GRUPO EDITORIAL DE PSICOFUNDACIÓN

Papeles del Psicólogo (2025) 46(3) 211-223
Papeles del Psicólogo
Psychologist Papers
https://www.papelesdelpsicologo.es/ • ISSN 0214–7823 • eISSN 1886–1415

PAPELES DEL PSICÓLOGO
PSYCHOLOGIST PAPERS

Revista del Consejo General de la Psicología de España

Artículo

# Terapia de Aceptación y Recuperación por Niveles para la Psicosis (ART): un Modelo Contextual e Integrador

Juan Antonio Díaz-Garrido[1], Horus Laffite Cabrera[2], Eric M. J. Morris[3], María Francisca Martínez-Huidobro[2], Tatiana Roncancio-Medina[2], Raquel Zúñiga Costa[2], Miguel Valenzuela-Hernández[4] y Marino Pérez-Álvarez[5]

[1] Universidad Fernando Pessoa Canarias, España
[2] Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, España
[3] La Trobe University, Melbourne, Australia
[4] Itaca Formación, Córdoba, España
[5] Academia de Psicología, España

**INFORMACIÓN**

Recibido: Enero 20, 2025
Aceptado: Abril 30, 2025

***Palabras clave***
Psicosis
Terapia
Deterioro cognitivo
Terapia de Aceptación y Compromiso
Ciencia conductual-contextual

**RESUMEN**

La Terapia de Aceptación y Recuperación para la Psicosis (ART) es un modelo innovador de intervención psicológica diseñado para abordar los trastornos del espectro psicótico desde una perspectiva contextual e integradora. Basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y en los principios de la ciencia conductual-contextual, que enfatizan el estudio del comportamiento en su interacción con el entorno, ART ofrece estrategias terapéuticas adaptadas a los desafíos específicos de la psicosis.Su enfoque interdisciplinario combina técnicas de ACT con elementos de otros modelos terapéuticos, siempre enmarcados en una perspectiva centrada en la persona y su contexto. Además, ART propone una adaptación flexible de sus intervenciones, ajustándolas al nivel de deterioro cognitivo y funcional de cada individuo.Este artículo describe los componentes clave del modelo ART y su potencial para mejorar la práctica clínica, promoviendo una atención más personalizada y basada en valores, con el objetivo de ofrecer intervenciones más eficaces y significativas para personas con experiencias psicóticas.

## Acceptance and Recovery Therapy by Levels for Psychosis (ART): A Contextual and Integrative Model

***Keywords***
Psychosis
Therapy
Cognitive impairment
Acceptance and commitment therapy
Behavioral-contextual science

**ABSTRACT**

Acceptance and Recovery Therapy for Psychosis (ART) is an innovative psychological intervention designed to address psychotic spectrum disorders from a contextual and integrative perspective. Rooted in Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and the principles of behavioral-contextual science, which emphasize the study of behavior in interaction with its environment, ART provides tailored therapeutic strategies to meet the specific challenges of psychosis.This interdisciplinary approach integrates ACT techniques with elements from other therapeutic models, always framed within a person-centered and context-sensitive perspective. Furthermore, ART allows for the flexible adaptation of interventions, adjusting them to each individual's cognitive and functional level. This article presents the key components of the ART model and explores its potential to improve clinical practice by fostering more personalized, values-based care. Ultimately, ART contributes to the development of more effective and meaningful interventions for individuals experiencing psychosis.

Cómo citar: Díaz-Garrido, J. A., Laffite-Cabrera, H., Morris, E., Martínez-Huidobro, M. F., Roncancio-Medina, T., Zúñiga-Costa, R., Valenzuela-Hernández, M., y Pérez-Álvarez, M. (2025). Terapia de Aceptación y Recuperación por Niveles para la Psicosis (ART): Un Modelo Contextual e Integrador. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers, 46*(3), 211-223. https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.24
Autor de correspondencia: Horus Laffite Cabrera hlafcab@gmail.com
Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

El tratamiento de la psicosis ha evolucionado desde enfoques centrados en la enfermedad hacia modelos que priorizan la recuperación funcional y la adaptación al entorno. La investigación ha demostrado que la experiencia psicótica no puede explicarse únicamente desde una perspectiva biológica, sino que resulta de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (McCutcheon et al., 2021; Torrey, 2023; Dumas-Mallet y Gonon, 2020). En este contexto, las intervenciones actuales han adoptado un enfoque centrado en la persona, donde la evaluación del deterioro cognitivo y funcional, junto con la sintomatología negativa, se reconoce como un elemento clave para favorecer la recuperación y mejorar la calidad de vida (Anda et al., 2019; Gebreegziabhere et al., 2022; McCutcheon et al., 2023; López-Navarro & Al-Halabí, 2022a, 2022b). Esto ha impulsado el desarrollo de modelos terapéuticos más integradores, diseñados para ajustarse a las necesidades individuales y promover la autonomía y la funcionalidad, sin limitarse a la reducción de síntomas (Mc Glanaghy et al., 2021; Morris et al., 2024; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2022, 2023).

No obstante, persisten limitaciones en la conceptualización y el abordaje de la psicosis. La preponderancia de modelos exclusivamente biomédicos o psicológicos ha dado lugar a tratamientos fragmentados, que no siempre consideran la diversidad de experiencias de quienes atraviesan episodios psicóticos. Esto resalta la necesidad de enfoques más integradores y adaptativos, que ajusten las estrategias terapéuticas a las particularidades de cada individuo, respetando su autonomía y capacidad de decisión.

## Fundamentos Teóricos de ART

La Terapia de Aceptación y Recuperación por Niveles para la Psicosis (ART) se inscribe dentro de estos enfoques integradores, combinando principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con adaptaciones específicas para la psicosis. Su enfoque promueve la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de la persona para mantenerse en contacto con el presente, aceptar sus experiencias internas sin evitarlas y actuar en función de sus valores, incluso en presencia de malestar (Hayes et al., 2011). ART ajusta la intervención al nivel de deterioro cognitivo y funcional de cada persona, con estrategias adaptadas a sus valores y objetivos individuales (Díaz-Garrido et al., 2021a, 2021b).

ART incorpora la evaluación neuropsicológica como una herramienta clave para adaptar las intervenciones a las capacidades cognitivas individuales. Esta aproximación facilita procesos de aprendizaje adaptativos y progresivos, sin centrarse exclusivamente en la etiología del trastorno (Green et al., 2020; Kahn & Keefe, 2013; Vita et al., 2024). Además, ART enfatiza una recuperación activa, donde la persona tiene un rol central en la gestión de su tratamiento, promoviendo la toma de decisiones informada respecto a opciones terapéuticas psicológicas, farmacológicas o combinadas. Evidencia reciente indica que, en ciertos casos, un uso mínimo o nulo de medicación antipsicótica puede asociarse con mejores resultados funcionales a largo plazo, reforzando la importancia de un enfoque personalizado (Cooper et al., 2020; Francey et al., 2020; Morrison et al., 2018).

ART extiende su impacto más allá del trabajo individual mediante un modelo de atención integrada, basado en el concepto de equipo terapéutico ampliado. Promueve la colaboración entre psicólogos, psiquiatras, personal de enfermería y trabajadores sociales, incorporando también a otros agentes clave en la recuperación, como personas con experiencias psicóticas que han desarrollado mayor funcionalidad, así como personal sanitario, de seguridad, limpieza y administración (Díaz-Garrido et al., 2021b; Laffite et al., 2021).

Este enfoque reconoce el papel de todas las figuras que conforman el contexto socio-terapéutico, desde los profesionales de salud mental hasta otras personas en recuperación que pueden servir como modelos de afrontamiento. De este modo, ART se presenta como un modelo integrador que combina la investigación reciente con una aplicación clínica flexible, adaptada a las necesidades individuales de quienes experimentan psicosis.

De este modo, ART se posiciona como un modelo terapéutico estructurado que integra herramientas psicoterapéuticas con respaldo empírico dentro de un marco de intervención flexible, adaptado a las necesidades y capacidades individuales de las personas con psicosis.

## Estrategias Clínicas de ART

ART se basa en cuatro estrategias clínicas que operacionalizan su aplicación terapéutica dentro del marco de ACT: dialogismo contextual, Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), Otro Más Conocedor (OMC) y equipo terapéutico ampliado. Estas estrategias permiten ajustar la intervención a las necesidades individuales de cada persona, favoreciendo una recuperación funcional alineada con sus valores y capacidades.

Además, responden a la necesidad de adaptar el tratamiento al contexto social y a las dinámicas de apoyo de cada individuo. ART no solo integra herramientas de ACT y otros enfoques terapéuticos, sino que también desarrolla procesos clínicos específicos, diseñados para optimizar el acompañamiento y la integración en distintos entornos de recuperación.

### Dialogismo Contextual

El dialogismo contextual es una estrategia terapéutica que busca generar un espacio de conversación abierta y colaborativa, promoviendo la construcción compartida de significado entre la persona con psicosis, su red de apoyo y los profesionales de salud mental. Inspirado en los principios del Diálogo Abierto (Seikkula et al., 2001; Seikkula y Arnkill, 2016, 2019), este enfoque favorece la flexibilidad psicológica permitiendo que múltiples voces sean escuchadas y validadas, reduciendo la rigidez cognitiva y emocional.

Su propósito es facilitar la comprensión y validación de las experiencias psicóticas, reduciendo el aislamiento y promoviendo un entendimiento colectivo. A través del diálogo, se fomenta una perspectiva más flexible sobre la realidad, lo que permite reformular experiencias y generar narrativas que faciliten la recuperación. Diversos estudios han respaldado su efectividad en la reducción de la rigidez cognitiva y la construcción de significados compartidos (Bergström et al., 2018; González-García et al., 2023).

#### *Principios del Diálogo Abierto y su Aplicación en ART*

El dialogismo contextual en ART toma como referencia los principios del Diálogo Abierto, promoviendo la participación de la

persona con psicosis y, siempre que sea posible, de su red de apoyo, incluyendo familiares, amigos y otros agentes significativos. A través de la co-construcción de significados compartidos, se busca integrar múltiples perspectivas en una narrativa más cohesionada y funcional.

El proceso sigue principios fundamentales del Diálogo Abierto, como la transparencia y la horizontalidad en la comunicación. No se toman decisiones ni se mantienen conversaciones sobre la persona sin su presencia o consentimiento, asegurando que los intercambios se desarrollen dentro de un marco de confianza y de participación activa. Se fomenta la construcción de un nuevo relato compartido, que incluya todos los puntos de vista sin imponer una única interpretación sobre lo sucedido.

Para facilitar este proceso, se emplean diversas técnicas narrativas, entre ellas:

- **Externalización:** Diferenciando la identidad de la persona de su experiencia psicótica, promoviendo una relación menos invasiva con su sintomatología.
- **Reflexión en voz alta por parte del equipo terapéutico:** Permite que todas las perspectivas sean exploradas sin imponer directrices.
- **Reformulación conjunta de la experiencia psicótica:** La persona y su red de apoyo construyen narrativas alternativas que reducen la sensación de caos o fatalidad.
- **Uso de preguntas abiertas y circulares:** Ampliando la comprensión de los eventos vividos y facilitando la integración de nuevos significados.

### *Diferencias Clave con el Diálogo Abierto*

Si bien el dialogismo contextual comparte principios con el Diálogo Abierto, ART introduce diferencias clave, alineadas con su marco clínico basado en ACT y el contextualismo funcional:

- **Estructura terapéutica.** Mientras que el Diálogo Abierto fomenta conversaciones sin una dirección predefinida, en ART el dialogismo contextual se desarrolla dentro de un marco estructurado, diseñado para fomentar la flexibilidad y facilitar procesos de defusión cognitiva, entendida como la capacidad de tomar distancia de los pensamientos sin fusionarse con su contenido literal.
- **Orientación a valores personales.** Más allá de generar nuevas explicaciones compartidas, se busca que la persona vincule su respuesta con aquello que considera significativo en su vida, promoviendo una recuperación con sentido.
- **Complementariedad con estrategias terapéuticas.** ART incorpora herramientas como desliteralización, regulación emocional y aceptación de las experiencias psicóticas, mientras que en el Diálogo Abierto las intervenciones pueden ser menos estructuradas.
- **Relación con la experiencia psicótica.** En ART, el dialogismo contextual ayuda a la persona a tomar distancia de sus experiencias sin invalidarlas, promoviendo la integración de nuevas perspectivas y facilitando una relación menos amenazante con su vivencia subjetiva.

Para ilustrar la aplicación del dialogismo contextual, consideremos el siguiente caso:

Sofía, de 25 años, ha comenzado a experimentar voces críticas que la han llevado a aislarse de su entorno. En una sesión de dialogismo contextual, se invita a su madre y a su pareja a participar. Durante la conversación, la madre expresa su temor de que las voces signifiquen un deterioro irreversible, mientras que su pareja reconoce que ha evitado hablar del tema por miedo a empeorarlo. A través de preguntas abiertas, se facilita la exploración de estas preocupaciones y se promueve una visión más amplia: Sofía comparte que las voces aumentan cuando se siente aislada y que, aunque la asustan, también las ha encontrado más manejables cuando tiene apoyo.

En este caso, el diálogo facilitado en ART no solo permitió reformular la experiencia desde una perspectiva compartida, sino que, a diferencia del Diálogo Abierto, se incorporaron principios de flexibilidad psicológica y alineación con valores personales, ayudando a Sofía a identificar estrategias que le permitan afrontar sus experiencias sin centrarse exclusivamente en su contenido.

### *Aplicación del Dialogismo Contextual en ART*

Siguiendo el principio de "Intervención inmediata" del Diálogo Abierto (Seikkula et al., 2001), en ART las sesiones de dialogismo contextual se inician lo antes posible para ofrecer un espacio de comunicación seguro desde las primeras etapas de la intervención. Estas sesiones tienen una duración aproximada de 90 minutos, con una frecuencia recomendada de dos veces por semana, ajustándose a la disponibilidad de la red de apoyo y a las necesidades individuales de la persona.

El rol del terapeuta en este enfoque es no jerárquico, funcionando como facilitador del diálogo en lugar de imponer interpretaciones o directrices. Esta actitud de apertura permite que la persona explore su discurso interno con menor rigidez, favoreciendo el distanciamiento cognitivo y la generación de nuevos significados.

El dialogismo contextual en ART contribuye a la expansión de la ZDP, al proporcionar un entorno en el que la persona puede progresar con apoyo estructurado. A medida que se flexibiliza el pensamiento y se validan nuevas perspectivas, el individuo desarrolla mayor capacidad para afrontar experiencias psicóticas y responder de manera adaptativa a su entorno.

### Zona de Desarrollo Próximo en ART

La ZDP, concepto formulado por Vygotsky (1978), se refiere a la distancia entre lo que una persona puede hacer por sí misma y lo que puede lograr con apoyo externo. Este enfoque se basa en la idea de que el aprendizaje y el desarrollo ocurren de manera óptima cuando la persona recibe orientación adecuada para progresar más allá de su nivel actual de competencia.

En ART, la ZDP funciona como un marco para estructurar la intervención, adaptando los desafíos terapéuticos a las capacidades y recursos actuales de cada individuo. A diferencia de enfoques que suponen un cambio inmediato o uniforme, la ZDP en ART abarca no solo el desarrollo cognitivo, sino también dimensiones experienciales y funcionales, favoreciendo la autonomía en la recuperación. Se activa a través de la interacción con un OMC, que puede ser un terapeuta, un miembro de la red de apoyo o incluso otra persona en recuperación con mayor funcionalidad. Este enfoque facilita el aprendizaje progresivo, permitiendo que la persona amplíe sus estrategias de afrontamiento y supere nuevos desafíos dentro de un entorno de apoyo estructurado.

El modelo de Chadwick (2006) ha sido fundamental en la aplicación de la ZDP en psicosis, resaltando la importancia de la metacognición para mejorar la autorreflexión y regulación emocional. Su enfoque ha permitido desarrollar intervenciones que fomentan una mayor conciencia sobre los propios procesos cognitivos y emocionales, facilitando así una mejor gestión de la sintomatología psicótica.

ART integra estos avances al aplicar la ZDP en contextos reales de aprendizaje. En lugar de centrarse únicamente en la metacognición, ART utiliza la ZDP como una herramienta para la adquisición progresiva de competencias funcionales, promoviendo la autonomía mediante experiencias guiadas y adaptadas a cada persona (López-Navarro et al., 2022).

Para ilustrar la aplicación de la ZDP en ART, consideremos el siguiente caso: Laura, de 35 años, ha dejado de salir sola a la calle por miedo a experimentar ansiedad y alucinaciones en entornos no controlados. Expresa que le gustaría recuperar independencia, pero la idea de salir sin apoyo le genera un gran malestar.

Intervención basada en la ZDP:

1. Nivel actual de competencia: Laura no se siente capaz de salir sola, pero está dispuesta a intentarlo si cuenta con apoyo estructurado.
2. Ajuste del nivel de apoyo: El terapeuta diseña un plan progresivo en el que Laura primero practica en un entorno seguro, caminando en compañía de un familiar o terapeuta en espacios tranquilos.
3. Reducción gradual del apoyo: A medida que Laura gana confianza, comienza a realizar trayectos cortos sin acompañamiento, pero con estrategias previamente ensayadas en terapia (p. ej., focalización atencional, regulación emocional y planificación anticipada de rutas seguras).
4. Autonomía: Con el tiempo, Laura recupera la seguridad para salir sola, utilizando las estrategias adquiridas sin necesitar apoyo externo.

**Otro más Conocedor**

El concepto de OMC formulado por Vygotsky (1978), hace referencia a la figura que facilita el aprendizaje proporcionando apoyo estructurado a quienes a quienes desarrollan nuevas habilidades. En ART, esta idea se amplía para incluir no solo a terapeutas o miembros de la red de apoyo, sino también a compañeros con mayor funcionalidad y a personal no clínico que participa en el entorno terapéutico, como trabajadores de seguridad, limpieza o administración.

Lo esencial no es el rol profesional del OMC, sino su capacidad para servir como un modelo accesible y creíble, favoreciendo el aprendizaje mediante modelado y moldeamiento. Para que este proceso sea efectivo, debe cumplir ciertas características clave:

- Similitud percibida: La persona se identifica con el otro y ve sus logros como alcanzables.
- Valor afectivo: Se establece una relación de confianza y respeto.
- Prestigio y eficacia: Se observa que las estrategias aplicadas han sido efectivas en otros casos.

Además de su impacto en la persona en recuperación, ART enfatiza la formación y acompañamiento de quienes ejercen este rol. Para ello, el modelo incorpora espacios de formación continua destinados a fortalecer la gestión emocional, la aceptación y la acción basada en valores dentro del equipo terapéutico ampliado. Este proceso no solo mejora la coherencia y consistencia de la intervención, sino que también contribuye al bienestar de quienes participan en el proceso de recuperación (Díaz-Garrido et al., 2021b; Laffite et al., 2021).

Al concebir la recuperación como un proceso social y compartido, ART convierte el OMC en un elemento central para la progresión funcional de la persona. A través de un aprendizaje guiado y progresivo en un entorno seguro, este enfoque facilita el desarrollo de nuevas competencias y amplía las posibilidades de acción y autonomía en la vida cotidiana.

Ejemplo de aplicación del OMC:

Javier, de 27 años, ha pasado por varias hospitalizaciones debido a episodios psicóticos y tiene dificultades para mantener interacciones sociales fuera del entorno clínico. Expresa que le gustaría recuperar la confianza para asistir a reuniones familiares sin sentirse abrumado.

Intervención con el Otro Más Conocedor:

1. Selección de un modelo accesible: En su grupo terapéutico, se identifica a Carla, quien también ha atravesado experiencias psicóticas y ha trabajado en la recuperación de sus habilidades sociales. Su historia es cercana a la de Javier y representa un modelo alcanzable.
2. Proceso de aprendizaje guiado: Carla y Javier participan en sesiones grupales donde practican situaciones sociales en un entorno seguro, con el terapeuta supervisando la interacción.
3. Experiencia progresiva en la vida real: Carla acompaña a Javier en una actividad social en la comunidad, brindándole apoyo en momentos de ansiedad y recordándole estrategias que ella misma ha utilizado.
4. Autonomía y transferencia de habilidades: Con el tiempo, Javier empieza a asistir a reuniones familiares por sí mismo, aplicando lo aprendido en el proceso.

**Gradiente de Deterioro Cognitivo y Funcional en Personas con Psicosis**

La necesidad de adaptar las intervenciones para mejorar la comprensión, el aprendizaje y la memoria en personas con psicosis ha sido ampliamente reconocida en la literatura (Chadwick, 2006; Morris, 2019; Pankey & Hayes, 2003). ART propone un enfoque personalizado, basado en una evaluación sistemática del deterioro cognitivo y funcional, permitiendo diseñar estrategias específicas para optimizar la efectividad terapéutica.

Clasificar los niveles de deterioro cognitivo y funcional permite ajustar las intervenciones a las necesidades individuales, aumentando su eficacia. Este enfoque se alinea con modelos que combinan ACT con técnicas de rehabilitación cognitiva, promoviendo la flexibilidad psicológica y el bienestar en personas con daño cerebral adquirido (Sathananthan et al., 2022).

El deterioro cognitivo en psicosis varía según factores individuales y contextuales (McCutcheon et al., 2023), por lo que su evaluación debe ser dinámica y revisable. Aunque lo ideal sería

contar con evaluaciones neuropsicológicas exhaustivas, las limitaciones técnicas y de recursos a menudo requieren el uso de instrumentos accesibles que permitan construir un perfil clínico útil para orientar las adaptaciones terapéuticas. Para conocer más sobre las herramientas neuropsicológicas recomendadas, véase Laffite et al. (2022, 2023).

Con base en los resultados de la evaluación neuropsicológica, ART establece un gradiente de deterioro cognitivo y funcional, definido a partir de áreas clave como la atención, memoria, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento y funcionalidad general:

### *Sin Deterioro Cognitivo o Subclínico (<1 DE)*

La persona mantiene un funcionamiento cognitivo dentro del rango esperado, con habilidades de abstracción y simbolización que permiten beneficiarse de intervenciones estándar. Cuando las puntuaciones en atención, memoria, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento no superan 1 desviación estándar (DE) por debajo del promedio, no se requieren adaptaciones significativas. Las intervenciones siguen el modelo clásico de ACT, incorporando las especificidades de ART según la evolución individual.

Ejemplo: Ana, de 26 años, ha experimentado episodios psicóticos, pero su desempeño cognitivo se encuentra dentro de los parámetros normales. Puede comprender metáforas complejas en la terapia, reflexionar sobre su experiencia y aplicar estrategias de afrontamiento de manera autónoma. Su tratamiento se enfoca en la flexibilidad psicológica sin requerir adaptaciones adicionales.

### *Deterioro Cognitivo Leve (1-2 DE)*

Se observan dificultades en atención, memoria, velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas, percepción social, procesamiento emocional y metacognición. En este nivel, se implementan adaptaciones mínimas, como la simplificación de metáforas, el aumento de la repetición, la verificación de la comprensión y la reducción de la carga simbólica en las intervenciones.

Ejemplo: José, de 34 años, tiene dificultades para mantener la atención en sesiones prolongadas y tarda más en procesar la información. Aunque comprende las estrategias terapéuticas, necesita que se repitan los conceptos clave y que las metáforas sean más concretas. Para facilitar su aprendizaje, se utilizan ejemplos visuales y se refuerza la información mediante resúmenes y esquemas.

### *Deterioro Cognitivo Moderado (>2 DE)*

Se presentan déficits significativos en la capacidad de mantener la atención, recordar información, comprender el lenguaje y realizar procesos de simbolización y abstracción. Las intervenciones se ajustan reduciendo la complejidad de las tareas, empleando un lenguaje más sencillo, metáforas concretas con significados guiados y apoyo visual con imágenes u objetos. Además, se priorizan estrategias conductuales para fomentar la autonomía, junto con una mayor frecuencia de sesiones orientadas a la recuperación funcional.

Ejemplo: Elena, de 40 años, presenta dificultades para recordar lo trabajado en sesiones anteriores y necesita instrucciones claras y estructuradas. Le resulta complejo comprender conceptos abstractos, por lo que se utilizan objetos físicos y gráficos en la terapia. Sus sesiones son más cortas y se refuerzan con ejercicios prácticos repetitivos que le ayuden a consolidar la información.

### *Deterioro Cognitivo Severo y Altamente Limitante (>3 DE)*

Se identifican limitaciones cognitivas severas que afectan el funcionamiento cotidiano. Las intervenciones se centran en la rehabilitación y en el refuerzo de habilidades básicas e instrumentales para la vida diaria. En este contexto, los principios de ART se aplican mediante técnicas de modelado y moldeamiento de conductas funcionales, adaptadas a las capacidades específicas de cada individuo.

Ejemplo: Manuel, de 55 años, tiene dificultades para recordar eventos recientes, mantener una conversación estructurada y procesar información nueva. En su tratamiento, las instrucciones deben ser directas y concretas, con apoyos visuales y repetición frecuente. Se utilizan rutinas estructuradas y entrenamiento en habilidades básicas, como recordar su agenda diaria o practicar respuestas funcionales en interacciones sociales, con el apoyo del equipo terapéutico y su red de apoyo.

Estas estrategias aseguran que las intervenciones de ART sean tanto pertinentes como efectivas, optimizando la funcionalidad y la calidad de vida de las personas con psicosis. A continuación, la Tabla 1 resume las adaptaciones específicas propuestas por ART según el nivel de deterioro cognitivo y funcional, facilitando su aplicación práctica.

**Tabla 1**

*Adaptaciones de ART Según el Nivel de Deterioro y las Funciones Neuropsicológicas Evaluadas (Adaptado de Laffite et al., 2023)*

| Función neuropsicológica | Deterioro leve | Deterioro moderado |
|---|---|---|
| **Atención** | Sesiones ligeramente más cortas con contenido reducido.<br>Uso de metáforas guía para redirigir la atención. | Sesiones más breves y con contenido limitado.<br>Uso de metáforas guía para redirigir la atención. |
| **Memoria** | Máximo de dos componentes de ACT por sesión (aceptación, defusión, metas, acción).<br>Más repeticiones y apoyo gráfico o escrito. | Intervenciones individuales con más repeticiones.<br>Uso de materiales gráficos o escritos adaptados a fortalezas y déficits. |
| **Funciones ejecutivas** | Estructura de la sesión al inicio.<br>Uso de diagramas y recordatorios del contenido previo y actual. | Información estructurada al inicio y por escrito.<br>Diagramas y recordatorios frecuentes del contenido de las sesiones. |
| **Velocidad de procesamiento** | Ritmo de lenguaje adaptado con pausas más marcadas para facilitar la comprensión. | Ritmo de lenguaje adaptado con pausas más marcadas para facilitar la comprensión. |
| **Metacognición y cognición social** | Reconocimiento y discriminación de emociones.<br>Lenguaje claro y sencillo con elementos comunicativos destacados. | Reconocimiento y discriminación de emociones.<br>Lenguaje claro y sencillo con elementos comunicativos destacados. |
| **Abstracción** | Reducción de la carga simbólica o metafórica en el lenguaje. | Eliminación completa de la carga simbólica o metafórica en el lenguaje. |

La Tabla 2 presenta las estrategias terapéuticas de ART, organizadas por niveles de intervención. Estas estrategias permiten un enfoque flexible y personalizado, alineado con los valores de cada persona. Además, la tabla sirve como guía práctica para adaptar las intervenciones según el deterioro cognitivo y funcional, así como las características individuales de cada caso.

### Procesos Terapéuticos Basados en ACT

ART integra los seis procesos principales de ACT (Hayes et al., 2011), especialmente dentro de la fase de intervención terapéutica:

1. **Generar la desesperanza creativa:** Ayudar a la persona a reconocer la ineficacia de estrategias previas de control del malestar, promoviendo una apertura hacia nuevas formas de afrontamiento.
2. **El control como problema, no como solución:** Explorar cómo la lucha con la sintomatología psicótica puede intensificar el sufrimiento, fomentando una relación más flexible con las experiencias internas.
3. **Desliteralización del lenguaje:** Facilitar distancia con los pensamientos psicóticos sin intentar eliminarlos, promoviendo una menor fusión cognitiva con el contenido alucinatorio o delirante.
4. **Yo como contexto:** Desarrollar una identidad más flexible y menos fusionada con la sintomatología psicótica y el estigma asociado, favoreciendo una perspectiva más amplia de sí mismo y reduciendo la rigidez en la autopercepción.
5. **Clarificación de valores:** Identificar aquello que le da sentido a la vida más allá de los síntomas, proporcionando una dirección para la recuperación.
6. **Aceptación y compromiso:** Integrar estrategias de afrontamiento basadas en la acción comprometida, promoviendo conductas alineadas con los valores personales, incluso en presencia de experiencias internas difíciles.

Estos procesos se aplican de manera transversal a lo largo de las distintas fases de la psicosis, integrando los principios dialógicos en el trabajo con familias, grupos y equipos terapéuticos. Además, ART ajusta sus intervenciones según el nivel de deterioro cognitivo y funcional, garantizando que las estrategias sean accesibles y aplicables para cada persona.

### Intervención en ART

La intervención en ART se organiza en torno a un esquema progresivo y adaptativo, ajustando las estrategias terapéuticas a la evolución de la persona y su contexto. Su aplicación es flexible, permitiendo su implementación en dispositivos comunitarios, unidades hospitalarias de corta y larga estancia, así como en sesiones ambulatorias, dentro de servicios públicos o privados.

Para favorecer la adherencia al tratamiento y la comprensión de los objetivos terapéuticos, las sesiones siguen una organización clara y predecible. Un marco estructurado facilita la participación activa en el proceso de recuperación, asegurando que las estrategias terapéuticas sean accesibles y comprensibles (Morris, 2019).

### Fases de la Intervención en ART

ART estructura su intervención en tres fases principales, que permiten una progresión terapéutica adaptada al nivel de deterioro funcional y cognitivo:

#### *Fase de Evaluación y Orientación*

Se realiza una valoración detallada del deterioro cognitivo y funcional, estableciendo objetivos terapéuticos en función de los valores de la persona y determinando las estrategias más adecuadas.

**Tabla 2**
*Adaptación de Técnicas y Aspectos Terapéuticos Según Niveles de Intervención (Adaptado de Zúñiga et al., 2023).*

| Categoría | Agudo | Estable sin deterioro | Estable, leve deterioro | Estable, deterioro moderado | Estable, deterioro severo |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo de lenguaje utilizado** | Lenguaje claro y preciso para evitar interpretaciones erróneas. Sin silencios prolongados, uso de paráfrasis. | Lenguaje habitual, cuidando aspectos interpretativos. | Uso limitado de simbolismos. Hablar pausadamente para facilitar comprensión. | Lenguaje sencillo y repetitivo. Ejercicios guiados por el terapeuta. | Lenguaje simple y directo. Conversación completamente guiada por el terapeuta. |
| **Recuperación funcional** | Enfocada en los valores personales. | Enfocada en valores personales. | Acciones simples basadas en valores, como establecer rutinas diarias. | Activación conductual vinculada a valores y actividades instrumentales de la vida diaria. | Acciones muy simples vinculadas a valores y actividades básicas de la vida diaria. |
| **Mindfulness** | Sesiones breves con énfasis en anclajes y guía verbal. | Progresar gradualmente hacia autonomía en prácticas simples. | Priorizar prácticas informales y simples, con mayor número de ensayos guiados. | Prácticas breves centradas físicamente y siempre guiadas. | Solo prácticas guiadas; alternativas como yoga o tai chi. |
| **Proceso espiral** | Abreviado, centrado en reducir malestar. | Espiral completo, todo el proceso es viable. | Progresión lenta, priorizando exposiciones funcionales. | Uso parcial del espiral, sin completarlo. | No se aplica el espiral. |
| **Metáforas** | Metáforas relacionadas con malestar general. Guía constante para aclarar significados. | Metáforas específicas para problemas actuales. | Uso limitado de metáforas, reforzadas con elementos físicos. | Priorizar metáforas simples y ejercicios físicos, evitando simbolismos. | Uso restringido de metáforas; evaluar capacidad individual para aplicarlas. |
| **Dialogismo contextual** | Introducir lo antes posible. | Viable. | Viable. | Uso de terapia familiar clásica. | Uso de terapia familiar clásica. |

*Nota:* Agudo: Periodo crítico con predominio de síntomas positivos y desorganización; Estable sin deterioro: Fase de remisión sin afectación cognitiva significativa; Estable con leve/moderado/severo deterioro: Progresión en el impacto funcional y cognitivo.

### *Fase de Intervención Terapéutica*

Se implementan estrategias multidimensionales, integrando ACT, el dialogismo contextual, la ZDP y otras estrategias terapéuticas basadas en evidencia, ajustando la intervención según la evolución clínica y las necesidades individuales.

Las sesiones pueden realizarse en formato individual, grupal o familiar, dependiendo de los objetivos terapéuticos y del contexto de aplicación. Las sesiones grupales siguen un enfoque estructurado basado en las fases de ACT (O'Donoghue et al., 2018), permitiendo la progresiva integración de los procesos terapéuticos en un formato adaptado a las necesidades de los participantes. Este formato facilita el aprendizaje experiencial, la interacción entre pares y la consolidación de habilidades terapéuticas en un entorno seguro.

### *Fase de Consolidación y Mantenimiento*

Se refuerzan los logros alcanzados, fomentando la autonomía y la recuperación funcional a largo plazo. En esta etapa, la intervención se centra en la acción comprometida, promoviendo conductas alineadas con los valores personales de la persona.

### Objetivos Terapéuticos en ART

Los objetivos de ART se corresponden con los descritos por Wilson y Luciano (2002), con un enfoque adaptado a la recuperación funcional en psicosis:

1. **Clarificación de valores.** Identificar lo que realmente importa a la persona, más allá del diagnóstico.
2. **Aceptación de eventos privados ligados a lo que no puede cambiarse.** Reducir la lucha con síntomas persistentes y fomentar la flexibilidad psicológica.
3. **Fortalecimiento del yo como contexto.** Desarrollar una identidad menos fusionada con la sintomatología psicótica, permitiendo mayor flexibilidad en la autopercepción.

ART enfatiza que la recuperación no implica "curar" a la persona, sino ampliar sus posibilidades de acción en el presente. La intervención se orienta a construir una vida con sentido, utilizando la aceptación como herramienta central en lugar de fijarse exclusivamente en objetivos que dependen de cambios en la sintomatología (Morris, 2019).

## Estrategias Terapéuticas Según el Momento Clínico

ART adapta sus estrategias terapéuticas en función del momento clínico, garantizando una intervención adaptada en cada etapa del proceso terapéutico.

### Intervención Preventiva y Temprana

En las fases iniciales, ART prioriza la promoción de la flexibilidad psicológica y la prevención de la cronificación del malestar. Se evita el uso de etiquetas diagnósticas rígidas y se trabaja en la identificación de patrones de evitación experiencial, facilitando estrategias que amplíen el repertorio conductual y reduzcan la vulnerabilidad antes de que se establezcan dinámicas de funcionamiento limitantes.

El estigma, ya sea social, autoinfligido o iatrogénico, representa un obstáculo significativo en la recuperación (Díaz-Garrido et al., 2021b; Laffite et al., 2023). En particular, el iatroestigma, generado por actitudes sobreprotectoras en el ámbito sanitario, puede consolidar expectativas de incapacidad, favoreciendo diagnósticos restrictivos, ingresos prematuros y una promoción inadvertida de la discapacidad. Este enfoque limitante no solo restringe la autonomía de la persona, sino que también reduce su capacidad de autodeterminación y desarrollo. Además, la atribución exclusivamente biológica de los problemas de salud mental se ha asociado con un mayor estigma profesional y peores resultados terapéuticos, especialmente cuando existe una discrepancia entre la perspectiva del "paciente" y la del equipo de salud (Rosenthal Oren et al., 2021; Valery & Proteau, 2020).

Para contrarrestar estos efectos, ART promueve una visión terapéutica que desafíe el pesimismo clínico y las narrativas rígidas sobre la psicosis. Se enfatiza la necesidad de formar equipos terapéuticos capaces de cuestionar creencias limitantes, ampliar la comprensión del proceso de recuperación y fomentar diálogos alineadas con el movimiento de Recuperación Personal. Esto implica un cambio de paradigma: reemplazar la presunción de incapacidad por una perspectiva que priorice los valores, las capacidades individuales y la construcción de una vida significativa.

Principales estrategias en esta fase:

- Identificación y trabajo sobre patrones de evitación y rigidez cognitiva, analizando cómo estas dinámicas limitan la recuperación y promoviendo alternativas más adaptativas.
- Desarrollo de flexibilidad psicológica a través de metáforas y ejercicios experienciales, utilizando comparaciones simbólicas y actividades vivenciales para ayudar a la persona a generar nuevas perspectivas y formas de afrontar su experiencia.
- Introducción de estrategias de regulación emocional y mindfulness adaptado, facilitando herramientas que ayuden a la persona a observar y gestionar sus emociones sin reaccionar impulsivamente ante ellas.
- Trabajo con la red de apoyo para fomentar un contexto facilitador de la recuperación, promoviendo dinámicas familiares y comunitarias que refuercen la autonomía y reduzcan la invalidación.

### Tratamiento Ambulatorio y Seguimiento en el Sistema Público/Privado

En esta fase, ART se centra en la consolidación de estrategias terapéuticas para la recuperación funcional, asegurando el mantenimiento de los logros alcanzados y la continuidad de la dirección comprometida hacia los valores personales. La intervención no solo se orienta a la prevención de recaídas, sino también a la integración de estrategias de afrontamiento dentro de la vida cotidiana, promoviendo una participación activa en áreas significativas para la persona.

Principales estrategias en esta fase:

- Fortalecimiento de la acción comprometida y el trabajo con valores para favorecer la reinserción social y laboral.
- Aplicación de técnicas de defusión cognitiva para reducir la fusión con pensamientos psicóticos.
- Uso de mindfulness adaptado para mejorar la regulación emocional y fomentar una mayor aceptación de la experiencia interna.
- Espacios de seguimiento grupal para reforzar la adherencia a las estrategias de afrontamiento y sostener la implicación activa en la recuperación.

**Intervención en Rehabilitación Psicosocial Para Estancias Medias y Largas**

Para personas con mayor deterioro funcional, ART adapta su intervención a un contexto de rehabilitación psicosocial, priorizando la autonomía y el entrenamiento en habilidades básicas e instrumentales.

Estrategias clave en esta fase:

- Intervenciones centradas en el refuerzo de habilidades funcionales, utilizando estrategias de aprendizaje basadas en consecuencias para fomentar conductas adaptativas.
- Modelado y moldeamiento de habilidades funcionales, permitiendo que la persona aprenda mediante la observación e imitación de conductas adaptativas en entornos cotidianos.
- Implementación de rutinas estructuradas para facilitar la independencia, asegurando la repetición de actividades esenciales y promoviendo la consolidación de hábitos funcionales en la vida diaria.
- Formación y acompañamiento del equipo terapéutico ampliado, capacitando a profesionales y cuidadores para proporcionar un apoyo coherente y efectivo dentro de los contextos de rehabilitación psicosocial.
- Rehabilitación cognitiva, enfocada en mejorar funciones como la memoria, la atención y las habilidades ejecutivas mediante ejercicios estructurados adaptados.

**Abordaje Durante la Sintomatología Aguda**

Durante los episodios de descompensación, ART adapta sus intervenciones para reducir el impacto funcional de los síntomas y estabilizar la sintomatología sin recurrir exclusivamente a estrategias de control del malestar. Se implementan técnicas individuales, grupales y familiares centradas en la aceptación y la reducción de la lucha con los síntomas psicóticos.

Estrategias clave en esta fase:

- Técnicas de mindfulness adaptado y regulación emocional en crisis. Se emplean ejercicios de atención plena diseñados para psicosis, ayudando a la persona a observar sus experiencias sin reaccionar automáticamente, reduciendo así la ansiedad y la reactividad emocional.
- Intervenciones breves basadas en la desliteralización del lenguaje. Se aplican estrategias para ayudar a la persona a tomar distancia de pensamientos intrusivos o alucinaciones, evitando una fusión rígida con su contenido sin invalidar la experiencia.
- Reestructuración del significado de la experiencia psicótica mediante el dialogismo contextual. A través de la exploración colaborativa, se fomenta una comprensión más flexible y menos amenazante de las experiencias psicóticas, promoviendo la co-construcción de significados con la red de apoyo.
- Trabajo con la familia y la red de apoyo para reducir la invalidación y el impacto de la crisis en el entorno. Se brinda psicoeducación y estrategias de comunicación para mejorar el apoyo social y minimizar respuestas que refuercen el aislamiento o la lucha con los síntomas.

**Estrategias Específicas Para el Manejo de Experiencias Psicóticas**

ART aborda las experiencias psicóticas desde un enfoque centrado en la recuperación funcional, evitando estrategias de control que refuercen la lucha interna. Para ello, se han adaptado y desarrollado técnicas específicas que permiten a la persona modificar su relación con estas vivencias sin invalidarlas ni amplificarlas (Díaz-Garrido et al., 2021b; Laffite et al., 2022, 2023).

***Intervención Sobre Alucinaciones: Focalización Contextual en las Voces***

La focalización contextual en las voces es una estrategia terapéutica utilizada en ART para abordar las alucinaciones auditivas sin recurrir a estrategias de control o reinterpretación. Aunque comparte principios con enfoques previos, como la terapia de focalización en las voces (Bentall et al., 1994), su aproximación presenta diferencias clave.

Este enfoque original proponía la reducción del malestar alucinatorio mediante reatribución y reinterpretación cognitiva, buscando que la persona dejara de percibir las voces como mensajes externos y comenzara a considerarlas como una producción propia.

Aunque ART también busca disminuir el impacto emocional de las alucinaciones, su enfoque no se basa en modificar la atribución de origen ni en su contenido, sino en transformar la relación que la persona establece con ellas. En lugar de centrarse en su eliminación o reestructuración cognitiva, promueve una interacción que reduzca la lucha interna, minimice el malestar y facilite una vida alineada con valores personales.

Para ello, se combinan técnicas de mindfulness adaptado para psicosis (Chadwick, 2014, 2019; Laffite et al., 2024) con estrategias de desliteralización y defusión cognitiva, promoviendo una mayor distancia del contenido verbal de las voces sin invalidar la experiencia. Estas técnicas permiten reducir la fusión con los mensajes auditivos y disminuir su impacto emocional, favoreciendo una relación más flexible y menos invasiva con las alucinaciones.

El procedimiento de focalización en las voces dentro de ART se desarrolla a través de tres fases:

1. **Atención a las características físicas de las voces.** Se inicia con un enfoque sensorial, en el que la persona observa y describe las cualidades acústicas de sus alucinaciones auditivas sin interpretarlas ni reaccionar ante su contenido. Esto permite desarrollar una mayor conciencia del fenómeno y reducir la reactividad emocional.

2. **Trabajo con el contenido verbal de las voces.** A través de estrategias de desliteralización, defusión cognitiva y ejercicios experienciales, se busca modificar la relación con el mensaje de las voces, fomentando una mayor distancia psicológica sin invalidar la experiencia. Se pueden emplear ejercicios como "sacar las voces a pasear", donde la persona puede escuchar grabaciones de sus voces en diferentes contextos para favorecer una exposición gradual y funcional. Otras estrategias incluyen la modificación del tono y ritmo de las voces, o el etiquetado del pensamiento, todas diseñadas para reducir la fusión con su contenido verbal y generar mayor flexibilidad psicológica.
3. **Aceptación del malestar y orientación hacia valores.** En esta fase, se entrena a la persona para mantener su dirección comprometida a pesar de la presencia de las voces. Se utilizan metáforas como la del "autobús" o el "pantano" (Wilson & Luciano, 2002) para ilustrar cómo es posible avanzar hacia una vida valiosa sin necesidad de eliminar completamente las alucinaciones auditivas.

Para ilustrar la aplicación de esta técnica en la práctica clínica, consideremos el siguiente caso:

Marcos, de 29 años, ha experimentado alucinaciones auditivas desde la adolescencia. Las voces suelen ser críticas y despectivas, lo que le genera ansiedad y aislamiento. Hasta ahora, ha intentado ignorarlas o discutir con ellas, lo que aumenta su frustración. En terapia, expresa que quiere aprender a relacionarse con sus voces de manera que no interfieran en su vida diaria.

Intervención basada en la Focalización Contextual en las Voces:

1. Atención a las características físicas de las voces. En las primeras sesiones, Marcos es guiado para observar sus voces sin interpretarlas. Se le pide que describa su tono, volumen, ritmo y distancia, sin centrarse en su contenido. Descubre que algunas voces suenan más fuertes en momentos de estrés y que su volumen disminuye cuando está concentrado en una actividad. Este ejercicio reduce su impacto emocional y la reacción automática ante ellas.
2. Trabajo con el contenido verbal de las voces. Marcos aprende estrategias de desliteralización y defusión cognitiva. Se usa el ejercicio "sacar las voces a pasear", donde graba frases similares a las que escucha y luego las reproduce en diferentes momentos del día. Nota que, aunque el contenido de las voces sigue siendo el mismo, su impacto varía según el contexto y su estado emocional. Esto le ayuda a crear distancia psicológica y a percibirlas como menos amenazantes.
3. Aceptación del malestar y orientación hacia valores. Con el tiempo, Marcos trabaja en ajustar su relación con las voces a sus valores personales. Se utiliza la metáfora del "autobús", donde imagina que sus voces son pasajeros ruidosos, pero él sigue conduciendo hacia sus objetivos. Acepta que las voces pueden estar presentes sin que esto le impida avanzar en su vida. Como parte de su plan de acción, comienza a retomar actividades sociales que había evitado, enfocándose en lo que considera importante más allá de sus alucinaciones.

ART no solo aborda alucinaciones auditivas, sino que también considera otras modalidades sensoriales, como las cenestésicas (percepciones alteradas del propio cuerpo) y las alucinaciones multimodales vinculadas a experiencias traumáticas. Dado que estas experiencias pueden involucrar múltiples sentidos simultáneamente, una estrategia terapéutica efectiva es la integración de mindfulness adaptado (Laffite et al., 2024).

### *Intervención Sobre Delirios. Proceso en Espiral*

ART aborda los delirios desde un enfoque experiencial, utilizando la metáfora de "Proceso en Espiral" para modificar la relación de la persona con sus creencias sin recurrir a la confrontación directa. En lugar de debatir o invalidar el contenido del delirio, se prioriza la exploración de su funcionalidad y su impacto en la vida de la persona.

El Proceso en Espiral es una estrategia clave de ART diseñada para reducir la fusión con las creencias delirantes y fomentar el aprendizaje basado en experiencias directas (Díaz-Garrido et al., 2021b; Laffite et al., 2022, 2023). Su propósito no es cambiar el contenido del delirio, sino facilitar que la persona desarrolle una relación más flexible con su experiencia, promoviendo la aceptación, la atención plena y la conexión con sus valores personales.

Este proceso se fundamenta en la construcción de una alianza terapéutica empática y respetuosa, adoptando una postura neutral hacia las narrativas delirantes. En lugar de centrarse en modificar estas creencias, se busca que la persona viva una vida significativa, guiada por sus valores, incluso en presencia del delirio.

**ART y la función de los delirios.** Desde una perspectiva fenomenológica y contextual, algunos autores han propuesto que los delirios no son meras distorsiones de la realidad, sino intentos de dar sentido a experiencias inusuales o perturbadoras (Deamer & Wilkinson, 2021; García-Montes et al., 2013, 2021). En este enfoque, los delirios formarían parte de una narrativa personal que ayuda a la persona a estructurar y dotar de significado a vivencias que pueden resultar desestabilizadoras.

Además, se ha propuesto que los delirios pueden actuar como estrategias de evitación experiencial, permitiendo a la persona eludir emociones, pensamientos o recuerdos dolorosos (García-Montes et al., 2013, 2021). En este sentido, el contenido delirante podría servir como una explicación alternativa que desvía la atención de aspectos internos perturbadores, funcionando como un mecanismo de regulación psicológica.

ART se alinea con esta perspectiva, reconociendo que los delirios no solo cumplen una función reguladora en la conducta, sino que también reflejan intentos activos de afrontar eventos privados desafiantes. En lugar de intentar modificar su contenido, ART facilita la exploración de su significado y su papel en la historia de la persona, promoviendo formas más flexibles de relacionarse con estas creencias.

Desde este enfoque, ART busca reducir la evitación experiencial asociada a los delirios, fomentando la aceptación de experiencias internas y promoviendo una relación más abierta con ellas. Al disminuir la necesidad de suprimir o evitar estos contenidos, se facilita que la persona se comprometa con acciones alineadas con sus valores personales, incluso en presencia de pensamientos o emociones difíciles.

El Proceso Espiral integra diferentes estrategias terapéuticas, incluyendo:

- **Fomento de la alianza terapéutica** y de una audiencia no punitiva. Se prioriza la construcción de un vínculo basado en la confianza y la validación, evitando enfoques directivos o confrontativos. Se busca proporcionar un espacio seguro donde la persona pueda expresar sus experiencias sin temor a ser juzgada o sancionada, facilitando la apertura al proceso terapéutico.
- **Análisis funcional del delirio** para comprender su función en la vida de la persona. Se exploran los antecedentes y consecuencias del delirio para identificar su función en la regulación de la conducta. En lugar de considerarlo una distorsión cognitiva, se analiza cómo opera dentro del repertorio conductual de la persona, qué reforzadores mantiene su uso y de qué manera facilita la evitación de eventos privados aversivos o la reorganización funcional de la experiencia.
- **Exposiciones controladas** a desencadenantes usando "trampas de funcionalidad", favoreciendo una relación menos rígida con la creencia delirante. Se diseñan ejercicios en los que la persona puede observar cómo responde ante situaciones específicas que activan su delirio, evaluando si este le ayuda o le limita en la consecución de sus valores. Esto permite generar dudas funcionales sobre la necesidad de aferrarse a la creencia.
- Uso de **herramientas experienciales**, como metáforas y mindfulness, para generar nuevas perspectivas. A través de ejercicios de atención plena y metáforas terapéuticas, se busca que la persona tome distancia de su narrativa delirante sin necesidad de confrontarla directamente. Se utilizan estrategias como la metáfora del "pasajero del autobús" o el mindfulness adaptado para permitir la observación de los pensamientos sin una adhesión rígida a su contenido.

Cada una de estas estrategias fomenta una narrativa menos fusionada con el contenido delirante, promoviendo la acción comprometida y guiando a la persona hacia una vida valiosa y funcional.

**Etapas del Proceso en Espiral.** Las etapas del Proceso Espiral se representan en la Figura 1, donde cada fase refleja un paso progresivo dentro de un marco dinámico y adaptativo. Desde el análisis funcional hasta el compromiso con los valores, estas etapas permiten avanzar gradualmente desde la periferia del delirio hacia una narrativa más integrada y alineada con los valores personales.

Este enfoque no solo reconoce las singularidades de cada persona, sino que también facilita el desarrollo de estrategias adaptativas para afrontar los desafíos asociados a la psicosis, promoviendo la recuperación funcional sin necesidad de eliminar completamente la experiencia delirante. Para ilustrar la aplicación del Proceso Espiral en ART, se presenta el siguiente caso:

Luis cree que sus compañeros de trabajo están conspirando contra él para sabotear su desempeño. Debido a esto, evita reuniones, reduce al mínimo sus interacciones y ha rechazado oportunidades de ascenso por temor a ser expuesto.

### *Fase 1: Establecimiento de la Alianza y Análisis Funcional*

En las primeras sesiones, el terapeuta evita confrontar directamente la certeza del delirio. Se centra en cómo esta creencia afecta la vida de Luis y qué emociones intenta manejar con su aislamiento. Se exploran los antecedentes del delirio, identificando que surgió tras una experiencia de exclusión en un empleo anterior. Se valida su experiencia sin reforzarla, empleando mimetización

**Figura 1**
*Representación Gráfica de las Etapas del Proceso Espiral.*

*Nota.* La espiral ilustra el avance progresivo a través de las fases del Proceso Espiral: análisis funcional, autoexposición funcional, desesperanza creativa, redirección hacia valores y compromiso con los valores personales. Elaboración propia.

terapéutica para abrir espacio a la exploración. También se introduce la distinción entre la percepción de amenaza y su impacto en su vida diaria, evitando cuestionar su veracidad.

***Fase 2: Autoexposición Funcional y Pruebas de Funcionalidad***

Luis comienza a realizar pequeñas interacciones en su trabajo sin evitar automáticamente a sus compañeros.

1. Se diseñan experimentos conductuales, como anotar predicciones sobre lo que cree que sucederá en una reunión y compararlas con la realidad después.
2. Se emplean ejercicios de desliteralización, ayudándole a notar cómo el contexto influye en la interpretación de sus experiencias.
3. Se introduce la metáfora del "observador en la ventana", promoviendo la flexibilidad psicológica en la interpretación de sus pensamientos.

***Fase 3: Desesperanza Creativa y Regulación Emocional***

Luis comienza a notar que sus intentos de evitar a sus compañeros no han reducido su malestar, sino que han reforzado su aislamiento y su ansiedad en el trabajo.

1. Se trabaja en la ineficacia de sus estrategias previas de control, explorando si han mejorado o empeorado su bienestar.
2. Se emplea la metáfora del pantano, ilustrando cómo la lucha contra sus pensamientos lo ha llevado a sentirse más atrapado.
3. Se introduce mindfulness adaptado, permitiéndole observar sus pensamientos sin reaccionar impulsivamente ante ellos.

***Fase 4: Redirección Hacia Valores y Acciones Comprometidas***

Luis reconoce que más allá de su miedo, valora la estabilidad laboral y el desarrollo profesional.

1. Se trabaja en conectar sus acciones con estos valores, promoviendo pequeños cambios de comportamiento.
2. Se emplea la metáfora del "autobús", donde aprende que puede seguir conduciendo su vida a pesar de sus pensamientos ansiosos.
3. Se compromete con acciones como asistir a reuniones sin evitar contacto visual y solicitar feedback sobre su desempeño.

## Discusión

ART se inscribe dentro de los enfoques contemporáneos que buscan abordar la psicosis desde una perspectiva contextual, flexible y centrada en la recuperación funcional. Basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), no solo integra estrategias de modelos previos, sino que también desarrolla y adapta intervenciones para ajustarse a distintos niveles de deterioro cognitivo y funcional. Su propósito es ofrecer un marco estructurado que permita personalizar el tratamiento en función de las necesidades individuales.

Si bien comparte principios con modelos previos, ART no es simplemente una combinación de enfoques existentes, sino una propuesta que estructura su aplicación de manera sistemática y adaptativa. Aunque ACT ya plantea un enfoque idiográfico, ART operativiza esta flexibilidad a través de un modelo progresivo de intervención por niveles de deterioro cognitivo y funcional, asegurando una mayor precisión en su aplicación clínica. De manera similar, el Diálogo Abierto enfatiza la co-construcción de significados dentro de una red de apoyo, mientras que ART incorpora estos procesos dentro de un marco terapéutico estructurado, alineado con la flexibilidad psicológica y la conexión con valores personales.

Otros modelos han abordado la psicosis desde perspectivas cercanas. La Terapia Metacognitiva (Moritz & Woodward, 2007) se centra en modificar sesgos cognitivos, mientras que ART evita intervenir directamente en la veracidad de las creencias y se enfoca en la relación que la persona establece con ellas. Asimismo, la Terapia Basada en Mindfulness para Psicosis (Chadwick, 2019) ha mostrado beneficios en la reducción de la reactividad emocional ante alucinaciones, estrategia que ART también adopta, pero en combinación con la intervención en redes de apoyo y la adaptación a distintos niveles de deterioro cognitivo y funcional.

Desde una perspectiva más amplia, ART enfatiza la importancia de un abordaje multinivel e interdisciplinario en la intervención en psicosis. Más allá de la atención individualizada, considera el impacto del entorno en la recuperación, facilitando la conexión con redes de apoyo y promoviendo un aprendizaje dentro de este contexto. Al integrar el deterioro cognitivo y funcional en la planificación del tratamiento, y al involucrar tanto a la red de apoyo como al equipo terapéutico ampliado, ART proporciona una estructura flexible que permite adaptar las intervenciones con mayor precisión. En este sentido, no pretende sustituir modelos existentes, sino ofrecer un marco que facilite su aplicación en la práctica clínica y optimice la colaboración entre distintos agentes terapéuticos.

Hasta el momento, la experiencia clínica con ART ha mostrado resultados prometedores en términos de recuperación funcional y mejora en la calidad de vida. Sin embargo, aún no se han publicado estudios empíricos que evalúen su eficacia, por lo que su impacto diferencial en comparación con otros modelos requiere una investigación más rigurosa. Para su consolidación, será fundamental realizar estudios de factibilidad, eficacia y efectividad en distintos contextos clínicos.

El desarrollo de enfoques terapéuticos en psicosis continúa en evolución, y ART se presenta como una propuesta en construcción, cuyo refinamiento dependerá de la evidencia acumulada en los próximos años. Su énfasis en la recuperación funcional y la personalización de las intervenciones lo convierten en un modelo con potencial clínico, pero su consolidación requiere una evaluación empírica rigurosa que permita determinar su eficacia y establecer su lugar dentro del panorama actual de intervenciones en psicosis.

## Fuentes de Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

## Conflicto de Intereses

Los autores declaran expresamente que no existe conflicto de intereses.

## Referencias


Anda, L., Brønnick, K. K., Johannessen, J. O., Joa, I., Kroken, R. A., Johnsen, E., Rettenbacher, M., Fathian, F., y Løberg, E. M. (2019). Cognitive Profile in Ultra High Risk for Psychosis and Schizophrenia: A Comparison Using Coordinated Norms. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 695. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00695

Bentall, R. P., Haddock, G., y Slade, P. D. (1994). Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy. *Behavior Therapy*, *25*(1), 51-66. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80145-5

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., y Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry research*, *270*, 168-175. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039

Chadwick, P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Wiley.

Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British journal of psychiatry*, *204*, 333-334. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136044

Chadwick, P. (2019). Mindfulness for psychosis: a humanising therapeutic process. *Current opinion in psychology*, *28*, 317-320. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.07.022

Cooper, R. E., Laxhman, N., Crellin, N., Moncrieff, J., y Priebe, S. (2020). Psicosocial interventions for people with schizophrenia or psychosis on minimal or non-antipsychotic medication: A systematic review. *Schizophrenia Research*, *225*, 15-30. https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.05.020

Deamer, F., & Wilkinson, S. (2021). Metaphorical thinking and delusions in psychosis. En M. Amblard, M. Musiol y M. Rebuschi (Eds.), *In(coherence) of discourse* (pp. 119-130). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-71434-5_6

Díaz-Garrido, J. A., Laffite, H., y Zúñiga, R. (2021a). Terapia de aceptación y compromiso en psicosis. En J. A. Díaz-Garrido, H. Laffite y R. Zúñiga (coords.). *Terapia de aceptación y compromiso en psicosis. Aceptación y recuperación por niveles*. Ediciones Pirámide.

Díaz-Garrido, J. A., Laffite, H., y Zúñiga, R. (2021b). Terapia de aceptación y recuperación por niveles para la psicosis. En J. A. Díaz-Garrido, H. Laffite y R. Zúñiga (coords.), *Terapia de aceptación y compromiso en psicosis. Aceptación y recuperación por niveles*. Ediciones Pirámide.

Dumas-Mallet, E., y Gonon, F. (2020). Messaging in Biological Psychiatry: Misrepresentations, Their Causes, and Potential Consequences. *Harvard review of psychiatry*, *28*(6), 395-403. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000276

Francey, S. M., O'Donoghue, B., Nelson, B., Graham, J., Baldwin, L., Yuen, H. P., Kerr, M. J., Ratheesh, A., Allott, K., Alvarez-Jimenez, M., Fornito, A., Harrigan, S., Thompson, A. D., Wood, S., Berk, M., y McGorry, P. D. (2020). Psychosocial intervention with or without antipsychotic medication for first-episode psychosis: A randomized noninferiority clinical trial. *Schizophrenia*, *1*(1), sgaa015

García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., y Perona-Garcelán, S. (2013). Acceptance and commitment therapy for delusions. En E. M. J. Morris, L. C. Johns y J. E. Oliver (Eds.), *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (pp. 112-128). Wiley Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch8

García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., López-Ríos, F., Sánchez, L. M., y Vallina, O. (2021). ACT aplicada a síntomas psicóticos positivos. En J. A. Díaz-Garrido, H. Laffite y R. Zúñiga (coords.), *Terapia de aceptación y compromiso en psicosis. Aceptación y recuperación por niveles*. Ediciones Pirámide.

Gebreegziabhere, Y., Habatmu, K., Mihretu, A., Cella, M., y Alem, A. (2022). Cognitive impairment in people with schizophrenia: an umbrella review. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *272*(7), 1139-1155. https://doi.org/10.1007/s00406-022-01416-6

González-García, J., Pérez-Fernández, M., y López-Rodríguez, C. (2023). Eficacia del diálogo abierto en la intervención temprana de la psicosis: Revisión de estudios. *Revista Española de Salud Mental y Esquizofrenia*, *10*(2), 45-60. https://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/167

Green, M. J., Girshkin, L., Kremerskothen, K., Watkeys, O., y Quidé, Y. (2020). A Systematic Review of Studies Reporting Data-Driven Cognitive Subtypes across the Psychosis Spectrum. *Neuropsychology review*, *30*(4), 446-460. https://doi.org/10.1007/s11065-019-09422-7

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

Kahn, R. S., y Keefe, R. S. (2013). Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA psychiatry*, *70*(10), 1107-1112. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.155

Laffite, H., Zúñiga, R., y Díaz-Garrido, J. A. (2021). Involucrando a todos: Una propuesta de aplicación de ACT y FAP en psicosis crónica. En J. J. Ruiz e I. Ruiz (Eds.), *FACT de grupo: Integrando ACT y FAP de grupo* (pp. 563-596). Psara Ediciones.

Laffite, H., Díaz-Garrido, J. A, Zúñiga, R., Martínez-Huidobro, M. F., y Hernández-Fleta, J. L. (2022). La Terapia de aceptación y recuperación por niveles para la psicosis (ART). Un modelo centrado en el contexto. En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga, H. Laffite y E. Morris (Eds.), *Los modelos del cambio: Casos clínicos en psicosis*. Ediciones Pirámide.

Laffite, H., Díaz-Garrido, J. A., Zúñiga, R., Martínez-Huidobro, M., y Hernández-Fleta, J. L. (2023). Acceptance and Recovery Therapy by levels for psychosis (ART): A context-centred model. En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga, H. Laffite y E. Morris (Eds.), *Psychological interventions in psychosis: Towards a paradigm shift*. Springer.

Laffite, H., Díaz-Garrido, J. A., Martínez-Huidobro, M. F., y Roncancio-Medina, T. (2024). New Adaptations in the Application of Mindfulness to Psychosis Spectrum Disorders. *Psychologist Papers*, *45*(1), 19-25.

López-Navarro, E., y Al-Halabí, S. (2022a). Mindfulness on Daily Life Coping in People Experiencing Psychosis: A Randomized Controlled Trial. *International journal of clinical and health psychology*, *22*(2), 100298. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100298

López-Navarro, E., y Al-Halabí, S. (2022b). Effects of mindfulness on psychotic symptoms: Insights from a randomized clinical trial. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, *14*(1), 93-98. https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1889649

López-Navarro, E., Fonseca-Pedrero, E., Errasti, J., y Al-Halabí, S. (2022). Mindfulness improves theory of mind in people experiencing psychosis: A pilot randomized clinical trial. *Psychiatry research*, *310*, 114440. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114440

McCutcheon, R. A., Merritt, K., y Howes, O. D. (2021). Dopamine and glutamate in individuals at high risk for psychosis: a meta-analysis of in vivo imaging findings and their variability compared to controls. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *20*(3), 405-416. https://doi.org/10.1002/wps.20893

McCutcheon, R. A., Keefe, R. S. E., y McGuire, P. K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Molecular psychiatry*, *28*(5), 1902-1918. https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9

Mc Glanaghy, E., Turner, D., Davis, G. A., Sharpe, H., Dougall, N., Morris, P., Prentice, W., y Hutton, P. (2021). A network meta-analysis of psychological interventions for schizophrenia and psychosis: Impact on symptoms. *Schizophrenia research*, *228*, 447-459. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.036

Moritz, S., y Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry, 10*(3), 69-78.

Morris, E. (2019). Acceptance and Commitment Therapy. En C. Cupitt (Ed.), *CBT for Psychosis: Process-orientated therapies and the third wave* (pp. 79-97). Routledge Taylor & Francis Group.

Morris, E. M. J., Johns, L. C., y Gaudiano, B. A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and psychotherapy*, *97*(1), 41-58. https://doi.org/10.1111/papt.12479

Morrison, A. P., Law, H., Carter, L., Sellers, R., Emsley, R., Pyle, M., French, P., Shiers, D., Yung, A. R., Murphy, E. K., Holden, N., Steele, A., Bowe, S. E., Palmier-Claus, J., Brooks, V., Byrne, R., Davies, L., y Haddad, P. M. (2018). Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, *5*(5), 411-423. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30096-8

O'Donoghue, E. K., Morris, E. M., Oliver, J., y Johns, L. C. (2018). *ACT for psychosis recovery: A practical manual for group-based interventions using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Pankey, J., y Hayes, S. C. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, *3*(2), 311-328.

Pérez-Álvarez, M., y García-Montes, J. M. (2022). Para el cambio de paradigma en psicosis: un enfoque fenomenológico contextual. En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga, H. Laffite y E. M. J. Morris (coords.). *Modelos del cambio. Casos clínicos en psicosis*. Ediciones Pirámide.

Pérez-Álvarez, M., y García-Montes, J. M. (2023). Toward a change of paradigm in psychosis: a contextual phenomenological approach. En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga, H. Laffite y E. Morris (Eds.), *Psychological interventions in psychosis: Towards a paradigm shift*. Springer.

Rosenthal Oren, R., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Roth, S., Thomas, E. C., y Zisman-Ilani, Y. (2021). Beliefs About the Causes of Psychosis Among Persons With Psychosis and Mental Health Professionals: A Scoping Review. *Psychiatric services*, *72*(10), 1178-1192. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000460

Sathananthan, N., Morris, E. M. J., Gillanders, D., Knox, L., Dimech-Betancourt, B., Wright, B. J., das Nair, R., y Wong, D. (2022). Does Integrating Cognitive and Psychological Interventions Enhance Wellbeing After Acquired Brain Injury? Study Protocol for a Phase II Randomized Controlled Trial of the VaLiANT (Valued Living After Neurological Trauma) Group Program. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, *2*. https://doi.org/10.3389/fresc.2021.815111

Seikkula, J., Alakare, B., y Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, *14*(4), 247-265. https://doi.org/10.1080/10720530125965

Seikkula, J., y Arnkil, T. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder.

Seikkula, J., y Arnkil, T. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Herder.

Valery, K. M., y Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry research*, *290*, 113068. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068

Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Durante, F., Facchi, M., Deste, G., y Wykes, T. (2024). Durability of effects of cognitive remediation on cognition and psychosocial functioning in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *American Journal of Psychiatry*, *181*(6), 520-531. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230396

Vygotsky, L. S. (1978). *Pensamiento y lenguaje*. Paidós.

Wilson, K. G., y Luciano, C. (2002). T*erapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores [Acceptance and Commitment Therapy: A behavioral therapy oriented to values]*. Ediciones Pirámide.

Zúñiga, R., Laffite, H., Díaz-Garrido, J. A., y Cejas-Méndez, M. R. (2023). About hobbits, Jedi, goddesses and magical energies: Clinical cases from ART. En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga, H. Laffite y E. Morris (Eds.), *Psychological interventions for psychosis: Towards a paradigm shift*. Springer.