



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Tratamiento de los trastornos psicóticos desde el enfoque de las terapias de aceptación y compromiso. Una revisión sistemática.

Autora

Ruth Gimeno Del Val

Directora

Ernestina Etchemendy Kasten

Grado en Psicología

2018-2019



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel**  
**Universidad Zaragoza**

**Título:**

Tratamiento de los trastornos psicóticos desde el enfoque de las terapias de aceptación y compromiso. Una revisión sistemática.

**Resumen:**

Esta revisión trata de comprobar la eficacia de las terapias de aceptación y compromiso en población con trastornos psicóticos o síntomas psicóticos. A través de la búsqueda sistemática en las bases de datos de “Pubmed” y “Psycinfo” se obtuvo un total de 33 artículos, de los que se seleccionaron 5 ensayos controlados aleatorizados (ECA). Sus resultados avalan una eficacia para tratar la psicosis a través de las terapias ACT, configurándose como una posible alternativa prometedora en su tratamiento. No obstante, sería necesario probar su evidencia a través de ECAS en investigaciones futuras.

**Palabras clave:**

Psicosis; terapia de aceptación y compromiso (ACT); ensayo controlado aleatorizado (ECA); terapias cognitivo conductuales (TCC); tratamiento.

**Title:**

Treatment of psychotic disorders from the approach of acceptance and commitment therapy. A systematic review.

**Abstract:**

This review aims to test the efficacy of acceptance and commitment therapies in people with psychotic disorders or psychotic symptoms. Systematic searches of the Pubmed and Psycinfo databases was obtained a total of 33 articles, of which five randomised controlled trials (RCTs) were selected. Results support an efficacy to treat psychosis through ACT therapies, configuring itself as a possible promising alternative in its treatment. However, it would be necessary to prove evidence throught ECAs in future research.

**Keywords:**

Psychosis; Acceptance and commitment therapy (ACT); Randomised controlled trial (RCT); cognitive behavioral therapy (CBT); Treatment

## **Introducción**

Según APA (2014), los trastornos psicóticos son un conjunto de trastornos formados por la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se caracterizan por afecciones en uno o más de los dominios que siguen; delirios, discurso y pensamiento desorganizado, alucinaciones, síntomas negativos y comportamiento motor desorganizado. En 2018, tal como apuntan Charlson et al., entre 21 y 23 millones de personas fueron diagnosticadas de esquizofrenia, asociada con una considerable discapacidad a nivel mundial (OMS, 2018). En consecuencia, tal como señalan Pratt y Mueser (2002), los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son afecciones debilitantes y crónicas. No obstante, según la OMS (2018), la esquizofrenia es tratable, siendo eficaces la farmacoterapia y el apoyo psicosocial.

Tradicionalmente, para los enfoques biomédicos, el elemento principal de la investigación y tratamiento de la psicosis, eran los síntomas positivos y la elección biofarmacológica (Lieberman, 1998). Sin embargo, contrariamente al tratamiento biofarmacéutico tradicional, se han evidenciado tratamientos antipsicóticos dañinos o incluso mal tolerados (Furuwaka et al., 2015). Adicionalmente, según autores como Juckel y Morosini (2008) o Lieberman et al. (2005), estos tratamientos no han demostrado ser eficaces en una mejora funcional del paciente.

En consecuencia, la continua prevalencia de síntomas psicóticos a pesar de la aplicación farmacológica, ha generado la necesidad de crear tratamientos complementarios a la medicación. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ofrece como tratamiento complementario para el tratamiento en psicosis, mostrándose como el tratamiento de primera elección que se aplica en pacientes psicóticos, tal como señala Gaudiano (2005). Según Morrison (2017), la TCC consiste en una terapia de conversación que permite reducir la angustia que ocasionan las experiencias psicóticas y por consiguiente, modificar la vinculación existente entre pensamientos, comportamientos y emociones.

La evidencia de ensayos controlados aleatorizados como los de Wykes, Steel, Everitt y Tarrrier (2008) o los de Turner, Van der Gasg, Karyotaki y Cuipers (2014) han mostrado pruebas de eficacia para la TCC, en una reducción de síntomas psicóticos positivos. Se trata del tratamiento psicológico recomendado en guías clínicas (NICE, 2002; NICE, 2010; NICE, 2014) o en el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (2014). Incluso, la TCC es recomendada como prevención en personas con

riesgo de desarrollo de psicosis. (Hutton y Taylor, 2014). No obstante, estudios como los de Jauhar et al. (2014), Lynch, Laws y Mckenna (2010) o Van der Gagg, Vlmaggia y Smith (2014) demuestran que la TCC tiene un tamaño del efecto pequeño sobre los síntomas psicóticos positivos.

De las opciones de tratamiento existentes para la psicosis, se pone de manifiesto una falta de eficacia de su aplicación en los pacientes. Por un lado, en el caso de la farmacoterapia, no se generan mejoras clínicas significativas y aproximadamente el 50% de los pacientes no responden al tratamiento (Owen, Sawa y Mortensen, 2016). Por otro lado, la TCC, que aboga de forma central por la modificación de las creencias, puede ser un proceso lento y difícil incluso para aquellos pacientes susceptibles a la reestructuración cognitiva (Cather, Penn, Otto y Goff, 2004).

Las terapias ACT se brindan como posible tratamiento alternativo que ayude a solventar las debilidades que se vislumbran en los tratamientos aplicados en pacientes con psicosis. Como señala la Society Clinical Psychology (2018), las terapias ACT, son empíricamente apoyadas para un gran abanico de convalencias psiquiátricas, incluyendo la psicosis, destacándose una mejora significativa en la funcionalidad de los pacientes psicóticos con motivo de la aplicación de ACT, tal como demuestran Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rosell y Thomas (2018).

Según Webster (2018), ACT pertenece a las terapias de tercera generación de la terapia conductual. Los objetivos generales que persigue ACT son conseguir una mayor flexibilidad psicológica, y por ende, mayor resistentencia a la angustia y mayor aceptación de experiencias emocionales. (Villatte et al., 2016). Estos modelos actuales, han hecho hincapié en cómo se relacionan psicológicamente los pacientes con sus síntomas. A diferencia de la TCC, ACT no se centra en la eliminación de síntomas, sino en el cambio de función de las respuestas ante eventos privados internos. (Hayes, 2004; Pankey y Hayes, 2003).

Desde ACT, la relación que se establece entre pacientes y síntomas puede ser, ya sea por aceptación experiencial o por evitación experiencial (Gaudiano, Herbert, y Hayes, 2010), siendo los estilos evitativos considerablemente estudiados como estrategia de afrontamiento en los trastornos psicóticos (Lincoln, Hartmann, Köther y Moritz, 2015), pues la evitación experiencial es un importante factor explicativo de vulnerabilidad ante los delirios (Goldstone, Farhall, y Ong, 2011).

Desde el modelo de ACT, es la evitación experiencial aquella que contribuye a una inflexibilidad psicológica; consistente en alterar aquellas experiencias internas que

la persona no quiere permanecer en contacto con ellas, ya sean pensamientos, emociones, sensaciones, imágenes o recuerdos. (Hayes et al, 2004). Esto genera, según Hayes y Smith (2005), la incapacidad de las personas para erigir un comportamiento deseable y acorde con sus valores personales.

Para Hacker, Stone y Macbeth (2016), ACT podría contribuir a reducir las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación experiencial promoviendo una mayor flexibilidad psicológica. Esta flexibilidad se alcanza a través de la atención plena. Empíricamente ha sido demostrada esta relación entre atención plena y flexibilidad psicológica por autores como Baer, Smith y Allen, 2004; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006 y Hayes et al., 2004. Según Wilson, Bordieri, Maureen, Lucas y Slater (2011), la atención plena en ACT consta de cuatro procesos: Momento presente, aceptación, defusión y yo como contexto. Adicionalmente, desde ACT se desarrollan unos objetivos de comportamiento basados en unos valores personales (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012). Este compromiso con la acción, está relacionado con un mejor funcionamiento social adaptativo y mayor vitalidad (McCracken, 2013), además de con un bienestar psicológico, social y emocional (Kraiss, 2014).

Acerca de la evidencia existente sobre la aplicación de ACT en pacientes que padecen trastornos psicóticos; el ensayo controlado aleatorizado de Bach y Hayes (2002) relacionó ACT con la reducción de credibilidad de los síntomas, reducción en la evitación y de las hospitalizaciones tras un seguimiento de cuatro meses. De igual forma, Gaudio y Herbert (2006), hallaron una reducción al 50% de rehospitalizaciones en comparación con los sujetos control, además de una mejora en el funcionamiento social. Además, en el ensayo de White et al (2011), se asoció ACT con una mejoría en la sintomatología psicótica negativa. Finalmente, en 2015, Gaudio et al. reportaron una mejora en la depresión de las personas con psicosis así como una mejora en el funcionamiento psicosocial. También asociaron una reducción de la evitación experiencial.

Contrariamente, Shawyer et al. (2012), no encontraron ninguna diferencia significativa en efectos para ACT en reducción de angustia, mayor calidad de vida, cambios en la gravedad de la enfermedad o en la mejora del funcionamiento.

Por último, en relación a intervenciones grupales, en 2012, Khoury y Lecomte mostraron una mejora en la experiencia subjetiva de padecer una enfermedad psicótica, mediante sesiones de ACT grupal. Del mismo modo, Johns et al. (2015) demostraron un

aumento en el estado de ánimo y mejor funcionamiento desde el comienzo del seguimiento en intervenciones grupales con ACT.

Por consiguiente, existe evidencia de que ACT es una terapia de utilidad en pacientes que padecen una psicopatología psicótica. Sin embargo, existen estudios que no apoyan esta estimación, como se ha mencionado anteriormente. En consecuencia, la necesidad de clarificar qué estudios existen y qué se sabe de la aplicación de ACT en pacientes con trastornos psicótico, se plantea la realización de una revisión sistemática, cuyo objetivo es elaborar una síntesis crítica que permita descubrir tanto fortalezas como debilidades además de líneas futuras de investigación en este grupo de población.

## **Método**

El procedimiento para la realización de la siguiente revisión sistemática se divide en las siguientes fases: Búsqueda, análisis y posterior selección de los estudios. En la “Figura 1” queda reflejado este proceso.

### **Estrategias de búsqueda**

#### ***1ª Fase: Búsqueda sistemática***

Para la búsqueda sistemática de literatura científica, fueron empleadas dos bases de datos. En Pubmed, la búsqueda se llevó a cabo el 2 de abril de 2019 a las 19:05. Las palabras claves utilizadas fueron “Acceptance and commitment therapy and psychosis”, con el filtro “clinical trials”. En Psycinfo, la búsqueda se realizó de igual modo, el 2 de abril de 2019, a las 20:07, empleando las palabras clave “Acceptance and commitment therapy and psychosis”. Los filtros empleados fueron “artículos” además de “revistas científicas”. En ambos casos se utilizó el filtro de idioma: Español e Inglés.

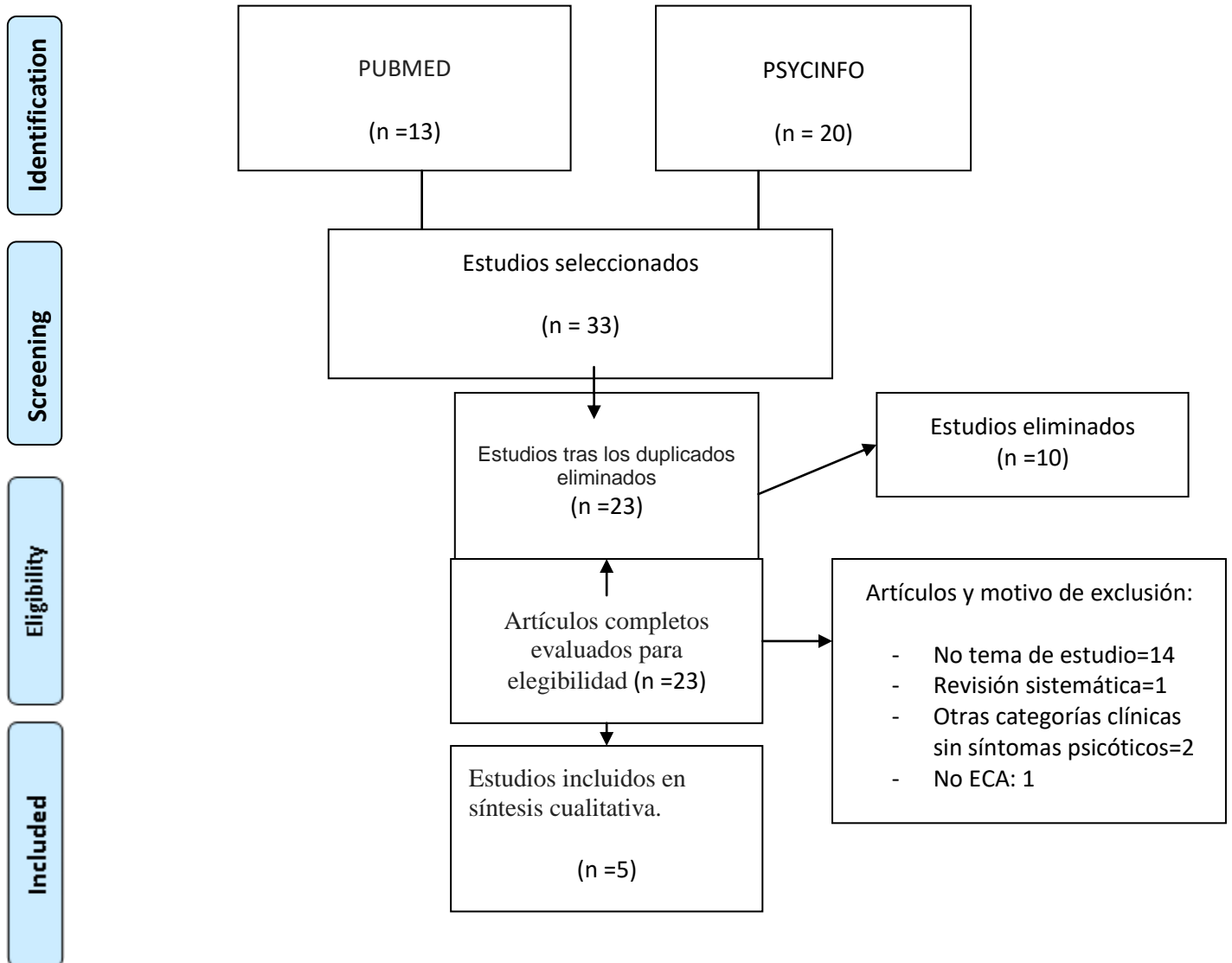


Figura 1. Diagrama de flujo

Un total de 33 artículos fueron identificados. Se registraron en Microsoft Word, donde se introdujeron datos identificativos como los que siguen: título, autor/autores, además de motivo de exclusión.

### **Análisis de los estudios**

#### ***2ª Fase: Identificación y cribado***

Se descartaron aquellos artículos que no cumpliesen con los criterios de inclusión y exclusión. (“Tabla 1”). Para ello, se hizo una lectura del título y resumen de

cada uno de los 33 artículos disponibles. Tras este procedimiento, fueron 8 los estudios a incluir.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Ensayos controlados aleatorizados	- No estudios de caso, revisiones ni metanálisis
- Ensayos que revelen usos de ACT en trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	- No tema de estudio
- Se incluirán trastornos de otras categorías clínicas que compartan síntomas psicóticos y revelen usos de las terapias ACT en su tratamiento.	- Documento duplicado
- Inglés y castellano	- Trastornos no pertenecientes al espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y no compartan síntomas psicóticos

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

### ***3ª Fase: Idoneidad e inclusión***

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de cada uno de los 8 artículos seleccionados para la realización de la revisión. Se hizo una lectura de texto completo y seleccionar finalmente aquellos que cumplieren con los criterios de inclusión expuestos en la “tabla 1”.

Este procedimiento de análisis sistemático y cribado permitió eliminar aquellos estudios que no cumplían con los requisitos de nuestra revisión sistemática. Un total de 5 artículos, fueron utilizados finalmente en la siguiente revisión sistemática.

### **Resultados**

Tal y como se ha mencionado, la siguiente revisión arrojó un total de 5 estudios, los cuales se concretan en la “Tabla 2”. Estos estudios, cumplían con los criterios de inclusión y exclusión expuestos con anterioridad.

La siguiente revisión sistemática consta de un total de 242 participantes, con edades comprendidas entre 16 y 65 años. Los participantes cumplen con un diagnóstico actual de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo como se muestra en los estudios de Shawyer et al. (2016), White et al. (2011) y Gaudiano y Herbert (2006). De igual

manera, en el estudio de Spidel, Lecomte, Kealy y Daigneault (2017), se aceptó una muestra con características diagnósticas actuales de psicosis con historias traumáticas en la infancia. Además, en el estudio de Gumbley et al. (2016) se aceptó una muestra con el diagnóstico de esquizofrenia y de depresión mayor.

Los estudios de la siguiente revisión son estudios controlados aleatorizados (ECA), donde se compara un grupo experimental (GE) y un grupo control (GC). El GE es el grupo al que se aplica la intervención ACT a pacientes psicóticos con las características diagnósticas mencionadas anteriormente. En el caso del estudio de Shawyer et al. (2016), Spidel et al. (2017) y de Gumbley et al. (2016), al GE se le aplica ACT y al GC tratamiento habitual (TAU), consistente en fármacos y psicoterapia. Sin embargo, en el estudio de White et al. (2011) y Gaudiano y Herbert (2006), al GE se le aplica ACT junto a TAU y al GC se le aplica sólo TAU. De igual forma, este tratamiento habitual está formado por farmacología y psicoterapia.

En los diseños de estudio de los siguientes ECA, el número de sesiones varía de un estudio a otro. En el estudio de Shawyer et al. (2016), un total de 8 sesiones de 50 minutos cada una tanto en el GE como en el GC forman el tipo de intervención de este estudio. Igualmente, el estudio llevado a cabo por Spidel et al. (2011), dispone de 8 sesiones. La diferencia radica en la duración de la sesión, donde se amplía a 70-75 minutos. Dos sesiones más, con un total de 10 y una duración de 1 hora completan los grupos de intervención del estudio de White et al. (2011). Un total de 3 sesiones promedio de duración de 1 hora disponen el GE del estudio de Gaudiano y Herbert (2006). En este estudio, el GC, integra el TAU, donde además de farmacología y de intervenciones individuales de psicoterapia, se dispone de participación en terapia grupal y actividades un par de veces al día. Finalmente, es el estudio de Gumbley et al. (2016), el que cuenta con mayor número de sesiones individuales de ACT, con un total de 15 sesiones.

El diseño de estudio de los artículos de esta revisión se completa con medidas de seguimiento que permiten valorar los cambios producidos por el grupo experimental ACT en el tiempo. De entre los estudios seleccionados, todos ellos cumplen con medida de seguimiento una vez en el tiempo. En el caso del estudio llevado a cabo por Shawyer y sus colegas en 2016, cuenta con un seguimiento pasados 6 meses. En el caso de White et al. (2011), las medidas de seguimiento se disponen en el tiempo, tras 3 meses. De igual manera, Spidel et al. (2017) obtuvieron medidas de seguimiento a los 3 meses. Gaudiano y Herbert (2006), llevaron un control de seguimiento a los 4 meses tras la

aplicación de ACT. Finalmente, un seguimiento a los 5 meses lo encontramos en los estudios de Gumbley et al. (2016), en el que se produce también otra evaluación de seguimiento a los 10 meses.

Los estudios utilizados en la siguiente revisión analizan diferentes variables. En los estudios de Shawyer et al. (2016), White et al. (2011) y Gaudiano y Herbert (2006), se evalúa la sintomatología tanto positiva como negativa de los participantes y las experiencias delirantes derivadas de la enfermedad psicótica. No obstante también se tiene en cuenta la angustia asociada a la enfermedad así como el funcionamiento social de los participantes y la ansiedad que estos reportan. La medición de la evitación experiencial también se recoge, puesto que es uno de los pilares fundamentales de las terapias de aceptación y compromiso y por lo cual variable necesaria de precisión al cambio y mejora de los participantes.

Mención aparte merecen dos de los estudios de esta revisión. En el caso del estudio de Spidel et al. (2017); las variables de medida son además de la sintomatología y evaluación psiquiátrica de los síntomas psicóticos, las variables de síntomas de trauma, regulación emocional, así como ansiedad generalizada. En el estudio de Gumbley et al. (2016), también varía alguna de las variables. En este caso, destaca la variable de depresión y la variable de depresión con esquizofrenia. Igualmente, como en el resto, se continúa empleando variables como sintomatología psicótica tanto positiva como negativa además de evitación experiencial.

Los resultados de estos estudios analizados, reflejan distintas potencialidades y debilidades para ACT en el tratamiento de trastornos psicóticos o trastornos que comparten sintomatología psicótica como siguen a continuación.

El objetivo de ACT de reducción de la evitación experiencial y mejora en la flexibilidad psicológica del paciente se cumple en la mayoría de los estudios analizados. Es el estudio de White et al. (2011), donde no se reporta una diferencia significativa en cambios en la evitación por la que aboga ACT. No obstante, en el estudio de Spidel et al. (2017) se produce una mejora en la flexibilidad psicológica que se traduce en un aumento en la búsqueda de ayuda. De igual forma, mejora la flexibilidad psicológica a los 5 meses de seguimiento en el estudio de Gumbley et al. (2006), aunque no se alcanza tal mejoría a los 10 meses de seguimiento.

La sintomatología psicótica positiva se ve mejorada con el tratamiento ACT, tal como muestra el estudio de Shawyer et al. (2016). No obstante, en contraposición, no se produce una reducción de síntomas positivos en el estudio de White et al. (2011). Sin

embargo, en este estudio sí se demuestra una reducción de sintomatología negativa psicótica con el GE ACT, aunque con un aumento de ella en el grupo TAU. No hay diferencias significativas entre grupos en síntomas negativos en el estudio de Gaudiano y Herbert (2006). Es el estudio de Spidel et al. (2017), donde se dispone de evidencia en la disminución de los síntomas, tanto positivos como negativos debido a ACT.

Todos los estudios de esta revisión reportan una mejora en la angustia asociada a la enfermedad psicótica en el grupo de ACT. En el estudio de Shawyer et al. (2016), encontramos una mejora significativa de ACT en angustia tras la medida de seguimiento de 6 meses. De igual forma, tras 3 meses de seguimiento se pasa de estar deprimido a no estarlo en el estudio de White et al. (2011). Gaudiano y Herbert (2006) reflejan una menor angustia relacionada con alucinaciones además de reducirse la credibilidad de estas. La angustia emocional también se ve mejorada en los estudios de Spidel et al. (2017) y de Gumbley et al. (2016), siendo en el estudio de Spidel et al. (2017), donde se aumenta la capacidad de regular reacciones emocionales.

De entre los estudios analizados, la ansiedad es una variable que se ve disminuía en el estudio de Gumbley et al. (2016) y en el estudio de Spidel et al. (2017). Sin embargo, no se obtienen beneficios en ACT comparados con TAU en ansiedad en el estudio de White et al. (2011).

Por otro lado, los contactos en crisis y rehospitalizaciones se ven disminuídos en dos de los estudios expuestos. Por un lado, para White et al. (2011), los contactos en crisis se reducen con la aplicación de ACT. Además, el estudio de Gaudiano y Herbert (2006), muestra un reducción de las rehospitalizaciones de pacientes en crisis para ACT, pasando de un 45% de rehospitalizaciones en el GC al 28% en el grupo ACT.

Por último, en los resultados encontrados en el estudio de Gumbley et al. (2016), se observa un efecto significativo a favor de ACT para depresión. No obstante, esta mejora se reporta en el seguimiento de 5 meses, pero no a los 10 meses. En este sentido, el estudio de White et al. (2011), sí encontró beneficio de ACT para aquellas personas deprimidas que pasaron a no estarlo a los 3 meses de seguimiento.

Autor	Participantes	Tipo de muestra	Escala	Tipo de intervención	Diseño de estudio	Resultados
Shawyer et al. (2016)	N= 96	Personas de 18 a 65 años, con edad media de 36,1, que padecen diagnóstico actual de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, que tengan alucinaciones o delirios asociados con angustia o discapacidad.	Síndrome positivo y negativo: PANSS Síntomas psicóticos: PSYRATS-AH Funcionamiento social: SFS Experiencias delirantes: PDI-21 Estilos de afrontamiento: CSQ Estilos de recuperación: RSQ	ECA de ceguera simple. Se comparan 2 grupos: ACT: 8 sesiones de 50 minutos (semanal o quincenal durante 3 meses) “Befriending” (control): 8 sesiones de 50 minutos (sesiones similares a CBT)	GE:49 GC:47 T1 T2	Grupo ACT resultados significativos en más satisfacción, mejora de los problemas y mejora emocional y mejora significativa en seguimiento comparado con GC. No diferencia significativa de grupos en el total de PANSS. Sí beneficio de ACT en PANSS positivo en seguimiento. Mejoras significativas para ACT en angustia de PSYPATS-AH en seguimiento
White et al. (2011)	N=27	Todos participantes reunieron criterios para un trastorno psicótico. Se excluyeron diagnósticos de discapacidad de aprendizaje, psicosis agudas o síntomas psicóticos por una condición médica general. Gran interés en los contactos en crisis con salud mental durante el tratamiento.	Síndrome positivo y negativo: PANSS Ansiedad: HADS Evitación experiencial: AAQ-II Habilidades de atención plena: KIMS	TAU: Psicofarmacología y o psicoterapia TAU + ACT: 10 sesiones de 1 hora	GE: 14 GC:13 T1 T2	No diferencias significativas entre grupos en cambios en evasión. Grupo ACT pasó de estar deprimido a no estarlo tras 3 meses de segui (HADS). No beneficio de ACT comparado con TAU en ansiedad. Reducción en ACT de contactos en crisis. No dif signi en reducción de síntomas positivos (PANSS positivo). Menos síntomas negativos en ACT que aumentan en TAU.

Autor	Participantes	Tipo de muestra	Escala	Tipo de intervención	Diseño de estudio	Resultados
Gaudiano y Herbert (2006)	N= 40	Personas con criterios para un trastorno psicótico o trastorno esquizoafectivo con síntomas psicóticos que necesitaron hospitalización en base a una evaluación psiquiátrica. Debían tener una hospitalización reciente (semana anterior) o actual. Los participantes se consideraron de “alto riesgo” debido a su severidad y comorbilidad anticipadas.	Evaluación psiquiátrica: BRPS Severidad de la enfermedad: CGI Esquizofrenia: SDS Síntomas psicóticos: Self-rating of psychotic symptoms	TAU: Psicofármacos y psicoterapia (Con medicación estabilizada, participación en terapia de grupo y actividades 2 veces al día y terapia indiv si se podía) ETAU+ACT: ETAU 15 min diarios ACT 1 hora en sesiones individuales (3 sesiones promedio)	GE: 19 GC:21 T1	ACT mejoría mayor que ETAU en postratamiento. 45% re hospitalizaciones ETAU; 28% ACT. No dif entre grupos en síntomas negativos (BRPS) Mejora clínica significativa del 50% en ACT y 7% ETAU. Disminución de frecuencia de alucinaciones en ambos grupos, pero menor angustia relacionada con alucinaciones en ACT además de en credibilidad. Mejora significativa en escala social EDS del grupo ACT comparado con ETAU.
Spidel et al. (2017)	N=50	Personas de 19 a 64 años con psicosis actual y que hubiesen padecido historias traumáticas en la infancia	Regulación emocional: CERQ- Evaluación psiquiátrica: BRPS Ansiedad generalizada: GAD Síntomas trauma: SES	TAU ACT: Cada grupo de 8 participantes; 8 sesiones de 70-75	GE: 30 GC: 20 T1, T2,T3	Disminución de gravedad de síntomas para BPRS y ansiedad (GAD) durante tratamiento en ACT. Aumentó la capacidad de regular reacciones emocionales en ACT. Aumento de la búsqueda de ayuda en ACT, debido a la mejora en flexibilidad

Autor	Participantes	Tipo de muestra	Escala	Tipo de intervención	Diseño de estudio	Resultados
Gumbley et al. (2016)	N=29	Personas de 16 o más edad. Que reciban medicación antipsicótica y seguimiento psiquiátrico. Debían cumplir con los criterios del DSM IV TR para esquizofrenia y depresión mayor. Se incluyeron muestra de personas con problemas de sustancias	Depresión: BDI Habilidades de atención plena: KIMS Evitación experiencial: AAQ-II Síndrome positivo y negativo: PANSS Depresión en esquizofrenia: CDSS	Evaluación aleatoria ciega de ACT para depresión tras psicosis. ACT: 15 sesiones individuales TAU	GE: 15 GC:14 T1, T2	No diferencia significativa entre grupos en la puntuación total de CDSS a los 5 y 10 meses. Efecto significativo con favor de ACTdepre a los 5 meses pero no a los 10. Efecto significativo sobre flexibilidad psicológica a los 5 , pero no a los 10 meses(AAQ disminuida). Efectos sig para PANSS negativo, PANSS desorganización cognitiva, PANSS angustia emocional y PANSS total a los 5 meses.

Tabla 2. Resultados

## **Discusión**

En vista al reciente interés clínico acerca del papel de las terapias ACT en pacientes con trastornos psicóticos, el objetivo de esta revisión sistemática fue elaborar una síntesis de la evidencia que se dispone acerca de la utilidad de las terapias de aceptación y compromiso en este grupo poblacional.

Hasta el momento, la cantidad de ensayos controlados aleatorizados (ECA) dedicados al estudio de la evidencia que aportan las terapias ACT en pacientes con trastornos psicóticos o síntomas psicóticos, son escasos. Sin embargo, en línea con los estudios de Goldstone et al. (2011), la evitación experiencial en la que se basa ACT se trata de un importante factor explicativo de vulnerabilidad ante los delirios. Esto genera la necesidad de elaborar estudios ECA que nos proporcionen evidencia de ACT para el tratamiento de psicosis.

Otro problema a resaltar de los estudios ECA seleccionados para la siguiente revisión, es la diversidad de número de sesiones aplicada en cada situación experimental además de la cantidad de tiempo empleado en cada estudio. El número de sesiones varía desde 15 en el estudio de Gumbley et al. (2016), seguido de 10 sesiones de 1 hora en el estudio de White et al. (2011); hasta 8 sesiones en los estudios de Shawyer et al. (2017) y Spidel et al. (2017) con una duración de entre 50 a 75 minutos respectivamente. El menor número de sesiones se reporta en el estudio de Gaudiano y Herbert (2006) con 3 sesiones de promedio. Convendría elaborar más ECA con las mismas características experimentales que nos permitiese extrapolar resultados y generalizarlos respecto a la eficacia de ACT en psicosis.

Otro aspecto a destacar, es el control de seguimiento en los diseños experimentales de los estudios de esta revisión. De entre los estudios de esta revisión, solo el estudio de Gumbley et al. (2016), ha contemplado la evaluación de seguimiento en dos ocasiones en el tiempo, tanto a los 5 como a los 10 meses. Por ende, sería conveniente utilizar más de una medida de seguimiento que permitiese comprobar si la eficacia de las terapias ACT se mantiene en el tiempo.

Desde ACT, se pone el foco en el cambio de respuestas ante eventos privados internos, promulgando una aceptación experiencial que se identifica con una flexibilidad psicológica y una actuación acorde con unos valores personales. Es por todo ello, que desde ACT no se pretende eliminar el síntoma, tal como abogan las terapias cognitivo conductuales, como señalan Hayes, (2004) y Pankey y Hayes, (2003). En esta

línea, los estudios de White et al. (2011), no muestran evidencia en la reducción de sintomatología positiva. De igual forma, Gaudiano y Herbert (2006) tampoco muestra diferencias significativas entre grupos en la reducción de la sintomatología negativa psicótica. No obstante, el estudio de White et al. (2011), muestra una disminución de la sintomatología negativa, la cual se ve aumentada en el grupo TAU. Resultados similares se reportan en el estudio de Shawyer et al. (2016), donde se encuentra un beneficio de ACT en sintomatología positiva. Esto podría venir explicado por las diferentes mejoras significativas en multitud de aspectos que aporta ACT, las cuales podrían traducirse a una mejora en la sintomatología de manera indirecta, a pesar de no ser el principal objetivo de ACT.

De entre los ECA analizados, podemos destacar que en todos se reporta algún beneficio correspondiente al grupo experimental donde se aplica las terapias ACT. Por ende, en línea a los estudios de Vilardaga, Hayes, Atkins, Bresse y Kambiz, (2013), podemos encontrar una asociación entre aceptación experimental resultado de la aplicación ACT y una mayor calidad de vida. En esta línea otro estudio reciente de Louise et al. (2018), indica una mejora clínica significativa en la funcionalidad del paciente provocado por el uso de las terapias ACT. En consonancia, White et al. (2011) aboga por una eficacia de ACT frente a TCC en reducción de discapacidad relacionada con sintomatología psicótica.

En el estudio de Shawyer et al. (2016), destaca una mejora significativa en la angustia. De una forma u otra se produce una mejora de la angustia asociada a la enfermedad psicótica en todos, que se traduce en una aplicación de ACT en el GE. Esto podría venir explicado por la orientación hacia una vida basada en valores, por los que apuesta ACT. Estos hallazgos son consistentes con los estudios de Achim, Sutliff y Roy, (2015) que encontraron un beneficio importante para ACT en términos de angustia. A la vez, esto contrapone los estudios de Shawyer et al. (2012), donde no se encuentran diferencia significativa alguna en la reducción de angustia asociada a psicosis.

Otro de los beneficios de ACT, se trata de la reducción de contactos en crisis y rehospitalizaciones de los pacientes psicóticos. El estudio de White et al. (2011) proporciona resultados donde se destaca una reducción para ACT de contactos en crisis en pacientes psicóticos. Gaudiano y Herbert (2006), muestran una reducción de hospitalizaciones de pacientes psicóticos de un 28 % en el grupo ACT, frente al 45% en el grupo TAU. En esta línea, Bach y Hayes (2002), también demuestran una menor tasa de rehospitalizaciones de un 20% en el grupo ACT frente a un 40% en el grupo control.

Un aspecto que promueven las terapias ACT es la mejora en depresión que se deriva de los trastornos psicóticos. El estudio de White et al. (2011), muestra un cambio en el paso de pacientes psicóticos deprimidos a no estarlo tras 3 meses después de que se aplicara ACT. Estos hallazgos son consistentes con Gaudiano, Miller y Herbert (2007), quién reportaron mejoras de pacientes hospitalizados con depresión psicótica en el grupo ACT, en comparación con el grupo TAU. De igual manera, en esta línea, el estudio de Gaudiano et al. (2015), deja constancia de una mejora en depresión de pacientes psicóticos. Sería Shawyer et al. (2007) el que vendría explicando la disminución en síntomas depresivos por la flexibilidad psicológica que se trabaja desde las terapias ACT.

En contraposición, también se han encontrado medidas no significativas en cuanto al beneficio causado por ACT en población psicótica. Es el caso del estudio de White et al. (2011), en el que no se disponen de diferencias significativas entre grupos en cambios de evitación experiencial. A su vez, tampoco se dispone de evidencia en reducción de ansiedad. De igual manera no se dispone de efectos significativos sobre flexibilidad psicológica, a los 10 meses de seguimiento en el estudio de Gumbley et al. (2016). Sin embargo, sí se encontró mejoría a los 5 meses de seguimiento.

En definitiva, las terapias ACT muestran resultados prometedores para el tratamiento de trastornos psicóticos o síntomas psicóticos. No obstante, se deben tener en cuenta algunas limitaciones que han acontecido en la siguiente revisión. En primer lugar, se debe tener en cuenta la cantidad limitada de estudios ECA disponibles acerca de la utilidad y aplicabilidad de las terapias ACT en pacientes psicóticos. En segundo lugar, las muestras pequeñas de pacientes participantes en los ECA disponibles, limitan la generalización de los resultados que transfieren. Por otra parte, los seguimientos utilizados en los ECA disponibles han utilizado únicamente un control post tratamiento, a excepciones de un único estudio (Gumbley et al., 2016). Esto limita la capacidad de garantizar unos resultados consistentes.

Por otra parte, también se deben tener en cuenta limitaciones derivadas del siguiente trabajo. En primer lugar, merece apreciar el empleo de dos bases de datos, algo que limita la cantidad de estudios disponibles. En segundo lugar, es el sesgo por idioma de publicación aquel que nos incapacita el acceso a estudios que contengan nuestros criterios de inclusión y exclusión y por ende, de utilidad para nuestro estudio de revisión. En tercer lugar, el sesgo de publicación, influye de tal forma que se pierde información valiosa de otros estudios. Por último, a través del sesgo de observación,

influyen las expectativas del propio investigador al no ser comparado con otro punto de vista externo, dejando a un lado la fiabilidad interjueces.

En suma, las terapias ACT muestran indicadores de mejora para el tratamiento de los trastornos psicóticos. No obstante, sería necesario en líneas futuras, llevar a cabo experimentos ECA que pongan de manifiesto la utilidad que genera las terapias ACT en el tratamiento de psicosis y por ello permitan aportar evidencia científica al respecto. También, se deberían llevar a cabo investigaciones controladas acerca de la utilidad de las terapias ACT grupales, puesto que hasta el momento pocos estudios se disponen al respecto.

## Referencias

- Achim, A. M., Sutliff, S., y Roy, M. A. (2015). Treating comorbid anxiety disorders in patients with schizophrenia: A new pathway. *Psychiatric Times*, 32(1), 29.
- American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington: Editorial médica panamericana.
- 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
- Baer, R. A., Smith, G. T. y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191–206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.
- Cather, C., Penn, D., Otto, M., y Goff, D. (2004). Cognitive therapy for delusions in schizophrenia: models, benefits, and new approaches. *Cognitive Psychother*, 18(3), 207–221.
- Charlson, F.J., Ferrari, A.J., Santomauro, D.F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J.G.,...Whiteford, H.A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study. *Schizophrenia Bull.* 44, 1195-1203.
- Furukawa, T.A., Levine, S.Z., Tanaka, S., Goldberg, Y., Samara, M., Davis, J.M., y Cipriani, A. (2015). Initial severity of schizophrenia and efficacy of

- antipsychotics: Participant- level meta-analysis of placebo-controlled studies. *JAMA Psychiatry*, 72, 14-21.
- 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., Bush, A. M., Wenze, S. J., Nowlan, K., EpsteinLubow, G., y Miller, I. (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., Herbert, J. D., y Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy*, 41(4), 543–554.
- Gaudiano, B. A., Miller, I. W., y Herbert, J. D. (2007). The treatment of psychotic major depression: Is there a role for adjunctive psychotherapy? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 271-277.
- Gaudiano, B.A. (2005). Cognitive Behavior Therapies for Psychotic Disorders: Current empirical status and future directions. *Clinical Psychology: Science and practice*, 12(1), 33-50.
- Goldstone, E., Farhall, J., y Ong, B. (2011). Life hassles, experiential avoidance and distressing delusional experiences. *Behavior Research and Therapy*, 49(4), 260–266.
- Gumley, A., White, R., Briggs, A., Ford, I., Barry, S., Stewart, C., ... McLeod, H. (2016). A parallel group randomised open blinded evaluation of A cceptance and Commitment Therapy for depression a after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophrenia Research*, 183, 143–150. doi:10.1016/j.schres.2016.11.026
- Hacker, T., Stone, P., y Macbeth, A. (2016). Do we know enough? A sequential meta-analysis of randomized controlled trials. *Affect Disord*, 15, 551-565.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C. y Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and into Your Life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment therapy: the process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D.,... McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54 (4), 553-578. doi: 10.1007/bf03395492
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J.,... Toarmino, D. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working modelo. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hutton, P., y Taylor, P. J. (2014). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44, 449–468. [https://doi.org/ 10.1017/S0033291713000354](https://doi.org/10.1017/S0033291713000354)
- Jauhar, S., McKenna, P.J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., Laws, K.R., (2014). Cognitive behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Psychiatry*, 204 (1), 20-29. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285>
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T.,... Morris, E. M. (2015). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy group intervention for people with psychosis: The ‘ACT for life’ study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 257–263.
- Juckel, G., y Morosini, P. L. (2008). The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 630–639.
- Khoury, B., y Lecomte, T. (2012). Emotion regulation and schizophrenia. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 67–76. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.1.67>
- Kraiss, J. (2014). Measuring committed action: *Psychometric evaluation of the committed action questionnaire in a nonclinical sample*. The Netherlands: University of twente.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A.,... Perkins, D. O. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353, 1209-1223.

- Lieberman, J.A. (1998). Maximizing clozapine therapy: Managing side effects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(3), 38-43.
- Lincoln, T. M., Hartmann, M., Köther, U., y Moritz, S. (2015). Do people with psychosis have specific difficulties regulating emotions? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 637-646.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S.L., Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 192, 57-63.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.023>
- Lynch, D., Laws, K. R., y McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled studies. *Psychological Medicine*, 40, 9-24.
- McCracken, L. M. (2013). Committed action: An application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *The Journal of Pain*, 14(8), 828–835.
- Morrison, A. P. (2017). A manualised treatment protocol to guide delivery of evidence-based cognitive therapy for people with distressing psychosis: Learning from clinical trials. *Psychosis*, 9, 271–281. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1295098>
- National institute for clinical excellence (2002). *Schizophrenia*. London: NICE.
- National Institute for Clinical Excellence (2010). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. London: NICE.
- National Institute for clinical excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management*. London: NICE.
- National Institute for Health and Care excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults*. London: National collaborating centre for mental health.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Esquizofrenia*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Owen, M.J., Sawa, A., y Mortensen, P.B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388 (10039), 86-97. doi: 10.1016/s0140-6736(15)01121-6
- Pankey, J., y Hayes, S. C. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311–328.

- Pratt, S. I., y Mueser, K. T. (2002). Schizophrenia. En M. M. Antony, y D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 375–414). New York: Guilford.
- Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A. J., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K.,...Copolov, D. L. (2012). A randomised controlled trial of acceptancebased cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 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. (2016). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 140–148. doi:10.1192/bjp.bp.116.182865
- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S. C. y Copolov, D. (2007). The voices acceptance and action scale (VAAS): pilot data. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 593–606.
- Society of Clinical Psychology (2018). *Acceptance and Commitment therapy of psychosis*. Recuperado de <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-psychosis/>.
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., y Daigneault, I. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248- 261. doi:10.1111/papt.12159
- Turner, D. T., Van der Gaag, M., Karyotaki, E., y Cuipers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: A meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 171, 523–538. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13081159>
- Van der Gaag, M., Valmaggia, L.R., y Smith, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia research*, 156, 30-37.
- Vilardaga, R., Hayes, S. C., Atkins, D. C., Bresee, C., y Kambiz, A. (2013). Comparing experiential acceptance and cognitive reappraisal of psychotic symptoms as predictors of functional outcome among individuals with serious mental illness. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 425–433.

- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Vilardaga, J. C. P., Atkins, D. C., y Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour. Research and Therapy*, *77*, 52–61.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>
- Webster, M. (2018). Introduction to acceptance and commitment therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *17*(4), 309-316.
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattie, 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*, 901-907. doi:10.1016/j.brat.2011.09.003
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattie, 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., Gumley, A., McTaggart, J., Rattie, L., McConville, D., Cleare, S., y Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research Therapy*, *49*(12), 901-907.
- Wilson, K.G., Bordieri, M.J., Maureen, K.F., Lucas, N.N., y Slater, R.M. (2011). Understanding Acceptance and Commitment Therapy un context: A history of similarities and differences with other cognitive behavior Therapy. En J.D. Herbert y E.M Forman (Eds.), *Acceptance and Mindfulness in Behavior Therapy: Understanding and applying the new therapies*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., y Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for schizophrenia bulletin: Effects sizes, clinical models and methodological rigor. *Schizophrenia bulletin*, *34*, 523-537.