

## **Terapia Enfocada en la Compasión para las Psicosis**

### **Compassion Focused Therapy for Psychoses**

Actas Españolas de Psiquiatría 2015, 43 Supl. 1 (en prensa)

Joaquín Pastor Sirera  
vocal@aemind.es

GlobalC Psicólogos- Valencia  
Vocal, Asociación Española de Mindfulness  
(AEMind)

#### **Resumen:**

Este trabajo resume las bases teóricas y empíricas del tratamiento de las psicosis desde un modelo evolutivo de regulación emocional: la Terapia Enfocada en la Compasión (CFT) para la recuperación de la psicosis. La CFT fue desarrollada inicialmente para personas con altos niveles de vergüenza y autocrítica, que junto con el estigma, es una característica frecuente en personas con psicosis, que además pueden desarrollar serios problemas de regulación emocional. Se exploran elementos de la teoría del apego que intervienen en la génesis de estas dificultades y se presentan algunos datos empíricos acerca de la utilidad clínica y efectividad de este novedoso tratamiento, junto con la descripción sucinta de un protocolo de intervención grupal desarrollado recientemente que se ha sometido a un ensayo aleatorizado (Braehler et al. 2013) con resultados prometedores.

#### **Abstract:**

This paper outlines the theoretical and empirical basis for a treatment of psychosis from an evolutionary model of emotional regulation: Compassion Focused Therapy (CFT) for recovery of psychosis. CFT was originally developed for people with high levels of shame and self-criticism, which together with the stigma, it is a common feature in people with psychosis, which can also develop serious emotional regulation problems. Elements of attachment theory involved in the genesis of these difficulties are explored and some empirical data are presented on the clinical usefulness and effectiveness of this novel treatment, along with a brief description of a protocol group intervention developed recently explored which has subjected to a randomized trial (Braehler et al. 2013) with promising results .

Palabras Clave: Compasión, Psicosis, Psicoterapia, Grupo, Recuperación

Key Words: Compassion, Psychosis, Psychotherapy, Group, Recovery

#### **Introducción**

La recuperación emocional y funcional de la persona con psicosis es una dimensión clave de la intervención clínica y social con los pacientes (1), que va más allá de la mera reducción de síntomas (2), y que pone el énfasis, en el funcionamiento social, la capacidad para realizar actividades gratificantes, el autocuidado, en lograr objetivos y poder tener una vida con sentido, que merezca la pena.(3)

Sin embargo, para alcanzar este fin hay que salvar numerosos obstáculos, relacionados con los niveles de sufrimiento extremo que ocasiona la experiencia psicótica, entre los que podemos destacar la depresión, la desesperanza, la ideación suicida (4) la vergüenza y el estigma (5) los sentimientos de estar atrapado y el intenso miedo a la recurrencia de episodios psicóticos (6).

Respecto de las intervenciones efectivas disponibles, a las numerosas limitaciones de la

intervención farmacológica (7) hay que añadir las dificultades de la terapia psicológica en la prevención de recaídas (8), que es la base de una recuperación duradera.

En este trabajo bosquejamos las bases teóricas y empíricas de un enfoque novedoso y prometedor para la recuperación de las psicosis que está recibiendo considerable interés en la práctica clínica y un intenso esfuerzo de exploración empírica en los últimos años, con la obtención de resultados de mejoría clínica considerable en diversos problemas y entornos clínicos: unidad de salud mental (9), unidad de agudos (10), unidad psiquiátrica penitenciaria (11), y hospital de día (12).

### **Concepto de compasión y origen de las terapias basadas en la compasión**

Se ha observado un creciente interés en las intervenciones basadas en la compasión, y se dispone de evidencias de que tanto su cultivo regular como el entrenamiento intensivo producen efectos beneficiosos en diversos problemas de salud mental (13). Además, se aprecian efectos beneficiosos en el sistema inmune y diversas áreas cerebrales (14) (15). Hay evidencia robusta de que el entrenamiento en autocompasión es eficaz en la reducción de ansiedad, depresión, trastornos alimentarios (16), trastornos de personalidad (17), y está asociado a menor psicopatología (18), lo que sugiere que presenta una utilidad transdiagnóstica de considerable interés en la práctica clínica.

La Terapia Enfocada en la Compasión (Compassion Focused Therapy, CFT)(19) recoge el concepto de compasión budista: “*La sensibilidad hacia el sufrimiento de uno mismo y de los demás, junto con el compromiso de tratar de aliviarlo y prevenirlo*” (20). Es considerada una terapia de tercera generación dentro de un enfoque cognitivo-conductual, y comparte diversos conceptos y perspectivas con las terapias basadas en mindfulness, y con la terapia de aceptación y compromiso (véase el práctico trabajo integrador de Wright et al. (21) para el tratamiento de las psicosis)

La CFT parte en sus inicios de la observación clínica de que muchos pacientes son capaces de generar pensamientos alternativos ante cogniciones distorsionadas, pero no siempre les resulta de utilidad. Esto se debe en parte, a la textura emocional de los pensamientos y en parte a los altos niveles de amenaza y/o desesperanza que están experimentando. El uso de estrategias de reestructuración cognitiva tradicionales es útil cuando el paciente tiene suficiente flexibilidad cognitiva, y moderados niveles de amenaza, activación o desesperanza. Es frecuente que el paciente exprese: “*lo veo claro desde la lógica, pero siento y sé que me vigilan, noto claramente que me persiguen y eso me aterroriza*”. Es una dificultad conocida en terapia cognitiva como disociación racional-emocional (22), por lo que el terapeuta en CFT para psicosis trabaja combinando de forma equilibrada la mentalidad racional con la mentalidad compasiva (23).

En los inicios de la CFT, Paul Gilbert la desarrolló para pacientes con altos niveles de vergüenza y autocrítica, por lo que las primeras intervenciones CFT eran simplemente practicar la introducción de una voz interior cálida y compasiva, similar a conversar con un amigo y tratar de sentir realmente, de forma vivencial el efecto de esa voz interior afectuosa.

Siguiendo a Gilbert y Choden (20), el concepto de compasión se descompone en dos psicologías diferentes:

1. La capacidad de acercarse al sufrimiento y las dificultades de forma no enjuiciadora, ampliando

la tolerancia al malestar, con una comprensión empática de las causas del sufrimiento en uno mismo y en los demás.

2. El desarrollo de conocimiento y sabiduría para tratar de prevenirlo y aliviarlo.

Vemos que esta segunda psicología va orientada a la acción compasiva. Es central en CFT el acceso a procesos emocionales afiliativos, que en la intervención en psicosis conllevan el desarrollo de coraje para experimentar voces amenazantes, recuerdos traumáticos y paranoia, de forma que se entrena la capacidad de aproximarse a experiencias aterradoras en forma de validación, comprensión, empatizando con uno mismo y suavizando la voz hostil y la autocrítica constante.

En el polo opuesto de la compasión estaría el autoataque y el autodesprecio. Hutton et al.(24) señalan que las personas con delirios persecutorios tienen una mayor frecuencia e intensidad de ataques al *self* en forma de odio, sentimientos de inadecuación, autoconcepto negativo, así como una menor autocorrección de errores y autorespeto que la población general y sujetos control con depresión clínica. Estos datos proporcionan cierto apoyo a una formulación compasiva (4) de la recuperación en las psicosis, que articula un modelo para ayudar a los pacientes a desarrollar una forma diferente de relacionarse con sí mismos, identificando los auto-ataques sin identificarse con su contenido.

Pese a su utilidad y eficacia, parece que los enfoques dirigidos a modificar las cogniciones autodevaluativas, alcanzar insight metacognitivo o disolver esquemas negativos, pueden no ser suficientes para ayudar a los pacientes a afrontar experiencias internas que son extremadamente difíciles. Por tanto, puede ser de gran utilidad añadir estrategias que desarrollen una mayor autoaceptación, comprensión y compasión.

### **Teoría del Apego, Narrativas de recuperación y Compasión en psicosis.**

La teoría de apego (25) proporciona un marco conceptual sólido para comprender la historia de desarrollo de las personas, y cómo su trayectoria vital influye en la capacidad de acoger y sintonizar con la propia mente y la de los demás, el compromiso empático con el dolor propio y el de otros, y la expresión de perdón y compasión en relación con estas experiencias.

Un estado mental de apego seguro se caracteriza por la capacidad de valorar con ecuanimidad la influencia de las relaciones interpersonales tempranas, con apertura tanto a los aspectos positivos como negativos de las experiencias difíciles experimentadas. De esta forma se cultiva la regulación emocional, manteniendo una relativa objetividad, junto con una actitud de reflexión acerca de las experiencias de malestar sin perder la conciencia metacognitiva y la expresión de compasión y perdón. Estas competencias se reflejan en narrativas coherentes de experiencias de apego que relatan los pacientes. Se ha demostrado que estas experiencias promueven el apego y la seguridad, especialmente los niños (26).

Este sentimiento de seguridad está asociado a nuestra sensibilidad hacia el sufrimiento en nosotros mismos y los demás a través de la empatía, la mentalización (capacidad de interpretar la propia conducta y la de los demás a través de la atribución de una serie de estados mentales, que se desarrolla en el contexto de las relaciones sociales tempranas y de apego) y la curiosidad, junto con la motivación y el compromiso de prevenir y aliviar el sufrimiento, se desarrollan en junto a la capacidad autoreflexiva que posibilita el desarrollo de la metacognición y la regulación emocional. Estos estados de la mente se

parecen mucho a la mentalidad social compasiva tal como la describe Gilbert (19).

De hecho, la conceptualización de Bowlby (25) del vínculo de apego afectivo se basa en (a) proporcionar un *refugio seguro* en momentos de amenaza o estrés y (b) servir como *base segura* desde la que explorar el medio ambiente y desarrollar nuevas habilidades físicas y mentales. La actitud compasiva se cultiva al servicio de la sintonía con las necesidades propias, las de los demás y una preocupación por su crecimiento, desarrollo y autonomía. Este cultivo posibilita el experimentarse en la mente del otro como un individuo digno, respetado y valorado, de forma que se asienta una base madurativa de la identidad de la persona sobre la que trabajar en el tratamiento psicológico (27).

El desarrollo de narrativas significativas y coherentes de recuperación se considera como una medida importante de afrontamiento en las psicosis (28). La formulación de la narrativa se corresponde con diversos ejercicios experienciales que se realizan en la CFT centrados en el desarrollo de una actitud autorreflexiva integrada y coherente, junto con la articulación de una narrativa revisada que incluya la autoaceptación por parte del sujeto. (23)

Entre los efectos de la CFT, se ha hallado que incrementa el nivel de narrativas compasivas, en los resultados del primer estudio aleatorizado sobre CFT en psicosis (29) En otro estudio reciente, Gumley y Macbeth (30) han estudiado la relación entre sintomatología psicótica y narrativas compasivas. Los resultados muestran que a mayor nivel de narrativas de compasión, se aprecia una disminución en síntomas negativos, desorganización cognitiva y excitación. Este mismo grupo (31), en un estudio prospectivo reciente sobre apego y recuperación tras el primer episodio psicótico, observa que una mayor coherencia de las narrativas, medida con la Entrevista de Apego Adulto (27) predice en un plazo de 12 meses una mayor recuperación de síntomas negativos. Los autores señalan que esta forma de entender y conceptualizar la el apego tiene elementos significativos compartidos con la compasión.

Hemos visto que el primer componente de la compasión es la sensibilidad, la preocupación y el sintonizar con la experiencia del dolor y el sufrimiento experimentado por uno mismo y los demás. En segundo lugar, y de la mano de esta sintonía surge el coraje y la motivación para acercarse, comprender y aliviar el sufrimiento. En el origen de este entendimiento de la compasión hay una serie de competencias que hunden sus raíces en el desarrollo de un apego seguro.

Las experiencias de trauma, abuso y desatención, comunes en del desarrollo de las psicosis, y que inciden directamente sobre los sistemas de apego, pueden requerir el cultivo del coraje y la tolerancia al malestar, para facilitar la conducta exploratoria hacia el sufrimiento, sobre una base segura y un refugio seguro. Una mejor comprensión de estos procesos puede ayudarnos a clarificar el papel de la compasión en el desarrollo de nuevos enfoques para la recuperación de las psicosis.

### **Formulación para una recuperación de la psicosis basada en la compasión.**

Se dispone de datos sólidos que muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis (TCCp) en la reducción de la severidad y la frecuencia de experiencias psicóticas persistentes, incluso en pacientes resistentes al tratamiento convencional. No obstante, la evidencia relativa de la TCCp en la prevención de recaídas es escasa, según una revisión rigurosa reciente (8). Garety et al. (32) tampoco encontraron que la TCCp redujese las tasas de recaída o elevase la tasa de remisión a los 12 y 24

meses de seguimiento, aunque sí que mejoraron en malestar delirante y funcionamiento social aquellas personas que vivían con el apoyo de familiares o cuidadores.

Los pacientes que sufren recaídas experimentan, en comparación con los que no han recaído, un creciente sentimiento de culpa y vergüenza en relación con su psicosis en un período de 12 meses. Es comprensible que tengan dificultades en pedir ayuda, ya que pueden haber experimentado problemas en relaciones e interacciones anteriores con familiares o terapeutas y verlos como críticos, abrumadores, o provocadores de vergüenza y rechazo. Por tanto, un enfoque terapéutico basado en los primeros signos puede crear la expectativa de tener que buscar ayuda en un contexto de altos niveles de angustia, un contexto que para algunas personas puede desbordar todos sus recursos internos y externos. Esto puede resultar en una evitación defensiva o retraso en buscar ayuda, que puede provocar más respuestas a la crisis impulsadas por la amenaza de recaída, lo que confirma las expectativas negativas de la persona y aumenta la sensación de estar atrapado en la enfermedad.

Siguiendo el modelo de recuperación de Gumley et al. (4), las personas con psicosis de larga evolución suelen experimentar diversos ciclos de frustración, sentimientos de fracaso y episodios en que abortan o posponen la búsqueda de ayuda hasta se produce la recaída. Dado el carácter traumático y angustiante de la psicosis, los sentimientos de necesidad de ayuda y la perspectiva de buscarla uno mismo puede producir expectativas de amenaza. Pueden temer un aumento de la medicación, hospitalización o procedimientos involuntarios. Pueden también experimentar sentimientos de vergüenza y culpa en relación a la idea de estar decepcionando a sus terapeutas o a sus familiares.

Estas respuestas emocionales pueden aparecer en un contexto de aparición de experiencias psicóticas atenuadas, como anomalías perceptivas, cognitivas, o suspicacia interpersonal. Aunque la mayoría de las recaídas son precedidas por estas experiencias, su ocurrencia junto con malestar emocional no necesariamente conduce a una recaída. La forma en que una persona responde a esta amenaza, determinará la intensidad de la angustia emocional.

Tabla 1:

<b>Entorno Interpersonal y Experiencias Tempranas:</b>	<b>Amenazas Externas:</b>	<b>Estrategias de Seguridad:</b>	<b>Consecuencias Inesperadas e indeseadas:</b>
Falta de apoyo, afecto, y validación Rechazo Falta de Interés/Preocupación Desatención Trauma Pérdida Desestructuración Familiar Experiencias negativas con los servicios sociosanitarios al pedir ayuda	Susplicacia interpersonal/ desconfianza Vergüenza externa Estigma Intervenciones Psiquiátricas <b>Amenazas Internas:</b> Vergüenza interna Miedo a la recaída Cambios cognitivos y perceptivos Malestar emocional	Evitación cognitiva, emocional y social Aislamiento / retirada Desafío/hostilidad Preocupación/rumiación Hipervigilancia Autocrítica Subordinación/ sumisión Conformidad/ cumplimiento	Pérdida de afecto Deterioro de la reflexividad, mentalización y metacognición Soledad Incremento del malestar Recaída Críticas / hostilidad de familiares Respuestas coercitivas del sistema sociosanitario

**Respuesta Compasiva:**

Sensibilidad al malestar, simpatía, tolerancia al malestar, perdón, empatía, ecuanimidad, autoaceptación, calidez, autocuidado, medida/proporción, suavidad con los errores, aceptación de la imperfección

Formulación de influencias causales para la recuperación de las psicosis basada en la compasión  
Adaptado de Gumley et al. (4)

La psicosis también puede ocasionar sentimientos de pérdida (por ejemplo, interrupción de relaciones y amistades) o eventos que amenazan el rango social, el valor o la aceptación (por ejemplo, sentirse inferior, avergonzado o humillado por un episodio de psicosis; sujeto a la lástima, el miedo, o la exclusión de los demás) experiencias que pueden ser depresógenas por su impacto en la percepción del autoconcepto y estatus social.

Todos estos procesos (véase tabla 1) nos informan sobre la vulnerabilidad y la naturaleza problemática de la recuperación de la psicosis y la importancia de crear experiencias de seguridad y confianza social y desarrollar una relación calmante y compasiva con un mismo que contrarreste la autocrítica y el sentimiento de exclusión.

Gilbert (33) ha descrito los atributos y habilidades compasivas para aliviar los sentimientos que surgen de las amenazas internas o externas y de sus consecuencias indeseadas:

1. La motivación para ser afectuoso y sensible con uno mismo y los demás que se refleja en el cultivo de un "deseo de ayudar y cuidar."
2. Una sensibilidad a las emociones y necesidades de uno mismo y los demás con atención y apertura al malestar en lugar de a la evitación.
3. Simpatía. Estar abierto, capaz de conmovirse y sintonizar emocionalmente con nuestros sentimientos, sufrimiento, necesidades y las de los demás.
4. La capacidad de tolerar en lugar de evitar sentimientos difíciles, recuerdos, o situaciones dolorosas.
5. Una comprensión empática de cómo funciona nuestra mente, por qué sentimos lo que sentimos, cómo son nuestros pensamientos, y extender esta comprensión a los demás.
6. Aceptar, no juzgar, no condenar, desarrollar una orientación no enjuiciadora pero tampoco sumisa hacia nosotros mismos y los demás.

Estos atributos y habilidades se pueden incorporar en los tratamientos psicológicos individuales, grupales y familiares. Pueden también servir de base para un enfoque contextual-compasivo de la organización de servicios sanitarios y sociales (4, 34) Este enfoque hace hincapié en la importancia de que los servicios puedan tener la capacidad para proporcionar una base segura para promover la autocompasión y autonomía entre los usuarios de servicios al tiempo que proporciona un contexto seguro que facilite demanda de ayuda en momentos de riesgo de recurrencia. Todo ello requiere una actitud auto-reflexiva y abierta entre los clínicos y gestores para analizar la respuesta que damos a estas personas y cómo los contextos y los profesionales pueden inadvertidamente incrementar el sufrimiento.

**Bases Empíricas de las Intervenciones basadas en la Compasión para la Psicosis.**

La aplicación de terapias basadas en la compasión a las psicosis es muy reciente y la investigación empírica, es escasa. Quedan por aclarar diversas cuestiones sobre su efectividad, aceptabilidad, formación de los terapeutas y dificultades para los pacientes.

Mayhew y Gilbert (35) llevaron a cabo una serie de estudios de caso en que aplicaron CFT a tres personas que oían voces hostiles. El objetivo era explorar el grado en que los participantes podían acceder a experiencias de calidez y alegría con el fin de tratarse de forma autocompasiva. Tras 12 sesiones individuales, exploraron el efecto de la CFT sobre la experiencia de oír voces hostiles, ansiedad, depresión, paranoia y autocrítica. El estudio encontró que la CFT tuvo un efecto importante en las voces, que fueron percibidas como menos persecutorias y malévolas, y los sujetos respondieron de forma menos sumisa, llegando a un diálogo más autocompasivo. Los resultados mostraron una disminución significativa de la depresión, suspicacia interpersonal, ansiedad y paranoia. Sin embargo, uno de los participantes, pese a mejorar significativamente, relató profundas dificultades para vivenciar la compasión, expresando que le provocaba rechazo y una profunda "lástima y tristeza" porque alegaba que "no merezco compasión". Este es un fenómeno relacionado con el miedo a las emociones positivas, (y asociado a estilos de apego inseguro adulto) que puede requerir un ajuste de la intervención en determinados pacientes hacia la desensibilización del miedo a la compasión. (36).

Laithwaite et al.(11) han desarrollado el programa piloto Recuperación tras la Psicosis (Recovery After Psychosis, RAP) basado en el Entrenamiento en Mente Compasiva (CMT) que fue llevado a cabo en una unidad psiquiátrica penitenciaria. Las sesiones se dirigieron por un equipo integrado por tres terapeutas (por razones de seguridad). El programa se desarrolló con 18 internos con psicosis durante 10 semanas (20 sesiones grupales), con una periodicidad de 2 sesiones semanales. Los resultados mostraron una amplia mejora en niveles de depresión, autoestima y disminución moderada de vergüenza y de comparación social. Los cambios se mantuvieron en un seguimiento de 6 semanas.

A partir de este programa se desarrolló el protocolo de intervención grupal utilizado en el primer estudio aleatorizado de CFT en psicosis, dirigido por Braehler et al.(29) con 40 pacientes de una unidad de salud mental comunitaria distribuidos en dos grupos: 22 usuarios recibieron 16 sesiones grupales de CFT y el tratamiento usual, y 18 usuarios únicamente el tratamiento usual. El grupo CFT obtuvo un amplio incremento de los niveles de compasión asociado a reducción de depresión, aislamiento social, junto con una mejoría clínica superior al grupo control en todas las medidas incluida disminución del miedo a la recaída y de creencias negativas sobre la psicosis.

Eicher, et al. (37), en un estudio correlacional, encontraron una clara asociación negativa entre autocompasión y psicopatología en una muestra de 88 personas con psicosis. Del análisis de regresión múltiple se desprende que los pacientes con alta hostilidad y depresión pueden ser destinatarios significativos para las intervenciones basadas en compasión. Es interesante destacar de este estudio que los pacientes con mayor "conciencia de enfermedad" tienden a mostrar menor autocompasión, y más autocrítica, sobreidentificación y aislamiento social.

Heriot-Maitland et al.(10) llevaron a cabo un estudio cualitativo piloto de aplicación de CFT en un grupo abierto con 82 pacientes en una unidad hospitalaria de agudos. Las medidas pre-post mostraron una reducción significativa del malestar y los datos cualitativos mostraron que los pacientes valoran

especialmente las prácticas de compasión en imagen que evocan un refugio seguro.

Por último, no deja de ser interesante el relato en primera persona (38) de un participante en un grupo de CFT con una evolución de 20 años de esquizofrenia, en que el paciente explica los efectos de su experiencia grupal, la vivencia de los diferentes ejercicios experienciales y cómo le ha ayudado en a mantener un diálogo compasivo con las voces.

### **Protocolo de grupo CFT para psicosis**

Resumimos a continuación el proceso de CFT grupal desarrollado por Braehler, et al.(39), desarrollado para su aplicación en la comunidad. Integra, además de los principales conceptos psicoeducativos de CFT, aspectos de grupos de mindfulness (40) y de los procesos de grupo en psicosis (41)

Consta de 16 sesiones divididas en 3 fases:

Fase de Formación (sesiones 1-5). En esta fase, los participantes exploran el impacto de la psicosis tiene en sus vidas haciendo una formulación de la recuperación en términos evolutivos del modelo CFT. Se desarrollan las ideas inherentes al modelo y los objetivos de reducir la vergüenza, el estigma, la culpa y activar la motivación para construir habilidades de compasión. Se establece el grupo como una base segura, estimulando una motivación compartida hacia la recuperación y se ilustra de forma gráfica cómo la sobreactivación del sistema de amenaza obstaculiza la recuperación.

Fase Intermedia (sesiones 6-13). Se centra en el desarrollo gradual de compasión hacia uno mismo y los demás. Se explora la naturaleza de la compasión y las formas en que se puede expresar en el grupo y cómo interiorizarla para uno mismo. Se practican experiencialmente habilidades compasivas como la atención, aprecio, imaginación, mindfulness, conducta compasiva y se reencuadran las habilidades practicadas aplicándolas a las amenazas internas y externas y las dificultades relacionadas con la educación recibida y las experiencias vitales (por ejemplo, la vergüenza, vulnerabilidad, estigmatización, ansiedad social, la paranoia, los auto-ataques, voces hostiles, desmotivación, anhedonia). Se trata de generar en todas las actividades un enraizamiento grupal de las prácticas como experiencia compartida.

Fase final (sesiones 14-16), En esta fase se integra la seguridad adquirida para la expresión de emociones difíciles de forma compasiva mediante tareas de escritura expresiva que ayudan a construir narrativas basadas en la compasión que pueden compartirse con el grupo. La escritura de una carta compasiva a uno mismo por ejemplo, puede ayudar a los participantes a reflexionar e integrar los cambios hacia la recuperación con una actitud compasiva, para integrar el impacto de la psicosis en su vida, y mirar hacia el futuro con confianza. En esta fase se facilita la transición hacia la finalización del grupo, estimulando la continuidad de actividades compartidas.

A lo largo de todas las sesiones, el proceso del grupo se estimula en dirección a fomentar una mentalidad grupal compasiva de prestación de cuidados, reforzando las interacciones de apoyo y la capacidad de relacionarse con los compañeros. Se facilita la práctica de habilidades de compasión entre



las sesiones, mediante la entrega de materiales y archivos de audio.

## **Conclusiones**

Existe un interés creciente (42, 43) en el cultivo y entrenamiento de la compasión como componente de los tratamientos psicológicos de la psicosis. Enfoques como la CFT incorporan como novedad el enfocarse explícitamente en la evolución del comportamiento afiliativo humano. La CFT se postula como una terapia multimodal, transdiagnóstica, que incorpora aspectos de otras terapias basadas en la evidencia para las psicosis. Los clínicos pueden utilizar el conocimiento y la comprensión de las bases biológicas de los sistemas de regulación emocional, y cómo éstos pueden verse afectados por el desarrollo temprano para poder integrar esta perspectiva en un marco de aplicación de tratamientos eficaces.

La evidencia actual, según una revisión sistemática reciente (44) sugiere que CFT es más eficaz que la ausencia de tratamiento o tan eficaz como el tratamiento habitual en diversos trastornos, incluyendo las psicosis. En concreto, CFT se muestra resultados alentadores como un tratamiento para personas con un alto componente de autocrítica. No obstante, la evidencia es insuficiente para demostrar que la CFT es efectiva en comparación con tratamientos bien establecidos como la TCC o las intervenciones familiares.

CFT es una intervención segura y aceptada por los pacientes con psicosis, que incide en la validación de la persona, con una visión evolutiva-funcional de las emociones, que trata de generar una formulación que dé sentido a la experiencia psicótica (23) trabajando la regulación emocional y reduciendo el procesamiento de amenaza. CFT también ofrece un marco general para promover la recuperación emocional de los pacientes que puede ser muy útil a nivel individual, grupal, y de servicios de salud mental comunitaria.

## **Referencias**

1. Birchwood, M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. British Journal of Psychiatry, 2003, 182, 373 – 375 .

2. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.

3. Lemos, S., Fernández, P., Fonseca, E., Vallina, O., Paino, M. Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis. Clínica y Salud, 2010, 21, 3, p. 299-318.

4. Gumley, A. I., Braehler, C., Laithwaite, H., Macbeth, A., Gilbert, P. A compassion focused

model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2010, 3(2), 186–201.

5. Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P., Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *British Journal of Psychiatry*, 177, 522-528.

6. White, R., Gumley, A. Postpsychotic posttraumatic stress disorder: associations with fear of recurrence and intolerance of uncertainty. *Journal of nervous and mental disease*, 2009, 197(11), 841-849.

7. Moncrieff, J. *The bitterest pills: the troubling story of antipsychotic drugs*. 2013, Palgrave Macmillan.

8. Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., Tarrier, N. . Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, 34(3), 523-537.

9. Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., Gilbert, P. An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2012, 5, 420–429.

10. Heriot–Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., Irons, C. A compassionate–focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 2014, 53(1), 78-94.

11. Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S., Gumley, A. Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2009, 37(05), 511-526.

12. Gilbert, P., Procter, S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2006, 13(6), 353–379.

13. Hoffman, S.G., Grossman, P., Hinton, D.E. Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 2011, 31, 1126–1132.

14. Klimecki, O.M., Leiberg, S., Lamm, C., Singer, T. Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex*, 2012, 23, 1552–1561.

15. Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., Davidson, R.J. Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PloS one*, 2008, 3, e1897.

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0001897>.

16. Goss, K.; Allan, S. The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). British Journal of Clinical Psychology, 2014, vol. 53, no 1, p. 62-77.
17. Lucre, K., Corten, N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 2013, 86, 387-400.
18. MacBeth, A., Gumley, A.. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clinical Psychology Review, 2012, 32(6), 545-552.
19. Gilbert, P. Introducing compassion focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment, 2009, 15, 199-208.
20. Gilbert, P., Choden. Mindful Compassion. London, 2013. Constable-Robinson.
21. Wright, N, Kelly, O., Turkington, D., Davies, D., Jacobs, A., Hopton, J. Treating Psychosis: A Clinician's Guide to Integrating Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, and Mindfulness Approaches within the Cognitive Behavioral Therapy Tradition. 2014. New Harbinger Publications.
22. Stott, R. When the head and heart do not agree: A theoretical and clinical analysis of rational-emotional dissociation (RED) in cognitive therapy. Journal of Cognitive Psychotherapy, 2007, 21, 37-50.
23. Gumley, A, Schwannauer, M. Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico: un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas. Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer, 2008.
24. Hutton, P., Kelly, J., Lowens, I., Taylor, P. J., Tai, S. Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: A comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. Psychiatry research, 2013. 205(1), 127-136.
25. Bowlby, J. Secure base. Clinical applications of attachment theory. Tavistock/routledge, 1988.
26. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., Higgitt, A. C. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. Infant Mental Health Journal, 1991, 12, 201-218.
27. Wallin, D. J. El apego en psicoterapia. Bilbao, Desclée de Brouwer, 2012.
28. Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., Lysaker, J. T. Narrative transformation as an outcome in the

psychotherapy of schizophrenia. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2003, 76(3), 285-299.

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

30. Gumley, A.; Macbeth, A. A pilot study exploring compassion in narratives of individuals with psychosis: implications for an attachment-based understanding of recovery. Mental Health, Religion & Culture, 2014, 17, (8), p. 794-811.

31. Gumley, A. I., Schwannauer, M., Macbeth, A., Fisher, R., Clark, S., Rattrie, L., Birchwood, M. Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis: prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up. British Journal of Psychiatry, 2014 doi: [10.1192/bjp.bp.113.126722](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126722)

32. Garety, P. A., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., Kuipers, E. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 2008 192(6), 412-423.

33. Gilbert, P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology, 2014, 53(1), 6-41.

34. Veale, D., Gilbert, P., Wheatley, J., Naismith, I. A New Therapeutic Community: Development of a Compassion-Focussed and Contextual Behavioural Environment. Clinical psychology & psychotherapy. 2014.

35. Mayhew, S.L., Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training for people who hear malevolent voices: A case series report. Clinical Psychology and Psychotherapy, 15, 113–138.

36. Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F. Baião, R. Fears of compassion in a depressed population. Implications for Psychotherapy. Journal of Depression & Anxiety. 2014, doi, 10, 2167-1044.

37. Eicher, A. E., Davis, L.W. Lysaker, P. H. Self-Compassion: A Novel Link With Symptoms in Schizophrenia? Journal of Nervous and Mental Disease, 2013, 201 (5), 1-5.

38. Ellerby, M. How compassion may help me. Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 2013 <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2013.816338>

39. Braehler, C.; Harper, I; Gilbert, P. Compassion focused group therapy for recovery after

psychosis. CBT for Schizophrenia: Evidence-Based Interventions and Future Directions, 2012, p. 235-266.

40. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. (2nd Edition) 2012. Guilford Press.

41. Kanas, N. Group therapy for schizophrenic patients. 1996, American Psychiatric Association.

42. Barnard, L. K., Curry, J. F. Self-compassion: Conceptualizations, correlates, and interventions. Review of General Psychology, 2011, 15 (4), 289–303.

43. Simón, V. El reencuentro científico con la compasión. Cebolla, A. et al. Mindfulness y Ciencia. Madrid, Alianza, 2014. p. 191-225.

44. Leaviss, J.; Uttley, L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. Psychological medicine, 2014, p. 1-19.