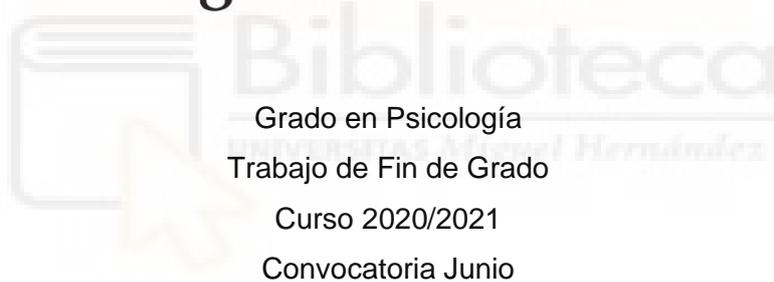




**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2020/2021  
Convocatoria Junio

**Modalidad.** Revisión sistemática.

**Título.** Terapia Centrada en Compasión para la psicosis: Una revisión de estudios.

**Autor.** Marina Almada Rodríguez

**Tutor:** M<sup>a</sup> Virtudes Pérez Jover

Elche a 4 de junio de 2021

## ÍNDICE

Resumen.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MÉTODO.....	7
3. RESULTADOS.....	9
4. DISCUSIÓN.....	24
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
Figura 1.....	9
Tabla 1.....	11
Tabla 2.....	17

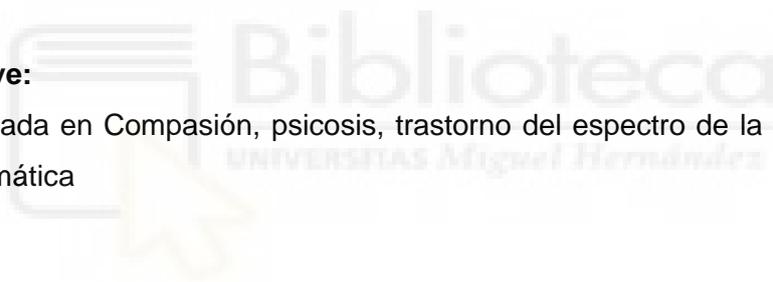


## Resumen

El afecto en psicosis se considera paradójico, puesto que simultáneamente se produce hipersensibilidad a la amenaza y embotamiento afectivo (Aleman y Kahn, 2005). Desde el marco teórico de la Terapia Centrada en Compasión se postula la existencia de tres sistemas de regulación del afecto: amenaza, logro y calma (Gilbert, 2009). Esta terapia pretende regular estos sistemas a través de la compasión. El objetivo del presente artículo es hacer una revisión sistemática de la evidencia empírica de la Terapia Centrada en Compasión en psicosis. Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica, en las bases de datos Web of Science, Proquest, Scopus y PsycInfo, se seleccionaron los cinco estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados sugieren efectividad en la sintomatología depresiva, pero no hay acuerdo respecto a la efectividad en autocompasión y autocrítica, elementos centrales en este enfoque terapéutico, así como tampoco se mostró efectiva para la reducción de sintomatología psicótica. La Terapia Centrada en Compasión para la psicosis muestra resultados prometedores, pero requiere de una mayor evidencia empírica.

### Palabras clave:

Terapia Centrada en Compasión, psicosis, trastorno del espectro de la esquizofrenia, revisión sistemática



## 1. INTRODUCCIÓN

En la Terapia Centrada en Compasión (CFT) se concibe la desregulación afectiva como el núcleo central de la psicosis y, por ende, sitúa la recuperación emocional como un componente esencial e indispensable para la recuperación de los trastornos de este espectro (Gumley et al., 2010a).

Los trastornos psicóticos abarcan las dimensiones psicopatológicas siguientes: positiva, que incluye alucinaciones e ideas delirantes; negativa, que hace referencia a déficits en la actividad como alogia, abulia o anhedonia; cognitiva, afectando a memoria, atención y funciones ejecutivas; desorganizada, que hace referencia a pensamiento, discurso y comportamiento, y afectiva, que engloba sintomatología depresiva y maniaca (van Os y Kapur, 2009; Velazco et al., 2018). Desde el enfoque terapéutico de la CFT, la dimensión afectiva, así como el aplanamiento afectivo, se señalan como el foco en el que centrar la intervención.

Este modelo terapéutico postula, con base en hallazgos evolutivos y neurocientíficos (Depue y Morrone-Strupinsky, 2005), la existencia de tres sistemas de regulación del afecto: amenaza, logro y calma. La función del sistema de amenaza sería la detección de estímulos potencialmente dañinos y la activación de sentimientos de alerta que motivan a la acción de protección, el sistema de logro estaría dirigido a la consecución de metas y recursos importantes, y el sistema de calma estaría asociado a sensaciones de paz y bienestar, y se activaría cuando el organismo no se está enfrentando, o tiene recursos para enfrentarse a las amenazas (Gilbert, 2001).

En la psicosis, el afecto, foco principal de este modelo terapéutico, resulta paradójico puesto que, de manera simultánea al aplanamiento afectivo parte de la sintomatología negativa, se produce un exceso de emoción asociado a la hipersensibilidad a la amenaza (Aleman y Kahn, 2005). Se ha hallado evidencia de determinadas experiencias vitales que podrían estar detrás de dicha hipersensibilidad y limitar el desarrollo del sistema de calma (Cozolino, 2007), como la negligencia o el abuso sexual infantil (Read et al., 2005), la crianza basada en el control en ausencia de calidez (Read and Gumley, 2008) y la pérdida temprana de un progenitor (Morgan et al., 2007), entre otras, en las que el factor común es la ausencia de experiencias de seguridad en las relaciones tempranas (Liotti and Gumley, 2009).

A su vez, el desarrollo de la psicosis conlleva nuevas amenazas, internas y externas, como estigma (Gumley, 2007), culpa, vergüenza (Turner et al., 2013), autoataque y autocrítica, frecuentemente ligada al contenido de delirios y alucinaciones (Connor y Birchwood, 2013), que se ven incrementadas ante la recurrencia (Gumley et al., 2010a). Un análisis fenomenológico (Waite et al., 2015), halló una relación bidireccional entre autocrítica y psicosis, en la que la psicosis desencadenaba autocrítica, y la autocrítica contribuía a la persistencia de la psicosis.

La vergüenza y la autocrítica se consideran, desde el enfoque de la CFT, factores transdiagnósticos que aumentan la vulnerabilidad a diferentes trastornos, exacerbando los síntomas y aumentan el riesgo de recaída (Gilbert y Irons, 2005; Zuroff et al., 2005). La CFT fue diseñada precisamente para personas con altos niveles de estas emociones, que presentan dificultades para acceder a procesos afiliativos y al sistema de calma. Así, dadas las características afectivas de este espectro de trastornos, la CFT se presenta como una opción terapéutica apropiada para la psicosis. Se propone, desde este enfoque, la estimulación del sistema de calma a través de la compasión y autocompasión (Gilbert, 2009; Gilbert, 2010).

La CFT, que recibe influencias del budismo, la neurociencia, la teoría del apego y la psicología social y evolutiva (Gilbert, 2009; Gilbert, 2014), define la compasión acorde a la tradición budista, en que se concibe como la motivación de atender y ser sensible al sufrimiento propio y ajeno, y al compromiso de tratar de aliviarlo y prevenirlo (Dalai Lama, 2001; Gilbert, 2014) e incluye sentimientos, pensamientos y comportamientos dirigidos a proteger, guiar, cuidar, calmar, ofrecer sentimientos de aceptación y pertenencia, tanto a otras personas como a uno mismo (Gilbert, 2010).

Diferentes estudios y revisiones han evidenciado la importancia clínica de la autocompasión. Un metaanálisis que halló una correlación de gran magnitud entre altos niveles de autocompasión y menor ansiedad, depresión y estrés (Macbeth y Gumley, 2012). Una reciente revisión sistemática encontró, a su vez, una relación negativa entre autocompasión y autolesión, ideación y conducta suicida (Cleare et al., 2019). En psicosis, la autocompasión correlaciona con menor sintomatología psicótica, hostilidad y malestar emocional (Eicher et al., 2013).

Los atributos compasivos, y autocompasivos, que se pretenden entrenar desde este enfoque son el cuidado del bienestar, la sensibilidad a sentimientos y necesidades, la simpatía, la empatía, la tolerancia al estrés y el no-juicio (Gilbert, 2009; Gilbert, 2010), a

través de diversas técnicas con base en la CFT y aplicadas mediante el programa de Entrenamiento en Mente Compasiva (CMT) (Gilbert y Irons, 2005; Gilbert y Procter, 2006). Algunas de estas son la imaginería compasiva, como el “espacio seguro” o la respiración (Gilbert y Irons, 2005). Se trata de experimentar lo que podría ser desarrollar un yo compasivo, a través de diferentes técnicas de respiración, postura, imaginación, recuerdo y actuación (Cannon, 2012).

La efectividad de la CFT se encuentra en una fase de investigación inicial y ha sido objeto de diferentes revisiones y metaanálisis. Se ha hallado evidencia de reducciones en depresión (Leaviss y Uttley, 2015) y mayor efectividad en reducción de psicopatología que el no tratamiento o tratamiento habitual en trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad y trastornos psicóticos (Craig et al., 2020).

Desde que se comenzara a aplicar en el tratamiento de la psicosis (Beck, 1952), la terapia cognitivo-conductual ha sido influida por las aportaciones de otros enfoques terapéuticos, como la Terapia de Aceptación y Compromiso, las Terapias Basadas en Mindfulness, la Terapia Metacognitiva y el Entrenamiento en Mente Compasiva (Tai y Turkington, 2009). Algunas de las aportaciones fueron señalar la necesidad de considerar el papel de factores como la emoción (Freeman y Garety, 2003), el apego (Macbeth et al., 2008) y la relación con uno mismo (Gilbert et al., 2001) en la intervención para la psicosis y su recuperación (Gumley et al., 2010a), o el cuestionamiento de la aplicación de técnicas como la reestructuración cognitiva y los experimentos conductuales para debatir el contenido de delirios y alucinaciones, que desde la CFT se consideran insuficientes. Esta crítica se basa en observaciones de pacientes que, pese a ser capaces de generar alternativas a sus creencias o pensamientos no conseguían sentirse mejor (Rector et al., 2000), puesto que no se aborda el tono emocional de estos (Gilbert, 2010). Así, la CFT se propone como una alternativa terapéutica, que no rechaza, sino que a menudo pone en práctica estrategias y habilidades propias de la terapia cognitivo conductual, aunque en un contexto y de una manera distintivas, en la que se pone el foco en la regulación emocional (Gilbert, 2010).

Aunque se han diseñado programas integradores aplicados a psicosis, en los que se incluyen técnicas de diferentes enfoques, como Aceptación y Compromiso o Mindfulness (Khoury et al., 2015; Martins et al., 2017; Wright et al., 2014), y se han realizado revisiones sistemáticas y metaanálisis analizando conjuntamente la eficacia de estos modelos terapéuticos (Khoury et al., 2013; Louise et al., 2018), la presente revisión sistemática tiene como objetivo analizar los efectos propios de la Terapia

Centrada en Compasión sobre la diferente sintomatología y funcionamiento psicológico de los diferentes trastornos psicóticos.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Estrategia de búsqueda

Los artículos seleccionados para la presente revisión fueron recopilados a través de una búsqueda bibliográfica efectuada en abril de 2021 en las bases de datos Scopus, Web of Science, Proquest y PsycInfo. Se emplearon las palabras clave y operadores booleanos [(‘compassion’ OR ‘compassionate’) AND (‘psychosis’ OR ‘psychotic’ OR ‘schizophrenia’ OR ‘psychoses’) AND (‘intervention’ OR ‘therapy’ OR ‘treatment’ OR ‘program’)] y se seleccionó el campo de búsqueda Resumen, exceptuando Web of Science, cuyo campo de búsqueda Tema incluye también los campos Título y Palabras clave de autor. Se limitó el resultado de búsqueda a artículos y se acotaron las publicaciones de 2000 a abril de 2021.

De manera complementaria, se consultó la literatura gris a través del motor de búsqueda Google empleando las palabras clave anteriormente mencionadas y se realizó una búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas de las publicaciones seleccionadas y de otra bibliografía relevante consultada.

Los datos extraídos de cada artículo incluyeron autor y año, objetivo, diseño, participantes, medidas e instrumentos de evaluación, formato de intervención, intervención y resultados de los estudios.

### 2.2. Selección de estudios

Los criterios de inclusión para esta revisión comprenden: (a) la limitación de la muestra a aquella con un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia, trastorno afectivo con síntomas psicóticos o con una evaluación clínica de Estado mental de alto riesgo”, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario, incluyendo estudios con muestra heterogénea cuyos resultados en la muestra anteriormente indicada se muestren por separado; (b) estudios experimentales, cuasiexperimentales y de casos, incluyendo los estudios piloto; (c) intervenciones basadas en la CFT aplicada tanto individual como colectivamente; y (d) artículos que aporten resultados de la efectividad de la intervención.

Respecto a los criterios de exclusión, se consideran: (a) artículos cuya muestra presenta psicosis subclínica; (b) artículos en los que compasión o compasivo/a hacen referencia a las actitudes, atención o comportamiento de otros hacia la experiencia psicótica (c)

artículos que no aportan resultados (como revisiones bibliográficas, sistemáticas o meta-análisis, protocolos de estudio y artículos teóricos); (d) publicaciones distintas de artículos científicos; (e) intervenciones con componentes de otras terapias en las que la CFT no tiene un papel central; (f) artículos en los que los resultados no son producto de una intervención; y (g) artículos que no aportan resultados cuantitativos o no incorporan su significación estadística.

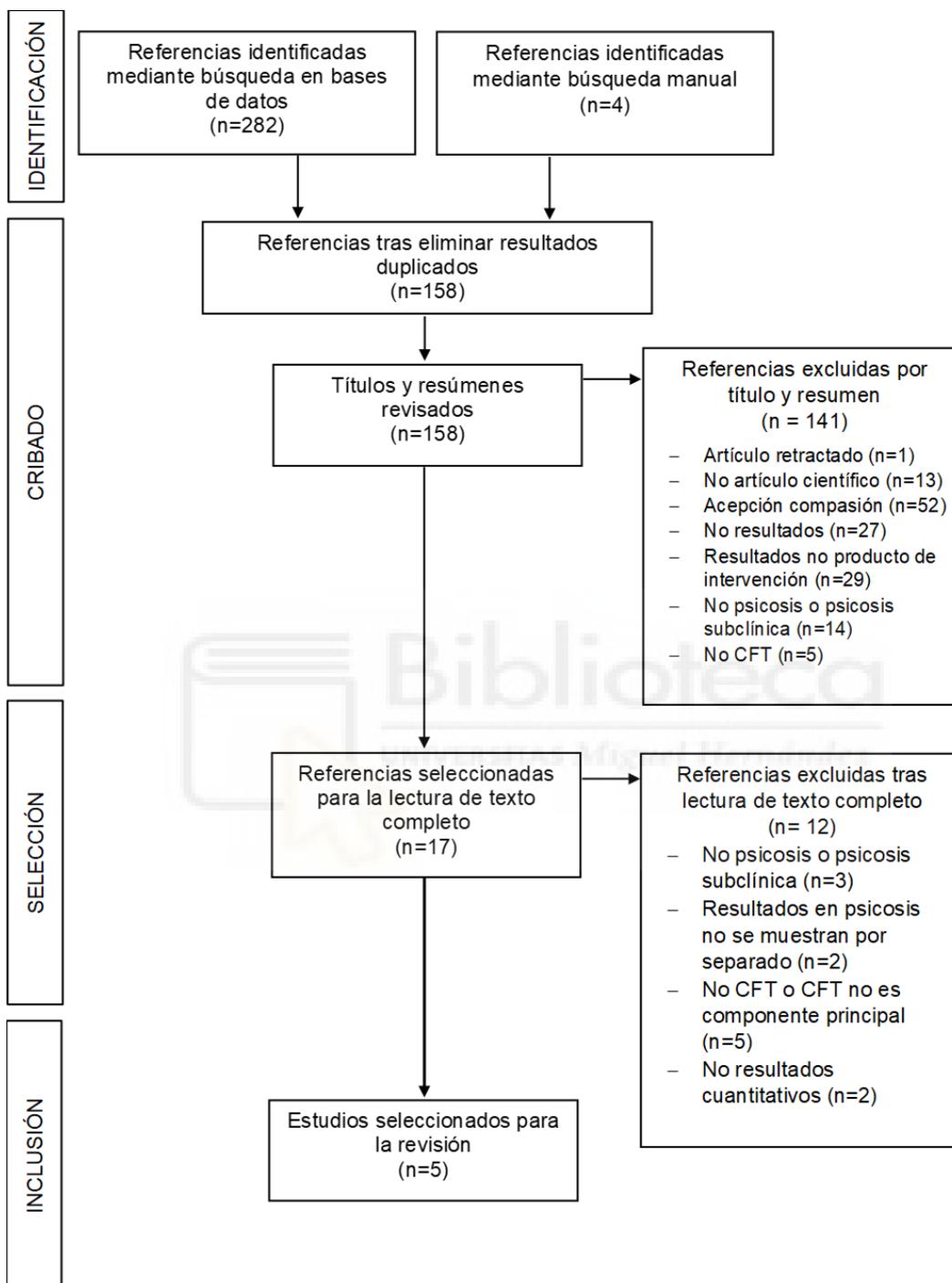
### 2.3. Flujo de búsqueda

Se identificaron 282 resultados iniciales y 128 fueron eliminados por estar duplicados. Asimismo, se encontraron 4 estudios más mediante la búsqueda manual, por lo que 158 resultados fueron analizados por título y resumen para su posterior cribado. Se excluyeron en esta fase 141 estudios por no cumplir los criterios de inclusión, siendo 17 los seleccionados para la lectura de texto completo. Finalmente, 5 artículos fueron seleccionados para ser incluidos en la revisión (Figura 1).



**Figura 1**

*Proceso de selección de los estudios*



### 3. RESULTADOS

#### **Fecha de publicación**

Los estudios incluidos datan del 2009 hasta el 2020 puesto que se trata de una terapia relativamente reciente.

## **Participantes**

Los tamaños muestrales de los estudios seleccionados fluctúan entre 6 y 51 participantes (Cheli et al., 2020; Ascone et al., 2017). Los grupos en los que se aplica la CFT son de entre 17 y 26 participantes (Ascone et al., 2017; Hickey et al., 2020).

Las muestras estuvieron mayoritariamente formadas por hombres, fluctuando del 55% (Braehler et al., 2013) al 100% (Laithwaite et al., 2009), a excepción del estudio llevado a cabo por Hickey et al. (2020), con un 58.8% de mujeres. Únicamente Hickey et al., (2020) incorporó participantes menores de edad y las edades medias fluctuaron entre los diferentes estudios.

Un único estudio incorporó como criterio necesario para la inclusión una sintomatología determinada: el delirio paranoide (Ascone et al., 2017). A excepción del estudio elaborado por Cheli et al. (2020), con participantes diagnosticados en su totalidad de un trastorno psicótico breve, las muestras de los estudios fueron heterogéneas respecto de los diagnósticos que presentaba. Tres de los estudios analizados aceptaron participantes con trastornos afectivos con características psicóticas (Ascone et al., 2017; Braehler et al., 2013; Laithwaite et al., 2009). Hickey et al. (2020) incorporó como criterio de inclusión la categoría clínica Estado mental de alto riesgo, con independencia de presentar un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia del DSM-V (APA, 2014).

Uno de los estudios compuso su muestra exclusivamente de participantes residentes en un hospital de máxima seguridad (Laithwaite et al., 2009), dos incluyeron a participantes en régimen ambulatorio y hospitalario, suponiendo los pacientes en régimen hospitalario 2.5% y un 29.4% (Ascone et al., 2017; Braehler et al., 2013) y dos incluyeron a participantes exclusivamente en régimen ambulatorio (Cheli et al., 2020; Hickey et al., 2020).

## **Objetivo de los estudios**

Los estudios incluidos evaluaron la efectividad de la intervención sobre diferente sintomatología psicopatológica o funcionamiento psicológico. Dos estudios evaluaron, además, aquellos efectos de la intervención mediados por cambios en compasión (Braehler et al., 2013) y autocompasión (Hickey et al., 2020). A su vez, tres de los estudios evaluaron la viabilidad y aceptabilidad de la intervención (Ascone et al., 2017; Braehler et al., 2013; Hickey et al., 2020).

El ensayo elaborado por Ascone et al. (2017) difiere con el resto de los artículos analizados en su objetivo, dado que no es un programa de intervención, sino una técnica propia de la CFT, la imaginería compasiva.

**Tabla 1**

*Autor y año, objetivo, diseño, participantes, instrumentos de evaluación y variables evaluadas.*

<b>Autor y año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Instrumentos de evaluación y variables evaluadas</b>
Ascone et al., 2017	Evaluar la viabilidad, aceptabilidad y efectividad de una intervención breve de imaginación enfocada en compasión sobre variables relativas al self, estados afectivos e ideación paranoide	Ensayo clínico piloto, controlado aleatorizado de simple ciego Aleatorización enmascarada, por bloques GE: Imaginería compasiva GC: Imaginería control Pre: II; Post: FI; No FU	N = 51; H: n=36 M: n=15 GE n=26 Edad media 40.2 GC n=25 Edad media 36.2 AM: n=36, HS: n=15 SC: n=39, SZA: n=4, OPD: n=5, SIPD: n=2, BDPF: n=1	Paranoia Checklist: Ideación paranoide Escalas de adjetivos unipolares: Afecto positivo y negativo SeCS: Autocompasión FSCRS: Autocrítica y autoafirmación Instrumento adhoc cuantitativo y cualitativo: Percepción y beneficio subjetivo de intervención
Braehler et al., 2013	Evaluar la viabilidad, aceptabilidad, beneficio potencial y procesos de cambio de una intervención grupal de CFT para la recuperación de la psicosis en un entorno comunitario	Ensayo clínico piloto, controlado aleatorizado abierto, evaluación ciega por terceros Aleatorización enmascarada, por bloques	N = 40 H: n = 22 M: n = 18 GE n=22 Edad media 43.2 GC n=18 Edad media 40.0 AM=39 HS=1	CGI-I: Mejora global PBIQ-R: Creencias personales sobre la enfermedad FORSE: Miedo a la recurrencia BDI-II: Depresión PANAS: Afecto positivo y negativo

		GE: CFT + TAU GC: TAU Pre: - ; Post: - No FU	SC: n=12, OPD: n=10, SZA: n=5, DPF: n=9, BDPF: n=2, DD: n=2	Recovery Narrative Interview y NRSS: Compasión y evitación
Cheli et al., 2020	Evaluar la efectividad de una intervención en crisis online enfocada en compasión para personas diagnosticadas con trastorno psicótico breve en riesgo de un nuevo episodio psicótico	Estudio piloto, no controlado, informe de serie de casos Evaluación ciega Pre: una semana AI Post: diario DASS-21, FI SCL-90 y WAI No FU	N = 6 M: n=2 H: n=4 AM: n=6 Rango edad 19 - 27 BPD: n = 6 Aún considerados en riesgo	SCL-90-R: Psicopatología general DASS-21: Depresión y ansiedad Entrevista basada en WAI-S-T: Alianza terapéutica
Hickey et al., 2020	Determinar la viabilidad, aceptabilidad, efectos asociados con autocompasión y utilidad clínica potencial de un programa de mindfulness y compasión (MAC-P) diseñado para jóvenes con experiencias psicóticas	Estudio piloto, no controlado Evs. diferentes Post-FU Pre: -; Post: -; FU: 6 semanas	N = 17; M: n=10 H: n=5 NI: n=2 Edad: 15-17 (47%), 18-25 (53%) AM: n=17 EMAR: n=5, BPD actual n=11, BPD pasado: n=1	CAARMS: Estado mental de alto riesgo BPRS: Sintomatología psicótica Global functioning: Social and Role scales: Funcionamiento global DASS-21: Depresión y ansiedad SeCS: Autocompasión FCS: Pensamientos hacia la compasión

				FSCRS: Autocrítica y autoafirmación FFMQ: Habilidades de mindfulness RQ: Estilos de apego
Laithwaite et al., 2009	Evaluar los efectos sobre depresión, autocompasión y búsqueda de ayuda de una intervención grupal para la recuperación de la psicosis basada en CMT en residentes de un hospital de máxima seguridad	Estudio piloto, no controlado Pre: II; Post: 5 semanas, FI; FU: 6 semanas	N = 18; H: n=18 HS (máxima seguridad) n=18 Edad media 36.9 SC (n=15), BDPF (n=3)	PANSS: Síntomas positivos y negativos de esquizofrenia BDI-II: Depresión SeCS: Autocompasión SIP-AD: Autoimagen RSE: Autoestima SCQ: Autoconcepto OAS: Shame externa SCS: Comparación social

Nota: GE=Grupo experimental; GC: Grupo control; AM=régimen ambulatorio; HS=régimen hospitalización; SC=esquizofrenia; SZA=trastorno esquizoafectivo; OPD=Otro trastornos del espectro de la esquizofrenia; SIPD=trastorno psicótico inducido por sustancias; BDPF=trastorno bipolar con características psicóticas; DPF=trastorno depresivo con características psicóticas; DD=trastorno delirante; BPD=trastorno psicótico breve; EMAR=estado mental de alto riesgo; II=inicio de intervención; FI=final de intervención; FU=seguimiento; Evs.= evaluadores; - = Información no facilitada; Paranoia Checklist: (Freeman et al., 2005); Escalas de adjetivos unipolares (Stemmler et al., 2001); SeCS= Self-Compassion Scale (Neff, 2003); FSCRS= Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (Gilbert et al., 2004); CGI-I= The Clinical Global Impression-Improvement Scale (Guy, 1976); PBIQ-R= Personal Beliefs about Illness Questionnaire-Revised (Birchwood et al., 1993); FORSE= Fear of Recurrence Scale (Gumley y Schwannauer, 2006); NRSS= Narrative Recovery Style Scale (Gumley et al.,

2010b); Recovery Narrative Interview (Gumley et al., 2010b); PANAS=Positive and Negative Affect Scale (Watson et al., 1988); SCL-90=R Symptom Checklist 90-R (Derogatis, 1994); DASS-21= Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995); WAI= Working Alliance Inventory – Short Form (Tracey y Kokotovic, 1989); CAARMS= Comprehensive Assessment of the At Risk Mental States (Yung et al., 2005); BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale (Lukoff et al., 1986); Global functioning (Auther et al., 2006); FCS= Fear of Compassion Scale (Gilbert et al., 2011); FFMQ= Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006); RQ= Relationships Questionnaire (); PANSS= The Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al., 1987); BDI-II= The Beck Depression Inventory (Beck et al., 1996); SIP-AD= Self-Image Profile for Adults (Butler and Gasson, 2004); RSE= Rosenberg Self-Esteem measure (Rosenberg, 1965; Rosenberg et al., 1995); SCQ= Robson Self-Concept Questionnaire (Robson, 1989); OAS = Other as Shamer Scale (Allan et al., 1994; Allan y Gilbert, 1995); SCS = Social Comparison Scale (Allan y Gilbert, 1995).



## **Diseño de los estudios**

La totalidad de los artículos incorporados a la revisión fueron estudios piloto.

Dos de los cinco estudios analizados fueron ensayos controlados aleatorizados. Ascone et al. (2017) incorporó un sistema de simple ciego, en el que los participantes fueron ciegos respecto de la asignación a los grupos. El ensayo llevado a cabo por Braehler et al. (2013) fue abierto con evaluación ciega. La aleatorización fue enmascarada y por bloques en ambos ensayos. Las condiciones del ensayo de Ascone et al. (2017) fueron imaginaria neutra en el grupo control e imaginaria focalizada en compasión en el grupo experimental. En el caso de Braehler et al. (2013), el grupo control recibió el tratamiento habitual y el grupo experimental CFT y el tratamiento habitual.

Tres de los estudios analizados fueron no controlados (Cheli et al., 2020; Hickey et al., 2020; Laithwaite et al., 2009), siendo uno de ellos un estudio de series de casos. Dos de ellos incorporaron medidas para reducir sesgos en la evaluación, utilizando un evaluador ciego a la intervención (Cheli et al., 2020) y evaluadores distintos para las medidas post-tratamiento y seguimiento (Hickey et al., 2020).

Todos los estudios incorporaron medidas pre y post-tratamiento, aunque dos de ellos no especificaron el momento de la intervención (Braehler et al., 2013; Hickey et al., 2020). Cheli et al. (2020) obtuvo los resultados pre-tratamiento una semana antes del inicio de la intervención y las medidas post-tratamiento fueron extraídas diariamente en el caso del DASS-21 y al finalizar el tratamiento en el caso del SCL-90 y el WAI. También Laithwaite et al. (2009) extrajo varias medidas posttest: a las cinco semanas de comenzar el tratamiento y en el momento de finalización. Únicamente dos de los cinco estudios incluyeron medidas de seguimiento, que se realizaron a las seis semanas de la finalización de la intervención (Hickey et al., 2020; Laithwaite et al., 2009).

## **Medidas e instrumentos de los estudios**

Tres de los cinco estudios analizados midieron la sintomatología psicótica positiva (SPP), a través de los instrumentos Paranoia Checklist (Ascone et al., 2017), PANSS (Laithwaite et al., 2009), CAARMS (Hickey et al., 2020) y BPRS (Hickey et al., 2020).

Dos de los estudios incluidos evaluaron la sintomatología psicótica negativa (SPN), empleando la escala PANSS (Laithwaite et al., 2009) y la entrevista BPRS (Hickey et al., 2020). Hickey et al. (2020) evaluó también el funcionamiento global mediante las escalas Global Functioning.

Por su parte, Braehler et al. (2013) no empleó ningún instrumento específico para evaluar síntomas psicóticos, pero sí midió creencias asociadas a la psicosis a través del PBIQ-R y el miedo a la recurrencia mediante la escala FORSE. Además, se utilizó la escala de Impresión Global Clínica de Mejoría (CGI-I). Cheli et al., (2020), por otro lado, no incluyó medidas de las variables anteriores, pero evaluó la psicopatología general con el SCL-90, que también fue evaluada por Hickey et al., (2020) y Laithwaite et al., (2009).

La depresión fue evaluada con los instrumentos BDI-II (Braehler et al., 2013; Laithwaite et al., 2009), PANAS (Braehler et al., 2013), escalas de adjetivos unipolares (Ascone et al., 2017) y la subescala depresión de DASS-21 (Cheli et al., 2020; Hickey et al., 2020). Este último instrumento incluye subescalas que evalúan ansiedad y estrés.

Exceptuando Cheli et al. (2020), los estudios analizados incorporaron alguna medida de compasión. La SeCS fue el instrumento mayoritariamente empleado, aunque Braehler et al. (2013) utilizó la entrevista Recovery Narrative Interview y la escala NRSS. Hickey et al. (2020) evaluó, además, el miedo a la compasión a través de la escala FOC.

Tres de los estudios analizados incluyeron medidas de variables relativas al self. Estas fueron autoafirmación y autocrítica (Ascone et al., 2017; Hickey et al., 2020), autoimagen, autoestima y autoconcepto (Laithwaite et al., 2009), evaluados con los instrumentos FSCRS, SIP-AD, RSE y SCQ, respectivamente. Respecto a la relación con los otros, un estudio evaluó la comparación social (SCS) y la vergüenza externa (OAS) (Laithwaite et al., 2009).

Otras variables evaluadas fueron las habilidades de mindfulness, mediante el FFMQ (Hickey et al., 2020), el estilo de apego, mediante el RQ (Hickey et al., 2020) y la alianza terapéutica, a través de una entrevista basada en el WAI-S-T.

De entre los estudios que evaluaron aceptabilidad (Ascone et al., 2017; Braehler et al., 2013; Hickey et al., 2020), únicamente Ascone et al. (2017) incorporó instrumentos psicométricos, evaluando la percepción y beneficio subjetivo de la intervención de imaginación mediante instrumentos adhoc.

### **Formato de intervención**

A excepción de la intervención realizada por Cheli et al. (2020), que se desarrolló en línea mediante videollamadas individuales, las intervenciones siguieron un formato grupal y, entre ellas, tres dividieron su muestra en tres grupos de intervención (Braehler et al., 2013; Hickey et al., 2020; Laithwaite et al., 2009). El programa de Laithwaite et al.

(2009) incorporó la opción de recibir apoyo individual entre sesiones y el de Cheli et al. (2020) dotaba de acceso entre sesiones a grabaciones de voz.

Respecto a la duración de las intervenciones, la desarrollada en el estudio de Ascone et al. (2017), tratándose de la aplicación de una técnica, comprende una única sesión de 10 minutos. Las demás intervenciones optaron por programas de 4, en el caso de la intervención breve en crisis (Cheli et al., 2020), 8 (Hickey et al., 2020), 16 (Braehler et al., 2013) y 20 sesiones (Laithwaite et al., 2009). Su duración fluctuó entre 1h (Cheli et al., 2020) y 2h (Braehler et al., 2013), aunque Laithwaite et al. (2009) no incluyó este dato, y la frecuencia fue semanal, a excepción de uno de ellos, en el que se ofrecieron dos sesiones por semana.



**Tabla 2**

*Autor y año, formato de intervención, intervención y resultados.*

<b>Autor y año</b>	<b>Formato de intervención</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados</b>
Ascone et al., 2017	1S - 10 min de intervención - 1 día Grupal 1 grupo de intervención	- GE y GC: Inducción de afecto negativo mediante recuerdo de situación social estresante  - GE: Narración de texto para la visualización de imagen mental compasiva y cálida  - GC: Narración de texto neutro descriptivo de silla	Efectividad: Aumento significativo intergrupales en Autoafirmación, con un tamaño del efecto mediano ( $\eta^2_p=.080^*$ ), y Felicidad, con un tamaño del efecto grande ( $\eta^2_p=.173^{**}$ ). Ausencia de diferencias significativas en Autocrítica, Afecto negativo e Ideación paranoide.  Viabilidad y aceptabilidad: Diferencias significativas en reacciones positivas ( $p<.01^{**}$ ) y negativas ( $p=.025^*$ ) hacia la calidad de la imagen, con mayor beneficio y calidad percibidas en GE, y en reacciones verbales de beneficio subjetivo ( $p=.012^*$ ), aunque no en su evaluación cuantitativa.

Braehler et al., 2013	16S x 2h Semanal 16 semanas Grupal 3 grupos de intervención	<p>Fase 1. Explorar el impacto de psicosis sobre la vida y los obstáculos frente a la recuperación – reducir estigma, culpa, vergüenza y aumentar motivación para adquirir habilidades compasivas.</p> <p>Fase 2. Entrenamiento en habilidades compasivas: mindfulness, apreciación, imágenes, atención, comportamiento y reframing (reencuadre o enmarcado) y aplicación frente a amenazas y dificultades.</p> <p>Fase 3. Tareas de escritura expresiva para integrar cambios en su recuperación desde una postura compasiva.</p>	<p>IN (GE): Aumento significativo de compasión con tamaño del efecto grande (<math>r=.59^*</math>), disminución no significativa y moderada en evitación (<math>r =-.41</math>).</p> <p>EN: Compasión moderada y significativamente mayor en GE (<math>r=-.42^*</math>). Diferencias intergrupales grandes y significativas en mejoría global (<math>r=-.68^{***}</math>).</p>
-----------------------	---	--	--

Cheli et al., 2020	4S x 1h Semanal 4 semanas Individual Online. Videollamadas, acceso a mensajería y grabaciones de audio	Intervención en crisis online enfocada en compasión (CFCI) S1. Respiración y Mindfulness compasiva S2. Imagenería compasiva (lugar seguro y otras). S3. Yo compasivo, compasión hacia emociones difíciles S4. Autocompasión, compasión hacia sufrimiento ajeno.	IN: Disminución significativa de psicopatología general <sup>1</sup> en el 83.3% (5 de 6) de los sujetos y de ansiedad* y depresión* en el 100% de los sujetos.  La alianza terapéutica se mantuvo estable en el 66.6% de sujetos y mejoró en el 33.3% restante.
Hickey et al., 2020	8S x 1h30min Semanal 8 semanas Grupal 3 grupos de intervención	MBSR y CFT (+ TAU) S1-S3-S4. Psicoeducación. Naturaleza de la mente – humanidad común. Triple sistema de regulación emocional en cuerpo-mente-emociones. Triple sistema de regulación emocional en pensamientos-emociones-sensaciones	IN. T1. Diferencias sig. de gran magnitud SPP (d=-1.147*) - BPRS, ansiedad y depresión (d=-1.352*) -BPRS, magnitud moderada ansiedad y depresión (d=-0.749*) – DASS-21, gran magnitud subescalas rol (1.164***) y social (d=1.319***) de funcionamiento global, y magnitud moderada en AC (d=0.563*) y estilos de apego desorganizado (d=-0.731*) y ansioso (-0.798**).  Ausencia de diferencias en activación, SPN (BPRS) y SPP evaluada por CAARMS, miedo hacia la compasión, autocrítica y autoafirmación y habilidades de mindfulness.

		<p>S2. Mindfulness relación mente-cuerpo.</p> <p>S5. Entrenamiento de respuesta compasiva</p> <p>S6. Entrenamiento en automotivación compasiva</p> <p>S7. Entrenamiento en comunicación compasiva</p> <p>S8. Revisión y apoyo hacia una vida compasiva</p>	<p>IN. T2: A excepción de SPP – BPRS, los resultados sig. en T1 son sig. en T2 y, a excepción de la subescala rol, aumentan su nivel de significación y tamaño del efecto. Pasan a mostrar diferencias sig. moderadas-grandes la SPP – CAARMS (-0.840**) y sus subescalas anomalías perceptuales (-0.656*), discurso desorganizado (-0.938*) y estrés de discurso desorganizado (-0.644*), de gran magnitud las subescalas Activación (-1.098*) y SNP (-1.549*) – BPRS, de gran magnitud las subescalas de autocrítica yo odiado (-1.005**) y yo inadecuado (-1.142**) y de magnitud moderada la subescala actuar con conciencia entre las habilidades de mindfulness. En T2, no se hallan diferencias significativas en miedo hacia la compasión y subescalas de las variables anteriormente mencionadas.</p>
Laithwaite et al., 2009	20S x –h 2S/semana 10 semanas Grupal	Fase 1. Comprender psicosis y recuperación. Impacto de psicosis sobre vida, visión holística de psicosis (emociones, cogniciones, comportamientos, relaciones y	IN. T1: Diferencias significativas con tamaño del efecto moderado en psicopatología (0.38*), depresión (0.38*), comparación social (0.30*) y bajo en autoestima (0.14*). Ausencia de diferencias sig. en autocompasión, autoconcepto, autoimagen, SPP, SPN y depresión.

3 grupos de intervención	entorno) a través del empleo de metáforas.	IN. T2: Diferencias significativas con un tamaño del efecto grande en psicopatología (0.41**), depresión (0.47**) y autoestima (0.47**) y moderado en comparación social (0.36*). Ausencia de diferencias sig. en autocompasión, autoconcepto, autoimagen, SPP, SPN y depresión.
Apoyo individual entre sesiones	Fase 2. Comprender compasión y crear al amigo ideal para el desarrollo de respuestas compasivas. Fase 3. Desarrollo de planes para la recuperación. Carta compasiva alentadora.	

\*=  $p < 0.05$ ; \*\*= $p < 0.01$ ; \*\*\*= $p < 0.001$ ;  $\eta^2_p$ = eta cuadrado parcial; <sup>1</sup> = RCI  $\geq 1.96$ ; IN = intragrupal; EN= intergrupala; GE= grupo experimental; T1=diferencias pretratamiento-postratamiento; T2=diferencias pretratamiento-seguimiento; sig. = significativas. MBSR= Mindfulness para la reducción del estrés; TAU: tratamiento habitual; S=Sesiones.

## **Intervención**

Los estudios analizados difieren en la intervención aplicada. Mientras uno de los estudios aplicó una única técnica (Ascone et al., 2017), el resto aplicaron un programa de CFT, aunque la intervención desarrollada por Hickey et al. (2020) integró componentes del programa Reducción de Estrés basado en Mindfulness.

Atendiendo al contenido y la estructura, se observa cierta homogeneidad entre los programas aplicados por Laithwaite et al. (2009) y Braehler et al. (2013). Ambos comprenden una primera fase en la que se conceptualizan, desde la CFT, la psicosis y su impacto sobre la vida y recuperación; una segunda en la que se emplean técnicas para la adquisición de habilidades compasivas; y una final, en la que, mediante la carta compasiva enfocada en la recuperación.

Respecto a las técnicas, la imaginería compasiva se emplea en la totalidad de las intervenciones, coincidiendo dos de ellos en la creación del amigo compasivo (Hickey et al., 2017; Laithwaite et al., 2009). La carta compasiva, es incorporada en los programas ya mencionados y en la intervención desarrollada por Hickey et al. (2020). Tres de los estudios incluyeron prácticas de atención plena como Compassion Meditation y Loving Kindness Meditation (Braehler et al., 2013; Cheli et al., 2020; Hickey et al., 2017).

Cabe mencionar, por último, que en uno de los estudios los participantes habían recibido Terapia Metacognitiva por parte del mismo terapeuta (Cheli et al., 2020).

## **Efectividad de las intervenciones**

Tres estudios evaluaron SPP (Ascone et al., 2017; Hickey et al., 2020; Laithwaite et al., 2009) y únicamente uno de ellos, no controlado, halló una disminución significativa, de gran magnitud, entre medidas pre y post-tratamiento con la escala BPRS, y de magnitud moderada entre medidas pre-tratamiento y seguimiento con la entrevista CAARMS (Hickey et al., 2020). Respecto a la SPN, disminuyó significativamente en el seguimiento, con un tamaño del efecto grande, en uno de los dos estudios en los que se evaluó (Hickey et al., 2020). Se halló, además, una mejora significativa intragrupal en psicopatología general (Cheli et al., 2020; Laithwaite et al., 2009). En cuanto al funcionamiento global, se obtuvieron diferencias intragrupales grandes y significativas a final de tratamiento y en el seguimiento (Hickey et al., 2020). A nivel intergrupales, Braehler et al., (2013) reportó diferencias significativas de gran magnitud en mejoría global.

La depresión disminuyó significativamente en los estudios en los que fue evaluada (Cheli et al., 2020; Hickey et al., 2020; Laithwaite et al., 2009) y, cuando se aportó este

dato, el tamaño del efecto fue grande y se mantuvo en el seguimiento (Hickey et al., 2020; Laithwaite et al., 2009). La ansiedad disminuyó de forma moderada (Hickey et al., 2020). Respecto a resultados intergrupales, un estudio halló diferencias significativas entre grupo control y experimental en felicidad, pero no en estados afectivos negativos (Ascone et al., 2017).

No se hallaron diferencias significativas intragrupalas (Laithwaite et al., 2009) ni intergrupales (Ascone et al., 2017) en dos de los tres estudios que evaluaron autocompasión con la escala SeCS, mientras en el otro, se halló un aumento intragrupal de magnitud moderada-grande en post tratamiento y seguimiento, tanto en la puntuación total como en las subescalas sobreidentificación, aislamiento, auto-amabilidad y auto-juicio (Hickey et al., 2020). Por otro lado, Braehler et al. (2013) hallaron diferencias significativas intra e intergrupales en compasión e intragrupalas en evitación. En cuanto al miedo a la compasión, no hubo resultados significativos (Hickey et al., 2020).

Respecto a las variables relativas al self, se hallaron diferencias significativas intragrupalas, mantenidas en el seguimiento, con magnitud moderada en comparación social y grande en autoestima, pero no en autoconcepto, vergüenza externa y autoimagen (Laithwaite et al., 2009). Ascone et al. (2017) halló diferencias significativas entre grupo experimental y control, de magnitud moderada, en autoafirmación, pero no en autocrítica. Por el contrario, el estudio realizado por Hickey et al. (2020) no halló diferencias significativas en las puntuaciones intragrupalas de autoafirmación, pero sí de autocrítica, con diferencias significativas de magnitud grande en el seguimiento en las subescalas “Yo odiado” y “Yo inadecuado”.

Respecto a las habilidades de mindfulness, únicamente aumentó significativamente la puntuación en la subescala “actuación con conciencia”, con una magnitud moderada (Hickey et al., 2020). En cuanto a los estilos de apego, se hallaron diferencias de magnitud moderada-grande en el desorganizado y ansioso, tanto en el post tratamiento en el seguimiento (Hickey et al., 2020). La alianza terapéutica, evaluada en un estudio, aumentó en el 33.3% de la muestra y se mantuvo estable en el 66.6% (Cheli et al., 2020).

### **Correlatos de compasión**

Dos estudios analizaron la regresión lineal entre cambios en compasión y cambios en las variables estudiadas (Braehler et al., 2013; Hickey et al., 2020), pero, siendo estas diferentes entre los estudios, los resultados son poco comparables. El estudio realizado por Hickey et al. (2020) halló correlaciones significativas con SPP, en una de las dos medidas, miedo a la compasión, autocrítica y autoafirmación, habilidades de

mindfulness y estilos de apego, pero no con funcionamiento global, depresión y ansiedad. En el estudio realizado por Braehler et al. (2013) compasión correlacionó significativamente con una disminución en depresión, significativamente superior a la correlación del grupo control. También correlacionó significativamente con la disminución de miedo a la recaída y pensamientos intrusivos (FORSE) y creencias de estigma, yo como enfermedad y contención social (PBIQ-R). Sin embargo, únicamente la correlación con contención social fue estadísticamente mayor a la que presentó el grupo control. No se hallaron correlaciones con afecto positivo y negativo.

### **Viabilidad y aceptabilidad de las intervenciones**

Un único estudio, de entre tres, midió la aceptabilidad de la intervención mediante instrumentos de evaluación. Se evaluó el beneficio percibido y la calidad de las imágenes formadas durante la sesión de imaginación, que mostraron diferencias intergrupales significativas (Ascone et al., 2017). Otro de los estudios, midió aceptabilidad con la tasa de abandono (18%) y de asistencia (81,81%) (Braehler et al., 2013). El último evaluó la viabilidad a través las tasas de reclutamiento (84.6%), abandono (11%) y asistencia (65%), con un criterio de acudir a más de 5 de las 8 sesiones, y la aceptabilidad mediante retroalimentación informal (Hickey et al., 2020).

## **4. DISCUSIÓN**

El objetivo terapéutico principal, de carácter transdiagnóstico, de la Terapia Centrada en Compasión (CFT) es generar experiencias internas de calidez, seguridad y calma a través de la compasión y autocompasión (Gilbert, 2009), contribuyendo a su vez a la regulación de los sistemas de recompensa y amenaza.

No obstante, los resultados obtenidos no muestran unanimidad de éxito en este cometido. Cuatro estudios evaluaron cambios en compasión, pero solo dos de ellos hallaron aumentos significativos tras la intervención (Braehler et al., 2013; Hickey et al., 2020) y entre los grupos control y experimental (Braehler et al., 2013). En un metaanálisis publicado en 2019 (Ferrari et al., 2019), las intervenciones que aplicaron CFT en diferentes poblaciones, clínicas y no clínicas, mostraron, a su vez, resultados poco satisfactorios en autocompasión, ya que solo dos de ellos hallaron aumentos significativos (Ascone et al., 2017; Beaumont et al., 2012; Campbell et al., 2017; Matos et al., 2017; Kelly et al., 2017). Así, las limitaciones de la CFT en el desarrollo de compasión y autocompasión no parecen circunscribirse a su aplicación en los trastornos del espectro de la esquizofrenia.

Por otro lado, un metaanálisis de intervenciones basadas en compasión, que incluyó, junto con la CFT, cinco clases de intervenciones (Kirby et al., 2017), halló una magnitud del efecto moderada sobre autocompasión y compasión.

Puesto que los resultados obtenidos, así como los resultados consultados (Ferrari et al., 2019), no se corresponden con el propósito de la CFT, y, dado que bajo este enfoque los cambios en compasión median los resultados de la intervención (Gilbert, 2009), resulta necesario revisar su potencial para este objetivo terapéutico. Concretamente, sería de gran utilidad estudiar los efectos diferenciales de las distintas intervenciones basadas en compasión.

Contrariamente a lo que ocurría en una revisión sistemática sobre los efectos psicoterapéuticos de la CFT (Leaviss y Uttley, 2015), dos de los estudios de la presente revisión evaluaron en qué medida la autocompasión mediaba los cambios terapéuticos, a través de un análisis correlacional (Braehler et al., 2013; Hickey et al., 2020). Sin embargo, la única variable evaluada por ambos fue depresión, y solo uno de ellos halló una correlación significativa (Braehler et al., 2013). Además, se hallaron correlaciones significativas con miedo a la compasión, autocrítica, autoafirmación, habilidades de mindfulness y estilos de apego, en uno de los estudios (Hickey et al., 2020), y creencias de enfermedad y miedo a la recurrencia en el otro (Braehler et al., 2013). La disparidad de variables medidas entre los estudios, así como la ausencia de grupo control en uno de ellos (Hickey et al., 2020), dificultan la interpretación y generalización de estos resultados.

La depresión, única variable evaluada en la totalidad de los estudios, mejoró significativamente en todos ellos y esta mejora fue superior a la que presentaron los grupos control en el caso de los ensayos controlados (Ascone et al., 2017; Braehler et al., 2013). Una revisión sistemática sobre los efectos terapéuticos de la CFT, que incluyó participantes con diferentes diagnósticos psicopatológicos, halló mejorías significativas en la mayoría de los estudios analizados (Leaviss y Uttley, 2015). Así, la evidencia del papel de la CFT sobre la depresión (Gilbert y Irons, 2005) se ve respaldada por los resultados de la presente revisión, que a su vez indican la aplicabilidad de estos a la psicosis.

La CFT, siendo un modelo transdiagnóstico dirigido a la regulación emocional, no incluye la reducción de sintomatología psicótica como uno de sus objetivos terapéuticos directos. Esto explica que algunos estudios de la revisión no evaluaran esta variable (Braehler et al., 2013; Cheli et al., 2020). No obstante, se han hallado relaciones bidireccionales entre autocrítica y psicosis (Waite et al., 2015), por lo que la aplicación

de la CFT podría resultar beneficiosa (Gilbert y Irons, 2005). De entre los tres estudios que midieron sintomatología psicótica positiva, uno de ellos encontró diferencias significativas entre las puntuaciones pre-post y seguimiento (Hickey et al., 2020). Este mismo estudio, mostró, de entre los dos estudios en los que se evaluó, disminuciones significativas en sintomatología negativa (Hickey et al., 2020; Laithwaite et al., 2009). Cabe mencionar, que este estudio integró Mindfulness para la Reducción del Estrés y CFT e incluyó participantes con Estado Mental de Alto Riesgo, sin necesidad de presentar o haber presentado un trastorno del espectro de la esquizofrenia. Estas características diferenciales podrían ser factores relevantes para los resultados hallados. Un ensayo aleatorizado aplicado a paranoia subclínica (Lincoln et al., 2013), reportó niveles menores en paranoia en el grupo que recibió CFT. Por otra parte, un metaanálisis de intervenciones de mindfulness en psicosis encontró un tamaño del efecto entre pequeño y moderado en síntomas psicóticos positivos y negativos (Khouri et al., 2013).

La autocrítica disminuyó significativamente en uno de los dos estudios en los que fue evaluada (Ascone et al., 2017; Hickey et al., 2020), aunque los resultados no se contrastaron con un grupo control (Ascone et al., 2017). Estos resultados contrastan con la bibliografía consultada. Un estudio que aplicó una intervención transdiagnóstica de Terapia Centrada en Compasión a participantes con distintos trastornos psicopatológicos (McManus et al., 2018), obtuvo una disminución significativa en autocrítica y vergüenza, aunque este estudio no contaba con un grupo control. También se hallaron disminuciones significativas en una intervención de Entrenamiento en Mente Compasiva aplicada en participantes altos en estos rasgos (Gilbert y Irons, 2005).

Se reportaron diferencias significativas en autoestima, comparación social (Laithwaite et al., 2009) y en psicopatología general (Cheli et al., 2020), aunque cada una de las variables fue evaluada en un estudio y estos no contaron con un grupo control.

La totalidad de estudios en los que se evaluó la viabilidad y aceptabilidad de las intervenciones obtuvieron resultados satisfactorios.

Una de las limitaciones de la presente revisión, es la disparidad de variables de medida de los estudios analizados. En el marco de la CFT, que se creó de la observación de pacientes altos en autocrítica y vergüenza (Gilbert, 2009), únicamente dos de los estudios evaluaron los efectos de la intervención sobre estas variables. La autocompasión, de la misma forma, no fue evaluada por la totalidad de los estudios (Cheli et al., 2020), pese a ser en el marco teórico de la CFT el objetivo principal y variable mediadora de cambios terapéuticos (Gilbert, 2009; Macbeth y Gumley, 2012).

Por otra parte, las intervenciones aplicadas muestran cierta disparidad, tanto en el contenido como en el formato de las sesiones. El número de sesiones en los programas analizados varía de 4 a 20. Además, los objetivos y técnicas no fueron iguales en los programas de intervención, como tampoco lo fue el tiempo dedicado a cada uno de ellos. Una revisión reciente de la efectividad de la CFT en población clínica realizó una observación similar, interpretando esta disparidad como la ausencia de acuerdo respecto a la aplicación de la CFT (Craig et al., 2020).

Una tercera limitación de los estudios analizados son las deficiencias en el seguimiento de las intervenciones. La CFT para la psicosis pretende ser eficaz en la prevención de recaídas (Gumley et al., 2010a) y se ofreció como alternativa a la terapia cognitivo-conductual, tras estudios que no encontraron una reducción en tasas de recaída o un aumento en las tasas de remisión como resultado de intervenciones (Garety et al., 2008). No obstante, entre cinco estudios incluidos, únicamente dos evalúan el seguimiento y lo hicieron a las 6 semanas. Este intervalo resulta insuficiente para observar cambios a largo plazo.

Resulta un obstáculo para la determinación de la eficacia de esta terapia la carencia de diseños controlados, que no se limita al ámbito de la psicosis (Craig et al., 2020; Kirby et al., 2017; Leaviss y Uttley, 2015). Además, los estudios controlados no incluyen en su condición de control otras terapias psicológicas.

Así, algunas propuestas para futuras intervenciones serían el diseño de ensayos controlados aleatorizados y la incorporación de grupos control activos, para comparar la efectividad de la CFT a la de diferentes terapias psicológicas. Además, con el fin de esclarecer los componentes activos de la CFT, se propone la homogeneización de las variables evaluadas, así como de los contenidos y las técnicas de intervención.

En conclusión, esta revisión de la efectividad de la CFT en psicosis ha obtenido resultados beneficiosos sobre la depresión, coincidiendo con la bibliografía publicada. Por el contrario, en parte de los estudios analizados, no resultó efectiva para el aumento de compasión o disminución de autocrítica, variables esenciales de la CFT. Tampoco se mostraron resultados concluyentes en la disminución de la sintomatología psicótica. Así, resulta necesario diseñar ensayos aleatorizados e incluir grupos de control activos, para aumentar la cantidad y calidad de evidencia existente sobre la efectividad de la CFT sobre el espectro de trastornos de la esquizofrenia.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleman, A. y Kahn, R (2005). Strange feelings: Do amygdala abnormalities dysregulate the emotional brain in schizophrenia? *Progress in Neurobiology*, 77(5), 283-298
- Allan, S. and Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: psychometric properties and relationships to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 1, 293–299
- Allan, S., Gilbert, P. y Goss, K. (1994). An exploration of shame measures: II. Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 17, 719–722.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ascone, L., Sundag, J., Schlier, B. y Lincoln, T. M. (2017). Feasibility and Effects of a Brief Compassion-Focused Imagery Intervention in Psychotic Patients with Paranoid Ideation: A Randomized Experimental Pilot Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(2), 348-358
- Auther, A., Smith, C., y Cornblatt, B. (2006). *Global functioning: Social scale (GF: Social)*. Zucker-Hillside Hospital.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Bartholomew, K., y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among Young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
- Beaumont, E., Galpin, A., y Jenkins, P. (2012). 'Being kinder to myself': a prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behavior therapy or cognitive behavior

therapy and compassionate mind training. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 31–43

Beck A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 42, 312–319.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*. The Psychological Corporation.

Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. y Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23 (2), 387–395.

Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. y Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214

Butler, R. J. y Gasson, S. L (2004). *The Self-Image Profile for Adults (SIP-Adult)*. Harcourt Assessment.

Campbell, I. N., Gallagher, M., McLeod, H. J., O'Neill, B., y McMillan, T. M. (2017). Brief compassion focused imagery for treatment of severe head injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(6), 1–11.

Cannon, D. (2012). *In-depth acting*. Oberon.

Cheli, S., Cavalletti, V. y Petrocchi, N. (2020). An online compassion-focused crisis intervention during COVID-19 lockdown: a cases series on patients at high risk for psychosis. *Psychosis, Psychological, Social and Integrative Approaches*, 12(4), 1-4

Cleare, S., Gumley, A., y O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, Self- forgiveness, Suicidal ideation and Self-harm: a Systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(5), 1-20

- Connor, C. y Birchwood, M. (2013) Through the looking glass: Self-reassuring meta-cognitive capacity and its relationship with the thematic content of voices. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7
- Cozolino, L. (2007). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing brain*. Norton
- Craig, C., Hiskey, S., y Spector, A. (2020). Compassion Focused Therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385-400
- Depue, R.A., y Morrone-Strupinsky, J.V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313-395.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. NCS Pearson.
- Dalai Lama (2001). *An Open Heart: Practicing Compassion in Everyday Life*. Little Brown & Company
- Eicher, A. E., Davis, L.W., y Lysaker, P. H. (2013) Self-Compassion: A Novel Link With Symptoms in Schizophrenia? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (5), 1-5.
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., y Einstein, D. A. (2019). *Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: a Meta-Analysis of RCTs*. *Mindfulness*, 10, 1455–1473
- Freeman, D. y Garety, P. (2003). Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 923-947.
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K. y Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186(5), 427–435.

- Garety, P.A., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn G., y Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 412-423.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric Treatment*, 15, 199–208.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behaviour therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 6-41.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., y Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31–50.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., y Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy*, 84(3), 239–255.
- Gilbert, P., y Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert P, Birchwood M, Gilbert J, Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K. y Miles J.N. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31, 1117–1127.
- Gilbert, P. y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy* , 13 (6), 353 – 379.

- Gumley, A.I. (2007). Staying well after psychosis: A cognitive interpersonal approach to emotional recovery and relapse prevention. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 5, 667-676.
- Gumley, A. I., Braehler, C., Laithwaite, H., Macbeth, A. y Gilbert, P. (2010a) A compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2010, 3(2), 186–201.
- Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A., y Gilbert, P. (2010b). Narrative Recovery Style Scale, *Unpublished Manuscript*.
- Gumley, A. y Schwannauer, M. (2006). The Fear of Recurrence Scale (FORSE) Questionnaire. Appendix I. Staying well after psychosis: A cognitive interpersonal approach to recovery and relapse prevention. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Guy, W. (1976). Clinical global impression. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Hickey, T., Nelson, B., Enticott, J. y Meadows, G. (2020). The MAC-P program: A pilot study of a mindfulness and compassion program for youth with psychotic experiences. *Early Intervention in Psychiatry*
- Kay, S., Fiszbein, A. and Opler, I. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-275.
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C. y Hoffman, E. (2017). Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Psychological Psychotherapy*, 24(2), 475–487.
- Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G. y Nicole, L., (2015). Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(1), 76-83.

- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A. y Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176-184
- Kirby J, Tellegen C y Steindl S. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behaviour Therapy*, 48, 778-792
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S. y Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 511-526.
- Leaviss, J. y Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- Lincoln, T., Hohenhaus, F. y Hartmann, M. (2013). Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 390-402
- Liotti, G. y Gumley, A. I. (2009). An attachment perspective on schizophrenia: Disorganized attachment, dissociative processes and compromised mentalisation en M.D.A. Moskowitz and I. Schaefer (eds.) *Dissociation and Psychosis: Converging Perspectives on a Complex Relationship*. John Wiley and Sons.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L. y Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 192, 57-63
- Lovibond, S. H., y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. y Ventura, J. (1986). Manual for expanded brief psychiatric rating scale. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602.

- Macbeth, A., Schwannauer, M., y Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(1), 79-93.
- Macbeth, A. y Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552
- Martins, M.J., Castilho, P., Santos, V. y Gumley, A. (2017). Schizophrenia: An Exploration of an Acceptance, Mindfulness, and Compassion-based Group Intervention. *Australian Psychologist*, 52(6), 514-523
- Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., y Gilbert, P. (2017). Psychological and physiological effects of compassionate mind training: a pilot randomised controlled study. *Mindfulness*, 8(5), 1–14.
- McManus J, Tsvivos Z, Woodward S., Fraser, J. y Hartwell, R. (2018). Compassion focused therapy groups: Evidence from routine clinical practice. *Behaviour Change*, 35, 167-173
- Morgan, C., Kirkbride ,J., Leff, J. Craig, T., Hutchinson, G., McKenzie, K., Morgan, K., Dazzan, P., Doody, G. A. Jones, P., Murray, R y Fearon, P. (2007). Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: A case-control study. *Psychological Medicine*, 37(4), 495–503.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Read, J., Os, J., Morrison, A. P., y Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350.
- Read, J. y Gumley, A. (2008). Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis? *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 2(1), 1–35.

- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe R. T., y Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 571-584
- Robson, P.J. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self-esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513–518.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. and Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141–156.
- Stemmler, G., Heldmann, M., Pauls, C. A., y Scherer, T. (2001). Constraints for emotion specificity in fear and anger: The context counts. *Psychophysiology*, 38, 275–291.
- Tai, S. y Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865-873.
- Tracey, T. J., y Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment*, 1(3), 207–210.
- Turner, M., Bernard, M., Birchwood, M., Jackson, C. y Jones, C. (2013). The contribution of shame to post-psychotic trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 162-182
- van Os, J., y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645.
- Velazco Y., Quintana I., Fernández, M. C., Alfonso, A. y Zamora E (2018). Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. *Revista Médica Electrónica*, 40(4).
- Waite, F., Knight, M. T. D. y Lee, D. (2015). Self-Compassion and Self-Criticism in Recovery in Psychosis: An Interpretative Phenomenological Analysis Study. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1201–1217

Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063–1070.

Wright, N., Kelly, O.,Turkington,D., Davies, D., Jacobs, A. y Hopton, J. (2014) *Treating Psychosis: Clinician's Guide to Integrating Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, and Mindfulness Approaches within the Cognitive Behavioral Therapy Tradition*. New Harbinger Publications.

Yung A. R. Yuen, P., McGorry, P., Phillips, L., Kelly, M., Olio, M, Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey y K. Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: The comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964–971.

Zuroff, D.C., Santor, D., y Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism, and maladjustment en J.S. Auerbach, K.N. Levy, y C.E. Schaffer (Eds), *Relatedness, self-definition and mental representation. Essays in honour of Sidney J. Blatt*. (pp. 75–90). New York

