

# Del delirio a la flexibilidad psicológica: aplicación de la terapia de aceptación y compromiso

## From delusion to psychological flexibility: application of acceptance and commitment therapy


Aarón Argudo Palacios, Omneia Sadek El Shahat, Xose Antón Gómez-Fraguela  
Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

**Resumen:** La psicosis en sus etapas iniciales puede manifestarse con síntomas ansioso-depresivos que afectan al funcionamiento y a la calidad de vida. Este estudio de caso presenta a un joven de 27 años con un primer episodio psicótico, cuyos síntomas atenuados pero persistentes generaban ansiedad y afectaban a su estado emocional. A lo largo de 12 sesiones utilizando la terapia de aceptación y compromiso, se trabajó en la mejora de la flexibilidad cognitiva, el manejo de la ansiedad y la depresión, así como en el compromiso con acciones alineadas con los valores personales. Se observó mejora clínica, evaluada mediante el índice de cambio fiable y los puntos de corte establecidos, que sugiere la efectividad de ACT en el manejo de la sintomatología ansioso-depresiva asociada a un trastorno psicótico incipiente. Los resultados apuntan a que la terapia de aceptación y Compromiso puede ser una intervención efectiva para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional en individuos que enfrentan este tipo de trastornos.


**Palabras clave:** psicosis incipiente, terapia de aceptación y compromiso, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, flexibilidad cognitiva

**Abstract:** Early-stage psychosis can manifest with anxiety-depressive symptoms that affect functioning and quality of life. This case study examines a 27-year-old male experiencing a first psychotic episode characterized by attenuated yet persistent symptoms that contributed to heightened anxiety and negatively impacted his emotional state. Over 12 sessions using Acceptance and Commitment Therapy (ACT), work was done to improve cognitive flexibility, manage anxiety and depression, and commit to actions aligned with personal values.

---

Aarón Argudo Palacios  [0000-0003-1433-5955](https://orcid.org/0000-0003-1433-5955) es doctor en psicología clínica. Subdirector de ALUME Saúde

Mental. Omneia Sadek El Shahat  [0009-0009-0762-1516](https://orcid.org/0009-0009-0762-1516) es psicóloga en Diaconía España.

Xose Antón Gómez-Fraguela  [0000-0002-9140-1533](https://orcid.org/0000-0002-9140-1533) es profesor titular en la Universidad de Santiago de Compostela.

**Para citar este artículo:** Argudo Palacios, A., Sadek El Shahat, O. y Antón Gómez-Fraguela, X. (2025). Del delirio a la flexibilidad psicológica: aplicación de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica Contemporánea*, 16(2), Artículo e2. <https://doi.org/10.5093/cc2025a2>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Aarón Argudo Palacios: [aaronargudo@cop.es](mailto:aaronargudo@cop.es)



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Clinical improvements were observed, as measured by the reliable change index and established cut-off points, supporting the effectiveness of ACT in addressing anxiety-depressive symptoms associated with early-stage psychosis. The results indicate that Acceptance and Commitment Therapy can be an effective intervention to improve quality of life and emotional well-being in individuals facing these types of disorders.

*Keywords:* early-stage psychosis, acceptance and commitment therapy, depressive symptoms, anxious symptoms, cognitive flexibility

La psicosis incipiente puede manifestarse de manera repentina o progresiva (Raballo et al., 2020). En ocasiones, las personas atraviesan una etapa prodrómica en la que surgen los primeros indicios del problema, los cuales incluyen síntomas como conductas desorganizadas, pérdida de interés, aislamiento social y otros comportamientos relacionados (Peralta et al., 2013). Estos síntomas iniciales pueden dar paso a la aparición de alucinaciones y delirios, característicos de la fase activa de la psicosis (Domenech et al., 2019). La duración de esta fase varía, pudiendo extenderse desde unos pocos días hasta varias semanas, e incluso en algunos casos puede ser más prolongada.

Aunque este conjunto de síntomas puede resultar identificable, las personas que los padecen a menudo tienen dificultades para darse cuenta de que están viviendo un episodio psicótico (Ludwig et al., 2019). Además, diversos factores pueden contribuir a la falta de intervención adecuada, como, por ejemplo, el estigma asociado a los trastornos mentales o las barreras de acceso al sistema de salud (Chan, 2017; Fekadu et al., 2019; Mueser et al., 2020; Patel et al., 2016). Este intervalo temporal entre el inicio de la psicosis y su tratamiento, es conocido como duración de la psicosis no tratada (DUP, por sus siglas en inglés) y se caracteriza por la falta de intervención temprana (Allsopp et al., 2019; Courvoisie et al., 2001; McGorry et al., 2007; McGorry et al., 2010). La ausencia de tratamiento en este intervalo puede afectar negativamente la evolución del trastorno, aumenta el riesgo de recaídas y afecta la adherencia al tratamiento (Arango et al., 2017; Bora et al., 2018; Bermeo-Méndez et al., 2015; Cabrera et al., 2017; Eaton et al., 2019; Fonseca-Pedrero, 2019; Fusar-Poli et al., 2017).

En este contexto, se distinguen principalmente dos tipos de sintomatología: negativa y positiva. La sintomatología negativa implica una disminución o pérdida de habilidades y funciones que normalmente están presentes en la población general. Entre estos síntomas se encuentran la anhedonia, el aplanamiento afectivo y la apatía (Fonseca-Pedrero, 2019). La anhedonia se caracteriza por la incapacidad de experimentar placer en actividades antes agradables, el aplanamiento afectivo reduce la expresión de emociones y la apatía se refleja en la falta de motivación para participar en actividades cotidianas. Estos síntomas pueden afectar al funcionamiento diario, dificultando tareas básicas como el cuidado personal o el desempeño en el trabajo y alterando las relaciones sociales (Correll y Schooler, 2020).

Por otro lado, la sintomatología positiva se refiere a la aparición de experiencias perceptivas o cognitivas distorsionadas, como alucinaciones y delirios, que modifican la relación del paciente con la realidad (Fusar-Poli et al., 2020). Las alucinaciones, que son percepciones sin estímulos externos reales, pueden presentarse en diversas formas sensoriales: visuales, auditivas, olfativas, táctiles o gustativas (Fonseca-Pedrero, 2019). Los delirios, en cambio, son creencias erróneas y firmemente sostenidas, lo que puede llevar a conductas impredecibles o peligrosas, afectando tanto la adaptación social del individuo como su seguridad (Aversa et al., 2024). Estas manifestaciones pueden generar gran angustia y desorientación, impactando en el bienestar emocional y en las actividades cotidianas del paciente (Turner et al., 2020).

Aunque los síntomas positivos han sido objeto de considerable estudio y tratamiento farmacológico (Haddad y Correll, 2018; Law et al., 2017; Morrison, 2017; Morrison et al., 2018; Zhu et al., 2017), a menudo se ha prestado menos atención a cómo estos síntomas afectan la integración social y el funcionamiento psicosocial del paciente.

Además, los síntomas depresivos, como la tristeza, la falta de energía y la pérdida de interés en actividades previamente placenteras, también tienen un fuerte impacto en la calidad de vida de los pacientes (Fusar-Poli et al., 2017; Upthegrove et al., 2017).

En cuanto a las funciones cognitivas, los déficits en la memoria afectan a la capacidad para almacenar y recuperar información (Avery et al., 2021). En la atención, la incapacidad para mantener la concentración y filtrar las distracciones interfiere en la capacidad de centrarse en tareas, seguir conversaciones o completar actividades sin interrupciones (McCleery y Nuechterlein, 2019). En la velocidad de procesamiento, la lentitud en interpretar y responder a estímulos provoca retrasos en la toma de decisiones y la ejecución de acciones rápidas, aumentando la frustración y el estrés en situaciones cotidianas (Abella et al., 2023). Estos déficits pueden deteriorar la percepción de la calidad de vida y limitar la independencia funcional y la capacidad de adaptación a nuevas situaciones (Amoretti et al., 2021).

En consecuencia, la comorbilidad es otra faceta a tener en cuenta en el escenario clínico durante un Primer Episodio Psicótico (PEP), ya que no es raro observar la coexistencia con trastornos como del estado de ánimo o de ansiedad (Wilson et al., 2020). Esto, unido con los demás elementos mencionados, conlleva a un deterioro funcional evidente y a una merma en la calidad de vida (Correll y Schooler, 2020; Samuel et al., 2018).

Esta situación no se limita solo a los pacientes; también afecta a las familias y a los sistemas de apoyo. Los seres queridos pueden encontrarse asumiendo responsabilidades adicionales y enfrentando el estrés emocional relacionado con el problema del paciente (Lecomte et al., 2014; Weintraub et al., 2017). Esto puede llevar a una tensión en las relaciones familiares y a una disminución en la calidad de vida de todas las personas involucradas (Fusar-Poli et al., 2017).

En lo que respecta a las estrategias terapéuticas para personas que padecen un PEP, el metaanálisis llevado a cabo por Mei et al. (2021) muestra un efecto positivo, aunque discreto, de varias intervenciones diseñadas para minimizar el riesgo de evolución hacia un trastorno psicótico pleno y para reducir los síntomas positivos y negativos. Si bien, sigue siendo prioritario en el tratamiento prevenir el incremento de los síntomas psicóticos y detener la progresión hacia una psicosis plena (Polari et al., 2018). Esto implica ampliar las estrategias y métodos utilizados, incluyendo en ellos, la extensa variedad de necesidades clínicas y funcionales que presentan estos pacientes (McGorry et al., 2021; van der Gaag et al., 2019). La mejora de los síntomas clínicos y la funcionalidad social puede tener un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes con psicosis (Dziwota et al., 2018). Por ello, atender a las necesidades sociales, como la capacidad para mantener relaciones saludables, participar activamente en la comunidad y mejorar la integración social puede facilitar una mayor satisfacción con la vida y alcanzar una mayor independencia funcional (Alessandrini et al., 2016; Domenech et al., 2019; Guajardo et al., 2015; Haro et al., 2015).

Tradicionalmente, las intervenciones predominantes en este contexto se centran en la no aceptación de las experiencias poco convencionales o atípicas, tales como alucinaciones, delirios o pensamientos y emociones que se desvían de las normas sociales y culturales, subrayando la necesidad de suprimir o reducir estos episodios perturbadores (Jansen et al., 2020). Esta línea de intervención, originada en los enfoques biologicistas más tradicionales, se ha centrado históricamente en valorar el progreso del paciente casiexclusivamente en términos de la disminución de los síntomas psicóticos, como resultado de la intervención terapéutica. Sin embargo, estas intervenciones han ido evolucionando, y hoy en día se reconoce la importancia de abordar otros indicadores más como el funcionamiento personal y social (Strassnig et al., 2015). Hay autores, como Wakefield et al. (2018), que ya realizaron una crítica de este enfoque, señalando que limita la evaluación del avance del paciente a la mera observación de la reducción sintomática, ignorando dimensiones más amplias de su bienestar.

A su vez, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido históricamente subestimada y desarrollada tardíamente en el tratamiento de síntomas psicóticos, especialmente los síntomas positivos (Fonseca-Pedrero, 2019). En el caso de los delirios y alucinaciones, la TCC busca reducir la angustia, la incapacidad y el trastorno

emocional. Se centra en ayudar a los pacientes a entender que los delirios son interpretaciones de la realidad y no la realidad en sí misma, lo cual puede impactar negativamente su adaptación en diversas áreas de su vida cotidiana (Moritz et al., 2019). Durante las décadas pasadas, algunos estudios de casos mostraron resultados prometedores, pero la falta de investigación sistemática y las percepciones desfavorables sobre el uso de terapias psicológicas en trastornos psicóticos limitaron su adopción (Bellack, 1986). Sin embargo, en los últimos años, se ha incrementado la investigación demostrando la efectividad de la TCC en el tratamiento de síntomas psicóticos, lo que ha llevado a su inclusión en guías de tratamiento de diversas organizaciones científicas (Dixon et al., 2010; Grover et al., 2017; Keepers et al., 2020; Taylor y Perera, 2015).

Por otro lado, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), propuesta por Hayes et al. (1999) surge como una alternativa al tratamiento de la psicosis (Jansen et al., 2020; Tonarelli et al., 2016). La ACT se fundamenta en seis principios clave: aceptación, conexión con el momento actual, defusión, el yo como contexto, compromiso con la acción y vida orientada con los valores personales. Conjuntamente, estos principios buscan fomentar la flexibilidad psicológica, aspirando a dotar a las personas de herramientas para identificar y adaptarse a los desafíos vitales y situacionales, modificar creencias perjudiciales para su bienestar social o personal, mantener una conexión plena y consciente con el presente, procurando que sus acciones estén en armonía con sus valores (Harris, 2021). Según Luciano (2016), las estrategias para desarrollar flexibilidad psicológica incluyen facilitar el contacto con las consecuencias de los patrones conductuales problemáticos, ampliando las funciones reforzantes asociadas con comportamientos valiosos y desarrollando la discriminación entre el yo y las conductas. Desde esta perspectiva, se ayuda al paciente a experimentar las contingencias naturales de sus conductas problemáticas para que entienda cómo sus acciones están mantenidas por refuerzos a corto plazo, pero llevan a consecuencias negativas a largo plazo. Además, se incrementa la respuesta del paciente a estímulos de alto valor personal, fomentando conductas en armonía con sus valores y produciendo reforzadores intrínsecos.

En este contexto, las intervenciones que incorporan la ACT, así como las prácticas de atención plena (*mindfulness*), han cobrado un auge notable en tiempos recientes. Los resultados alentadores obtenidos en algunas investigaciones que han aplicado estas estrategias terapéuticas en el tratamiento de la psicosis demuestran su potencial y efectividad (Cramer et al., 2016; Houry et al., 2013; Morris et al., 2023; Reininghaus et al., 2019; Varese et al., 2016). Estos estudios han contribuido al desarrollo y validación de estas prácticas en contextos clínicos, consolidando su relevancia y utilidad en la mejora de los síntomas psicóticos.

La práctica de la atención plena y la aceptación, son elementos fundamentales en la ACT, pues promueven una actitud activa y receptiva hacia pensamientos y sentimientos desafiantes, estimulando a la experimentación de ese contenido a través de acciones significativas para la persona (Jansen et al., 2020). Estos métodos no buscan escapar del dolor, sino más bien acogerlo como un aspecto inherente de la experiencia humana, aprendiendo a manejarlo con compasión hacia uno mismo (Crane et al., 2017; Kabat-Zinn, 2003). En el contexto de la ACT, la compasión no se refiere a la lástima o pena hacia uno mismo, sino a una actitud de amabilidad y entendimiento hacia el propio sufrimiento, reconociendo que el dolor y la dificultad son parte de la condición humana (Luciano, 2016).

En vista de lo expuesto, el presente estudio de caso busca contribuir a la creciente evidencia a favor del uso de la ACT en el tratamiento de la psicosis, poniendo especial atención en las dificultades concurrentes relacionadas con la sintomatología ansiosa y el estado de ánimo, ofreciendo perspectivas prácticas para la implementación de esta terapia en situaciones clínicas similares.

## Método

### Participantes

El paciente fue derivado por su psiquiatra de referencia para recibir tratamiento especializado en psicosis temprana. Para mantener el anonimato del paciente se usará unas iniciales ficticias. JSP es un joven de 27

años que está atravesando un primer episodio psicótico desde hace seis semanas. A lo largo de su evolución clínica, ha manifestado una serie de delirios y distorsiones cognitivas (se expondrán más adelante), los cuales, según refiere JSP, han intensificado su estado de ansiedad y desestabilizado su equilibrio emocional de manera adversa.

Vive con su pareja con la que mantiene una relación desde hace un par de años. La ausencia de empleo sumado a las dificultades derivadas de su problemática actual, han favorecido un progresivo aislamiento social, limitando su interacción con amigos y familiares. JSP ha intentado finalizar su carrera de ingeniería informática, sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, el fin de sus estudios parece ser un objetivo lejano. El paciente refiere que este estancamiento académico no sólo ha impactado en su autoestima y motivación, sino que también ha contribuido a intensificar sus episodios de ansiedad y alteraciones del estado de ánimo. La interacción constante con la presión académica y las dificultades asociadas a la condición psicológica que refiere JSP, han creado un círculo vicioso, limitando su capacidad para avanzar y prosperar en su trayectoria educativa.

En cuanto a sus antecedentes familiares, la madre recibió un diagnóstico de trastorno bipolar durante su juventud. JSP refiere que, desde su infancia, ha tenido que aprender a manejar los retos asociados a este trastorno, lo que en determinadas situaciones le ha llevado a adoptar estrategias de afrontamiento que, aunque pudieron ser adaptativas en su momento, pueden no resultar adecuadas a largo plazo.

En cuanto a la sintomatología positiva, JSP experimenta delirios de persecución, creyendo firmemente que está siendo perseguido y vigilado constantemente. Manifiesta ideas de referencia, interpretando mensajes en los medios de comunicación, publicidad y conversaciones cotidianas como si estuvieran dirigidos específicamente hacia él, lo cual alimenta su malestar y ansiedad.

**Tabla 1.** *Análisis funcional*

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desafíos académicos y presión por terminar estudios.</li> <li>- Ausencia de empleo y aislamiento social.</li> <li>- Interpretación de los estímulos mediáticos y sociales.</li> </ul>	<p>Psicofisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de frecuencia cardíaca y sudoración ante percepciones de persecución.</li> <li>- Respiración agitada en situaciones consideradas amenazas.</li> </ul> <p>Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretación errónea de estímulos neutrales como personales y significativos.</li> <li>- Dificultad de concentración debido a pensamientos delirantes.</li> <li>- Pensamientos catastróficos sobre el futuro.</li> </ul> <p>Motoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento social y evitación de actividades previamente disfrutadas.</li> <li>- Interrupción de la visualización de televisión durante el telediarlo como escape.</li> </ul> <p>Emocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad, miedo, angustia.</li> </ul>	<p>Corto Plazo:</p> <p>Refuerzo negativo: la evitación de situaciones estresantes (como tareas académicas y actividades sociales) reduce temporalmente la ansiedad y la angustia, proporcionando alivio inmediato.</p> <p>Refuerzo positivo: la validación de sus delirios y creencias cuando interpreta los estímulos mediáticos como significativos para él.</p> <p>Castigo positivo: la exposición a estímulos amenazantes genera respuestas psicofisiológicas intensas, lo que incrementa la percepción de peligro y malestar.</p> <p>Largo Plazo:</p> <p>Refuerzo negativo: la continua evitación de situaciones académicas y sociales lleva a la disminución en la participación de actividades diarias y en el cumplimiento de roles esperados (como estudiante, pareja y futuro empleado), lo que puede reforzar la percepción de ineficacia y falta de control.</p> <p>Refuerzo positivo: la evitación crónica de situaciones percibidas como amenazantes mantiene y refuerza el ciclo de ansiedad y psicosis, validando sus pensamientos delirantes y catastróficos.</p> <p>Castigo negativo: la reducción en las oportunidades de interacción social y éxito académico contribuye al aislamiento social y al deterioro de la salud mental de JSP.</p>

Estos delirios y alteraciones cognitivas, junto con la alteración cognitiva asociada a la psicosis, han contribuido a la desorganización en su pensamiento, lo que dificulta su capacidad para participar de manera efectiva en las actividades diarias y en las interacciones sociales.

Para entender mejor la situación que enfrenta JSP, se ha realizado un análisis funcional. Este análisis se resume en la tabla 1, la cual ofrece una perspectiva estructurada de la interacción entre sus experiencias y comportamientos.

Tras realizar el análisis funcional, se extrae que inicialmente los estímulos a los que JSP se expone, como las tareas académicas o la exposición a ciertos contenidos en los medios de comunicación, no provocan ninguna respuesta clínicamente relevante. Estos estímulos eran, por tanto, neutrales para él en términos de impacto emocional o conductual. Sin embargo, a medida que JSP comenzó a experimentar ansiedad, angustia y delirios asociados a la psicosis incipiente, la exposición a estos estímulos comenzó a generar respuestas emocionales y fisiológicas, como taquicardia y sudoración. Es decir, cada vez que JSP se encontraba con estos estímulos, su respuesta emocional de ansiedad se veía intensificada, estableciendo una relación entre el entorno académico y la angustia.

Como respuesta a estas sensaciones de ansiedad, JSP empezó a evitar estas situaciones, ya que, al hacerlo, sentía alivio temporal. Este alivio refuerza la conducta de evitación: al alejarse de las tareas académicas o de los medios que interpretaba como amenazantes, la ansiedad disminuía. Con el tiempo, esta evitación se convirtió en una respuesta habitual, pero impedía que JSP enfrentara y resolviese los problemas subyacentes, lo que contribuía a mantener su malestar y fortalecía la asociación entre los estímulos. De esta manera, lo que antes eran estímulos neutrales, como las tareas académicas o los medios de comunicación, se transforman en estímulos de amenaza, provocando respuestas de ansiedad más intensas con cada nueva exposición.

## Instrumentos

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Beck et al., 1996; versión española Sanz et al., 2003) es una herramienta autoaplicada que se utiliza para valorar los síntomas depresivos. Consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad del síntoma. Su consistencia interna es de ,87 (Sanz et al., 2003).

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck, et al., 1988; versión española de Sanz y Navarro, 2003) es un instrumento autoaplicado que se utiliza para valorar la sintomatología ansiosa. La consistencia interna es de ,88 (Sanz y Navarro, 2003). Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II, Bond et al., 2011; versión española de Ruiz et al., 2013) es una herramienta que se utiliza para conocer la flexibilidad psicológica. Consta de 7 ítems donde la persona debe indicar el grado de acuerdo con cada afirmación mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (donde 1 es “nunca es verdad” y 7 “siempre es verdad”). Se corrige sumando las puntuaciones de todos los ítems, a mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial. Tiene una consistencia interna de ,88 (Ruiz et al., 2013).

## Procedimiento

Se inicia la intervención mediante una evaluación al paciente utilizando los cuestionarios explicados anteriormente. Esta evaluación se llevó a cabo nuevamente en la mitad del tratamiento (sesión 6), al finalizar el mismo y durante los seguimientos realizados a los 2 y 4 meses. En total, el tratamiento duró 12 sesiones de 1 hora cada una. Para el análisis de los datos se empleó el programa IBM SPSS Statistics versión 23.

La ejecución de esta investigación se alineó con los principios éticos detallados en la Declaración de Helsinki, así como con las normativas éticas actuales para estudios con seres humanos. Se obtuvo el consentimiento informado del participante, asegurando la privacidad y la confidencialidad de la información recogida durante



el proceso. La custodia de los datos se realizó de manera segura, y solamente el personal autorizado del equipo de investigación tuvo acceso a ellos.

## Intervención

La intervención se basó en los seis principios de la ACT, descritos en la introducción, con el objetivo de aumentar la flexibilidad psicológica (Harris, 2021). Se intentó promover la aceptación, alentando a JSP a experimentar pensamientos y sentimientos difíciles sin intentar cambiarlos.

Se buscó utilizar técnicas de defusión cognitiva para ayudar a JSP a observar sus pensamientos como eventos mentales y no como hechos, disminuyendo así su impacto. Se trabajó en la atención plena para desarrollar una conciencia del momento presente sin juicios, centrándose en las experiencias actuales de JSP. Además, se intentó desarrollar una perspectiva flexible, ayudando a JSP a distinguir entre el “yo contenido” (sus pensamientos y sentimientos) y el “yo contexto” (la parte de sí mismo que observa esos pensamientos y sentimientos).

**Tabla 2.** *Objetivos de cada sesión de la intervención*

Número de sesión	Objetivos
Primera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación terapéutica sólida.</li> <li>• Definir operantes específicas, observables y alcanzables para el tratamiento.</li> </ul>
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar y entender las estrategias de afrontamiento de JSP frente a su episodio psicótico.</li> <li>• Iniciar la práctica de la aceptación de pensamientos y sentimientos sin juzgarlos.</li> </ul>
Tercera Cuarta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar habilidades de atención plena para permitir que las experiencias internas fluyan libremente.</li> <li>• Estimular una actitud de observador imparcial frente a los pensamientos y emociones.</li> </ul>
Quinta Sexta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y evaluar los valores personales de JSP.</li> <li>• Aplicar técnicas de defusión cognitiva para modificar la relación de JSP con sus pensamientos y emociones autocríticos.</li> </ul>
Séptima Octava	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear una distancia entre JSP y sus pensamientos delirantes.</li> <li>• Practicar técnicas de atención plena para reconocer pensamientos delirantes sin juicio.</li> <li>• Exteriorizar pensamientos delirantes para facilitar su observación objetiva.</li> <li>• Aplicar técnicas de defusión estructuradas para minimizar el impacto emocional de los delirios.</li> </ul>
Novena Décima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la adopción de la perspectiva del observador en JSP mediante el uso de metáforas.</li> <li>• Animar a JSP a desarrollar y utilizar su propia metáfora personal para manejar sus pensamientos y emociones de manera más efectiva.</li> </ul>
Undécima Duodécima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la participación de JSP en actividades alineadas con sus valores personales.</li> <li>• Implementar ejercicios de exposición con una jerarquía de miedos y situaciones de evitación, integrados en sus metas y valores personales, para reducir la evitación y aumentar su capacidad de enfrentamiento.</li> <li>• Apoyar a JSP en la decisión de retomar sus estudios de ingeniería informática.</li> </ul>

Se intentó identificar y conectar con los valores personales de JSP, definidos como direcciones de vida. Finalmente, se alentó el compromiso con acciones consistentes con estos valores, incluso cuando JSP experimentaba pensamientos y emociones difíciles. En la tabla 2 se resumen los objetivos de cada sesión.

### Sesión 1

En esta sesión de apertura, se priorizó el establecimiento de una relación terapéutica y la recopilación de datos sobre los eventos perturbadores y el impacto funcional de estos en su rutina diaria. Se llevó a cabo una explicación de la ACT ante sintomatología psicóticas y sus contingencias.

Para JSP esta era la primera ocasión en la que verbalizaba sus experiencias psicóticas de forma voluntaria. Por lo tanto, resultó importante reforzar positivamente su apertura y esfuerzos de afrontamiento, estableciendo un ambiente de validación y comprensión.

### Sesión 2

Durante la segunda sesión, la atención se centró en explorar y entender las estrategias que JSP había estado utilizando para manejar sus desafíos asociados a su primer episodio psicótico. Esto incluyó examinar las conductas de evitación, los pensamientos y las creencias que había desarrollado.

Se introdujeron los conceptos de control y evitación experiencial y se analizó la eficacia de las tácticas de afrontamiento, destacando que, aunque proporcionaban alivio inmediato, no favorecían su bienestar futuro; se destacó cómo su insistencia en controlar y evitar experiencias afectaba negativamente a su participación en actividades cotidianas y relaciones, y se exploró cómo la adopción de una postura de aceptación y desistimiento de la lucha podría abrir oportunidades para acciones congruentes con sus valores personales, aumentando así su flexibilidad conductual. En este sentido, JSP reconoció como el aislamiento y la supresión de pensamientos, estaban actuando como un *boomerang*, proporcionando un alivio inmediato, pero aumentando su angustia a largo plazo.

Se utilizó la metáfora de “las arenas movedizas” y “hacerse el muerto en el agua” para enseñar cómo sus intentos de luchar contra sus experiencias y pensamientos solo lo hundían más, resaltando la necesidad de adoptar una nueva perspectiva y estrategia de afrontamiento.

La sesión concluyó con la puesta en marcha de un plan para comenzar a practicar la aceptación de sus pensamientos y sentimientos, sin juzgarlos ni intentar cambiarlos, como un primer paso hacia el aumento de su flexibilidad psicológica y la mejora de su capacidad para enfrentar las adversidades de la vida.

### Sesiones 3 y 4

Se invitó a JSP a participar en ejercicios experienciales para ayudarlo a comprender la inutilidad y los costos a largo plazo de resistirse a sus experiencias internas, por ejemplo, utilizando la metáfora de “lucha con el monstruo”. En este ejercicio, JSP imaginó que estaba en una batalla constante con un monstruo que representaba sus pensamientos y emociones difíciles. A través de esta metáfora, se buscaba que JSP reconociera que cuanto más luchaba contra el monstruo, más fuerte y persistente se volvía, y que el verdadero alivio venía de dejar de luchar y aceptar la presencia del monstruo.

Se explicó con más detalle la importancia de dejarse llevar y cesar la lucha contra sus pensamientos y emociones internas. Esto se lograría no a través de la comprensión conceptual, sino desarrollando habilidades de atención plena, practicando enfocar su atención de manera consciente y permitiendo que sus experiencias internas fluyeran libremente.

Se trabajaron diversas estrategias para demostrar cómo los intentos de controlar las experiencias in-



ternas suelen resultar contraproducentes (Pittman et al., 2024). JSP encontró estos ejercicios útiles y divertidos, destacándolos como puntos importantes que recordó después del tratamiento.

En uno de ellos, se le pidió a JSP que intentara no pensar en un elefante blanco durante un minuto. A medida que transcurría el tiempo, JSP se dio cuenta de que, a pesar de sus esfuerzos, la imagen del elefante blanco aparecía constantemente en su mente. Esto sirvió para demostrar que el intento de suprimir un pensamiento puede resultar en un aumento de la frecuencia del mismo. La incongruencia entre sus expresiones faciales y sus emociones internas destacó la dificultad de controlar las respuestas emocionales genuinas, subrayando la idea de que las emociones son respuestas naturales y automáticas que no siempre pueden ser manipuladas a voluntad. En otro ejercicio, se invitó a JSP a cerrar los ojos e imaginar que sus pensamientos eran hojas flotando en un río (Bloy et al., 2021; Bouws et al., 2024). Se le instruyó para observar los pensamientos sin aferrarse a ellos, permitiéndoles simplemente pasar. Este ejercicio de atención plena tenía como objetivo estimular una actitud de observador imparcial, ayudando a JSP a ver sus pensamientos desde una distancia psicológica y a entender que no necesitaba reaccionar a cada pensamiento que cruzara su mente.

### *Sesiones 5 y 6*

Se le explicó a JSP el concepto de la contingencia de tres términos a través de una situación real que había experimentado recientemente. Se encontraba en una situación social, lo que representó la condición antecedente. Normalmente, JSP refiere sentirse ansioso en estos entornos y no saber cómo actuar, lo que generaba un intenso malestar en él.

Su respuesta ante esta ansiedad social fue evitar el contacto visual y aislarse de los demás, buscando de esta manera reducir su malestar. JSP pensaba que, al hacer esto, lograría sentirse más seguro y cómodo en ese momento.

Sin embargo, se analizaron las consecuencias de este comportamiento. Aunque el aislamiento y la evitación del contacto visual proporcionaron un alivio temporal de su ansiedad, también reforzaron su miedo a las situaciones sociales y limitaron su capacidad para conectar con los demás. Este patrón de comportamiento, aunque aparentemente útil en el corto plazo, estaba impidiendo que JSP desarrollara habilidades sociales y formara relaciones significativas. Para finalizar este punto se llevó a cabo una explicación de funcionamiento del reforzamiento negativo.

Además, estas experiencias provocaron que se restringieran las actividades, tales como salir a pasear, comprar o interactuar socialmente, limitando así sus oportunidades para experimentar reforzadores positivos que emergen de implicarse en comportamientos egosintónicos con sus valores. Esto incluiría, por ejemplo, experimentar un sentido de autonomía después de realizar sus compras semanales o sentirse satisfecho después de salir a cenar con su pareja. En este sentido, la falta de estos reforzadores positivos parecía estar vinculada con síntomas concurrentes de depresión, incluyendo la anhedonia, sentimientos de tristeza, falta de motivación y fatiga.

Desde las sesiones iniciales, se identifica dificultades para abordar los valores. JSP, no reconoce claramente sus valores. Su atención durante mucho tiempo había estado centrada en manejar la angustia y evitar situaciones desafiantes, lo que había limitado su capacidad para conectarse con lo que realmente quería en la vida. Experimentaba una disminución en su sentido de agencia, síntomas negativos y dificultades para formar narrativas complejas sobre sí mismo, lo que complicaba aún más la tarea de definir lo que constituye una vida significativa.

Se llevó a cabo un proceso de identificación y evaluación de los valores de JSP desde el principio, solicitándole como tarea para casa que generara descripciones breves de lo que era significativo para él y de cómo quería que fuera su vida en áreas clave como la familia, los amigos, el trabajo, la espiritualidad y la salud. Se establecieron objetivos y acciones relacionados con cada área de valores y se discutieron las barreras para alcanzarlos. En algunos casos, estas barreras eran aspectos prácticos que JSP estaba motivado para cambiar. En otros, eran eventos internos, como pensamientos y sentimientos incómodos, a los que aplicamos técnicas de defusión cognitiva.

Un ejemplo de ejercicio de defusión cognitiva fue el siguiente: JSP empezó repitiendo en voz alta la frase “todo lo hago mal”, para luego reflexionar sobre las consecuencias de este pensamiento y calificar la intensidad de la emoción asociada en una escala del 0 al 10. Progresivamente, se suavizaron los términos de la afirmación a “muy a menudo lo hago todo mal”, “a veces lo hago todo mal” y “a veces hago cosas bien”, repitiendo el mismo proceso de reflexión y evaluación emocional para cada frase. Este cambio gradual en la formulación buscó ayudar a JSP a reconocer que su visión autocrítica podría ser exagerada y a fomentar una perspectiva más equilibrada y compasiva de sí mismo. Finalmente, se le pidió a JSP que recordase un momento específico en el que sintió que hizo algo bien o, al menos, no mal, lo que sirve para fortalecer la idea de que es capaz de hacer acciones positivas y para desafiar su creencia autocrítica.

En la sexta sesión se llevó a cabo la evaluación de proceso con los instrumentos mencionados anteriormente.

### *Sesiones 7 y 8*

La estrategia de defusión cognitiva se utilizó de forma transversal durante las sesiones, aunque en estas dos sesiones se focalizó en ayudarlo a cambiar la relación que tenía con sus delirios de referencia y persecución, permitiéndole observarlos desde una perspectiva no evaluativa y no identificándose con ellos.

Se emplearon técnicas de atención plena para ayudar a JSP a centrarse en el momento presente y a reconocer sus pensamientos delirantes simplemente como pensamientos, sin juzgarlos ni dejarse llevar por las emociones que generaban. Además, se utilizó la exteriorización de los pensamientos mediante el lenguaje, preguntando a JSP “¿qué te está diciendo el delirio de referencia?” o “¿qué te está diciendo el delirio de persecución?”. Esto ayudaba a JSP a ver estos pensamientos delirantes como algo separado de él mismo, facilitando la observación objetiva de los mismos.

Para reforzar aún más esta perspectiva, se habló de los delirios de referencia o de persecución como si fueran entidades externas a JSP. Se le preguntaba, por ejemplo, ¿qué dirección querrían que tomaran ahora los delirios de persecución? Esto servía para resaltar la diferencia entre las direcciones basadas en los valores de JSP y cualquier movimiento que se alejara de ellos debido a los delirios.

También se practicaron técnicas de defusión más estructuradas, como cantar los pensamientos delirantes con acentos exagerados. Este ejercicio subrayaba la idea de que, a pesar de las emociones y evaluaciones negativas vinculadas a los delirios, al final del día eran simplemente palabras y no tenían poder real sobre JSP, a menos que él decidiera dárselo.

Con estas técnicas, se buscaba ayudar a JSP a no quedar atrapado en sus delirios y a responder a ellos de una manera más flexible y adaptativa, reconociendo que son productos de su mente y no reflejos de la realidad externa. Esto, a su vez, le permitiría seguir avanzando hacia sus valores y objetivos personales, a pesar de la presencia de estos pensamientos perturbadores.

### *Sesiones 9 y 10*

Durante las sesiones, se implementaron dos metáforas para facilitar que JSP adoptara la perspectiva del observador en contexto. La primera metáfora equiparaba los estados emocionales turbulentos con condiciones climáticas adversas en el cielo, resaltando que, al igual que el cielo no se ve afectado permanentemente por el mal tiempo, los estados emocionales son temporales y no definen nuestra esencia. La segunda metáfora utilizaba la imagen de las olas en el mar para ilustrar que, no importa cuán agitada esté la superficie, el fondo del mar permanece en calma.

Durante el proceso terapéutico, se animó a JSP a desarrollar su propia metáfora para facilitar su comprensión y aplicación de las técnicas aprendidas. Inspirado, JSP comparó sus pensamientos y emociones turbulentas con globos que flotan en el aire. Cada globo representaba un pensamiento o sentimiento diferente, y él podía elegir observarlos desde la distancia, sin necesidad de aferrarse a ellos.

La metáfora de los globos le ayudó a visualizar cómo podía permitir que sus pensamientos y emociones estuvieran presentes, sin necesidad de controlarlos o evitarlos. Aprendió a notar cómo algunos globos eran más grandes y llamativos, mientras que otros eran pequeños y pasaban desapercibidos, pero todos eventualmente se desvanecían o se alejaban con el viento. Utilizó la imagen de los globos para darse permiso de sentir la tristeza, observando cómo estos sentimientos flotaban en su mente, dándoles espacio sin ser abrumado por ellos.

### *Sesiones 11 y 12*

Durante el proceso terapéutico, JSP incrementó de manera gradual su participación en diversas actividades, acercándose a los valores personales que había definido previamente. Al finalizar las sesiones de terapia, JSP realizaba tareas que anteriormente evitaba, verbalizando que disfrutaba de la libertad que le aportaba actuar de manera espontánea. Si bien seguía enfrentando algunos episodios de ansiedad y delirios, éstos ya no obstaculizaban su capacidad para llevar a cabo sus planes. De hecho, al involucrarse más activamente en diferentes situaciones, JSP notaba un incremento transitorio en los niveles de ansiedad, lo que probablemente era un reflejo de su mayor compromiso y su decisión de no evitar más.

Se buscó dotar a JSP de herramientas para enfrentarse activamente a situaciones desafiantes, permitiéndole actuar de acuerdo con sus valores, incluso en presencia de emociones negativas. Para JSP, esto se traduce en oportunidades para ejercitar su capacidad de elección y voluntad ante eventos difíciles, con el objetivo de que pueda llevar a cabo acciones significativas para él, aun sintiéndose mal.

La idea fue promover la exposición a experiencias y contextos que, inicialmente, podrían parecer limitantes, con el fin de fomentar una mayor flexibilidad en su comportamiento, pensamientos y emociones. Así, los ejercicios de exposición se realizaron de forma gradual y adaptada a su ritmo y capacidad, además, no solo se centraron en enfrentarse a las situaciones temidas, sino que también integraron la aceptación activa de éstas y el compromiso con comportamientos propios de sus valores. De esta manera, aprendió que es posible realizar acciones importantes para él, incluso mientras experimenta malestar.

Para implementar estos ejercicios de exposición, se trabajó con JSP en la creación de una jerarquía de miedos y situaciones de evitación, todo ello en el marco de sus metas y valores personales. Estos ejercicios de exposición se presentaron como una extensión lógica de las habilidades de defusión y atención plena que ya había practicado y consolidado previamente en la terapia. De esta forma, JSP pudo aprender a manejarse en situaciones temidas de una manera más flexible y coherente con sus valores y objetivos de vida.

JSP expresó sentirse menos afectado por los delirios y percibía que tenía las herramientas necesarias para manejar los episodios cuando se presentaban. Era capaz de analizar críticamente estos episodios utilizando las estrategias aprendidas. Además, reconocía una disminución de los síntomas depresivos.

Además, en la fase final de la terapia, JSP tomó la decisión consciente de retomar sus estudios de ingeniería informática. Aunque este retorno a la vida académica inicialmente aumentó sus contenidos intrusivos, especialmente cuando se veía en la necesidad de interactuar con sus compañeros y profesores, el compromiso con su educación terminó siendo una fuente de realización personal. JSP optó por mantenerse firme en su decisión y seguir adelante con sus estudios, y conforme pasaba el tiempo, notó una reducción notable en la frecuencia de sus episodios. Su persistencia en este entorno académico, a pesar de los desafíos iniciales, refleja un avance significativo en su capacidad para gestionar y superar el episodio psicótico.

Al iniciar la duodécima sesión se llevó a cabo la evaluación final.

### *Seguimientos*

Durante las sesiones de seguimiento llevadas a cabo a los dos y cuatro meses después de finalizar la terapia, JSP compartió sus experiencias y reflexiones sobre el periodo post-terapia, destacando los momentos en los que fue capaz de aplicar con éxito las técnicas de defusión y atención plena en situaciones que

anteriormente le habrían causado gran angustia. También habló sobre cómo las estrategias de aceptación y compromiso le habían permitido mantenerse centrado en sus metas y valores, incluso en momentos de dificultad.

JSP había logrado mantener y consolidar los cambios positivos alcanzados durante la terapia, y continuaba utilizando las herramientas proporcionadas en su vida cotidiana. Esto se reflejó en su mejoría en áreas como la gestión de la ansiedad, la reducción de la evitación conductual y el aumento de la participación en actividades significativas.

## Resultados

En la tabla 3 se presentan los resultados alcanzados por el paciente en los diferentes puntos de medición a lo largo de la intervención, abarcando los tres instrumentos. Es notorio el descenso sostenido en todas las puntuaciones, desde la fase de pretratamiento hasta el segundo seguimiento.

Por otro lado, la figura 1 ilustra de manera clara la tendencia decreciente de las puntuaciones en las tres variables evaluadas a lo largo de las distintas fases de la intervención. Esto permite visualizar el progreso y las mejoras obtenidas en el transcurso del tratamiento.

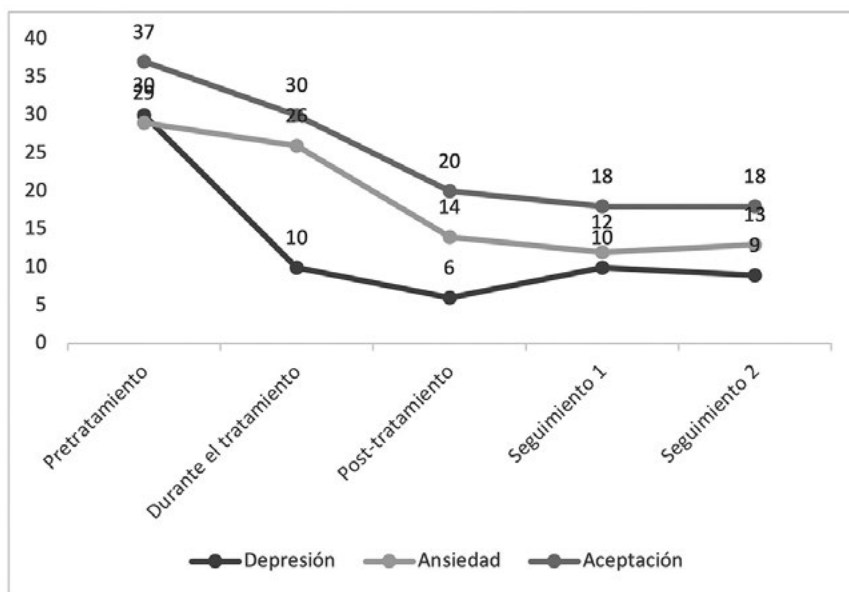
**Tabla 3.** Puntuaciones obtenidas en los instrumentos en las fases del tratamiento

Variable	Puntuación obtenida				
	Pretratamiento	Durante el tratamiento	Post-tratamiento	1º seguimiento	2º seguimiento
BDI-II	30	10	6	10	9
BAI	29	26	14	12	13
AAQ-II	37	30	20	18	18

Para evaluar la significación estadística del cambio individual del paciente, se deben de calcular dos puntuaciones: en primer lugar, un punto de corte (C) que el paciente tiene que alcanzar para poder pasar de una clasificación dentro de la población clínica a una clasificación dentro de los valores medios para la población general (Sanz y García-Vera, 2015). Para ello, se utiliza el método de Jacobson y Truax (1991) en donde DTn y Mn hacen referencia a la desviación típica y la media de la población general y DTp y Mp a la desviación y media de la población clínica.

En segundo lugar, siguiendo el mismo método de Jacobson y Truax (1991) y una vez establecido el punto C, se tiene que calcular el índice de cambio fiable (RCI, por sus siglas en inglés). Esto implica estimar si el cambio observado en las puntuaciones no se debe a su error de medida, sino que muestran un cambio fiable, es decir, un cambio real en su sintomatología.

En donde sdif hace referencia al error típico de la diferencia entre dos puntuaciones del instrumento, el cual depende de su error típico de medida (se). Se se mide conociendo Sx (desviación típica de la población clínica) y rxx (la fiabilidad del instrumento aplicado a Población clínica). De tal forma que un RCI por encima de 1.96 hará referencia a un cambio real ( $p < .05$ ) en el paciente. Por tanto, una modificación en las puntuaciones por

**Figura 1.** Evolución de las puntuaciones a lo largo de las fases de la intervención

encima de ese valor aseguraría que no es debida a los errores de medida del instrumento. Teniendo esto en cuenta, se elabora la tabla 4 mostrando los puntos de corte y los RCI para cada uno de los instrumentos utilizados durante esta intervención.

**Tabla 4.** Índice de cambio confiable y puntos de corte

Medida e indicador	Estado probable del paciente			
	Recuperado	Mejorado	Sin cambios	Empeorado
BDI-II RCI	Disminución en el BDI-II $\geq 10$ puntos	Disminución en el BDI-II $\geq 10$ puntos	Cambio en el BDI-II $< 10$ puntos	Aumento en el BDI-II $\geq 10$ puntos
Punto de corte entre funcional y disfuncional	Puntuación en el BDI-II $< 14$	Puntuación en el BDI-II $\geq 14$		
BAI RCI	Disminución en el BAI $\geq 10$ puntos	Disminución en el BAI $\geq 10$ puntos	Cambio en el BAI $< 10$ puntos	Aumento en el BAI $\geq 10$ puntos
Punto de corte entre funcional y disfuncional	Puntuación en el BAI $< 14$	Puntuación en el BAI $\geq 14$		
AAQ-II RCI	Disminución en el AAQ-II $\geq 7$ puntos	Disminución en el AAQ-II $\geq 7$ puntos	Cambio en el AAQ-II $< 7$ puntos	Aumento en el AAQ-II $\geq 7$ puntos
Punto de corte entre funcional y disfuncional	Puntuación en el AAQ-II $< 26$	Puntuación en el AAQ-II $\geq 26$		

Nota. RCI = Índice de Cambio Fiable.

Tras haber examinado detenidamente la tabla 4 se presenta la tabla 5 para profundizar en el análisis de los resultados. Esta tabla presenta información sobre el cambio individual del paciente en los tres instrumentos.

En el caso del BDI-II, se registra un RCI de 21, superando el punto de corte establecido en 14, lo que sitúa al paciente en la categoría de “recuperado”. De manera similar, en el BAI, el paciente obtiene un RCI de 16, excediendo el punto de corte de 14 y resultando nuevamente en una clasificación de “recuperado”. En lo que respecta al AAQ-II, se alcanza un RCI de 19, y a pesar de tener un punto de corte relativamente más alto, situado en 26, el paciente es igualmente categorizado como “recuperado”.

**Tabla 5.** *Aproximación estadística a la significación clínica de los cambios terapéuticos de los tres instrumentos utilizados*

Instrumento	Indicador	Puntuación obtenida	Estado probable del paciente
BDI-II	RCI	21	Recuperado
	Punto de corte	14	
BAI	RCI	16	Recuperado
	Punto de corte	14	
AAQ-II	RCI	19	Recuperado
	Punto de corte	26	

Nota. RCI = Índice de Cambio Fiable.

## Discusión

La ACT emerge como una opción terapéutica prometedora en el manejo de los trastornos psicóticos, destacándose por su enfoque transdiagnóstico (Cramer et al., 2016; Jansen et al., 2020; McGlanaghy et al., 2021; Tonarelli y Pasillas, 2016). Esta terapia dirige su atención hacia factores comunes que subyacen a una amplia variedad de manifestaciones psicopatológicas, proporcionando así un marco de tratamiento adecuado para enfrentar la complejidad inherente a los trastornos psicóticos (Dindo et al., 2017; Wilson et al., 2020).

En línea con esta perspectiva, el caso presentado se ha centrado en profundizar en la comprensión de cómo la ACT puede ser aplicada en las fases iniciales de los trastornos psicóticos. En estas fases, resulta importante considerar la comorbilidad, ya que tanto la sintomatología ansiosa y depresiva son estados habituales en la psicosis incipiente (Wilson et al., 2020). Esto ha sido evidente en el presente caso, donde se han observado complicaciones concurrentes que reflejan esta realidad clínica.

La estrategia terapéutica implementada se distanció de los enfoques convencionales que priorizan la disminución casi exclusiva de los síntomas psicóticos como indicador preeminente de éxito en el tratamiento (Wakefield et al., 2018). En lugar de ello, se adoptó una visión adaptada al individuo, coherente con los principios de ACT. Desde esta perspectiva conductual, se fomentó la aceptación de experiencias internas perturbadoras y el compromiso activo con comportamientos que se alinean con los valores personales del paciente. Reconocien-



do así que la mejora en la calidad de vida y en el bienestar integral del individuo son objetivos terapéuticos igual de vitales que la reducción de los síntomas psicóticos (Reininghaus et al., 2019).

La evaluación de la recuperación del paciente, basada en el índice de cambio fiable y los puntos de corte establecidos para cada instrumento, reflejó una mejoría clínicamente significativa y situó al paciente en un estado de probable recuperación. Este resultado pudiera entenderse como un indicador de la efectividad de la intervención, pero también resalta la importancia de considerar diversas dimensiones de cambio, más allá de la sintomatología. Esto incluye aspectos como el funcionamiento general del paciente, su participación en la vida diaria y su capacidad para vincularse con sus valores personales.

Esta orientación terapéutica facilitó enfrentar las complejidades inherentes a los delirios de referencia y persecución, así como las dificultades relacionadas con la ansiedad y el estado de ánimo. Al integrar estrategias centradas en la reducción de la evitación experiencial y la promoción de la atención plena, se logró potenciar en el paciente habilidades para el afrontamiento y la aceptación. Esto no solo favoreció una adaptación más positiva a los desafíos diarios y un notable incremento en su rendimiento en diversas áreas de la vida, sino que también, a través de la atención plena, se le enseñó a mantener una distancia psicológica segura de sus pensamientos y emociones. De este modo, se logró atenuar el impacto disruptivo de los delirios y aliviar la carga de la angustia emocional, contribuyendo así a un estado de bienestar más estable y duradero.

Otra cuestión que se extrae de este estudio es que se ha constatado un notable desafío en la tarea de identificar los valores del participante, un fenómeno previamente documentado por Jansen y Morris (2017). En consecuencia, se sugiere incorporar estrategias especializadas desde las etapas iniciales del proceso terapéutico para facilitar la identificación y el reconocimiento de los valores personales del individuo. Dentro de estas estrategias se incluye el uso de listas de valores o técnicas narrativas, que permiten al paciente señalar aquellos valores que más resonancia tienen con su esencia (Harris, 2021). Esta aproximación busca clarificar y traer al frente del escenario terapéutico aquellos valores que guían y dan significado a la vida del individuo.

En este estudio, se implementó un proceso evaluativo, realizando mediciones en cinco momentos, lo que permitió obtener *insights* acerca de la evolución del paciente, contribuyendo a la base de evidencia sobre la eficacia de la ACT en el tratamiento de la psicosis incipiente. Sin embargo, se reconocen las limitaciones inherentes a este tipo de investigaciones. Aunque los estudios de caso ofrecen una comprensión de las experiencias individuales, están sujetos a potenciales sesgos del observador, dificultad de generalización y a la singularidad de las circunstancias y el contexto del participante (Kazdin, 2019). Además, la dependencia de los autoinformes utilizados para la evaluación introduce otra posible fuente de sesgo. Tampoco se han utilizado escalas específicas para la psicosis, lo que limita la precisión de la medición del trastorno en este caso. Los seguimientos realizados a los dos y cuatro meses proporcionan una perspectiva sobre la eficacia a corto plazo de la terapia, pero podrían no ser suficientes para determinar la persistencia de los efectos terapéuticos a largo plazo. En el futuro, sería relevante explorar el impacto del contexto familiar en la evolución del tratamiento, un aspecto no abordado en este caso. En consecuencia, los resultados obtenidos deben interpretarse con cautela, teniendo en cuenta estas limitaciones.

## Referencias

- Abella, M., Vila-Badia, R., Serra-Arumí, C., Vallejo-Rius, G., Colomer-Salvans, A., Rolduà-Ros, J., Del Caño-Ortega, N., Butjosa, A., Muñoz-Samons, D., Cuevas-Esteban, J., Profep, G. y Usall, J. (2023). The relevance of processing speed in the functioning of people with first-episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 160, 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.02.014>
- Alessandrini, M., Lançon, C., Fond, G., Faget-Agius, C., Richieri, R., Faugere, M., Metairie, E., Boucekine, M., Llorca, P.-M., Auquier, P. y Boyer, L. (2016). A structural equation modelling approach to explore the determinants of quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 171(1–3), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.012>
- Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R. y Kinderman, P. (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>

- Amoretti, S., Rosa, A. R., Mezquida, G., Cabrera, B., Ribeiro, M., Molina, M., Bioque, M., Lobo, A., González-Pinto, A., Fraguas, D., Corripio, I., Vieta, E., de la Serna, E., Morro, L., Garriga, M., Torrent, C., Cuesta, M. J., Bernardo, M. y PEPs Group. (2022). The impact of cognitive reserve, cognition and clinical symptoms on psychosocial functioning in first-episode psychoses. *Psychological Medicine*, 52(3), 526–537. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002226>
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., González, N., Parrabera, S., Sanjuan, J., Serrano, A., Vieta, E., Lennox, B. R. y Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.001>
- Avery, S. N., Armstrong, K., McHugo, M., Vandekar, S., Blackford, J. U., Woodward, N. D. y Heckers, S. (2021). Relational memory in the early stage of psychosis: A 2-year follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 47(1), 75–86. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa081>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R. y Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588–597.
- Bellack, A. S. (1986). Schizophrenia: Behavior therapy's forgotten child. *Behavior Therapy*, 17(3), 199–214. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(86\)80051-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(86)80051-X)
- Bermeo-Méndez, J., Ocaña-Servín, H., Vázquez-Alvarez, N. M. y Tlatoa-Ramírez, H. M. (2015). Tratamiento de la esquizofrenia en el primer episodio psicótico. Revisión de la literatura. *Medicina e Investigación*, 3(1), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.mei.2015.02.013>
- Bloy, S., Morris, E. M. J., Johns, L. C., Cooke, A. y Oliver, J. E. (2021). “My voices are just part of me, they don't own me”: a qualitative investigation of Acceptance and Commitment Therapy groups for people experiencing psychosis. *Psychosis*, 13(3), 195–208. <https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1870542>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bora, E., Yalincetin, B., Akdede, B. B. y Alptekin, K. (2018). Duration of untreated psychosis and neurocognition in first-episode psychosis: A metaanalysis. *Schizophrenia Research*, 193, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.021>
- Bouws, J., Henrard, A., de Koning, M., Schirmbeck, F., van Ghesel Grothe, S., van Aubel, E., Reininghaus, U., de Haan, L. y Myin-Germeys, I. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for individuals at risk for psychosis or with a first psychotic episode: A qualitative study on patients' perspectives. *Early Intervention in Psychiatry*, 18(2), 122–131. <https://doi.org/10.1111/eip.13442>
- Cabrera, S. A. S., Michel, C. y Cruzado, L. (2017). Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: una breve revisión. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 80(1), 42. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3059>
- Chan, V. (2017). Schizophrenia and psychosis: Diagnosis, current research trends, and model treatment approaches with implications for transitional age youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 341–366. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.014>
- Correll, C. U. y Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519–534. <https://doi.org/10.2147/ndt.s225643>
- Courvoisie, H., Labellarte, M. J. y Riddle, M. A. (2001). Psychosis in children: diagnosis and treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 3(2), 79–92. <https://doi.org/10.31887/dcns.2001.3.2/hcourvoisie>
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J. y Dobos, G. (2016). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: A systematic review and metaanalysis. *Global Advances in Health and Medicine*, 5(1), 30–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.083>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G. y Kuyken, W. (2017).

- What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47(6), 990–999. <https://doi.org/10.1017/s0033291716003317>
- Dindo, L., Van Liew, J. R. y Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics: The Journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, 14(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., Tenhula, W. N., Calmes, C., Pasillas, R. M., Peer, J., Kreyenbuhl, J. y Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48–70. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp115>
- Domenech, C., Bernasconi, C., Moneta, M. V., Nordstroem, A. L., Cristobal-Narvaez, P., Vorstenbosch, E., Cobo, J., Ochoa, S. y Haro, J. M. (2019). Health-related quality of life associated with different symptoms in women and in men who suffer from schizophrenia. *Archives of Women's Mental Health*, 22(3), 357–365. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0896-0>
- Dziwota, E., Stepulak, M., Włoszczak-Szubzda, A. y Olajossy, M. (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*, 25(1), 50–55. <https://doi.org/10.5604/12321966.1233566>
- Eaton, S., Harrap, B., Downey, L., Thien, K., Bowtell, M., Bardell-Williams, M., Ratheesh, A., McGorry, P. y O'Donoghue, B. (2019). Incidence of treated first episode psychosis from an Australian early intervention service and its association with neighbourhood characteristics. *Schizophrenia Research*, 209, 206–211. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.04.017>
- Fekadu, A., Medhin, G., Lund, C., DeSilva, M., Selamu, M., Alem, A., Asher, L., Birhane, R., Patel, V., Hailemariam, M., Shibre, T., Thornicroft, G., Prince, M. y Hanlon, C. (2019). The psychosis treatment gap and its consequences in rural Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 19(1), Artículo e325. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2281-6>
- Fonseca-Pedrero, E. (Coordinador) (2019). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Pirámide.
- Fusar-Poli, P., McGorry, P. D. y Kane, J. M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 251–265. <https://doi.org/10.1002/wps.20446>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Correll, C. U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M. J., Borgwardt, S., Galderisi, S., Bechdolf, A., Pfennig, A., Kessing, L. V., van Amelsvoort, T., Nieman, D. H., Domschke, K., Krebs, M.-O., Koutsouleris, N., McGuire, P., Do, K. Q. y Arango, C. (2020). Prevention of psychosis: Advances in detection, prognosis, and intervention. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 755–765. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4779>
- Grover, S., Chakrabarti, S., Kulhara, P. y Avasthi, A. (2017). Clinical practice guidelines for management of schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(Suppl 1), S19–S33. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196972>
- Guajardo, V. D., Terroni, L., Sobreiro, M. de F. M., Zerbini, M. I. dos S., Tinone, G., Scaff, M., Iosifescu, D. V., de Lucia, M. C. S. y Fráguas, R. (2015). The influence of depressive symptoms on quality of life after stroke: a prospective study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association*, 24(1), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.08.020>
- Haddad, P. y Correll, C. U. (2018). The acute efficacy of antipsychotics in schizophrenia: a review of recent meta-analyses. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(11), 303–318. <https://doi.org/10.1177/2045125318781475>
- Haro, J. M., Altamura, C., Corral, R., Elkis, H., Evans, J., Malla, A., Krebs, M.-O., Zink, M., Bernasconi, C., Lalonde, J. y Nordstroem, A.-L. (2015). Understanding the impact of persistent symptoms in schizophrenia: Cross-sectional findings from the Pattern study. *Schizophrenia Research*, 169(1–3), 234–240. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.001>
- Harris, R. (2021). *Hazlo Simple*. Obelisco.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (Vol. 6). Guilford Press.

- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>
- Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S. y Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 215, 25–37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016>
- Jansen, J. E. y Morris, E. M. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder in early psychosis: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(2), 187–199. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.04.003>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3–17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M. F., Young, A. S., Degenhardt, A. y Hong, S. (2020). The American psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 177(9), 868–872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A. y Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.055>
- Law, H., Carter, L., Sellers, R., Emsley, R., Byrne, R., Davies, L., French, P., Haddad, P. M., Pitt, E., Pyle, M., Shiers, D., Yung, A. R. y Morrison, A. P. (2017). A pilot randomised controlled trial comparing antipsychotic medication, to cognitive behavioural therapy to a combination of both in people with psychosis: rationale, study design and baseline data of the COMPARE trial. *Psychosis*, 9(3), 193–204. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1316302>
- Lecomte, T., Corbière, M., Simard, S. y Leclerc, C. (2014). Merging evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia. *Behavioral Sciences*, 4(4), 437–447. <https://doi.org/10.3390/bs4040437>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165–166), 3-14. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Ludwig, L., Werner, D. y Lincoln, T. M. (2019). The relevance of cognitive emotion regulation to psychotic symptoms - A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 72, Artículo e101746. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101746>
- Mei, C., van der Gaag, M., Nelson, B., Smit, F., Yuen, H. P., Berger, M., Krcmar, M., French, P., Amminger, G. P., Bechdolf, A., Cuijpers, P., Yung, A. R. y McGorry, P. D. (2021). Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 86, Artículo e102005. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102005>
- McCleery, A. y Nuechterlein, K. H. (2019). Cognitive impairment in psychotic illness: prevalence, profile of impairment, developmental course, and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 239–248. <https://doi.org/10.31887/dens.2019.21.3/amccleery>
- McGlanaghy, E., Turner, D., Davis, G. A., Sharpe, H., Dougall, N., Morris, P., Prentice, W. y Hutton, P. (2021). A network meta-analysis of psychological interventions for schizophrenia and psychosis: Impact on symptoms. *Schizophrenia Research*, 228, 447–459. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.036>
- McGlashan, T. H. (1983). Intensive individual psychotherapy of schizophrenia. A review of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 40(8), 909–920. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790070099013>
- McGorry, P. D., Killackey, E. y Yung, A. R. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *The Medical Journal of Australia*, 187(S7), 8-10. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01327.x>
- McGorry, P. D., Mei, C., Hartmann, J., Yung, A. R. y Nelson, B. (2021). Intervention strategies for ultra-high risk for psychosis: Progress in delaying the onset and reducing the impact of first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 228, 344–356. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.026>
- McGorry, P.D., Johannesssen, J. O., Lewis, S., Birchwood, M., Malla, A., Nordentoft, M., Addington, J. y Yung,



- A. (2010). Early intervention in psychosis: keeping faith with evidence-based health care: A commentary on: 'Early intervention in psychotic disorders: faith before facts?' by Bosanacet al. *Psychological Medicine*, 40(3), 399–404. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991346>
- Moritz, S., Klein, J. P., Lysaker, P. H. y Mehl, S. (2019). Metacognitive and cognitivebehavioral interventions for psychosis: new developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 309–317. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/smoritz>
- Morris, E. M. J., Johns, L. C. y Gaudiano, B. A. (2023). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1111/papt.12479>
- Morrison, A. P. (2017). A manualised treatment protocol to guide delivery of evidencebased cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials. *Psychosis*, 9(3), 271–281. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1295098>
- Morrison, A. P., Law, H., Carter, L., Sellers, R., Emsley, R., Pyle, M., French, P., Shiers, D., Yung, A. R., Murphy, E. K., Holden, N., Steele, A., Bowe, S. E., Palmier-Claus, J., Brooks, V., Byrne, R., Davies, L. y Haddad, P. M. (2018). Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study. *The Lancet. Psychiatry*, 5(5), 411–423. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30096-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30096-8)
- Mueser, K. T., DeTore, N. R., Kredlow, M. A., Bourgeois, M. L., Penn, D. L. y Hintz, K. (2020). Clinical and demographic correlates of stigma in first-episode psychosis: the impact of duration of untreated psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(2), 157–166. <https://doi.org/10.1111/acps.13102>
- Pascual, J. P. C., Talavera, G. G. y Vives, J. G. (2023). Primer episodio psicótico. *Medicine*, 13(86), 5057–5068. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.019>
- Patel, V., Xiao, S., Chen, H., Hanna, F., Jotheeswaran, A. T., Luo, D., Parikh, R., Sharma, E., Usmani, S., Yu, Y., Druss, B. G. y Saxena, S. (2016). The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China. *Lancet*, 388(10063), 3074–3084. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00160-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00160-4)
- Peralta, V., Moreno-Izco, L., Calvo-Barrena, L. y Cuesta, M. J. (2013). The low- and higher-order factor structure of symptoms in patients with a first episode of psychosis. *Schizophrenia Research*, 147(1), 116–124. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.03.018>
- Pittman, J., Richardson, T. y Palmer-Cooper, E. (2024). The relationship between psychosis and psychological flexibility and other acceptance and commitment therapy processes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, Artículo e100800. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100800>
- Polari, A., Lavoie, S., Yuen, H.P., Amminger, P., Berger, G., Chen, E., deHaan, L., Hartmann, J., Markulev, C., Melville, F., Nieman, D., Nordentoft, M., Riecher-Rössler, A., Smesny, S., Stratford, J., Verma, S., Yung, A., McGorry, P. y Nelson, B. (2018). Clinical trajectories in the ultra-high risk for psychosis population. *Schizophrenia Research*, 197, 550–556. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.01.022>
- Raballo, A., Poletti, M. y Preti, A. (2020). Attenuated psychosis syndrome or pharmacologically attenuated first-episode psychosis?: An undesirably widespread confounder: An undesirably widespread confounder. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1213–1214. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1634>
- Reininghaus, U., Klippel, A., Steinhart, H., Vaessen, T., van Nierop, M., Viechtbauer, W., Batink, T., Kasanova, Z., van Aabel, E., van Winkel, R., Marcelis, M., van Amelsvoort, T., van der Gaag, M., de Haan, L. y Myin-Germeys, I. (2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life (ACT-DL) in early psychosis: study protocol for a multi-centre randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), Artículo e769. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3912-4>
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25, 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Samuel, R., Thomas, E. y Jacob, K. S. (2018). Instrumental activities of daily living dysfunction among people with schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(2), 134–138. <https://doi.org/10.4103/ijpsym.ijpsym.308.17>

- Sanz, J., Perdígón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.
- Strassnig, M. T., Raykov, T., O’Gorman, C., Bowie, C. R., Sabbag, S., Durand, D., Patterson, T. L., Pinkham, A., Penn, D. L. y Harvey, P. D. (2015). Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. *Schizophrenia Research*, 165(1), 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.033>
- Taylor, M. y Perera, U. (2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management - an evidence-based guideline? *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 206(5), 357-359. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.155945>
- Tonarelli, S. B. y Pasillas, R. (2016). Acceptance and commitment therapy compared to treatment as usual in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatry*, 19(03). <https://doi.org/10.4172/2378-5756.1000366>
- Turner, D. T., Burger, S., Smit, F., Valmaggia, L. R. y van der Gaag, M. (2020). What constitutes sufficient evidence for case formulation-driven CBT for psychosis? Cumulative meta-analysis of the effect on hallucinations and delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 46(5), 1072-1085. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa045>
- Uptegrove, R., Marwaha, S. y Birchwood, M. (2017). Depression and schizophrenia: Cause, consequence or trans-diagnostic issue? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 240-244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw097>
- Van der Gaag, M., van den Berg, D. y Ising, H. (2019). CBT in the prevention of psychosis and other severe mental disorders in patients with an at-risk mental state: A review and proposed next steps. *Schizophrenia Research*, 203, 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.018>
- Varese, F., Morrison, A. P., Beck, R., Heffernan, S., Law, H. y Bentall, R. P. (2016). Experiential avoidance and appraisals of voices as predictors of voice-related distress. *The British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 320-331. <https://doi.org/10.1111/bjc.12102>
- Wakefield, S., Roebuck, S. y Boyden, P. (2018). The evidence base of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.001>
- Weintraub, M. J., Hall, D. L., Carbonella, J. Y., Weisman de Mamani, A. y Hooley, J. M. (2017). Integrity of literature on expressed emotion and relapse in patients with schizophrenia verified by a p-curve analysis. *Family Process*, 56(2), 436-444. <https://doi.org/10.1111/famp.12208>
- Wilson, R. S., Yung, A. R. y Morrison, A. P. (2020). Comorbidity rates of depression and anxiety in first episode psychosis: A systematic review and metaanalysis. *Schizophrenia Research*, 216, 322-329. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.035>
- Zhu, Y., Li, C., Huhn, M., Rothe, P., Krause, M., Bighelli, I., Schneider-Thoma, J. y Leucht, S. (2017). How well do patients with a first episode of schizophrenia respond to antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 27(9), 835-844. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.06.011>

Artículo recibido: 12/07/2024

Artículo aceptado: 27/02/2025