



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

Relación entre la flexibilidad psicológica y el funcionamiento psicosocial en personas con psicosis: una revisión sistemática

Autora: Marta Torres Mateos-Higuera

Tutor: José Antonio Tamayo Hernández

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

Índice

Resumen	3
Abstract.....	4
Introducción	5
Trastornos del espectro psicótico	5
<i>Clasificación diagnóstica y prevalencia</i>	5
<i>Consecuencias clínicas y funcionales</i>	5
<i>Modelos de abordaje psicológico actuales</i>	7
Funcionamiento psicosocial en personas con psicosis.....	8
<i>Conceptualización y factores asociados</i>	8
<i>Relevancia clínica y pronóstica</i>	10
Flexibilidad psicológica	11
<i>Conceptualización y procesos clave</i>	11
<i>Flexibilidad psicológica y funcionamiento psicosocial</i>	12
Motivación para el estudio	13
Objetivos e hipótesis del estudio	14
Método	15
Diseño de la búsqueda.....	15
Criterios de elegibilidad	16
Resultados.....	18
Variables de interés	18
Características metodológicas y de la muestra	19
Análisis de datos	20
Evaluación de sesgo	21
Síntesis de los resultados.....	22
Discusión	34
Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación	40

Conclusiones..... 42

Referencias 44

Anexo..... 60

Resumen

La psicosis se asocia a un importante deterioro en el funcionamiento psicosocial (FPS) que va más allá de la sintomatología clínica, afectando a áreas como las relaciones sociales, el ámbito laboral y la calidad de vida. En este contexto, la flexibilidad psicológica (FLP), concepto central de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), emerge como una variable de interés en la comprensión de la adaptación funcional de esta población. Sin embargo, la evidencia específica sobre su relación con el FPS en personas con psicosis es limitada y fragmentada. El objetivo de esta revisión sistemática fue sintetizar la evidencia disponible sobre la relación entre la FLP y el FPS en personas con sintomatología psicótica. La búsqueda se realizó en PubMed, Cochrane Library, APA PsycINFO y Psychology & Behavioral Sciences Collection, incluyendo finalmente 13 estudios tras establecer los criterios de elegibilidad. Los resultados permiten confirmar parcialmente la hipótesis inicial. Los estudios transversales muestran una asociación moderada y significativa entre inflexibilidad psicológica y peor FPS, siendo la evitación experiencial un predictor con mayor capacidad explicativa que otras variables. Los estudios de intervención aportan patrones reiterados de cambio paralelo entre ambas variables, aunque sin permitir establecer causalidad. La atención plena es el proceso de la FLP con asociaciones más consistentes en el FPS. El autoestigma se identifica como una variable mediadora en esta relación. Estos hallazgos tienen implicaciones directas para el diseño de programas de rehabilitación psicosocial que integren intervenciones contextuales en el abordaje de la recuperación en psicosis.

Palabras clave: flexibilidad psicológica, funcionamiento psicosocial, psicosis, evitación experiencial.

Abstract

Psychosis is associated with significant impairment in psychosocial functioning (PSF) that goes beyond clinical symptoms, affecting areas such as social relationships, the workplace, and quality of life. In this context, psychological flexibility (PF), a central concept of acceptance and commitment therapy (ACT), emerges as a variable of interest in understanding the functional adaptation of this population. However, specific evidence regarding its relationship with PSF in people with psychosis is limited and fragmented. The objective of this systematic review was to synthesize the available evidence on the relationship between PF and PSF in people with psychotic symptoms. The search was conducted in PubMed, the Cochrane Library, APA PsycINFO, and the Psychology & Behavioral Sciences Collection, ultimately including 13 studies after establishing eligibility criteria. The results partially confirm the initial hypothesis. Cross-sectional studies show a moderate and significant association between psychological inflexibility and poorer PSF, with experiential avoidance being a predictor with greater explanatory power than other variables. Intervention studies provide repeated patterns of parallel change between both variables, although they do not allow for the establishment of causality. Mindfulness is the PF process with the most consistent associations with PSF. Self-stigma is identified as a mediating variable in this relationship. These findings have direct implications for the design of psychosocial rehabilitation programs that integrate contextual interventions into the approach to recovery from psychosis.

Keywords: psychological flexibility, psychosocial functioning, psychosis, experiential avoidance.

Introducción

Trastornos del espectro psicótico

Clasificación diagnóstica y prevalencia

Atendiendo a la quinta edición revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022), los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, la percepción, la emoción y la conducta. Dentro de esta categoría se incluyen el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y otros cuadros, como los inducidos por sustancias o los relacionados con otra afección médica.

Chart et al. (2023) describen la psicosis como un conjunto de síntomas caracterizados por una alteración en la interpretación de la realidad. Es común en estos trastornos la presencia de síntomas positivos, como alucinaciones, ideas delirantes, pensamiento desorganizado o comportamiento motor anómalo; así como síntomas negativos, como apatía, anhedonia o embotamiento afectivo (APA, 2022). Además, pueden observarse síntomas afectivos, relacionados con alteraciones del estado de ánimo (manía, síntomas depresivos), y síntomas cognitivos, asociados a dificultades en procesos como la atención, la memoria o la velocidad de procesamiento (Chart et al., 2023; Ortuño & Gutiérrez-Rojas, 2011).

El Ministerio de Sanidad (2021) señala que, en España, la psicosis afecta aproximadamente al 1,2% de la población general, con una ligera mayor prevalencia en mujeres (1,4%) que en hombres (1,1%). Dentro de los trastornos psicóticos, la psicosis afectiva representa el subtipo más frecuente (7,2%), seguida de la esquizofrenia (3,7%) y psicosis no especificadas (1,9%). A nivel mundial, se estima que una de cada 345 personas presenta esquizofrenia, lo que equivale aproximadamente a 23 millones en total (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Consecuencias clínicas y funcionales

Más allá de la sintomatología psicótica característica, estos trastornos conllevan un impacto significativo en el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida. Green y Harvey (2014) señalan que, además de los síntomas psicóticos, el deterioro cognitivo

desempeña un papel central en las dificultades de integración y en el pronóstico. En concreto, las personas con psicosis muestran déficits en dominios de la cognición social y la mentalización, dificultando su capacidad para interpretar la intención y el comportamiento de otros (Debbané et al., 2016; Lysaker et al., 2021). Estas disfunciones en las habilidades comunicativas, la percepción social y el procesamiento emocional se asocian a un peor funcionamiento comunitario y social (Lysaker et al., 2021).

A su vez, el deterioro en la calidad de vida es notable, especialmente en áreas como las relaciones sociales y la salud física y psicológica. En este sentido, la esquizofrenia se ha asociado a menores niveles de autoestima y mayores niveles de sintomatología depresiva (Campo, 2024). Wilson et al. (2020) describen una estrecha interrelación entre los síntomas psicóticos y la sintomatología ansiosa y depresiva, que no sólo puede surgir como consecuencia de episodios psicóticos, sino que también se relaciona con recaídas y con un peor pronóstico (Hartley et al., 2013). Unido a ello, se han descrito dificultades en la regulación emocional, que pueden exacerbar la experiencia de sintomatología psicótica, como las alucinaciones, los delirios o la inserción de pensamiento (Kimhy et al., 2020).

En el área laboral, estas personas se enfrentan también a múltiples obstáculos. Marwaha y Johnson (2004) señalan que hay ciertas barreras, como el estigma asociado al diagnóstico, la discriminación laboral o el miedo a perder beneficios por incorporarse al trabajo, que se traducen en una menor tasa de empleo en personas con esquizofrenia.

En el ámbito familiar, se ha observado un deterioro en las relaciones y dinámicas familiares, a pesar de la importancia de su apoyo en el proceso de recuperación (Akgenç & Ünsal, 2025). La presencia de un trastorno psicótico en el sistema familiar se relaciona con una reestructuración de roles entre los miembros y una sobrecarga en el cuidador, desgastándole a nivel físico y psicológico, e incluso derivando en una desintegración del núcleo familiar (Martínez-Cardona et al., 2020).

Por otro lado, estudios como el de Valiente-Ots et al. (2006) ponen de manifiesto la estrecha interrelación entre el trauma y la psicosis. La vivencia de sucesos traumáticos puede suponer un factor de riesgo para desarrollar sintomatología psicótica (Frías et al., 2014). A su vez, la propia sintomatología, las intervenciones y las vivencias durante las hospitalizaciones pueden suponer una amenaza significativa para el paciente, generando

un elevado nivel de sufrimiento y llevando a vivenciarse como traumático (Morrison et al., 2003; Valiente-Ots et al., 2006).

Todas estas experiencias generan un elevado sufrimiento y vulnerabilidad emocional, asociados a un aumento del riesgo de suicidio en esta población (García-Haro et al., 2020). De hecho, la probabilidad de muerte por suicidio entre las personas con experiencias psicóticas es aproximadamente cuatro veces mayor que en la población general (Yates et al., 2018), constituyendo la primera causa de mortalidad prematura (Confederación Salud Mental España, 2006). Entre los factores de riesgo, se encuentran el autoestigma, la sintomatología depresiva, el consumo de sustancias, el miedo o la desorganización mental (Addington, 2006; Touriño et al., 2018).

En conjunto, la literatura científica evidencia las múltiples repercusiones que la sintomatología psicótica tiene tanto en las personas que la padecen como en sus familiares. Aunque la medicación antipsicótica es efectiva para la reducción de síntomas psicóticos, Green y Harvey (2014) señalan que su impacto es limitado en la mejora del funcionamiento cognitivo y en la rehabilitación comunitaria; es decir, se asocian principalmente a la remisión de síntomas, pero no necesariamente a la recuperación funcional ni a la reintegración social. Esto pone de manifiesto la necesidad de una intervención psicológica que aborde de manera integral los déficits cognitivos y la adaptación funcional de estos pacientes.

Modelos de abordaje psicológico actuales

Independientemente del tratamiento psicológico que se plantee, Montaña et al. (2013) señalan que el objetivo final con estos pacientes es la mejora en la calidad de vida, fomentando su recuperación y rehabilitación psicosocial, y disminuyendo la posible disfunción existente en el núcleo familiar.

Atendiendo a la guía clínica sobre psicosis y esquizofrenia en adultos del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2015), la terapia cognitivo-conductual se plantea como un tratamiento psicológico de referencia para la mejora de sintomatología psicótica; junto con intervención familiar para el desarrollo de habilidades de afrontamiento en los familiares y la reducción de las tasas de recaída.

Asimismo, se recalca la importancia de identificar la fase prodrómica que precede a un episodio psicótico, en la cual los signos aparecen de forma gradual, para así enfatizar

la importancia de los programas de intervención temprana en psicosis (Arango et al., 2017; Ibáñez, 2019). Estos programas, como recogen Arango et al. (2017), engloban la psicoeducación dirigida a la población general y a los profesionales de la salud, equipos interdisciplinarios enfocados en la detección de pródromos, tratamiento interdisciplinario, inclusión de la familia y un cambio de foco desde el diagnóstico clínico a las repercusiones funcionales.

Por otro lado, dentro de las terapias de tercera generación, la evidencia reciente ha encontrado que la terapia de aceptación y compromiso (ACT) puede ser efectiva para el tratamiento de la psicosis y la mejora en la calidad de vida (Argudo et al., 2025), incluso en individuos con presencia de comorbilidad o sintomatología compleja (Wakefield et al., 2018). Este efecto se ha asociado con cambios en la forma en que los pacientes se relacionan con sus experiencias psicóticas, favoreciendo una mayor aceptación de la sintomatología y una menor credibilidad otorgada a estos eventos, junto con un aumento de la flexibilidad psicológica (Wakefield et al., 2018).

En esta misma línea, la terapia de aceptación y recuperación por niveles para la psicosis (ART), un modelo derivado de la ACT, propone abordar la psicosis desde una perspectiva contextual, promoviendo también la flexibilidad psicológica y el compromiso con valores (Díaz-Garrido et al., 2025). Este enfoque se centra en la recuperación funcional a través de la adaptación de las intervenciones al nivel de deterioro cognitivo y funcional que presente la persona (Díaz-Garrido et al., 2025).

Funcionamiento psicosocial en personas con psicosis

Conceptualización y factores asociados

De acuerdo con Hernández (2017), las personas que sufren problemas de salud mental suelen experimentar dificultades en el desempeño de su vida diaria, limitando su desarrollo y consecución de sus objetivos personales. En este sentido, el *funcionamiento psicosocial* (FPS) se define como el grado en el que la persona es capaz de desenvolverse de forma efectiva en diversas áreas de su vida cotidiana, como el área laboral, social, económica, sexual o familiar (González & Rodríguez, 2010; Valencia et al., 1989).

En concreto, las personas con esquizofrenia o con otros trastornos del espectro psicótico sufren severas dificultades en el FPS, asociadas a factores como el estigma, la sintomatología propia del trastorno, los efectos farmacológicos adversos o la eficacia

limitada de los tratamientos (Świtaj et al., 2012). En este sentido, la literatura señala que dichas dificultades no dependen únicamente del trastorno mental, sino también de factores contextuales y sociales que modulan su impacto en la vida cotidiana (Galderisi et al., 2020; Świtaj et al., 2012).

Gutiérrez-Maldonado et al. (2012) exponen que, aunque las personas con esquizofrenia pueden relacionarse adecuadamente dentro del ambiente familiar, muestran carencias significativas en la integración social y funcional, especialmente en la interacción con otros, el mantenimiento de las relaciones sociales y en el rendimiento laboral (Brissos et al., 2011). Además, la percepción de escaso apoyo social se asocia a una mayor sensación de aislamiento, afectando negativamente a su bienestar y a la calidad vital (Gutiérrez-Maldonado et al., 2012).

Asimismo, numerosos estudios han encontrado que el FPS se ve afectado por los déficits cognitivos que presentan estos pacientes (Brissos et al., 2011; Harvey et al., 2019; Ojeda et al., 2012; Stouten et al., 2015), aunque existe cierta discrepancia en la literatura, ya que algunos trabajos no han hallado una relación significativa entre la función cognitiva y el FPS (Kossmann et al., 2021). En este sentido, Joseph et al. (2023) indican que, desde fases tempranas de un trastorno psicótico, suelen observarse alteraciones en la cognición social que se traducen en dificultades para interpretar los pensamientos y las emociones de otros, así como para reconocer expresiones faciales. Por su parte, Ruiz-Ruiz et al. (2006) destacan la dificultad para expresar adecuadamente sus emociones, viéndose limitada su capacidad para establecer y mantener relaciones sociales efectivas.

En esta misma línea, Stouten et al. (2015) mencionan que, en pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico, los déficits neurocognitivos y de cognición social, junto con la presencia de niveles altos de síntomas negativos, son factores asociados a un mayor deterioro en el FPS. Estos autores hipotetizan que estos déficits, traducidos como una distorsión en la interpretación de las intenciones y emociones de los demás, o la atribución externa de los propios resultados negativos, podrían suponer un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología psicótica, más que una mera consecuencia de ella (Stouten et al., 2015).

En conjunto, las dificultades en el FPS pueden entenderse como el resultado de la interacción entre las características clínicas del trastorno y los factores contextuales y sociales del individuo, lo que ponen de manifiesto la necesidad de un abordaje integral y

holístico que tenga en cuenta el contexto y las condiciones particulares de cada persona (Świtaj et al., 2012).

Relevancia clínica y pronóstica

Los pacientes con psicosis presentan con frecuencia disfunciones en el FPS a causa de los déficits cognitivos y de las dificultades presentes en su contexto, lo que dificulta una adecuada adaptación al entorno. Estas dificultades tienen repercusiones a diferentes niveles y, como resaltan Galderisi et al. (2020), el FPS posee una relevancia clínica y pronóstica central en personas con psicosis, siendo su mejora el foco principal en los programas de tratamiento integrados avanzados.

Galderisi et al. (2020) encuentran que, en pacientes con esquizofrenia que no logran recuperarse, los distintos síntomas están fuertemente interconectados, lo que favorece su mantenimiento mutuo y se asocia a un nivel bajo de funcionalidad. Por el contrario, en los pacientes recuperados, ciertos dominios del FPS, como las habilidades laborales o las relaciones interpersonales, se encuentran desconectados de la sintomatología psicopatológica. Estos hallazgos subrayan la relevancia de intervenir sobre las variables del FPS para favorecer procesos de recuperación y prevenir la persistencia de la sintomatología a largo plazo (Galderisi et al., 2020).

Por otro lado, los hallazgos de Mucci et al. (2021) indican que la neurocognición y la cognición social predicen mejoras en habilidades de la vida diaria, de funcionamiento laboral y de relaciones interpersonales, además de condicionar el pronóstico funcional. En esta misma línea, Luo et al. (2021) señalan que los déficits neurocognitivos influyen en el reconocimiento emocional y en la alexitimia, lo que incrementa la sintomatología negativa y se relaciona con un peor FPS, afectando a áreas como la autonomía, las relaciones sociales y la integración en la comunidad. Asimismo, la abulia también muestra un impacto en el funcionamiento interpersonal, lo que sugiere que tanto la cognición como la motivación desempeñan un papel relevante en la adaptación al entorno y en la evolución de la psicosis a nivel funcional (Mucci et al., 2021), así como en la calidad de vida (Maat et al., 2012).

Otros estudios también han evidenciado la importancia clínica del FPS en áreas concretas. En el ámbito laboral, Wright et al. (2020) ponen de manifiesto que los factores cognitivos en personas con un primer episodio de psicosis predicen el compromiso y la

participación en un empleo. En el ámbito sexual, Kossmann et al. (2021) encontraron una correlación entre un bajo FPS y un menor bienestar subjetivo, así como niveles más bajos de actividad sexual.

Asimismo, se ha asociado un peor FPS a una mayor probabilidad de recaída en esta población (Rivelli et al., 2024), lo cual tiene numerosas implicaciones en la salud y supone una disrupción importante en diferentes áreas de la vida, como el ámbito laboral, el funcionamiento cognitivo o la calidad de vida (Garzón, 2016).

Por todo ello, el FPS y la adaptación funcional de pacientes que han sufrido un episodio psicótico se consideran indicadores centrales del proceso de recuperación a todos los niveles, facilitando no solo la reintegración laboral y social, sino la prevención de recaídas y la mejora de su bienestar.

Flexibilidad psicológica

Conceptualización y procesos clave

La *flexibilidad psicológica* (FLP) es un concepto central dentro de la ACT, la cual se encuentra integrada dentro de las denominadas terapias contextuales o de tercera generación, que ofrecen un enfoque transdiagnóstico para el estudio de la conducta humana (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2012). Este concepto se recoge dentro de un marco conceptual denominado modelo hexaflex, que describe seis procesos psicológicos interrelacionados asociados a una mayor FLP y adaptación, y que se consideran esenciales para el bienestar general (Hayes et al., 2014; Stabbe et al., 2019). Estas seis dimensiones se describen de la siguiente forma (Barbero, 2022; Fabrizzio, 2023; Hayes et al., 2014):

- Aceptación (frente a evitación experiencial): capacidad para estar abiertos y en contacto con pensamientos o sentimientos desagradables, en lugar de luchar contra ellos o intentar suprimirlos.
- Valores (frente a falta de valores): identificar lo que es verdaderamente significativo para la persona, orientando su conducta de manera coherente con ello, de tal forma que permitan guiar las decisiones, actuando como reforzadores intrínsecos.
- Acción comprometida (frente a inactividad o impulsividad): actuar de manera consistente con esos valores, con propósito, incluso en presencia de la incomodidad.

- El yo como contexto (frente al yo como contenido): capacidad de observar las experiencias propias sin identificarse con ellas.
- Defusión cognitiva (frente a fusión cognitiva): proceso mediante el cual los pensamientos y emociones son experimentados como eventos mentales, y no como verdades literales que guían la conducta.
- Atención al momento presente (frente a atención rígida): contacto flexible con el aquí y ahora, en lugar de una atención dominada por el pasado o futuro.

Hayes et al. (2014) señalan que la ausencia o rigidez en estos procesos se asocia con una menor flexibilidad psicológica, lo que a su vez se asocia con un funcionamiento poco adaptado y un mayor sufrimiento. Esto se puede explicar en términos funcionales debido a que ciertos procesos verbales, como la fusión cognitiva o la evitación experiencial, estrechan el repertorio conductual que tiene la persona, limitando su capacidad para actuar de forma efectiva frente a las demandas del contexto (Hayes et al., 2012). En este sentido, el intento persistente de evitar el malestar puede contribuir paradójicamente a su mantenimiento o incremento; o, en palabras de Wilson y Luciano (2002), “el ser humano, aspirando a no sufrir nunca ni por nada, ha terminado propiciando sufrir más y por más cosas” (p. 30).

Desde este modelo, el dolor se considera una parte inherente de la experiencia humana, pero se convierte en sufrimiento cuando el comportamiento se vuelve rígido y, por ende, poco sensible al contexto, con dificultades para adaptarse a lo que ocurre dentro o fuera de uno mismo. En estos casos, la capacidad de actuación efectiva se ve reducida en los momentos en los que las personas se aferran a pensamientos o reglas de forma inflexible, lo cual lleva a una evitación de emociones y experiencias, generando un patrón conductual que mantiene el malestar y dificulta la adaptación (Hayes et al., 1999; Wilson & Luciano, 2002).

Flexibilidad psicológica y funcionamiento psicosocial

Se ha evidenciado a través de diversos estudios que, en el marco de la ACT, la FLP se ha propuesto como un posible mecanismo de cambio asociado a una mejora en la calidad de vida y en el funcionamiento general (Rutschmann et al., 2024). Este funcionamiento, medido a través de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG; Endicott et al., 1976), hace referencia al grado en que la persona puede realizar

de forma independiente las tareas de su vida cotidiana, teniendo en cuenta las diversas áreas que componen el FPS.

Múltiples investigaciones han abordado la relación entre la FLP y el FPS. Latella et al. (2025) recogen los beneficios de la ACT en diversas alteraciones psiquiátricas, como el insomnio, el trastorno del espectro autista y la psicosis, asociados a la reducción de la evitación experiencial y a la mejora de la regulación emocional, entre otros procesos. No obstante, debido a las limitaciones metodológicas del estudio, no se ha podido concluir si hay una mejora en el FPS que se pueda asociar a la eficacia de la ACT (Latella et al., 2025). Por el contrario, en otras condiciones crónicas como la esclerosis múltiple (Pakenham et al., 2023), donde el FPS - y especialmente áreas como la sexual o laboral - se ve afectado, se ha encontrado que la FLP podría actuar como variable mediadora, asociándose con una mayor resiliencia, mejor calidad de vida y menor malestar psicológico.

En esta línea, Argudo et al. (2025), a partir de una intervención basada en ACT, describieron en un paciente con un trastorno psicótico incipiente una mejora en el manejo de los delirios y en el estado de ánimo. Estos cambios se observaron de forma paralela a la reducción de la evitación experiencial y el entrenamiento en atención plena, lo que sugiere una posible relación entre los procesos de afrontamiento y aceptación, y la adaptación del paciente a su vida diaria y el bienestar emocional (Argudo et al., 2025).

Por todo ello, la FLP se ha conceptualizado como un proceso relevante para la adaptación psicológica, al facilitar la capacidad de la persona para responder de manera flexible a las demandas del entorno, y actuar de forma coherente y comprometida con sus valores personales (Kashdan & Rottenberg, 2010). Sin embargo, la evidencia disponible, especialmente en población con psicosis, sigue siendo limitada y heterogénea (Pittman et al., 2024).

Motivación para el estudio

Tras la revisión teórica realizada sobre el estado de la cuestión, la literatura pone de manifiesto que la psicosis se asocia a un elevado impacto clínico y funcional, encontrándose dificultades que van más allá de la sintomatología clínica y que repercuten negativamente en el FPS y el bienestar emocional. Asimismo, la reciente investigación

dentro del ámbito de la ACT, así como de la FLP como proceso transdiagnóstico, ha abierto nuevas vías para la comprensión e intervención psicológica en estos trastornos.

En el caso de la psicosis, Pittman et al. (2024) ponen de manifiesto que, si bien hay evidencia de una relación significativa entre la FLP y la sintomatología psicótica, en la literatura existente se ha prestado menos atención a su relación con variables funcionales, como el funcionamiento social o la calidad de vida, a pesar de su relevancia en el pronóstico y la recuperación.

Aunque algunos estudios han examinado la FLP en población con psicosis (Morris et al., 2014; Yildiz & Yildirim, 2024), la evidencia de su relación específica con el FPS sigue siendo limitada y fragmentada (González-Menéndez et al., 2021; Morris et al., 2023), y no ha sido objeto reciente de una revisión sistemática (Pittman et al., 2024). Por ese motivo, y teniendo en cuenta la relevancia clínica del FPS en el proceso de recuperación, así como el papel potencial de la FLP como modulador de la adaptación y el bienestar, se ha considerado pertinente sintetizar la evidencia científica disponible. Esta revisión pretende contribuir a una mejor comprensión de la relación entre estos dos procesos, así como la identificación de las limitaciones en la literatura existente y el establecimiento de posibles futuras líneas de investigación.

Objetivos e hipótesis del estudio

El objetivo general de la presente revisión sistemática es recopilar y sintetizar la información existente sobre la relación entre la flexibilidad psicológica y las diferentes áreas del funcionamiento psicosocial en personas que sufren sintomatología psicótica.

Como objetivos específicos, se persiguen:

- Identificar y describir los procesos de la flexibilidad psicológica evaluados en población con sintomatología psicótica.
- Examinar qué dimensiones específicas del funcionamiento psicosocial han sido estudiadas en relación con la flexibilidad psicológica.
- Analizar la evidencia empírica existente sobre la relación entre la flexibilidad psicológica y las diferentes áreas del funcionamiento psicosocial.
- Explorar las variables psicológicas mediadoras que permitan entender cómo la flexibilidad psicológica puede influir en la adaptación y el funcionamiento psicosocial.

Atendiendo a la hipótesis, se espera encontrar que una mayor flexibilidad psicológica se asocia con un mejor funcionamiento psicosocial y adaptación en personas que han sufrido un episodio psicótico.

Método

Diseño de la búsqueda

En una fase inicial, se realizaron búsquedas exploratorias con el fin de conocer la cantidad de bibliografía existente sobre la temática en cuestión, delimitar conceptualmente las variables y la viabilidad de la revisión, así como para consultar los diferentes términos de lenguaje documental que empleaban las bases de datos correspondientes. Además de usar el lenguaje documental propio de cada base de datos, se decidió emplear términos de lenguaje libre para no restringir la búsqueda de artículos.

La búsqueda se llevó a cabo durante el mes de diciembre de 2025 en las bases de datos PubMed, por su acceso a literatura biomédica; Cochrane Library, por su registro de ensayos clínicos aleatorizados; y APA PsycINFO y Psychology & Behavioral Sciences Collection (P&BSC), por estar especializadas en psicología; estableciendo como únicos filtros el año de publicación (estudios publicados en los últimos 10 años, de 2015 a 2025) y el idioma (inglés y español). No se aplicaron filtros relacionados con el tipo de estudio en la propia búsqueda debido a posibles limitaciones en la indexación de los diseños metodológicos, realizándose este cribado una vez que se procedió a la lectura de títulos, resúmenes y texto completo, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad que se detallarán más adelante.

Las estrategias de búsqueda se adaptaron a cada una de las bases de datos, combinando el vocabulario propio (términos MeSH en PubMed y Cochrane Library; APA Thesaurus en PsycINFO y P&BSC) con términos de lenguaje libre comunes a todas las bases. Las palabras clave principales seleccionadas fueron: “acceptance and commitment therapy”, “psychological flexibility”, “experiential avoidance”, “cognitive fusion” y “cognitive defusion”, para la variable de flexibilidad psicológica y los componentes del modelo hexaflex; “psychosocial functioning” y “social functioning”, para la variable de funcionamiento psicosocial; y “psychosis” y “schizophrenia”, para la población clínica objetivo. Estas palabras se combinaron con sinónimos y términos relacionados mediante los operadores booleanos AND y OR, con el fin de ampliar la

sensibilidad de la búsqueda y evitar la pérdida de estudios relevantes. Las diferentes ecuaciones de búsqueda empleadas en cada base de datos, así como el número de artículos encontrados una vez establecidos los filtros correspondientes de año e idioma, se sintetizan en el Anexo A.

Criterios de elegibilidad

Para la realización de esta revisión sistemática se ha seguido el método PRISMA (Page et al., 2021).

Los criterios de inclusión establecidos para la búsqueda son los siguientes:

- Estudios empíricos cuantitativos de diseño observacional (descriptivos transversales y longitudinales; y *ex post facto*) y experimentales.
- La muestra padece un trastorno del espectro de la esquizofrenia o sintomatología psicótica clínicamente relevante, entendida como la presencia de síntomas positivos o negativos, evaluado mediante herramientas basadas en los principales sistemas de clasificación en salud mental (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE] o DSM).
- Se evalúa de forma cuantitativa la variable FLP o alguno de los seis procesos centrales del modelo hexaflex.
- Se evalúa de forma cuantitativa algún indicador del FPS con herramientas estandarizadas.
- Artículos publicados en los últimos 10 años (entre 2015 y 2025).
- Investigaciones publicadas en los idiomas inglés o español.

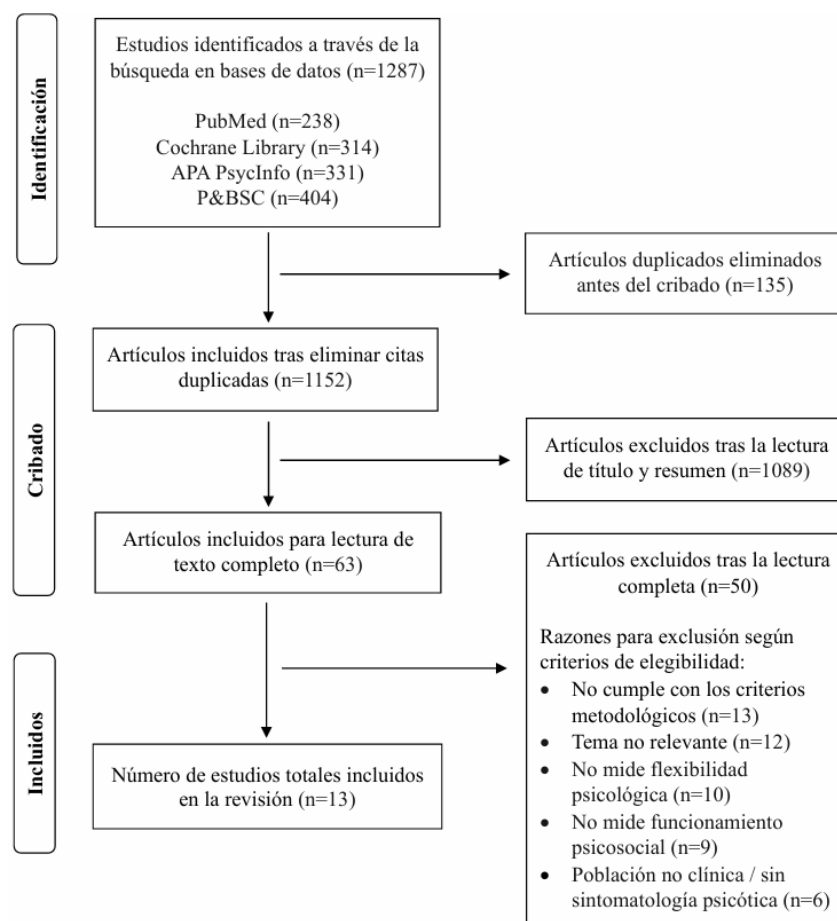
Por otro lado, los criterios de exclusión son:

- Artículos de revisión (revisiones narrativas, revisiones sistemáticas y metaanálisis) y estudios cualitativos.
- Estudios centrados en población no clínica o sin sintomatología psicótica.
- No se evalúa la FLP o alguno de los seis procesos centrales del modelo hexaflex con medidas estandarizadas.
- No se mide ningún indicador de FPS mediante instrumentos estandarizados.
- Artículos publicados hace más de 10 años (en fecha anterior al 2015).
- Investigaciones en un idioma diferente al inglés o español.

Tras realizar la primera búsqueda, se recopilaron un total de 1.287 estudios entre las bases de datos de PubMed (n = 238), Cochrane Library (n = 314), APA PsycINFO (n = 331) y P&BSC (n = 404). Antes de comenzar con el cribado propiamente dicho, 135 artículos fueron eliminados por encontrarse duplicados, resultando en un total de 1.152. Con estos artículos se procedió a la lectura de su título y resumen, excluyendo 1.089 debido a que el tema no era relevante respecto a los objetivos de este trabajo; siendo, por tanto, 63 los estudios incluidos para su lectura completa. Tras la lectura completa de los artículos, se excluyeron un total de 50 debido a no cumplir los criterios de elegibilidad anteriormente expuestos. Entre las razones para su exclusión se encuentran no cumplir con los criterios metodológicos, la falta de medición de la variable de FLP o de FPS, el uso de una muestra con población no clínica o sin sintomatología psicótica, o bien porque el tema no era relevante respecto a los objetivos de esta revisión. Por ello, finalmente fueron incluidos 13 estudios para esta revisión sistemática. El diagrama de flujo con el proceso de búsqueda y cribado de artículos se encuentra en la Figura 1.

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos



Resultados

VARIABLES DE INTERÉS

Primeramente, atendiendo a las variables de interés, se encuentra que la FLP se ha medido en 12 de los 13 estudios con el Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; versión sueca: SAAQ-II; Hayes et al., 2004), el cual evalúa principalmente la inflexibilidad psicológica a través de la evitación experiencial (Arboleya et al., 2020; Böge et al., 2021; Burhan & Karadere, 2021; Chong et al., 2025; Farhall et al., 2024; Gaudiano et al., 2015; Gaudiano et al., 2020; Gaudiano et al., 2023; González-Menéndez et al., 2021; Johns et al., 2016; Jolley et al., 2020; Larsson et al., 2022). En el caso del estudio de Bonnier et al. (2025), se midió esta variable con el Flexibility Index Test (FIT-60; Batink et al., 2012).

De forma complementaria, otros instrumentos específicos empleados para la medición de procesos concretos del modelo de flexibilidad psicológica incluyen el Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014) para la fusión cognitiva (Böge et al., 2021; Farhall et al., 2024; Johns et al., 2016); el Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ; Chadwick et al., 2008) (Böge et al., 2021; Farhall et al., 2024; Johns et al., 2016; Jolley et al., 2020), el Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R; Feldman et al., 2007) (Gaudiano et al., 2020; Gaudiano et al., 2023), el Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences (CHIME; Bergomi et al., 2014) (Böge et al., 2021) y el Freiburger Mindfulness Inventory (FMI; Buchheld et al., 2001) (Böge et al., 2021) para la atención plena; y el Valuing Questionnaire (VQ; Smout et al., 2014) (Farhall et al., 2024; Gaudiano et al., 2020; Gaudiano et al., 2023; Jolley et al., 2020) y Bull's Eyes Values Survey Scale (BEVS; Lundgren et al., 2012) (Larsson et al., 2022) para la acción comprometida con valores. Larsson et al. (2022) además emplearon el Voices Acceptance and Action Scale (VAAS; Shawyer et al., 2007) para la aceptación y la respuesta específica a las alucinaciones auditivas.

En cuanto a la variable FPS, ha de tenerse en cuenta que se operativiza de forma heterogénea, por lo que los estudios han empleado diferentes instrumentos dependiendo del indicador y dominio funcional evaluado. Para valorar el funcionamiento social y ocupacional se empleó la Social Functioning Scale (SFS; Birchwood et al., 1990) (Arboleya et al., 2020; González-Menéndez et al., 2021), el Global Assessment of Functioning (GAF; Hall, 1995) (Larsson et al., 2022), la Personal and Social Performance

Scale (PSP; Morosini et al., 2000) (Böge et al., 2021) y la Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS; Goldman et al., 1992) (Bonnier et al., 2025).

Respecto a la valoración de la discapacidad psicosocial e interferencia funcional se emplearon la Sheehan Disability Scale (SDS; Sheehan et al., 2008) (Johns et al., 2016; Jolley et al., 2020) y el World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-II; Üstün et al., 2010) (Gaudiano et al., 2015; Gaudiano et al., 2020; Gaudiano et al., 2023). Asimismo, la Time Budget Measure (TBM; Jolley et al., 2006) permitió registrar la actividad semanal y la participación en la vida cotidiana (Jolley et al., 2020).

Adicionalmente, también se han tenido en cuenta medidas complementarias e indirectas del FPS, como son el malestar psicológico y la calidad de vida. Para evaluar el malestar psicológico se incluyó el Clinical Outcomes in Routine Evaluation-10 (CORE-10; Barkham et al., 2013) (Farhall et al., 2024; Gaudiano et al., 2020; Gaudiano et al., 2023; Jolley et al., 2020). Por otro lado, para la calidad de vida se emplearon la Quality of Life Scale (QLS; Heinrichs et al., 1984), específica de personas con esquizofrenia (Burhan & Karadere, 2021; Gaudiano et al., 2020; Gaudiano et al., 2023); el World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQoL-BREF; World Health Organization, 1993), que incluye dominios específicos de salud psicológica y relaciones sociales (Böge et al., 2021; Chong et al., 2025); y el EuroQol-5D (EQ-5D; Herdman et al., 2001) para medir la calidad de vida relacionada con la salud, incluyendo ítems sobre actividad, autocuidado y vida diaria (Jolley et al., 2020).

Características metodológicas y de la muestra

Respecto a las características metodológicas de las diferentes investigaciones, se identifican dos estudios cuantitativos observacionales de tipo descriptivo transversal; un estudio de series de casos únicos con diseño experimental AB ($n = 1$), replicado en 12 participantes analizados individualmente; cuatro estudios de intervención prospectivos no controlados (cuasi-experimentales); y seis estudios de diseño experimental de tipo ensayo controlado aleatorizado (ECA), incluyendo estudios piloto de factibilidad y estudios de eficacia. Entre estos últimos, se incluye el de Bonnier et al. (2025), el cual es un análisis secundario longitudinal de un ECA que explora variables moderadoras dentro de uno de los grupos de intervención.

Existe cegamiento del evaluador en cinco de los estudios experimentales para reducir el sesgo de medición. El resto de los ECA y los cuasi-experimentales no pudieron aplicar el cegamiento por limitaciones logísticas, o porque las evaluaciones se realizaron por los propios facilitadores o con autoinformes.

En cuanto al seguimiento (*follow-up*), los periodos son variables. Las investigaciones de intervención oscilan desde la evaluación inmediata post-tratamiento a seguimientos de 3, 4, 6 o 12 meses post-tratamiento.

Por otro lado, atendiendo a las características de la muestra, los tamaños muestrales entre los diferentes estudios son variables, desde estudios de series de casos únicos ($n = 1$), hasta muestras de $n = 103$. Hay un total, aproximadamente, de 551 participantes (46,22% mujeres), teniendo en cuenta que los estudios de Arboleya et al. (2020) y González-Menéndez et al. (2021) emplean la misma muestra. En este caso, se ha decidido incluir ambos estudios debido a su aportación diferenciada y sus diferentes objetivos, pues mientras uno se centra en la capacidad predictiva de la evitación experiencial (Arboleya et al., 2020), otro analiza los mecanismos de cambio para explicar cómo la inflexibilidad psicológica impacta en la gravedad de la psicosis a través del autoestigma y el FPS (González-Menéndez et al., 2021).

La totalidad de la muestra es clínica, ya que esto era un criterio de elegibilidad para la selección de los estudios. Además, incluye participantes en distintas fases del espectro psicótico, desde fases prodrómicas e iniciales, hasta adultos con diagnósticos de algún trastorno del espectro de la esquizofrenia (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante y otras psicosis no especificadas) o de trastornos del estado de ánimo con características psicóticas. Estos participantes se reclutaron desde las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos hasta servicios comunitarios de salud mental y centros de día.

Análisis de datos

Para la realización del análisis de la información, se ha empleado una estrategia de síntesis narrativa de estudios cuantitativos, debido a la heterogeneidad de los diseños y medidas de los resultados de los estudios. El tratamiento de los datos ha variado en función del tipo de diseño de cada una de las investigaciones.

En los estudios de corte correlacional y transversal, se han analizado los coeficientes de correlación de Pearson (r) y los resultados de los análisis de regresión lineal. En el caso de los ECA y los estudios de intervención, se ha evaluado el cambio clínico mediante la significación estadística ($p < 0,05$), el tamaño del efecto (d de Cohen o g de Hedges) y la diferencia de medias ajustada (aMD), teniendo en cuenta la magnitud de la mejora pre-post y las diferencias entre los grupos en las variables de interés.

Para los estudios con seguimiento a largo plazo, se han extraído resultados de modelos multinivel (MLM), permitiendo así observar las trayectorias de mejora en ambas variables a lo largo del tiempo. En el estudio de series de casos ($n = 1$) se utilizó el Índice NAP para medir el cambio intra-sujeto, complementado con el Índice de Cambio Fiable (RCI) para determinar si la mejora individual es clínicamente significativa.

Evaluación de sesgo

Para evaluar la calidad metodológica de cada uno de los estudios incluidos en esta revisión se ha empleado la herramienta Quality Assessment for Diverse Studies (QuADS) (Harrison et al., 2021), debido a la diversidad de diseños de investigación incluidos en esta revisión, la alta fiabilidad y validez del instrumento, y la facilidad de su uso.

Esta herramienta consta de 13 ítems que evalúan los aspectos clave del proceso de investigación en una escala de 0 a 3: marco teórico, objetivos de la investigación, descripción del entorno y de la población objetivo, justificación del diseño, muestreo apropiado, selección de las herramientas, formato de las herramientas, procedimiento de recopilación de datos, reclutamiento, justificación del método, método de análisis adecuado a los objetivos, consideración de las partes interesadas en el desarrollo de la investigación, y discusión de las fortalezas y limitaciones. En la Tabla 1 se encuentran las puntuaciones obtenidas de los diferentes estudios en el instrumento QuADS.

Tabla 1

Calidad metodológica de los 13 estudios en la herramienta QuADS

Autor (año)	Diseño	Calidad metodológica (%)
Arboleya et al. (2020)	Observacional transversal	74,35
Böge et al. (2021)	ECA	89,74
Bonnier et al. (2025)	Análisis secundario de un ECA	76,92

Burhan y Karadere (2021)	Cuasi-experimental (no controlado)	66,67
Chong et al. (2025)	ECA	97,43
Farhall et al. (2024)	Cuasi-experimental (no controlado)	84,61
Gaudio et al. (2015)	ECA	71,79
Gaudio et al. (2020)	Cuasi-experimental (no controlado)	76,92
Gaudio et al. (2023)	ECA	87,17
González-Menéndez et al. (2021)	Observacional transversal	84,61
Johns et al. (2016)	Cuasi-experimental (no controlado)	87,17
Jolley et al. (2020)	ECA	97,43
Larsson et al. (2022)	Serie de casos (n = 1)	92,3

La calidad metodológica de los estudios recogidos en esta revisión presenta una media de 83,62%. Chong et al. (2025) y Jolley et al. (2020) son los estudios con un mayor porcentaje (97,43%), mientras que Burhan y Karadere (2021) es el que presenta una menor calidad, según la herramienta utilizada (66,67%).

La mayoría de las investigaciones presentan un marco teórico y unos objetivos detallados, una descripción clara de la muestra y del proceso de recogida de datos, así como una justificación coherente sobre el uso de las herramientas de evaluación y los análisis estadísticos. El ítem que mostró una mayor variabilidad en sus puntuaciones fue el número 12, “Evidence that the research stakeholders have been considered in research design or conduct” (Harrison et al., 2021), destacando por presentar una mayor diferenciación en sus puntuaciones entre estudios con mayor y menor porcentaje de calidad. En este caso, los de mayor calidad recogieron feedback cualitativo de los participantes (Jolley et al., 2020; Larsson et al., 2022), integraron entrevistas de grupos focales (Chong et al., 2025) o evaluaron la satisfacción del propio personal del hospital (Gaudio et al., 2023).

Síntesis de los resultados

Tras el análisis de los 13 estudios incluidos en esta revisión (Arboleya et al., 2020; Böge et al., 2021; Bonnier et al., 2025; Burhan & Karadere, 2021; Chong et al., 2025; Farhall et al., 2024; Gaudio et al., 2015; Gaudio et al., 2020; Gaudio et al., 2023; González-Menéndez et al., 2021; Johns et al., 2016; Jolley et al., 2020; Larsson et al., 2022), se observa que la mayor parte de la evidencia procede de ECA o diseños pre-post, que evalúan cambios en la FLP y el FPS tras intervenciones contextuales. Sin embargo, estos diseños únicamente permiten examinar la evolución paralela de ambas variables.

En el caso de los estudios transversales, sí que se examinan asociaciones significativas. Por lo tanto, a pesar de que los resultados apuntan a una conexión entre las variables objeto de estudio, la evidencia actual no permite afirmar de forma concluyente que el cambio en la FLP sea el único mecanismo directo responsable de la mejoría en el FPS.

Primeramente, atendiendo a los estudios transversales que analizan directamente la relación entre la FLP y el FPS (Arboleya et al., 2020; González-Menéndez et al., 2021), se observa una asociación consistente y clínicamente relevante, donde niveles elevados de inflexibilidad psicológica correlacionan de forma moderada y negativa con el FPS. Incluso la FLP supera la capacidad predictiva de otras variables tradicionales como el *insight*, el cual no resultó significativo en la predicción del FPS (Arboleya et al., 2020). Además, la evitación experiencial explica el 21,6% de la varianza del FPS global, siendo el principal predictor funcional (Arboleya et al., 2020). Ambos estudios, por lo tanto, coinciden en señalar que mayores niveles de inflexibilidad psicológica se asocian de forma significativa con un menor FPS y mayor aislamiento (Arboleya et al., 2020; González-Menéndez et al., 2021).

De manera específica, González-Menéndez et al. (2021) han observado que el impacto de la inflexibilidad psicológica sobre la severidad de la psicosis está completamente mediado por el autoestigma y el FPS. Es decir, la inflexibilidad psicológica predice mayores niveles de autoestigma, y es precisamente esta internalización del estigma lo que deteriora el FPS, incrementándose la severidad clínica (González-Menéndez et al., 2021). Dentro de este proceso, la aprobación de estereotipos y la baja resistencia al estigma fueron las dimensiones con mayor impacto en el deterioro funcional.

En segundo lugar, atendiendo a los estudios de intervención, aunque no permiten aislar un efecto causal específico de la FLP sobre el FPS, sí que se observa un patrón reiterado de cambio paralelo entre ambas variables.

Bonnier et al. (2025) observaron que, tras una intervención basada en ACT, la FLP mostró una mejora significativa en el seguimiento a los 12 meses en personas con mayor afectividad negativa; mientras que el FPS global mejoró a los 6 y 12 meses en personas con mayor nivel educativo. La extraversión se asoció a una mejora más temprana del FPS, pero sin mantenerse a largo plazo.

En el caso de la inflexibilidad psicológica medida a través de la evitación experiencial, Johns et al. (2016) reportaron que su reducción correlaciona con una menor discapacidad funcional. De forma complementaria, Gaudiano et al. (2015) observaron en usuarios con depresión psicótica, tras un tratamiento de activación conductual basado en atención plena y activación, una reducción de la inflexibilidad en ambos grupos, paralela a una reducción sustancial de la discapacidad; con cambios más pronunciados en el grupo experimental. Jolley et al. (2020) encontraron hallazgos similares: una disminución de inflexibilidad, junto con una reducción significativa de la discapacidad e interferencia funcional, además de un incremento en la actividad semanal.

Atendiendo a otras mediciones indirectas del FPS, Burhan y Karadere (2021) reportaron una mejora multidimensional de la calidad de vida, desde el área laboral hasta los vínculos sociales, junto con un descenso de inflexibilidad en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 6 meses. En esta línea, Böge et al. (2021), además de observar una reducción de inflexibilidad junto con un aumento significativo del FPS con efecto moderado, coincide con Chong et al. (2025) al reportar mejoras significativas en la calidad de vida global y en los dominios de salud psicológica, física y general, pero no en relaciones interpersonales. Aun así, los datos cualitativos de Chong et al. (2025) recogieron que los pacientes informaron de mayor control de su ira con la familia, valoraron compartir sus pensamientos y señalaron mejoras en las habilidades de sus compañeros. Por su parte, Jolley et al. (2020) hallaron una ligera mejora en calidad de vida, además de una disminución moderada de malestar psicológico, aunque Farhall et al. (2024) no encontraron relación entre esta última variable y la inflexibilidad.

En cuanto a síntomas específicos, Larsson et al. (2022) observaron que, de los cinco participantes con alucinaciones auditivas, dos de ellos mostraron un aumento en la aceptación de las voces, paralelo a mejoras clínicamente significativas en inflexibilidad. Asimismo, estos mismos autores observan una variación del impacto de la inflexibilidad en función del estadio de la enfermedad, siendo en su muestra las mejoras funcionales más frecuentes en pacientes con un primer episodio que en aquellos con psicosis crónica. Tras la intervención, se logró que el 50% de la muestra alcanzara cambios fiables en el FPS, a la par que el 40% redujo significativamente su inflexibilidad global, con tres casos alcanzando la significación clínica (Larsson et al., 2022).

Por otro lado, atendiendo de forma concreta a los procesos específicos de la FLP, se observa que la relación con el FPS en los estudios seleccionados no es uniforme, sino que depende de cada uno de ellos, así como del momento clínico del paciente.

La atención plena o mindfulness destaca como un proceso muy relacionado con indicadores de FPS. Böge et al. (2021) demostraron que, tras una intervención grupal basada en ACT, el aumento en mindfulness coincide paralelamente con una mejora en la adaptación social y en la calidad de vida relacionada con la salud física y el entorno; aunque en menor medida con la salud psicológica. No obstante, en este estudio no se detectaron cambios en el dominio de las relaciones sociales ni en la escala CHIME, sugiriendo los autores que esta última podría ser demasiado compleja y larga, por lo que no se adapta a pacientes con déficits cognitivos (Böge et al., 2021).

Esta relevancia del proceso de atención plena fue cuantificada por Farhall et al. (2024), indicando que los cambios en mindfulness tras una intervención ACT grupal explican el 53% de la varianza en la mejora del bienestar psicológico, tras observar un incremento del mindfulness paralelo a reducciones de malestar moderadas y significativas. Asimismo, Jolley et al. (2020) hallaron que el cambio más robusto se dio en atención plena, simultáneamente a una reducción de la discapacidad, una disminución del malestar psicológico general, un aumento de la actividad semanal y una ligera mejora en la calidad de vida relacionada con la salud.

En el ámbito comunitario, Johns et al. (2016) reforzaron esta idea al encontrar que el aumento del mindfulness correlaciona con la reducción de la discapacidad funcional, indicando además una mejora significativa del FPS desde el inicio hasta el seguimiento a las 20 semanas. Asimismo, los cambios en FPS no se asociaron con edad, género, etnia ni asistencia a las sesiones.

Gaudio et al. (2023) destacaron que, tanto el grupo experimental como la condición de apoyo, incrementaron significativamente su capacidad de mindfulness. Por el contrario, no hubo cambios significativos en la inflexibilidad ni en la acción comprometida con valores, sugiriendo que el impacto de la intervención breve se centró más en atención plena que en otros procesos. Paralelamente, el grupo experimental mostró una mayor reducción de la discapacidad, frente al grupo control; mientras que, en el malestar psicológico global, solo el grupo experimental mostró una mejora significativa

(Gaudiano et al., 2023). No obstante, no se hallaron cambios significativos en ningún grupo en calidad de vida.

Estos autores, además, concluyen que, a pesar de la mejoría en algunos de los indicadores de FPS en ambos grupos, la intervención demostró superioridad clínica al reducir drásticamente las recaídas, pues el grupo control tuvo 3,76 veces más riesgo de hospitalización durante el seguimiento (Gaudiano et al., 2023).

De igual forma, la defusión cognitiva ha sido evaluada de forma específica. Por su parte, Johns et al. (2016) reportaron que la disminución de la fusión cognitiva correlaciona con la mejora del FPS. Böge et al. (2021) también vincularon la reducción de la fusión cognitiva con una mejor adaptación funcional. A diferencia de ellos, Farhall et al. (2024) no encontraron relación significativa con esta variable.

En la orientación hacia valores también hay resultados dispares en lo que se refiere a la relación con el FPS y otros indicadores indirectos. Farhall et al. (2024) señalaron en su estudio que la acción comprometida explica el 40% de la varianza en la mejora de la recuperación personal, tras registrar incrementos significativos en este proceso. Asimismo, Larsson et al. (2022) hallaron que la acción hacia valores mejoró diariamente en el 25% de los sujetos, además de que el 60% de la muestra mostrara mejoras en su calidad de vida diaria, y el 50% en su FPS global. En contraposición, Jolley et al. (2020) reportaron una reducción de la discapacidad y el malestar psicológico, y un incremento de la actividad semanal y la calidad de vida, aun cuando en la orientación a valores se registró un efecto inicial mínimo.

La evidencia disponible señala la variada relación entre las variables objeto de estudio. Sin embargo, otros estudios también han tenido en cuenta su evolución a lo largo del tiempo. Gaudiano et al. (2020) observaron que, tras la intervención, los participantes mostraron tamaños del efecto grandes en la flexibilidad, el mindfulness y los valores en el momento del alta, así como una mejora paralela en distintos indicadores del FPS, como son la calidad de vida, discapacidad y malestar psicológico. No obstante, la magnitud de estos efectos disminuyó en el seguimiento a los cuatro meses tras el alta hospitalaria (Gaudiano et al., 2020).

En conjunto, la evidencia muestra cierta convergencia entre la relación del paciente con sus síntomas (FLP) y los diferentes indicadores de ajuste psicosocial. La

evidencia de los estudios transversales muestra una asociación moderada y clínicamente relevante, mientras que los estudios de intervención con medidas pre-post muestran cambios paralelos en las variables de interés. Asimismo, algunos estudios sugieren que la evolución de estos cambios podría variar en función del estadio clínico y de la continuidad terapéutica tras el alta. En la Tabla 2 se encuentra un resumen de las características metodológicas de los estudios, las variables evaluadas, los valores estadísticos relevantes y los resultados principales, con el fin de facilitar su comprensión.

Tabla 2*Características metodológicas, variables evaluadas y síntesis de los resultados*

Autor (año)	Diseño	Muestra	Procesos ACT (instrumentos)	Indicadores de FPS	Resultados principales
Arboleya et al. (2020)	Observacional transversal	N = 103 Edad media = 49,68 41,7% mujeres Observaciones: psicosis crónica, servicio público.	FLP global (AAQ-II ^a)	SFS	La evitación experiencial explica el 21,6% de la varianza del FPS. Correlación negativa moderada y significativa entre la inflexibilidad psicológica y el FPS ($r = -0,465; p \leq 0,000$).
Böge et al. (2021)	ECA	N = 40 Edad media = 37,71 40% mujeres Observaciones: trastorno psicótico, hospitalizados o centros de día.	FLP global (AAQ-II) Fusión cognitiva (CFQ) Mindfulness (SMQ, CHIME, FMI)	PSP WHOQoL-BREF	En grupo experimental, reducciones pequeñas/moderadas en inflexibilidad ($d = -0,42; p < 0,02$) y fusión cognitiva ($d = -0,52; p < 0,01$). En mindfulness, efecto pequeño en FMI ($d = 0,4; p < 0,03$) y moderado en SMQ ($d = 0,72; p \leq 0,000$); efecto no significativo en CHIME ($p < 0,12$). Aumento moderado de FPS ($d = 0,76; p \leq 0,000$) y calidad de vida en salud física ($d = 0,51; p < 0,03$) y entorno ($d = 0,53; p < 0,01$); pequeño en salud psicológica ($d = 0,29; p < 0,01$). Cambio en relaciones sociales no significativo ($p < 0,17$).

Autor (año)	Diseño	Muestra	Procesos ACT (instrumentos)	Indicadores de FPS	Resultados principales
Bonnier et al. (2025)	Análisis secundario de un ECA	N = 71 Edad media = 25,9 59% mujeres Observaciones: psicosis, servicios secundarios.	FLP global (FIT-60)	SOFAS	Mejora de la FLP a los 12 meses de seguimiento ($B = 8,38; p = 0,001$) en personas con alta afectividad negativa. Mejora del FPS a los 6 meses ($B = 7,43; p = 0,04$) y 12 meses ($B = 10,74; p = 0,002$) en personas con mayor nivel educativo. Extraversión asociada a mejora más temprana post-intervención ($B = 0,39, p = 0,046$).
Burhan y Karadere (2021)	Cuasi-experimental (no controlado)	N = 16 Edad media = 45,75 12,5% mujeres Observaciones: esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.	FLP global (AAQ-II)	QLS	Tras intervención ACT, reducción de inflexibilidad ($p = 0,008$) y aumento de la calidad de vida en la post-intervención ($p < 0,001$), manteniéndose a los 6 meses y con mejoras en las cuatro subescalas.
Chong et al. (2025)	ECA	N = 72 Edad media = 30,51 58,3% mujeres Observaciones: pacientes con trastorno psicótico.	FLP global (AAQ-II)	WHOQoL-BREF	Tras intervención, disminución de inflexibilidad psicológica ($aMD = -7,69; p < 0,001$) y aumento de la calidad de vida global ($aMD = 0,46; p = 0,006$) a las 12 semanas.

Autor (año)	Diseño	Muestra	Procesos ACT (instrumentos)	Indicadores de FPS	Resultados principales
Farhall et al. (2024)	Cuasi-experimental (no controlado)	<p>N = 39</p> <p>Edad media = no se indica</p> <p>42,3% mujeres</p> <p>Observaciones: trastorno psicótico, servicios comunitarios.</p>	<p>FLP global (AAQ-II)</p> <p>Fusión cognitiva (CFQ)</p> <p>Mindfulness (SMQ)</p> <p>Valores (VQ)</p>	CORE-10	<p>Mejoras en acción comprometida ($d = 0,48$; $p < 0,01$) y mindfulness ($d = 0,47$; $p < 0,01$). Disminución no significativa en evitación experiencial y fusión cognitiva ($p = 0,08$ ambos).</p> <p>Reducción significativa moderada de malestar psicológico ($d = 0,38$; $p < 0,05$).</p> <p>Cambios en acción comprometida y mindfulness asociados a mejoras en recuperación y bienestar, explicando el 40% y 53% de la varianza, respectivamente ($p < 0,001$ ambos).</p>
Gaudiano et al. (2015)	ECA	<p>N = 13</p> <p>Edad media = 50</p> <p>54% mujeres</p> <p>Observaciones: depresión psicótica.</p>	FLP global (AAQ-II)	WHODAS-II	Reducción grande en evitación experiencial ($d = 1,14$) y percepción de discapacidad ($d = 1,31$) en grupo experimental frente al grupo control en <i>completers</i> .

Autor (año)	Diseño	Muestra	Procesos ACT (instrumentos)	Indicadores de FPS	Resultados principales
Gaudiano et al. (2020)	Cuasi-experimental (no controlado)	N = 26 Edad media = 37,9 61,5% mujeres Observaciones: trastorno psicótico, cuidados intensivos psiquiátricos.	FLP global (AAQ-II) Mindfulness (CAMS-R) Valores (VQ)	WHODAS QLS CORE-10	Mejoras moderadas/grandes en FLP global ($d = 0,72$; $p < 0,01$), atención plena ($d = 0,94$; $p < 0,001$) y valores ($d = 0,88$; $p < 0,001$) durante el ingreso. Mejora paralela en FPS ($d = 0,56$; $p < 0,05$), calidad de vida ($d = 1,05$; $p < 0,001$) y malestar psicológico ($d = 1,2$; $p < 0,001$). La magnitud de los efectos disminuyó en el seguimiento a los 4 meses tras alta.
Gaudiano et al. (2023)	ECA	N = 46 Edad media = 40 47,8% mujeres Observaciones: trastorno psicótico, unidad de agudos.	FLP global (AAQ-II) Mindfulness (CAMS-R) Valores (VQ)	WHODAS QLS CORE-10	Ambos grupos incrementaron la atención plena ($g = -1,04$, $p < 0,05$; $g = -0,83$, $p < 0,05$), sin cambios significativos en inflexibilidad ni valores. Mejoras significativas en discapacidad durante el seguimiento ($g = 0,96$; $p < 0,01$), mayores que en grupo control ($g = 0,69$; $p < 0,001$). Malestar psicológico solo cambió significativamente en el experimental ($g = 0,73$; $p < 0,05$); sin cambios significativos en calidad de vida en ambos. Grupo control 3,76 veces más riesgo de hospitalización durante seguimiento ($B = 1,33$; $p = 0,041$).

Autor (año)	Diseño	Muestra	Procesos ACT (instrumentos)	Indicadores de FPS	Resultados principales
González-Menéndez et al. (2021)	Observacional transversal	<p>N = 103^b</p> <p>Edad media = 49,68</p> <p>41,7% mujeres</p> <p>Observaciones: psicosis crónica, pacientes ambulatorios.</p>	FLP global (AAQ-II)	SFS	<p>Correlación negativa moderada ($r = -0,47$; $p < 0,001$) entre inflexibilidad psicológica y FPS; la inflexibilidad predice peor FPS ($B = -0,31$; $p = 0,009$).</p> <p>El efecto de la inflexibilidad sobre la severidad de la psicosis es indirecto y está completamente mediado por el autoestigma y el FPS ($B = 0,279$; $p < 0,05$).</p>
Johns et al. (2016)	Cuasi-experimental (no controlado)	<p>N = 69</p> <p>Edad media = 33,6</p> <p>42% mujeres</p> <p>Observaciones: psicosis incipiente y establecida, servicios comunitarios.</p>	FLP global (AAQ-II)	SDS	<p>Reducciones en inflexibilidad psicológica ($d = 0,3$; $p = 0,001$) y fusión cognitiva ($d = 0,3$; $p = 0,002$), y aumento en mindfulness ($d = 0,4$; $p < 0,001$). Mejoras en FPS ($d = 0,4$; $p = 0,004$) desde el inicio hasta las 20 semanas.</p> <p>Reducción de la discapacidad correlaciona con cambios en aceptación ($r = 0,3$; $p = 0,02$), defusión ($r = 0,3$; $p = 0,05$) y atención plena ($r = 0,3$; $p = 0,05$).</p>

Autor (año)	Diseño	Muestra	Procesos ACT (instrumentos)	Indicadores de FPS	Resultados principales
Jolley et al. (2020)	ECA	N = 44 Edad media = 43,2 54,54% mujeres Observaciones: trastorno psicótico, pacientes ambulatorios.	FLP global (AAQ-II) Mindfulness (SMQ) Valores (VQ)	SDS TBM EQ-5D CORE-10	Cambio en atención plena ($d = 0,6$) e inflexibilidad ($d = -0,4$); valores con efecto mínimo ($d = 0,1$). Reducción de discapacidad e interferencia funcional ($d = -0,6$), incremento en actividad semanal ($d = 0,3$) y ligera mejora en calidad de vida ($d = 0,2$). Disminución moderada de malestar psicológico ($d = -0,4$).
Larsson et al. (2022)	Caso único (n = 1) replicado en 12 participantes	N = 12 Edad media = 43,5 41,67% mujeres Observaciones: primeros episodios y crónicos.	FLP global (SAAQ-II) Valores (BEVS) Aceptación alucinaciones auditivas (VAAS)	GAF EQ5D-VAS	Reducción de inflexibilidad en el 40%; tres con significación clínica. Acción con valores con mejoras en el 25%. Aceptación de voces con mejora en tres de cinco participantes. Cambio en FPS en el 50%, tres con significación clínica; 60% con mejora en calidad de vida.

Nota. AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire-II (versión sueca: SAAQ-II); FIT-60 = Flexibility Index Test; CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire; SMQ = Southampton Mindfulness Questionnaire; CAMS-R = Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised; CHIME = Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences; FMI = Freiburger Mindfulness Inventory; VQ = Valuing Questionnaire; BEVS = Bull's Eyes Values Survey Scale; VAAS = Voices Acceptance and Action Scale; SFS = Social Functioning Scale; PSP = Personal and Social Performance Scale; SOFAS = Social and Occupational Functioning Assessment Scale; GAF = Global Assessment of Functioning; SDS = Sheehan Disability Scale; TBM = Time Budget Measure; WHODAS-II = World Health Organization Disability Assessment Schedule; CORE-10 = Clinical Outcomes in Routine Evaluation-10; QLS = Quality of Life Scale; WHOQoL-BREF = World Health Organization Quality of Life-BREF; EQ-5D = EuroQoL-5 Dimensions.

^aEl AAQ-II evalúa la inflexibilidad psicológica principalmente a través de la evitación experiencial. ^bLos estudios de Arboleya et al. (2020) y González-Menéndez et al. (2021) emplean la misma muestra.

Discusión

El objetivo de la presente revisión sistemática fue sintetizar la evidencia disponible acerca de la relación entre la FLP, o alguno de sus procesos, y el FPS, considerando tanto medidas directas como indicadores complementarios e indirectos, como la calidad de vida, la percepción de discapacidad y el malestar psicológico, en población con sintomatología psicótica.

Los resultados obtenidos no permiten afirmar de forma concluyente una relación directa entre la FLP, o alguno de sus procesos, y los indicadores de FPS, ya que la mayoría de los estudios corresponden a ECA u otros diseños experimentales, los cuales no permiten examinar la asociación entre variables, sino el efecto de una intervención; no pudiéndose por lo tanto establecer correlaciones ni inferir causalidad. Es por eso por lo que únicamente dos estudios con diseño observacional transversal permitirían acercarse a ese análisis, siendo insuficiente para extraer conclusiones sólidas. No obstante, los resultados apuntan a una conexión entre ambas variables, con patrones de cambio paralelo en la mayoría de los estudios de intervención.

En cuanto a los dos estudios transversales incluidos, ambos ofrecen evidencia directa sobre la relación entre la FLP y el FPS (Arboleya et al., 2020; González-Menéndez et al., 2021). Coinciden en que mayores niveles de inflexibilidad psicológica se asocian de forma moderada y negativa con el FPS, siendo esta asociación clínicamente relevante. De hecho, Arboleya et al. (2020) destacan que la evitación experiencial explica el 21,6% de la varianza del FPS global, superando otras variables como el *insight*, la cual se ha considerado central a la hora de comprender el funcionamiento de la psicosis y su pronóstico a largo plazo, ya que se asocia a menores tasas de suicidio, reducción de hospitalizaciones y mejoría en el FPS (Pascual et al., 2018). Estos hallazgos son compatibles con el planteamiento de ACT, un enfoque pragmático según el cual se explica que el cambio funcional puede darse incluso en presencia de sintomatología, al modificarse la relación con los eventos privados y su control sobre la conducta. En lugar de juzgar si un pensamiento es verdadero o falso, se evalúa si es útil, y si actuar basándose en él acerca a la persona a lo que le importa o si a largo plazo genera costes, como el aislamiento (Hayes et al., 2013; Morris et al., 2023).

Asimismo, González-Menéndez et al. (2021) propusieron un modelo de mediación, en el que el impacto de la inflexibilidad psicológica sobre la severidad clínica

está completamente mediado por el autoestigma y el FPS, siendo la aprobación de estereotipos y la baja resistencia al estigma las dimensiones con mayor impacto en el deterioro funcional. En la literatura, resultados como los de Ordóñez-Cambler et al. (2021) convergen, observando que la influencia de la sintomatología negativa sobre la recuperación personal desaparecía cuando se incluía el estigma como variable mediadora, señalando de forma específica la alienación y la baja resistencia al estigma como los factores que más dificultaban el proceso. Estos hallazgos sugieren que la FLP podría desempeñar un papel relevante en la mitigación del impacto del estigma internalizado sobre la adaptación social (González-Menéndez et al., 2021).

Atendiendo a los estudios de intervención, se observa un patrón reiterado de cambios paralelos en las variables objeto de estudio, aportando evidencia indirecta de esta relación. Este patrón se replica en una gran mayoría de estudios con poblaciones y formatos de intervención diversos (Bonnier et al., 2025; Böge et al., 2021; Burhan & Karadere, 2021; Chong et al., 2025; Farhall et al., 2024; Gaudiano et al., 2015; Gaudiano et al., 2020; Gaudiano et al., 2023; Johns et al., 2016; Jolley et al., 2020; Larsson et al., 2022). Entre ellos, cabe destacar algunos resultados específicos:

Bonnier et al. (2025) son los únicos que documentan un seguimiento a los 12 meses, el más largo dentro de esta revisión, observando que tanto la FLP como el FPS global mostraron mejoras significativas en ese punto. La FLP mejoró especialmente en personas con mayor afectividad negativa, y el FPS en las de mayor nivel educativo. Además, la extraversión se asoció a una mejora más temprana del FPS, aunque sin mantenerse a los 12 meses. Estos resultados sugieren que, siguiendo la literatura, el FPS puede variar en función del perfil y de variables individuales (Djordjevic et al., 2022), aunque otros estudios han observado que el nivel educativo no influía en el FPS (Rutschmann et al., 2024).

En relación con este hallazgo, la literatura previa también ha señalado que, tras una intervención ACT, a pesar de que las alucinaciones y los delirios podían aumentar, su credibilidad disminuía (Wakefield et al., 2018). Esto, según se hipotetiza, podría explicarse porque el hecho de normalizar las experiencias psicóticas hace que los pacientes estén más dispuestos a reconocerlas sin luchar contra ellas, viendo la sintomatología como simple “actividad mental” y no como hechos objetivos que deban dirigir sus acciones, lo que podría contribuir a una mejor adaptación funcional (Shi et al.,

2023; Wakefield et al., 2018). En esta misma línea explicativa, aunque centrada en los mecanismos implicados en la sintomatología psicótica, otros autores como Oliver et al. (2012) refieren que la FLP puede actuar como moderadora en el impacto de los esquemas negativos y la ansiedad sobre la generación de delirios, siendo las personas con mayor FLP las que están más protegidas frente a la ideación delirante.

Asimismo, se reportaron disminuciones en inflexibilidad paralelas a mejoras en el FPS (Böge et al., 2021; Jolley et al., 2020; Larsson et al., 2022). De forma complementaria, también se observaron mejoras en otros indicadores relacionados, como la percepción de discapacidad (Gaudiano et al., 2015; Gaudiano et al., 2020), el malestar psicológico (Gaudiano et al., 2020) y la calidad de vida (Böge et al., 2021; Burhan & Karadere, 2021; Chong et al., 2025; Gaudiano et al., 2020); aunque la estabilidad de esta última no se mantuvo en todos los casos (Gaudiano et al., 2023), ni estuvo presente en todos los dominios evaluados (Böge et al., 2021; Burhan & Karadere, 2021; Chong et al., 2025). En esta línea, otros autores han asociado la inflexibilidad psicológica con mayor malestar, preocupación por los síntomas y un impacto negativo en la vida del paciente, limitando la capacidad para aprender de la experiencia y modificar el comportamiento frente al cambio, lo que puede derivar en patrones conductuales autolimitantes que afecten negativamente al FPS diario (Morris et al., 2023).

El aumento en la calidad de vida global ha sido relacionado por algunos autores con la mejora tanto de la FLP como de otras variables, como la actividad física, la motivación y la disminución de síntomas psicóticos (Chong et al., 2025). En este sentido, según Johns et al. (2016), promover la FLP podría facilitar que el paciente cambie la relación con sus síntomas para así disminuir su interferencia social. Desde una perspectiva funcional, se ha propuesto que la evitación experiencial que supone en una persona, por ejemplo, aislarse o abandonar los estudios a causa de un episodio psicótico, a largo plazo ocasiona una pérdida de roles sociales y una sensación de ineficacia; mientras que la FLP se ha sugerido como un proceso que podría favorecer el distanciamiento psicológico respecto a los delirios, lo que reduciría su impacto disruptivo en la vida diaria y facilitaría actuar según los valores personales (Argudo et al., 2025).

Aun así, el dominio de calidad de las relaciones interpersonales fue en el que mayormente no se encontraron mejoras cuantitativas, aunque en los datos cualitativos de Chong et al. (2025) sí que aparecen cambios percibidos por los propios pacientes,

sugiriendo de forma preliminar que la FLP facilita una mejoría en la convivencia y el apoyo mutuo que no siempre se refleja en las escalas estandarizadas. A pesar de ello, hay escasa literatura centrada en la FLP y su influencia en la calidad de los vínculos interpersonales tanto de los pacientes como de los familiares (Musi-Lechuga & Frayre, 2026), por lo que no se pueden extraer conclusiones sólidas.

Por otro lado, atendiendo al mantenimiento de las mejoras, Gaudio et al. (2020) evidencian que los beneficios funcionales pueden diluirse al volver a la comunidad sin seguimiento ambulatorio, siendo importante para la prevención de recaídas la psicoeducación sobre la identificación de marcadores prodrómicos (como problemas de sueño, de atención o ansiedad), para así evitar o retrasar una nueva crisis psicótica (Godoy et al., 2016). A pesar de esto, el fortalecimiento de la FLP y la atención plena durante el ingreso actúan como un predictor de una mejor adaptación funcional en la vida diaria tras el alta, logrando que los pacientes mantengan niveles de funcionamiento clínico superiores a sus niveles basales tras la intervención (Gaudio et al., 2020).

En contraposición a lo comentado con anterioridad, Gaudio et al. (2023) encontraron un hallazgo de gran interés clínico, al observar que, a pesar de no encontrar cambios significativos en evitación experiencial ni en acción comprometida con valores, el grupo experimental mostró una reducción de las recaídas, con un riesgo de hospitalización menor que en el grupo control. Este hallazgo sugiere que, tal y como exponen otros estudios (Arroyo et al., 2013; Bach et al., 2013), incluso intervenciones breves basadas en ACT pueden tener un impacto clínico relevante más allá de cambios detectables en los procesos específicos de la FLP, reduciendo las hospitalizaciones y la credibilidad de los delirios y las alucinaciones.

En cuanto a síntomas específicos, Larsson et al. (2022) observaron que dos de los cinco participantes con alucinaciones auditivas mostraron un aumento en su aceptación paralelo a mejoras clínicamente significativas en FPS. Este resultado, junto con la literatura previa, apunta a la posibilidad de que intervenir sobre algunos procesos relacionados con la FLP podría tener un impacto específico sobre la relación del paciente con sus experiencias psicóticas y favorecer su adaptación funcional, ya que ponen un menor esfuerzo en resistirse a las voces, mejorando su relación con la experiencia psicótica y disminuyendo su malestar emocional (Larsson et al., 2022; Morris et al., 2014).

Por otro lado, los resultados muestran que la relación entre estas variables no es uniforme, sino que varía en función del proceso específico de la FLP y del momento clínico del paciente.

La atención plena o mindfulness ha sido el proceso asociado de forma más consistente con los indicadores de FPS. Farhall et al. (2024) encontraron que los cambios en mindfulness explican el 53% de la varianza en la mejora del bienestar psicológico. Otros autores observaron una variación de la atención plena paralela a variaciones en FPS global (Böge et al., 2021; Johns et al., 2016), discapacidad (Gaudiano et al., 2020; Gaudiano et al., 2023; Johns et al., 2016; Jolley et al., 2020), malestar psicológico (Gaudiano et al., 2020; Gaudiano et al., 2023; Jolley et al., 2020), actividad semanal (Jolley et al., 2020) y calidad de vida (Böge et al., 2021; Gaudiano et al., 2020; Jolley et al., 2020), aunque esta última con variaciones en función del dominio y del estudio (Gaudiano et al., 2023). Además, Johns et al. (2016) expusieron que los cambios en FPS no se asociaron con edad, género, etnia ni asistencia a las sesiones, lo que podría apuntar a un papel relevante de los procesos psicológicos frente a las variables sociodemográficas. Asimismo, el entrenamiento específico en aceptación y mindfulness podría contribuir a una mayor estabilidad frente a crisis tras el alta (Gaudiano et al., 2023), en concordancia con la literatura (Cramer et al., 2016; Wakefield et al., 2018).

La investigación también recoge el desarrollo de intervenciones basadas en mindfulness en este colectivo. Jansen et al. (2020) observaron que estas tenían un efecto significativo en la calidad de vida en población con psicosis; y Hodann-Caudevilla et al. (2020) reportaron tras la intervención una mejoría en el FPS en personas con esquizofrenia, si bien en el programa se incluyeron componentes psicoeducativos muy centrados en mejorar este aspecto concreto. Morris et al. (2023) argumentan que practicar la aceptación y la búsqueda de estar presente puede resultar en menor reactividad al estrés y mayor recuperación tras eventos estresantes. En este sentido, White et al. (2012) sugieren que la FLP podría mediar la relación entre el mindfulness y la depresión en personas con síntomas psicóticos, pues favorece una mayor flexibilidad ante los pensamientos y emociones. Aun así, estos autores plantean que la FLP podría ser un objetivo terapéutico con mayor potencial que únicamente el entrenamiento en mindfulness (White et al., 2012), en línea con el enfoque central de la presente revisión.

En cuanto a la defusión cognitiva, esta mostró resultados más dispares. Johns et al. (2016) y Böge et al. (2021) la vincularon con mejoras en el FPS, mientras que Farhall et al. (2024) no encontraron relación significativa respecto al malestar psicológico. Atendiendo a la investigación reciente, los resultados también son heterogéneos. White et al. (2012) refieren que la inflexibilidad manifestada a través de la fusión cognitiva puede ser funcional a corto plazo para evitar procesar el material emocional angustiante, como los recuerdos traumáticos, pero a largo plazo ocasiona más síntomas de depresión y ansiedad. Por su parte, Pittman et al. (2024) señalan que la fusión cognitiva tiene más impacto en la intensidad de los síntomas que en el propio malestar psicológico global.

En cuanto a la orientación a valores, la literatura también muestra resultados heterogéneos. Farhall et al. (2024) encontraron que la acción comprometida explica el 40% de la varianza en la mejora de la recuperación personal, en contraposición con Jolley et al. (2020), que observaron mejoras funcionales incluso con un efecto mínimo en este proceso, al igual que otros autores (Krzyzanowski et al., 2021). Larsson et al. (2022) hallaron una mejora diaria en el 25% de los sujetos, con el 60% de la muestra mostrando mejoras en calidad de vida diaria y el 50% en su FPS global. Gaudiano et al. (2020) observaron que, tras la intervención, se obtuvieron tamaños del efecto grandes en el momento del alta, así como una mejora paralela en la calidad de vida, discapacidad y malestar psicológico.

En lo referente a la investigación publicada sobre el compromiso con los valores personales, Craske et al. (2019; citado en Morris et al., 2023) explican que este último proceso permite experimentar mayor placer anticipatorio, mejorando la motivación para participar en actividades y combatiendo la anhedonia. En personas con trastornos psiquiátricos graves, se observó que se asocia con el sentido de la vida, lo que a su vez se relaciona con las consecuencias sociales (Pena-Garijo, 2025). Estos resultados, por lo tanto, apoyan la relevancia de abordar los valores y el significado en la atención orientada a la recuperación de estos pacientes. Asimismo, Pittman et al. (2024) pusieron en evidencia que la investigación en valores dentro de este campo de estudio es escasa en comparación con otros procesos.

Finalmente, Larsson et al. (2022) observaron que las mejoras en FPS fueron más frecuentes en pacientes con un primer episodio que en aquellos con psicosis crónica, lo que abre la cuestión de si el estadio clínico puede ser un moderador de la relación entre

la FLP y el FPS. Este resultado contrasta con otros estudios que encuentran que las mejoras en recuperación personal y calidad de vida tras diversas intervenciones psicológicas no se veían influidas por la duración del trastorno ni los años de evolución (De Winter et al., 2024). Otros autores exponen que, más allá de la duración del trastorno, lo que parece más determinante es el impacto funcional del tiempo que el paciente permanece sin un tratamiento específico, prediciendo un mayor deterioro global (Esteve et al., 2010). Asimismo, se debe tener en cuenta que el declive funcional no ocurre solo en fases crónicas, sino que es un indicador clave desde la fase prodrómica, siendo muy significativos los primeros años tras el debut y predictores del funcionamiento hasta 15 años después (Ruiz-Iriondo et al., 2013). Por ello, intervenir en fases tempranas podría ser relevante para fomentar un funcionamiento adaptativo y así evitar o retrasar un mayor deterioro en el futuro funcionamiento y recuperación, aunque se requieren más estudios para confirmarlo.

Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación

En cuanto a las fortalezas del presente estudio, cabe destacar la escasa investigación previa sobre la relación entre la FLP y el FPS, específicamente en el contexto de la psicosis, lo que otorga a esta revisión un valor exploratorio relevante. Asimismo, resaltar la calidad metodológica de los estudios incluidos, pues, en líneas generales, muestran una adecuada calidad según el QuADS (Harrison et al., 2021), aunque al no existir referencias de puntos de corte en la herramienta, dificulta determinarlo con exactitud. Además, la mayoría de los estudios emplean el mismo instrumento para medir la FLP, lo que facilita la comparación de los resultados entre estudios, aunque no implica necesariamente una mayor validez del constructo evaluado. También se debe tener en cuenta la diversidad de contextos clínicos, lo que permite incluir una mayor variedad de perfiles dentro de la población con psicosis, aunque incrementa la heterogeneidad entre estudios y limita la generalización de los resultados.

Como limitaciones, se encuentra que la mayoría de los estudios incluidos son ECA, enfocados en evaluar la eficacia de intervenciones basadas en ACT u otras terapias contextuales; o incluso diseños de caso único, con baja potencia inferencial. Esto implica que la relación entre FLP y FPS se infiere indirectamente a través de medidas pre-post dentro de un contexto de intervención, lo que no permite establecer si existe relación directa entre variables. En el caso de los estudios observacionales transversales, sí que

ofrecen una estimación más directa, pero aun así no permiten establecer causalidad, siendo necesario estudios de diseño observacional longitudinal. Además, el tamaño muestral en muchos de los estudios es reducido, lo que dificulta extraer conclusiones sólidas. Asimismo, la heterogeneidad de los instrumentos de medida en algunas de las variables, especialmente en las relativas al FPS, puede dificultar comparar los resultados entre los diferentes estudios. A ello se suma la dependencia predominante del AAQ-II como medida de la FLP, instrumento que evalúa principalmente la inflexibilidad psicológica a través de la evitación experiencial y que no capta la totalidad del constructo. Finalmente, también debe tenerse en cuenta el posible sesgo de publicación, siendo los estudios con resultados significativos los que tienden a publicarse en mayor medida.

Por su parte, los resultados de esta revisión sistemática tienen implicaciones importantes para la práctica clínica en varios niveles, que deben interpretarse con cautela. Por un lado, la consistencia de los patrones de cambio paralelos entre las variables de FLP y de FPS a lo largo de los estudios revisados sugiere que la evaluación de procesos relacionados con la flexibilidad psicológica podría tener utilidad clínica como indicador complementario en la práctica profesional. No obstante, esta interpretación debe matizarse teniendo en cuenta las limitaciones conceptuales de los instrumentos empleados, especialmente del AAQ-II. A nivel de intervención, la evidencia invita a seguir investigando en este campo, de tal forma que se esclarezca si incorporar intervenciones contextuales que trabajen sobre la FLP en los programas de rehabilitación psicosocial para personas con psicosis puede ser útil para la mejora de la adaptación psicosocial y la recuperación funcional. Aun así, los datos disponibles sugieren que no todos los componentes de la FLP contribuyen de la misma manera, pudiendo ser más efectivo incorporar los procesos específicos que poseen una mayor evidencia, como la atención plena. Además, algunas de las investigaciones recogidas ya evalúan las variables mediadoras, facilitando así enfocar las futuras intervenciones al trabajo de esos aspectos concretos.

En cuanto a futuras líneas de investigación, sería de especial interés un mayor desarrollo de estudios de diseño transversal y longitudinal en mayor medida, que permitan analizar de forma concreta la correlación y dirección de estas variables, así como los mecanismos mediadores implicados de cara a futuros programas de intervención. Para futuros estudios también se recomienda un mayor tamaño de las muestras, incluyendo diagnósticos específicos o fases concretas del trastorno, para así conocer si hay

variaciones entre las diferentes presentaciones de la psicosis. Asimismo, profundizar en el estudio de las variables mediadoras puede favorecer diseñar intervenciones que se centren en procesos específicos, de tal forma que se focalice la intervención en aquellos aspectos responsables del cambio y la mejoría funcional más allá de la disminución de los síntomas clínicos.

Conclusiones

La presente revisión sistemática ha tenido como objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre la relación entre la FLP y diversos indicadores de FPS en personas con sintomatología psicótica. Los resultados obtenidos, a pesar de no permitir afirmar con certeza la hipótesis inicial, en líneas generales apoyan parcialmente que una mayor FLP se asocia con mejor FPS en esta población. Aun así, es importante matizar que gran parte de la evidencia se basa en medidas de evitación experiencial, no de FLP en sentido amplio.

A pesar de la escasez de evidencia específica y metodológicamente adecuada para esclarecer el objetivo de estudio concreto sobre la relación entre FLP y FPS, los estudios transversales incluidos ofrecen una evidencia más directa, mostrando una asociación moderada y significativa entre ambas variables, en la que la inflexibilidad psicológica, especialmente la evitación experiencial, es un posible predictor del FPS, incluso con mayor capacidad explicativa que otras variables tradicionales como el *insight*. En cuanto a los estudios de intervención, estos aportan un patrón reiterado de cambio paralelo entre la FLP y distintos indicadores de FPS, como malestar psicológico, percepción de discapacidad o calidad de vida, aunque no permiten establecer una relación causal directa.

Atendiendo a los procesos específicos de la FLP, la atención plena es el componente con mayor asociación y magnitud, además de ser el más investigado, aunque con evidencia heterogénea y diversidad de instrumentos de medida utilizados; seguido por la defusión cognitiva y la acción comprometida con valores, cuyos resultados también difieren entre estudios. Respecto a las dimensiones del FPS evaluadas, medidas complementarias como la discapacidad funcional y la calidad de vida son las más estudiadas, observándose mayor mejoría en el funcionamiento general que en otras áreas, como las relaciones interpersonales.

Estos hallazgos, desde una perspectiva clínica, tienen implicaciones potenciales para los programas de rehabilitación psicosocial en psicosis. Por un lado, favorecen un

mayor acercamiento de las terapias contextuales y del trabajo en FLP al ámbito de los trastornos psicóticos; y, por otro lado, señalan el autoestigma como una posible variable mediadora, lo que podría orientar las intervenciones hacia la combinación del trabajo en FLP y atención plena junto con un abordaje específico del estigma internalizado, con el objetivo de optimizar la recuperación funcional y el funcionamiento en las diferentes áreas vitales de las personas que han sufrido psicosis.

Referencias

- Addington, D. E. (2006). Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio. *RET: Revista de Toxicomanías*, 49, 17-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2284473>
- Akgenç, F. y Ünsal, G. (2025). Family support from the perspectives of individuals with schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Psychiatric Nursing*, 16(2), 164-174. <https://doi.org/10.14744/phd.2025.70471>
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR). Editorial Médica Panamericana.
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., González, N., Parrabera, S., Sanjuan, J., Serrano, A., Vieta, E., Lennox, B. R., y Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.001>
- Arboleya, T., González-Menéndez, A., Ordoñez, H., Pando, D. G., y Paino, M. (2020). Inflexibility processes as predictors of social functioning in chronic psychosis. *Psychosis*, 12(3), 234–244. <https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1742199>
- Argudo Palacios, A., Sadek El Shahat, O., y Gómez-Fraguela, X. A. (2025). Del delirio a la flexibilidad psicológica: aplicación de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica Contemporánea*, 16(1), 1-20. <https://doi.org/10.5093/cc2025a2>
- Arroyo Cifuentes, J. L., Álvarez Bejarano, A., y Rivas Hermosilla, S. D. (2013). Revisión de la terapia de aceptación y compromiso aplicada a psicosis. *Informaciones Psiquiátricas*, 214(4), 365-383.
- Bach, P., Gaudiano, B. A., Hayes, S. C., y Herbert, J. D. (2013). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5(2), 166–174. <https://doi.org/10.1080/17522439.2012.671349>

- Barbero Rubio, A. (2022). Editorial monográfico sobre la terapia contextual: Terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 1-4. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1152>
- Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., Mellor-Clark, J., Richards, D., Unsworth, G., y Evans, C. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(1), 3-13. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069>
- Batink, T., Jansen, G., y De Mey, H. (2012). De Flexibiliteits Index Test (FIT-60): Een beknopte beschrijving. *GZ - Psychologie*, 4(5), 18-21. <https://doi.org/10.1007/s41480-012-0043-x>
- Bergomi, C., Tschacher, W., y Kupper, Z. (2014). Konstruktion und erste validierung eines fragebogens zur umfassenden erfassung von achtsamkeit. *Diagnostica*, 60(3), 111-125. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000109>
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853-859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>
- Böge, K., Hahne, I., Bergmann, N., Wingenfeld, K., Zierhut, M., Thomas, N., Ta, T. M. T., Bajbouj, M., y Hahn, E. (2021). Mindfulness-based group therapy for in-patients with schizophrenia spectrum disorders: Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a rater-blinded randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 228, 134–144. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.008>
- Bonnier, R. A., Beames, J. R., Kiekens, G., Van Aubel, E., Schirmbeck, F., De Haan, L., Marcelis, M., Van Der Gaag, M., Van Winkel, R., Van Amelsvoort, T., Vaessen, T., Reininghaus, U., Lafit, G., y Myin-Germeys, I. (2025). Predicting clinical outcomes in a blended care intervention for early psychosis: Acceptance and commitment therapy in daily-life (ACT-DL). *Translational Psychiatry*, 15(3), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-03214-1>

- Brissos, S., Molodynski, A., Dias, V., y Figueira, M. (2011). The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia. *Annals Of General Psychiatry*, 10(18), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1744-859x-10-18>
- Buchheld, N., Grossman, P., y Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11–34.
- Burhan, H. Ş., y Karadere, E. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for patients with psychosis being monitored at a community mental health center: a six-month follow-up study. *Alpha Psychiatry*, 22(4), 206-211. <https://doi.org/10.5455/apd.93130>
- Campo Sánchez, M. C. (2024). Análisis de la vivencia de la calidad de vida, autoestima, ansiedad y depresión en personas con esquizofrenia. *MLS Psychology Research*, 7(2), 65-79. <https://doi.org/10.33000/mlspr.v7i2.2721>
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., y Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451-455. <https://doi.org/10.1348/014466508x314891>
- Chart Pascual, J. P., Gutiérrez Talavera, G., y Goena Vives, J. (2023). Primer episodio psicótico. *Medicine*, 13(86), 5057-5068. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.019>
- Chong, Y. Y., Chien, W. T., Mou, H., Ip, C. K., y Bressington, D. (2024). Acceptance and commitment therapy-based lifestyle counselling program for people with early psychosis on physical activity: A pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 275, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.11.007>
- Confederación Salud Mental España. (2006). *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención*. FEAFES.
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., y Dobos, G. (2016). Mindfulness -and acceptance- based interventions for psychosis: A systematic review and meta-

analysis. *Global Advances in Health and Medicine*, 5(1), 30-43.
<https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.083>

De Winter, L., Jelsma, A., Vermeulen, J. M., van Weeghel, J., Hasson-Ohayon, I., Mulder, C. L., Boonstra, N., Veling, W., y de Haan, L. (2025). Long-term changes in personal recovery and quality of life among patients with schizophrenia spectrum disorders and different durations of illness: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 51(1), 37–53. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae045>

Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Tozzi, A. S., Fonagy, P., y Brent, B. K. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10(406), 1-22.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>

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*, 46(3), 211-223. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.24>

Djordjevic, M., Brink, V., Wardenaar, K. J., Scholte-Stalenhoeft, A. N., Visser, E., Kneegtering, H., Liemburg, E., Castelein, S., Bartels-Velthuis, A. A., Bruggeman, R., Jörg, F., Pijnenborg, G. H., Van Driel, C., y Veling, W. (2022). Personality traits and coping strategies in recent-onset psychosis: Associations with symptom severity and psychosocial functioning. *Schizophrenia Research*, 250, 143-151.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.10.010>

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., y Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766–771.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>

Esteve Díaz, N., Romás Avezuela, N., González Moliner, M., Fraile Fraile, J. C., y García-Cabeza, I. (2010). Psicoterapia de la psicosis: De la persona en riesgo al paciente crónico. *Clínica y Salud*, 21(3), 285-297. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a6>

- Fabrizio Paliza-Olivares, V. (2023). Entendiendo la terapia de aceptación y compromiso: Estado actual y bases teóricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 49(180), 83-99. <https://doi.org/10.33776/amc.v49i180.7614>
- Farhall, J., Cugnetto, M. L., Goldstone, E., Gates, J., Clemente, J., y Morris, E. M. J. (2024). Acceptability and feasibility of recovery-oriented group acceptance and commitment therapy for psychosis in routine practice: an uncontrolled pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 52(5), 535-541. <https://doi.org/10.1017/S1352465823000589>
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., y Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal Of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- Frías Ibáñez, A., Palma Sevillano, C., Giné Servén, E., y Aluco Sánchez, E. (2014). Trauma, posttraumatic stress disorder and psychosis: etiopathogenic and nosological implications. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 27-38. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632014000100003>
- Galderisi, S., Rucci, P., Mucci, A., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., Amore, M., Bellomo, A., Bozzatello, P., Bucci, P., Carpiniello, B., Collantoni, E., Cuomo, A., Dell'Oso, L., Di Fabio, F., Di Giannantonio, M., Gibertoni, D., Giordano, G. M., ... Maj, M. (2020). The interplay among psychopathology, personal resources, context-related factors and real-life functioning in schizophrenia: stability in relationships after 4 years and differences in network structure between recovered and non-recovered patients. *World Psychiatry*, 19(1), 81-91. <https://doi.org/10.1002/wps.20700>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M. G., Barrio-Martínez, S., y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35-42. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- Garzón, M. L. (2016). Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13(11), 105-114. <https://doi.org/10.18270/rce.v13i11.1905>

- Gaudiano, B. A., Busch, A. M., Wenze, S. J., Nowlan, K., Epstein-Lubow, G., y Miller, I. W. (2015). Acceptance-based behavior therapy for depression with psychosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(5), 320–333. <https://doi.org/10.1097/pr.0000000000000092>
- Gaudiano, B. A., Ellenberg, S., Johnson, J. E., Mueser, K. T., y Miller, I. W. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for inpatients with psychosis: Implementation feasibility and acceptability from a pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 261, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.09.017>
- Gaudiano, B. A., Ellenberg, S., Ostrove, B., Johnson, J., Mueser, K. T., Furman, M., y Miller, I. W. (2020). Feasibility and preliminary effects of implementing acceptance and commitment therapy for inpatients with Psychotic-Spectrum disorders in a clinical psychiatric intensive care setting. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 80–96. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.34.1.80>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., y Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Godoy García, J. F., Caballero Martínez, M., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez Pérez, L., y Muela Martínez, J. A. (2016). Prevención de recaídas en la esquizofrenia: propuesta de un programa de intervención durante la fase prodrómica. *Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*, 5(7), 56–68. <https://doi.org/10.30827/digibug.40752>
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., y Lave, T. R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *The American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1148–1156. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.9.1148>
- González Cases, J., y Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319–332. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a8>

- González-Menéndez, A., Faedo, T. A., González-Pando, D., Ordoñez-Cambolor, N., García-Vega, E., y Paino, M. (2021). Psychological inflexibility in people with chronic psychosis: The mediating role of self-stigma and social functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12376. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312376>
- Green, M. F., y Harvey, P. D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia Research Cognition*, 1(1), e1–e9. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.02.001>
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., y Fernández-Dávila, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3858979>
- Hall, R. C. (1995). Global Assessment of Functioning: A modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(95\)71666-8](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(95)71666-8)
- Harrison, R., Jones, B., Gardner, P., y Lawton, R. (2021). Quality assessment with diverse studies (QuADS): an appraisal tool for methodological and reporting quality in systematic reviews of mixed- or multi-method studies. *BMC Health Services Research*, 21(144), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06122-y>
- Hartley, S., Barrowclough, C., y Haddock, G. (2013). Anxiety and depression in psychosis: a systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(5), 327-346. <https://doi.org/10.1111/acps.12080>
- Harvey, P. D., Strassnig, M. T., y Silberstein, J. (2019). Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(3), 1-20. <https://doi.org/10.1177/2043808719865693>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., y Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., y McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/bf03395492>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G., (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclée De Brouwer.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., y Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-398. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.3.388>
- Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(6), 425-429. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)70406-4)
- Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/10.pdf>
- Hodann-Caudevilla R. M., Díaz-Silveira C., Burgos-Julián F. A., Santed M. A. (2020). Mindfulness-based interventions for people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4690. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134690>
- Ibáñez Rojo, V. (2019). Aproximación crítica a la prevención e intervención temprana en psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 215-240. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17086/16957>

- Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., y Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 215, 25-37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016>
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., Joseph, C., Butler, L., Craig, T., y Morris, E. M. (2015). The feasibility and acceptability of a brief acceptance and commitment therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.001>
- Jolley, S., Garety, P., Ellett, L., Kuipers, E., Freeman, D., Bebbington, P., Fowler, D., y Dunn, G. (2006). A validation of a new measure of activity in psychosis. *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 288-295. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.03.012>
- Jolley, S., Johns, L. C., O'Donoghue, E., Oliver, J., Khondoker, M., Byrne, M., Butler, L., De Rosa, C., Leal, D., McGovern, J., Rasiukeviciute, B., Sim, F., y Morris, E. (2020). Group acceptance and commitment therapy for patients and caregivers in psychosis services: Feasibility of training and a preliminary randomized controlled evaluation. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 524–551. <https://doi.org/10.1111/bjc.12265>
- Joseph Fortuny, J., Navarra-Ventura, G., Fernández-Gonzalo, S., Pousa Tomàs, E., Crosas Armengol, J. M., Palao Vidal, D., y Jodar Vicente, M. (2023). Social cognition in first-episode schizophrenia/schizoaffective disorder patients. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 16(3), 169-174. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.006>
- Kashdan, T. B., y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kimhy, D., Lister, A., Liu, Y., Vakhrusheva, J., Delespaul, P., Malaspina, D., Ospina, L. H., Mittal, V. A., Gross, J. J., y Wang, Y. (2020). The impact of emotion awareness

and regulation on psychotic symptoms during daily functioning. *Schizophrenia*, 6(1), 1-7. <https://doi.org/10.1038/s41537-020-0096-6>

Kossmann, C., Heller, J., Brüne, M., Schulz, C., Heinze, M., Cordes, J., Mühlbauer, B., Rüter, E., Timm, J., Gründer, G., y Juckel, G. (2020). Assessment of psychosocial functioning in a Large cohort of patients with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 92(1), 177-191. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09773-y>

Krzyzanowski, D., Agid, O., Goghari, V., y Remington, G. (2021). Cognitive discrepancies, motivation and subjective well-being in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 26, 100205. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2021.100205>

Larsson, C., Fatouros-Bergman, H., Isaksson, A., Johansson, M., Kaldo, V., Parling, T., y Lundgren, T. (2022). Acceptance and commitment therapy for inpatients with psychosis –an acceptability and feasibility single case AB designed study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 44–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.008>

Latella, D., Marafioti, G., Formica, C., Calderone, A., La Fauci, E., Foti, A., Calabrò, R. S., y Filippello, G. (2025). The role of acceptance and commitment therapy in improving social functioning among psychiatric patients: A systematic Review. *Healthcare*, 13(13), 1587. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131587>

Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl K., y Melin L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>

Luo, H., Zhao, Y., Fan, F., Fan, H., Wang, Y., Qu, W., Wang, Z., Tan, Y., Zhang, X., y Tan, S. (2021). A bottom-up model of functional outcome in schizophrenia. *Scientific Reports*, 11, 7577. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87172-4>

Lysaker, P. H., Cheli, S., Dimaggio, G., Buck, B., Bonfils, K. A., Huling, K., Wiesepape, C., y Lysaker, J. T. (2021). Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs? *BMC Psychiatry*, 21(329), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03338-4>

- Maat, A., Fett, A., y Derks, E. (2012). Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 137(1–3), 212-218. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.02.017>
- Martínez-Cardona, M. C., Estrada Gonzalez, C., Vélez-Velásquez, A. L., Muñoz-Avendaño, N., López Peláez, J., Bermeo de rubio, M., y Toconas-Morea, V. R. (2020). Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(5), 643-653. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4262890>
- Marwaha, S., y Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>
- Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es>
- Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4(1), 86-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=4815165>
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., y Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *PubMed*, 101(4), 323-329. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10782554>
- Morris, E. M. J., Johns, L. C., y Gaudiano, B. A. (2023). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 97(1), 41-58. <https://doi.org/10.1111/papt.12479>
- Morris, E. M., Garety, P., y Peters, E. (2014). Psychological flexibility and nonjudgemental acceptance in voice hearers: relationships with omnipotence and

- distress. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(12), 1150-1162.
<https://doi.org/10.1177/0004867414535671>
- Morrison, A. P., Frame, L., y Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353. <https://doi.org/10.1348/014466503322528892>
- Musi-Lechuga, B., y Frayre Treviño, J. (2026). Mejorando la vida de familiares de personas con enfermedad mental a través de la terapia de aceptación y compromiso. *Ciencia Vital*, 4(1), 1-7.
<https://doi.org/10.20983/cienciavital.2026.01.men.01>
- National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Psychosis and schizophrenia in adults* [NICE guideline QS80]. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs80>
- Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Segarra, R., Ezcurra, J., Gutiérrez-Fraile, M, y Eguíluz, J. I. (2012). REHACOP: Programa de rehabilitación cognitiva en psicosis. *Revista de Neurología*, 54(6), 337-342.
<https://doi.org/10.33588/rn.5406.2011514>
- Oliver, J. E., O'Connor, J. A., Jose, P. E., McLachlan, K., y Peters, E. (2012). The impact of negative schemas, mood and psychological flexibility on delusional ideation – mediating and moderating effects. *Psychosis*, 4(1), 6-18.
<https://doi.org/10.1080/17522439.2011.637117>
- Ordóñez-Cambolor, N., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., & Pizarro-Ruiz, J. P. (2021). Mediation of the stigma in the influence of negative symptomatology over recovery in psychosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100220. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100220>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 6 de octubre). *Esquizofrenia*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Ortuño, F. y Guitérrez-Rojas, L. (2011). Psicosis. *Medicine*, 10(84), 5693-5702.
[https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(11\)70159-7](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(11)70159-7)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville,

- J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pakenham, K. I., Landi, G., Grandi, S., y Tossani, E. (2023). The mediating role of psychological flexibility in the relationship between resilience and distress and quality of life in people with multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*, 29(1), 65-80. <https://doi.org/10.1177/13591053231182364>
- Pascual, M. A., Vilaplana-Pérez, A., Pedrós Roselló, A., y Martínez Mollá, P. (2018). Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 491-508. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000200008>
- Pena-Garijo, J. (2025). Entendiendo el sentido de la vida desde la terapia de aceptación y compromiso. *Revista de Psicoterapia*, 36(131), 62-72. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i131.41607>
- Pittman, J., Richardson, T., y Palmer-Cooper, E. (2024). The relationship between psychosis and psychological flexibility and other acceptance and commitment therapy processes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100800. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100800>
- Rivelli, A., Fitzpatrick, V., Nelson, M., Laubmeier, K., Zeni, C., y Mylavarapu, S. (2024). Real-world predictors of relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in a large health system. *Schizophrenia*, 10(28), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41537-024-00448-2>
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 52-59. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/667>.

- Ruiz-Ruiz, C., García-Ferrer, S., y Fuentes Durà, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 137–155. <https://doi.org/10.55414/ywjb7717>
- Rutschmann, R., Romanczuk-Seiferth, N., Gloster, A., y Richter, C. (2024). Increasing psychological flexibility is associated with positive therapy outcomes following a transdiagnostic ACT treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1403718. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1403718>
- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S. C., y Copolov, D. (2007). The Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 593-606. <https://doi.org/10.1002/jclp.20366>
- Sheehan, K. H., y Sheehan, D. V. (2008). Assessing treatment effects in clinical trials with the Discan metric of the Sheehan Disability Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 23(2), 70-83. <https://doi.org/10.1097/yic.0b013e3282f2b4d6>
- Shi, J., Cao, Y., Luo, H., Liu, S., Yang, F., y Wang, Z. (2023). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy (ACT) intervention on self-esteem and psychological flexibility in patients with schizophrenia in remission. *Schizophrenia Research*, 255, 213-221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.03.042>
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., y Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001>
- Stabbe, O. K., Rolffs, J. L., y Rogge, R. D. (2019). Flexibly and/or inflexibly embracing life: Identifying fundamental approaches to life with latent profile analyses on the dimensions of the Hexaflex model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 106-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.03.003>
- Stouten, L. H., Veling, W., Laan, W., Van Der Helm, M., y Van Der Gaag, M. (2015). Psychosocial functioning in first-episode psychosis and associations with neurocognition, social cognition, psychotic and affective symptoms. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(1), 23-36. <https://doi.org/10.1111/eip.12210>

- Świtaj, P., Anczewska, M., Chrostek, A., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J., y Chatterji, S. (2012). Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*, *12*(193), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-193>
- Touriño, R., Acosta, F. J., Giráldez, A., Álvarez, J., González, J. M., Abelleira, C., Benítez, N., Baena, E., Fernández, J. A., y Rodríguez, C. J. (2018). Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas españolas de Psiquiatría*, *46*(2), 33-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29616711>
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., Von Korff, M., y Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, *88*(11), 815-823. <https://doi.org/10.2471/blt.09.067231>
- Valencia, M., Rojas, E., González, C., Ramos, L., y Villatoro, J. (1989). Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública de México*, *31*(5), 674-687.
- Valiente-Ots, C., Villavicencio-Carrillo, P., Y Cantero-Martínez, M. D. (2006). La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis. *Apuntes de Psicología*, *24*(1-3), 111-135. <https://doi.org/10.55414/wfr6b816>
- Wakefield, S., Roebuck, S., y Boyden, P. (2018). The evidence base of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *10*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.001>
- White, R. G., Gumley, A. I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., y Mitchell, G. (2012). Depression and anxiety following psychosis: associations with mindfulness and psychological flexibility. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*(1), 34-51. <https://doi.org/10.1017/s1352465812000239>
- Wilson, K. G., y Luciano Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

- Wilson, R. S., Yung, A. R., y Morrison, A. P. (2020). Comorbidity rates of depression and anxiety in first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 216, 322-329. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.035>
- World Health Organization (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153–159.
- Wright, A. C., Mueser, K. T., McGurk, S. R., Fowler, D., y Greenwood, K. E. (2019). Cognitive and metacognitive factors predict engagement in employment in individuals with first episode psychosis. *Schizophrenia Research Cognition*, 19, 100141. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.100141>
- Yates, K., Lång, U., Cederlöf, M., Boland, F., Taylor, P., Cannon, M., McNicholas, F., DeVylder, J., y Kelleher, I. (2018). Association of psychotic experiences with subsequent risk of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide deaths: a systematic review and meta-analysis of longitudinal population studies. *JAMA Psychiatry*, 76(2), 180-189. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3514>
- Yildiz, E., y Yildirim, Ö. (2024). The mediating role of psychological flexibility in the relationship between psychotic symptom severity and depression in individuals diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(5), 869-882. <https://doi.org/10.1111/jpm.13040>

Anexo

Anexo A. Número de artículos encontrados y ecuaciones de búsqueda

Base de datos	N	Ecuación de búsqueda
PubMed	238	<p>("Acceptance and Commitment Therapy"[MeSH] OR "acceptance and commitment therapy" OR "psychological flexibility" OR "psychological inflexibility" OR "experiential avoidance" OR "cognitive fusion" OR "cognitive defusion" OR ACT) AND ("Psychosocial Functioning"[MeSH] OR "Social Adjustment"[MeSH] OR "Social Behavior"[MeSH] OR "social functioning" OR "psychosocial impairment" OR "functional outcome*" OR "occupational functioning" OR "role functioning" OR "community functioning" OR "activities of daily living" OR "interpersonal functioning" OR "global functioning" OR "quality of life" OR disability OR "psychosocial outcome" OR "global assessment of functioning") AND ("Psychotic Disorders"[MeSH] OR "Schizophrenia"[MeSH] OR psychosis OR "psychotic disorder*" OR "psychotic symptom*" OR delusion* OR hallucination* OR schizophrenia OR schizophrenic OR schizoaffective OR "schizoaffective disorder" OR "first-episode psychosis" OR "early psychosis" OR "brief psychotic disorder" OR "schizophreniform disorder")</p>
Cochrane Library	314	<p>#1 MeSH descriptor: [Acceptance and Commitment Therapy] explode all trees</p> <p>#2 "acceptance and commitment therapy" OR "psychological flexibility" OR "psychological inflexibility" OR "experiential avoidance" OR "cognitive fusion" OR "cognitive defusion" OR ACT</p> <p>#3 MeSH descriptor: [Psychosocial Functioning] explode all trees</p> <p>#4 MeSH descriptor: [Social Adjustment] explode all trees</p> <p>#5 MeSH descriptor: [Social Behavior] explode all trees</p> <p>#6 "psychosocial functioning" OR "social functioning" OR "social adjustment" OR "social behavior" OR "psychosocial impairment" OR "functional outcome" OR "occupational functioning" OR "role functioning" OR "community functioning" OR "activities of daily living" OR "interpersonal functioning" OR "global functioning" OR "quality of life" OR disability OR "psychosocial outcome" OR "global assessment of functioning"</p> <p>#7 MeSH descriptor: [Psychotic Disorders] explode all trees</p> <p>#8 MeSH descriptor: [Schizophrenia] explode all trees</p>

#9 psychosis OR "psychotic disorder" OR "psychotic symptom" OR delusion OR hallucination OR schizophrenia OR schizophrenic OR schizoaffective OR "schizoaffective disorder" OR "first-episode psychosis" OR "early psychosis" OR "brief psychotic disorder" OR "schizophreniform disorder"

#10 (#1 OR #2) AND (#3 OR #4 OR #5 OR #6) AND (#7 OR #8 OR #9)

APA
PsycINFO

331

(DE "Acceptance and Commitment Therapy" OR DE "Psychological Flexibility" OR "acceptance and commitment therapy" OR ACT OR "psychological flexibility" OR "psychological inflexibility" OR "experiential avoidance" OR "cognitive fusion" OR "cognitive defusion") AND (DE "Social Adjustment" OR DE "Social Functioning" OR "psychosocial adjustment" OR "psychosocial functioning" OR "functional outcome*" OR "occupational functioning" OR "role functioning" OR "community functioning" OR "activities of daily living" OR "interpersonal functioning" OR "global functioning" OR "quality of life" OR disability OR "psychosocial outcome" OR "global assessment of functioning") AND (DE "Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR "psychotic disorders" OR psychotic OR schizophrenic OR schizoaffective OR "first-episode psychosis" OR "early psychosis" OR "brief psychotic disorder" OR "schizophreniform disorder" OR delusion* OR hallucination*)

P&BSC

404

(DE "acceptance & commitment therapy" OR DE "adaptability" OR "acceptance and commitment therapy" OR ACT OR "psychological flexibility" OR "psychological inflexibility" OR "experiential avoidance" OR "cognitive fusion" OR "cognitive defusion") AND (DE "Psychosocial functioning" OR DE "social adjustment" OR "psychosocial adjustment" OR "social functioning" OR "social behavior" OR "functional outcome*" OR "occupational functioning" OR "role functioning" OR "community functioning" OR "activities of daily living" OR "interpersonal functioning" OR "global functioning" OR "quality of life" OR disability OR "psychosocial outcome" OR "global assessment of functioning") AND (DE "Psychoses" OR DE "Schizophrenia" OR "psychotic disorders" OR psychosis OR psychotic OR schizophrenic OR schizoaffective OR "first-episode psychosis" OR "early psychosis" OR "brief psychotic disorder" OR "schizophreniform disorder" OR delusion* OR hallucination*)

Total 1287

Anexo B. Declaración uso de herramientas de inteligencia artificial generativa

Título del trabajo: Relación entre la flexibilidad psicológica y el funcionamiento psicosocial en personas con psicosis: una revisión sistemática

Autor/a: Marta Torres Mateos-Higuera

DNI/Alumno/a: 09246577W

Nombre del Director/a de TFM: José Antonio Tamayo Hernández

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases:

Búsqueda y localización de bibliografía: se ha empleado *Perplexity* para explorar referencias bibliográficas pertinentes para la introducción y el objetivo del trabajo, especialmente al inicio del proceso, con el fin de encontrar literatura que pudiese ser relevante y que no se encontró en una primera instancia en las bases de datos. Posteriormente, se accedió a estas bases para encontrar la fuente original, comprobar la veracidad de las citas y obtener la información de manera directa. Algunos de los prompts utilizados fueron los siguientes: “¿Qué evidencia existe actualmente en la literatura científica en relación con la flexibilidad psicológica, concepto central dentro de las Terapias de Aceptación y Compromiso, y el funcionamiento psicosocial en personas con psicosis?” “¿Qué dice la evidencia científica actual sobre la adaptación funcional y psicosocial en pacientes que han sufrido un episodio psicótico?”.

Resumen/ayuda para comprensión de textos: se ha usado *NotebookLM* para la traducción y resumen de algunos artículos científicos, especialmente de aquellos más complejos o de más difícil comprensión. La información fue posteriormente revisada y reescrita, ya que esta herramienta permite acceder de forma directa a la fuente de cada una de las conclusiones. Un ejemplo de prompt utilizado fue el siguiente: “¿Qué conclusiones sacan estos artículos respecto a la relación entre la flexibilidad psicológica y el funcionamiento psicosocial en población con psicosis?”.

Organización/estructura del trabajo:

Revisión ortográfica/estilo: se ha empleado *ChatGPT* y *Gemini* para revisar las faltas ortográficas, y la mejora de la redacción y la expresión escrita de algunas partes del texto, de cara a una mayor coherencia, claridad y comprensión; especialmente tras la lectura de artículos que presentaban un idioma distinto al español, pues resultaba más complejo su análisis. En todo momento, el contenido y las ideas son íntegramente propios; la IA únicamente mejoró la forma de los contenidos que yo le proporcionaba, sin modificar el fondo ni generar otra información. Algunos ejemplos de prompts son los siguientes: “¿Esta parte del texto contiene alguna falta ortográfica?” “¿Esta frase es coherente o resulta confusa?” “¿Esta oración es gramaticalmente correcta en español?”.

Generación de texto (fragmentos):

Otros (especificar): [_____]

Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

Para garantizar que la información proporcionada por la IA era la correcta, en todas las herramientas, tras obtener la información, se ha accedido a la fuente original para leer, revisar y contrastar lo obtenido en la IA. En algunas herramientas como *NotebookLM*, este proceso es muy sencillo, ya que de cada conclusión se muestra el enlace directo a la parte concreta del artículo de donde ha sacado la información, facilitando esta revisión. En las otras herramientas, al recibir las referencias, estas se han buscado posteriormente en alguna de las bases de datos, para comprobar su veracidad y a partir de ahí revisar que la información proporcionada por la IA correspondía con la literatura original.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:  _____

Fecha: 04/05/2026