

AVANZACT: protocolo e intervención psicoterapéutica en cáncer avanzado basados en Terapia de Aceptación y Compromiso

Luis Daniel Placer García^{1*} , Marta Torrijos Zarcero² , Cristina Rocamora González³ ,
Ainoa Muñoz San José⁴ , Ángela Isidora Palao Tarrero⁵ 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.102233>

Recibido: 15 de mayo de 2025 / Aceptado: 1 de julio de 2025

Resumen: Objetivo: Las personas con cáncer avanzado presentan mayor riesgo de problemas de salud mental como ansiedad, depresión e insomnio, que repercuten negativamente en su calidad de vida. Aunque la psicoterapia ha demostrado ser eficaz para abordar estos problemas, su aplicación en esta población presenta desafíos como su escasa representación en los estudios, barreras de acceso debido a las particularidades de su situación y la falta de homogeneidad en los procedimientos psicoterapéuticos estudiados. Es fundamental investigar la psicoterapia específicamente en el contexto del cáncer avanzado y desarrollar intervenciones que sean replicables. Método: revisión narrativa de la literatura sobre intervenciones psicoterapéuticas en cáncer avanzado, con especial atención a intervenciones basadas en terapias contextuales. En base a esta revisión, se propone el protocolo de intervención AVANZACT, un programa psicoterapéutico diseñado para implementarse de manera grupal y online. Resultados: la revisión de la literatura destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso como un enfoque prometedor por su énfasis en la aceptación del sufrimiento y en los valores personales, ayudando a las personas a mejorar el ajuste a la enfermedad mediante un afrontamiento activo y centrado en áreas vitales significativas. El protocolo AVANZACT, descrito de forma pormenorizada para su implementación, puede realizarse de manera replicable y permitiendo evaluar su aplicabilidad y eficacia. Conclusiones: La implementación de AVANZACT en el ámbito de los Cuidados Paliativos podría reducir las barreras de acceso a la psicoterapia, proporcionando una experiencia grupal que fomente el apoyo mutuo y el empoderamiento de las personas con cáncer avanzado. Palabras clave: Cáncer avanzado, psicoterapia grupal, Terapia de Aceptación y Compromiso, depresión, ansiedad, aceptación, valores, AVANZACT.

* Dirección de correspondencia: Luis Daniel Placer García. Centro de Salud Mental Fuencarral: C/ Melchor Fernández Almagro, 1, Fuencarral-El Pardo, 28029 Madrid- E-mail: ldgplacer@gmail.com

¹ Luis Daniel Placer García. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. ORCID: 0009-0007-1603-1222. E-mail: ldgplacer@gmail.com

² Marta Torrijos Zarcero. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. ORCID: 0000-0003-1570-0918. E-mail: marta.torrijos@salud.madrid.org

³ Cristina Rocamora González. Obra Social La Caixa. Madrid, España. ORCID: 0000-0002-9916-1378. E-mail: cris.rocamora.glez@gmail.com

⁴ Ainoa Muñoz San José. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. ORCID: 0000-0002-2705-9913. E-mail: ainoa.munoz@salud.madrid.org

⁵ Ángela Isidora Palao Tarrero. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. ORCID: 0000-0003-2717-5807. E-mail: angela.palao@salud.madrid.org

ENG **AVANZACT: protocol and psychotherapeutic intervention in advanced cancer based on Acceptance and Commitment Therapy**

ENG Abstract: Objective: Individuals with advanced cancer present a higher risk of mental health problems such as anxiety, depression, and insomnia, which negatively impact their quality of life. Although psychotherapy has proven to be effective in addressing these issues, its application in this population presents challenges such as their low representation in studies, access barriers due to the particularities of their condition, and the lack of homogeneity in the psychotherapeutic procedures studied. It is essential to investigate psychotherapy specifically in the context of advanced cancer and to develop interventions that are replicable. Method: A narrative review of the literature on psychotherapeutic interventions in advanced cancer was conducted, with special attention to interventions based on contextual therapies. Based on this review, the AVANZACT intervention protocol is proposed, a psychotherapeutic program designed to be implemented in a group and online format. Results: The literature review highlights Acceptance and Commitment Therapy as a promising approach due to its emphasis on the acceptance of suffering and on personal values, helping individuals to improve adjustment to illness through active coping focused on meaningful life areas. The AVANZACT protocol, described in detail for its implementation, can be carried out in a replicable way and allows for the evaluation of its applicability and efficacy. Conclusions: The implementation of AVANZACT in the field of Palliative Care could reduce barriers to accessing psychotherapy, providing a group experience that fosters mutual support and the empowerment of individuals with advanced cancer.

Keywords: Advanced cancer, group psychotherapy, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), depression, anxiety, acceptance, values, AVANZACT.

Sumario: 1. Introducción 2. La psicoterapia en cáncer 3. La psicoterapia en cáncer avanzado 4. Propuesta de intervención 5. Discusión 6. Conclusiones 7. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Placer García, LD, Torrijos Zarcero M, Rocamora González C, Muñoz San José A, Palao Tarrero AI. AVANZACT: protocolo e intervención psicoterapéutica en cáncer avanzado basados en Terapia de Aceptación y Compromiso. *Psicooncología* 2025; 22 259-273. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.102233>

1. Introducción

Las personas con cáncer tienen mayor riesgo que la población general de presentar diversos problemas de salud mental, tales como trastornos adaptativos, trastornos del estado de ánimo, riesgo de suicidio e ideación autolítica, trastornos de ansiedad y síntomas de malestar emocional^(1,2). Se estima que la prevalencia de diagnósticos de salud mental en personas con cáncer está en torno a uno de cada tres pacientes⁽³⁾. Algunos metaanálisis cifran la prevalencia de ansiedad en este contexto alrededor del 10%, y de depresión en torno al 25%^(3,4). Un estudio reciente en población oncológica muestra prevalencias de síntomas depresivos leves en un 22,7%, moderados en un 22%, y de depresión mayor en un 18%, y un nivel de ansiedad significativamente alto⁽⁵⁾, de manera coherente con la investigación previa^(6,7).

Las personas con cáncer avanzado presentan aún mayor riesgo de presentar problemas de salud mental⁽⁸⁻¹⁰⁾, con prevalencias elevadas de trastornos del estado de ánimo y síntomas depresivos, trastornos cognitivos, ansiedad, insomnio e ideas de muerte⁽¹¹⁻¹³⁾. Krebber et al.⁽¹⁴⁾ encontraron prevalencias de depresión de entre el 8 y el 24% en personas con cáncer avanzado. Arch et al.⁽¹⁵⁾ describen incluso cómo la ansiedad y depresión en estas personas pueden afectar negativamente a la toma de decisiones al final de la vida y a la Planificación Anticipada de los Cuidados

(PAC). Estos síntomas aparecen por varios motivos, entre los que se encuentran la reacción emocional al diagnóstico o a la progresión, los síntomas propios de la enfermedad o el tratamiento y la incertidumbre relacionada con el pronóstico y la posibilidad de mayor progresión⁽¹⁶⁾, y están relacionados con peor situación funcional, peor adherencia al tratamiento, hospitalizaciones más largas y peor supervivencia⁽¹⁷⁾. En los estadios avanzados de la enfermedad pueden aparecer síntomas físicos y psicológicos significativos como fatiga, dolor y debilidad. A menudo se mantienen tratamientos activos como la quimioterapia y/o radioterapia, lo que suele asociarse a hospitalizaciones prolongadas^(18,19), y a un aumento en los cuidados necesarios y los costes económicos⁽²⁰⁾ the factors associated with greater health care utilization have not been described. We sought to investigate the relation between patients' physical and psychological symptom burden and health care utilization. METHODS: We enrolled patients with advanced cancer and unplanned hospitalizations from September 2014-May 2016. Upon admission, we assessed physical (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]). Estos síntomas suelen aparecer de manera simultánea, y algunos estudios sugieren que esta concurrencia afecta a la calidad de vida y situación funcional de manera multiplicativa en vez de aditiva^(21,22).

La complejidad de la sintomatología, así como el efecto bidireccional de la salud mental en la calidad de vida y proceso oncológico, hacen necesaria la intervención tanto médica como psicológica, en línea con la filosofía de los cuidados paliativos^(11,23). Las intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas han demostrado mejorar el bienestar psicológico, el funcionamiento psicosocial, los síntomas de salud mental, el afrontamiento de la enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas con cáncer y supervivientes^(8,10).

En este estudio realizamos una revisión narrativa sobre el estado actual de la psicoterapia en personas con cáncer avanzado destacando las aportaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para esta población. Además, presentamos una adaptación de ACT específica para personas con cáncer avanzado aplicable de manera grupal y online, y describimos el protocolo de manera que pueda replicarse con el objetivo de difundir una intervención psicoterapéutica aplicable, grupal y online, basada en modelos psicoterapéuticos de avalada evidencia empírica e intervenciones manualizadas.

2. La psicoterapia en cáncer

Se han desarrollado intervenciones psicológicas para manejar las dificultades emocionales de las personas con cáncer. La psicoterapia ha mostrado resultados positivos en depresión, ansiedad, distrés y calidad de vida en personas con cáncer avanzado⁽⁸⁾, y es el tratamiento de elección en depresión por delante del tratamiento farmacológico, por la mala tolerabilidad e interacciones farmacológicas de los antidepresivos en estos pacientes^(27,28), porque se han encontrado resultados similares entre la medicación y el placebo en personas con cáncer⁽²⁹⁾, y porque los pacientes, tanto oncológicos como no oncológicos, suelen preferirla a la medicación⁽³⁰⁾. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) concretamente es el tratamiento de elección en población adulta de según las guías clínicas del *National Institute for Health and Care Excellence*⁽³¹⁾ y del *American College of Physicians*⁽³²⁾ en episodios de depresión leve, y ambas la recomiendan de manera combinada con la farmacoterapia o de manera aislada en casos graves.

Tradicionalmente se han utilizado la TCC⁽³³⁾, terapias basadas en Mindfulness⁽³⁴⁾, la terapia grupal de apoyo-expresiva⁽²⁶⁾, y la terapia familiar⁽³⁵⁾. De estas intervenciones, la TCC es la más extendida y estudiada^(35,36). ACT ha mostrado resultados en la reducción del distrés psicológico, depresión y ansiedad, y en la mejora de la flexibilidad psicológica, aceptación del cáncer y calidad de vida⁽³⁷⁻³⁹⁾. La psicoterapia también ha mostrado resultados al atenuar algunos síntomas físicos relacionados con el cáncer como la fatiga, el dolor o el insomnio^(40,41) y se ha mostrado clave en el abordaje de la salud mental en personas con cáncer^(42,43), aunque es necesaria aún más investigación acerca de modelos psicoterapéuticos y poblaciones concretas, destacando las personas con cáncer avanzado⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾. Además, no siempre se han descrito y justificado los distintos componentes de las intervenciones psicoterapéuticas, lo cual sería importante para mantener consistencia entre estudios y poder estudiar la adhesión al modelo de las investigaciones⁽⁴⁷⁾. Es importante difundir entre los y

las profesionales intervenciones eficaces para que dispongan de fácil acceso a los protocolos y puedan replicarlos para que se beneficien el mayor número de pacientes posible.

3. La psicoterapia en cáncer avanzado

Pocos estudios han investigado la aplicabilidad y eficacia de las intervenciones psicológicas en cáncer avanzado^(11,19,48,49). En población en cuidados paliativos, se han propuesto intervenciones basadas en TCC y ACT⁽⁵⁰⁾ así como otros abordajes más específicos, como la psicoterapia centrada en el significado^(51,52), la terapia de la dignidad^(53,54), la “Managing Cancer and Living Meaningfully” (CALM)⁽⁵⁵⁾ o el *counselling*⁽⁵⁶⁾.

Okuyama et al.⁽⁶⁾ encontraron que la psicoterapia tenía un tamaño del efecto mediano en la reducción de la depresión en personas con cáncer avanzado. Sanjida et al.⁽⁵⁷⁾ hallaron un tamaño del efecto pequeño pero significativo en el manejo de la ansiedad en personas con cáncer avanzado. Estos dos últimos estudios encontraron que las personas que más se beneficiaron de las intervenciones fueron aquellas que mostraban síntomas emocionales más graves. No obstante, los resultados en depresión de la terapia cognitivo conductual en pacientes con cáncer avanzado son aún inconsistentes⁽⁴⁶⁾.

La psicoterapia es un abordaje recomendado por el *National Coalition for Hospice and Palliative Care* y se muestra eficaz mejorando la calidad de vida y reduciendo los síntomas de ansiedad y depresión^(10,58,59). No obstante, las personas en situación de enfermedad avanzada están infrarrepresentadas en los ensayos clínicos de tratamientos psicológicos, por lo que es necesario estudiar específicamente la intervención psicoterapéutica en esta población⁽¹¹⁾, cuyas características son además cualitativamente distintas en cuanto a las dificultades para su reclutamiento y adherencia, experiencia emocional y existencial, intensidad y grado de incapacitación de la sintomatología somática, y esperanza de vida⁽¹³⁾.

La Terapia de Aceptación y Compromiso en cáncer avanzado

ACT es un modelo psicoterapéutico que forma parte de los tratamientos basados en la aceptación y mindfulness⁽³⁷⁾, que revisa la intervención psicológica tal y como la presenta la Terapia Cognitivo Conductual, el enfoque más estudiado hasta la fecha, e incorpora consideraciones importantes en el ámbito oncológico^(47,60). ACT se centra en la aceptación y los valores personales para mejorar el ajuste y afrontamiento de la enfermedad^(37,61). ACT promueve un afrontamiento activo y orientado hacia los propios valores, factor que se ha visto relacionado con mejor ajuste a la enfermedad, adherencia al tratamiento, calidad de vida y percepción de autoeficacia^(62,63). También favorece toma de conciencia de los pensamientos y emociones que generan sufrimiento, facilitando su aceptación y ayudando a tomar distancia y perspectiva respecto a los mismos^(64,65). Esto permite abordar y validar las experiencias emocionales al final de la vida, incluyendo los miedos y la aceptación de este proceso. Finalmente, ACT se centra en los valores de la persona, identificando direcciones valiosas en el contexto del final de vida para facilitar a las personas vivir una vida con sentido aún en situaciones de enfermedad avanzada⁽⁴⁷⁾.

ACT está mostrando una evidencia creciente sobre su aplicabilidad y eficacia en personas con cáncer avanzado. Ha mostrado resultados significativos y duraderos en reducción del distrés emocional y síntomas depresivos, ansiedad, fatiga y sueño, y en mejora de calidad de vida relacionada con la salud, de la aceptación y de la flexibilidad psicológica^(19,47,49,66-68) o, aunque la investigación es aún limitada^(19,46). Las investigaciones sobre ACT en cáncer avanzado se han realizado mayoritariamente en formato individual y apenas existe evidencia de su aplicabilidad en formato grupal^(19,50), con la excepción de los resultados prometedores sobre aplicabilidad, aceptabilidad, satisfacción y eficacia de un estudio de aplicabilidad⁽⁶⁹⁾, de forma que es necesaria más investigación. Lo mismo ocurre con la modalidad online, ya que las intervenciones basadas en ACT en cáncer avanzado se han implementado fundamentalmente de manera presencial^(46,49), con algunas excepciones en formato telefónico^(70,71) y online⁽⁶⁹⁾. Es necesaria también más investigación en las modalidades online y grupal de manera combinada.

Existen investigaciones en cáncer avanzado basadas en otros modelos terapéuticos que nos indican que son aplicables intervenciones en modalidad grupal⁽⁷²⁻⁷⁴⁾ y online^(75,76), si bien la evidencia aún es limitada. Investigaciones basadas en otras intervenciones han señalado posibles beneficios diferentes, como la mejora en el bienestar espiritual, calidad de vida percepción de significado, ansiedad y deseo de adelantar la muerte en el caso de la psicoterapia centrada en el sentido^(74,77), en ansiedad y depresión en el caso de la TCC⁽⁷⁶⁾, en ansiedad, depresión, ansiedad ante la muerte y bienestar espiritual en el caso de la CALM^(10,78). En el caso de ACT en personas con cáncer avanzado, existen algunas evidencias que indican beneficios en distrés, depresión y ansiedad, calidad de vida, capacidad de Planificación Anticipada de los Cuidados^(49,69) e interferencia de los síntomas⁽⁷¹⁾, aunque vista su eficacia en otros ámbitos podemos hipotetizar otros posibles beneficios en aceptación, afrontamiento y manejo de la enfermedad^(38,63). Dados los resultados prometedores de ACT en personas con cáncer avanzado y sus posibles beneficios, las dificultades de acceso a la psicoterapia de las personas con cáncer avanzado y las limitaciones en la investigación, consideramos necesario investigar esta terapia en modalidades grupal y online.

4. Propuesta de intervención

ACT es una psicoterapia conductual basada en aceptación y mindfulness que utiliza meditación, metáforas, ejercicios experienciales e intervenciones conductuales basadas en valores. El objetivo principal de ACT es mejorar la flexibilidad psicológica. Ésta promueve la aceptación activa de experiencias de sufrimiento relacionadas con la enfermedad facilitando la adaptación a los desafíos cambiantes del cáncer avanzado. Esto permite mantener la atención en el momento presente, enfocándose en metas y significados valiosos, en lugar de identificarse con los pensamientos y emociones que generan sufrimiento y alejarse de los propios valores^(18,67). Las estrategias de afrontamiento promovidas por los procesos básicos de ACT se han visto como predictores de mejores resultados psicosociales en personas con cáncer^(46,64). Concretamente, la acción comprometida, relacionada con el trabajo en valores personales, se ha visto correlacionada positivamente con el bienestar psicológico y negativamente con la evitación experiencial y el distrés relacionado con el cáncer⁽⁷⁹⁾. Actualmente aún no hay un cuerpo sólido de investigación empírica sobre la aplicación de ACT en cuidados paliativos⁽⁶⁷⁾, aunque se ha identificado como un enfoque prometedor⁽¹⁹⁾.

Se ha propuesto que la evitación experiencial es un factor de riesgo de cara a presentar distrés emocional⁽⁸⁰⁾. La evitación experiencial es un conjunto de conductas que ocurre cuando la persona tiende a evitar o escapar de las experiencias privadas, como sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos o impulsos, porque le resultan insoportables o no tiene los recursos emocionales necesarios. En su lugar, la persona busca activamente aliviarlas o modificarlas, generando paradójicamente mayor sufrimiento⁽⁶¹⁾. Las personas con cáncer con mayor evitación experiencial tienen mayor riesgo de presentar distrés psicológico, que aquellas que no utilizan estrategias de afrontamiento basadas en la evitación^(18,39). La evitación experiencial de las vivencias emocionales mencionadas previamente puede resultar en conductas de evitación como el aislamiento interpersonal, rechazo a pedir ayuda, abandono de actividades significativas o el abandono de tratamientos^(19,82). Esto puede redundar en menor apoyo emocional, empeoramiento físico, atenuación de los beneficios de los tratamientos y reducción de la calidad de vida asociada a la salud. Mejorar la flexibilidad psicológica podría aumentar la capacidad de las personas de involucrarse en conductas relacionadas con sus valores personales, tomar decisiones sobre sus tratamientos y cuidados al final de la vida y su calidad de vida relacionada con la salud^(19,83).

En este artículo proponemos un protocolo de aplicación de ACT en cáncer avanzado. Está diseñado para aplicarse en modalidad online, dado que en personas con cáncer avanzado es habitual una alta tasa de rechazo y abandono del tratamiento^(13,48,72) y la modalidad online reduce las barreras de acceso a las personas con mayor afectación⁽⁸⁴⁾. Las intervenciones cognitivo conductuales han mostrado ser aplicables, adaptables y eficaces en formato online^(76,85) y puede

lograrse una adecuada alianza terapéutica⁽⁶⁶⁾. También está planteado para realizarse en formato grupal, porque existe evidencia robusta de que las intervenciones psicoterapéuticas grupales son eficaces en la reducción del distrés psicológico, ansiedad, depresión, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la reducción del sufrimiento relacionado con síntomas como el dolor, eficientes en cuanto inversión de tiempo y recursos^(23,87) y promueven el apoyo social, algo relevante en una situación en que las personas pueden experimentar soledad y aislamiento respecto a su red social habitual^(19,88), mejorando la comunicación en esta etapa de la enfermedad.

Implementación

La implementación del protocolo AVANZACT se realizó en el programa de Psicooncología en el Hospital Universitario La Paz. A continuación, se describen las prácticas utilizadas para su adecuado funcionamiento.

- **Detalles de implementación:** el protocolo se realizó con una periodicidad semanal por parte de dos profesionales del programa, con la colaboración de profesionales en formación presentes de manera transitoria en el equipo (tanto PIR como estudiantes de Máster en Psicooncología y Cuidados Paliativos como una compañera psicóloga clínica perteneciente a otro equipo). El reclutamiento se realizó a través de derivaciones por parte de profesionales del propio programa, así como de especialistas de Oncología Médica, Cuidados Paliativos y Hematología. Los participantes tenían como criterios de inclusión ser mayor de 18 años, estar en seguimiento en el Hospital cáncer avanzado, presentar malestar emocional susceptible de beneficiarse de intervenciones psicoterapéuticas, y ser capaz de comprender y dar su consentimiento informado por escrito. Los criterios de exclusión fueron discapacidad intelectual o deterioro cognitivo, insuficiente conocimiento del idioma enfermedad mental grave en estado agudo en el momento actual que impidiera la participación en el estudio. En nuestro caso, llegamos a realizar ocho ediciones de la intervención.
- **Modalidad grupal online:** para la reunión online síncrona con los participantes se utilizó una plataforma de videollamadas de uso intuitivo en cumplimiento con los requisitos informáticos, legales y éticos (Zoom), con adecuada protección de datos y el uso de una cuenta institucional⁽⁶⁶⁾. Antes del inicio de cada edición de la intervención grupal se realizó una sesión “cero” o de bienvenida para recibir a los participantes en la plataforma, aclarar posibles dudas sobre su uso y resolver problemas técnicos previamente al inicio del propio grupo. Aquellas personas que lo requirieron recibieron apoyos individuales para el adecuado funcionamiento tecnológico. Respecto a las respuestas emocionales, los dos terapeutas alternaban los roles de entrenador y coentrenador al estilo Terapia Dialéctica Conductual, de tal manera que mientras uno de ellos dirigía la sesión tenía activada la vista del hablante, mientras que el otro permanecía como coentrenador y tenía activada la vista de galería, prestando atención a las respuestas emocionales de los distintos participantes e interviniendo en caso de detectar algún caso de malestar emocional intenso. La interacción entre participantes se fomentó tanto verbalmente durante las sesiones por parte de los terapeutas, como reservando durante las sesiones al menos un espacio de reunión en grupo reducido de participantes.
- **Adhesión al modelo:** ACT no es un modelo que deba aplicarse de manera inflexible en distintas situaciones⁽⁶⁷⁾. De igual forma, el protocolo está diseñado para que cada sesión, metáfora y ejercicio estén orientados al abordaje de uno de los procesos básicos que propone ACT. La propuesta es utilizar las estrategias del protocolo adaptándose al aquí y ahora de cada sesión, con el importante respaldo de la evaluación realizada a través del análisis funcional grupal en las dos primeras sesiones. Además, se promueve que aquellos profesionales en formación que participan en las sesiones como observadores puedan vigilar la adhesión al protocolo y proporcionar feedback a los terapeutas.
- **Evaluación de eficacia:** AVANZACT se propone como un protocolo estandarizado y replicable, con los propósitos de evaluar su aplicabilidad y eficacia y poder difundirlo y aplicarlo.

Por ello se propone evaluar su aplicabilidad en términos de reclutamiento (si es posible incluir a un número suficiente de personas a la intervención), adherencia (si las personas se involucran de manera suficiente en las sesiones)⁽⁶⁹⁾, satisfacción y seguridad. Estas últimas pueden medirse mediante escalas estandarizadas como el CSQ-8⁽⁸⁹⁾ o con preguntas ad hoc⁽⁹⁰⁻⁹²⁾. Para la evaluación de la eficacia se propone el uso de instrumentos de uso extendido como el HADS para ansiedad y depresión⁽⁹³⁾, el EORTC QLQ-C15-PAL⁽⁹⁴⁾ para calidad de vida. También se propone la medición de mecanismos de cambio propuestos en ACT como la capacidad de prestar atención plena al momento presente a través del FFMQ⁽⁹⁵⁾ y la evitación experiencial a través del AAQ-II⁽⁹⁶⁾.

- Consideraciones éticas: el estudio del protocolo AVANZACT fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario La Paz (código HULP: PI-4695), como un estudio de aplicabilidad cuyos resultados se publicarán en el futuro. Para ello se tuvieron en cuenta tanto la adecuada provisión del consentimiento informado de los participantes, como el uso de medios online adecuados para la protección de la confidencialidad y privacidad, y el tratamiento anonimizado de datos de los participantes.

Estructura del programa

La estructura del programa AVANZACT es similar a la de otros programas psicoterapéuticos grupales estandarizados como MBSR o MSC, y está recogida en la Tabla 1. Consta de seis sesiones grupales, con una duración de dos horas, con una frecuencia semanal. Las sesiones incluyen prácticas experienciales durante las sesiones, conversación guiada, reuniones en grupos reducidos, prácticas de mindfulness y propuestas de tareas para el periodo entre sesiones. Las sesiones del programa AVANZACT se diseñaron para promover la flexibilidad psicológica mediante el abordaje de los seis procesos básicos de la misma propuestos por ACT: aceptación, direcciones valiosas, compromiso con acciones en dirección, defusión, yo-contexto y estar en el momento presente. El Programa AVANZACT es eminentemente práctico y vivencial-experiencial, más que psicoeducativo. Se propone que, mediante la experiencia guiada durante la sesión, los participantes aprendan a: 1) identificar las experiencias emocionales desagradables en su situación actual, 2) notar cómo éstas actúan como barreras que les impiden implicarse en acciones relacionadas con las facetas importantes de su vida y 3) practicar la habilidad de orientar la conducta y la atención en direcciones significativas. El programa está diseñado para ser conducido por dos profesionales, estando al menos uno de ellos formado en ACT, preferentemente teniendo el otro de ellos formación en mindfulness, atribuyéndose roles de manera que una persona está dirigiendo la sesión (preferentemente con la pantalla mostrando la vista del hablante) mientras la otra está atenta a las reacciones y estados emocionales de las personas integrantes del grupo (preferentemente con la pantalla mostrando la vista de reunión).

Tabla 1. Esquema de sesiones.

Sesión	Intervenciones*	Duración
	Presentación de profesionales, participantes y normas del grupo	40'
	Discusión acerca del malestar emocional en la enfermedad avanzada	30'
Sesión 1	Presentación de la intervención (encuadre mediante la metáfora "los dos escaladores")	20'
	Introducción a la práctica de mindfulness (atención a la respiración)	20'
	Pauta de práctica de mindfulness entre sesiones y cierre	10'

Sesión	Intervenciones*	Duración
	Práctica de aterrizaje: escáner corporal	40'
	Introducción al Análisis Funcional de la conducta (ACT Matrix) y debate grupal	50'
Sesión 2	Discusión en parejas acerca de experiencias personales siguiendo la ACT Matrix	20'
	Modelado y pauta de autorregistro y práctica de mindfulness entre sesiones	10'
	Práctica de aterrizaje: Meditación ampliada	50'
	Puesta en común del autorregistro y resolución de dudas	20'
Sesión 3	Aceptación: debate sobre estrategias de evitación experiencial y metáfora “la pelota en la piscina”	40'
	Explicación de tareas entre sesiones: Mindfulness, autorregistro y completar “brújula de valores”	10'
	Práctica de aterrizaje: Meditación ampliada incluyendo exposición en imaginación a situación desagradable	40'
	Feedback sobre tareas entre sesiones e introducción de la “brújula de valores”	15'
Sesión 4	Clarificación de Valores: exploración “brújula de valores”	15'
	Trabajo en parejas con “brújula de valores”	15'
	Meditación: “hojas en el río” o “vagones de tren”	20'
	Explicación de tareas entre sesiones: Mindfulness y autorregistro	5'
	Meditación “ablanda, calma y permite”	40'
	Compromiso con acciones valiosas: metáfora “el jardín”	40'
Sesión 5	Discusión en parejas acerca de experiencias personales siguiendo la metáfora “el jardín”	20'
	Toma de perspectiva y yo-contexto: metáfora “la radio siempre encendida” en formato meditación	15'
	Tareas entre sesiones: Mindfulness y autorregistro (puede incluirse tarea orientada al cierre del grupo)	5'
	Meditación “amigo compasivo”	40'
	Cierre: recapitulación grupal siguiendo metáforas comentadas y exploración, mensajes de despedida	40'
Sesión 6	Debate acerca de la experiencia del grupo, feedback, sugerencias y aprendizajes	30'
	Despedida: ofrecer recursos, compartir contactos quienes lo deseen, recordar cuestionarios de investigación	10'

*Todas las sesiones, excepto la primera, incluyen una práctica de meditación al inicio y al final. Cada nueva práctica de meditación propuesta va seguida de un tiempo breve dedicado a la indagación grupal.

Nótese que las terapias de tercera generación en general, y ACT en particular, invitan a una metodología flexible y adaptada al o la consultante. Esta flexibilidad invita a evitar el uso de protocolos de intervención en favor de un plan de intervención diseñado según la evaluación y análisis

funcional del o la consultante. No obstante, esta flexibilidad requiere de mayor pericia en el caso de la intervención grupal. El protocolo AVANZACT se presenta de forma estructurada para poder investigar y replicar la intervención, invitando a utilizar las distintas intervenciones que se proponen centrándose en la evaluación del funcionamiento grupal (véase el énfasis en ésta en las dos primeras sesiones), y a modificar los distintos componentes de la intervención en la aplicación clínica según se requiera.

5. Discusión

La evidencia disponible en cáncer avanzado señala que esta población es especialmente vulnerable a presentar problemas de salud mental y que es necesaria más investigación acerca de cómo reducir las barreras de acceso a tratamientos psicológicos eficaces. Investigaciones anteriores señalan que es posible implementar intervenciones psicológicas eficaces para mejorar la calidad de vida, la psicopatología, el bienestar espiritual y la PAC en estas personas, si bien existe consenso en que la implementación es complicada. ACT puede aportar resultados adicionales en aceptación, afrontamiento centrado en valores personales y calidad de vida al mejorar la flexibilidad psicológica. Por tanto, es necesario verificar la aplicabilidad ACT en personas con cáncer avanzado. Estudios posteriores permitirán comparar la eficacia de ACT en relación a otros enfoques como la Terapia centrada en el Sentido, la Terapia de la Dignidad o la CALM. La intervención que proponemos aspira a reducir al máximo las barreras de acceso a la psicoterapia implementando de manera simultánea las modalidades de intervención grupal y online. Aunque ambas modalidades han sido señaladas como facilitadoras para el acceso a las intervenciones, aún es escasa la investigación acerca de su uso en conjunto. Como limitaciones, cabe esperar las propias de esta población y de ambas modalidades de intervención: escasez de evidencia empírica disponible, dificultades en el reclutamiento y adherencia de participantes en relación a su condición física e interferencia de otros tratamientos (tanto por efectos secundarios como por incompatibilidad horaria), y dificultad de acceso a las tecnologías en personas con edad avanzada o complicaciones económicas.

6. Conclusiones

La psicoterapia es una intervención eficaz para el abordaje de los trastornos emocionales y aborda cuestiones existenciales inherentes a la enfermedad avanzada, pero aún es necesario estudiar su aplicabilidad y eficacia en personas con cáncer avanzado. Este artículo revisa el estado de la cuestión de la psicoterapia en cáncer avanzado y propone un nuevo protocolo de intervención basado en ACT, el protocolo AVANZACT, que se implementó satisfactoriamente en el programa de Psicooncología en el Hospital Universitario La Paz. Esta intervención presumiblemente disminuirá las barreras de acceso a la psicoterapia en cáncer avanzado, implementando para de manera novedosa las modalidades grupal y online a la vez, suponiendo un tratamiento aplicable en este contexto. Además, esperamos resulte eficaz en mejora de ansiedad, depresión, calidad de vida y aceptación.

7. Referencias bibliográficas

1. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-7. <https://doi.org/10.1001/jama.249.6.751>
2. Kuhnt S, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Twelve-month and lifetime prevalence of mental disorders in cancer patients. *Psychother Psychosom* 2016;85:289-96. <https://doi.org/10.1159/000446991>
3. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160-74. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)

4. Grassi L, Caruso R, Riba MB, Lloyd-Williams M, Kissane D, Rodin G, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO clinical practice guideline. *ESMO Open* 2023;8:101155. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101155>
5. Vucic V, Radovanovic S, Radevic S, Savkovic Z, Mihailovic N, Mihaljevic O, et al. Mental health assessment of cancer patients: prevalence and predictive factors of depression and anxiety. *Iran J Public Health* 2021;50:2018-26. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i10.7502>
6. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;2004(32):57-71. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>
7. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Ann Oncol* 2010;21:925-30. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp385>
8. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev* 2017;56:16-27. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.03.012>
9. Riedl D, Schüßler G. Factors associated with and risk factors for depression in cancer patients – a systematic literature review. *Transl Oncol* 2022;16:101328. <https://doi.org/10.1016/j.tranon.2021.101328>
10. Caruso R, Breitbart W. Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29:e86. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000866>
11. Bail JR, Traeger L, Pirl WF, Bakitas MA. Psychological symptoms in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs* 2018;34:241-51. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.005>
12. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6(6):CD011129. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>
13. Hui D, Glitza I, Chisholm G, Yennu S, Bruera E. Attrition rates, reasons, and predictive factors in supportive care and palliative oncology clinical trials. *Cancer* 2013;119:1098-105 <https://doi.org/10.1002/cncr.27854>
14. Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology* 2014;23:121-30. <https://doi.org/10.1002/pon.3409>
15. Arch JJ, Bright EE, Finkelstein LB, Fink RM, Mitchell JL, Andorsky DJ, et al. Anxiety and depression in metastatic cancer: a critical review of negative impacts on advance care planning and end-of-life decision making with practical recommendations. *JCO Oncol Pract* 2023;19:1097-108. <https://doi.org/10.1200/OP.23.00287>
16. Rodríguez-González A, Velasco-Durántez V, Cruz-Castellanos P, Hernández R, Fernández-Montes A, Jiménez-Fonseca P, et al. Mental adjustment, functional status, and depression in advanced cancer patients. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:3015. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043015>
17. Fitzgerald P, Lo C, Li M, Gagliese L, Zimmermann C, Rodin G. The relationship between depression and physical symptom burden in advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care* 2015;5:381-8. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000380>
18. Angiola JE, Bowen AM. Quality of life in advanced cancer: an acceptance and commitment therapy view. *Couns Psychol* 2013;41:313-35. <https://doi.org/10.1177/0011000012461955>
19. Li H, Wong CL, Jin X, Chen J, Chong YY, Bai Y. Effects of acceptance and commitment therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2021;115:103876. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103876>
20. Nipp RD, El-Jawahri A, Moran SM, D'Arpino SM, Johnson PC, Lage DE, et al. The relationship between physical and psychological symptoms and health care utilization in hospitalized patients with advanced cancer. *Cancer* 2017;123:4720-7. <https://doi.org/10.1002/cncr.30912>
21. Armstrong TS. Symptoms experience: a concept analysis. *Oncol Nurs Forum* 2003;30:601-6. <https://doi.org/10.1188/03.ONF.601-606>

22. Dong ST, Butow PN, Tong A, Agar M, Boyle F, Forster BC, et al. Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: a semi-structured interview study. *Support Care Cancer* 2016;24:1373-86. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2913-4>
23. Guan B, Wang K, Shao Y, Cheng X, Hao J, Tian C, et al. The use of distress thermometer in advanced cancer inpatients with pain. *Psychooncology* 2019;28:1004-10. <https://doi.org/10.1002/pon.5032>
24. Nersesyan H, Slavin KV. Current approach to cancer pain management: availability and implications of different treatment options. *Ther Clin Risk Manag* 2007;3:381-400.
25. Duijts SFA, Faber MM, Oldenburg HSA, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—a meta-analysis. *Psychooncology* 2011;20:115-26. <https://doi.org/10.1002/pon.1728>
26. Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, Smith GC, Love AW, Bloch S, et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2007;16:277-86. <https://doi.org/10.1002/pon.1185>
27. Lloyd-Williams M, Payne S, Reeve J, Kolamunnage Dona R. Antidepressant medication in patients with advanced cancer—an observational study. *QJM* 2013;106:995-1001. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct133>
28. Okamura M, Akizuki N, Nakano T, Shimizu K, Ito T, Akechi T, et al. Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2008;17:154-60. <https://doi.org/10.1002/pon.1213>
29. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2018(4):CD011006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011006.pub3>
30. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74:595-602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
31. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. London: NICE; 2022. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
32. Qaseem A, Owens DK, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Tufte J, Cross JT, Wilt TJ. Nonpharmacologic and pharmacologic treatments of adults in the acute phase of major depressive disorder: a living clinical guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2023;176:239-52. <https://doi.org/10.7326/M22-2056>
33. Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology*. 1998;7:218-28. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199805/06\)7:3<218::AID-PON308>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199805/06)7:3<218::AID-PON308>3.0.CO;2-D)
34. Ruano A, García-Torres F, Gálvez-Lara M, Moriana JA. Psychological and non-pharmacologic treatments for pain in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2022;63(5):e505-20. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.024>
35. Yang Y, Yi Y, Shi X, Yang X. Comparative efficacy of psychological interventions on anxiety and depression in patients with cancer: a systematic review and network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2024;103(21):e38155. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038155>
36. Zhang CQ, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger MS, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Front Psychol* 2018;8:2350. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>
37. Fashler SR, Weinrib AZ, Azam MA, Katz J. The use of acceptance and commitment therapy in oncology settings: a narrative review. *Psychol Rep* 2018;121:229-52. <https://doi.org/10.1177/0033294117726061>
38. Zhao C, Lai L, Zhang L, Cai Z, Ren Z, Shi C, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: a meta-analysis with trial sequential analysis. *J Psychosom Res* 2021;140:110304. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110304>

39. Jiang X, Sun J, Song R, Wang Y, Li J, Shi R. Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol* 2024;14:1253266. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1253266>
40. Kwekkeboom KL, Cherwin CH, Lee JW, Wanta B. Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:126-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.05.022>
41. Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *J Clin Oncol* 2014;32:1703-11. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.4825>
42. Cillessen L, Johannsen M, Speckens AEM, Zachariae R. Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychooncology* 2019;28:2257-69. <https://doi.org/10.1002/pon.5214>
43. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and depression in cancer survivors. *Med Clin North Am* 2017;101:1099-113. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.007>
44. Mathew A, Doorenbos AZ, Jang MK, Hershberger PE. Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors: a systematic review and conceptual model. *J Cancer Surviv* 2021;15:427-451. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00938-z>
45. McCaughan E, Parahoo K, Hueter I, Northouse L, Bradbury I. Online support groups for women with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(3):CD011652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011652.pub2>
46. Serfaty M, Armstrong M, Vickerstaff V, Davis S, Gola A, McNamee P, et al. Acceptance and commitment therapy for adults with advanced cancer (CanACT): a feasibility randomised controlled trial. *Psychooncology* 2019;28:488-96. <https://doi.org/10.1002/pon.4960>
47. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2015;24:15-27. <https://doi.org/10.1111/ecc.12223>
48. Boonzaier A, Pollard A, Ftanou M, Couper JW, Schofield P, Mileskin L, et al. The practical challenges of recruitment and retention when providing psychotherapy to advanced breast cancer patients. *Support Care Cancer* 2010;18:1605-13. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0979-6>
49. Rost AD, Wilson K, Buchanan E, Hildebrandt MJ, Mutch D. Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients: examining the role of avoidance in treatment. *Cogn Behav Pract* 2012;19:508-17. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.003>
50. Fang P, Tan L, Cui J, Yu L. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for people with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Adv Nurs* 2023;79:519-38. <https://doi.org/10.1111/jan.15543>
51. Moncayo FLG, Breitbart W. Psicoterapia centrada en el sentido: "vivir con sentido". Estudio piloto. *Psicooncología* 2013;10:233-44. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43446
52. Thomas LPM, Meier EA, Irwin SA. Meaning-centered psychotherapy: a form of psychotherapy for patients with cancer. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16(10):488. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0488-2>
53. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002;54:433-43. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00084-3)
54. Rudilla D, Barreto P, Oliver A, Galiana L. Estudio comparativo de la eficacia del counselling y de la terapia de la dignidad en pacientes paliativos. *Med Paliativa* 2017; 24:39-46. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2014.09.004>
55. Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2018; 36:2422-32. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.1097>

56. National Comprehensive Cancer Network. NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology* (Williston Park). 1999;13(5A):113-47.
57. Sanjida S, McPhail SM, Shaw J, Couper J, Kissane D, Price MA, et al. Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psychooncology* 2018;27:2063-76. <https://doi.org/10.1002/pon.4794>
58. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: a meta-analysis. *J Palliat Med* 2018;21:1024-37. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0576>
59. Riba MB, Donovan KA, Ahmed K, Andersen B, Braun I, Breitbart WS, et al. NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023. *J Natl Compr Canc Netw* 2023; 21:450-7. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0027>
60. Datta A, Aditya C, Chakraborty A, Das P, Mukhopadhyay A. The potential utility of acceptance and commitment therapy (ACT) for reducing stress and improving wellbeing in cancer patients in Kolkata. *J Cancer Educ* 2016; 31:721-9. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0935-8>
61. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. *Terapia de aceptación y compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2014.
62. Li Y, Yang Y, Zhang R, Yao K, Liu Z. The mediating role of mental adjustment in the relationship between perceived stress and depressive symptoms in hematological cancer patients: a cross-sectional study. *PLoS One* 2015;10(11):e0142913. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142913>
63. Pořęba-Chabros A, Kolańska-Stronka M, Mamcarz P, Mamcarz I. Cognitive appraisal of the disease and stress level in lung cancer patients. The mediating role of coping styles. *Support Care Cancer* 2022;30:4797-806. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06880-3>
64. Arch JJ, Mitchell JL, Genung SR, Fisher R, Andorsky DJ, Stanton AL. A randomized controlled trial of a group acceptance-based intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry ('Valued Living'): study protocol. *BMC Cancer* 2019;19:89. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5289-x>
65. O'Hayer CVF, O'Hayer KM, Sama A. Acceptance and commitment therapy with pancreatic cancer: an integrative model of palliative care—a case report. *J Pancreat Cancer* 2018;4:1-3. <https://doi.org/10.1089/pancan.2017.0021>
66. Low J, Davis S, Drake R, King M, Tookman A, Turner K, et al. The role of acceptance in rehabilitation in life-threatening illness. *J Pain Symptom Manage* 2012;43:20-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.03.020>
67. Park SY. Application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in hospice and palliative care settings. *J Hosp Palliat Care* 2023;26:140-4. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2023.26.3.140>
68. Li Z, Li Y, Guo L, Li M, Yang K. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for mental illness in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Clin Pract* 2021;75(6):e13982. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13982>
69. Arch JJ, Fishbein JN, Ferris MC, Mitchell JL, Levin ME, Slivjak ET, et al. Acceptability, feasibility, and efficacy potential of a multimodal acceptance and commitment therapy intervention to address psychosocial and advance care planning needs among anxious and depressed adults with metastatic Cancer. *J Palliat Med* 2020;23:1380-5. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0398>
70. Mosher CE, Secinti E, Li R, Hirsh AT, Bricker J, Miller KD, et al. Acceptance and commitment therapy for symptom interference in metastatic breast cancer patients: a pilot randomized trial. *Support Care Cancer* 2018;26:1993-2004. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4045-0>
71. Mosher CE, Secinti E, Hirsh AT, Hanna N, Einhorn LH, Jalal SI, et al. Acceptance and Commitment Therapy for symptom interference in advanced lung cancer and caregiver distress: a pilot randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2019;58:632-44. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.021>
72. Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Pessin HA, Radomski JN, Simay Gökbayrak N, Katz AM, et al. Factors associated with attrition from a randomized controlled trial of meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2012;21:1195-204. <https://doi.org/10.1002/pon.2013>

73. Johns SA, Stutz PV, Talib TL, Cohee AA, Beck-Coon KA, Brown LF, et al. Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer* 2020; 126:211-8. <https://doi.org/10.1002/cncr.32518>
74. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol* 2015;33:749-54. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
75. Cheung EO, Cohn MA, Dunn LB, Melisko ME, Morgan S, Penedo FJ, et al. A randomized pilot trial of a positive affect skill intervention (lessons in linking affect and coping) for women with metastatic breast cancer. *Psychooncology* 2017;26:2101-8. <https://doi.org/10.1002/pon.4312>
76. Murphy MJ, Newby JM, Butow P, Joubert A, Kirsten L, Shaw J, et al. A mixed methods pilot and feasibility open trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy (iCanADAPT Advanced) for people with advanced cancer with depression and/or anxiety. *Internet Interv* 2021;26:100449. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100449>
77. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Li Y, et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer* 2018;124:3231-9. <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
78. Loughan AR, Willis KD, Braun SE, Rodin G, Lanoye A, Davies AE, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM) in adults with malignant glioma: a proof-of-concept phase IIa trial. *J Neurooncol* 2022;157:447-56. <https://doi.org/10.1007/s11060-022-03988-8>
79. Ciarrochi J, Fisher D, Lane L. The link between value motives, value success, and well-being among people diagnosed with cancer. *Psychooncology* 2011;20:1184-92. <https://doi.org/10.1002/pon.1832>
80. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behav Res Ther* 2006;44:1301-20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
81. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1152-68. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
82. González-Fernández S, Fernández-Rodríguez C. Acceptance and Commitment Therapy in cancer: review of applications and findings. *Behav Med* 2019;45:255-69. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1452713>
83. Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2019
84. Hennemann-Krause L, Lopes AJ, Araújo JA, Petersen EM, Nunes RA. The assessment of telemedicine to support outpatient palliative care in advanced cancer. *Palliat Support Care* 2015;13:1025-30. <https://doi.org/10.1017/S147895151400100X>
85. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira N. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *J Technol Hum Serv* 2008;26:109-60. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
86. Torre Martí M de la, Pardo Cebrián R, Colegio Oficial de Psicólogos (España), Delegación de Madrid. Guía para la intervención telepsicológica. 2018
87. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology* 2010;19:21-8. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>
88. Blake-Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb JM, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *Eur J Cancer* 35:1581-6 [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(99\)00194-x](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(99)00194-x)
89. Vázquez FL, Torres Á, Otero P, Blanco V, Clifford Attkisson C. Psychometric properties of the Castilian Spanish version of the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). *Curr Psychol* 2019;38:829-35. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9659-8>

90. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011;12:753-62. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
91. Johns SA, Beck-Coon K, Stutz PV, Talib TL, Chinh K, Cottingham AH, et al. Mindfulness training supports quality of life and advance care planning in adults with metastatic cancer and their caregivers: results of a pilot study. *Am J Hosp Palliat Med* 2020;37:88-99. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049909119862254>
92. Milbury K, Engle R, Tsao A, Liao Z, Owens A, Chaoul A, et al. Pilot testing of a brief couple-based mind-body intervention for patients with metastatic non-small cell lung cancer and their partners. *J Pain Symptom Manage* 2018;55:953-61. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.11.027>
93. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Rodríguez-Muñoz MF. Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2012;5:107-14. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.003>
94. Arraras JI, de la Vega FA, Asin G, Rico M, Zarandona U, Eito C, et al. The EORTC QLQ-C15-PAL questionnaire: validation study for Spanish bone metastases patients. *Qual Life Res* 23:849-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0511-9>
95. Cebolla A, García-Palacios A, Soler J, Guillen V, Baños R, Botella C. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur J Psychiatry* 2012;26:118-26. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
96. Ruiz FJ, Langer Herrera Ál, Luciano C. Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema* 2013;25:123-9. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>