



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA  
Facultad de Psicología

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Trabajo Fin de Grado en Psicología**

**Convocatoria Julio 2017**

**Eficacia del tratamiento de los síntomas psicóticos desde la Terapia de  
Aceptación y Compromiso**

**Efficacy of the treatment for psychotic symptoms from Acceptance and  
Commitment Therapy**

**Autor: Sebastián Latorre Rodríguez**

**Tutor: Adolfo Javier Cangas Díaz**

**ÍNDICE**

	Páginas
RESUMEN Y ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
MÉTODO	7
DESARROLLO	8
Estudios controlados aleatorizados	8
Estudios de caso	13
Otros estudios	18
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIÓN	27
REFERENCIAS	27

## **RESUMEN**

Los trastornos englobados en la esfera psicótica son problemas psicológicos severos que en ocasiones se presentan refractarios al tratamiento farmacológico. Las intervenciones psicosociales tradicionales como la terapia cognitivo-conductual han estado centradas en el control de los síntomas psicóticos y en la modificación del contenido de los eventos privados. Sin embargo, este planteamiento ha mostrado tener a veces un efecto contrario al deseado. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una terapia empíricamente validada para psicosis desde la cual algunos síntomas psicóticos son entendidos como formas de evitación experiencial y, en contraste con otros tratamientos, su enfoque terapéutico está focaliza en la promoción de la aceptación de los eventos privados problemáticos y en el aumento de las acciones en direcciones de valor. El presente estudio se realizó con la finalidad de ofrecer una visión actualizada de la eficacia de la ACT en el campo de los síntomas psicóticos. Para ello, por medio de una búsqueda sistemática en varias bases de datos y de una búsqueda manual, se recopilaron un total de 24 estudios entre los que se incluyen estudios controlados aleatorizados, estudios de caso y otros estudios. Los resultados de estas investigaciones apoyan la utilidad de la ACT como tratamiento en pacientes psicóticos hospitalizados y ambulatorios y, aunque se han señalado ciertas dificultades de comprensión en algunos pacientes, la ACT se ha mostrado eficaz a la hora de incrementar el número de acciones valiosas, reducir la tasa de rehospitalización, disminuir la angustia asociada a la psicosis y aminorar la sintomatología negativa y depresiva.

## **ABSTRACT**

Psychotic disorders are serious psychological problems which are sometimes refractory to medication. Traditionally, psychosocial interventions as cognitive-behavioral therapy have been focus on controlling psychotic symptoms and modifying the contents of problematic private events. Nevertheless, this approach has shown contrary effects in some cases. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is an empirically supported therapy for psychosis that conceptualizes some psychotic symptoms as forms of experiential avoidance. Moreover, this therapy is centered on promoting the acceptance of problematic private events and increasing valued actions. The present study follows to provide an updated view of ACT's efficacy in psychosis. In this sense, a systematic and manual research was conducting, compiling a total of 24 studies which includes randomized controlled trials, case studies and others studies. Results support the usefulness of ACT as a treatment for psychotic inpatients

and outpatients and, although some understanding difficulties have been pointed out, ACT has proved to be effective for increasing valued actions, reducing re-hospitalization rate, lessening distress related to psychosis and reducing negative and depressive symptoms.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicóticos son problemas psicológicos de alta gravedad caracterizadas por alteraciones en el pensamiento y en la percepción, por una marcada desorganización de la personalidad y del comportamiento, y por una grave alteración del sentido de la realidad (Godoy, Godoy-Izquierdo y Vázquez, 2011). De entre los distintos trastornos englobados en la esfera psicótica, la esquizofrenia es el trastorno más clásico y habitual, estimándose que 21 millones de personas lo padecen en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2016). A pesar de la amplia investigación realizada y de los avances logrados en el tratamiento farmacológico de los síntomas psicóticos, aún es destacable la proporción de pacientes que presentan síntomas resistentes a la medicación antipsicótica, proporción que se halla entre un quinto y la mitad en el caso de la esquizofrenia (Caspi, Davidson y Tamminga, 2004).

Habitualmente, las intervenciones psicosociales han estado mayormente centradas en la reducción de la frecuencia, la intensidad o la credibilidad de los síntomas psicóticos en los pacientes (Bach y Hayes, 2002). En este sentido, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido uno de los enfoques terapéuticos más investigados en psicosis, habiendo mostrado ser eficaz en el tratamiento de la sintomatología positiva con un efecto moderado (Wykes, Steel, Everitt y Tarrrier, 2008). Al igual que en enfoques más tradicionales, la TCC pone el énfasis en los síntomas y tiene como objetivo el de modificar el contenidos de los eventos privados problemáticos. Sin embargo, este tipo de intervenciones pueden llegar a ser contraproducentes en tanto que potencian la excesiva focalización en los eventos privados que ya presentan los pacientes con síntomas psicóticos y, aún más, el hecho de que enfocarse en los síntomas psicóticos puede llegar a incrementarlos de forma paradójica (Pankey y Hayes, 2003). De este modo, parece conveniente un enfoque terapéutico capaz de enfrentarse eficazmente a la sintomatología psicótica sin orientarse al control o reducción de la misma.

Un enfoque alternativo para el tratamiento de síntomas psicóticos es el propuesto por una de las terapias englobadas dentro de la Tercera Ola o Tercera Generación de Terapias, como es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La ACT surge desde la tradición post-skinneriana, tomando como marco filosófico de referencia el contextualismo funcional y

solventando los déficits de las terapias de primera generación en lo relativo a la cognición por medio de la Teoría del Marco Relacional, un modelo contextualista y funcional del lenguaje y de la cognición (Hayes, 2004). ACT pone el foco en la relación existente entre el individuo y sus eventos privados problemáticos (Pankey y Hayes, 2003), alentando a éste a aceptar y experimentar todos aquellos pensamientos y emociones que le generan malestar sin juzgarlos, al tiempo que se fomenta el actuar en direcciones valiosas para el individuo en lugar de atender a la reducción y control de los síntomas (Wilson y Luciano, 2002). Así, ACT permite alterar tanto la credibilidad como el impacto conductual de los eventos privados problemáticos sin recurrir a desafiar o cambiar el contenido de los mismos (Bach y Hayes, 2002).

Por otro lado, ACT sostiene una perspectiva funcional de la psicopatología conceptualizada como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). La evitación experiencial es un concepto más genérico que englobaría tanto la evitación emocional como la cognitiva, siendo descrita como el:

Fenómeno que ocurre cuando una persona está poco dispuesta a seguir en contacto con experiencias privadas particulares (v. g., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, tendencias comportamentales) y toma medidas para cambiar la forma o frecuencia de estos eventos y el contexto que los ocasiona. (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Stroshal, 1996, p. 1154).

En la medida en que una persona toma aquellas emociones y cogniciones que le causan malestar como un obstáculo para vivir y no como parte natural de la condición humana, se incrementa la probabilidad de caer en la dinámica de evitar sistemática y premeditadamente estos eventos internos para aliviar la angustia que generan, llevándose a cabo aquellas acciones que se consideran correctas en función de la historia de aprendizajes del sujeto. Este patrón puede parecer eficaz para el individuo por el hecho de aliviar su angustia a corto plazo, pero cuando se cronifica y generaliza acaba por limitar la vida de la persona y exacerbar su angustia paradójicamente (Wilson y Luciano, 2002).

El TEE ha sido identificado en diversos trastornos mentales recogidos en los sistemas de clasificación diagnóstica en los que es común este patrón descrito (Hayes et al., 1996). En esta línea, algunos síntomas psicóticos también pueden ser conceptuados como tal. Por un lado, García y Pérez (2005) apuntan que ciertas alucinaciones pueden ser entendidas como

formas de evitación experiencial en tanto que, al atribuírsele un origen externo a los pensamientos, el individuo es eximido de la responsabilidad de éstos. Así, las alucinaciones auditivas serían explicadas como un tipo de evitación experiencial que acontece cuando un individuo se encuentra excesivamente fusionado con determinadas cogniciones. Por otro lado, algunos tipos de delirios han sido descritos como formas activas de evitación experiencial (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004) aludiendo al hecho de que por medio del delirio se construye una realidad alternativa que permite al individuo huir de aquellos eventos privados que le atormentan, como la inseguridad o la baja autoestima. De este modo, aunque la realidad psicótica permitiría al individuo justificar su situación, no le permite solucionar los problemas que se encuentran en el origen de la psicopatología, siendo solamente parcial el éxito del delirio como estrategia (García y Pérez, 2005; García, Pérez y Cangas, 2006).

ACT como tratamiento en psicosis se encamina tanto a la disminución de los intentos de control de los síntomas, como al incremento de acciones valiosas que permitan redirigir la vida del individuo hacia lo que es verdaderamente importante para él (García y Pérez, 2016). Así, lo que se busca no es cambiar el contenido de los eventos privados ni que el paciente descubra el grado de veracidad de los mismos, sino cambiar la forma en que el paciente reacciona a ellos (Pankey y Hayes, 2003). Sin embargo, el modo de proceder en la ACT posee ciertas peculiaridades según cuál sea el tipo de sintomatología psicótica predominante. Por lo que respecta al tratamiento de las alucinaciones, en la medida en que las alucinaciones son habitualmente objeto de evitación (Bach y Hayes, 2002), los esfuerzos en la ACT se focalizan en ayudar al paciente a desistir de esa lucha de efectos paradójicos contra sus síntomas. Mientras tanto, en el caso de los delirios la intervención desde la ACT se centraría principalmente en ayudar al paciente a actuar de forma independiente a esas creencias delirantes y movilizar su conducta en direcciones de valor para la persona (García y Pérez, 2016). Así mismo, tal y como apuntan Bach y Hayes (2002), no sería el delirio entendido como estrategia de evitación lo que debe ser aceptado por el paciente, sino todos aquellos pensamientos, sentimientos y sensaciones molestas con los que la persona no quiere contactar y que se encuentran en la base.

Actualmente, los distintos estudios realizados en el campo de los síntomas psicóticos desde la ACT han dado pie a su consideración como tratamiento validado empíricamente para psicosis, cuya investigación ha tenido un apoyo modesto (Society of Clinical

Psychology, n.d.-a). En el presente estudio se realizará una revisión de los estudios controlados aleatorizados, de los estudios de caso y de otros estudios relevantes dirigidos a evaluar la eficacia de ACT como tratamiento para los síntomas psicóticos, con el fin de ofrecer una visión actualizada del estado de la investigación de la ACT para psicosis.

## MÉTODO

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PsycINFO, SCOPUS y Medline usando los descriptores "psychosis" y "schizophrenia" en combinación con "acceptance and commitment therapy". Los resultados de cada una de las búsquedas se recogen en la Tabla 1. Además, cuatro estudios fueron encontrados de forma manual revisando bibliografías y haciendo uso de recursos como Google Académico.

Tabla 1:

*Resultados de la búsqueda en bases de datos.*

Base de datos	Descriptores	Resultados	Artículos seleccionados
PsycINFO	psychosis AND acceptance and commitment	38	17
	schizophrenia AND acceptance and commitment	28	9
SCOPUS	psychosis AND acceptance and commitment	46	17
	schizophrenia AND acceptance and commitment	19	7
Medline	psychosis AND acceptance and commitment	21	10
	schizophrenia AND acceptance and commitment	10	3

Los criterios de inclusión fueron todos aquellos artículos publicados en revistas científicas obtenidos a partir de los descriptores especificados ("psychosis" y "schizophrenia" en combinación con "acceptance and commitment therapy") y los hallados por medio de búsqueda manual, publicados desde enero de 1990 hasta abril de 2017 en inglés o español y que ofreciesen evidencia empírica de la aplicación de la ACT al campo de los síntomas psicóticos, aceptándose aquellos estudios que combinaban la ACT con componentes de otras terapias (v.g., TCC o Terapia de Activación Conductual).

Finalmente se recopilaron un total de 24 estudios relativos a la ACT como tratamiento de los síntomas psicóticos, incluyendo entre estos un estudio de caso adicional publicado como capítulo de un libro (Hernández, García, Luciano y Gómez, 2003).

## **DESARROLLO**

### **Estudios controlados aleatorizados**

El primero de los estudios controlados aleatorizados de ACT que se llevó a cabo en una población con síntomas psicóticos fue el realizado por Bach y Hayes (2002). En dicho estudio se realizó una intervención breve de ACT en pacientes hospitalizados con síntomas psicóticos positivos (alucinaciones auditivas o delirios) con el fin de evaluar los posibles cambios producidos por la intervención en la tasa de rehospitalización y en la credibilidad que los pacientes otorgaban a su sintomatología. Un total de 80 pacientes fueron asignados aleatoriamente a la condición de tratamiento convencional (TAU; n=40) o a la condición de tratamiento convencional más ACT (ACT; n=40), los cuales recibieron cuatro sesiones de ACT además del tratamiento habitual. En relación a los resultados, se halló una reducción del 50% en la tasa de rehospitalización para la condición ACT durante el período de seguimiento de cuatro meses del estudio, así como una reducción estadísticamente significativa en el grado con el que los pacientes dotaban de credibilidad a los delirios y alucinaciones. Por otro lado, se halló que, para la condición ACT, un mayor número de pacientes informaron de la presencia de síntomas durante el seguimiento, a la vez que para estos pacientes era tres veces menos probable la rehospitalización. Este mayor número de pacientes comunicando sintomatología es interpretado por los autores como una medida indirecta de aceptación. Sin embargo, en la condición ACT no se halló mejora para aquellos pacientes con sintomatología delirante que siguieron negándola durante seguimiento. En un trabajo posterior se realizó el seguimiento de los pacientes de este estudio inicial a los doce meses desde el alta de la unidad de hospitalización, mostrando que la condición ACT permanecía aún con una menor tasa de rehospitalizaciones y que el efecto de la intervención había sido relativamente duradero (Bach, Hayes y Gallop, 2012).

Más adelante, Gaudiano y Herbert (2006) realizaron un estudio piloto controlado y aleatorizado en pacientes hospitalizados con síntomas psicóticos. El objetivo era el de replicar los resultados de Bach y Hayes (2002) y desarrollar una intervención breve y flexible de ACT que pudiese ser llevada a cabo en unidades de hospitalización de salud mental, donde

el tiempo de estancia es reducido y a veces impredecible. Los 40 pacientes de la muestra fueron asignados de forma aleatoria a la condición control de tratamiento convencional mejorado (ETAU; n=21) o a la condición de tratamiento convencional mejorado más ACT (ACT; n=19), con una media de 3 sesiones independientes de ACT de una hora de duración. Tras la intervención se halló que, en comparación con ETAU, en la condición ACT se produjo una mejoría en la severidad de los síntomas afectivos, un mejor funcionamiento social, una mayor mejoría global y un mayor número de pacientes que alcanzaron la mejoría clínica significativa para dicha condición. Por otro lado, en contraste con el incremento en la frecuencia de la sintomatología psicótica en ACT reportado por Bach y Hayes (2002), en este estudio se produjo una reducción de la frecuencia de la misma en ambas condiciones, sin presentarse diferencias entre éstas. Así mismo, se encontró en ACT una disminución estadísticamente significativa en la ansiedad generada por las alucinaciones en comparación con ETAU y una reducción en la credibilidad de las alucinaciones a lo largo del tiempo que no se halló en la condición control, mostrándose una fuerte relación entre ambas variables. En cuanto a las rehospitalizaciones, ACT presentó una reducción de la probabilidad de rehospitalización del 38% tras el seguimiento de cuatro meses, aunque no se alcanzó la significancia estadística.

En un trabajo posterior (Bach, Gaudiano, Hayes y Herbert, 2013) se combinó el conjunto de datos de los dos primeros estudios controlados de ACT en pacientes hospitalizados con síntomas psicóticos (Bach y Hayes, 2002; Gaudiano y Herbert, 2006) con el fin de examinar los datos obtenidos de forma conjunta, confirmándose los resultados mostrados en estos estudios previos. Los análisis realizados apoyaron los hallazgos relativos a la capacidad de ACT para reducir las rehospitalizaciones, encontrándose asociada esta reducción a la disminución de la credibilidad de los síntomas psicóticos en los pacientes.

En otro estudio piloto (White et al., 2011) se examinó la viabilidad de ACT como tratamiento en pacientes psicóticos con disfunción emocional. Para ello, los 27 pacientes que formaban la muestra fueron asignados aleatoriamente a la condición de tratamiento convencional (TAU; n=13) o a la condición de ACT más tratamiento convencional (ACT; n=14), en la que recibieron diez sesiones individuales de ACT de una hora aproximadamente. Al comparar los resultados obtenidos en ambas condiciones tras finalizar el seguimiento de tres meses, no se hallaron diferencias en cuanto a la reducción de la sintomatología positiva entre grupos, pero sí se encontró una mayor reducción de la sintomatología negativa en ACT,

un menor número de pacientes con crisis y una menor frecuencia de crisis durante el transcurso del estudio. ACT se mostró más efectiva como tratamiento para la depresión, presentando un número mayor de pacientes en los que cesó la sintomatología depresiva registrada en la línea base, aunque no fue superior a la condición control en lo que respecta a la reducción de la ansiedad, mostrando resultados similares a TAU en el seguimiento. Así mismo, los pacientes que recibieron las sesiones de ACT lograron un incremento estadísticamente significativo en sus habilidades de mindfulness, el cual correlacionaba positivamente con la mejoría hallada en los síntomas depresivos. A pesar de esto, no fueron encontradas diferencias en evitación experiencial entre ambas condiciones.

Poco después, Shawyer et al. (2012) llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado con el fin evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual complementada con estrategias basadas en la aceptación como tratamiento para las alucinaciones imperativas. Con este fin, un total de 43 pacientes fueron asignados aleatoriamente a la condición de control Befriending (n=22) o a la condición de Tratamiento de las Alucinaciones Imperativas Resistentes (TORCH; n=21), constando de quince sesiones de 50 minutos. De los 43 pacientes, 17 de ellos fueron asignados a una lista de espera de cuatro meses de forma previa a su inclusión en una de las dos condiciones del estudio. Los pacientes fueron evaluados antes de comenzar el tratamiento, al finalizar el tratamiento y en un seguimiento a los seis meses, habiendo sido evaluados también cuatro meses antes del tratamiento aquellos pacientes que estuvieron en la lista de espera. Al comparar los resultados obtenidos, no se alcanzaron diferencias entre grupos ni en la medida de los resultados primarios ni en la de los secundarios, aunque el estudio no era suficientemente potente debido a su muestra reducida. A pesar de esto, los pacientes en la condición TORCH reportaron subjetivamente una mayor mejora con respecto a las alucinaciones imperativas en comparación con los pacientes en Befriending y, además, tanto los pacientes en TORCH como en el grupo control presentaron mejores resultados que aquellos pacientes en lista de espera, indicando que es mejor recibir cualquiera de los dos tratamientos a no recibir ninguno. Estas mejorías tendieron a producirse en distintos aspectos según el grupo al que perteneciese el paciente.

En el siguiente estudio piloto controlado aleatorizado en pacientes con depresión y síntomas psicóticos, Gaudiano et al. (2015), estudiaron la viabilidad de la Terapia basada en la Aceptación para la Depresión y Psicosis (ADAPT) con el fin de valorar la utilidad de

probar su eficacia en futuros estudios controlados aleatorizados. ADAPT es una intervención terapéutica compuesta por elementos de activación conductual y ACT, y fue desarrollada para ser aplicada junto con farmacoterapia en un ensayo abierto previo (Gaudiano, Nowlan, Brown, Epstein y Miller, 2013). En este estudio piloto, un total de trece pacientes con sintomatología depresiva y psicótica fueron asignados aleatoriamente a la condición control de tratamiento farmacológico convencional más supervisión y evaluación mejorada (EAM; n=7) o a la condición de tratamiento farmacológico convencional más ADAPT (ADAPT; n=6), quienes recibieron dieciséis sesiones de ADAPT durante cuatro meses. Los pacientes fueron evaluados en la línea base, en el post-tratamiento y en un seguimiento a los tres meses desde la finalización del tratamiento. De los trece sujetos iniciales, seis de ellos (tres en cada una de las condiciones) abandonaron el estudio antes de su finalización. Al comparar los resultados entre ambos grupos, se halló una mejoría de los síntomas depresivos superior para la condición ADAPT, así como una reducción de la evitación experiencial y un mejor funcionamiento psicosocial. No obstante, no se presentaron diferencias entre grupos en relación a la severidad de los síntomas psicóticos.

Boden et al. (2016) llevaron a cabo un ensayo piloto controlado y aleatorizado de ACT junto con una evaluación semiformal de los facilitadores y barreras que pueden presentarse en la puesta en marcha de esta terapia en pacientes hospitalizados con psicosis. La muestra del estudio estaba constituida por 18 pacientes hospitalizados de la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration), los cuales fueron asignados aleatoriamente a la condición control de tratamiento convencional (TAU; n=6) o a la condición de tratamiento convencional más cuatro sesiones individuales de ACT (ACT+TAU; n=12). Los pacientes fueron evaluados en la línea base y en el post-tratamiento, pero tan solo nueve de ellos finalizaron el estudio completo (5 pacientes en ACT+TAU y 4 en TAU), lo que mermó su capacidad para extraer conclusiones en cuanto a la eficacia de ACT. De entre las fortalezas de ACT, se destacó el beneficio de centrarse en el logro de metas valiosas en vez de en la reducción de los síntomas en pacientes psicóticos crónicos. Sin embargo, síntomas como la paranoia y secuelas asociadas como el déficit cognitivo se presentaron como una debilidad en ACT, en tanto que limitaban la comprensión de la terapia por parte de los pacientes. En relación a los facilitadores para la implementación de ACT se resaltaron la construcción de la confianza de forma previa a la intervención, ofrecer ACT en un formato grupal, la flexibilidad en la aplicación del manual, el uso de ejercicios experienciales y la implementación de ACT en equipo. Mientras tanto, los criterios de

elegibilidad restrictivos, la aplicación rígida de la terapia según el manual y el limitado tiempo y motivación de los pacientes dada la cantidad de sus actividades y citas, se han mostrado como barreras para la participación e implementación.

Recientemente, Shawyer et al. (2017) publicaron un estudio controlado aleatorizado de ACT en psicosis con la intención de evaluar la capacidad de esta terapia para reducir la angustia y discapacidad asociada a los síntomas psicóticos resistentes a la medicación en pacientes no institucionalizados (Thomas et al., 2014), estudio que recibió el nombre inicial de Lifengage Trial en una publicación anterior a su finalización (Farhall, Shawyer, Thomas, y Morris, 2010). La muestra estuvo compuesta por un total de 96 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a la condición de control Befriending (n=47) o a la condición ACT (n=49), en la cual los pacientes recibieron ocho sesiones de 50 minutos de ACT. Los pacientes fueron evaluados en la línea base, al finalizar la terapia y en un seguimiento a los seis meses. En relación a los resultados, los pacientes en la condición ACT informaron subjetivamente un mayor beneficio frente a los pacientes en el grupo control. Al comparar los resultados entre ambas condiciones, no se hallaron diferencias en la severidad total de la sintomatología psicótica evaluada con la PANSS (Positive and Negative Syndrome scale), aunque alrededor de la mitad de los pacientes en ACT alcanzaron una mejoría clínicamente significativa en la severidad de la sintomatología positiva en el seguimiento en comparación con menos de un cuarto de los pacientes en Befriending alcanzando dicha mejoría. Por otro lado, aunque los pacientes en ACT mostraron una mejoría superior en la angustia asociada a las alucinaciones, los pacientes en Befriending presentaron una mayor mejoría con respecto a la angustia asociado a los delirios. Así mismo, no se hallaron diferencias entre grupos en las medidas de los procesos de ACT, quedando confusos los mecanismos que permitieron alcanzar la mejoría en los pacientes, y tampoco se hallaron diferencias en la sintomatología negativa ni en el funcionamiento de los pacientes en la condición ACT, a diferencia de la mejoría encontrada en otros estudios controlados aleatorizados previos (Gaudiano y Herbert, 2006; White et al., 2011).

El último de los estudios controlados aleatorizados incluidos en esta revisión es un ensayo piloto llevado a cabo por Tyrberg, Carlbring y Lundgren (2017). El objetivo de estos autores es el de comprobar cómo de viable es la implementación adicional de la ACT al paquete de tratamiento convencional existente para pacientes psicóticos hospitalizados en Suecia, donde la psicoterapia ha tendido a estar dirigida tradicionalmente a pacientes no

institucionalizados. La muestra estuvo formada por un total de 22 pacientes que fueron asignados de forma aleatoria a la condición control de tratamiento convencional (TAU; n=10) o a la condición experimental de tratamiento convencional más ACT (ACT; n=12), quienes recibieron entre una y cuatro sesiones de 45 minutos de ACT, siendo la media de dos sesiones. Los pacientes fueron evaluados en la línea base, al finalizar el tratamiento y en el seguimiento de cuatro meses. Los resultados mostraron un menor porcentaje de rehospitalizaciones para la condición ACT (9% en ACT frente al 40% en TAU), aunque no se alcanzó la significancia estadística. Por otro lado, no se encontraron diferencias entre grupos en el seguimiento en relación a vivir en base a los valores, aunque ambos grupos mostraron cierta tendencia en esa dirección. Los autores destacan el reducido tamaño de la muestra y la cantidad de datos perdidos como una de las explicaciones para la dificultad hallada a la hora de realizar los análisis estadísticos y la falta de significancia estadística encontrada en las distintas medidas, asociado también esto último a la brevedad de la terapia. Finalmente, se concluye que la intervención breve de ACT parece ser una adición viable y razonable al tratamiento convencional que reciben los pacientes hospitalizados con trastornos psicóticos en congruencia con estudios anteriores (Bach y Hayes, 2002; Gaudiano y Herbert, 2006).

### **Estudios de caso**

El primero de los estudios de caso de ACT en un paciente con síntomas psicóticos fue publicado por García y Pérez (2001). En este estudio se intervino a un chico de 17 años diagnosticado de psicosis esquizofrénica y con tratamiento farmacológico desde hacía 15 meses. El paciente cursaba segundo de Bachillerato y comenzó a presentar alucinaciones auditivas en el contexto del fallecimiento de su abuela y de una serie de dificultades académicas que nunca antes había experimentado. Se realizó una intervención con ACT que incluyó 18 sesiones individuales durante nueve semanas. En relación a los resultados, ya desde el inicio de la terapia comenzó a producirse una disminución de la frecuencia de las alucinaciones que dio pie a una reducción del 40% de la medicación antipsicótica durante el postratamiento, manteniéndose la baja frecuencia de las alucinaciones durante tres meses. Sin embargo, a los tres meses del ajuste del tratamiento farmacológico se produjo una recaída que conllevó el aumento de la medicación a niveles superiores a los del pretratamiento y a un posterior cambio en el tipo de fármaco neuroléptico prescrito, sin llegar a resultar eficaces ninguna de estas medidas. Los autores resaltan la dificultad de determinar la causa de estos cambios en la sintomatología debido al solapamiento del tratamiento farmacológico con el

psicológico. Así mismo, se señala como limitación de la intervención un trabajo insuficiente en valores, aunque sí se manifestaron en el paciente nuevas metas como el hecho de que comenzase a ir al gimnasio y retomase sus estudios, las cuales fueron abandonadas a raíz de la recaída.

Más adelante, Hernández et al. (2003) presentan una intervención en una chica de 17 años diagnosticada de esquizofrenia. Los problemas en la paciente comenzaron debido a cambios corporales asociados a la pubertad, que en su caso fue temprana, y que la llevaron a distanciarse socialmente para evitar avergonzarse al sentirse observada por su físico. A los trece años recibe tratamiento antidepresivo y abandona el colegio, produciéndose tras esto dos ingresos hospitalarios. La paciente presenta alucinaciones auditivas y delirios, pasando la mayor parte del tiempo en casa sin estudiar ni trabajar y habiendo realizado amenazas de suicidio a su familia, con los que no tiene buena relación. El caso es conceptualizado como un Trastorno de Evitación Experiencial y se administra una intervención basada en la ACT complementada con algunos elementos de la Terapia Psicoanalítico Funcional (FAP). La intervención estuvo constituida por 19 sesiones individuales con la paciente y la familia por separado. Como resultado de la intervención, desde la tercera sesión la paciente empezó a realizar acciones en direcciones de valor que aumentaron aún más durante el seguimiento, siendo capaz de actuar en coherencia con sus valores. Así mismo, no fueron reportadas más alucinaciones auditivas a partir de la séptima sesión y, en el último seguimiento, en el que la paciente llevaba aproximadamente un año sin tratamiento farmacológico, había logrado recuperar diversos aspectos valiosos de su vida, habiendo conseguido trabajo, habiendo enriquecido sus relaciones sociales y sentimentales y contando con planes de futuro.

Posteriormente, con el fin de ejemplificar una intervención de ACT en pacientes discapacitados cognitivamente, Pankey y Hayes (2003) presentan brevemente una intervención en una paciente de 22 años diagnosticada de esquizofrenia y retraso mental leve. La paciente no tenía contacto con su familia biológica, de la cual había sido separada por motivo de abusos a los dos años de edad. Desde entonces había estado viviendo en distintas casas de acogida y durante la intervención vivió en un apartamento con personal de apoyo para sus necesidades básicas las 24 horas del día. Presentaba un discurso inconexo y tangencial, un afecto serio y lábil, buenas habilidades interpersonales, delirios, alucinaciones auditivas y conductas desadaptativas asociadas al desmontaje de aparatos, alimentación desorganizada, sueño excesivo y bajo cumplimiento de la medicación. La paciente recibió un

tratamiento constituido por cuatro sesiones de ACT. Como resultado de la intervención, se produjo una notoria mejoría en todas las conductas desadaptativas anteriormente citadas, una reducción significativa de la angustia originada por las alucinaciones y un descenso de la credibilidad de algunos de sus delirios y del estrés que originaban, manteniéndose estable la frecuencia de la sintomatología positiva durante el seguimiento. En relación al cambio en los procesos de ACT, la defusión fue el proceso que experimentó un mayor cambio, seguido por la disposición a experimentar emociones aversivas y la capacidad de actuar para cumplir metas comportamentales.

García, Luciano, Hernández y Zaldívar (2004) presentan el caso de una paciente de 28 años con un diagnóstico de esquizofrenia y con tratamiento farmacológico desde hacía nueve meses. La paciente vive con sus padres y comenzó a tener síntomas psicóticos tres años antes, después de un encuentro sexual con una chica que conoció en el bar donde trabajaba. La paciente se atemorizó tras este incidente y un año después acabaron manifestándose delirios paranoides, siendo necesaria su hospitalización en Salud Mental en una ocasión. En el momento de la intervención, la paciente continúa presentando delirios, ansiedad elevada y rigidez motora. Se aplicó una intervención que contó con un total de 23 sesiones de ACT, con tres sesiones por semana de media. Como resultado del tratamiento, se produjo una disminución de los delirios referidos en sesión, los cuales desaparecieron a partir de la sesión 22, así como un incremento de las acciones en direcciones de valor, en las que se produjo un aumento clínicamente significativo durante el seguimiento. También se halló una mejoría relevante con respecto al grado de responsabilidad que la paciente consideraba que tenía sobre sus pensamientos y el grado en que creía que estos podían tener un efecto directo en el mundo.

Más tarde, Veiga, Pérez y García (2008), presentan una intervención de ACT en el caso de un varón de 30 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Previamente, el paciente había sufrido un episodio de depresión mayor a la edad de 17 años tras una ruptura sentimental y a los 23 años de edad, en el contexto de su primer trabajo en otra ciudad, comenzó a experimentar alucinaciones auditivas egosintónicas, que un año más tarde se tornaron egodistónicas y se acompañaron de delirios de grandeza y delirios erotomaníacos. El paciente participaba desde hacía tres años en un programa de rehabilitación psicosocial en un centro del Sistema Nacional de Salud español. Los síntomas psicóticos del paciente se habían mostrado resistentes al tratamiento farmacológico, siendo las alucinaciones auditivas el

aspecto más limitante para el paciente, en tanto que le suponían un impedimento para continuar su trabajo y rehabilitación. La terapia estuvo constituida por 15 sesiones de 50 minutos durante seis meses. Tras la intervención se halló una disminución de la severidad de las alucinaciones que, a pesar de presentarse con la misma frecuencia, se volvieron menos perturbadoras. Así mismo, se produjo una reducción de los delirios y de las conductas de evitación y un incremento de las acciones en direcciones de valor como la asistencia al trabajo o el crecimiento de su red social.

Otro estudio de caso fue el publicado por Baruch, Kanter, Busch y Juskiewicz (2009) acerca de un estudiante universitario de 21 años con un trastorno psicótico y distimia. El paciente era el menor de cuatro hermanos y vivía con sus padres. Era introvertido, no tenía buena relación con su familia salvo con su madre, y aunque tenía amigos, su relación con ellos era superficial. Presenta delirios persecutorios, alucinaciones visuales y problemas crónicos en el aparato digestivo que le provocan un fuerte dolor abdominal. El paciente cuenta con buena consciencia de enfermedad salvo en el caso de los delirios. Se realizó una intervención desde ACT complementada con FAP, incluyendo un total de 37 sesiones durante un año. Tras la intervención, los síntomas depresivos se encontraban en un rango subclínico y se produjo un cambio clínicamente significativo con respecto a la angustia, pero permaneciendo en un rango clínico. Así mismo, se apreció una tendencia de mejoría en sus interacciones sociales y aislamiento previo, una reducción de la frecuencia de la sintomatología psicótica y un incremento del porcentaje de respuestas ejecutadas de forma consciente y eficaz ante los síntomas psicóticos. Los autores destacan la utilidad de integrar ambas terapias para el tratamiento de sintomatología psicótica, aunque se sugiere cierta incompatibilidad entre ambas a pesar de ser terapias paralelas teóricamente.

García y Pérez (2010), describen el caso de un varón de 28 años que vivía con su madre y abuelos y que presentaba un diagnóstico de esquizofrenia en la que destacaba especialmente la sintomatología negativa. Comenzó a manifestar síntomas a la edad de 17 años y recibió una amplia variedad de tratamientos farmacológico con los que no se consiguió la remisión de su malestar. El paciente realizó tres intentos autolíticos y fue hospitalizado en Salud Mental dos veces. En el momento de la intervención había abandonado el tratamiento farmacológico seis meses atrás, un punto destacado por los autores a la hora de atribuir a la terapia los resultados que se encontraron. La intervención estuvo constituida por dos sesiones semanales de ACT durante cinco meses. Como resultado, a pesar

de no haberse producido ningún cambio en aquellas sensaciones que previamente lo paralizaban y atormentaban, el paciente comenzó a involucrarse en un mayor número de actividades durante la terapia y el seguimiento, tales como tocar la guitarra, realizar diversos cursos de informática, salir con amigos e incluso, conseguir su primer trabajo a jornada completa.

Poco después, Bloy, Oliver y Morris (2011) describen el caso de un hombre de 32 años que muestra síntomas psicóticos acompañados de un ánimo depresivo y ansiedad. Entre la sintomatología psicótica más destacable se incluyen delirios paranoides, delirios de referencia, inserción de pensamiento y lectura de pensamiento. El paciente procede de una familia marcada por los maltratos recibidos de su padre alcohólico. Esta situación propició que en la adolescencia iniciase un consumo crónico de alcohol y diversas sustancias ilícitas como estrategia para reducir su ansiedad. Los primeros síntomas psicóticos surgieron asociados a un incremento del consumo durante su estancia en la Fuerzas Armadas Británicas, de donde fue expulsado. En el momento de la intervención, el paciente había logrado desintoxicarse satisfactoriamente un año atrás. La terapia estuvo constituida por un total de 27 horas de ACT durante ocho meses, no excediendo ninguna sesión los 60 minutos. En general, los resultados de la intervención fueron positivos en tanto que se incrementó el número de acciones valiosas y se mostró capaz de actuar en direcciones de valor incluso en aquellos momentos en los que experimentaba mayor ansiedad asociada a sus síntomas psicóticos. Además, se halló una reducción de los síntomas depresivos, de los niveles de angustia y de la intensidad de los delirios paranoides, explicada por un descenso de la angustia asociada a dichos pensamientos.

El último de los estudios de caso recogidos en esta revisión es el publicado por Fernández, Fombellida y Montero (2014), el cual muestra la intervención de un caso de esquizofrenia con predominio de la sintomatología negativa abordada desde la Terapia de Activación Conductual (TAC) con componentes de ACT. El paciente es un estudiante universitario de 25 años, con un buen nivel sociocultural y con buen apoyo familiar y social. Debido a la escasa eficacia que había presentado el tratamiento farmacológico para reducir sus síntomas negativos fue derivado a Hospital de Día, contexto en el que recibió sesiones semanales de 35 minutos durante seis semanas. Los resultados mostraron una reducción de la sintomatología negativa manifestada por una mejora en su capacidad volitiva, una mayor actividad psicomotriz y un descenso del ensimismamiento, de las preocupaciones somáticas y

de los pensamientos inusuales. En relación a los componentes más relevantes de ACT empleados en esta intervención, es destacado por los autores la formulación de metas en direcciones de valor.

### **Otros estudios**

Además de los estudios anteriormente presentados, se han publicado otras investigaciones atendiendo a diversas temáticas. Entre ellas se encuentra la realizada por Gillingham y Dulin (2005), quienes estudiaron la eficacia de un tratamiento orientado a la reducción de la angustia y de la severidad de los síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos con rasgos psicóticos. Dicho tratamiento recibe el nombre Terapia de Exposición a las Virtudes de Vivir Existencias Valiosas (Terapia EVoLVE) y se caracteriza por combinar técnicas de TCC y de ACT. Siete de los ocho pacientes que formaban la muestra finalizaron la intervención basada en diez sesiones de Terapia EVoLVE, así como dos semanas de línea base y un seguimiento de cinco semanas. Los resultados obtenidos apoyaron la eficacia de la intervención, hallándose una reducción destacable de la ansiedad y de los síntomas depresivos, una mejoría en la calidad de vida y, en general, de todos los síntomas psiquiátricos. Además, se encontró un decremento de los sentimientos negativos y un ligero incremento de los positivos.

Otro estudio es el anteriormente mencionado y realizado por Gaudiano et al. (2013), en el que se desarrollo y puso a prueba por primera vez la ADAPT como tratamiento para la depresión mayor con síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones). En este estudio predecesor al estudio piloto de Gaudiano et al. (2015), los catorce pacientes que constituían la muestra recibieron una media de 21 sesiones de ADAPT durante seis meses, siendo evaluados en la línea base, en el primer mes de tratamiento, a los tres meses del inicio del tratamiento, en el post-tratamiento (seis meses después de la línea base) y en el seguimiento de tres meses. Los pacientes presentaron mejoría a lo largo del tiempo en diversas medidas, hallándose una reducción notoria en síntomas depresivos y psicóticos que se mantuvo durante el seguimiento. Así mismo, los pacientes presentaron mejoras significativas en relación a su funcionamiento psicosocial y una amplia mayoría de los pacientes mostró cambios clínicamente significativos. ADAPT también produjo cambios en diversos procesos como flexibilidad psicológica, vivir en direcciones de valor, activación conductual y mindfulness.

Posteriormente, Bacon, Farhall y Fossey (2014) realizaron un estudio cualitativo con el propósito de profundizar en la visión de ACT desde la perspectiva de los pacientes con sintomatología psicótica. Con esta finalidad, la investigación se focalizó en la descripción y comprensión de los seis procesos centrales de ACT por parte de los pacientes, así como de cuáles de estos procesos y otros componentes no específicos de la terapia eran considerados útiles. Esta investigación estuvo incrustada en el estudio controlado aleatorizado Lifengage (Farhall et al., 2010; Shawyer et al., 2017; Thomas et al., 2014), del cual se reclutó a nueve de los paciente que habían recibido las ocho sesiones de ACT y se les administró una entrevista semiestructurada a cada uno ellos antes de concluir un período de tres semanas tras la finalización del tratamiento. Las transcripciones de las entrevistas fueron analizadas con el propósito de identificar y clasificar los distintos temas. Los resultados muestran que todos los sujetos consideraron útil la terapia y que, por lo general, la recomendaban. Sin embargo, no estuvo exenta de algunas críticas. Algunos pacientes reportaron dificultades para comprender algunos ejercicios y otros presentaban una visión ambivalente de la terapia en cuanto a su utilidad. Los procesos de ACT que fueron identificados como útiles fueron los valores (n=5), para dotar de dirección y significado; mindfulness (n=8), para distraer la atención, calmarse y relajarse; defusión (n=6), para reducir la angustia generada por pensamientos y alucinaciones auditivas; y aceptación (n=2), acentuando la reducción de la angustia al dejar de luchar contra los síntomas. Los cambios atribuidos a ACT fueron los de continuar actuando a pesar de los síntomas, el cambio de perspectiva en las metacogniciones, la reducción e impacto de los síntomas y los cambios conductuales en la vida diaria. Así mismo, algunos pacientes identificaron el trato y la actitud no crítica del terapeuta como componente útil no específico de la terapia. Finalmente, los autores resaltan la coherencia existente entre los resultados obtenidos y la teoría subyacente.

Por otro lado, White et al. (2015) resaltan la necesidad de intervenciones psicosociales eficaces para el tratamiento de aquellos aspectos emocionales disfuncionales que surgen en el contexto de la psicosis. Con fin de explorar la utilidad de la ACT en esta cuestión, estos autores dirigieron una investigación tomando como sujetos una submuestra del estudio controlado aleatorizado realizado por White et al. (2011). Catorce de los participantes de White et al. (2011) cumplieron el requisito de presentar niveles clínicamente relevantes de depresión en la línea base, de los cuales ocho fueron asignados aleatoriamente a la condición ACT y seis a la condición TAU. Se realizaron análisis post-hoc para determinar si se habían producido cambios clínicamente significativos entre las evaluaciones de la línea base y las

Tabla 2:

*Resumen de los estudios revisados en orden de presentación*

Autores, año	N	Intervención (sesiones; n)	Principales resultados
Bach y Hayes, 2002	80	ACT (4; n=40)/ TAU (n= 40)	Reducción del 50% en la tasa de rehospitalización a los 4 meses y reducción de la credibilidad de los delirios y alucinaciones.
Bach et al., 2012	80	ACT (4; n=40)/ TAU (n= 40)	Mantenimiento de la menor tasa de rehospitalización hallada por Bach y Hayes (2002) en un seguimiento a los 12 meses.
Gaudiano y Herbert, 2006	40	ACT (3; n=19)/ ETAU (n= 21)	Reducción del 38% en la tasa de rehospitalización a los 4 meses. Mejoría en síntomas afectivos, en funcionamiento social y en mejoría global. Descenso de la ansiedad originada por las alucinaciones, asociado a la disminución de la credibilidad de las alucinaciones.
Bach et al., 2013	120	ACT (n=59)/ Control (n=61)	Confirmación de la capacidad de ACT para reducir las rehospitalizaciones, mostrándose asociada a la disminución de la credibilidad en los síntomas psicóticos.
White et al., 2011	27	ACT (10; n =13)/ TAU (n=13)	Disminución de los síntomas negativos y de la frecuencia de las crisis. Mayor número de pacientes en los que cesó la sintomatología depresiva.
Shawyer et al., 2012	43	TORCH (15; n=21)/ Befriending (15; n=22)	No se hallaron diferencias destacables entre grupos, pero ambos tratamientos presentaron mejores resultados que la condición de ausencia de tratamiento.
Gaudiano et al., 2015	13	ADAPT (16; n=6)/ EAM (n=7)	Mejoría en los síntomas depresivos, reducción de la evitación experiencial y mejor funcionamiento psicosocial.

Tabla 2 (continuación):

*Resumen de los estudios revisados en orden de presentación*

Boden et al., 2016	18	ACT (4; n=12)/ TAU (n=6)	Se destacó como fortaleza de ACT el beneficio de centrarse en los valores, mientras que se señaló la dificultad de su comprensión en algunos pacientes psicóticos.
Shawyer et al., 2017	96	ACT (8; n=49)/ Befriending (8; n=47)	Mayor número de pacientes con mejoría clínicamente significativa en sintomatología positiva. Ausencia de impacto sintomatología negativa. Mayor descenso de la angustia asociada a las alucinaciones en comparación con el grupo control, pero menor disminución de la angustia asociada a los delirios.
Tyrberg et al., 2017	22	ACT (2; n=12)/ TAU (n=10)	Menor porcentaje de rehospitalizaciones (9% en ACT frente al 40% en TAU), pero sin alcanzar la significancia estadística.
García y Pérez, 2001	1	ACT (18)	Disminución de la frecuencia de las alucinaciones. Reducción del 40% de la medicación en el postratamiento, produciéndose una recaída a los tres meses.
Hernández et al., 2003	1	ACT+FAP (19)	Incremento de las acciones en direcciones de valor y disminución de las alucinaciones auditivas reportadas.
Pankey y Hayes, 2003	1	ACT (4)	Mejoría en las conductas desadaptativas, reducción de la angustia causada por las alucinaciones y descenso de la credibilidad y angustia asociada a algunos delirios.
García et al., 2004	1	ACT (23)	Disminución de los delirio referidos en sesión y aumento de las acciones en direcciones de valor.
Veiga et al., 2008	1	ACT (15)	Reducción de los delirios, de las conductas de evitación y del impacto de las alucinaciones. Aumento de las acciones valiosas y crecimiento de la red social.

Tabla 2 (continuación):

*Resumen de los estudios revisados en orden de presentación*

Baruch et al., 2009	1	ACT+FAP (37)	Disminución de la depresión y la angustia, tendencia de mejora a nivel social y reducción de la frecuencia de los síntomas psicóticos.
García y Pérez, 2010	1	ACT (40 aproximadamente)	Incremento de la actividad del paciente y del número de acciones en direcciones de valor.
Bloy et al., 2011	1	ACT (27)	Aumento de las acciones valiosas. Reducción de la depresión, de la angustia y de la intensidad de los delirios.
Fernández et al., 2014	1	TAC+ACT (6)	Reducción de la sintomatología negativa.
Gillingham y Dulin, 2005	8	EVOLVE (10)	Reducción de la ansiedad, de los síntomas depresivos y de los sentimientos negativos. Mejora de la calidad de vida y de los síntomas psiquiátricos.
Gaudio et al., 2013	14	ADAPT (21)	Mejoría en síntomas depresivos, en síntomas psicóticos y en funcionamiento psicosocial.
Bacon et al., 2014	9	ACT (8)	Todos los sujetos consideraron útil la terapia y la recomendaban. Algunos pacientes criticaron la dificultad para comprender algunos ejercicios.
White et al., 2015	14	ACT (10; n=8)/ TAU (n=6)	Mayor proporción de pacientes en la condición ACT que alcanzaron una reducción clínicamente significativa de los síntomas depresivos.
Johns et al., 2016	89	ACT en grupo (4)	Alto grado de satisfacción y mejoría en el nivel de funcionamiento y estado de ánimo.

realizadas tres meses después de la línea base. Aunque no se hallaron diferencias clínicamente significativas entre grupos en cuanto a la reducción de la ansiedad, de la inflexibilidad psicológica, de los síntomas positivos y negativos y del nivel general de psicopatología, los resultados sí mostraron diferencias en la proporción de pacientes que alcanzaron una reducción clínicamente significativa de la sintomatología depresiva, siendo quince veces más probable para los pacientes en ACT alcanzar dicha reducción. Sin embargo, este estudio presentó ciertas limitaciones asociadas al reducido número de pacientes, al hecho de que fuese el mismo terapeuta quien administrase la terapia a todos los pacientes en ACT y, más allá, al hecho de que la asignación aleatoria de los pacientes a los grupos no tuvo en cuenta posibles sesgos en tanto que fue realizada en el contexto de un estudio mayor.

Finalmente, Johns et al. (2016) realizaron recientemente un estudio preliminar en el que se evaluaba la viabilidad y aceptación de la ACT realizada en un formato grupal en pacientes psicóticos, siendo esta la primera investigación que evalúa formalmente la ACT en grupo en esta población. Las distintas medidas fueron tomadas en la línea base, en la que se realizaron dos evaluaciones con una separación de cuatro semanas, en el postratamiento y en el seguimiento a las doce semanas. De los 89 pacientes que constituían inicialmente la muestra, 69 de ellos completaron la intervención de cuatro sesiones semanales de dos horas, los cuales estuvieron repartidos en trece grupos de entre cuatro y ocho pacientes. Los resultados hallados muestran un alto grado de satisfacción en los pacientes y una mejoría estadísticamente significativa en la interferencia con el funcionamiento y en el estado de ánimo, con un tamaño del efecto en el seguimiento entre pequeño y mediano. Los autores resaltan el potencial de la ACT en formato de grupo destacando su utilidad y fácil accesibilidad como tratamiento para estos pacientes.

## **DISCUSIÓN**

En la presente revisión se han abarcado diversas publicaciones de ACT aplicada a los trastornos del espectro psicótico hasta la actualidad, recogiendo estudios controlados aleatorizados, estudios de caso y otros estudios con capacidad de aportar evidencia empírica. ACT defiende un enfoque que rompe con los intentos de control y reducción de los síntomas en los que se han focalizado otras psicoterapias, en favor de la aceptación de las experiencias molestas y la movilización de la conducta del paciente

en direcciones de valor pues, a pesar de que esto pudiese generar angustia o ansiedad inicialmente, estas acciones tienen un efecto enriquecedor en la vida del paciente a medio y largo plazo. Esto es así en tanto que supone abandonar el patrón de evitación experiencial previo que acababa limitando la vida del paciente de forma paradójica a sus intenciones.

Son varios los aspectos en los cuales la ACT ha mostrado ser de utilidad en el tratamiento de los pacientes con síntomas psicóticos. Entre estos sobresale la capacidad de la terapia para incrementar el número de acciones orientadas a los valores en estos pacientes, un hecho que ha sido reportado en diversas publicaciones y que generalmente supone el enriquecimiento de la persona en distintos ámbitos como el social, familiar o laboral (Bloy et al., 2011; García et al., 2004; García y Pérez, 2010; Hernández et al., 2003; Veiga et al., 2008). Además, estrechamente relacionado con esto se hallaría la capacidad de ACT para favorecer la mejoría de las relaciones sociales de los pacientes y, en general, de su funcionamiento social (Baruch et al., 2009; Gaudiano et al., 2015; Gaudiano y Herbert, 2006; Hernández et al., 2003; Veiga et al., 2008).

Entre otros de los hallazgos a favor de la eficacia de esta terapia, varios de los estudios realizados en pacientes psicóticos hospitalizados han mostrado la utilidad de la ACT para reducir las tasas de rehospitalización por medio de intervenciones flexibles y breves de entre dos y cuatro sesiones de media según el estudio (Bach et al., 2013; Bach y Hayes, 2002; Gaudiano y Herbert, 2006; Tyrberg et al., 2017). Así mismo, se ha mostrado que este descenso en la probabilidad de rehospitalización tiene un efecto prolongado en el tiempo a pesar de la brevedad de la intervención (Bach et al. 2012) y que esta reducción correlaciona con la disminución de la credibilidad de la sintomatología psicótica (Bach et al., 2013). Sin embargo, aunque estas intervenciones breves de ACT se han presentado eficaces para el tratamiento de las alucinaciones auditivas, su eficacia en el tratamiento de los delirios no ha sido tan satisfactorio, sugiriéndose que el tiempo de intervención requerido para la sintomatología delirante ha de ser mayor (Bach y Hayes, 2002). A favor de esta sugerencia, algunos de los estudios de caso recogidos en esta revisión muestran la utilidad de ACT para el abordaje de los delirios en pacientes no institucionalizados por medio de intervenciones de mayor duración a las realizadas en el contexto de las unidades de hospitalización (v. g., Bloy et al., 2011; García et al., 2004; Veiga et al., 2008).

La sintomatología negativa también ha sido abordada desde la ACT en distintas investigaciones, aunque en menor medida que en el caso de la sintomatología positiva. A pesar de esto, los síntomas negativos suponen una condición limitante para el paciente que está asociada con menores tasas de recuperación y resultados pobres a largo plazo (Strauss, Harrow, Grossman y Rosen, 2010). Ciertos estudios han mostrado que la ACT puede ser de utilidad para el tratamiento de los síntomas negativos en pacientes psicóticos (Fernández et al., 2014; García y Pérez, 2010; White et al., 2011). Pero a pesar de esto, no todos los estudios han hallado esta mejoría en la sintomatología negativa de los pacientes (v.g., Shawyer et al., 2017), de modo que aún sigue siendo preciso un mayor número de investigaciones que aporten resultados concluyentes al respecto y que corroboren su eficacia.

Al igual que los síntomas negativos, la depresión ha sido asociada con menor bienestar en pacientes psicóticos (Strauss, Sandt, Catalano y Allen, 2012), siendo un aspecto relevante en tanto que se estima que la comorbilidad de la depresión en pacientes esquizofrénicos puede alcanzar el 50% de los casos (Buckley, Miller, Lehrer y Castle, 2009). Una parte de los estudios que se han realizado sobre la ACT en psicosis han estado centrado en las disfunciones emocionales que aparecen en el contexto de los síntomas psicóticos (Gaudiano et al., 2015; Gaudiano et al., 2013; White et al., 2011; White et al., 2015) y, si bien la ACT es considerada como una terapia empíricamente validada para el tratamiento de la depresión (Society of Clinical Psychology, n.d.-b), los resultados de estos estudios apunta además a la eficacia de la ACT a la hora de reducir la depresión específicamente en aquellos pacientes que presentan síntomas de la esfera psicótica. Asimismo, esta terapia ha mostrado ser eficaz para reducir la angustia y ansiedad generada por los síntomas psicóticos en varios estudios (Bacon et al., 2014; Baruch et al., 2009; Bloy et al., 2011; Gaudiano y Herbert, 2006; Gillingham y Dulin, 2005; Pankey y Hayes, 2003; Veiga et al., 2008).

Por otro lado, aunque la gran mayoría de los estudios recopilados han administrado la ACT en un formato individual, hay ciertas evidencias a favor de la utilidad de la administración de ACT en formato grupal. Siguiendo a Butler et al. (2016), la ACT en grupo se enfoca esencialmente en ayudar a los pacientes psicóticos a plantearse actividades en direcciones valiosas y en hacer más eficaz el modo en que el paciente gestiona la angustia originada por sus síntomas. La posibilidad de realizar la

administración de la ACT en un formato grupal posee ventajas más allá del beneficio relativo a la mejora de la condición psicopatológica del paciente, pues además permitiría abaratar los costes del tratamiento tanto para el paciente como para las instituciones. Este sería un punto a tener en cuenta dado el coste que suponen la atención y cuidados para los pacientes con trastornos psicóticos.

A pesar de todos los beneficios señalados anteriormente para la ACT en el campo de la psicosis, ciertas debilidades han sido apuntadas a la hora de llevar a cabo su aplicación en pacientes con trastornos psicóticos. Aunque Pankey y Hayes (2003) ya ilustraron la posibilidad de intervenir eficientemente desde la ACT incluso en pacientes psicóticos con retraso mental leve, varios estudios señalan las dificultades de comprensión de los ejercicios y metáforas usadas habitualmente en la ACT como uno de los principales problemas en pacientes psicóticos (Bacon et al., 2014; Boden et al., 2016). En este sentido, Pankey y Hayes (2003) subrayan la utilidad de adaptar la terapia a los pacientes psicóticos mediante la realización de intervenciones más concretas, simples y experienciales.

Finalmente, más allá de las dificultades relativas a administración de la ACT en psicosis, es preciso mencionar las limitaciones que han mostrado las investigaciones de la ACT en este campo. Hasta la fecha, un número considerable de estudios de la ACT aplicada a los síntomas psicóticos han sido publicados, permitiendo su consideración como terapia empíricamente validada para psicosis. Sin embargo, el grado de apoyo en la investigación es tan solo moderado, hallándose resultados no del todo satisfactorios en algunos estudios (v.g., Shawyer et al., 2012; Shawyer et al., 2017). Así mismo, muchos de los estudios publicados hasta el momento son estudios piloto con muestras de reducido tamaño, lo cual limita la capacidad de los mismos a la hora de extraer conclusiones. Por otro lado, en algunos de los estudios recopilados en esta revisión no se administró la ACT de forma aislada, sino en combinación con otras terapias como la TCC (Gillingham y Dulin, 2005; Shawyer et al., 2012), la FAP (Baruch et al., 2009; Hernández et al., 2003) o la TAC (Fernández et al., 2014; Gaudiano et al., 2015; Gaudiano et al., 2013), lo cual podría llegar a cuestionar el grado en que los resultados de estos estudios son atribuibles a los componentes de la ACT. En definitiva, a pesar de las diferentes limitaciones observadas, la ACT sigue presentándose como una terapia prometedora para el tratamiento de los trastornos de la esfera psicótica tanto en

pacientes institucionalizados como en ambulatorios, aunque aún sigue siendo necesario la realización de nuevas investigaciones que solventen las deficiencias de los estudios anteriores y aporten nuevas evidencias.

## CONCLUSIÓN

La ACT es una terapia empíricamente validada para el tratamiento de la psicosis, aunque con un apoyo solo moderado en la investigación. Esta terapia se caracteriza por su focalización en la aceptación de aquellos eventos privados que resultan molestos y de los cuales el individuo tiende a huir o evitar, así como en el fomento de las conductas del individuo que estén dirigidas hacia aquellas direcciones que son valiosas para el mismo y que contrastan con los patrones de evitación conductual. Varios estudios han mostrado resultados satisfactorios en pacientes psicóticos tanto hospitalizados como ambulatorios, hallándose entre estos la reducción en la tasa de rehospitalizaciones, el incremento de conductas en direcciones de valor, la disminución de la sintomatología negativa o su utilidad en el tratamiento de síntomas depresivos en pacientes psicóticos, entre otros. Sin embargo, la dificultad de los pacientes para comprender algunos aspectos de la terapia ha sido señalada como uno de los problemas de la aplicación de la ACT en psicosis. A pesar del constante aumento de las publicaciones, es destacable el hecho de que algunos de los estudios controlados aleatorizados no han mostrado resultados del todo satisfactorios y que buena parte de los estudios se trata de ensayos piloto con muestras reducidas. En este sentido, la realización estudios futuros que exploren las debilidades presentadas por la ACT y que superen las limitaciones de estudios anteriores estaría justificada en pos de una evidencia empírica más sólida.

## REFERENCIAS

- Bach, P., Gaudiano, B. A., Hayes, S. C. y Herbert, J. D. (2013). Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5 (2), 166-174. doi: 10.1080/17522439.2012.671349
- Bach, P. y Hayes, S. C. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1129-1139. doi: 10.1037//0022-006X.70.5.1129

- Bach, P., Hayes, S. C. y Gallop, R. (2012). Long-Term Effects of Brief Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *Behavior Modification*, 36 (2), 165-181. doi: 10.1177/0145445511427193
- Bacon, T., Farhall, J. y Fossey, E. (2014). The Active Therapeutic Processes of Acceptance and Commitment Therapy for Persistent Symptoms of Psychosis: Clients' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42 (4), 402-420. doi: 10.1017/S1352465813000209
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M. y Juskievicz, K. L (2009). Enhancing the Therapy Relationship in Acceptance and Commitment Therapy for Psychotic Symptoms. *Clinical Case Studies*, 8 (3), 241-257. doi: 10.1177/1534650109334818
- Bloy, S., Oliver, J. E. y Morris E. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy with people with psychosis: a case study. *Clinical Case Studies*, 10 (5), 347-359. doi: 10.1177/1534650111420863
- Boden, M. T., Gaudiano, B. A., Walser, R. D., Timko, C., Faustman, W., Yasmin, S., ... McCarthy, J.F. (2016). Feasibility and challenges of inpatient psychotherapy for psychosis: lessons learned from a veterans health administration pilot randomized controlled trial. *BMC Research Notes*, 9 (1), 376-380. doi: 10.1186/s13104-016-2179-z
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S. y Castle, D. J. (2009). Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (2), 383-402. doi: 10.1093/schbul/sbn135
- Butler, L., Johns, L. C., Byrne, M., Joseph, C., O'Donoghue, E., Jolley, S., ... Oliver, J. E. (2016). Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5 (1), 33-38. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.12.001
- Caspi, A., Davidson, M. y Tamminga, C. A. (2004). Treatment refractory schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 6 (1), 61-70.

- Farhall, J., Shawyer, F., Thomas, N. y Morris, E. (2010). *Premature Excitement or Promising Directions? The application of Acceptance and Commitment Therapy to persisting psychotic symptoms*. Proceedings of the 19th Annual Health Services Conference of Australia and New Zealand, Perth, 2009. The MHS Conference Inc. Sydney Australia.
- Fernández, L. C., Fombellida, C. y Montero, C. (2014). Terapia de activación conductual para síntomas negativos de la esquizofrenia: a propósito de un caso. *Norte de Salud Mental*, 12 (49), 76-81.
- García, J. M., Luciano, M. C., Hernández, M. y Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16 (1), 117-124.
- García, J. M. y Pérez, M. (2001). ACT como tratamiento de los síntomas psicóticos: el caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27 (113), 455-472.
- García, J. M. y Pérez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el campo de los síntomas psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (2), 379-393.
- García, J. M. y Pérez, M. (2010). Exposition in existential terms of a case of "negative schizophrenia" approached by means of Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, 3 (1). Recuperado de <http://journal.existentialpsychology.org/index.php/ExPsy/article/view/128>
- García, J. M. y Pérez, M. (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42 (165-166), 99-119.
- García, J. M., Pérez, M. y Cangas, A. (2006). Aproximaciones al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la Aceptación. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 293-307.

- Gaudiano, B. A., Busch, A. W., Wenzel, S.J., Nowlan, K., Epstein, G. y 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
- Gaudiano, B. A. y Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437. doi: 10.1016/j.brat.2005.02.007
- Gaudiano, B. A., Nowlan, K., Brown, L. A., Epstein, G. y Miller, I. W. (2013). An open trial of a new acceptance-based behavioral treatment for major depression with psychotic features. *Behavior Modification*, 37 (3), 324-355. doi: 10.1177/0145445512465173
- Gillingham, R. y Dulin, P. L. (2005). Alleviating Distress Associated With Psychotic-Type Disorders With a 10-Session, Manualised Combination of CBT and ACT in New Zealand. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 11 (5), 103-114. doi: 10.1017/S1323892200000065
- Godoy, J.F., Godoy-Izquierdo, D. y Vázquez, M. L. (2011). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En V. Caballo, I. C. Salazar y J.A. Carrobbles, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, pp. 363-393. Madrid: Pirámide.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E.V., Follette, V. M. y Stroschal, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavior Disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hernández, M., García, J. M., Luciano, M. C., y Gómez, I. (2003). ACT como Tratamiento Depsicologizador: Ejemplificación en un caso de Esquizofrenia en la Adolescencia. En A. J. Cangas y J. Gil, *Avances en la Etiología y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Esquizofrénico* (pp. 150-156). Granada: Ediciones Némesis.

- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., ... Morris, E. M. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *50*, 257-263. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.10.001
- Organización Mundial de la Salud (2016). Esquizofrenia. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Pankey, J. y Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychological Therapy*, *3* (2), 311-328.
- 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
- Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S. C., Gallop, R., Copolov, D. y Castle, D. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *210* (2), 140-148. doi: 10.1192/bjp.bp.116.182865
- Society of Clinical Psychology. (n.d.-a). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. Recuperado de <https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-psychosis/>
- Society of Clinical Psychology. (n.d.-b). Acceptance and commitment therapy for depression. Recuperado de <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-depression/>
- Strauss, G. P., Harrow, M., Grossman, L. S. y Rosen C. (2010). Periods of Recovery in Deficit Syndrome Schizophrenia: A 20-Year Multi-follow-up Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, *36* (4), 788-799. doi:10.1093/schbul/sbn167
- Strauss, G. P., Sandt, A. R., Catalano, L. T. y Allen, D. N. (2012). Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with

schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (8), 1137-1144. doi:10.1016/j.comppsy.2012.05.009

Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C. y Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*, 14 (1), 198-208. doi: 10.1186/1471-244X-14-198

Tyrberg, M. J., Carlbring, P. y Lundgren, T. (2017). Brief acceptance and commitment therapy for psychotic inpatients: A randomized controlled feasibility trial in Sweden. *Nordic Psychology*, 69 (2), 110-125. doi: 10.1080/19012276.2016.1198271

Veiga, C., Pérez, M. y García, J. M. (2008). Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *Clinical Case Studies*, 7 (2), 118-135. doi: 10.1177/1534650107306291

White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S. y Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (12), 901-907. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.003

White, R. G., Gumley, A. I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., ... Mitchell, G. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for depression following psychosis: An examination of clinically significant change. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4 (3), 203-209. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.06.004

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. y Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for schizophrenia: effects sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (4), 523-537. doi: 10.1093/schbul/sbm114