



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
Psicología

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO COMO
INTERVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS ADULTOS: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA
LITERATURA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA: ALEJANDRA PIERINA GUEVARA SOLIS

ASESORA: MG. SUSANA ELIZABETH MAMANI GUERRA

LIMA – PERÚ

2026



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	Guevara Solis, Alejandra Pierina

Pertenecientes al programa de la **carrera profesional de Psicología**, autores del trabajo titulado: **La Terapia de Aceptación y Compromiso como intervención en la salud mental de pacientes oncológicos adultos: Una revisión crítica de la literatura**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **Título Profesional** bajo la modalidad de **Trabajo de investigación**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	Mamani Guerra, Susana Elizabeth	Psicología	Asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **12%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3614599184**; fecha de entrega: **20-07-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 1 de septiembre de 2026**

Firma del asesor
N° DNI: 72209956
ORCID: 0000-0002-5433-858X

MIEMBROS DEL JURADO

MG. RITA SELENE ORIHUELA ANAYA

Presidente

MG. GUISSOLA VANESSA MENDOZA CHAVEZ

Vocal

MG. JENNIFER DENISSE CARRASCO TACURI

Secretaria

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la memoria de mi abuela Amparo, quien siempre me inculcó el valor del estudio y la perseverancia para convertirme en una gran profesional y, sobre todo, en una persona autorrealizada. Este logro es el inicio de mi compromiso por cuidar y aliviar a los pacientes que, como ella, enfrentan realidades difíciles. Te amo y te extraño, abu.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia y amigos por su apoyo incondicional a lo largo de este proceso, por brindarme el aliento y la seguridad que necesité en los momentos de mayor incertidumbre, y por hacer de este logro también suyo.

Asimismo, agradezco al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, donde realicé mis prácticas preprofesionales y cuya realidad inspiró esta investigación y mi compromiso con la psicooncología; este camino apenas comienza.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

METODOLOGÍA13

1. Tipo y diseño de estudio13

2. Búsqueda bibliográfica13

3. Criterios de selección.....15

4. Selección de estudios.....17

5. Extracción y análisis de datos18

6. Consideraciones éticas.....22

RESULTADOS24

1. Características metodológicas de los estudios incluidos24

2. Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso31

DISCUSIÓN42

CONCLUSIONES53

REFERENCIAS.....56

ANEXOS

RESUMEN

El objetivo de la presente revisión fue analizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la salud mental de pacientes oncológicos adultos. Metodológicamente, se desarrolló un estudio teórico con diseño de revisión de literatura bajo las directrices del modelo PRISMA, seleccionando una muestra final de 19 artículos empíricos primarios evaluados mediante un protocolo de calidad metodológica. Los resultados demostraron que el 89.47% ($k = 17$) de los estudios reportó la eficacia de la ACT para reducir significativamente la sintomatología ansiosa y depresiva, optimizando paralelamente la calidad de vida a través del incremento de la flexibilidad psicológica como mecanismo nuclear de cambio clínico. Al evaluar las modalidades de las 17 intervenciones efectivas, los formatos de carácter presencial-grupal concentraron la mayor tasa de éxito. Como limitaciones se advierte el predominio cuantitativo de la evidencia, la omisión del tamaño del efecto, sesgo idiomático y restricciones muestrales. Se concluye que la ACT presencial-grupal de ocho sesiones es un modelo clínico prometedor en oncología. Finalmente, se sugiere que futuras investigaciones adopten enfoques mixtos sobre la Hexaflex, estandaricen protocolos para depresión, incluyan otros tipos de cáncer e idiomas, y evalúen la eficacia de la ACT en contextos latinoamericanos.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, Efectividad, Oncología, Salud Mental.

ABSTRACT

This paper examined the available scientific evidence on the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the mental health of adult cancer patients. Following PRISMA guidelines, a literature review was conducted, identifying a final sample of 19 primary empirical articles evaluated through a methodological quality protocol. The findings revealed that 89.47% ($k = 17$) of the studies reported that ACT demonstrated significant reductions in anxiety and depression symptoms while enhancing quality of life, driven by improvements in psychological flexibility as the core mechanism of clinical change. Regarding the delivery formats of the 17 successful interventions, face-to-face protocols showed the highest consistency of positive outcomes. Regarding limitations, a quantitative dominance in the evidence, omission of effect sizes, language bias, and sampling restrictions are noted. In conclusion, ACT in a face-to-face group format of eight sessions is a promising clinical model in oncology. Finally, future research should adopt mixed-method approaches regarding the Hexaflex, standardize protocols for depressive symptomatology, include other types of cancer and languages, and evaluate the efficacy of ACT within Latin American contexts.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Effectiveness, Oncology, Mental Health.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por el crecimiento anormal y desmedido de células malignas, también denominadas neoplasias, las cuales pueden afectar a uno o más órganos del cuerpo según el estadio de la enfermedad. En etapas avanzadas, puede presentarse la metástasis, entendida como la diseminación de estas células hacia distintos órganos y sistemas, lo que incrementa el riesgo de mortalidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Si bien los cambios se evidencian predominantemente en la salud física; sin embargo, todo ello exige una demanda emocional, mental, social y económica que muchas veces supera los recursos del paciente y lo sitúa en un estado de vulnerabilidad (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023). De acuerdo con el NCI (2024), los pacientes oncológicos cuentan con una serie de características propias del proceso de adaptación por el cual atraviesan desde el diagnóstico de la neoplasia. No obstante, dichos rasgos dependen de la etapa del proceso en la que se encuentran, dado que cada una de ellas representa un cambio en su vida y, por ende, supone nuevas necesidades tanto en el individuo como en su entorno.

En un inicio, frente a un presunto diagnóstico oncológico, surgen sentimientos de incertidumbre, preocupación, frustración y desesperanza frente a lo desconocido, lo cual conlleva a un elevado estado de brumamiento (NCI, 2023b). Una vez que se confirma el diagnóstico, se experimenta un estado de shock emocional, debido a la aparición de diversos pensamientos y emociones que generan miedo, preocupación y culpa en el paciente. Normalmente, esto se asocia

al desconocimiento del tratamiento y sus efectos secundarios, el cuidado de la familia, el aspecto económico, el trabajo y la posibilidad de muerte (NCI, 2023b). Por otra parte, la misma organización señala que el enojo también forma parte de esta fase y que, incluso, puede sentirse hacia el círculo más cercano del paciente, el personal asistencial o Dios. (NCI, 2023b).

Sin importar el tipo de tratamiento utilizado, este implica un cambio en el estilo de vida y rutina del paciente, pues sus capacidades se ven mermadas y, por ende, muchas de sus actividades cotidianas (aspecto laboral, social y familiar). Por ejemplo, el estrés y la ansiedad frecuentemente se relacionan a la cobertura del seguro de salud, los cuidados durante la rutina, la búsqueda de atención especializada en salud mental, las consecuencias en el trabajo y los traslados hacia la clínica (NCI, 2023b).

Por otro lado, si la persona acepta la enfermedad y sus limitaciones, soltando aquello que escapa de su control desde el trabajo del autoconocimiento y autosuficiencia, aparecen sentimientos de esperanza, pues logra conocerse nuevamente bajo las condiciones de su presente y, de esta manera, adaptar sus rutinas y estilo de vida para asegurar un mayor bienestar durante el proceso de tratamiento (NCI, 2023b).

Finalmente, a nivel transversal, la tristeza y depresión forman parte de la experiencia emocional del paciente oncológico, ya que en muchas ocasiones la noticia de cáncer supone la pérdida del “yo” o el estilo de vida, cuya sensación puede acompañar a la persona hasta incluso después de haber finalizado con el tratamiento (NCI, 2023b).

Lamentablemente, su prevalencia se ha incrementado considerablemente tal como lo evidencian los datos epidemiológicos. Según la OMS (2024), aproximadamente 1 de cada 5 personas desarrollará cáncer a lo largo de su vida; asimismo, cerca de 1 de cada 9 hombres y 1 de cada 12 mujeres fallecen a causa de esta enfermedad.

En este contexto, se estima que para el año 2040 se registren aproximadamente 29.9 millones de nuevos casos anuales a nivel global (Nacional Cancer Institute [NCI], 2024). Eso se refleja en la elevada incidencia reportada en el 2022, cuando se registraron 1.155.885 nuevos casos en América Latina (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2024a). Esta problemática no es ajena a la población peruana, puesto que, en el mismo año, se diagnosticó un total de 72.827 casos de enfermedades neoplásicas dentro del país (IARC, 2024b).

Respecto a la comparación con la población general, se identificó que los pacientes con cáncer presentan mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa (Hammermüller et al., 2021; Hartung et al., 2017; Khairatun & Jin-Kyoung, 2024). Esta tendencia se mantiene independientemente del tipo de neoplasia o tratamiento recibido, observándose incrementos más marcados en subgrupos clínicos específicos como aquellos con tumores cerebrales, tiroideos o de cabeza y cuello (Hammermüller et al., 2021; Hartung et al., 2017). Asimismo, se ha reportado que la presencia de esta sintomatología puede llegar a duplicar en frecuencia a la registrada en la población sin diagnóstico oncológico (Khairatun & Jin-Kyoung, 2024).

En cuanto a la prevalencia específica, de acuerdo con Fernando et al. (2023), la ansiedad y la depresión pueden presentarse respectivamente hasta en un 20% y

10% de los pacientes oncológicos, respectivamente. Esto es respaldado por el estudio transversal de Naser et al. (2021), cuyos resultados demostraron que el 23.4% de su muestra evidenciaba sintomatología depresiva y el 19.9% sintomatología ansiosa. Incluso, dependiendo del estadio de la enfermedad y el contexto hospitalario en el que se recibe el tratamiento, existe la posibilidad de desarrollar y finalmente diagnosticar condiciones mentales como depresión mayor, trastorno depresivo recurrente, episodios depresivos, trastorno mixto ansioso-depresivo; al igual que trastornos de ansiedad como fobias, reacción al estrés agudo (adaptación) y estrés postraumático (Caruso & Breitbart, 2020)

En lo que respecta a la sintomatología ansiosa, los reportes internacionales dan cuenta de tasas críticamente altas, oscilando entre el 73.3% en pacientes con cáncer de mama en Egipto (Alagizy et al., 2020) y un alarmante 90.9% en casos bajo esquemas de quimioterapia ambulatoria en el contexto mexicano (Pineda, 2023). Por su parte, en el ámbito nacional, el INEN (2023) determinó que el 25.58% de los pacientes atendidos por psiquiatría entre 2020 y 2021 fueron diagnosticados con algún trastorno asociado a la ansiedad, con predominio del trastorno mixto y la ansiedad generalizada.

Por otro lado, la sintomatología depresiva manifiesta un comportamiento clínico igualmente preocupante, caracterizado por una alta incidencia que se agudiza según las condiciones de la enfermedad. Las estimaciones globales sitúan la presencia de cuadros depresivos entre el 59% y el 68.6% de las muestras estudiadas (Alagizy et al., 2020; Kaphle et al., 2024), identificándose además que el riesgo y la gravedad del cuadro aumentan significativamente en estadios oncológicos avanzados (Alagizy et al., 2020). Asimismo, en contextos más

cercanos a la realidad peruana se ha reportado que, si bien cerca de la mitad de los pacientes afectados manifiesta una afectación leve, una proporción considerable progresa hacia manifestaciones moderadas a severas (Llorente et al., 2019).

Por lo tanto, no sería preciso asumir que los tratamientos tradicionales, enfocados únicamente en la atención de los síntomas físicos, logren brindar una intervención integral y efectiva al paciente oncológico. El ser humano, al ser un ente biopsicosocial, se desarrolla en función de diversas esferas, cada una de las cuales exige necesidades que deben ser satisfechas para garantizar su bienestar general. Es por ello que se requiere de un enfoque multidisciplinario que no solo atienda el componente biológico, sino también los aspectos psicológicos y sociales de la persona.

De hecho, este es un tema que ha sido objeto de estudio desde hace algunos años. Por ejemplo, Aust et al. (2022) realizaron un estudio, dónde se determinó que esta nueva propuesta de abordaje no solo impactada de manera positiva a aspectos psicológicos como la capacidad de afrontamiento, sino que incluso ayudaban a reducir los síntomas propios de la enfermedad y aquellos asociados al tratamiento.

En el año 2024, se llevó a cabo una investigación que apostó por objetivos más ambiciosos, dentro de los cuales se pretendía aplicar un programa de abordaje integral en pacientes con cáncer de mama para asegurar una vida más longeva y saludable (Fabi et al., 2024). Sin embargo, este presentaba limitaciones para contemplar el aspecto emocional y social inmerso en la experiencia de la enfermedad, ya que únicamente se centraba en la rehabilitación motriz, la actividad física y la nutrición como abordajes complementarios al tradicional farmacológico para síntomas físicos (Fabi et al., 2024).

Sin embargo, dos años más tarde se llevó a cabo una prueba piloto en el sur de Italia, donde se aplicó un abordaje clínico denominado “AMICO”. Su principal objetivo consistía en determinar la efectividad de integrar intervenciones basadas en el estilo de vida con los tratamientos estándares en oncología (Marino et al., 2026). Este protocolo, entre diversos flujos y procedimientos, contempló el monitoreo de la sintomatología asociada al estrés durante cada una de las etapas de tratamiento; de la misma manera en cómo se avocó al cuidado de la dimensión “mente-cuerpo” mediante intervenciones psicológicas como el *mindfulness* (Marino et al., 2026). Debido a la naturaleza reciente de esta investigación, aún no se han realizado las evaluaciones de seguimiento establecidas en el protocolo, pero en la práctica se ha evidenciado cómo los procedimientos han logrado altos estándares de seguridad, calidad y transparencia en el cuidado de los pacientes (Marino et al., 2026).

Así, resulta conveniente marcar una distancia con el estándar de oro tradicional para la reducción de síntomas depresivos y el fortalecimiento de la resiliencia en estadios tempranos (Martinez, s.f.; Xiang et al., 2025), como lo es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), para así migrar a modelos terapéuticos más integrativos, que conciban la vida como una constante que debe ser construida a pesar de las adversidades y, por ende, cubran el espectro de la experiencia emocional y social que padece a un paciente oncológico.

Bajo esa premisa, a nivel teórico, esta revisión crítica de la literatura es pertinente en tanto el modelo de la ACT se alinea con la realidad biopsicosocial de la enfermedad oncológica. Por ejemplo, ante el dolor físico, la TCC intenta mitigar el malestar mediante la evaluación y el debate de las distorsiones cognitivas; sin

embargo, esta estrategia resulta clínicamente limitada debido a que los estresores asociados al diagnóstico y al tratamiento médico doloroso son reales y no sesgos cognitivos del pensamiento (Ghorbani et al., 2021). En contraste, la ACT no pretende evitar o suprimir dicho dolor, sino que promueve su aceptación y adaptación activa, facilitando el desarrollo de la flexibilidad psicológica (Hughes et al., 2017; Martínez-Calderón et al., 2024).

En el plano metodológico, el valor de esta revisión reside en la integración, análisis e interpretación que se puede obtener de la evidencia disponible, permitiendo la identificación de patrones, inconsistencias y vacíos metodológicos, que aportan una comprensión más profunda de la ACT en pacientes oncológicos adultos. Específicamente, esta aproximación permitirá conocer cuáles son los indicadores de salud mental con mayor sensibilidad al cambio terapéutico, cuáles son las poblaciones más estudiadas y si existe una brecha sociocultural. Asimismo, la presente investigación revisará las diversas modalidades de intervención, considerando factores como frecuencia, formato y entorno de aplicación; para así facilitar la detección de variaciones en los diseños metodológicos y sus respectivos resultados y, por ende, formular propuestas preliminares de estandarización que optimicen la efectividad clínica de la ACT en esta población.

En cuanto a su valor social, esta revisión responde a las esferas desatendidas de la población oncológica, pues se estima que el 58% de los pacientes percibe que el personal asistencial atribuye mayor relevancia a las necesidades físicas que a las emocionales (Fernando et al., 2023). Esta problemática es evidente en el contexto peruano, donde existe una notoria carencia de profesionales de salud mental

especializados, situación agravada por el hecho de que solo el 1.5% del presupuesto anual total del sector salud se destina a este rubro (Defensoría del Pueblo, 2020).

Desde un enfoque práctico, esta revisión proporcionará información actualizada sobre la efectividad de la ACT, sirviendo como una guía para los profesionales de la salud, quienes tendrán una mayor facilidad para seleccionar las intervenciones y metodologías más adecuadas para su práctica clínica y profesional diaria con pacientes oncológicos. De igual manera, los resultados orientarán a futuros investigadores a evaluar la efectividad de la ACT en poblaciones poco explorados, como la latinoamericana, y a contrastar los distintos tipos de abordaje para identificar aquel con mayor respaldo estadístico.

No obstante, para comprender la ACT, resulta imperativo profundizar primero en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) y en el Modelo Hexaflex. Lo anterior se debe a que la ACT adopta los fundamentos científicos de la RFT como base para orientar al paciente hacia la flexibilidad psicológica; capacidad que es estructurada y promovida a través de los seis procesos del Hexaflex con el fin de que el individuo actúe en dirección a sus valores personales (Twohig & Hayes, 2019).

Según Averó y Capafóns (2021), la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) argumenta que el componente de lenguaje y cognición son aquellos que dirigen la conducta humana. En ese sentido, Hayes (2016) explica que el ser humano no solo reacciona a los estímulos físicos de su entorno, sino a los significados que su mente le atribuye gracias a sus propios marcos relacionales. Es decir que el sujeto conecta sus recuerdos con estímulos actuales, adquiriendo la capacidad de anticiparse al futuro desde su propia perspectiva cognitiva.

Sin embargo, un procesamiento de este tipo puede generar consecuencias importantes en el pronóstico de un paciente oncológico, ya que estos marcos relacionales y/o reglas verbales suelen priorizar beneficios a corto plazo, lo que dificulta su nivel de adaptación frente a los eventos que presenta durante su proceso de enfermedad. (Avero & Capafóns, 2021).

Con este preámbulo, la ACT pertenece al grupo de terapias de tercera generación, las cuales no buscan cambiar y/ curar el síntoma, sino la relación que sostienen con él, independientemente si se trata de una conducta o pensamiento. Por consiguiente, Vargas (2017) señala que la práctica de la ACT radica en aceptar que el dolor forma parte de la experiencia humana y que negarlo interrumpe el contacto con nuestro mundo interior, lo cual, a su vez, promueve la evitación experiencial. Cuando esta estrategia es utilizada de manera recurrente, existe el riesgo de desarrollar o mantener trastornos, cuyo impacto en el bienestar de los pacientes se debe en mayor porcentaje a la evitación de este mismo mas que las consecuencias propias de la condición (Vargas, 2017).

De esta manera, para abordar la rigidez derivada de los marcos relacionales, la ACT propone el modelo Hexaflex, cuyo esquema contribuye a la obtención del objetivo principal de la terapia: la flexibilidad psicológica (Twohig & Hayes, 2019). El primer proceso es la aceptación, la cual hace referencia a la validación plena y sincera de la experiencia interna (Twohig & Hayes, 2019). El segundo es la defusión cognitiva, que consiste en distanciar al individuo de sus pensamientos, observándolos como procesos cognitivos y no como realidades absolutas (Twohig & Hayes, 2019). El tercero es la experiencia presente, centrada en el "aquí y ahora" para dirigir la conducta hacia lo que es importante (Twohig & Hayes, 2019). Por su

parte, el cuarto proceso, denominado self como contexto, busca que los contenidos verbales dejen de considerarse parte de la identidad personal para verse de manera objetiva (Twohig & Hayes, 2019). Finalmente, los procesos de acción comprometida y valores retan a la persona a tomar consciencia sobre aquello que considera genuinamente significativo en su vida para direccionar sus acciones hacia ello (Twohig & Hayes, 2019).

Para operacionalizar estos componentes en la práctica clínica, la ACT utiliza la Matrix, una herramienta terapéutica que, mediante dos ejes en intersección, facilita la visualización de las experiencias internas y externas del paciente, así como aquellas acciones que lo acercan o lo alejan de lo que más valora en su vida (Olaz & Polk, 2021).

En ese sentido, existe un robusto cuerpo de investigaciones empíricas que no solo respaldan que la ACT es una de las terapias más sólidas de la tercera generación, sino que la posicionan como una intervención ideal para reducir el malestar emocional en contextos oncológicos. No obstante, una revisión crítica de dicha evidencia muestra profundas discrepancias metodológicas que limitan la generalización y transferibilidad de sus hallazgos.

Por un lado, se observa una marcada heterogeneidad en los diseños de investigación y el tamaño de las muestras, ya que la literatura transita desde aproximaciones pre-experimentales y casos clínicos con muestras pequeñas (Kangas et al., 2015; Pérez y Uribe, 2016), hasta diseños experimentales más rigurosos con grupos de control y asignación aleatoria (Esfahani et al., 2020; Gorbhani et al., 2021). Si bien todos reportan disminuciones estadísticamente significativas en la sintomatología ansiosa y depresiva, el poder estadístico y el

control de variables extrañas difieren sustancialmente entre un diseño de estudio y otro.

Igualmente, no existe un consenso sobre la modalidad y duración más adecuada para las intervenciones basadas en ACT. Mientras que los abordajes en el contexto latinoamericano han optado por esquemas de alta frecuencia y formato individual (Pérez y Uribe, 2016), la evidencia de Oriente Medio demuestra que las intervenciones grupales más breves consiguen un incremento equivalente y sostenido en la flexibilidad psicológica y la aceptación del dolor (Gorbhani et al., 2021). Esta falta de consenso sobre las condiciones óptimas de la intervención genera un vacío crítico en la literatura , puesto que no se encuentran definidas las condiciones mínimas necesarias para garantizar resultados terapéuticos consistentes en esta población.

De este modo, se busca dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuál es la evidencia científica disponible sobre la efectividad de la ACT en la salud mental de pacientes oncológicos adultos? La presente investigación tiene como objetivo general analizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de la ACT en la salud mental de pacientes oncológicos adultos. Para lograrlo, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los estudios que han evaluado intervenciones basadas en la ACT en pacientes oncológicos adultos.
- Describir las características metodológicas de los estudios incluidos en la revisión.

- Comparar la efectividad de la ACT sobre la flexibilidad psicológica, la calidad de vida, y los síntomas de ansiedad y depresión, analizando las variaciones en los resultados según la modalidad de intervención empleada.

METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de estudio

La presente investigación se enmarca en los estudios de tipo teórico, bajo un diseño de revisión crítica de la literatura, dado que su propósito central radica en el análisis, la contrastación e integración de la evidencia científica disponible (Grant & Booth, 2009). De este modo, el estudio no tiene como finalidad la producción de evidencia empírica concluyente, sino la formulación de hipótesis explicativas, la identificación de patrones y brechas del conocimiento, así como la construcción de una síntesis interpretativa de los hallazgos (Grant & Booth, 2009).

2. Búsqueda bibliográfica

Para la recolección de fuentes, se consultaron las siguientes bases de datos:

- **Bases de datos internacionales:** PubMed y Scopus, debido a su exhaustiva cobertura de revistas especializadas en medicina conductual, psicooncología y psicología clínica
- **Bases de datos regionales y de acceso abierto:** SciELO y DOAJ, con el fin de localizar investigaciones relevantes en el contexto latinoamericano y asegurar la inclusión de literatura de acceso abierto con estándares de calidad rigurosos.

La estrategia de búsqueda se realizó principalmente en inglés para garantizar el acceso a la mayor cantidad de producción científica posible, empleando los descriptores: “Acceptance and Commitment Therapy”, “ACT”, “cancer”, “neoplasms”, “oncology”, “cancer patients”, “psychological flexibility”,

"experiential avoidance", "anxiety", "depression" y "quality of life". Asimismo, de manera complementaria, se utilizarán términos en español como: "Terapia de Aceptación y Compromiso", "TAC", "cáncer", "neoplasias", "oncología", "pacientes con cáncer", "pacientes oncológicos", "flexibilidad psicológica", "evitación experiencial", "ansiedad", "depresión" y "calidad de vida".

Para optimizar los resultados, se hizo uso de los operadores booleanos AND y OR, el primero diseñado para cohesionar las categorías principales de la investigación y el segundo para agrupar sinónimos. A continuación, se detallan las ecuaciones de búsqueda que se utilizaron en función a términos técnicos controlados para encontrar compatibilidad en cada plataforma:

- ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "ACT") AND ("Cancer" OR "Neoplasms" OR "Oncology" OR "Cancer patients") AND ("Psychological flexibility" OR "Anxiety" OR "Depression" OR "Quality of life")
- ("Terapia de Aceptación y Compromiso" OR "ACT") AND ("Cáncer" OR "Neoplasias" OR "Oncología" OR "Pacientes oncológicos" OR "Pacientes con cáncer") AND ("Flexibilidad psicológica" OR "Evitación experiencial" OR "Ansiedad" OR "Depresión" OR "Calidad de vida")

La sintaxis se adaptó manualmente a las particularidades de cada base de datos a través de la opción de "Búsqueda Avanzada", la cual permitió restringir los descriptores utilizados a los campos de Título, Resumen y Palabras clave (Title/Abstract/Keywords).

Por último, se procedió a filtrar los hallazgos considerando artículos publicados entre los años 2011 y 2026.

3. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Artículos científicos disponibles en revistas indexadas, cuyo periodo de antigüedad no supere los 15 años (2011-2026).
- Investigaciones cuya muestra esté conformada por pacientes adultos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años.
- Investigaciones cuyos participantes cuenten con un diagnóstico médico confirmado de tumores sólidos en diversas etapas clínicas (estadios del I al IV).
- Investigaciones cuyos participantes se encuentren recibiendo tratamiento oncológico activo al momento de la recolección de datos.
- Investigaciones de tipo empírico y primario, que hayan empleado diseños de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios cuasiexperimentales o estudios piloto, orientados a evaluar de manera directa la efectividad de la ACT en la mejora de variables psicológicas en pacientes oncológicos.
- Estudios redactados en los idiomas español e inglés.

Criterios de exclusión

- Documentos de tipo secundario o teórico, tales como revisiones narrativas, sistemáticas y metaanálisis (para evitar la duplicidad de datos).
- Literatura gris: libros, capítulos de libros o tesis de pregrado.

- Estudios con muestras de pacientes pediátricos o adolescentes (menores de 18 años) y pacientes con diagnósticos de cáncer hematológico (leucemias, linfomas o mielomas).
- Investigaciones centradas en pacientes en fase terminal, cuidados paliativos o con un pronóstico de vida inminente.
- Investigaciones que aborden otras terapias de tercera generación sin incluir específicamente la ACT como intervención principal.
- Artículos duplicados y/o de acceso restringido al texto completo.

En primer lugar, previo a la aplicación de los criterios de elegibilidad, se eliminaron los registros duplicados recuperados en las diferentes bases de datos. Asimismo, durante la revisión a texto completo, se descartaron aquellos estudios cuyo contenido íntegro no pudo ser recuperado para su evaluación.

El rango de 15 años (2011-2026) establecido para la recolección de investigaciones de la presente revisión, se definió en función al periodo de tiempo en el cual los postulados de la ACT consolidaron su rigurosidad, disponiendo así de una amplia producción científica dedicada a demostrar su efectividad en la población oncológica. Bajo esta misma lógica, se optó por incluir únicamente estudios con diseños experimentales, cuasiexperimentales o pilotos con mediciones estandarizadas, excluyendo a la literatura secundaria.

En cuanto a las características de la población, es importante diferenciar a los sujetos con tumores sólidos de aquellos con cánceres hematológicos (como leucemias, linfomas o mielomas), ya que sus procesos de enfermedad, tratamientos médicos y el nivel del impacto sobre su imagen corporal difieren mucho entre sí. Si bien se incluyeron diversos estadios clínicos (I al IV), la exclusión de la población

en fase terminal o cuidados paliativos no fue negociable, dado que el enfoque psicoterapéutico hubiera dejado de orientarse a la adaptación funcional del paciente y pasaría a centrarse en la contención de la agonía y la aceptación del fin de la vida.

4. Selección de estudios

Para el proceso de selección se utilizará el protocolo PRISMA 2020, el cual permite organizar de manera estructurada las etapas de depuración para definir la lista final de artículos. A continuación se se detalla el procedimiento realizado:

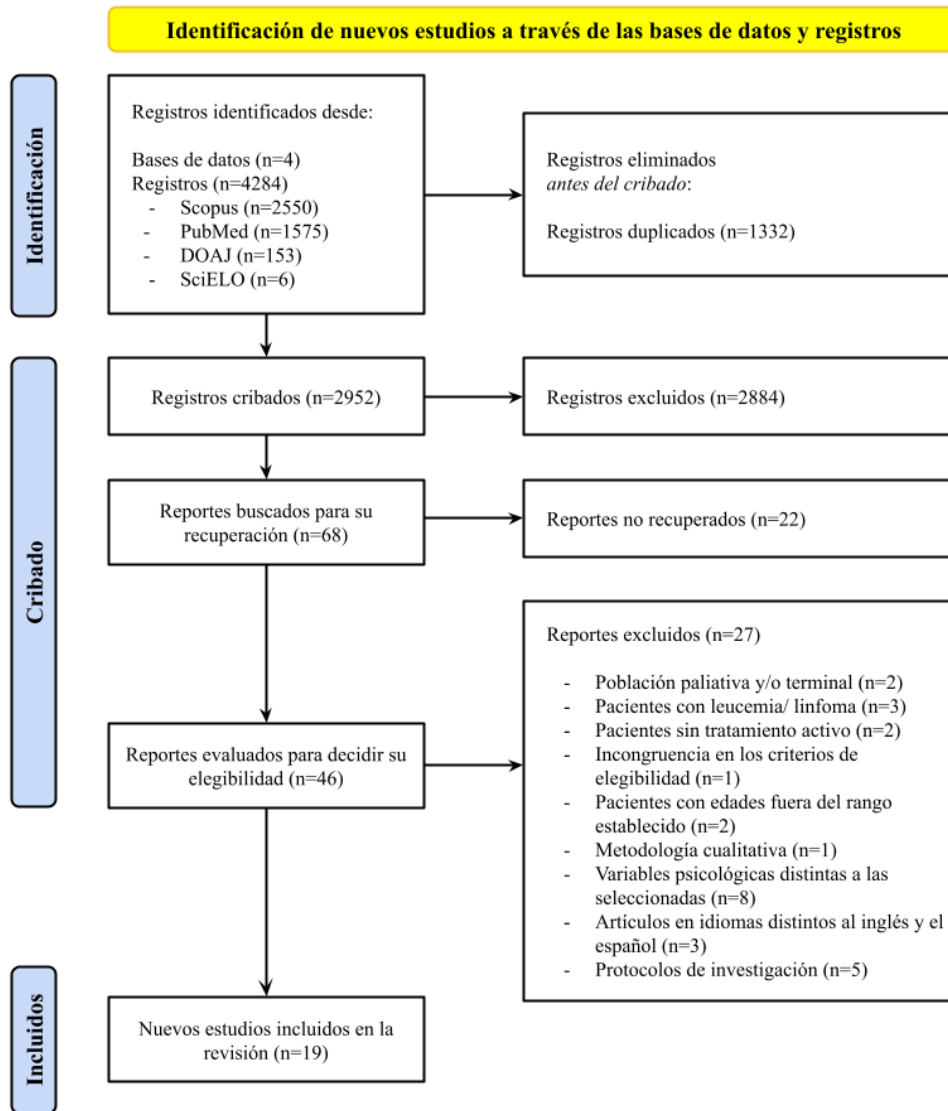
La selección de los estudios se detalla en la Figura 1. En la fase de identificación, se obtuvo un total de 4284 registros a partir de las cuatro bases de datos consultadas: Scopus (n = 2550), PubMed (n = 1575), DOAJ (n = 153) y SciELO (n = 6). Posteriormente, se eliminaron 1332 registros duplicados, lo que resultó en 2952 estudios para el proceso de cribado.

Durante la fase de cribado, se excluyeron 2884 registros mediante la revisión de títulos y resúmenes. En consecuencia, se seleccionaron 68 reportes para su recuperación a texto completo, de los cuales 22 no pudieron ser obtenidos o no se encontraban disponibles. Finalmente, se evaluó la elegibilidad de los 46 estudios restantes; de estos, se excluyeron 25 por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos, principalmente debido a las características de la población, el diseño metodológico y las variables psicológicas evaluadas.

Como resultado final del proceso de selección, se incluyeron 19 estudios para la revisión crítica de la literatura.

Figura 1

Diagrama de flujo de la selección de estudios



Nota. Diagrama adaptado del modelo PRISMA 2020 ([PRISMA Statement, 2020](https://www.prisma-statement.org/)).

5. Extracción y análisis de datos

El proceso de extracción y análisis fue ejecutado por la misma investigadora. Inicialmente, la totalidad de los registros recuperados de las bases de datos se exportaron al gestor de referencias “Zotero”; herramienta digital que permitió reunir toda la literatura para ejecutar el cribado automatizado, el cual resultó en la detección y eliminación de duplicados, así como el descarte sucesivo y manual de

los artículos que no cumplían con los criterios de selección preestablecidos. Con la finalidad de garantizar la trazabilidad de este proceso de depuración, se estructuraron subcolecciones dentro del software, las cuales fueron rotuladas según las razones de inclusión o exclusión. Asimismo, se implementó un sistema de codificación mediante etiquetas, asignando el color rosa a los estudios incluidos y el color verde para aquellos excluidos.

Posteriormente, se procedió a registrar la información de los artículos seleccionados en una matriz de extracción de datos diseñada en Microsoft Excel. Los campos que se consideraron en dicha matriz fueron los siguientes: autor, año de publicación, país, título de la investigación, objetivos del estudio, diseño metodológico, características de la población, criterios de selección, indicadores de salud mental estudiados, instrumentos de evaluación, características de la intervención basada en ACT, hallazgos principales y limitaciones declaradas.

Con la información ya estructurada, el análisis y síntesis de los datos se realizó de manera ordenada según los objetivos de la presente investigación:

- **Objetivo general y objetivo específico 1:** Se analizaron las columnas “indicadores de salud mental estudiados”, “instrumentos de evaluación” y “hallazgos principales” para identificar si se obtuvo mejoras estadísticamente significativas en uno o más de los indicadores de salud mental estudiados ($p < .001$) y cuál era su comportamiento sostenido en el tiempo.
- **Objetivo específico 2:** Se sintetizaron los datos correspondientes a las columnas de “diseño metodológico”, “características de la población”, “criterios de selección” y “limitaciones” declaradas para describir las

características metodológicas de los estudios incluidos, identificando si es que estas eran homogéneas o heterogéneas. En esta fase, también se logró detectar patrones y brechas en la investigación relacionada a la efectividad de la ACT en pacientes oncológicos adultos, pues se evidenciaba cómo los investigadores tenían preferencia por determinados diseños de estudio o la prevalencia de ciertos sectores geográficos para la constitución de sus muestras.

- **Objetivo específico 3:** Para determinar las posibles variaciones e interpretar los resultados, se cruzó e integró la información de las columnas “características de la intervención basada en ACT”, “instrumentos de evaluación” y “hallazgos principales”. A partir de este cruce, se evaluó el comportamiento de los indicadores de salud mental según la dosificación, el formato y el entorno de aplicación de cada intervención, considerando mejoras estadísticamente significativas ($p < .001$) y la sostenibilidad de sus efectos a largo plazo.

Para garantizar la rigurosidad de esta revisión, la investigadora elaboró un checklist que sirvió como guía para evaluar la calidad metodológica de todos aquellos estudios que cumplieron con los criterios de selección y que conformaron el corpus final del análisis (Anexo C); es decir, los finalistas del protocolo PRISMA 2020. Esta evaluación tomó en cuenta los siguientes criterios metodológicos de evaluación, los cuales podían obtener una puntuación del 0 al 2 (Tabla 1):

- **Diseño metodológico:** Se evaluó la pertinencia del diseño seleccionado por los autores en función a su capacidad para responder a los objetivos planteados en sus investigaciones.
- **Muestra:** Se valoró la idoneidad del tamaño muestral de cada estudio, analizando detalladamente el proceso de selección de los participantes y la descripción de sus características sociodemográficas.
- **Validez de instrumentos:** Se verificó que los instrumentos de medición empleados contaran con evidencias psicométricas adecuadas de validez y confiabilidad para las respectivas variables de estudio.
- **Protocolo de intervención:** Se examinó si los programas terapéuticos describían con precisión el esquema de sesiones, detallando su frecuencia, duración, formato y contenido temático abordado.
- **Coherencia técnica:** Se analizó la coherencia interna de cada estudio, asegurando la alineación lógica entre los objetivos, procedimientos ejecutados, hallazgos obtenidos y las conclusiones derivadas de ellos.

Tabla 1

Criterios para la evaluación de la calidad metodológica

Código	Criterio	Parámetros de calidad (Checklist)	Puntaje (0-2)
C1	Diseño metodológico	¿El diseño es apropiado para el objetivo?	0: Inadecuado 1: Con limitaciones 2: Riguroso

C2	Muestra	¿El tamaño de la muestra es representativo? ¿Se describen criterios de inclusión/ exclusión y características sociodemográficas de la muestra?	0: Inadecuado 1: Con limitaciones 2: Riguroso
C3	Validez de instrumentos	¿Se utilizaron escalas validadas para medir las variables de flexibilidad psicológica, calidad de vida, ansiedad y depresión?	0: Inadecuado 1: Con limitaciones 2: Riguroso
C4	Protocolo de intervención	¿El procedimiento y características de la intervención se explican detalladamente?	0: Inadecuado 1: Con limitaciones 2: Riguroso
C5	Coherencia técnica	¿Existe alineación entre la pregunta de investigación, los resultados presentados y las conclusiones?	0: Inadecuado 1: Con limitaciones 2: Riguroso

Cabe resaltar que la efectividad de las intervenciones fue sintetizada con base en la significancia estadística (valor p) reportada por los estudios primarios. Si bien se reconoce la importancia de reportar la magnitud del efecto, únicamente cuatro de las 19 investigaciones seleccionadas incluyeron esta medida; por lo tanto, esta información solo se expuso en los casos donde estuvo disponible. Debido a la marcada ausencia de estos datos en la literatura revisada, se determinó metodológicamente inviable analizar el tamaño del efecto de manera transversal en esta revisión crítica, priorizando en su lugar el análisis basado en el valor p .

6. Consideraciones éticas

La metodología del presente estudio no contempló la intervención con seres humanos como parte de su ejecución, ya que se ciñó estrictamente a la recolección

de datos primarios e información científica previamente publicada. Por consiguiente, no fue necesario someter el proyecto a un comité de ética de investigación con sujetos humanos.

Sin embargo, es preciso señalar que, haciendo honor al principio de veracidad, durante todo el proceso de análisis y revisión se respetó plenamente la autoría y propiedad intelectual de los investigadores mediante la citación rigurosa de los mismos. Además, se garantizó la ausencia de manipulación y/o alteración de los hallazgos originales.

Por último, se tomó en cuenta a todos los autores publicados en las revistas nacionales e internacionales que hayan sido seleccionados, retratando fielmente la evidencia para garantizar un reporte veraz y transparente.

RESULTADOS

1. Características metodológicas de los estudios incluidos

Los estudios incluidos para esta revisión fueron publicados entre los años 2015 y 2026, observándose una mayor concentración en el 2024. En cuanto a la distribución geográfica, se observó una marcada concentración de la evidencia en las regiones de Oriente Medio y Asia, las cuales agruparon de manera conjunta más de la mitad del corpus de estudio analizado. Específicamente, siete de las investigaciones se desarrollaron en Oriente Medio ($k = 7$) y cuatro en el continente asiático ($k = 4$), mientras que el resto de la evidencia científica ($k = 8$) se encontró distribuida entre las regiones de África, Europa, Latinoamérica y Norteamérica.

Respecto a la metodología de los estudios analizados, predominó el enfoque cuantitativo ($k = 16$) sobre el mixto ($k = 3$). La totalidad de la muestra ($k = 19$) fueron estudios de tipo longitudinal con muestreo no probabilístico y tamaños muestrales que oscilaron entre 1 y 236 participantes. Cabe resaltar que la literatura publicada entre el año 2015 y 2020 se caracterizó por muestras exclusivamente femeninas, lo cual cambió a partir del año 2021. Además, se observó una marcada tendencia por los diseños experimentales ($k = 18$) que se dividieron en Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) ($k = 16$), una investigación cuasi-experimental ($k = 1$) y otra de Análisis Conductual Aplicado (ABA) ($k = 1$). Por su parte, el único estudio con diseño no experimental ($k = 1$) fue observacional analítico de cohorte retrospectiva.

En relación con los instrumentos de medición, se emplearon principalmente escalas estandarizadas para evaluar la calidad de vida, la flexibilidad psicológica y la sintomatología ansiosa y depresiva. Entre estas destacan: la Escala Hospitalaria

de Ansiedad y Depresión (HADS), el Cuestionario de Aceptación y Acción – II (AAQ-II), el Cuestionario de Salud del Paciente – 8 (PHQ-8), el Cuestionario de Calidad de Vida - Core 30 (EORTC QLQ-C30), el Inventario de Depresión de Beck - Versión abreviada (BDI-S) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Finalmente, en cuanto a las modalidades de intervención mayormente empleadas, existe una ligera preferencia por formatos presenciales-grupales con un esquema de abordaje compuesto por un promedio de 6 a 8 sesiones con una frecuencia semanal. (Tabla 2)

Tabla 2

Características metodológicas de los estudios incluidos

Autor y año	País	Diseño metodológico	Muestra	Intervención	Instrumentos de medición
Esmali y Alizadeh (2015)	Irán	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por conveniencia	30 mujeres	Número de sesiones: 8 Duración: 90 minutos c/u. Frecuencia: 2 veces por semana Modalidad: Presencial y grupal	Quality Of Life for patients with breast cancer (QOL-BR23) Goldberg mental Health Questionnaire
Montesinos y Luciano (2016)	España	Diseño: Experimental, cuasi-experimental y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	12 mujeres	Número de sesiones: 1 Duración: 60 minutos Modalidad: Presencial e individual	The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) MINIMAC [Adaptación española]

Pérez y Uribe (2016)	Colombia	Diseño: Experimental, ABA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	1 mujer	Número de sesiones: 14 Modalidad: Presencial e individual	Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) [Adaptación española] Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) [Adaptación colombiana] Escala de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
Mani et al. (2019)	Irán	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	30 mujeres	Número de sesiones: 8 Duración: 120 minutos c/a Frecuencia: 2 veces por semana Modalidad: Presencial y grupal	Quality of life questionnaire.
Mosher et al. (2020)	Estados Unidos	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	236 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 6 Duración: 50 minutos cada una. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Virtual e individual (sincrónica)	Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)
Ghorbani et al. (2021)	Irán	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	40 mujeres	Número de sesiones: 8 Duración: 90 minutos c/a.	Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) [Versión abreviada]

		Enfoque: Cuantitativo		Frecuencia: 1 vez por semana	Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II)
		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Modalidad: Presencial y grupal	
Mosher et al. (2021)	Estados Unidos	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	70 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 6	Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ-II)
		Enfoque: Mixto		Duración: 50 minutos c/a.	Quality of Life Questionnaire- Revised
		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	
				Modalidad: Virtual, grupal e individual (sincrónica)	
Jawad et al. (2022)	Irak	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	28 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 8	EORTC Core Quality of Life Questionnaire
		Enfoque: Cuantitativo		Duración: 60 minutos c/a.	
		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Modalidad: Presencial y grupal	
Andreevich et al. (2023)	Irak	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	150 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 8	Beck Anxiety Inventory (BAI)
		Enfoque: Cuantitativo		Duración: 90 minutos c/a	SF-36 Quality of Life Questionnaire
		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	
				Modalidad: Presencial y grupal	
Wright et al. (2023)	Estados Unidos	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	44 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 6	Generalized Anxiety Disorder questionnaire (GAD-7)
		Enfoque: Cuantitativo		Duración: 60-75 minutos c/a	

		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	Patient Health Questionnaire (PHQ-8)
				Modalidad: Virtual e individual (sincrónica)	Functional Assessment of Cancer Therapy-Ovarian Cancer (FACT-O)
Graham et al. (2024)	Inglaterra	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	260 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 4	Short-Form McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2)
		Enfoque: Mixto		Duración: 60-90 minutos c/a.	Work and Social Adjustment Scale (WSAS)
		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)
				Modalidad: Virtual, grupal e individual (sincrónica)	9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
					Valuing Questionnaire
Hassani et al. (2024)	Irán	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	80 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 5	Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) [Adaptación iraní]
		Enfoque: Cuantitativo	Muestreo no probabilístico por criterios	Duración: 70 minutos c/a.	
		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	Anxiety Sensitivity Questionnaire (ASQ) [Adaptación iraní]
				Modalidad: Presencial y grupal	

Ksiksou et al. (2024)	Marruecos	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	40 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 6	Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) [Adaptación arabe]
		Enfoque: Cuantitativo		Duración: 120 minutos c/a.	
		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II) [Traducción independiente por expertos para este estudio]
Li et al. (2024)	China	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	160 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 4	Functional Assessment of Cancer Therapy – Lung, Version 4 (FACT-L) [Adaptación china]
		Enfoque: Cuantitativo	Muestreo no probabilístico por criterios	Duración: 60-90 minutos c/a.	
		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	
Nicolescu et al. (2024)	Rumanía	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	150 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 8	The Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) [Versión 4]
		Enfoque: Cuantitativo		Duración: 60 minutos c/a.	
		Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	
				Modalidad: Presencial, virtual e individual	The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [Adaptación china]
					The Generalised Anxiety Disorder Scale (GAD-7) [Adaptación china]
				Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

					Acceptance and Action Cancer Questionnaire – II (AAQ-II)
Shi et al. (2025)	China	Diseño: No experimental, observacional analítico (cohorte retrospectiva) y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	120 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 6 Duración: 30-60 minutos c/a. Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	Stoma Quality-of-Life Questionnaire
Zhang et al. (2025)	China	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Mixto Muestreo: No probabilístico por criterios.	60 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 6 Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	The Distress Thermometer (DT) The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
Baghelani et al. (2026)	Irán	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	99 personas (ambos sexos)	Número de sesiones: 6 Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	Beck Depression Inventory-Short Form (BDI-S) Beck Anxiety Inventory (BAI)
Song et al. (2026)	Malasia	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo	80 personas (ambos sexos) Muestreo no probabilístico por criterios	Número de sesiones: 4 Duración: 60 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana	Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast (FACT-B) [Adaptación Malaya]

Muestreo: No
probabilístico
por criterios.

Modalidad:
Presencial e
individual

Nota. Se exponen únicamente los instrumentos de medición que corresponden a las variables psicológicas que son objeto de estudio en esta revisión

2. Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso

De los 19 estudios incluidos, 17 reportaron reducciones estadísticamente significativas en la sintomatología ansiosa y/o depresiva en comparación con sus respectivos grupos control. Igualmente, este beneficio se reflejó en la flexibilidad psicológica y calidad de vida de dicha población, registrándose un notorio incremento en su bienestar general tras recibir el abordaje basado en la ACT.

Con respecto a los estudios que demostraron eficacia, a nivel general se demostró una ligera tendencia hacia las intervenciones basadas en ACT bajo el formato presencial-grupal ($k=7$), donde el esquema de 8 sesiones se consolidó como la dosis típica de abordaje. No obstante, cabe precisar que el resto de las investigaciones contó con variaciones en sus características metodológicas.

No obstante, se encontraron particularidades en cada uno de los indicadores de salud mental. En el caso de la flexibilidad psicológica, la cual fue evaluada en 6 de las investigaciones incluidas ($k=6$), 3 de ellas optaron por el formato presencial-grupal con un esquema de intervención que se encuadró entre las 4 y 8 sesiones. Aquí cabe precisar que la ACT no solo incrementó significativamente el nivel de adaptación y actuación de la muestra, sino que se observó que en 5 investigaciones los beneficios terapéuticos se mantuvieron a mediano y largo plazo.

Por su parte, el análisis del indicador de calidad de vida ($k=11$) reveló que 5 de las investigaciones, cuyos resultados eran estadísticamente significativos,

también trabajaron bajo el formato presencial-grupal y una dosificación que osciló entre las 4 y 8 sesiones. Los 6 estudios restantes emplearon diversas modalidades de intervención, sin evidenciar alguna otra tendencia metodológica predominante.

En cuanto a los síntomas clínicos, 4 de los estudios que midieron el indicador de ansiedad ($k = 11$) realizaron sus abordajes de manera presencial-grupal, esta vez bajo un esquema de intervención que se encuadró entre las 4 y 14 sesiones. Nuevamente, 7 de los estudios restantes exhibieron una marcada heterogeneidad en sus diseños, impidiendo identificar un patrón metodológico.

Por último, al evaluar el indicador de depresión ($k = 9$) se evidenció un consenso poco marcado en las características metodológicas de las investigaciones revisadas, ya que no se observó el predominio de alguna modalidad de abordaje, solo se encontró similitudes en la dosificación empleada, que osciló regularmente entre 1 y 14 sesiones.

Con respecto a los dos estudios que no evidenciaron una eficacia estadísticamente significativa, se identificaron dos patrones metodológicos. En primera instancia, los autores de ambas investigaciones se alejaron de la presencialidad para aplicar intervenciones a distancia, ya sea por medio de una plataforma web o una llamada telefónica. En segundo lugar, apostaron por un esquema de tratamiento más breve que el usual, realizando únicamente 6 sesiones con los participantes. Adicionalmente, cada uno de estos estudios presentó sus propias particularidades. Por ejemplo, la muestra de uno de ellos estuvo compuesta por pacientes y cuidadores, mientras que el otro no ajustó el análisis estadístico para comparaciones múltiples

Las hipótesis explicativas sobre los resultados observados serán desarrolladas detalladamente en el apartado de discusión. (Tabla 3)

Tabla 3

Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la salud mental en pacientes oncológicos adultos

Autor y año	Diseño metodológico	Muestra	Intervención	Indicador de Salud Mental	Resultados principales
Esmali y Alizadeh (2015)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por conveniencia	30	Número de sesiones: 8 Duración: 90 minutos c/u. Frecuencia: 2 veces por semana Modalidad: Presencial y grupal	Ansiedad Calidad de vida Depresión	- Disminución estadísticamente significativa de la ansiedad post-test ($F = 18.690$; $p = .001$). - Aumento estadísticamente significativo de la calidad de vida post-test ($F = 16.788$; $p = .001$). - Disminución estadísticamente significativa de la depresión post-test ($F = 7.137$; $p = .015$).
Montesinos y Luciano (2016)	Diseño: Experimental, ABA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	12	Número de sesiones: 1 Duración: 60 minutos Modalidad: Presencial e individual	Distrés (ansiedad y depresión) Ansiedad (preocupación ansiosa)	- No se observaron cambios estadísticamente significativos en el distrés post-test ($p = .182$), pero sí durante el seguimiento al primer mes ($p = .027$), perdiendo significancia a los tres meses. ($p = .063$). - Disminución estadísticamente significativa de la

					preocupación ansiosa post-test ($p = .035$) y durante el seguimiento a los tres meses (p $= .016$), pero no al primer mes (p $= .051$).
Pérez y Uribe (2016)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	1	Número de sesiones: 14 Modalidad: Presencial e individual	Ansiedad Depresión	- Disminución estadísticamente significativa de la ansiedad general post-test ($p = .001$). - Disminución estadísticamente significativa de la ansiedad rasgo ($p = .04$) y ansiedad estado post-test ($p = .02$). - Disminución estadísticamente significativa de la depresión post-test ($p = .001$).
Mani et al. (2019)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	30	Número de sesiones: 8 Duración: 120 minutos c/a Frecuencia: 2 veces por semana Modalidad: Presencial y grupal	Calidad de vida	Aumento estadísticamente significativo de la calidad de vida post-test ($F = 59.10$; $p = .000$)
Mosher et al. (2020)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo	236	Número de sesiones: 6 Duración: 50 minutos cada una.	Calidad de vida	Disminución estadísticamente significativo de la calidad de vida funcional post-test ($F = 4.30$; $p = .006$) y durante el seguimiento tanto a las dos semanas

	Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana		como a los tres y seis meses.
			Modalidad: Virtual e individual (sincrónica)		No se observaron cambios estadísticamente significativos en la calidad de vida física ($p = .167$) ni emocional ($p = .142$).
Ghorbani et al. (2021)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Mixto Muestreo: No probabilístico por criterios.	40	Número de sesiones: 8 Duración: 90 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial y grupal	Depresión Flexibilidad psicológica	- Disminución estadísticamente significativa de la depresión post-test ($F = 66.37$; $p < .001$; $\eta^2 = .63$), la cual se mantuvo relativamente estable en el seguimiento. - Aumento estadísticamente significativo de la flexibilidad psicológica post-test ($F = 8.53$; $p = .005$; $\eta^2 = .18$), el cual continuó evolucionando positivamente durante el seguimiento.
Mosher et al. (2021)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	70	Número de sesiones: 6 Duración: 50 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Virtual, grupal e individual (sincrónica)	Flexibilidad psicológica Calidad de vida	- No se observaron cambios estadísticamente significativos en la flexibilidad psicológica ($F = 0.10$; $p = .91$). - No se observaron cambios estadísticamente significativos en ninguna de las dimensiones de calidad de vida.
Jawad et al. (2022)	Diseño: Experimental,	28	Número de sesiones: 8	Calidad de vida	Aumento estadísticamente

	ECA y longitudinal.		Duración: 60 minutos c/a.		significativo de la calidad de vida en el grupo experimental en comparación al grupo control ($F = 37.42$; $p = .01$; $\eta_p^2 = .54$).
	Enfoque: Cuantitativo		Modalidad: Presencial y grupal		
	Muestreo: No probabilístico por criterios.				
Andreevich et al. (2023)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	150	Número de sesiones: 8	Ansiedad	• Disminución estadísticamente significativa de la ansiedad en el grupo experimental en comparación al grupo control ($F = 130.91$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .95$).
	Enfoque: Cuantitativo		Duración: 90 minutos cada una.	Calidad de vida	• Aumento estadísticamente significativo de la calidad de vida en el grupo experimental en comparación al grupo control ($F = 110.01$; $p = .001$; $\eta_p^2 = .93$).
	Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana		
			Modalidad: Presencial y grupal		
Wright et al. (2023)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal.	44	Número de sesiones: 6	Ansiedad	• A las 8 semanas: No se observaron cambios estadísticamente significativos en síntomas de ansiedad ($p = .41$) y depresión ($p = .30$), así como tampoco en la calidad de vida ($p = .81$).
	Enfoque: Mixto		Duración: 60-75 minutos cada una.	Depresión	• A las 12 semanas: No se observaron cambios estadísticamente significativos en síntomas de ansiedad ($p = .24$) y depresión ($p = .20$), así como tampoco en la
	Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	Calidad de vida	
			Modalidad: Virtual e individual (sincrónica)		

					calidad de vida ($p = .13$).
Graham et al. (2024)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	79	Número de sesiones: 4 Duración: 60-90 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Virtual, grupal e individual (sincrónica)	Calidad de vida Ansiedad Flexibilidad psicológica	- A los 3 meses: Sin cambios estadísticamente significativos en la calidad de vida general (MD = 0.3, 95% CI [-0.2, 0.8]), así como tampoco en la ansiedad (MD = -0.5, 95% CI [-2.3, 1.2]) y la flexibilidad psicológica (MD = 1.5, 95% CI [-0.5, 3.5]). Esto se mantuvo consistente a los 6 meses. - A los 6 meses: Aumento estadísticamente significativo al grupo experimental en la calidad de vida relacionada con la salud (MD = 6.7, 95% CI [0.6, 12.8]).
Hassani et al. (2024)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	80	Número de sesiones: 5 Duración: 70 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial y grupal	Calidad de vida Ansiedad Flexibilidad psicológica	- No se observaron cambios estadísticamente significativos en la calidad de vida, tanto en el post-test ($p = .180$; CI [-2.900, 15.186]) como en el seguimiento ($p = .129$; CI [-2.067, 16.020]). - Disminución estadísticamente significativa de la ansiedad, tanto en el post-test ($p = .002$; CI [-11.295, -2.577]) como en el seguimiento ($p =$

					.002; CI [-11.495, -2.777].
					• Aumento estadísticamente significativo de la flexibilidad psicológica, tanto en el post-test ($p < .001$; CI [-10.667, -5.822]) como en el seguimiento ($p < .001$; CI [-10.567, -5.722]).
Ksiksou et al. (2024)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	40	Número de sesiones: 6 Duración: 120 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial y grupal	Ansiedad Depresión Flexibilidad psicológica	• Disminución estadísticamente significativa de la ansiedad post-test ($p < .001$), la cual continuó evolucionando positivamente durante el seguimiento. • Disminución estadísticamente significativa de la depresión post-test ($p < .001$), la cual continuó evolucionando positivamente durante el seguimiento. • Aumento estadísticamente significativo de la flexibilidad psicológica post-test ($p < .001$), la cual continuó evolucionando positivamente durante el seguimiento.
Li et al. (2024)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo	160	Número de sesiones: 4 Duración: 60-90 minutos c/a.	Ansiedad Calidad de vida Depresión	• Disminución estadísticamente significativa de la ansiedad post-test ($p < .001$; CI [0.30, 0.10], perdiendo

	Muestreo: No probabilístico por criterios.		Frecuencia: 1 vez por semana	Flexibilidad psicológica	significancia a los tres meses ($p = .180$; CI [-0.16, 0.03]. • Aumento estadísticamente significativo de la calidad de vida, tanto en el post-test ($p < .001$; CI [11.90, 20.11] como en el seguimiento ($p < .001$; CI [7.64, 14.78]). • Disminución estadísticamente significativa de la depresión, tanto en el post-test ($p < .001$; CI [0.43, 0.21] como en el seguimiento ($p = .120$; CI [-0.17, -0.02]. • Aumento estadísticamente significativo de la flexibilidad psicológica, tanto en el post-test ($p < .001$; CI [2.97, 8.11] como en el seguimiento ($p < .001$; CI 5.85, 11.41].
			Modalidad: Presencial, virtual e individual		
Nicolescu et al. (2024)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	150	Número de sesiones: 8 Duración: 60 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	Ansiedad Calidad de vida Depresión Flexibilidad psicológica	• No se observaron cambios estadísticamente significativos en la ansiedad y depresión durante la intervención, pero sí después de ella ($p = .034$; CI [-0.33, -8.17]). • No se observaron cambios estadísticamente significativos en la calidad de vida a corto plazo, pero sí en la recta

					final de la intervención ($p < .001$; CI [8.76, 22.36]) y después de ella ($p = .041$; CI [1.79, 11.55]). No se observaron cambios estadísticamente significativos en la flexibilidad psicológica a corto plazo, pero sí en la recta final de la intervención ($p = .013$; CI [-22.13, -2.75]) y después de ella ($p = .007$; CI [-24.79, -4.03]).
Shi et al. (2025)	Diseño: No experimental, observacional analítico (cohorte retrospectiva) y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	120	Número de sesiones: 8 Duración: 90 minutos c/a. Frecuencia: Alternante Modalidad: Presencial, grupal e individual	Calidad de vida	No se observaron cambios estadísticamente significativos en la calidad de vida en el seguimiento de tres meses ($p = .103$; CI [-0.6, 6.4]), pero sí después de seis ($p < .001$; CI [8.7, 15.9]).
Zhang et al. (2025)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Mixto Muestreo: No probabilístico por criterios.	60	Número de sesiones: 6 Duración: 30-60 minutos c/a. Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	Ansiedad Depresión	- Disminución estadísticamente significativa de la ansiedad post-test ($F = 8.99$; $p < .001$). - Disminución estadísticamente significativa de la depresión post-test ($F = 6.55$; $p = .002$).

Baghelani et al. (2026)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	99	Número de sesiones: 6 Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	Ansiedad Depresión	- Disminución estadísticamente significativa de la ansiedad, tanto en el grupo experimental ($p \leq .001$; CI $[(-12.93, -0.16)]$) como el grupo control ($p < .001$; CI $[-16.38, -7.62]$). - Disminución estadísticamente significativa de la depresión en el grupo experimental en comparación al grupo control ($p < .001$; CI $[-10.75, -4.16]$).
Song et al. (2026)	Diseño: Experimental, ECA y longitudinal. Enfoque: Cuantitativo Muestreo: No probabilístico por criterios.	66	Número de sesiones: 4 Duración: 60 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial e individual	Calidad de vida	Aumento estadísticamente significativo de la calidad de vida post-test ($F = 43.79$; $p < .001$).

DISCUSIÓN

De acuerdo con la evidencia analizada en la presente revisión crítica, se sugiere que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un abordaje prometedor y potencialmente eficaz para la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, así como para el incremento de la calidad de vida y la flexibilidad psicológica de aquellos pacientes oncológicos adultos cuyas características se alinean con los criterios de inclusión de los estudios analizados. Esta hipótesis se sustenta en que el modelo teórico y clínico de la ACT converge con la experiencia que atraviesa este tipo de pacientes.

Desde la perspectiva de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), base científica de la ACT, es posible interpretar que el diagnóstico de una enfermedad neoplásica activa relaciones arbitrarias de manera automática, ya que la sociedad asocia fuertemente el estímulo verbal de “Cáncer” con la muerte, el sufrimiento y la incapacidad (Hayes, 2016). Por consiguiente, las respuestas emocionales de ansiedad y depresión observadas en la población oncológica no son consideradas como eventos aislados en la ACT, sino como la consecuencia de estar rígidamente fusionado con ese marco relacional y la postura de evitación experiencial que adopta el paciente.

Sin embargo, tal como lo señala Fereidouni (2024), el intento por evadir o suprimir el dolor físico y la incertidumbre del diagnóstico agrava el malestar psicológico, incrementando la probabilidad de desarrollar cuadros clínicos como la ansiedad, depresión o, incluso, un trastorno de estrés post-traumático. Bajo esta premisa, los hallazgos analizados parecen respaldar la hipótesis de que las estrategias de aceptación y defusión cognitiva, que son componentes propios del modelo Hexaflex, facilitan un cambio en la manera en cómo el paciente oncológico

se relaciona con sus pensamientos catastróficos. Pasan de definir su identidad en función a sus pensamientos de inutilidad o incapacidad a ver a estos como eventos independientes y transitorios, entendiendo que ellos son el contenedor de sus cogniciones y no las cogniciones en sí mismas.

Finalmente, la integración de componentes como la atención al momento presente y la definición de valores en la ACT podría explicar la sostenibilidad de las mejoras reportadas en la literatura, ya que al disminuir el impacto de la sintomatología mediante la flexibilidad psicológica, el paciente logra vivir y disfrutar su presente de tal forma que orienta sus conductas hacia acciones comprometidas con su propósito de vida, a pesar de las limitaciones reales de la enfermedad. Esta lógica se alinea con lo encontrado por García-Torres et al. (2025), quienes demostraron que la flexibilidad psicológica ejerce un rol mediador crítico entre el malestar emocional y las dimensiones globales de la calidad de vida.

Al contrastar las características de los tratamientos con la eficacia reportada por los autores, resulta interesante notar que los indicadores de flexibilidad psicológica, calidad de vida y ansiedad tienden a mostrar un comportamiento clínico más predecible. En la mayor parte de estas investigaciones, la obtención de mejoras sustanciales parece coincidir con la aplicación de formatos presenciales y grupales que rondan las 8 sesiones.

En cambio, el indicador de depresión exhibe una diversidad absoluta en las características de intervención sin poder consolidar un patrón común, lo que permite sugerir que el alivio de la sintomatología depresiva en la población oncológica mediante la ACT podría no depender de una dosificación estándar o un número determinado de sesiones, sino que posiblemente esté más influenciado por

elementos particulares de cada paciente, la etapa del diagnóstico médico o factores del entorno hospitalario que no logran ser controladas en los estudios revisados.

Analizando más a detalle el consenso que reportaron los estudios en relación al uso de abordajes compuestos por 8 sesiones, este fenómeno podría guardar relación con la lógica utilizada en los tratamientos farmacológicos de tipo psiquiátrico, pues estos, en muchos casos, requieren semanas para hacer efecto en el paciente. Al tratarse de espacios que trabajan con procesos complejos como la flexibilidad conductual, la reorientación de valores y el cambio relacional con el sufrimiento, no sería del todo viable asumir que después de algunas sesiones vamos a observar los resultados finales de la terapia. De hecho, Hayes y Twohig (2019), señalan que justamente son las recaídas o los intentos fallidos de las acciones comprometidas en la cotidianidad las que permiten consolidar patrones de conducta cada vez más orientados a los valores del propio paciente.

Incluso, estos patrones de dosificación son similares a los identificados en el estudio de Robinson et al. (2019), dónde se determinó que las dosis óptimas de tratamiento psicoterapéutico oscilaban entre 4 y 26 sesiones, un rango amplio, cuya exactitud refieren está sujeta a una serie de factores asociadas a las características del individuo y el contexto dónde se desarrolla. Por su parte, Harnett et al. (2010) expuso que solo el 50% de su muestra manifestó una mejoría confiable después de 8 sesiones, sosteniendo que para una recuperación clínica más significativa se requería un mínimo de 14 sesiones e idealmente 23.

Es por eso que podría sugerirse que la falta de significancia estadística en los resultados de las investigaciones incluidas de Mosher et al. (2021) y Wright et al. (2023) podría asociarse, entre otros factores, a su propuesta de intervención breve

(6 sesiones), la cual no alcanza el número mínimo de sesiones que, según la literatura revisada, un abordaje psicoterapéutico debería tener para obtener resultados exitosos.

Justamente haciendo mención de estas dos investigaciones, otra de las características que comparten en común es la modalidad virtual que utilizaron sus autores y que, nuevamente, podría sugerirse que contribuye a la ausencia de significancia estadística. Esto puede estar asociado a que en dicho contexto el proceso de aprendizaje y ejecución de las acciones comprometidas exijan mayor autonomía por parte del paciente. Asimismo, hay que tomar en cuenta que en un contexto oncológico existe un reto adicional, que es lidiar con el discomfort y las limitaciones cognitivas producidas por los efectos secundarios del tratamiento médico. Para explicar esto, López-Santiago et al. (2011), analizaron el fenómeno del “*Chemobrain*”, el cual se caracteriza por alteraciones en la memoria, la atención, el razonamiento, la capacidad resolutive, la orientación y el aprendizaje; todas aquellas funciones cognitivas que naturalmente resultan retadoras de mantener en una modalidad virtual y que podrían impedir la asimilación de aprendizajes en un formato breve.

Además, la presencialidad aporta ese componente de modelado y correulación emocional que es obtenido a través de la relación terapéutica construida indispensablemente en una intervención en ACT, pero que en ocasiones puede perderse o no aprovecharse en una sesión virtual (Hayes et al., 2016). Según Hayes al. (2016), para promover la flexibilidad psicológica en un individuo no basta con explicarle la teoría o pedir que la ponga en práctica por su propia cuenta; aquí se necesita que sea el terapeuta quien incite y construya a través del modelado esta

flexibilidad, utilizando los puntos fuertes de la relación terapéutica y evitando aquellos aspectos que podrían suponer un riesgo para el éxito de la terapia.

A pesar de los patrones metodológicos identificados en las investigaciones de Mosher et al. (2021) y Wright et al. (2023), también es preciso considerar las particularidades de cada estudio, ya que cabe la posibilidad de que la ausencia de mejoras estadísticamente significativas no sea unicausal, sino el resultado de múltiples factores que representan oportunidades de mejora en los procedimientos que garantizan la eficacia de la ACT.

Por ejemplo, la inclusión de pacientes y cuidadores en una sola muestra podría sugerir un riesgo metodológico, dado que sus experiencias emocionales son distintas entre sí. El cuidador primario no solo afronta su propio estrés, sino que también asimila el impacto psicológico del paciente (Lewandowska et al., 2021), viéndose en la necesidad de proveer soporte en la regulación emocional y conductual de este último (Stenberg et al., 2009). Por consiguiente, se infiere que esta dinámica de asistencia podría requerir más tiempo de lo estimado inicialmente por los autores para consolidar cambios clínicamente significativos.

Por otro lado, no ajustar el análisis estadístico para comparaciones múltiples también podría considerarse como un posible riesgo metodológico, tomando en cuenta que Wright et al. (2023) midieron tres variables psicológicas en dos tiempos distintos de manera independiente y con una muestra reducida. Desde la perspectiva estadística, fragmentar el análisis en diferentes variables y momentos temporales debilita la fuerza de los datos; por ende, prescindir de este ajuste podría encubrir la significancia de los hallazgos y llevar a asumir erróneamente que la intervención en ACT no funciona (Cohen, 1992).

Sin embargo, es preciso asumir una postura crítica con respecto a la ACT y evaluar la posibilidad de que la ausencia de significancia estadística en estos dos estudios también pueda ser atribuida a sus propios postulados y a su respectiva aplicación clínica. Así como se ha señalado que el aprendizaje de la ACT es complejo, su enseñanza y aplicación también constituyen un gran reto, en especial para terapeutas principiantes. Al respecto, Brock et al. (2015) advierten que, debido a la naturaleza abstracta de los elementos de la Hexaflex, existe el riesgo de que los terapeutas incurran en el error de teorizar o hablar sobre la ACT en sesión en lugar de practicarla, impidiendo la consolidación de aprendizajes y cambios conductuales significativos en el paciente. Tomando en cuenta que tanto Mosher et al. (2021) como Wright et al. (2023) utilizaron un formato virtual y más breve que el resto de estudios, podría inferirse de forma preliminar que, de haber sucedido lo discutido en este párrafo, este factor habría podido contribuir a esa ausencia de significancia estadística evidenciada en los resultados de la presente revisión crítica de la literatura.

Una dinámica similar ocurre con el uso de las metáforas y ejercicios experienciales. Al igual que en otros enfoques psicoterapéuticos, los terapeutas ACT pueden caer en el error de asumir que cualquier metáfora o ejercicio es universalmente aplicable, omitiendo la necesidad de alinearse propósito y valores de cada individuo (Brock et al., 2015). Como consecuencia, es probable que no se observen los resultados favorables esperados y esto puede desencadenar otro error común, el empleo sucesivo e indiscriminado de metáforas o ejercicios que saturan el proceso, aleja al clínico de la presencia plena e impacta negativamente en la alianza terapéutica (Brock et al., 2015).

Finalmente, desde el núcleo experiencial de la ACT, los terapeutas que participaron en las intervenciones de los estudios seleccionados pudieron haber errado al asumir que el control y la evitación en sí mismos son malos y deben ser erradicados, cuando la ACT sostiene que solo se debe intervenir cuando estos fenómenos se dan de forma excesiva y poco funcional. En contraste, también puede haber sucedido que, ante la ausencia de expresión emocional por parte de los pacientes, los terapeutas hayan forzado dicha experiencia sin un propósito alineado a los objetivos de los programas propuestos por los autores (Brock et al., 2015).

Asimismo, suele asumirse erróneamente que orientar las acciones comprometidas hacia los propios valores es una tarea sencilla. Al subestimar esta complejidad, el terapeuta corre el riesgo de dirigir la conducta del paciente hacia lo que considera apropiado desde su punto de vista profesional, interrumpiendo la autonomía del paciente y el mismo proceso terapéutico (Brock et al., 2015), lo que podría explicar, en última instancia, la ausencia de cambios estadísticamente significativos en los resultados reportados por Mosher et al. (2021) y Wright et al. (2023).

Ahora, con respecto al formato de interacción grupal, la explicación de este fenómeno podría asociarse con la misma Hexaflex, ya que permite el trabajo del “Yo-contexto”. Al interactuar con personas que están atravesando una situación similar, es más sencillo identificar el costo-beneficio de la fusión cognitiva que experimenta un doliente con sus pensamientos, ya que lo ves desde afuera y tomas conciencia de la experiencia interna.

De igual manera, esto concuerda con los postulados de los autores que introdujeron el término de “universalidad”. Según Yalom y Leszcz (2020), el

paciente oncológico percibe su sufrimiento y miseria como una experiencia única e irrepetible entre él y el resto de su entorno, lo que los deja con una sensación de incomprensión y aislamiento. Sin embargo, sostienen que esa percepción sufre una ruptura en el instante que el individuo interactúa con otros en estos espacios grupales y nota cómo se identifica con sus preocupaciones y sentimientos, logrando una sensación de alivio, pues por fin siente que pertenece al mundo. A esto denominan “universalidad” y tiene un gran significado, ya que desde muy temprana edad los seres humanos tenemos la necesidad de pertenecer (Yalom y Leszcz, 2020).

Por otro lado, dentro de los patrones encontrados en esta revisión, destaca la concentración de estudios realizados en países asiáticos y de Oriente Medio. Si bien es cierto que estas zonas geográficas tienen idiosincrasias muy distintas a comparación de países de Latinoamérica, sorprendentemente sus principales estrategias de afrontamiento de cáncer son muy similares. Por ejemplo, estudios han demostrado que la religión, el apoyo social y los recursos personales, como la aceptación, son las estrategias que más se repiten a nivel global (Ahmadi et al., 2018a; Ahmadi et al., 2018b; Ahmadi et al., 2024; Dev et al., 2023; Rivera-Cruzatt et al., 2022; Toyama et al., 2022).

Sin embargo, el componente socioeconómico sí genera disparidad entre estos contextos geopolíticos, ya que la cosmovisión y economía de un país median la calidad y acceso que tienen los ciudadanos a la atención en salud, más aún en el caso de la salud mental, la cual carga con un gran estigma en la mayoría de sociedades (Fiorillo et al., 2025). Por ejemplo, estos autores sugieren que, a diferencia de países occidentales, aquellos ubicados en Oriente Medio y

Latinoamérica optan por alternativas de tratamiento más holísticas que utilizan prácticas tradicionales, pues conciben a los trastornos de salud mental como desequilibrios espirituales.

Bajo esta línea, se sugiere que las diferencias socioeconómicas y el estigma cultural no solo podrían limitar el financiamiento de investigaciones sobre modelos innovadores como la ACT en oncología, sino también influir en la disposición de los pacientes para aceptar la ayuda psicológica y sostener el compromiso que esta terapia amerita. Es por ello que los resultados reportados para las investigaciones incluidas en esta revisión deben ser tomados con recaudo, ya que evidentemente existe una gran brecha entre países latinoamericanos y los que predominan en las muestras de estudio.

Ahora, para analizar las limitaciones identificadas, es importante diferenciar aquellas asociadas a la literatura de aquellas que corresponden a la presente revisión crítica. Con respecto al primer grupo, se identificó la ausencia de investigaciones con enfoque mixto y, por ende, un predominio casi exclusivo de datos cuantitativos, lo cual evita profundizar en cómo el paciente oncológico experimenta cada uno de los componentes de la Hexaflex y cuál es su postura en relación a su eficacia. A pesar de esta tendencia metodológica, otra de las limitaciones encontradas fue que la mayoría de estudios revisados omite la medición del tamaño del efecto, impidiendo conocer la verdadera relevancia clínica de la ACT. Por último, falta mayor consenso sobre el formato y número de sesiones que debería tener un estudio para garantizar resultados favorables postintervención en ACT, más aún cuando se quiera trabajar con la variable de depresión.

Por otra parte, con respecto al grupo de limitaciones asociadas a esta revisión, se identifica una en concreto: la restricción de las muestras a través del establecimiento de los criterios de selección. Esto puede parecer paradójico, ya que los mismos criterios que cuidan la rigurosidad metodológica de esta revisión y, a su vez, permiten comparar resultados de un estudio a otro, son los que evitan el análisis de las particularidades de la ACT en diferentes escenarios oncológicos, ya sea por el tipo de diagnóstico o por las características de la población. Asimismo, se reconoce el sesgo idiomático derivado de haber limitado la búsqueda a publicaciones disponibles exclusivamente en inglés y español.

Por lo tanto, se sugiere que las futuras líneas de investigación apuesten por diseños mixtos que permitan identificar cómo es el proceso de asimilación de un paciente oncológico en relación a procesos complejos como la aceptación y los valores mientras convive con la enfermedad y su respectivo tratamiento. Asimismo, se recomienda poner más atención al estudio de la variable de depresión para estandarizar protocolos de ACT dirigidos a la disminución de su sintomatología, asumiendo de esa manera el control de variables extrañas. Para el caso específico de futuras revisiones críticas de la literatura, se sugiere la inclusión de estudios en otros idiomas, además del español y el inglés, ya que de esta manera el alcance de la revisión podría ampliarse a poblaciones de otros países que concentran una alta producción científica. Además, se propone flexibilizar las búsquedas para incluir otros tipos específicos de cáncer, como las leucemias y linfomas; incluso, sería interesante analizar la eficacia de la ACT en sobrevivientes de cáncer o, en su defecto, en pacientes terminales.

Para finalizar, el aporte de la presente revisión crítica radica en tres aspectos. Dado que la evidencia científica actual se caracteriza por su marcada diversidad, el aporte específico de esta revisión crítica de la literatura radica en su capacidad para organizar el conocimiento existente sobre la ACT en el ámbito oncológico, logrando ordenar los datos y clarificando sus tendencias procedimentales. Además, sirve como una guía procedimental para optimizar sus intervenciones con pacientes oncológicos. Tras el vacío cualitativo evidenciado y anteriormente mencionado, el análisis que se desprende de esta revisión brinda claridad de que el formato presencial-grupal de 8 sesiones podría ser el patrón metodológico más prometedor para sostener los cambios generados por la ACT en pacientes oncológicos adultos que requieran mejoras significativas en su calidad de vida, flexibilidad psicológica y sintomatología clínica.

CONCLUSIONES

La evidencia científica disponible sugiere que la Terapia de Aceptación y Compromiso podría ser un modelo de intervención prometedor y potencialmente eficaz para mejorar la salud mental de aquellos pacientes oncológicos adultos cuyas características se alinean con los criterios de inclusión de los estudios analizados. Bajo ese marco, las mejoras estadísticamente significativas identificadas en los indicadores de flexibilidad psicológica, calidad de vida, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva dejan entrever que esta terapia contextual podría ser una buena alternativa para trabajar con la experiencia emocional inherente al proceso de enfermedad y tratamiento oncológico.

Asimismo, se concluye que la producción científica disponible para la evaluación de la ACT es amplia y variada en función a las modalidades de intervención, así como a las poblaciones y variables de estudio. Sin embargo, el proceso de cribado permitió delimitar, según los criterios de elegibilidad, el número de investigaciones encontradas en la fase preliminar, para finalmente conservar aquellos artículos que evaluaban de manera directa y controlada la efectividad de esta terapia.

Con respecto a las características metodológicas de los estudios seleccionados, se priorizó la alta rigurosidad, observando una marcada preferencia por diseños experimentales de tipo longitudinal, como los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA). A pesar de la heterogeneidad en el tamaño de las muestras, todos los autores se inclinaron hacia la vía no probabilística para el proceso de reclutamiento.

A nivel global, al contrastar la efectividad de la ACT sobre los cuatro indicadores de salud mental seleccionados para esta revisión, la mayoría de estudios reportaron efectos favorables en la flexibilidad psicológica, la calidad de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva de sus muestras, independientemente de la modalidad y formato de intervención que utilizaron los respectivos autores.

No obstante, a partir de las limitaciones identificadas en la literatura y en la presente revisión, como la notable heterogeneidad en las características metodológicas de las intervenciones en ACT, los hallazgos se consideran preliminares y deben ser tomados con mucho recaudo.

Se recomienda orientar las investigaciones hacia diseños de enfoque mixto para profundizar en la experiencia del paciente frente al modelo Hexaflex, medir el tamaño del efecto para validar su relevancia clínica y conocer la modalidad de abordaje con mejores resultados, diversificar los escenarios médicos y romper la barrera idiomática para ampliar el análisis de la literatura.

Por último, esta revisión permite ordenar la información ya existente sobre la eficacia de la ACT en el ámbito oncológico, orientando la práctica clínica de los profesionales de la salud hacia protocolos de intervención que potencialmente logren mejoras sostenibles en el bienestar emocional de pacientes como los considerados en los estudios analizados. Además, invita a reflexionar sobre el panorama actual de la formación universitaria de los profesionales de la salud mental, ya que su aprendizaje no debería restringirse únicamente a los enfoques tradicionales de primera y segunda generación, sino que también debería incluir la introducción temprana y formal a las terapias de tercera generación. Solo así se propiciaría un posicionamiento equitativo frente a los modelos tradicionales y, en

consecuencia, se promovería una diversificación en las herramientas clínicas que pueden ser utilizadas en el ejercicio profesional de aquellos que quieran dedicarse a la psicooncología con adultos.

REFERENCIAS

- Ahmadi, F., Hussin, N., & Mohammad, M. (2018a). Religion, Culture and Meaning-Making Coping: A Study Among Cancer Patients in Malaysia. *Journal Of Religion And Health*, 58(6), 1909-1924. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0636-9>
- Ahmadi, F., Khodayarifard, M., Zandi, S., Khorrami-Markani, A., Ghobari-Bonab, B., Sabzevari, M., & Ahmadi, N. (2018b). Religion, culture and illness: a sociological study on religious coping in Iran. *Mental Health Religion & Culture*, 21(7), 721-736. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1555699>
- Ahmadi, F., Zandi, S., & Poblete, M. (2024). Religion, culture, and cancer: insights from a qualitative study on coping experiences of Filipino patients. *Frontiers In Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1457027>
- Alagizy, H., Soltan, M., Soliman, S., Hegazy, N., & Gohar, S. (2020). Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: Single Institute experience. *Middle East Current Psychiatry*, 27(29), 1-10. <https://link.springer.com/article/10.1186/s43045-020-00036-x>
- Alhubaiti, A. (2022). Sample size determination: A practical guide for health researchers. *Journal Of General And Family Medicine*, 24(2), 72-78. <https://doi.org/10.1002/jgf2.600>
- Andreevich, Jumaa, H., Sadeq, S., Jawad, I., & Altememy, H. (2023). Evaluating the effect of acceptance and commitment therapy on anxiety and quality of life in stomach cancer patients. *International Journal Of Body, Mind And Culture*, 10(4). <http://dx.doi.org/10.22122/ijbmc.v10i4.579>

- Aust, A., Walton-Sonda, D., & Paterson, C. (2022). How does integrative oncology influence patients' physical and psychosocial outcomes, and what are patients, carers and healthcare professionals' experiences? An integrative review. *Seminars In Oncology Nursing*, 38(4).
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151258>
- Avero, P. y Capafóns, J. (2021). Terapias contextuales. En *Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (pp. 693-699). Elsevier.
<https://www.clinicalkey.es#!/content/book/3-s2.0B9788491138471000681?scrollTo=%23hl0000064>
- Baghelani, N., Miladinia, M., Jahangiri, M., & Zarea, K. (2026). Internet-Based Telecare and Bibliotherapy Delivery of Acceptance and Commitment Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *European Journal Of Cancer Care*, 2026(1).
<https://doi.org/10.1155/ecc/7802902>
- Brock, M., Batten, S., Walser, R., & Robb, H. (2015). Recognizing common clinical mistakes in ACT: A quick analysis and call to awareness. *Journal Of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 139-143.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.11.003>
- Caruso, R. & Breitbart, W. (2020). Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 29(86), 1-4.
<https://doi.org/10.1017/s2045796019000866>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Cancer diagnosis and treatment*. Centers for Disease Control and Prevention.

https://www.cdc.gov/cancersurvivors/patients/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/cancer/survivors/patients/index.htm

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

Dev, R., Agosta, M., Fellman, B., Reddy, A., Baldwin, S., Arthur, J., Haider, A., Carmack, C., Hui, D., & Bruera, E. (2023). Coping Strategies and Associated Symptom Burden Among Patients With Advanced Cancer. *The Oncologist*, 29(2), 166-175. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyad253>

Esfahani, A., Zeinali, S., & Kiani, R. (2020). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on pain-related anxiety and cognitive emotion regulation in breast cancer patients: A clinical trial. *Journal Of Arak University Of Medical Sciences*, 23(2), 138-149. <https://doi.org/10.32598/jams.23.2.3364.2>

Esmali, A. & Alizadeh, M. (2015). The Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment on Increasing of Mental Health and the Quality of Women's Life with Breast Cancer. *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 12(3), 2253-2260. <https://doi.org/10.13005/bbra/1898>

Fabi, A., Rossi, A., Mocini, E., Cardinali, L., Bonavolontà, V., Cenci, C., Magno, S., Barberi, V., Moretti, A., Besharat, Z. M., Iolascon, G., Baldari, C., Ferretti, E., Botticelli, A., Paris, I., Scambia, G., & Migliaccio, S. (2024). An integrated care approach to improve well-being in breast cancer patients. *Current Oncology Reports*, 26(4), 346-358. <https://doi.org/10.1007/s11912-024-01500-1>

- Fereidouni, Z., Abnavi, S., Ghanbari, Z., Gashmard, R., Zarepour, F., Samani, N., Sharma, A., & Ghasemi, A. (2024). The Impact of Cancer on Mental Health and the Importance of Supportive Services. *Galen Medical Journal*, 13. <https://doi.org/10.31661/gmj.v13i.3327>
- Fernando, A., Tokell, M., Ishak, Y., Löve, J., Klammer, M., & Koh, M. (2023). Mental health needs in cancer – a call for change. *Future Healthcare Journal*, 10(2), 112-116. <https://doi.org/10.7861/fhj.2023-0059>
- Fiorillo, A., Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2025). Mental health services around the globe. *International Review Of Psychiatry*, 37(3-4), 201-202. <https://doi.org/10.1080/09540261.2025.2532982>
- García-Torres, F., García-Carmona, M., Gómez-Solís, Á., Jurado-González, F., Jablonski, M., Jaén-Moreno, M. J., & Aranda, E. (2025). Anxiety, depression, quality of life and the mediating role of psychological flexibility: A study on Spanish cancer patients. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-06942-6>
- Ghorbani, V., Zanjani, Z., Omid, A., & Sarvzadeh, M. (2021). Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, pain acceptance, and psychological flexibility in married women with breast cancer: a pre- and post-test clinical trial. *Trends In Psychiatry And Psychotherapy*, 43(2), 126-133. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0022>
- Graham, C., Smith, S., Ellison, R., Hall, L., Clark, J., Hartley, S., Mason, E., Metherell, J., Olivier, C., Napp, V., Naik, J., Buckley, S., Hirst, C., Hartup, S., Neal, R. D., Velikova, G., Farrin, A., & Collinson, M. (2022). Acceptance and Commitment Therapy to support medication decision-

- making and quality of life in women with breast cancer: protocol for a pilot randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 8(1).
<https://doi.org/10.1186/s40814-022-00985-6>
- Grant, M. & Booth, A. (2009). A Typology of Reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information And Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Hammermüller, C., Hinz, A., Dietz, A., Wichmann, G., Pirlich, M., Berger, T., Zimmermann, K., Neumuth, T., Mehnert-Theuerkauf, A., Wiegand, S., & Zebralla, V. (2021). Depression, anxiety, fatigue, and quality of life in a large sample of patients suffering from head and neck cancer in comparison with the general population. *BMC Cancer*, 21(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12885-020-07773-6>
- Harnett, P., O'Donovan, A., & Lambert, M. (2010). The dose response Relationship in Psychotherapy: Implications for Social Policy. *Clinical Psychologist*, 14(2), 39-44. <https://doi.org/10.1080/13284207.2010.500309>
- Hartung, T., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C., Keller, M., Koch, U., Schulz, H., Weis, J., & Mehnert, A. (2016). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal Of Cancer*, 72, 46-53.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.11.017>
- Hassani, F., Jean, F., Asghari-Jafarabadi, M., Ahmadi, F., Zenoozian, S., Lashkari, M., & Patterson, P. (2024). A randomized clinical trial: Efficacy of group-based acceptance and commitment therapy program for breast cancer

- patients with high fear of progression. *Psycho-Oncology*, 33(4).
<https://doi.org/10.1002/pon.6339>
- Hayes, S. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885. <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0005789416300946?scrollTo=%23hl0000156>
- Hisan, U. & Jin-Kyoung, O. (2024). Mapping emotional distress: anxiety and depression symptoms among cancer patients and the general population in Indonesia. *Annals Of Oncology*, 35(4), 1605-1606.
<https://doi.org/10.1016/j.annonc.2024.10.588>
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2016). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain. *Clinical Journal Of Pain*, 33(6), 552-568.
<https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000425>
- International Agency for Research on Cancer. (2024b). *Global Cancer Observatory: Peru*. International Agency for Research on Cancer.
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/604-peru-fact-sheet.pdf>
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2024a). *Global Cancer Observatory: South America*. International Agency for Research on Cancer.
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/931-south-america-fact-sheet.pdf>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2023). Manejo médico de los trastornos de ansiedad en el paciente oncológico adulto. En *Instituto*

Nacional de Enfermedades Neoplásicas (DT. DNCC.INEN.002).
<https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2023/09/doc07151220230912090310.pdf>

Jawad, M., Abulkassim, R., Mohameed, D., Razak, T., & Al-Baghdady, H. (2022).

The Effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on physical health and quality of life in patients with gastric (Stomach) cancer. *International Journal Of Body, Mind And Culture*, 9.
<https://doi.org/10.22122/ijbmc.v9isp.419>

Kangas, M., McDonald, S., Williams, J., & Smee, R. (2015). Acceptance and Commitment Therapy program for distressed adults with a primary brain tumor: a case series study. *Supportive Care In Cancer*, 23(10), 2855-2859.

<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2804-8>

Kaphle, M., Bajracharya, D., Regmi, N., Aryal, D., & Karki, R. (2024). Depression and anxiety among cancer patients visiting a tertiary care cancer hospital.

World Journal Of Psychiatry, 14(2), 287-295.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i2.287>

Ksiksou, J., Maskour, L., & Alaoui, S. (2024). Effect of acceptance and commitment therapy on depression, anxiety, stress, and psychological flexibility in women with breast cancer. *Kontakt*, 26(2), 104-111.

<https://doi.org/10.32725/kont.2024.023>

Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., & Rudzki, S. (2020). The Problems and Needs of Patients Diagnosed with Cancer and Their Caregivers. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(1), 87. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010087>

- Li, H., Wong, C., Jin, X., & Nam, M. (2024). Effects of acceptance and commitment therapy-based intervention on fatigue interference and health-related quality of life in patients with advanced lung cancer: A randomised controlled trial. *Journal Of Contextual Behavioral Science*, 32. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100758>
- Li, Z., Lei, D., Ting, L., Yao, R., Jing, W., & Na, M. (2024). The impact of mindfulness intervention on negative emotions and quality of life in malignant tumor patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers In Psychology*, 15, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1443516>
- Llorente, Y., Tejada, B., y Herrera, J. (2019). Depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Enfermería Global*, 18(4), 230-253. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.354161>
- López-Santiago, S., Cruzado, J., y Feliú, J. (2012). Chemobrain: revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. *Psicooncología*, 8(2-3). https://doi.org/10.5209/rev_psic.2011.v8.n2-3.37881
- Mani, A., Mehdipour, Z., Ahmadzadeh, L., Tahmasebi, S., Khabir, L., & Mosalaei, A. (2019). The effectiveness of group acceptance and commitment psychotherapy on psychological well-being of breast cancer patients in Shiraz, Iran. *Middle East Journal Of Cancer*, 10(3), 231-238. <https://doi.org/10.30476/mejc.2019.45316>
- Marino, G., Thodas, A., Sichetti, M., Bonucci, M., Mecca, M., & Cristiana, C. (2026). The AMICO clinic approach to integrative oncology in breast cancer

- care: Structure and clinical framework from a southern italian hospital. *Integrative Cancer Therapies*, 25. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/15347354251413227>
- Martinez-Calderon, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J., & Cano-García, F. (2023). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: An overview of systematic reviews with meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal Of Pain*, 25(3), 595-617. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.013>
- Martínez, L. (s. f.). *Revisión bibliográfica de la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal en el tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos* [Universidad Europea]. https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/7642/TFG_Laura%20Martinez%20Jimenez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Montesinos, F. y Luciano, C. (2016). Aceptación de miedos a la recaída en pacientes con cáncer de mama: efectos de una intervención abreviada basada en la ACT. *Psicooncología*, 13(1). https://doi.org/10.5209/rev_psic.2016.v13.n1.52484
- Mosher, C., Krueger, E., Hirsh, A., Miller, K., Ballinger, T., Storniolo, A., Schneider, B., Newton, E., Champion, V., & Johns, S. (2020). Protocol of a randomized trial of acceptance and commitment therapy for fatigue interference in metastatic breast cancer. *Contemporary Clinical Trials*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106168>
- Mosher, C., Secinti, E., Kroenke, K., Helft, P., Turk, A., Loehrer, P., Sehdev, A., Al-Hader, A., Champion, V., & Johns, S. A. (2021). Acceptance and

- commitment therapy for fatigue interference in advanced gastrointestinal cancer and caregiver burden: protocol of a pilot randomized controlled trial. *Pilot And Feasibility Studies*, 7(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00837-9>
- Naser, A., Hameed, A., Mustafa, N., Alwafi, H., Dahmash, E., Alyami, H., & Khalil, H. (2021). Depression and anxiety in patients with cancer: A cross-sectional study. *Frontiers In Psychology*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.585534>
- National Cancer Institute. (2023). *Emotions and cancer*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings>
- National Cancer Institute. (2024). *Cancer statistics*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Niculescu, S., Secară, E., Jiboc, N., & Băban, A. (2024). Oncovox: A randomised controlled trial of a web-based acceptance and commitment therapy for breast cancer patients. *Journal Of Contextual Behavioral Science*, 32. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100729>
- Obeagu, E., & Parray, A. (2025). Lung cancer and the eroded self: identity challenges and mental well-being – a narrative review. *Annals Of Medicine And Surgery*, 87(12), 8604-8609. <https://doi.org/10.1097/ms9.0000000000004190>
- Olaz, F. y Polk, K. (2021). *La Matrix, manual de usuario: Entrenando la flexibilidad psicológica en tres pasos por medio de la Terapia de Aceptación y Compromiso - ACT*: (ed.). Editorial Brujas. <https://elibro-net.upch.lookproxy.com/es/ereader/cayetano/183441?page=1>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cáncer*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pérez, P. y Uribe, A. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, 13(1). https://doi.org/10.5209/rev_psic.2016.v13.n1.52490
- Pineda, K. (2023). Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos. *Espacio Universitario*, 48, 19.33. <https://urseva.urse.edu.mx/wp-content/uploads/2023/06/2.-PINEDA-ANTONIO-23.pdf>
- Rivero, P. y Rodríguez, A. F. U. (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, 13(1), 101-111. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2016.v13.n1.52490

- Robinson, L., Delgadillo, J., & Kellett, S. (2019). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(1), 79-96. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1566676>
- Serfaty, M., Armstrong, M., Vickerstaff, V., Davis, S., Gola, A., McNamee, P., Omar, R., King, M., Tookman, A., Jones, L., & Low, J. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for adults with advanced cancer (CanACT): A feasibility randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 28(3), 488-496. <https://doi.org/10.1002/pon.4960>
- Shi, Y., Yu, H., Wang, L., & Zhang, H. (2025). Acceptance and commitment therapy combined with usual care improves psychosocial outcomes and reduces complications in patients with permanent colostomies after colorectal cancer surgery: a retrospective cohort study. *Frontiers In Surgery*, 12. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2025.1693290>
- Song, W., Shari, N., Abdullah, M., Hussin, H., Zhang, R., & Mansor, N. (2026). Acceptance and commitment therapy improves the quality of life of breast cancer patients by reducing helplessness: a randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-026-02049-5>
- Stenberg, U., Ruland, C., & Miaskowski, C. (2009). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1013-1025. <https://doi.org/10.1002/pon.1670>
- Toyama, M., Godoy-Casasbuenas, N., Olivar, N., Brusco, L., Carbonetti, F., Diez-Canseco, F., Gómez-Restrepo, C., Heritage, P., Hidalgo-Padilla, L., Uribe, M., Steffen, M., Fung, C., & Priebe, S. (2022). Identifying resources used

- by young people to overcome mental distress in three Latin American cities: a qualitative study. *BMJ Open*, 12(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060340>
- Twohig, M. y Hayes, S. (2019). *ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad: Una guía sesión a sesión para maximizar los resultados*: (1 ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro-net.upch.lookproxy.com/es/ereader/cayetano/253368?page=27>
- Vargas, A. (2017). *Estrés postraumático: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*: (ed.). Editorial El Manual Moderno. <https://elibro-net.upch.lookproxy.com/es/ereader/cayetano/39757?page=42>
- Wright, A., Poort, H., Tavormina, A., Schmiede, S., Matulonis, U., Campos, S., Liu, J., Slivjak, E., Gilmour, A., Salinger, J., Haggerty, A., & Arch, J. (2023). Pilot randomized trial of an acceptance-based telehealth intervention for women with ovarian cancer and PARP inhibitor-related fatigue. *Gynecologic Oncology*, 177, 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2023.08.020>
- Xiang, L., Wan, H., & Zhu, Y. (2025). Effects of cognitive behavioral therapy on resilience among adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06628-3>
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2020). The therapeutic factors. En *The Theory and practice of group psychotherapy* (20.^a ed.). Basic Books. <https://pinkpantheractivists.au/wp/wp-content/uploads/2024/05/Theory-and-Practice-of-Group-Psychhe-Irvin-D.-Yalom-Molyn-Leszcz.pdf>

Zhang, T., Feng, W., Sun, Y., Li, Y., Hu, J., Du, X., Lai, L., Ke, Y., Hui, B., & Ren, Z. (2025). Feasibility, acceptability, and effectiveness of an asynchronous, internet-delivered acceptance and commitment therapy for people living with cancer: A pilot randomized controlled trial using mixed methods. *Computers In Human Behavior Reports*, 20. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2025.100859>

ANEXOS

Anexo A

Autorización para la ejecución del proyecto

Figura A1

Carta Duari



VICERECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

CAR-DUARI-O-192-26
Lima, 06 de Mayo del 2026

Señor(a) investigador(es)
GUEVARA SOLIS ALEJANDRA PIERINA
Presente.-

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo y a la vez informarle que hemos recibido el proyecto de investigación titulado: **“La Terapia de Aceptación y Compromiso como intervención en la salud mental de pacientes oncológicos adultos” SIDISI 221844**, el cual ha sido revisado y registrado en la Dirección Universitaria de Asuntos Regulatorios de la Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia debido a que por sus características no requiere evaluación por el Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos ni por el Comité Institucional de Ética para Uso de Animales.

Este proyecto puede iniciar su ejecución. Los cambios o enmiendas al protocolo presentado solo deben ejecutarse luego de una nueva evaluación y autorización por esta dirección. Adicionalmente, agradecemos tenga a bien presentar el informe de cierre del proyecto al concluir la ejecución de este.

Atentamente,



Dra. Cinthia Hurtado Esquén
Directora
Dirección Universitaria de Asuntos
Regulatorios de la Investigación

www.cayetano.edu.pe
vrinve@oficinas-upch.pe
319 0000 Anexo 201355
Apartado postal 4314
San Martín de Porres
Av. Honorio Delgado 430

Anexo B

Matriz de extracción de datos de los estudios incluidos

Tabla B1

Síntesis de la información de los artículos seleccionados

Autor	Título	País	Diseño metodológico	Características de la intervención ACT	Instrumentos	Hallazgos principales
Esmali y Alizadeh (2015)	The Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment on Increasing of Mental Health and the Quality of Women's Life with Breast Cancer.	Irán	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test y post-test) con grupo control) Muestreo no probabilístico por conveniencia (n=30 mujeres)	Número de sesiones: 8 Duración: 90 minutos c/u. Frecuencia: 2 veces por semana Modalidad: Presencial y grupal	Quality Of Life for patients with breast cancer (QOL-BR23) Goldberg mental Health Questionnaire	Se reportaron disminuciones estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad (F = 18.69; p = .001) y depresión post-test (F = 7.14; p = .015), acompañadas de un incremento significativo en la calidad de vida global de las participantes (F = 16.79; p = .001).

Montesinos y Luciano (2016)	Acceptance of relapse fears in breast cancer patients: Effects on an ACT-based abridged intervention.	España	Cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento con comparaciones entre grupos e intrasujetos) Muestreo no probabilístico por criterios (n=12 mujeres)	Número de sesiones: 1 Duración: 60 minutos Modalidad: Presencial e individual	The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) MINIMAC [Adaptación española]	El protocolo no arrojó cambios significativos en distrés en el post-test ($p = .182$), pero sí mostró efectividad en el seguimiento al primer mes ($p = .027$). Respecto a la preocupación ansiosa, se evidenció una reducción significativa tanto en el post-test ($p = .035$) como a los tres meses de seguimiento ($p = .016$).
Rivero y Rodríguez (2016)	Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer.	Colombia	Cuantitativo, pre-experimental, longitudinal (Diseño ABA) Muestreo no probabilístico por criterios (n=1 mujeres)	Número de sesiones: 14 Modalidad: Presencial e individual	Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) [Adaptación española] Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)	Se reportaron disminuciones significativas en ansiedad general ($p = .001$), ansiedad rasgo ($p = .04$), ansiedad estado ($p = .02$) y sintomatología depresiva ($p = .001$) en la evaluación post-test.

					[Adaptación colombiana]	
					Escala de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	
Mani et al. (2019)	The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Psychotherapy on Psychological Well-being of Breast Cancer Patients in Shiraz, Iran	Irán	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test y post-test) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=30 mujeres)	Número de sesiones: 8 Duración: 120 minutos c/a Frecuencia: 2 veces por semana Modalidad: Presencial y grupal	Quality of life questionnaire.	Se evidenció un incremento significativo en la calidad de vida global post-test ($F = 59.10$; $p = .000$).
Mosher et al. (2020)	Protocol of a randomized trial of acceptance and commitment therapy for fatigue interference in metastatic breast cancer.	Estados Unidos	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control.	Número de sesiones: 6 Duración: 50 minutos c/a. Frecuencia: 1	Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)	Se constató una mejora significativa en la calidad de vida funcional post-test ($F = 4.30$; $p = .006$) que se mantuvo a las dos semanas, tres y seis meses; no obstante, la calidad de vida

			Muestreo no probabilístico por criterios (n=198 hombres y mujeres)	vez por semana		física (p = .167) y emocional (p = .142) no mostraron cambios significativos.
				Modalidad: Virtual e individual (sincrónica)		
Gorbhani et al. (2021)	Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, pain acceptance, and psychological flexibility in married women with breast cancer: a pre- and post-test clinical trial.	Irán	Cuantitativo. Experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=40 mujeres)	Número de sesiones: 8 Duración: 90 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial y grupal	Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) [Versión abreviada] Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II)	Se reportó una disminución significativa de la depresión post-test (F = 66.37; p < .001; n2 = .63) y un incremento significativo de la flexibilidad psicológica (F = 8.53; p = .005; n2 = .18), manteniendo dichos cambios durante el seguimiento.
Mosher et al. (2021)	Acceptance and commitment therapy for fatigue interference in advanced gastrointestinal cancer and caregiver burden: protocol of a pilot randomized controlled trial.	Estados Unidos	Mixto, experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios	Número de sesiones: 6 Duración: 50 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana	Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) Quality of Life Questionnaire-Revised	No se observaron cambios estadísticamente significativos en la flexibilidad psicológica (F = 0.10; p = .91) ni en ninguna de las dimensiones de calidad de vida.

			(n=70 hombres y mujeres)	Modalidad: Virtual, grupal e individual (sincrónica)		
Jawad et al. (2022)	The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Physical Health and Quality of Life in Patients with Gastric (Stomach) Cancer.	Irak	Cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal (Pre-test y post-test) con grupo control) Muestreo no probabilístico por criterios (n=28 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 8 Duración: 60 minutos c/a. Modalidad: Presencial y grupal	EORTC Core Quality of Life Questionnaire	Se evidenció un incremento significativo de la calidad de vida en el grupo experimental frente al grupo control (F = 37.42; p = .01; np2 = .54).
Andreevich et al. (2023)	Evaluating the Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Quality of Life in Stomach Cancer Patients.	Irak	Cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal (Pre-test y post-test) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=150 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 8 Duración: 90 minutos c/a Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial y grupal	Beck Anxiety Inventory (BAI) SF-36 Quality of Life Questionnaire	Se evidenció una disminución significativa de la ansiedad (F = 130.91; p < .001; np2 = .95) y un incremento significativo de la calidad de vida (F = 110.01; p = .001; np2 = .93) en el grupo experimental frente al de control.

Wright et al. (2023)	Pilot randomized trial of an acceptance-based telehealth intervention for women with ovarian cancer and PARP inhibitor-related fatigue.	Estados Unidos	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=44 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 6 Duración: 60-75 minutos c/a Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Virtual e individual (sincrónica)	Generalized Anxiety Disorder questionnaire (GAD-7) Patient Health Questionnaire (PHQ-8) Functional Assessment of Cancer Therapy-Ovarian Cancer (FACT-O)	No se observaron cambios estadísticamente significativos a las 8 semanas en ansiedad (p = .41), depresión (p = .30) ni calidad de vida (p = .81). Asimismo, tampoco se registraron variaciones significativas a las 12 semanas en síntomas de ansiedad (p = .24), depresión (p = .20) ni calidad de vida (p = .13).
Graham et al. (2024)	A pilot randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for medication decision-making and quality of life in women with breast cancer: The ACTION trial.	Inglaterra	Mixto, experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=260 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 4 Duración: 60-90 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Virtual, grupal e	Short-Form McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2) Work and Social Adjustment Scale (WSAS) 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)	A los 3 meses no hubo cambios significativos en calidad de vida general (MD = 0.3, 95% CI [-0.2, 0.8]), ansiedad (MD = -0.5, 95% CI [-2.3, 1.2]) ni la flexibilidad psicológica (MD = 1.5, 95% CI [-0.5, 3.5]), manteniéndose a los 6 meses. En este último periodo, solo aumentó significativamente la

				individual (sincrónica)	9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Valuing Questionnaire	calidad de vida relacionada con la salud en el grupo experimental (MD = 6.7, 95% CI [0.6, 12.8]).
Hassani et al. (2024)	A randomized clinical trial: Efficacy of group- based acceptance and commitment therapy program for breast cancer patients with high fear of progression.	Irán	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=80 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 5 Duración: 70 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial y grupal	Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) [Adaptación iraní] Anxiety Sensitivity Questionnaire (ASQ) [Adaptación iraní]	No hubo cambios en calidad de vida post-test (p = .180; CI [-2.900, 15.186]) ni en el seguimiento (p = .129; CI [- 2.067, 16.020]). En cambio, disminuyó significativamente la ansiedad post-test (p = .002; CI [-11.295, -2.577]) y en el seguimiento (p = .002; CI [-11.495, -2.777]), e incrementó la flexibilidad psicológica en ambos periodos (p < .001).

Ksiksou et al. (2024)	Effect of acceptance and commitment therapy on depression, anxiety, stress, and psychological flexibility in women with breast cancer.	Marruecos	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test y post-test) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=40 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 6 Duración: 120 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial y grupal	Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) [Adaptación arabe] Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II) [Traducción independiente por expertos para este estudio]	Se registró una disminución significativa de la ansiedad y la depresión post-test ($p < .001$), así como un aumento de la flexibilidad psicológica ($p < .001$); todas las variables continuaron evolucionando positivamente durante el seguimiento.
Li et al. (2024)	Effects of acceptance and commitment therapy-based intervention on fatigue interference and health-related quality of life in patients with advanced lung cancer: A randomised controlled trial.	China	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=160 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 4 Duración: 60-90 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial,	Functional Assessment of Cancer Therapy – Lung, Version 4 (FACT-L) [Adaptación china] The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Se registró una disminución significativa de la ansiedad y la depresión post-test ($p < .001$). En el seguimiento a los tres meses, la ansiedad perdió significancia ($p = .180$; CI [-0.16, 0.03]), pero la depresión se mantuvo significativa ($p = .120$; CI [-0.17, -0.02]). Por su parte, la calidad de vida y la flexibilidad psicológica incrementaron

				virtual e individual	[Adaptación china] The Generalised Anxiety Disorder Scale (GAD-7) [Adaptación china]	significativamente en ambos periodos ($p < .001$).
Nicolescu et al. (2024)	Oncovox: A randomised controlled trial of a web-based acceptance and commitment therapy for breast cancer patients.	Rumanía	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=150 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 8 Duración: 60 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	The Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) [Versión 4] The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Acceptance and Action Cancer Questionnaire – II (AAQ-II)	No hubo cambios significativos durante la intervención en ansiedad y depresión, ni a corto plazo en calidad de vida y flexibilidad psicológica. Sin embargo, se registraron cambios significativos después de la intervención en ansiedad y depresión ($p = .034$; CI [-0.33, -8.17]), mientras que la calidad de vida y la flexibilidad psicológica mostraron mejoras significativas tanto en la recta final ($p = .013$ y $p < .001$, respectivamente) como después de ella.

Shi et al. (2025)	Acceptance and commitment therapy combined with usual care improves psychosocial outcomes and reduces complications in patients with permanent colostomies after colorectal cancer surgery: a retrospective cohort study.	China	Cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal (Pre-test y post-test) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=120 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 8 Duración: 90 minutos c/a. Frecuencia: Alternante Modalidad: Presencial, grupal e individual	Stoma Quality-of-Life Questionnaire	No hubo cambios significativos en la calidad de vida a los tres meses de seguimiento ($p = .103$; CI [-0.6, 6.4]), pero sí se registró un incremento significativo después de seis meses ($p < .001$; CI [8.7, 15.9]).
Zhang et al. (2025)	Feasibility, acceptability, and effectiveness of an asynchronous, internet-delivered acceptance and commitment therapy for people living with cancer: A pilot randomized controlled trial using mixed methods.	China	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=60 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 6 Duración: 30-60 minutos c/a. Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	The Distress Thermometer (DT) The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Se registró una disminución estadísticamente significativa en el post-test tanto para la ansiedad ($F = 8.99$; $p < .001$) como para la depresión ($F = 6.55$; $p = .002$).
Baghelani et al. (2026)	Internet-Based Telecare and Bibliotherapy Delivery of Acceptance and Commitment Therapy	Irán	Longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento con grupo control)	Número de sesiones: 6	Beck Depression Inventory-Short Form (BDI-S)	Se observó una disminución significativa de la ansiedad tanto en el grupo experimental ($p < .001$; CI [-

	for Reducing Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial.		Cuantitativo Estudio experimental	Modalidad: Virtual e individual (asincrónica)	Beck Anxiety Inventory (BAI)	12.93, -0.16]) como en el grupo control (p < .001; CI [-16.38, -7.62]). Sin embargo, en la depresión solo se registró una disminución significativa en el grupo experimental (p < .001; CI [-10.75, -4.16]).
Song et al. (2026)	Acceptance and commitment therapy improves the quality of life of breast cancer patients by reducing helplessness: a randomized controlled trial.	Malasia	Cuantitativo, experimental, longitudinal (Pre-test, post-test y seguimiento) con grupo control. Muestreo no probabilístico por criterios (n=80 hombres y mujeres)	Número de sesiones: 4 Duración: 60 minutos c/a. Frecuencia: 1 vez por semana Modalidad: Presencial e individual	Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast (FACT-B) [Adaptación Malaya]	Se registró un aumento estadísticamente significativo de la calidad de vida en el post-test (F = 43.79; p < .001).

Anexo C

Evaluación de la calidad metodológica

Tabla C1

Puntuación de los artículos seleccionados

Nº	Estudio (Autor, año)	C1 Diseño	C2 Muestra	C3 Instrumentos	C4 Intervención	C5 Coherencia	Puntaje total
1	The Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment on Increasing of Mental Health and the Quality of Women's Life with Breast Cancer Esmali y Alizadeh (2015)	2	1	1	2	2	8
2	Acceptance of relapse fears in breast cancer patients: Effects on an ACT-based abridged intervention. Montesinos y Luciano (2016)	1	1	1	1	2	6
3	Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. Rivero y Rodríguez (2016)	2	2	2	2	1	9

4	The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Psychotherapy on Psychological Well-being of Breast Cancer Patients in Shiraz, Iran Mani et al. (2019)	2	2	2	2	2	10
5	Protocol of a randomized trial of acceptance and commitment therapy for fatigue interference in metastatic breast cancer. Mosher et al. (2020)	2	2	2	2	2	10
6	Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, pain acceptance, and psychological flexibility in married women with breast cancer: a pre- and post-test clinical trial. Gorbhani et al. (2021)	2	1	2	2	2	9
7	Acceptance and commitment therapy for fatigue interference in advanced gastrointestinal cancer and caregiver burden: protocol of a pilot randomized controlled trial. Mosher et al. (2021)	2	2	2	2	2	10
8	The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Physical Health and Quality of Life in Patients with Gastric (Stomach) Cancer.	2	0	2	0	2	6

Jawad et al. (2022)

9	Evaluating the Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Quality of Life in Stomach Cancer Patients.	2	2	2	2	2	10
---	---	---	---	---	---	---	----

Andreevich et al. (2023)

10	Pilot randomized trial of an acceptance-based telehealth intervention for women with ovarian cancer and PARP inhibitor-related fatigue.	2	1	2	2	2	9
----	---	---	---	---	---	---	---

Wright et al. (2023)

11	A pilot randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for medication decision-making and quality of life in women with breast cancer: The ACTION trial.	2	2	2	2	1	9
----	--	---	---	---	---	---	---

Graham et al. (2024)

12	A randomized clinical trial: Efficacy of group-based acceptance and commitment therapy program for breast cancer patients with high fear of progression.	2	2	2	2	2	10
----	--	---	---	---	---	---	----

Hassani et al. (2024)

13	Effect of acceptance and commitment therapy on depression, anxiety, stress, and psychological flexibility in women with breast cancer. Ksiksou et al. (2024)	2	1	2	2	2	9
14	Effects of acceptance and commitment therapy-based intervention on fatigue interference and health-related quality of life in patients with advanced lung cancer: A randomised controlled trial. Li et al. (2024)	2	2	2	2	2	10
15	Oncovox: A randomised controlled trial of a web-based acceptance and commitment therapy for breast cancer patients. Nicolescu et al. (2024)	2	2	2	2	2	10
16	Acceptance and commitment therapy combined with usual care improves psychosocial outcomes and reduces complications in patients with permanent colostomies after colorectal cancer surgery: a retrospective cohort study. Shi et al. (2025)	0	2	2	2	2	8
17	Feasibility, acceptability, and effectiveness of an asynchronous, internet-delivered acceptance and commitment therapy for people living with cancer: A pilot randomized controlled trial using mixed methods.	2	1	2	2	2	9

Zhang et al. (2025)

18	Internet-Based Telecare and Bibliotherapy Delivery of Acceptance and Commitment Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial.	2	2	2	1	2	9
----	---	---	---	---	---	---	---

Baghelani et al. (2026)

19	Acceptance and commitment therapy improves the quality of life of breast cancer patients by reducing helplessness: a randomized controlled trial.	2	1	2	2	2	9
----	---	---	---	---	---	---	---

Song et al. (2026)
