 (1,15, 2,94), p= 0,01 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	Evidencia de beneficio del control.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas negativos al final (SANS) Medio plazo (13 a 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	37 (1)	DM 6,60 (-5,81, 19,01), p= 0,3 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Alteración del pensamiento al final (PANSS) Corto plazo (menos de 12 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	12 (1)	DM 4,3 (1,17, 7,43), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	Evidencia de beneficio del control (los autores creen que los datos pueden haber sido informados incorrectamente).
Voces al final (puntuación voces PSYRATS) Corto plazo (menos de 12 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	65 (1)	RR 0,10 (-3,63, 3,83), p= 0,96 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Voces al final (puntuación voces PSYRATS) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	65 (1)	RR 0,0 (-4,76, 4,76), p= N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Sin mejoría clínicamente importante en el estado mental general Medio plazo (13 a 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	59 (1)	RR 1,27 (0,95, 1,70), p= 0,11 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Estado mental general (BPRS) Corto plazo (menos de 12 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	92 (2)	DM -1,07 (-5,08, 2,94), p= 0,6 (I ² = 35,37%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Sin mejoría clínicamente importante en los síntomas negativos	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	90 (1)	RR 0,95 (0,63, 1,46), p= 0,83 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Sin mejoría clínicamente importante en los síntomas depresivos	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	90 (1)	RR 1,53 (0,92, 2,55), p= 0,1 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Sin mejoría clínicamente importante Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	87 (2)	RR 0,75 (0,58, 0,99), p= 0,04 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	Evidencia de beneficio de la intervención
Sin mejoría clínicamente importante Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	195 (3)	RR 0,84 (0,58, 1,23), p= 0,37 (I ² = 86,01%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	No evidencia de beneficio de la intervención
Sin mejoría clínicamente importante Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	249 (4)	RR 0,82 (0,67, 1,01), p= 0,06 (I ² = 12,67%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	No evidencia de beneficio de la intervención
Sin mejoría clínicamente importante Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	133 (2)	RR 1,02 (0,91, 1,14), p= 0,73 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Sin mejoría clínicamente importante Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	158 (3)	RR 0,96 (0,77, 1,21), p= 0,75 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Sin mejoría clínicamente importante Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	62 (1)	RR 0,53 (0,33, 0,86), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	Evidencia de beneficio de la intervención
Sin mejoría clínicamente importante Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	90 (1)	RR 0,60 (0,39, 0,94), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	Evidencia de beneficio de la intervención
Índice de gravedad general (SCL-90-R) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	30 (1)	DM -0,19 (-0,59, 0,21), p= 0,35 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Índice de angustia por síntomas positivos (SCL-90-R) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	30 (1)	DM -0,19 (-0,66, 0,28), p= 0,43 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Puntuaciones de síntomas positivos (SCL-90-R) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	30 (1)	DM -4,20 (-18,72, 10,32), p= 0,57 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental: (síntomas PANSS negativos) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM -0,10 (-2,06, 1,86), p= 0,92 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (síntomas PANSS negativos) 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM 0,0 (-1,80, 1,80), p= N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (síntomas positivos de PANSS) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM -0,30 (-2,55, 1,95), p= 0,79 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (síntomas positivos de PANSS) 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM -0,10 (-2,58, 2,38), p= 0,94 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (PANSS, total) 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	78 (2)	DM 0,99 (-5,91, 7,89), p= 0,78 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado mental (PANSS, total) 9-10 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	92 (2)	DM -5,01 (-11,25, 1,22), p= 0,12 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (PANSS, total) 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	274 (1)	DM 2,52 (-0,68, 5,72), p= 0,12 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (PANSS, total) 24 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	274 (1)	DM 2,71 (-0,58, 6,00), p= 0,11 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (síntomas positivos de PANSS) 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	274 (1)	DM 0,03 (-1,18, 1,24), p= 0,96 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (síntomas positivos de PANSS) 24 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	274 (1)	DM 0,52 (-0,80, 1,84), p= 0,44 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado mental (síntomas PANSS negativos 12 meses)	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	274 (1)	DM 0,39 (-0,65, 1,43), p= 0,46 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (síntomas PANSS negativos 24 meses)	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	274 (1)	DM 0,16 (-0,84, 1,16), p= 0,75 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental BPRS - a medio plazo	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	37 (1)	DM -7,60 (-14,30, -0,90), p= 0,03 (I ² = 100%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental PANSS - corto plazo(en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	568 (6)	DM -5,38 (-7,31, -3,44), p= < 0,0001 (I ² = 95,53%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental PANSS - a medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	270 (3)	DM -4,90 (-7,93, -1,87), p= 0 (I ² = 20,97%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental PANSS - largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	596 (9)	DM -3,22 (-5,42, -1,01), p= 0 (I ² = 13,67%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado mental CPRS - medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	90 (1)	DM-4,30 (-9,26, 0,66), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental CPRS - largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	59 (1)	DM -4,60 (-11,22, 2,02), p= 0,17 (I ² = 46, 61%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas positivos (PANSS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	883 (10)	DM -0,57 (-1,19, 0,05), p= 0,07 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas positivos (PANSS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	497 (6)	DM -1,20 (-2,04, -0,36), p= 0,01 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas positivos (PANSS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	602 (9)	DM -1,22 (-1,96, -0,49), p= 0 (I ² = 10, 45%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas positivos (PANSS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	499 (6)	DM -0,25 (-1,09, 0,60), p= 0,57 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas positivos (PANSS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	439 (5)	DM -1,29 (-2,21, -0,36), p= 0,01 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas positivos (PANSS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	371 (5)	DM -2,10 (-3,15, -1,05), p<0,0001 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas positivos (PANSS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	384 (4)	DM -0,93 (-1,84, -0,03), p= 0,04 (I ² = 41, 14%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas positivos (PANSS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	58 (1)	DM -0,80 (-2,82, 1,22), p= 0,44 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas positivos (PANSS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	231 (4)	DM) -0,36 (-1,40, 0,68), p= 0,5 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Alucinaciones (PSYRATS) Corto plazo(en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	1 (0)	DM -0,90 (-4,36, 2,56), p= 0,61 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Alucinaciones (PSYRATS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	1 (0)	DM -0,1 (-3,83, 3,63), p= 0,96 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Alucinaciones (PSYRATS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	2 (0)	DM -2,10 (-5,53, 1,33), p= 0,23 (I ² = 35, 5%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Alucinaciones (PSRS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	1 (0)	DM -4,36 (-9,30, 0,58), p= 0,08 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Delirio (PSYRATS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	1 (0)	DM -1,04 (-3,27, 1,19), p= 0,36 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (PANSS) Corto plazo(en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	581 (7)	DM -0,07 (-0,76, 0,61), p= 0,83 (I ² = 11, 25%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (PANSS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	359 (4)	DM-0,52 (-1,42, 0,39), p= 0,26 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (PANSS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	548 (8)	DM -0,84 (-1,67, 0,00), p= 0,05 (I ² = 0%)	No clara diferencia estadística. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas negativos (SANS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	45 (1)	DM -0,36 (-3,25, 2,53), p= 0,81 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (PANSS) Corto plazo(en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	346 (4)	DM -0,08 (-1,04, 0,89), p= 0,88 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (PANSS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	301 (3)	DM -0,80 (-1,92, 0,31), p= 0,16 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (PANSS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	317 (4)	DM -1,34 (-2,57, -0,11), p= 0,03 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (PANSS) Corto plazo(en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	235 (3)	DM -0,07 (-1,06, 0,91), p= 0,89 (I ² = 60, 19%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (PANSS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	58 (1)	DM 0,04 (-1,52, 1,60), p= 0,96 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (PANSS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	231 (4)	DM -0,40 (-1,54, 0,74), p= 0,49 (I ² = 20, 29%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas negativos (SANS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	37 (1)	DM -6,60 (-19,01, 5,81), p= 0,3 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas negativos (SANS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	44 (1)	DM 0,49 (-2,19, 3,17), p= 0,72 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas afectivos (PANSS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	400 (6)	DM -3,38 (-4,62, -2,13), p< 0,0001 (I ² = 94, 35%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas afectivos (PANSS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	194 (3)	DM -0,94 (-2,75, 0,88), p= 0,31 (I ² = 77, 07%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas afectivos (PANSS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	379 (7)	DM -0,94 (-2,28, 0,40), p= 0,17 (I ² = 18,41)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas afectivos (SCL-90) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	134 (1)	DM 8,26 (1,77, 14,74), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otras terapias	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas afectivos (PANSS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	165 (3)	DM -4,90 (-6,69, -3,11), p= <0,0001 (I ² = 97, 4%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas afectivos (PANSS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	136 (2)	DM -1,68 (-4,04, 0,69), p= 0,16 (I ² = 87, 2%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas afectivos (PANSS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	148 (3)	DM -1,61 (-3,65, 0,44), p= 0,12 (I ² = 58, 72%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas afectivos (PANSS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	235 (3)	DM -1,95 (-3,68, -0,22), p= 0,03 (I ² = 68, 16%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas afectivos (PANSS) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	58 (1)	DM 0,12 (-2,71, 2,95), p= 0,93 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas afectivos (PANSS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	231 (4)	DM -0,44 (-2,21, 1,34), p= 0,63 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Depresión (HAMD) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	95 (1)	DM -3,92 (-4,96, -2,88), p< 0,0001 (I ² = 100%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Autoestima (RSES) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	65 (1)	DM 1,60 (-0,93, 4,13), p= 0,22 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Autoestima(RSES) Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	65 (1)	DM 0,80 (-2,17, 3,77), p= 0,6 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Autoestima (RSES) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	65 (1)	DM 1,70 (-1,79, 5,19), p= 0,34 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ansiedad (HAMA) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	65 (1)	DM -5,78 (-8,79, -2,77), p= 0 (I ² = 100%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Ansiedad (SARS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	95 (1)	DM -2,89 (-4,53, -1,25), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Trastorno obsesivo compulsivo (Y-BOCS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	65 (1)	RR 0,29 (0,12, 0,68), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas psiquiátricos y estado global entre los 11 y los 12 meses.	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	98 (1)	DM -3,0 (-8,08, 2,08), p= 0,25 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas psiquiátricos (BPRS) A los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	234 (1)	DM -0,10 (-3,17, 2,97), p= 0,95 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Puntuación de síntomas específicos (BPRS) Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	152 (1)	DM -1,90 (-5,71, 1,91), p= 0,33 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas positivos de PANSS Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	446 (2)	DM -0,01 (-0,97, 0,96), p= 0,99 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas negativos de PANSS Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	446 (2)	DM -2,12 (-3,20, -1,05), p= 0 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	Evidencia de beneficio de la intervención
PANSS cognitivo Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	194 (1)	DM -1,20 (-3,09, 0,69), p= 0,21 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas específicos (PANSS) Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	194 (1)	DM -3,05 (-8,01, 1,91), p= 0,23 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas de malestar emocional (PANSS) Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	194 (1)	DM 0,17 (-1,17, 1,51), p= 0,8 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Hostilidad / excitación (PANSS) Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	194 (1)	DM -0,17 (-0,80, 0,46), p= 0,6 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
HADS ansiedad Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	252 (1)	DM -0,20 (-1,30, 0,90), p= 0,72 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
HADS depresión Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	252 (1)	DM -0,10 (-1,20, 1,00), p= 0,86 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas: Inventario de depresión de Beck-II Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 8,1 (DE 5,7) C: M 11,2 (DE 4,5) DM: -3,1, p= 0,46	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio
Síntomas: Inventario de depresión de Beck-II 3 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 6,4 (DE 6,2) C: M 13,1 (DE 7,9) DM: -6,7, p= 0,30	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio
Síntomas: Escala breve de calificación psiquiátrica Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 27,9 (DE 7,5) C: M 28,1 (DE 5,4) DM: -0,2, p= 0,57	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio
Síntomas: Escala breve de calificación psiquiátrica 3 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 26,5 (DE 8,0) C: M 28,5 (DE 4,6) DM: -2,0, p= 0,76	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio
Escala de observación de enfermeras para la evaluación de pacientes hospitalizados-30 Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 100,6 (DE 3,7) C: M 101 (DE 4,3) DM: -0,4, p= 0,77	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio
Escala de observación de enfermeras para la evaluación de pacientes hospitalizados-30 3 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 99,2 (DE 3,8) C: M 100,8 (DE 3,9) DM 1,6, p= 0,31	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Episodio de síntomas afectivos Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	101 (2)	DM 2,17 (1,16, 4,06), p= 0,02 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Alteración del pensamiento al final (PANSS) Corto plazo (menos de 12 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	12 (1)	DM 4,3 (1,17, 7,43), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Voces al final (voces PSYRATS) Corto plazo (menos de 12 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	65 (1)	DM 0,10 (-3,63, 3,83), p = 0,96 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Voces al final (voces PSYRATS) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	65 (1)	DM 0,0 (-4,76, 4,76), p = N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Estado global: Sin remisión Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,87 (1,11, 3,15), p= 0,02 (I ² = 100%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia familiar.	Evidencia de beneficio del control.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Episodio de síntomas afectivos Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	48 (1)	RR 1,71 (0,82, 3,60), p= 0,15 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia familiar.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Episodio de síntomas afectivos Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus COMBINACIÓN DE OTRAS INTERVENCIÓNES PSICOSOCIALES (Buckley 2015)	50 (1)	RR 1,63 (0,81, 3,28), p= 0,18 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la terapia familiar + TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Sin remisión Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO MÁS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES (Buckley 2015)	80 (1)	RR 0,78 (0,54, 1,12), p= 0,18 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la terapia de apoyo + entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención
Incapacidad para sentir (CPRS)	TERAPIA DE APOYO MÁS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES (Buckley 2015)	80 (1)	DM 0,10 (-0,08, 0,28), p= 0,26 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención
Cognición (MCCB) 20 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA INESPECÍFICA (Remediación cognitiva computarizada) versus ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR (Darmedru 2017)	78 (1)	p < 0,05 No se proporciona más información	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio
Síntomas generales (BPRS-18 ítems) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	668 (2)	DM -1,56 (-6,85, 3,73), p= 0,56 (I ² = 92, 05%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas generales (BPRS-18 ítems) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	662 (2)	DM -0,96 (-2,42, 0,51), p= 0,2 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas generales (BPRS-18 ítems) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	777 (3)	DM -1,48 (-3,69, 0,74), p= 0,19 (I ² = 84, 77%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas generales (BSI) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	668 (2)	DM -0,06 (-0,19, 0,06), p= 0,34 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas generales (BSI) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	662 (2)	DM -0,02 (-0,15, 0,10), p= 0,71 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas generales (BSI) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	647 (2)	DM -0,18 (-0,31, -0,06), p= 0 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas generales (CSI) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	125 (1)	DM -0,56 (-0,84, -0,28), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas generales (CSI) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	125 (1)	DM -0,35 (-0,65, -0,05), p= 0,02 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas generales: cambio medio desde el inicio (CSI) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	168 (1)	DM -0,32 (-0,53, -0,11), p= 0 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas específicos: depresión en la entrevista de seguimiento Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,77 (0,56, 1,04), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas específicos: depresión en la entrevista de seguimiento Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,83 (0,57, 1,21), p= 0,33 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas específicos: depresión en la entrevista de seguimiento Seguimiento a medio plazo (3 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 1,25 (0,91, 1,72), p= 0,17 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas específicos: síntomas positivos (SAPS) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM -0,22 (-0,45, 0,01), p= 0,06 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas específicos: síntomas positivos (SAPS) Seguimiento a medio plazo (3 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM 0,12 (-0,15, 0,39), p= 0,38 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Síntomas específicos: síntomas positivos (SAPS) Seguimiento a largo plazo (8 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM 0,03 (-0,21, 0,27), p= 0,81 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas específicos: síntomas negativos (SANS) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM -0,42 (-0,62, -0,22), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas específicos: síntomas negativos (SANS) Seguimiento a medio plazo (3 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM -0,10 (-0,33, 0,13), p= 0,4 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Síntomas específicos: síntomas negativos (SANS) Seguimiento a largo plazo (8 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM 0,06 (-0,13, 0,25), p= 0,53 (I ² = 70, 88%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (BPRS-24) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM -0,65 (-3,99, 2,69), p= 0,7 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Estado mental (BPRS-24) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM -1,62 (-4,76, 1,52), p= 0,31 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado mental (BPRS-24) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM -0,22 (-3,32, 2,88), p= 0,89 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Estado mental (CPRS) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	595 (1)	DM 0,40 (-1,83, 2,63), p= 0,72 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Síntomas negativos (SANS) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	593 (1)	DM 0,20 (-2,32, 2,72), p= 0,88 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Síntomas Positivos (PANSS) Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	81 (1)	I: M 12,8 (DE 3,9) C: M 14,3 (DE 6,2) DM: -1,5	N/A	N/A
Síntomas Negativo (PANSS) Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	81 (1)	I: M 15,2 (DE 6,2) C: M 17,9 (DE 6,9) DM: -2,7	N/A	N/A
Síntomas Generales (PANSS) Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	81 (1)	I: M 27,2 (DE 7,2) C: M 30,4 (DE 9,8) DM: -3,2	N/A	N/A
Depresión (Escala de depresión de Calgary para la esquizofrenia) Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	81 (1)	I: M 1,8 (DE 4,4) C: M 2 (DE 3,46) DM: -0,2, p= 0,32	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado mental general: Malestar a los 12 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,65 (0,40, 1,07), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental general (BPRS) A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	248 (2)	DM -4,03 (-8,18, 0,12), p= 0,06 (I ² = 30,66%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental general (BPRS) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	129 (1)	DM -2,10 (-6,40, 2,20), p= 0,34 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental general (BPRS) A los 12 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	131 (1)	DM -2,0 (-6,03, 2,03), p= 0,33 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental general (BPRS) A los 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	142 (1)	DM -4,5 (-8,68, -0,32), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental general: (BPRS) cambio a los 3 meses (es probable que los datos estén sesgados)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	129 (1)	DM -3,5 (-8,92, 1,92), p= 0,21 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental general (PEF) A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	118 (1)	DM 0,20 (-0,22, 0,62), p= 0,35 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado mental general (PEF) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	111 (1)	DM 0,10 (-0,42, 0,62), p= 0,71 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental general (PEF) A los 12 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	97 (1)	DM -0,40 (-0,84, 0,04), p= 0,07 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental general (PEF) A los 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	100 (1)	DM 0,10 (-0,47, 0,67), p= 0,73 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental general: (PSE) cambio a los 3 meses (es probable que los datos estén sesgados)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	129 (1)	DM -2,70 (-7,69, 2,29), p= 0,29 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (PANSS general) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	111 (1)	DM 4,0 (-3,45, 11,45), p= 0,29 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental a los 4 meses (informados por familiares): Depresión	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,8 (0,57, 1,13), p= 0,2 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental a los 4 meses (informados por familiares): Desorientación	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,47 (0,28, 0,79), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado mental a los 4 meses (informados por familiares): Comportamiento psicótico	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,58 (0,30, 1,11), p= 0,1 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado Global: No mejoría clínica (CGI) Seguimiento 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	67 (1)	RR 0,29 (0,12, 0,68), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales.	Evidencia de beneficio limitada de la intervención.
Estado de rehabilitación (MRSS) Seguimiento 8 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	112 (1)	DM -10,60 (-17,47,-3,73), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales.	Evidencia de beneficio limitada de la intervención.
Funcionamiento general (GAS) Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	63 (1)	DM 4,50 (-1,20, 10,20) p= 0,12 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Funcionamiento general (GAS) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	29 (1)	DM 1,40 (-5,09, 7,89), p= 0,67 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Funcionamiento general (GAF-M) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	260 (1)	DM -2,66 (-6,20, 0,88), p= 0,14 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Estado global (GAF) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	797 (4)	DM 2,07 (0,28, 3,86), p= 0,02 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado global (GAF) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	722 (3)	DM 0,09 (-3,11, 3,28), p= 0,96 (I ² = 54,74%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Estado global (GAF) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	818 (5)	DM 3,41 (1,66, 5,16), p= 0 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Estado global (HoNOS) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	239 (1)	DM -0,40 (-1,77, 0,97), p= 0,57 (I ² =N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Estado global (GAF) 6 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	162 (1)	DM 1,10 (-1,58, 3,78), p= 0,42 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados de cuidado.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 12 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	171 (1)	DM 0,70 (-2,07, 3,47), p= 0,62 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados de cuidado.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 18 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	176 (1)	DM 1,0 (-1,58, 3,58), p= 0,45 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados de cuidado.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 24 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	166 (1)	DM 1,70 (-1,18, 4,58), p= 0,25 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados de cuidado.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado global (GAF) 30 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	164 (1)	DM -0,60 (-3,56, 2,36), p= 0,69 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	170 (1)	DM 0,40 (-2,47, 3,27), p= 0,78 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados de cuidado.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	51 (1)	DM -0,40 (-3,53, 2,73), p= 0,8 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	49 (1)	DM -1,0 (-4,81, 2,81), p= 0,61 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	54 (1)	DM 2,30 (-1,30, 5,90), p= 0,21 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 3 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	277 (3)	DM -0,17 (-2,79, 2,46), p= 0,9 (I ² = 2, 92%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	219 (2)	DM 1,65 (-2,46, 5,76), p= 0,43 (I ² = 44, 19%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado global (GAF) 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	445 (4)	DM 1,24 (-1,86, 4,34), p= 0,43 (I ² = 42, 33%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 18 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	72 (2)	DM 4,57 (-3,07, 12,21), p= 0,24 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 24 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	234 (1)	DM -0,21 (-2,93, 2,51), p= 0,88 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
GAS - medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	38 (1)	DM -0,60 (-4,93, 3,73), p= 0,79 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
GAS - largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	30 (1)	DM -0,5 (-7,63, 6,63), p= 0,89 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
GAF - corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	147 (2)	DM 9,02 (4,29, 13,75), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	No evidencia de beneficio de la intervención
GAF - largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	175 (3)	DM 5,42 (-0,37, 11,20), p= 0,07 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado global (GAF) A los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	237 (1)	DM -0,70 (-3,91, 2,51), p= 0,67 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)	335 (2)	DM -1,36 (-4,07, 1,35), p= 0,33 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de alta supervisada.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento global al final del estudio (GAS) Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	623 (3)	DM -0,70 (-2,82, 1,41), p= 0,51 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otros enfoques vocacionales.	No evidencia de beneficio de la intervención
Alcanzó el mejor nivel de salud MHSS Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	92 (1)	DM 5,80 (1,61, 9,99), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los medicamentos.	Evidencia de beneficio de la intervención
Alcanzó el mejor nivel de salud MHSS Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	90 (1)	DM -0,80 (-5,35, 3,75), p= 0,73 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
No mejoró a los 24 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus PSICOTERAPIA DE GRUPO (Malmberg 2001)	100 (1)	RR 1,27 (0,96, 1,67), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia de grupo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAS) A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	27 (1)	DM 0,0 (-12,82, 12,82), p=N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAS) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	129 (1)	DM 5,10 (-0,86, 11,06), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAS) A los 12 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	131 (1)	DM 3,5 (-3,15, 10,15), p= 0,3 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAS) A los 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	142 (1)	DM 5,70 (-0,26, 11,66), p= 0,06 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado global (SAS) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	130 (1)	DM -0,20 (-0,75, 0,35), p= 0,48 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (SAS) A los 12 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	DM -0,30 (-0,85, 0,25), p= 0,29 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (SAS) A los 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	139 (1)	DM -0,60 (-1,15, -0,05), p= 0,03 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAS) cambios a los 3 meses (es probable que los datos estén sesgados)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	156 (2)	DM 4,17 (-1,56, 9,89), p= 0,15 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (SAS) cambios a los 3 meses (es probable que los datos estén sesgados)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	127 (1)	DM -0,09 (-0,31, 0,13), p= 0,42 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Problemas clínicos y sociales HoNOS A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	257 (1)	DM -1,90 (-3,20, -0,60), p= 0 (I ² = 100%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Problemas clínicos y sociales HoNOS A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	255 (1)	DM -0,60 (-2,07, 0,87), p= 0,42 (I ² = 40,49%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (No mejorado/deteriorado) A los 6 meses	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	77 (1)	RR 0,33 (0,17, 0,62), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (No mejorado/deteriorado) A los 9 meses	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	35 (1)	RR 0,70 (0,26, 1,88), p= 0,48 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) Posintervención	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	41 (1)	DM 4,88 (-3,87, 13,63), p= 0,27 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado global (GAF) Al año	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (2010)	40 (1)	DM 5,25 (-3,18, 13,68), p= 0,22 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (BPRS) A los 6 meses	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	62 (1)	DM -0,30 (-0,90, 0,30), p= 0,32 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado mental cambio promedio (BPRS total)	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	156 (3)	DM -0,30 (-0,76, 0,17), p= 0,22 (I ² = 68,35%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (BPRS) Post intervención 8 sesiones	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	41 (1)	DM -2,72 (-7,10, 1,66), p= 0,22 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Psicopatología general (PANSS)	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	142 (1)	DM -3,60 (-5,82, -1,38), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (PANSS 36 meses) Total	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	149 (1)	DM -10,20 (-13,55, -6,85), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (PANSS 36 meses) Subpuntuación positiva	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	149 (1)	DM -2,60 (-4,12, -1,08), p=0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (PANSS 36 meses) Subpuntuación negativa	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	149 (1)	DM -3,70 (-4,94, -2,46), p= <0,0001 (I ² = 100%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Estado mental (PANSS) Positivo	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	142 (1)	DM -2,0 (-3,49, -0,51), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado mental (PANSS) Negativo	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	142 (1)	DM -4,0 (-5,81, -2,19), p=<0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención
Estado global: Inestable (0-6 meses)	INTERVENCIÓNES CONDUCTUALES BASADAS EN LA FAMILIA vs INTERVENCIÓNES FAMILIARES DE APOYO (> 5 sesiones) (Pharoah 2010)	528 (1)	RR 1,08 (0,88, 1,33), p= 0,45 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social (SDSS)	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	252 (2)	DM -1,5 (-2,39, -0,61) 8 semanas (Lu 2004) DM -10 (-11,35, -8,65) 12 meses (Saren 2004) P valor no reportado	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia de beneficio limitada de la intervención.
Funcionamiento social (SAD)	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	143 (1)	DM -16,00 (-17,04 a -14,96) 12 meses (Saren 2004) P valor no reportado	Diferencia estadísticamente significativa Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia de beneficio limitada de la intervención.
Funcionamiento social (SSPI)	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	67 (1)	DM -6,06 (-7,17 a -4,95) 6 meses (Huang 2005) P valor no reportado	Diferencia estadísticamente significativa Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia de beneficio limitada de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Funcionamiento social (DAS)	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	120 (1)	DM -6,8 (-10,52 a -3,08) 26 semanas (Ma 2003) P valor no reportado	Diferencia estadísticamente significativa Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia de beneficio limitada de la intervención.
Empleo (Sin empleo)	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	46 (1)	RR 5,43 (0,28, 107,33), p= 0,27 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Funcionamiento social (SFS) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	260 (1)	DM -0,67 (-7,05, 5,71) p= 0,84 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Interacción con el personal	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	12 (1)	RR 0,0 (-0,27, 0,27) (I ² = N/A)	N/A	N/A
Interacción con los pacientes	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	12 (1)	RR 0,0 (-0,27, 0,27) (I ² = N/A)	N/A	N/A
Capacidad de resolución de problemas	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	12 (1)	RR 0,0 (-0,27, 0,27) (I ² = N/A)	N/A	N/A
Funcionamiento social (SSQ) Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	63 (1)	DM -1,10 (-11,14, 8,94), p= 0,83 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Funcionamiento social (SCON) Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	63 (1)	DM -2,50 (-5,52, 0,52), p= 0,1 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Funcionamiento social (SFS) Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	36 (1)	DM 4,60 (-7,54 a 16,74), p= 0,46 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Funcionamiento social (SBS) Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	336 (1)	DM 0,50 (-2,56, 3,56), p=0,75 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Funcionamiento social (SFS) Corto plazo (menos de 12 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	65 (1)	DM -7,20 (-17,86, 3,46), p= 0,19 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Funcionamiento social (SFS) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	65 (1)	DM -8,80 (-21,67, 4,07), p= 0,18 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Sin trabajo remunerado Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	171 (2)	RR 1,03 (0,84, 1,25), p= 0,79 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Deterioro social (SBAS) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,46 (1,04, 2,04), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	Evidencia de beneficio del control.
Mal estilo de afrontamiento con los familiares Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	39 (1)	RR 0,90 (0,37, 2,20), p= 0,82 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia de apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Sin trabajo remunerado Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 0,96 (0,57, 1,63), p= 0,89 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Deterioro social (SBAS) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,46 (1,04, 2,04), p= 0,003 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia familiar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Mal estilo de afrontamiento con los familiares Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 0,90 (0,37, 2,20), p= 0,82 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia de apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Sin empleo remunerado Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (Buckley 2015)	132 (1)	RR 1,04 (0,85, 1,29), p= 0,7 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Actividades de tiempo libre (KAS) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO MÁS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES (Buckley 2015)	80 (1)	DM 0,10 (0,02, 0,18), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la terapia de apoyo + entrenamiento en habilidades.	Evidencia de beneficio de la intervención
Resolución de problemas sociales (SPSI-R:S): "Impulsividad" 18 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: R&R versus TH. (Darmedru 2017)	84 (1)	dES (0,69) = -3,0, p= 0,01	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
(Crime Pics II) “Actitud general ante la infracción” 18 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: R&R versus TH. (Darmedru 2017)	84 (1)	dES (0,46) = - 4,0, p= 0,01	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio
(Crime Pics II) “Anticipación a la reincidencia” 18 semanas	INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: R&R versus TH. (Darmedru 2017)	84 (1)	dES (0,46)= -1,6, p= 0,03	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio
Funcionamiento social (PSP) 20 semanas	INTERVENCIÓN DE REHABILITACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: SCIT + TH versus TH sólo (Darmedru 2017)	39 (1)	F(1,38)=30,88, p < 0,001, $\eta^2_p = 0,46$	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio
Funcionamiento social (PSP) 6 meses	INTERVENCIÓN DE REHABILITACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: SCIT + TH versus TH sólo (Darmedru 2017)	39 (1)	p < 0,001 No se proporciona más información	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio
No empleado de forma competitiva al final del ensayo Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	88 (1)	RR 1,00 (0,91, 1,10), p= 0,96 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
No empleado de forma competitiva al final del ensayo Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1136 (4)	RR 0,89 (0,79, 1,00), p= 0,04 (I ² = 74,71%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
No empleado de forma competitiva al final del ensayo Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1129 (4)	RR 0,70 (0,49, 1,00), p= 0,05 (I ² = 93,55%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
No trabajando/ estudiando en el año anterior Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,86 (0,74, 0,99), p= 0,03 (I ² = 100%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
No trabajando/ estudiando en el año anterior Seguimiento a medio plazo (3 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 1,02 (0,90, 1,16), p= 0,72 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
No trabajando/ estudiando en el año anterior Seguimiento a largo plazo (8 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,99 (0,88, 1,11), p= 0,85 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Pasó > 1 día empleado Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	73 (1)	RR 1,46 (0,45, 4,74), p= 0,53 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la no gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Con empleo remunerado Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	73 (1)	RR 0,97 (0,14, 6,54), p= 0,98 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Desempleados Seguimiento a largo plazo (8,5 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	214 (1)	RR 1,10 (0,91, 1,34), p= 0,31 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Días en empleo competitivo (resultado primario) Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	204 (1)	DM 70,63 (43,22, 98,04), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	Evidencia de beneficio de la intervención
Días en cualquier forma de empleo remunerado Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	510 (2)	DM 84,94 (51,99, 117,89), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	Evidencia de beneficio de la intervención
Permanencia en el trabajo para un empleo competitivo (semanas) Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	204 (1)	DM 9,86 (5,36, 14,36), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	Evidencia de beneficio de la intervención
Permanencia en el trabajo para cualquier empleo remunerado (semanas) Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	423 (2)	DM 3,86 (-5,66, 13,38), p= 0,43 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Obtuvo cualquier trabajo durante el estudio	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	951 (7)	RR 3,24 (2,17, 4,82), p= <0,0001 (I ² = 73,77%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Tiempo (días) hasta el primer empleo competitivo Largo plazo (\geq 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	204 (1)	DM -161,60 (-225,73, -97,47), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	Evidencia de beneficio de la intervención
Alojamiento: Sin hogar Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	95 (1)	RR 0,04 (0,00, 0,70), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
Alojamiento: Sin hogar Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	88 (1)	RR 0,32 (0,03, 2,95), p= 0,31 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Alojamiento: Sin hogar Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	418 (3)	RR 0,78 (0,34, 1,82), p= 0,57 (I ² = 38,87%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
No vivir de forma independiente Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1303 (5)	RR 0,80 (0,66, 0,97), p= 0,02 (I ² = 31,17%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
No vivir de forma independiente Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1185 (4)	RR 0,65 (0,49, 0,88), p= 0 (I ² = 44,3%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
No vivir en un alojamiento estable Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	168 (1)	RR 0,80 (0,65, 0,98), p= 0,04 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Alojamiento: número medio de días en vivienda de apoyo Largo plazo (más de 12 meses) (año anterior)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM 0,30 (-13,98, 14,58), p= 0,97 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Alojamiento: número medio de días en vivienda de apoyo Seguimiento a medio plazo (3 años) (año anterior)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM -22,20 (-38,47,-5,93), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	Evidencia de beneficio del control
Alojamiento: número medio de días en vivienda de apoyo Seguimiento a largo plazo (8 años) (año anterior)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM -6,70 (-19,35, 5,95), p= 0,3 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Alojamiento con apoyo Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	73 (1)	RR 2,59 (0,75, 9,01), p= 0,13 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la no gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Sin hogar Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 0,69 (0,34, 1,38), p= 0,29 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Vivir de forma independiente Seguimiento a medio plazo (18 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 0,98 (0,84, 1,13), p= 0,75 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Alojamiento de apoyo Seguimiento a medio plazo (18 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 0,83 (0,38, 1,77), p= 0,62 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Sin hogar Seguimiento a medio plazo (18 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 0,84 (0,47, 1,49), p= 0,55 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Alojamiento de apoyo Seguimiento a largo plazo (8,5 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	214 (1)	RR 1,05 (0,75, 1,48), p= 0,78 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Sin hogar Seguimiento a largo plazo (8,5 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	214 (1)	RR 0,92 (0,55, 1,53), p= 0,74 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Situación del alojamiento: promedio de días al mes en alojamiento estable Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM -0,20 (-2,48, 2,08), p= 0,86 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Situación del alojamiento: promedio de días al mes en alojamiento estable Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM 0,10 (-2,15, 2,35), p= 0,93 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Situación del alojamiento: promedio de días al mes en alojamiento estable Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	901 (2)	DM -0,19 (-1,37, 1,00), p= 0,76 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Sin hogar entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	416 (2)	RR 0,67 (0,39, 1,15), p= 0,15 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del compromiso ambulatorio ordenado por el tribunal.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (RFS) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	80 (1)	DM -0,62 (-2,23, 0,99), p= 0,45 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (RFS) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	80 (1)	DM -0,86 (-2,72, 1,00), p= 0,36 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (RFS) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	80 (1)	DM -2,35 (-4,05, -0,65), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
Desempeño de rol social (DAS) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	55 (1)	DM 0,10 (-0,40, 0,60), p= 0,7 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Desempeño de rol social (DAS) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	58(1)	DM -0,20 (-0,67, 0,27), p= 0,41 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Funcionamiento social: (SAS versión adaptada) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	80 (1)	DM -3,34 (-7,55, 0,87), p= 0,12 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SAS versión adaptada) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	80 (1)	DM -3,30 (-7,83, 1,23), p= 0,15 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SAS versión adaptada) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	80 (1)	DM -2,75 (-7,13, 1,63), p= 0,22 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (ISSI) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	62 (1)	DM 3,20 (0,11, 6,29), p= 0,04 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	Evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (Strauss-Carpenter) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	60 (1)	DM 0,10 (-1,17, 1,37), p= 0,88 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social (LSP)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	239 (1)	DM 4,0 (-0,61, 8,61), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la no gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: funcionamiento de roles (RFS) 6 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	50 (1)	DM -0,78 (-2,91, 1,35), p= 0,47 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Funcionamiento social: funcionamiento de roles (RFS) 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	50 (1)	DM 0,70 (-1,56, 2,96), p= 0,54 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la tratamiento comunitario asertivo/gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: funcionamiento de roles (RFS) 18 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	29 (1)	DM -2,67 (-5,28, -0,06), p= 0,05 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	Evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: ajuste social (SAS) 6 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	50 (1)	DM -0,93 (-6,34, 4,48), p= 0,74 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la tratamiento comunitario asertivo/gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: ajuste social (SAS) 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	50 (1)	DM 3,09 (-2,71, 8,89), p= 0,3 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: ajuste social (SAS) 18 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	29 (1)	DM -3,75 (-10,12, 2,62), p= 0,25 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la tratamiento comunitario asertivo/gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SOFAS) 3 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	47 (1)	DM -0,80 (-9,95, 8,35), p= 0,86 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SOFAS) 6 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	47 (1)	DM -4,70 (-14,52, 5,12), p= 0,35 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Funcionamiento social (OTI) 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	102 (1)	DM -0,71 (-2,76, 1,34), p= 0,5 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social (OTI) 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	102 (1)	DM -1,42 (-3,35, 0,51), p= 0,15 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SOFAS) 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM 0,10 (-3,02, 3,22), p= 0,95 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SOFAS) 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM -0,10 (-3,51, 3,31), p= 0,95 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SOFAS) 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM 2,70 (-1,08, 6,48), p= 0,16 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SOFAS) A largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	41 (1)	DM 1,36 (-9,59, 12,31), p= 0,81 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social (RFS) 6 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	47 (1)	DM 0,61 (-1,63, 2,85), p= 0,59 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Funcionamiento social (RFS) 12 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	47 (1)	DM 1,07 (-1,15, 3,29), p= 0,34 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social (RFS) 18 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	25 (1)	DM -2,55 (-6,24, 1,14), p= 0,18 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SAS) 6 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	47 (1)	DM -0,92 (-6,58, 4,74), p= 0,75 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SAS) 12 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	47 (1)	DM 2,58 (-3,39, 8,55), p= 0,4 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SAS) 18 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	25 (1)	DM -4,66 (-15,29, 5,97), p= 0,39 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SFS) Al final del tratamiento de 9 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	32 (1)	DM 5,01 (-0,55, 10,57), p= 0,08 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: (SFS) A los 12 meses (3 meses después del final del tratamiento)	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	32 (1)	DM 7,27 (0,86, 13,68), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Índice de resultados sociales a los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	236 (1)	DM -0,10 (-0,40, 0,20), p= 0,51 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Escala de funcionamiento social - corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	65 (1)	DM 5,40 (-5,18, 15,98), p= 0,51 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Escala de funcionamiento social a medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	65 (1)	DM 7,20 (-3,46, 17,86), p= 0,19 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Escala de funcionamiento social a largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	65 (1)	DM 8,80 (-4,07, 21,67), p= 0,18 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Escala de funcionamiento personal y social - corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	165 (1)	DM 3,28 (-0,50, 7,06), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Escala de rendimiento personal y social a medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	162 (1)	DM 6,72 (2,18, 11,26), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Escala de Desempeño Personal y Social - largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	168 (1)	DM 9,35 (4,66, 14,04), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Evaluación de la competencia social de Maryland - a medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	77 (1)	DM 0,40 (-0,05, 0,85), p= 0,08 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Inventario de evaluación del insight (SAI) a corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	165 (1)	DM 0,91 (-0,27, 2,09), p= 0,13 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Inventario de evaluación del insight (SAI) a medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	162 (1)	DM 1,27 (0,09, 2,45), p= 0,04 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Escala de evaluación del insight (IS) a largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	218 (2)	DM 1,00 (-0,01, 2,00), p= 0,05 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Inventario de evaluación del insight (SAI) a largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	168 (1)	DM 1,55 (0,38, 2,72), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Inventario de evaluación del insight (SAI) a largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	50 (1)	DM-0,5 (-2,43, 1,43), p= 0,61 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapias psicosociales no activas.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
No puede realizar las principales responsabilidades del hogar Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA PERCEPCIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD (Malmberg 2001)	164 (1)	RR 1,13 (0,99, 1,29), p= 0,06 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia adaptable a la realidad.	No evidencia de beneficio de la intervención
No puede realizar las principales responsabilidades del hogar Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA PERCEPCIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD (Malmberg 2001)	164 (1)	RR 1,08 (0,96, 1,21), p= 0,2 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia adaptable a la realidad.	No evidencia de beneficio de la intervención
No es autosuficiente Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA PERCEPCIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD (Malmberg 2001)	164 (1)	RR 1,05 (0,90, 1,23), p= 0,51 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia adaptable a la realidad.	No evidencia de beneficio de la intervención
Insociable (informado por familiares) A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	111 (1)	RR 0,86 (0,66, 1,12), p= 0,25 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Insociable (informado por familiares) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,43 (0,30, 0,64), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Sin empleo a los 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	189 (1)	RR 0,97 (0,85, 1,12), p= 0,72 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
En trabajo remunerado a los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	112 (1)	RR 1,41 (0,65, 3,04), p= 0,39 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Personas sin hogar A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	113 (1)	RR 1,23 (0,59, 2,57), p= 0,58 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Contactos sociales A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	107 (1)	DM 0,43 (-0,30, 1,16), p= 0,25 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social (LSP-staff) A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	260 (1)	DM 3,0 (-0,72, 6,72), p= 0,11 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social (LSP-staff) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	260 (1)	DM 1,0 (-2,76, 4,76), p= 0,6 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social Incapaz de realizar actividades laborales A los 4 meses	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	77 (1)	RR 0,31 (0,09, 1,03), p= 0,06 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social Incapaz de realizar actividades laborales A los 9 meses	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	35 (1)	RR 1,68 (0,17, 16,91), p= 0,66 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Funcionamiento social (SDSS) A los 2 años	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	150 (1)	DM -0,51 (-1,38, 0,36), p= 0,25 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social (SDSS) A los 3 años	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	150 (1)	DM -1,94 (-2,90, -0,98), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: incapaz de vivir de forma independiente (por 1 año)	INTERVENCIÓNES FAMILIARES EN GRUPO versus INTERVENCIÓNES FAMILIARES INDIVIDUALES (> 5 sesiones) (Pharoah 2010)	23 (1)	RR 2,18 (1,09, 4,37), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de intervención familiar individual.	Evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: específico - desempleado - alrededor de 1 año	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	285 (5)	RR 1,06 (0,89 a 1,25), p= 0,53 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Funcionamiento social: específico - incapaz de vivir de forma independiente - alrededor de 1 año	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	164 (3)	RR 0,83 (0,66 a 1,03), p= 0,09 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída Seguimiento: 6-12 meses	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	263 (2)	RR 0,52 (0,34, 0,79), p= 0 (I ² = 40,38%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia de beneficio limitada de la intervención.
Recaída Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	35 (1)	RR 2,12 (0,44, 10,10), p= 0,35 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Recaída Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	270 (5)	RR 1,19 (0,66, 2,16), p= 0,55 (I ² = 77, 47%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia de apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Recaída Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus COMBINACIÓN DE OTRAS INTERVENCIÓNES PSICOSOCIALES (Buckley 2015)	50 (1)	RR 1,48 (0,86, 2,55), p= 0,16 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la terapia familiar + TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO MÁS GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE versus GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE (Buckley 2015)	61 (1)	RR 0,32 (0,05, 2,14), p= 0,24 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la terapia de apoyo + gestión de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída	TERAPIA DE APOYO MÁS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES (Buckley 2015)	80 (1)	RR 1,0 (0,49, 2,04), p= N/A (I ² = N/A)	N/A	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída (hospitalizado) 6 meses después de la aleatorización	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	176 (1)	RR 0,21 (0,05, 0,93), p= 0,04 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de contingencias.	Evidencia de beneficio de la intervención
Recaída (hospitalizado) Al final de la fase de tratamiento de 9 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	107 (2)	RR 0,58 (0,29, 1,16), p= 0,12 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Recaída (hospitalizado) A los 3 meses después de finalizado el tratamiento - 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	36 (1)	RR 0,50 (0,24, 1,04), p= 0,06 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída (hospitalizado) A los 9 meses después de finalizado el tratamiento - 18 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	105 (2)	RR 0,61 (0,34, 1,10), p= 0,1 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída a corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	62 (1)	RR 0,72 (0,05, 11,02), p= 0,81 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída a medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	150 (2)	RR 1,01 (0,56, 1,81), p= 0,97 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída a largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia).	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	375 (5)	RR 1,05 (0,85, 1,29), p= 0,66 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Recaída A medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	88 (1)	RR 0,98 (0,54, 1,78), p= 0,93 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída A largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	120 (3)	RR 1,02 (0,58, 1,78), p= 0,94 (I ² = 28,58%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída A medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	62 (1)	RR 1,44 (0,14, 15,10), p= 0,76 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída A largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	255 (2)	RR 1,05 (0,85, 1,31), p= 0,63 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída 7-12 meses	INTERVENCIONES FAMILIARES EN GRUPO versus INTERVENCIONES FAMILIARES INDIVIDUALES (> 5 sesiones) (Pharoah 2010)	195 (2)	RR 0,70 (0,41, 1,22), p= 0,21 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de las intervenciones familiares en grupo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída 19-24 meses	INTERVENCIONES FAMILIARES EN GRUPO versus INTERVENCIONES FAMILIARES INDIVIDUALES (> 5 sesiones) (Pharoah 2010)	197 (3)	RR 0,71 (0,48, 1,05), p= 0,09 (I ² = 72,76%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de las intervenciones familiares en grupo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Recaída Más de 1 recaída (19-24 meses)	INTERVENCIONES FAMILIARES EN GRUPO versus INTERVENCIONES FAMILIARES INDIVIDUALES (> 5 sesiones) (Pharoah 2010)	172 (1)	RR 0,71 (0,34, 1,50), p= 0,38 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de las intervenciones familiares en grupo.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Cuestionario de proceso de recuperación: Interpersonal Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: M 66,4 (DE 2,0) C: M 64,1 (DE 2,0) DM: 2,3	N/A	N/A
Cuestionario de proceso de recuperación: Interpersonal 6 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: M 65,6 (DE 1,0) C: M 63,9 (DE 1,1) DM: 1,7	N/A	N/A
Cuestionario de proceso de recuperación: Intrapersonal Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: M 18,9 (DE 0,4) C: M 19,0 (DE 0,7) DM: -0,1	N/A	N/A
Cuestionario de proceso de recuperación: Intrapersonal 6 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: M 18,9 (DE 0,7) C: M 19,7 (DE 0,9) DM: -0,8	N/A	N/A
Calidad de vida (GWB) Seguimiento: 8 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	112 (1)	DM -7,60 (-12,18, -3,02), p <0,0001 (I ² = 100 %)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales.	Evidencia de beneficio limitada de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Autoestima (SES) Seguimiento: 8 semanas	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	112 (1)	DM -8,30 (-10,07, 6,53), p <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales.	Evidencia de beneficio limitada de la intervención.
Calidad de vida Seguimiento: 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	63 (1)	DM 3,70 (-6,47, 13,87), p= 0,48 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Bienestar (WBS) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	260 (1)	DM -2,73 (-6,04, 0,58), p= 0,11 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Calidad de vida (GHQ) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	260 (1)	DM 2,45 (-2,41, 7,31), p= 0,32 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Bienestar general (QOLI) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	125 (1)	DM 0,53 (0,09, 0,97), p= 0,02 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Bienestar general (QOLI) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	132 (2)	DM 0,09 (-0,24, 0,42), p= 0,58 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Calidad de vida (LQoLP) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	52 (1)	DM 0,09 (-0,60, 0,78), p= 0,8 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Calidad de vida (LQoLP) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	274 (3)	DM -0,13 (-0,38, 0,12), p= 0,29 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Calidad de vida (MANSA) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	81 (1)	DM 0,20 (-0,29, 0,69), p= 0,42 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Satisfacción con la vida (QOLI) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM -0,02 (-0,43, 0,39), p= 0,92 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Satisfacción con la vida (QOLI) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM -0,04 (-0,43, 0,35), p= 0,84 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Satisfacción con la vida (QOLI) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM 0,10 (-0,25, 0,45), p= 0,57 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Calidad de vida (LQoLP) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	526 (1)	DM 0,03 (-0,10, 0,16), p= 0,64 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Calidad de vida (MANSA) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	166 (1)	DM 0,10 (-0,19, 0,39), p= 0,5 (I ² =100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Satisfacción con la vida (QOLI) 6 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	361 (2)	DM -0,11 (-0,41, 0,20), p= 0,49 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados de cuidado.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con la vida (QOLI) 12 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	372 (2)	DM 0,02 (-0,28, 0,32), p= 0,91 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con la vida (QOLI) 18 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	377 (2)	DM 0,09 (-0,27, 0,44), p= 0,64 (I ² = 29,58%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con la vida (QOLI) 24 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	370 (2)	DM 0,02 (-0,29, 0,33), p= 0,91 (I ² = 8,07%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Satisfacción con la vida (QOLI) 30 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	366 (2)	DM 0,02 (-0,27, 0,32), p= 0,87 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con la vida (QOLI) 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	373 (2)	DM 0,10 (-0,18, 0,38), p= 0,49 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con la vida General (BQOL) 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	110 (1)	DM 0,58 (0,00, 1,16), p= 0,05 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida global (BQOL) 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	110 (1)	DM -0,02 (-0,61, 0,57), p= 0,95 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida / satisfacción con la vida: (WHOQOL) 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	16 (1)	DM -15,70 (-36,19, 4,79), p= 0,13 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida / (MANSA) 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	64 (1)	DM -2,70 (-7,01, 1,61), p= 0,22 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Calidad de vida / (MANSA) 10 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	61 (1)	DM 0,90 (-3,73, 5,53), p= 0,7 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción vida: LSI - corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	60 (1)	DM 0,30 (-1,75, 2,35), p= 0,77 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción vida: LSI - medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	58 (1)	DM 0,60 (-1,59, 2,79), p= 0,59 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción vida: LSI - largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	51 (1)	DM 1,70 (-0,50, 3,90), p= 0,13 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
EuroQoL - largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	37 (1)	DM -1,86 (-19,20, 15,48), p= 0,83 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Escala de calidad de vida - largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	50 (1)	DM -3,40 (-16,25, 9,45), p= 0,6 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
MSQoL - corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	63 (1)	DM -1,80 (-13,77, 10,17), p= 0,77 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
MSQoL - a medio plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	64 (1)	DM -4,50 (-15,66, 6,66), p= 0,43 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida(MSQOL) Salud física, A corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	63 (1)	DM 2,20 (-7,81, 12,21), p= 0,67 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida(MSQOL) Vitalidad. A corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	63 (1)	DM 0,30 (-9,80, 10,40), p= 0,95 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida(MSQOL) Psicosocial. A corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	63 (1)	DM 0,60 (-10,25, 11,45), p= 0,91 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida(MSQOL) Material. A corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	63 (1)	DM 3,70 (-6,79, 14,19), p= 0,49 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida(MSQOL) Tiempo libre. A corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	63 (1)	DM 0,70 (-12,73, 14,13), p= 0,92 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Calidad de vida(MSQOL) Afectivo. A corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	63 (1)	DM -5,90 (-15,81, 4,01), p= 0,24 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida (MSQOL) Salud física medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	64 (1)	DM -5,0 (-15,93, 5,93), p= 0,37 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otras terapias.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida (MSQOL) Vitalidad medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	64 (1)	DM -7,20 (-17,22, 2,82), p= 0,16 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otras terapias.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida (MSQOL) Psicosocial medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	64 (1)	DM -7,10 (-16,42, 2,22), p= 0,14 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otras terapias.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida (MSQOL) Material medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	64 (1)	DM -3,40 (-17,05, 10,25), p= 0,63 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otras terapias.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida (MSQOL) Tiempo libre medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	64 (1)	DM 5,70 (-4,71, 16,11), p= 0,28 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Calidad de vida (MSQOL) Afectivo medio plazo (entre 24 y 52 semanas del el inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	64 (1)	DM -6,20 (-15,76, 3,36), p= 0,2 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otras terapias.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: Escala de calidad de vida de Lehman	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	406 (2)	DM -0,22 (-0,95, 0,50), p= 0,55 (I ² = 93, 04%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: Vida de LQoLP-EU en general	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	867 (5)	DM 0,04 (-0,10, 0,18), p= 0,59 (I ² = 14,76%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: Financiero	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	194 (1)	DM 0,10 (-0,32, 0,52), p= 0,64 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: satisfacción laboral	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	152 (1)	DM 0,0 (-0,53, 0,53), p= N/A (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: Vivienda	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	152 (1)	DM 0,0 [-0,46, 0,46], p= N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: Ciudad	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	152 (1)	DM 0,20 (-0,29, 0,69), p= 0,42 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Calidad de vida: Ocio	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	346 (2)	DM 0,01 (-0,25, 0,28), p= 0,92 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: Servicios	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	152 (1)	DM 0,0 (-0,38, 0,38), p= N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: servicios profesionales	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	152 (1)	DM 0,0 (-0,51, 0,51), p= N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: tiempo pasado con otros	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	194 (1)	DM -0,15 (-0,48, 0,18), p= 0,38 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otros enfoques vocacionales.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: socialización	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	194 (1)	DM 0,16 (-0,09, 0,41), p= 0,22 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida relacionada con la salud 15D de Sintonen Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	39 (1)	I: M 0,9 (DE 0,08) C: M 0,91 (DE 0,06) DM: -0,1 p= 0,5	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Calidad de vida relacionada con la salud 15D de Sintonen 3 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	39 (1)	I: M 0,9 (DE 0,06) C: M 0,94 (DE 0,08) DM: -0,2, p= 0,09	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio
Evaluación corta de Manchester de la calidad de vida Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: M 4,5 (DE 0,4) C: M 4,3 (DE 0,1) DM: 0,2	N/A	N/A
Evaluación corta de Manchester de la calidad de vida 6 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: M 4,7 (DE 0,2) C: M 4,3 (DE 0,3) DM: 0,4	N/A	N/A
Revisión 4 de la escala de calidad de vida de la esquizofrenia Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	81 (1)	I: M 30,7 (DE 19,1) C: M 30,6 (DE 16,1) DM: 0,1, p= 0,20	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida (MANSA)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	226 (1)	DM -1,5 (-5,15, 2,15), p= 0,42 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida (MANSA breve)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	28 (1)	DM 0,70 (0,14, 1,26), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Calidad de vida (EQ-5D) A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	26 (1)	DM 0,01 (-0,32, 0,34), p= 0,95 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida (QoL, 2 años)	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	213 (1)	DM 19,18(9,78,28,58), p <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida (QoL, 1 año)	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	50 (1)	DM -5,05 (-15,44, 5,34), p= 0,34 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: componente de salud física (SF-36) A los 36 meses	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	306 (1)	DM 0,5 (-0,91, 1,91), p= 0,49 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Calidad de vida: componente de salud mental (SF-36) A los 36 meses	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	306 (1)	DM 3,50 (1,80, 5,20), p <0,0001 (I ² = 100%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención colaborativa.	Evidencia de beneficio de la intervención
Autoestima (RSES) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	260 (1)	DM -1,21 (-2,85, 0,43) p= 0,15 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Escala de autoestima de Rosenberg Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 29,7 (DE 3,6) C: M 29,3 (DE 2,9) DM: 0,4, p= 0,03	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia dudosa de beneficio
Escala de autoestima de Rosenberg 3 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 29,4 (DE 2,8) C: M 29,5 (DE 4,3) DM: -0,1, p= 0,06	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio
Escala de ira de Novaco Cognitivo Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 28,5 (DE 5,0) C: M 27,3 (DE 4,9) DM: 1,2	N/A	N/A
Escala de ira de Novaco Cognitivo 1 año post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 28,6 (DE 5,4) C: M 27,7 (DE 4,9) DM: 0,9	N/A	N/A
Escala de ira de Novaco Excitación Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 24,9 (DE 5,2) C: M 25,5 (DE 5,4) DM: -0,6	N/A	N/A

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Estado global, mental y emocional					
Escala de ira de Novaco Excitación 1 año post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 27,5 (DE 6,3) C: M 24,7 (DE 5,3) DM: 0,8	N/A	N/A
Escala de ira de Novaco Conductual Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 23,8 (DE 5,3) C: M 25,6 (DE 5,7) DM: -1,8	N/A	N/A
Escala de ira de Novaco Conductual 1 año post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Psicoeducación) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 25,1 (DE 5,4) C: M 24,2 (DE 4,8) DM: 0,9	N/A	N/A
Ira (Cuestionario de agresión de Buss-Perry-SF) Post tratamiento	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia dialéctico-conductual -DBT) versus TH (MacInnes 2019)	18 (1)	I: M 1,8 (DE 0,56) C: M 2,26 (DE 0,89) DM: -0,46	N/A	N/A
Ira/agresión (NAS) Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	77 (1)	DM 2,10 (-5,70, 9,90), p=0,6 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ira/agresión (NAS) Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	77 (1)	DM -1,05 (-9,56, 7,46), p=0,81 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Rehospitalización Seguimiento: 12 meses	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	143 (1)	RR 0,53 (0,30-0,93), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de habilidades sociales	Evidencia de beneficio de la intervención.
Hospitalización Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	48 (1)	RR 1,0 (0,07, 15,08), p= N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Hospitalización Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	65 (3)	RR 0,73 (0,18, 3,00), p= 0,66 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia de apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Hospitalización Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,93 (0,89, 4,17), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia familiar.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Hospitalización	TERAPIA DE APOYO versus PSICOEDUCACIÓN (Buckley 2015)	47 (1)	RR 0,48 (0,05, 4,93), p= 0,54 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia de apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Hospitalización Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (Buckley 2015)	132 (1)	RR 2,71 (1,22, 6,02), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la rehabilitación.	Evidencia de beneficio del control.
Hospitalización	TERAPIA DE APOYO versus ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES (Buckley 2015)	47 (1)	RR 0,96 (0,06, 14,43), p= 0,98 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
No dado de alta del hospital Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO MÁS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES (Buckley 2015)	80 (1)	RR 1,14 (0,46, 2,85), p= 0,77 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención
Promedio de días en el hospital por mes Alrededor de 24 meses	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	3595 (24)	DM -0,86 (-1,37, -0,34), p= 0 (I ² = 74,28%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Número de días en el hospital, por seguimiento Seguimiento a medio plazo (3 años) (año anterior)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM 0,10 (-10,26, 10,46), p= 0,98 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Número de días en el hospital, por seguimiento Seguimiento a largo plazo (8 años) (año anterior)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	DM 4,30 (-4,63, 13,23), p= 0,35 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Ingresados en el hospital Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	244 (2)	RR 0,61 (0,22, 1,69), p= 0,34 (I ² = 81,36%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Ingresados en el hospital Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1303 (5)	RR 0,85 (0,77, 0,93), p= 0 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Ingresados en el hospital Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1516 (11)	RR 0,96 (0,74, 1,23), p= 0,72 (I ² = 69,59%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Ingresados en el hospital Largo plazo - durante los últimos 12 meses	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,67 (0,52, 0,86), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Ingresados en el hospital Seguimiento a corto plazo - admisión no planificada a través del Departamento de Emergencias	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	62 (1)	RR 1,0 (0,07, 15,28), p= N/A (I ² = N/A)	N/A	No evidencia de beneficio de la intervención.
Número de días en el hospital por mes Alrededor de 24 meses	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	2220 (21)	DM -0,08 (-0,37, 0,21), p= 0,61 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Número de días en el hospital por mes Seguimiento a medio plazo (18 meses) (tamaño de la muestra ≥ 200)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	237 (1)	DM 0,60 (-1,25, 2,45), p= 0,52 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Número de días en el hospital por mes Seguimiento largo plazo (8,5 años) (tamaño de la muestra \geq 200)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM 0,80 (-1,47, 3,07), p= 0,49 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Ingresado en el hospital Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	1132 (3)	RR 0,91 (0,75, 1,12), p= 0,38 (I ² = 62,01%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Número medio de admisiones Largo plazo (24 meses) (tamaño de la muestra \geq 200)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	678 (1)	DM -0,18 (-0,41, 0,05), p= 0,13 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Número medio de admisiones Seguimiento a medio plazo (18 meses) (tamaño de la muestra \geq 200)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	237 (1)	DM -0,10 (-0,60, 0,40), p= 0,69 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Número medio de admisiones Seguimiento a medio plazo (8,5 años) (tamaño de la muestra \geq 200)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	203 (1)	DM 1,0 (-0,25, 2,25), p= 0,12 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la no gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Número de hospitalizados 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	198 (1)	RR 0,88 (0,64, 1,19), p= 0,39 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados de cuidado.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ingreso hospitalario hasta los 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	RR 0,87 (0,42, 1,80), p= 0,71 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	No evidencia de beneficio de la intervención
Rehospitalización Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	65 (1)	RR 0,44 (0,13, 1,56), p= 0,2 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC	No evidencia de beneficio de la intervención
Rehospitalización Medio plazo (entre 24 y 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	344 (3)	RR 0,86 (0,57, 1,29), p= 0,46 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Rehospitalización A largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	527 (4)	RR 0,87 (0,71, 1,06), p= 0,16 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Reingreso en el hospital: entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	416 (2)	RR 0,98 (0,79, 1,21), p= 0,83 (I ² = 29,17%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Días-cama de hospital	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	264 (1)	DM -1,24 (-15,16, 12,68), p= 0,86 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Días-cama de hospital	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	264 (1)	DM -1,24 (-15,16, 12,68), p= 0,86 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Número con reingresos múltiples a los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	152 (1)	RR 1,87 (0,87, 4,01), p= 0,11 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención totalmente voluntaria.	No evidencia de beneficio de la intervención
Reingreso en el hospital A los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	333 (1)	RR 0,99 (0,74, 1,32), p= 0,94 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Reingreso en el hospital a los 36 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	330 (1)	OR 0,71 (0,45,1,11), p= 0,14 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de órdenes de tratamiento comunitario.	No evidencia de beneficio de la intervención
> 1 Reingreso en el hospital a los 36 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	213 (1)	OR 1,07 (0,62, 1,85), p= 0,81 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Días de cama en el hospital a los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	333 (1)	DM -8,7 (-30,88,13,48), p= 0,44 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Número de reingresos a los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	119 (1)	DM -0,20 (-0,45, 0,05), p= 0,12 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de órdenes de tratamiento comunitario.	No evidencia de beneficio de la intervención
Número con múltiples readmisiones a los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	333 (1)	RR 0,56 (0,27, 1,17), p=0,12 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de órdenes de tratamiento comunitario.	No evidencia de beneficio de la intervención
Días en comunidad hasta el primer ingreso a los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	333 (1)	DM 5,0 (-21,74, 31,74), p= 0,71 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Días en comunidad hasta el primer ingreso y duración media de los días-cama: Tiempo hasta el 1er reingreso en días A los 36 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	330 (1)	DM 60,0 (-27,62, 147,62), p= 0,18 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Días en comunidad hasta el primer ingreso y duración media de los días-cama: Duración media de los días-cama a los 36 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	212 (1)	DM -15,10 (-89,39, 59,19), p= 0,69 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Reingreso en el hospital entre los 11 y 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)	749 (3)	RR 0,98 (0,83, 1,17), p= 0,83 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Días-cama de hospital	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)	597 (2)	DM -3,35 (-15,14, 8,44), p= 0,58 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de órdenes de tratamiento comunitario.	No evidencia de beneficio de la intervención
Número con múltiples readmisiones a los 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)	485 (2)	RR 1,02 (0,31, 3,33), p= 0,97 (I ² = 79,85%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Número de participantes ingresados en el hospital Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	455 (2)	RR 0,71 (0,53, 0,96), p= 0,02 (I ² = 31,56%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	Evidencia de beneficio de la intervención
No se puede dar de alta Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	94 (1)	RR 8,35 (2,03, 34,30), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los medicamentos.	Evidencia de beneficio de la intervención
Reingreso hospitalario Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	24 (1)	RR 0,63 (0,29, 1,36), p= 0,24 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
No se puede dar de alta Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	92 (1)	RR 1,09 (0,16, 7,42), p= 0,93 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Reingreso hospitalario Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	24 (1)	RR 1,0 (0,39, 2,58), p= N/A (I ² = N/A)	N/A	No evidencia de beneficio de la intervención
Reingreso hospitalario Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA PERCEPCIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD (Malmberg 2001)	164 (1)	RR 1,20 (0,93, 1,56), p= 0,17 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia adaptable a la realidad.	No evidencia de beneficio de la intervención
Regresó al hospital (largo plazo) A los 12 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus PSICOTERAPIA DE GRUPO (Malmberg 2001)	100 (1)	RR 1,07 (0,58, 1,98), p= 0,83 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia de grupo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Regresó al hospital (largo plazo) A los 24 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus PSICOTERAPIA DE GRUPO (Malmberg 2001)	100 (1)	RR 1,16 (0,72, 1,86), p= 0,54 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia de grupo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Alta de la terapia Largo plazo (más de 12 meses) A los 24 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus PSICOTERAPIA DE GRUPO (Malmberg 2001)	100 (1)	RR 0,75 (0,18, 3,18), p= 0,7 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Alta de la terapia Largo plazo (más de 12 meses) A los 24 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus PSICOTERAPIA DE GRUPO (Malmberg 2001)	100 (1)	RR 0,6 (0,33, 1,09), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	No evidencia de beneficio de la intervención
Reingreso hospitalario Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL CON MEDICAMENTOS versus PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL (Malmberg 2001)	24 (1)	RR 1,0 (0,39, 2,58), p= N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ingreso en el hospital Medio plazo (3-12 meses)	EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Malone 2007)	587 (3)	RR 0,81 (0,67, 0,97), p= 0,03 (I ² =27,88%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los equipos comunitarios de salud mental.	Evidencia de beneficio de la intervención
Ingresos repetidos, incluido el índice de ingreso. A los 12 meses	INTERVENCIÓN DE CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	465 (3)	RR 0,71 (0,31, 1,61), p= 0,41 (I ² =85,87%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ingresos repetidos, incluido el índice de ingreso. A los 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	188 (1)	RR 1,10 (0,75, 1,60), p= 0,63 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ingresos repetidos excluyendo el índice de ingreso A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	260 (1)	RR 0,53 (0,41, 0,68), p= <0,0001 (I ² =N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Ingresos repetidos excluyendo el índice de ingreso A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	369 (2)	RR 0,75 (0,50, 1,13), p= 0,17 (I ² =79,96%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ingresos repetidos excluyendo el índice de ingreso (sólo detenciones obligatorias) A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	260 (1)	RR 0,62 (0,34, 1,11), p= 0,11 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ingresos repetidos excluyendo el índice de ingreso (sólo detenciones obligatorias) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	258 (2)	RR 0,69 (0,43, 1,11), p= 0,13 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Días en atención aguda A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	260 (1)	DM -10,3 (-14,77, -5,83), p <0,0001 (I ² =N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Días en atención aguda A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	365 (2)	DM -10,54 (-26,49, 5,42), p= 0,2 (I ² =60,78%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Días de hospitalización a los 3 meses	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	48 (1)	DM -6, 67 (-11,59, -1,75), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Ingresos psiquiátricos Número de participantes ingresados en el hospital (año 2)	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	306 (1)	RR 0,75 (0,57, 0,99), p= 0,04 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención colaborativa.	Evidencia de beneficio de la intervención
Ingresos psiquiátricos Número de participantes ingresados en el hospital hospital (año 3)	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	306 (1)	RR 0,73 (0,53, 1,01), p= 0,06 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención colaborativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Otros ingresos Número de participantes ingresados en el hospital (año 2)	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	306 (1)	RR 0,83 (0,65, 1,04), p= 0,11 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Otros ingresos Número de participantes ingresados en el hospital (año 3)	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	306 (1)	RR 0,70 (0,53, 0,93), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención colaborativa.	Evidencia de beneficio de la intervención
Compromiso con los servicios: mala asistencia a las citas	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,93 (0,89, 4,17), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	No evidencia de beneficio de la intervención
Compromiso con los servicios: mala asistencia a las citas	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,93 (0,89, 4,17), p= 0,09 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia familiar.	No evidencia de beneficio de la intervención
No permanecer en contacto con los servicios psiquiátricos. Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	95 (1)	RR 0,54 (0,28, 1,05), p= 0,07 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
No permanecer en contacto con los servicios psiquiátricos. Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1063 (3)	RR 0,51 (0,36, 0,71), p <0,0001 (I ² = 33,7%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
No permanecer en contacto con los servicios psiquiátricos. Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	475 (5)	RR 0,27 (0,11, 0,66), p= 0 (I ² = 44,33%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Recibió atención en un hospital de día. Seguimiento a corto plazo	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	62 (1)	RR 2,0 (0,19, 20,93), p= 0,56 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Visitas ambulatorias. Seguimiento a corto plazo (6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	62 (1)	DM 0,29 (-0,14, 0,72), p= 0,18 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Visitas domiciliarias recibidas. Seguimiento a corto plazo	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	62 (1)	DM 4,32 (3,42, 5,22), p = <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
No permanecer en contacto con los servicios psiquiátricos. Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	73 (1)	RR 0,27 (0,08, 0,87), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
No permanecer en contacto con los servicios psiquiátricos. Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	1182 (3)	RR 0,82 (0,34, 1,98), p= 0,65 (I ² = 81,59%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
No permanecer en contacto con los servicios psiquiátricos. Seguimiento a medio plazo (18 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 0,42 (0,17, 1,05), p= 0,06 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Perdido en la primera cita de cuidados posteriores	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	93 (1)	RR 0,69 (0,53, 0,90), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la entrevista motivacional.	Evidencia de beneficio de la intervención
Permanecer en terapia Largo plazo (más de 12 meses) A los 12 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus PSICOTERAPIA DE GRUPO (Malmberg 2001)	100 (1)	RR 0,68 (0,46, 1,00), p= 0,05 (I ² = N/A)	No clara diferencia estadística.	No evidencia de beneficio de la intervención
Permanecer en terapia Largo plazo (más de 12 meses) A los 24 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus PSICOTERAPIA DE GRUPO (Malmberg 2001)	100 (1)	RR 0,56 (0,20, 1,54), p= 0,26 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	No evidencia de beneficio de la intervención
Contenciones físicas	INTERVENCIÓNES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: 22 C: 35 Dif.: -13	N/A	N/A

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Aislamiento 6 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: 9 C:37 Dif.: -28	N/A	No evidencia de beneficio
No reducción en la dosis de antipsicóticos Largo plazo (más 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	44 (1)	RR 0,81 (0,81, 1,12), p= 0,2 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia de apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Prescripción de medicamento depot IM Medio plazo (13 a 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	39 (1)	RR 2,11 (0,99, 4,47), p= 0,05 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio del control.
Medicación: sin reducción de la dosis de medicación antipsicótica	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	90 (1)	RR 0,89 (0,68, 1,17), p= 0,41 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Prescripción de medicamento depot IM Medio plazo (13 a 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 2,11 (0,99, 4,47), p= 0,05 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia familiar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Medicación administrada durante un seguimiento de 12 meses a tres años A los 12 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	94 (1)	RR 0,64 (0,50, 0,81), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Medicación administrada durante un seguimiento de 12 meses a tres años Por tres años	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	94 (1)	RR 0,85 (0,75, 0,96), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	Evidencia de beneficio de la intervención
Medicación administrada durante un seguimiento de 12 meses a tres años A los 12 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	92 (1)	RR 0,95 (0,85, 1,06), p= 0,35 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	Evidencia de beneficio de la intervención
Medicación administrada durante un seguimiento de 12 meses a tres años Por tres años	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	92 (1)	RR 0,95 (0,88, 1,03), p= 0,23 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica individual.	No evidencia de beneficio de la intervención
Mal cumplimiento de la terapia Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,29 (0,69, 2,39), p= 0,42 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Actitud con la medicación (DAI) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	44 (1)	DM -4,90 (-9,38, -0,42), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	Evidencia de beneficio del control.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Actitud hacia la medicación (DAI) Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	44 (1)	DM -4,90 (-9,38, -0,42), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Mal cumplimiento de la terapia Medio plazo (13 a 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 2,63 (1,30, 5,35), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia familiar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Mal cumplimiento de la terapia Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,29 (0,69, 2,39), p= 0,42 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia familiar.	No evidencia de beneficio de la intervención
No cumple con la medicación Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	71 (1)	RR 0,35 (0,15, 0,81), p= 0,01 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia de beneficio de la intervención.
No cumple con la medicación Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	73 (1)	RR 1,14 (0,42, 3,05), p= 0,8 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Cumplimiento de la medicación (ROMI subescala de cumplimiento) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	239 (1)	DM 0,60 (-0,05, 1,25), p= 0,07 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la no gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Cumplimiento de la medicación (ROMI subescala de no cumplimiento) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	239 (1)	DM -0,60 (-1,63, 0,43), p= 0,25 (I ² =100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Cumplimiento con la medicación. A largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	354 (3)	RR1,01 (0,93, 1,11), p= 0,76 (I ² =74,08%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Adherencia con los servicios Cuestionario de actitud hacia la medicación - corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	74 (1)	DM 4,50 (2,17, 6,83), p= 0 (I ² =N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Inventario de Actitudes hacia los Medicamentos - corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	63 (1)	DM 5,70 (2,05, 9,35), p= 0 (I ² =N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	Evidencia de beneficio de la intervención
Inventario de Actitudes hacia los Medicamentos - a largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	50 (1)	DM -2,10 (-6,11, 1,91), p= 0,3 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Cumplimiento con la medicación. A largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	198 (1)	RR 1,11 (0,99, 1,24), p= 0,06 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Cumplimiento con la medicación. A largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	156 (2)	RR 0,89 (0,78, 1,03), p= 0,11 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapias psicosociales no activas.	No evidencia de beneficio de la intervención
Cumplimiento con la medicación entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	416 (2)	RR 0,99 (0,83, 1,19), p= 0,93 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Deficiente cumplimiento de la atención comunitaria estándar 1 año	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	51 (1)	RR 0,68 (0,41, 1,11), p= 0,12 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Deficiente cumplimiento de la atención comunitaria estándar A los 2 años	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	51 (1)	RR 0,85 (0,55, 1,30), p= 0,45 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Cumplimiento (Meses de medicación) A los 6 meses de seguimiento	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	63 (1)	DM 0,40 (-0,34, 1,14), p= 0,29 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Cumplimiento (Meses de medicación) A los 12 meses de seguimiento	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	61 (1)	DM 1,10 (-0,54, 2,74), p= 0,19 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Cumplimiento (Meses de medicación) A los 18 meses de seguimiento	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	60 (1)	DM 1,60 (-1,10, 4,30), p= 0,24 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Deficiente cumplimiento del protocolo de tratamiento	INTERVENCIONES FAMILIARES EN GRUPO versus INTERVENCIONES FAMILIARES INDIVIDUALES (> 5 sesiones) (Pharoah 2010)	195 (2)	RR 1,35 (0,84, 2,17), p= 0,21 (I ² = 55,13%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de las intervenciones familiares en grupo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Mal cumplimiento de la medicación	INTERVENCIONES FAMILIARES EN GRUPO versus INTERVENCIONES FAMILIARES INDIVIDUALES (> 5 sesiones) (Pharoah 2010)	172 (1)	RR 1,00 (0,50, 1,99), p= 0,99 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con el tratamiento: el destinatario de la atención no está satisfecho con el tratamiento. Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUIDADO ESTÁNDAR (Buckley, 2015)	44 (1)	RR 1,83 (0,75 a 4,47), p= 0,15 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con el tratamiento: el destinatario de la atención no está satisfecho con el tratamiento. Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	45 (1)	RR 3,19 (1,01, 10,07), p= 0,05 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	Evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Satisfacción con el tratamiento: el destinatario de la atención no está satisfecho con el tratamiento. Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	45 (1)	RR 3,19 (1,01, 10,07), p= 0,05 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Satisfacción del participante (CSQ) Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	61 (1)	DM 6,20 (2,60, 9,80), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Satisfacción del participante (CSQ) Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	500 (2)	DM 1,93 (0,86, 3,01), p= 0 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Satisfacción del participante (CSQ) Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	423 (2)	DM 3,23 (2,31, 4,14), p= <0,0001 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Satisfacción de los participantes: Necesidad del paciente (CAN)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	585 (1)	DM -0,29 (-0,69, 0,11), p= 0,15 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Satisfacción del paciente con los servicios de salud	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	490 (1)	DM -0,40 (-1,25, 0,45), p= 0,36 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Satisfacción del cliente (CSQ) 10 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	DM 6,40 (3,87, 8,93), p <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	Evidencia de beneficio de la intervención
Coerción percibida Entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	416 (2)	RR 1,36 (0,97, 1,89), p= 0,07 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención totalmente voluntaria.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con la atención: Coerción percibida entre los 11 y los 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	182 (1)	DM -0,5 (-1,71, 0,71), p= 0,42 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con la atención: Presiones de los 11 a 12 meses	ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA (Kisely 2017)	229 (1)	OR 1,23 (0,66, 2,31), p= 0,52 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción con el cuidado: Coerción percibida o presiones de 11 a 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Kisely 2017)	645 (3)	RR 1,30 (0,98, 1,71), p= 0,06 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de alta supervisada.	No evidencia de beneficio de la intervención
Escala de satisfacción forense Post tratamiento	INTERVENCIÓNES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: M 3,3 (DE 0,2) C: M 3,3 (DE 0,3) DM: 0	N/A	N/A

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Escala de satisfacción forense 6 meses post	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia breve centrada en soluciones-TBCS) versus TH (MacInnes 2019)	112 (1)	I: M 3,3 (DE 0,1) C: M 3,3 (DE 0,1) DM: 0	N/A	N/A
Cuestionario de satisfacción con el servicio: no satisfecho Medio plazo (3-12 meses)	EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Malone 2007)	87 (1)	RR 0,37 (0,18, 0,79), p= 0,01 (I ² =N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los equipos comunitarios de salud mental.	Evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción del paciente: No se siente mejor	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	119 (1)	RR 0,48 (0,31, 0,74), p= 0) (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción del paciente: Insatisfecho con el tratamiento recibido	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	119 (1)	RR 0,66 (0,50, 0,88), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción del paciente: Prefirió recibir otro tratamiento	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	119 (1)	RR 0,46 (0,27, 0,77), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción del paciente: Se siente menos capaz de hacer frente	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	119 (1)	RR 0,36 (0,21, 0,62), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Servicio de salud y tratamiento					
Satisfacción del paciente: Siente que necesitará más ayuda fuera del horario laboral en el futuro	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	119 (1)	RR 1,48 (0,88, 2,48), p= 0,14 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Paciente satisfecho con la atención (Escala de satisfacción) A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	226 (1)	DM 1,60 (-0,22, 3,42), p= 0,08 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Paciente satisfecho con la atención (Escala de satisfacción) A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	115 (1)	DM 5,10 (3,16, 7,04), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Paciente satisfecho con la atención (Escala de satisfacción) A los 12 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	121 (1)	DM 4,80 (3,11, 6,49), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Paciente satisfecho con la atención (Escala de satisfacción) A los 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	137 (1)	DM 5,40 (3,91, 6,89), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Satisfacción (Escala VSSS)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	24 (1)	DM 0,20 (-0,20, 0,60), p= 0,33 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Sistema judicial/contactos policiales					
Infracciones	INTERVENCIÓNES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES (Terapia cognitivo-conductual-TCC) versus TH (MacInnes 2019)	84 (1)	I: M 0,52 (DE 0,99) C: M 0,60 (DE 1,19) DM -0,08, p= 0,74	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio
Contactos policiales Medio plazo (3-12 meses)	EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Malone 2007)	255 (2)	RR 2,07 (1,08, 3,97), p= 0,03 (I ² =52,61%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	Evidencia de beneficio de la intervención
Contacto con la policía Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	61 (1)	RR 2,57 (0,73, 9,04), p= 0,14 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Contacto con la policía Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	88 (1)	RR 0,23 (0,09, 0,55), p= 0 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Arrestado Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	604 (3)	RR 1,08 (0,61, 1,90), p= 0,8 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Arrestado Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	178 (1)	RR 0,66 (0,32, 1,37), p= 0,27 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Contacto con la policía Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	73 (1)	RR 0,32 (0,04, 2,97), p= 0,32 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Sistema judicial/contactos policiales					
Arrestado Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 0,87 (0,53, 1,42), p= 0,57 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Arrestos reportados 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	110 (1)	RR 0,49 (0,22, 1,10), p= 0,08 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Al menos 1 arresto entre los 11 y los 12 meses	COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA (Kisely 2017)	416 (2)	RR 0,97 (0,62, 1,52), p= 0,9 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Al menos un arresto	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 0,71 (0,46, 1,12), p= 0,14 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Detenido a los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	111 (1)	RR 5,36 (0,28, 101,35), p= 0,26 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Ingreso en la cárcel Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,05 (0,24, 4,59), p= 0,95 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Ingreso en la cárcel Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 1,05 (0,24, 4,59), p= 0,95 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Sistema judicial/contactos policiales					
Encarcelado Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	804 (4)	RR 0,80 (0,39, 1,64), p= 0,54 (I ² = 51,66%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Encarcelado Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	908 (5)	RR 0,86 (0,45, 1,65), p= 0,65 (I ² = 9,48%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Encarcelado Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	73 (1)	RR 1,15 (0,64, 2,08), p= 0,63 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Encarcelado Seguimiento a medio plazo (18 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 1,07 (0,47, 2,44), p= 0,86 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Encarcelado Seguimiento a largo plazo (8,5 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	214 (1)	RR 0,7 (0,43, 1,14), p= 0,15 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Costes económicos: Costes directos o indirectos					
Costes directos de la atención hospitalaria psiquiátrica A medio plazo (coste unitario = USD, año fiscal 1990)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	426 (2)	DM -143,74 (-272,40, -15,08), p= 0,03 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Costos directos de atención médica. A largo plazo (coste unitario = USD, año fiscal 1988)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	873 (2)	DM -529,24 (-2143,59, 1085,10), p= 0,52 (I ² = 94,39%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Costes totales de atención por paciente - Costo unitario GBP por 24 meses, año fiscal 1997/98	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	667 (1)	DM 1849,0 (-1598,23,5296,23), p= 0,29 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Costes totales de atención por paciente - Costo unitario GBP por 18 meses, año fiscal 2003/2004 (GBP 1 = USD 1,58)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	243 (1)	DM 4031,00 (-2724,13, 10786,13), p= 0,24 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Coste del tratamiento Costes de la intervención (a los 36 meses)	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	306 (1)	DM -2,98 (-16,93,10,97), p= 0,68 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención colaborativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Eventos/efectos adversos: Cualquier efecto adverso general o efecto adverso específico (Excepto suicidio que es una medida de resultado principal)					
Muerte	TERAPIA DE APOYO versus PSICOEDUCACIÓN (Buckley 2015)	47 (1)	RR 2,88 (0,12, 67,29), p= 0,51 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de psicoeducación.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Muerte	TERAPIA DE APOYO versus ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES (Buckley 2015)	47 (1)	RR 2,88 (0,12, 67,29), p= 0,51 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento de habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO MÁS GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE versus GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE (Buckley 2015)	84 (1)	RR 2,61 (0,11, 62,26), p= 0,55 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de casos enfocada en el cliente.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO MÁS GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	80 (1)	RR 2,35 (0,10, 55,94), p= 0,6 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte	TERAPIA DE APOYO MÁS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES (Buckley 2015)	80 (1)	DM 2,0 (0,19, 21,18), p= 0,56 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Eventos/efectos adversos: Cualquier efecto adverso general o efecto adverso específico (Excepto suicidio que es una medida de resultado principal)					
Muerte - cualquier causa Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	161 (2)	RR 1,04 (0,16, 6,91), p= 0,97 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte - cualquier causa Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	901 (6)	RR 0,78 (0,23, 2,62), p= 0,69 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte - cualquier causa Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1456 (9)	RR 0,84 (0,48, 1,47) p=0,53 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte - cualquier causa Seguimiento a medio plazo (3 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,59 (0,22, 1,61), p= 0,31 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte - cualquier causa Seguimiento a largo plazo (8 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,92 (0,45, 1,88), p= 0,83 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Eventos/efectos adversos: Cualquier efecto adverso general o efecto adverso específico (Excepto suicidio que es una medida de resultado principal)					
Muerte - cualquier causa Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	294 (3)	RR 2,92 (0,12, 69,43), p= 0,51 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la no gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte - cualquier causa Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	1637 (5)	RR 0,90 (0,46, 1,75), p= 0,75 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte - cualquier causa Seguimiento a medio plazo (18 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 0,98 (0,32, 2,95), p= 0,97 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte - cualquier causa Seguimiento a largo plazo (8,5 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	251 (1)	RR 1,15 (0,63, 2,09), p= 0,65 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	421 (2)	RR 1,18 (0,39, 3,57), p= 0,77 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Eventos adversos: Cualquier evento adverso general o efecto adverso específico (Excepto suicidio que es una medida de resultado principal)					
Muerte, por todas las causas 18 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	49 (1)	RR 1,04 (0,07, 15,73), p= 0,98 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte 12 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	121 (1)	RR 0,15 (0,02, 1,42), p= 0,1 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte u hospitalización 24 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	326 (1)	RR 1,15 (0,76, 1,74), p= 0,5 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Evento adverso Corto plazo (en las 24 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	120 (1)	RR 1,36 (1,04, 1,79), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otras terapias.	Evidencia de beneficio de la intervención
Evento adverso Largo plazo (más de 52 semanas del inicio de la terapia)	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES (Jones 2018)	198 (1)	RR 0,95 (0,87, 1,03), p= 0,18 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Evento adverso Muerte cualquier causa	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS (Jones 2018)	302 (3)	RR 0,94 (0,19, 4,56), p= 0,94 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte Cualquier causa Medio plazo (3-12 meses)	EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Malone 2007)	587 (3)	RR 0,47 (0,17, 1,34), p= 0,16 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los equipos comunitarios de salud mental.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Eventos/efectos adversos: Cualquier efecto adverso general o efecto adverso específico (Excepto suicidio que es una medida de resultado principal)					
Muerte Debido a una mala salud 'física' Medio plazo (3-12 meses)	EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Malone 2007)	587 (3)	RR 0,51 (0,13, 1,95), p= 0,32 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los equipos comunitarios de salud mental.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte (cualquier causa)	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	980 (6)	RR 0,88 (0,37, 2,07), p= 0,76 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Muerte: Por causa causas naturales	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	980 (6)	RR 0,63 (0,18, 2,24), p= 0,48 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Eventos adversos: Muerte Otra causa	CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Pharoah 2010)	176 (4)	RR 0,78 (0,19, 3,11), p= 0,72 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de cualquier intervención familiar (> 5 sesiones).	No evidencia de beneficio de la intervención
Número de participantes que fallecieron por causas naturales (36 meses)	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	330 (1)	RR 1,54 (0,65, 3,66), p= 0,33 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio Seguimiento: 8 semanas y 12 meses	HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Almerie 2015)	719 (9)	RR 2,04 (1,00, 4,16), p= 0,05 (I ² = 10,22%)	No diferencia estadísticamente significativa	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio Seguimiento: 3 y 6 meses	HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN (Almerie 2015)	69 (2)	RR 1,58 (0,37, 6,68), p= 0,54 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio	TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	354 (4)	RR 0,86 (0,53, 1,40), p= 0,55 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio (motivos relacionados con el tratamiento)	TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL (Buckley 2015)	151 (2)	RR 2,15 (1,07, 4,31), p= 0,03 (I ² = 57,59%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otro tratamiento.	Evidencia de beneficio del control.
Abandono temprano del estudio (razones generales)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	711 (10)	RR 0,93 (0,66, 1,30), p= 0,67 (I ² = 12,67%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio (razones relacionadas con el tratamiento)	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (Buckley 2015)	101 (2)	RR 2,34 (0,90, 6,10), p= 0,08 (I ² = 66,19%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia cognitivo-conductual.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio (a largo plazo): razones generales	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	39 (1)	RR 0,70 (0,13, 3,75), p= 0,68 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio (a largo plazo): razones relacionadas con el tratamiento	TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR (Buckley 2015)	48 (1)	RR 1,6 (0,61, 4,19), p= 0,34 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de terapia familiar.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio	TERAPIA DE APOYO versus PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (Buckley 2015)	132 (1)	RR 1,45 (0,92, 2,29), p= 0,11 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la rehabilitación.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio	TERAPIA DE APOYO versus ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES (Buckley 2015)	168 (3)	RR 1,01 (0,61, 1,67), p= 0,96 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio Medio plazo (13 a 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA (Buckley 2015)	164 (1)	RR 0,62 (0,42, 0,91), p= 0,02 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la terapia de apoyo.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio Largo plazo (más de 26 semanas)	TERAPIA DE APOYO versus PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA (Buckley 2015)	164 (1)	RR 0,89 (0,73, 1,09), p= 0,27 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la terapia de apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: razones relacionadas con el tratamiento	TERAPIA DE APOYO versus COMBINACIÓN DE OTRAS INTERVENCIÓNES PSICOSOCIALES (Buckley 2015)	50 (1)	RR 8,67 (1,17, 64,26), p= 0,03 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la terapia familiar + TCC.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio	TERAPIA DE APOYO MÁS GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE versus GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE (Buckley 2015)	145 (2)	RR 2,38 (1,15, 4,93), p= 0,02 (I ² = 25,61%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de casos enfocada en el cliente.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio	TERAPIA DE APOYO MÁS GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Buckley 2015)	80 (1)	RR 0,88 (0,52, 1,51), p= 0,64 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la terapia de apoyo + gestión de casos enfocada en el cliente.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio	TERAPIA DE APOYO MÁS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES (Buckley 2015)	80 (1)	RR 1,0 (0,35, 2,84), p= N/A (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio Corto plazo (hasta 6 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	598 (5)	RR 0,79 (0,44, 1,41), p= 0,43 (I ² = 95,01%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1699 (8)	RR 0,60 (0,51, 0,70), p <0,0001 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	1798 (13)	RR 0,68 (0,58, 0,79), p= <0,0001 (I ² = 1,97%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio Seguimiento a medio plazo (3 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 1,01 (0,84, 1,21), p= 0,96 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio Seguimiento a largo plazo (8 años)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Dieterich 2017)	547 (1)	RR 0,88 (0,70, 1,09), p= 0,25 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio Medio plazo (7-12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC). (Dieterich 2017)	225 (2)	RR 0,64 (0,13, 3,07), p= 0,58 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio Largo plazo (más de 12 meses)	GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (GIC) versus NO GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS (NO GIC) (Dieterich 2017)	1970 (7)	RR 0,70 (0,52, 0,95), p= 0,02 (I ² =N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión intensiva de casos.	Evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio: a causa del tratamiento. 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	603 (3)	RR 1,09 (0,82, 1,45), p= 0,57 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio: Perdido por evaluación 3 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	132 (1)	RR 0,54 (0,27, 1,08), p= 0,08 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio: Perdido por evaluación 6 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	330 (2)	RR 0,69 (0,27, 1,73), p= 0,42 (I ² =67,4%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio: Perdido por evaluación 9 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	132 (1)	RR 0,76 (0,49, 1,19), p= 0,23 (I ² =100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio: Perdido por evaluación 12 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	198 (1)	RR 0,54 (0,22, 1,29), p= 0,17 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio: Perdido por evaluación 24 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	198 (1)	RR 1,0 (0,47, 2,12), p= N/A (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención.

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio: Perdido por evaluación 36 meses	MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	603 (3)	RR 0,76 (0,35, 1,66), p= 0,5 (I ² =74,02%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los modelos integrados.	No evidencia de beneficio de la intervención.
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 6 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	134 (3)	RR 1,23 (0,73, 2,06), p= 0,44 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	134 (3)	RR 1,21 (0,73, 1,99), p= 0,46 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 18 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	134 (3)	RR 1,35 (0,83, 2,19), p= 0,22 (I ² = 31,55%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 6 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	121 (3)	RR 1,0 (0,38, 2,60), p= N/A (I ² = N/A)	N/A	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 12 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	121 (3)	RR 1,0 (0,43, 2,35), p= N/A (I ² = N/A)	N/A	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 18 meses	TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	92 (2)	RR 1,26 (0,48, 3,30), p= 0,63 (I ² = 65,63%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 3 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	152 (2)	RR 1,12 (0,44, 2,86), p= 0,81 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 9 meses	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	47 (1)	RR 1,04 (0,43, 2,51), p= 0,92 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento Semana 4 - 8 (1 - 2 meses)	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	49 (1)	RR 0,34 (0,04, 2,81), p= 0,32 (I ² = 17,02%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la gestión de contingencias.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 3 meses	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	255 (2)	RR 1,55 (1,13, 2,11), p= 0,01 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por evaluación 6 meses	GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	255 (2)	RR 1,36 (0,91, 2,02), p= 0,13 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	RR 0,89 (0,30, 2,61), p= 0,83 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	62 (1)	RR 1,71 (0,63, 4,64), p= 0,29 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido para evaluación 3 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	457 (7)	RR 1,08 (0,69, 1,70), p= 0,72 (I ² = 3,27%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido para evaluación 6 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	164 (4)	RR 0,85 (0,29, 2,53), p= 0,77 (I ² = 42%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido para evaluación 12 meses	ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	247 (3)	RR 0,92 (0,44, 1,92), p= 0,83 (I ² = 43,58%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 3 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	461 (3)	RR 0,97 (0,68, 1,36), p= 0,84 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 6-9 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	94 (2)	RR 0,49 (0,24, 0,97), p= 0,04 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del entrenamiento en habilidades.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 12 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	122 (3)	RR 1,42 (0,20, 10,10), p= 0,73 (I ² = 76,15%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 18 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	75 (2)	RR 2,60 (1,36, 4,97), p= 0 (I ² = 0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención estándar.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 6 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	121 (1)	RR 0,92 (0,40, 2,08), p= 0,83 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 9 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	121 (1)	RR 1,05 (0,47, 2,33), p= 0,91 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 12 meses	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	121 (1)	RR 1,14 (0,55, 2, 36), p= 0,71 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 3 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	318 (3)	RR 1,20 (0,44, 3,30), p= 0,72 (I ² = 70,19%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	815 (5)	RR 0,90 (0,66, 1,22), p= 0,48 (I ² = 47,63%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 9-10 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	211 (3)	RR 0,80 (0,52, 1,22), p= 0,29 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido por tratamiento 12 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	327 (1)	RR 0,99 (0,62, 1,59), p= 0,98 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 3 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	230 (2)	RR 0,75 (0,46, 1,21), p= 0,24 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 6 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	469 (5)	RR 0,80 (0,57, 1,12), p= 0,19 (I ² = 7,96%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 9 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	146 (2)	RR 0,82 (0,46, 1,47), p= 0,51 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 12-14 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	464 (5)	RR 0,99 (0,73, 1,34), p= 0,95 (I ² = 23,36%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 18 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	363 (2)	RR 0,92 (0,61, 1,38), p= 0,68 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio: Perdido en la evaluación 24 meses	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Hunt 2019)	327 (1)	RR 0,76 (0,52, 1,11), p= 0,15 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la TCC+EM.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio	TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS (Jones 2018)	613 (7)	RR 0,88 (0,68, 1,15), p= 0,36 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio por cualquier motivo Corto plazo (menos de 6 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	92 (1)	RR 0,33 (0,01, 7,98), p= 0,5 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio por cualquier motivo Medio plazo (6-12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	191 (2)	RR 1,92 (0,98, 3,76), p= 0,06 (I ² = 0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de otros enfoques vocacionales.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio por cualquier motivo Largo plazo (≥ 12 meses)	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES (Kinoshita 2013)	1831 (10)	RR 0,66 (0,52, 0,84), p= 0 (I ² = 33,9%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor del empleo con apoyo.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCION VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	94 (1)	RR 1,04 (0,28, 3,93), p= 0,95 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio Largo plazo (más de 12 meses)	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS (Malmberg 2001)	92 (1)	RR 0,82 (0,19, 3,45), p= 0,78 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio A los seis meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA PERCEPCIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD (Malmberg 2001)	164 (1)	RR 0,46 (0,31, 0,68), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica orientada a la percepción.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio A los 12 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA PERCEPCIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD (Malmberg 2001)	164 (1)	RR 0,46 (0,34, 0,62), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica orientada a la percepción.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio A los 24 meses	PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA PERCEPCIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD (Malmberg 2001)	164 (1)	RR 0,54 (0,44, 0,67), p= <0,0001 (I ² = N/A)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la psicoterapia psicodinámica orientada a la percepción.	Evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias (continua)					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio Medio plazo (3-12 meses)	EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Malone 2007)	253 (2)	RR 1,10 (0,68, 1,78), p= 0,7 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de los equipos comunitarios de salud mental.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio (no quiere o no puede proporcionar información) Pacientes A los 3 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	463 (3)	RR 0,80 (0,55, 1,15), p= 0,23 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio (no quiere o no puede proporcionar información) Pacientes A los 6 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	718 (5)	RR 0,73 (0,55, 0,97), p= 0,03 (I ² =0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio (no quiere o no puede proporcionar información) Pacientes A los 12 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	594 (4)	RR 0,74 (0,56, 0,98), p= 0,04 (I ² =0%)	Diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	Evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio (no quiere o no puede proporcionar información) Pacientes A los 20 meses	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	475 (3)	RR 0,78 (0,57, 1,06), p= 0,11 (I ² =0%)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención

Medidas de resultados primarias y secundarias					
MEDIDA DE RESULTADO (HERRAMIENTA) Y TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN VERSUS COMPARADOR	NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTUDIOS)	RESULTADOS: EFECTO DEL TRATAMIENTO (IC 95%)	INTERPRETACIÓN DE RESULTADO	COMENTARIOS
Abandono temprano del estudio					
Abandono temprano del estudio (no quiere o no puede proporcionar información) Familiares Total en estudio	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	120 (1)	RR 1,09 (0,52, 2,28), p= 0,82 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio (no quiere o no puede proporcionar información) Familiares Subgrupo de los que viven con el paciente	INTERVENCIÓN EN CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Murphy 2015)	76 (1)	RR 0,71 (0,43, 1,17), p= 0,18 (I ² =N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la intervención en crisis.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio +/- cumplimiento deficiente del protocolo de tratamiento (hasta 30 meses)	INTERVENCIÓNES CONDUCTUALES BASADAS EN LA FAMILIA vs INTERVENCIÓNES FAMILIARES DE APOYO (> 5 sesiones) (Pharoah 2010)	528 (1)	RR 0,96 (0,88,1,05), p= 0,42 (I ² = 100%)	No diferencia estadísticamente significativa.	No evidencia de beneficio de la intervención
Abandono temprano del estudio (perdido durante el seguimiento)	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR (Reilly 2013)	330 (1)	RR 1,71 (0,77, 3,79), p= 0,19 (I ² = N/A)	No diferencia estadísticamente significativa. Dirección de efecto a favor de la atención colaborativa.	No evidencia de beneficio de la intervención

DM: Diferencia media, dES: tamaño del efecto del cambio, Dif.: Diferencia, IC: intervalo de confianza, RR: Riesgo relativo, N/A: No aplicable, GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (evaluaciones de calificación de recomendaciones, evaluación, desarrollo y evaluación), OD: Odds Ratio.

Anexo 19. Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías.

Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías (continua)					
Revisión sistemáticas	Intervención	Clasificación de la intervención (en base a las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas)	Comentarios de los autores de las revisiones sistemáticas	Clasificación de la intervención en relación a la violencia auto o heterodirigida (en base a los resultados reportados en las revisiones sistemáticas)	Comentarios
Almerie et al., 2015	Grupo 1: HABILIDADES SOCIALES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Grupo 2: HABILIDADES SOCIALES versus GRUPO DE DISCUSIÓN	► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	“En comparación con la atención estándar, el entrenamiento en habilidades sociales puede mejorar las habilidades sociales de las personas con esquizofrenia y reducir las tasas de recaída, pero en la actualidad, la evidencia es muy limitada con datos calificados como de muy baja calidad”.	► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención	No se reportó ningún episodio violento en el único estudio primario contemplado para esta variable.
Ballesteros et al., 2021	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	“La terapia cognitivo-conductual puede ser eficaz en la reducción de la frecuencia de conductas de violencia física y de violencia verbal en comparación con los cuidados habituales. Aunque la certeza de la evidencia es baja ya que se basa únicamente en dos estudios”.	► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	El estudio de centra en las medidas de resultados principales de violencia heterodirigida. Existe un solapamiento para la violencia heterodirigida (Anexo 10, Anexo 17, Figura 12)

Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías (continua)					
Revisión sistemáticas	Intervención	Clasificación de la intervención (en base a las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas)	Comentarios de los autores de las revisiones sistemáticas	Clasificación de la intervención en relación a la violencia auto o heterodirigida (en base a los resultados reportados en las revisiones sistemáticas)	Comentarios
Buckley et al., 2015	<p>Grupo 1: TERAPIA DE APOYO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 2: TERAPIA DE APOYO versus CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOSOCIAL</p> <p>Grupo 3: TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA CONDUCTUAL COGNITIVA</p> <p>Grupo 4: TERAPIA DE APOYO versus TERAPIA FAMILIAR</p> <p>Grupo 5: TERAPIA DE APOYO versus PSICOEDUCACIÓN</p> <p>Grupo 6: TERAPIA DE APOYO versus PROGRAMA DE REHABILITACIÓN</p> <p>Grupo 7: TERAPIA DE APOYO versus ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES</p> <p>Grupo 8: TERAPIA DE APOYO versus PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA</p> <p>Grupo 9: TERAPIA DE APOYO versus COMBINACIÓN DE OTRAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES</p> <p>Grupo 10: TERAPIA DE APOYO MÁS GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE versus GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE</p> <p>Grupo 11: TERAPIA DE APOYO MÁS GESTIÓN DE CASOS ENFOCADA EN EL CLIENTE versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 12: TERAPIA DE APOYO MÁS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES</p>	<p>► No es posible sacar conclusiones debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.</p>	<p>“No hay pruebas de esta revisión de un efecto beneficioso de la terapia de apoyo sobre la atención estándar, aunque no se puede descartar un efecto beneficioso o perjudicial. Existe alguna evidencia que sugiere una desventaja de la terapia de apoyo en comparación con otras terapias, pero esta es escasa y a menudo deriva de estudios que pueden tener algún sesgo inherente hacia las otras terapias”.</p>	<p>► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención</p>	<p>No hubo diferencias en la mortalidad por suicidio en el único estudio primario que evaluaba esta variable, no se puede descartar un efecto beneficioso o perjudicial.</p>
Darmedru et al., 2017	<p>Grupo 1: INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA INESPECÍFICA (Remediación cognitiva computarizada) versus ACTIVIDADES DE CONTROL DE JUEGOS DE ORDENADOR.</p> <p>Grupo 2: INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: R&R versus TH.</p> <p>Grupo 3: INTERVENCIÓN DE REHABILITACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: SCIT + TH versus TH sólo.</p> <p>Grupo 4: INTERVENCIÓN DE REMEDIACIÓN COGNITIVA ESPECÍFICA: MCT + TH versus TH sólo.</p>	<p>► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.</p>	<p>“La comprensión reciente de la participación de las deficiencias sociales y neurocognitivas en esta área parece prometedora para la terapéutica, lo que destaca el interés de las intervenciones psicosociales como los programas de CR y SCT. Esta estrategia parece prometedora para estabilizar, reducir y modificar los comportamientos violentos y agresivos en los pacientes afectados. CR y SCT necesitan más investigación, como ensayos aleatorizados y metanálisis, antes de ser considerados como un recurso terapéutico”.</p>	<p>Remediación cognitiva computarizada</p> <p>► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.</p>	<p>El estudio de Ahmed 2015 se centra en las medidas de resultados principales de violencia heterodirigida, se observa alguna evidencia en relación los resultados, aunque sean necesarias más pruebas. Existe un solapamiento para la violencia heterodirigida (Anexo 10, Anexo 17, Figura 12)</p>

Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías (continua)					
Revisión sistemáticas	Intervención	Clasificación de la intervención (en base a las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas)	Comentarios de los autores de las revisiones sistemáticas	Clasificación de la intervención en relación a la violencia auto o heterodirigida (en base a los resultados reportados en las revisiones sistemáticas)	Comentarios
Dieterich et al., 2017	<p>Grupo 1: GIC versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 2: GIC versus NO GIC.</p> <p>*Quinlivan-California 1995 fue un ensayo de tres brazos (GIC, no GIC y atención estándar).</p>	<p>► Intervenciones efectivas: existe evidencia de efectividad para una intervención.</p>	<p>“En comparación con la atención estándar, la ICM puede reducir la hospitalización y aumentar la retención en la atención. También mejoró globalmente el funcionamiento social, aunque el efecto de la ICM sobre el estado mental y la calidad de vida sigue sin estar claro. No creemos que se justifiquen más ensayos que comparen ICM actual con atención estándar o no ICM; sin embargo, actualmente no conocemos ninguna revisión que compare no ICM con atención estándar, y esto debe realizarse”.</p>	<p>► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.</p>	<p>No hubo diferencias entre las intervenciones en las variables relacionadas con la violencia autodirigida. No se puede descartar un efecto beneficioso o perjudicial.</p>
Donker et al., 2013	<p>Grupo 1: TCC + ENTREVISTA MOTIVACIONAL + TH versus TH (Barrowclough 2010)</p> <p>Grupo 2: TCC+MED versus ATENCIÓN PLACEBO + MED (Bateman 2007).</p> <p>Grupo 3: PSICOEDUCACIÓN versus TH (Cunningham Owens 2001)</p> <p>Grupo 4: PROGRAMA DE MANEJO DE RECUPERACIÓN DE ENFERMEDAD versus TH (Färdig 2011).</p> <p>Grupo 5: TRATAMIENTO INTEGRADO versus TH (Grawe 2006)</p> <p>Grupo 6: TRATAMIENTO INTEGRADO versus TH (Nordentoft 2002)</p> <p>Grupo 7: TCC versus TH (Peters 2010)</p> <p>Grupo 8: TCC + TH y ASESORAMIENTO DE APOYO + TH versus TH (Tarrier 2006)</p> <p>Grupo 9: TCC + MED versus TH + MED (Turkington 2002)</p>	<p>► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.</p>	<p>“las intervenciones psicosociales pueden tener el potencial de ser efectivas para reducir la conducta suicida en pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico y psicosis, pero el beneficio adicional de estas intervenciones en comparación con el tratamiento habitual no está claro. Se necesita más investigación en estudios más grandes y mejor diseñados para poder realizar un metanálisis formal”.</p>	<p>► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.</p>	<p>El estudio de centra en las medidas de resultados principales de violencia autodirigida. Existe un solapamiento para la violencia autodirigida (Anexo 10, Anexo 17, Figura 12)</p>

Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías (continua)					
Revisión sistemáticas	Intervención	Clasificación de la intervención (en base a las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas)	Comentarios de los autores de las revisiones sistemáticas	Clasificación de la intervención en relación a la violencia auto o heterodirigida (en base a los resultados reportados en las revisiones sistemáticas)	Comentarios
Hunt et al., 2019	<p>Grupo1: MODELOS INTEGRADOS DE CUIDADO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 2: TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO / GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 3: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 4: GESTIÓN DE CONTINGENCIAS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 5: ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 6: ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 7: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL + ENTREVISTA MOTIVACIONAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 8: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p> <p>Grupo 9: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL COMBINADA y GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR</p>	<p>► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.</p>	<p>“no se pudieron utilizar muchos datos para los análisis. Actualmente no hay evidencia de alta calidad para apoyar ningún tratamiento psicosocial sobre la atención estándar para resultados importantes como permanecer en el tratamiento, reducir el uso de sustancias o mejorar el estado mental o global en personas con enfermedad mental grave y uso indebido de sustancias. Además, existen dificultades metodológicas que dificultan la puesta en común y la interpretación de los resultados. Se necesitan más ensayos de alta calidad que aborden estas preocupaciones y mejoren las pruebas en esta importante área”.</p>	<p>► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.</p>	<p>Lo datos para la violencia heterodirigida fueron asimétricos.</p>
Jones et al., 2018	<p>Grupo1: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus OTRAS TERAPIAS PSICOSOCIALES</p> <p>Subgrupo1: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES ACTIVAS</p> <p>Subgrupo2: TERAPIA DE COGNITIVO CONDUCTUAL versus TERAPIAS PSICOSOCIALES NO ACTIVAS</p>	<p>► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.</p>	<p>“Las pruebas basadas en los datos de los ensayos controlados aleatorios indican que no hay ninguna ventaja clara y convincente para la terapia cognitivo-conductual sobre otras terapias psicosociales para las personas con esquizofrenia. Cabe señalar que, aunque se han realizado muchas investigaciones en este ámbito, la calidad de las pruebas disponibles es principalmente baja o de muy baja calidad. Se necesita una investigación de buena calidad antes de poder sacar conclusiones firmes”.</p>	<p>► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.</p>	<p>Lo datos para la violencia heterodirigida fueron asimétricos.</p>

Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías (continua)					
Revisión sistemáticas	Intervención	Clasificación de la intervención (en base a las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas)	Comentarios de los autores de las revisiones sistemáticas	Clasificación de la intervención en relación a la violencia auto o heterodirigida (en base a los resultados reportados en las revisiones sistemáticas)	Comentarios
Kisely et al., 2017	Grupo 1: COMPROMISO AMBULATORIO ORDENADO POR EL TRIBUNAL versus ATENCIÓN TOTALMENTE VOLUNTARIA Grupo 2: ÓRDENES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO versus ALTA SUPERVISADA Grupo 3: TRATAMIENTO COMUNITARIO OBLIGATORIO versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.	“los resultados de la ECC no muestran una diferencia clara en el uso de los servicios, el funcionamiento social o la calidad de vida en comparación con la atención voluntaria o el alto breve supervisado. Sin embargo, las personas que recibieron TMC tenían menos probabilidades de ser víctimas de delitos violentos o no violentos. No está claro si este beneficio se debe a la intensidad del tratamiento o su carácter obligatorio. Las conclusiones se basan en tres ensayos relativamente pequeños, con riesgo alto o incierto de sesgo de cegamiento y evidencia de calidad baja a moderada. Además, es posible que los ensayos clínicos no reflejen completamente los beneficios potenciales de esta compleja intervención”.	► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.	Las personas que recibieron la intervención no tuvieron más probabilidades de cometer un acto violento en comparación con las personas que recibieron atención estándar. No se puede descartar un efecto beneficioso o perjudicial.
Kinoshita et al., 2013	EMPLEO CON APOYO versus OTROS ENFOQUES VOCACIONALES	► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	“La evidencia disponible limitada sugiere que el empleo con apoyo es efectivo para mejorar una serie de resultados vocacionales relevantes para las personas con enfermedad mental grave, aunque parece existir cierto riesgo general de sesgo en términos de la calidad de los estudios individuales. Se deben realizar estudios con un seguimiento más prolongado para responder o abordar la pregunta crítica sobre la durabilidad de los efectos”.	► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.	No hubo pruebas de que la IPS de alta fidelidad se asociara con un riesgo de muerte (natural y suicidio) menor o mayor que otros enfoques vocacionales.
MacInnes et al., 2019	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES versus TH (terapia cognitivo-conductual-TCC, terapia dialéctico-conductual -DBT, psicoeducación y terapia breve centrada en soluciones-TBCS).	► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	“La evidencia actual de estos estudios sugiere que la práctica actual se basa en evidencia limitada sin hallazgos significativos consistentes. Estas intervenciones pueden tener el potencial de mejorar algunos resultados, en particular los síntomas, mediante la TCC o enfoques psicoeducativos. Los estudios individuales de DBT y SFBT también informan resultados prometedores. Sin embargo, las limitaciones en la realización de los estudios significan que actualmente no se pueden respaldar intervenciones psicológicas o psicosociales específicas. Las evaluaciones de bajo riesgo de sesgo de los estudios respaldan la opinión de que se pueden realizar ECA de buena calidad para evaluar la efectividad de estas intervenciones. Si se realizan más ECA, la base de pruebas será más clara”.	Terapia dialéctico-conductual (DBT) ► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	El estudio de Tomlinson 2017 evalúa medidas de resultados de violencia heterodirigida, se observa alguna evidencia en relación los resultados, aunque son necesarias más pruebas. Existe un solapamiento para la variable violencia heterodirigida (Anexo 10, Anexo 17, Figura 12)

Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías					
Revisión sistemáticas	Intervención	Clasificación de la intervención (en base a las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas)	Comentarios de los autores de las revisiones sistemáticas	Clasificación de la intervención en relación a la violencia auto o heterodirigida (en base a los resultados reportados en las revisiones sistemáticas)	Comentarios
Malmberg et al., 2001	Grupo 1: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus MEDICAMENTOS Grupo 2: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y MEDICAMENTOS versus MEDICAMENTOS Grupo 3: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA ORIENTADA A LA VISIÓN versus PSICOTERAPIA ADAPTABLE A LA REALIDAD Grupo 4: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL versus PSICOTERAPIA DE GRUPO Grupo 5: PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL CON MEDICAMENTOS versus PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL	► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.	“...se debe a la falta de evidencia, más que a la presencia de evidencia que demuestre una falta de efecto positivo. Hay algunos indicios a partir de los datos de que un enfoque grupal puede ser una forma rentable efectiva de proporcionar la intervención...”.	► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.	No hubo diferencias en la violencia autodirigida.
Malone et al., 2007	EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (CMHT) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	“El manejo de CMHT puede reducir el suicidio y ser más aceptable para las personas con enfermedad mental que un enfoque de atención estándar que no es un equipo. También es probable que una persona manejada dentro de un CMHT tenga más probabilidades de evitar el ingreso hospitalario y de pasar menos tiempo como paciente internado...Sin embargo, no hay datos sustanciales que apoyen o refuten el uso de la gestión de CMHT con respecto al estado mental o el funcionamiento social”.	► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	El estudio de centra en las medidas de resultados principales de violencia autodirigida.
Murphy et al., 2015	INTERVENCIÓN DE CRISIS versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	“La atención basada en los principios de intervención en crisis, con o sin un paquete de atención domiciliaria continua, parece ser una forma viable y aceptable de tratar a las personas con enfermedad mental grave. Sin embargo, sólo pudieron incluirse ocho estudios pequeños con cegamiento, informe y sesgo de deserción poco claros y la evidencia de los principales resultados de interés es de calidad baja a moderada...aún se necesitan más estudios evaluativos”.	► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.	No hubo diferencias en la violencia heterodirigida. No se puede descartar un efecto beneficioso o perjudicial.

Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías					
Revisión sistemáticas	Intervención	Clasificación de la intervención (en base a las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas)	Comentarios de los autores de las revisiones sistemáticas	Clasificación de la intervención en relación a la violencia auto o heterodirigida (en base a los resultados reportados en las revisiones sistemáticas)	Comentarios
Pharoah et al., 2010	Group 1: CUALQUIER INTERVENCIÓN FAMILIAR (> 5 SESIONES) versus ATENCIÓN ESTÁNDAR Group 2: INTERVENCIONES CONDUCTUALES BASADAS EN LA FAMILIA vs INTERVENCIONES FAMILIARES DE APOYO (> 5 sesiones) Group 3: INTERVENCIONES FAMILIARES EN GRUPO versus INTERVENCIONES FAMILIARES INDIVIDUALES (> 5 sesiones)	► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	“La intervención familiar puede reducir el número de episodios de recaída y hospitalizaciones y, por lo tanto, sería de interés para las personas con esquizofrenia, los médicos y los responsables políticos. Sin embargo, los efectos del tratamiento de estos ensayos pueden estar sobrestimados debido a la calidad metodológica deficiente. Los datos adicionales de los ensayos que describen los métodos de asignación al azar, prueban el cegamiento de los evaluadores del estudio e implementan las pautas CONSORT permitirían una mayor confianza en estos hallazgos”.	► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.	No hubo un efecto claro sobre la violencia autodirigida.
Rampling et al., 2016	Group 1: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL versus TERAPIA DE ACTIVIDAD SOCIAL (Haddock 2009) Group 2: RAZONAMIENTO & REHABILITACIÓN versus TH (Cullen 2012) Group 3: TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES (TERAPIA ASISTIDA POR EQUINOS-EAP O TERAPIA ASISTIDA POR PERROS-CAP) versus CONTROL ACTIVO O TH (Nurenberg 2015)	► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.	“La evidencia de intervenciones no farmacológicas para reducir la violencia en esta población no es concluyente. Faltan resultados a largo plazo y se requieren ECA de buena calidad para desarrollar una base de evidencia más sólida. Algunos estudios informaron reducciones en la violencia dentro de los grupos de control de TH que reflejaron la reducción en los grupos de intervención. Esto puede reflejar un efecto terapéutico del entorno en el que se realizaron los estudios y sugerir que la calidad general de la atención integrada que se recibe puede ser un factor más importante que la intervención específica que se ofrece”.	Terapia asistida por animales (terapia asistida por equinos-EAP o terapia asistida por perros-CAP) ► Intervenciones prometedoras: existe alguna evidencia de efectividad para una intervención; sin embargo, se necesitan más pruebas.	El estudio de Nurenberg 2015 centra en las medidas de resultados principales de violencia heterodirigida, pese a las conclusiones de los autores de la revisión sistemática, se observa alguna evidencia en relación los resultados, aunque sean necesarias más pruebas. Existe un solapamiento para la variable violencia heterodirigida (Anexo 10, Anexo 17, Figura 12)

Mapa de evidencia de las intervenciones clasificadas en categorías					
Revisión sistemáticas	Intervención	Clasificación de la intervención (en base a las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas)	Comentarios de los autores de las revisiones sistemáticas	Clasificación de la intervención en relación a la violencia auto o heterodirigida (en base a los resultados reportados en las revisiones sistemáticas)	Comentarios
Reilly et al.,2013	ATENCIÓN COLABORATIVA versus ATENCIÓN ESTÁNDAR	<p>► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.</p>	<p>“...no hay pruebas disponibles para determinar si la atención colaborativa es eficaz para las personas que padecen esquizofrenia o trastornos esquizofreniformes. Sin embargo, hubo un ensayo con alto riesgo de sesgo que sugiere que la atención colaborativa para los veteranos estadounidenses con trastorno bipolar puede reducir los ingresos psiquiátricos a los dos años y mejorar la calidad de vida (componente de salud mental) a los tres años, por sí solo no lo es suficiente para que hagamos recomendaciones sobre su efectividad”.</p>	<p>► No hay conclusiones posibles debido a la falta de evidencia: no hay evidencia suficiente sobre la efectividad de una intervención.</p>	<p>No hubo diferencias en la violencia heterodirigida. No se puede descartar un efecto beneficioso o perjudicial.</p>