

Revisión sistemática de la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso en mujeres con diagnóstico de infertilidad

Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Women Diagnosed with Infertility

Janie Soleil González Rodríguez, Luis Edmundo Estévez Montalvo, María Eulalia Ramírez Palacios

Resumen

El diagnóstico de infertilidad femenina repercute en su bienestar general y en el de sus parejas provocando diferentes síntomas como, distrés, angustia y tristeza que interfieren en la capacidad para afrontar el diagnóstico de forma funcional. Ante esta problemática, la presente revisión sistemática tiene como objetivo describir la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en mujeres con infertilidad para lograr una mejor adaptación del diagnóstico. Para cumplir lo planteado, se consultaron estudios que fueron seleccionados a partir de bases de datos como: Scopus, PubMed, LILACS y Google Scholar, utilizando los términos MeSH como: "Acceptance and Commitment Therapy", "ACT", "Infertilidad", "Infertility", "Women", "Quality of Life" y "Mental Health". Se usó el software Rayyan para el cribado detallado, posteriormente, se escogieron los estudios que cumplían con los criterios de inclusión para ser leídos a texto completo y asegurar su rigor científico mediante PRISMA. Para la evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgos se utilizó las guías CASPe y la declaración TREND. Se incluyeron 4 estudios que reportaron una mejora significativa en la flexibilidad psicológica, así como una reducción considerable de los síntomas de distrés, angustia y tristeza profunda. Esto indica que la ACT puede ser una intervención de elección para mejorar el bienestar y calidad de vida en mujeres con infertilidad. No existe ningún conflicto de interés en relación con la presente revisión sistemática ni con sus resultados encontrados. Además, no se recibió financiación de alguna entidad pública o privada.

Palabras claves: Infertilidad femenina; Terapia de Aceptación y Compromiso; Calidad de vida; Bienestar psicológico.

Janie Soleil González Rodríguez

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | janie.gonzalez.59@est.ucacue.edu.ec
<http://orcid.org/0009-0008-3497-6366>

Luis Edmundo Estévez Montalvo

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | luis.estevez@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-7865-5099>

María Eulalia Ramírez Palacios

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | lalypa4691@gmail.com
<http://orcid.org/0000-0002-9776-3762>

Abstract

The diagnosis of female infertility significantly impacts their and their partners general well-being, often causing symptoms such as distress, anxiety, and profound sadness that compromise the functional ability to cope with the diagnosis. Addressing these psychological challenges necessitates psychotherapeutic interventions, with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) emerging as an approach aimed at facilitating acceptance of the diagnosis and enhancing overall well-being. Accordingly, this systematic review aims to describe the effectiveness of ACT for women experiencing infertility. To fulfill this objective, studies involving women diagnosed with infertility who received ACT or its adaptations were reviewed. The search was restricted to publications from the last 10 years, available in English, Spanish, or Portuguese. Articles were selected from databases including Scopus, PubMed, LILACS, and Google Scholar, using MeSH terms and keywords such as "Acceptance and Commitment Therapy," "ACT," "Infertility," "Women," "Quality of Life," and "Mental Health." The final search was conducted on March 4, 2025. Detailed screening was performed using the Rayyan software, and eligible full-text studies were selected, ensuring scientific rigor through the PRISMA guidelines. Methodological quality and risk of bias were assessed using the CASPE guidelines and the TREND statement. As a result, four studies were ultimately included, all reporting a significant improvement in psychological flexibility and a considerable reduction in symptoms of distress, anxiety, and deep sadness. These findings suggest that ACT can be a valuable intervention for enhancing the well-being and quality of life of women with infertility. No conflicts of interest exist regarding this systematic review or its findings. No public or private entity provided funding for this research.

Keywords: Female infertility, Acceptance and Commitment Therapy; Quality of life; Psychological well-being.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que entre el 8 % y el 12 % de las parejas en el mundo enfrentan problemas de infertilidad (Vander Borgh & Wyns, 2018). En Ecuador, aunque no hay estadísticas oficiales sobre la prevalencia de la infertilidad en mujeres, existen ciertas condiciones médicas que pueden contribuir a su desarrollo Ozcan Dag & Dilbaz (2015), mencionan que la obesidad puede influir en la salud reproductiva de la mujer causando un desequilibrio hormonal, ante el cual, se presentan ciclos menstruales irregulares que favorecen la infertilidad. El síndrome de ovario poliquístico provoca anovulación crónica, resistencia a la insulina, asimismo ciclos menstruales irregulares, factores que comprometen la fertilidad de la mujer (Teede et al., 2018). Otra condición que puede ser un factor para la infertilidad es la endometriosis que genera inflamación pélvica, daños en las trompas de Falopio y dolor crónico (Giudice, 2010).

La OMS define a la infertilidad como la incapacidad de concebir tras 12 meses de relaciones sexuales de forma regular y sin protección anticonceptiva (Brugo-Olmedo et al., 2003), ante esta dificultad muchas mujeres sienten angustia, distrés o frustración. La infertilidad no solo imposibilita la capacidad para procrear, como menciona Schmidt (2009), tras fallar diferentes intentos para concebir, los niveles de ansiedad comienzan a subir, mientras que la percepción de la autoestima y el sentido de la vida disminuyen considerablemente, las diferentes estrategias para afrontar este diagnóstico suelen ser inadecuadas, lo que causa un agravamiento de este proceso.

Una de estas estrategias es la evitación experiencial, según Hayes et al. (2012), es la tendencia a eludir intencionalmente emociones, pensamientos, recuerdos de un evento en específico. Cha-

chamovich et al. (2010), refiere que las mujeres suelen evitar conversaciones sobre la maternidad, aunque al principio esto suele ser considerado como algo funcional para sentir alivio, también la evitación emocional puede estar asociada a un deterioro de la calidad de vida en los aspectos psicológicos, sociales y relacionales.

Otra estrategia es la rumiación cognitiva, que se define como la repetición constante de pensamientos que provocan malestar, estos suelen enfocarse en la causa o consecuencias de un evento significativo (Nolen-Hoeksema et al. 2008). En este ámbito, los pensamientos producen culpabilidad ante expectativas no cumplidas. De acuerdo con Galhardo et al. (2020), las mujeres con rumiación frecuente llegan a presentar más síntomas depresivos durante los tratamientos de fertilidad, dificultando así la capacidad de establecer objetivos.

En el ámbito social, las mujeres que enfrentan la infertilidad pueden sentir una presión significativa por parte de familiares y amigos, lo que puede generar la percepción de ser consideradas “incompletas” en una sociedad que valora la maternidad como el rol principal de la mujer. Esta situación impacta negativamente sus relaciones interpersonales, como señala Doyle & Carballedo (2014).

La incapacidad para concebir puede desencadenar un proceso de duelo, similar al que se experimenta ante la pérdida de un ser querido, esto se refleja en que la mujer se enfrenta a la difícil decisión de someterse a tratamientos médicos o aceptar su infertilidad. La toma de decisiones resulta compleja, dado que los tratamientos de fertilidad tienden a ser costosos, invasivos y no siempre garantizan el éxito (Doyle & Carballedo, 2014). Esto deja en claro que, aunque la revisión se enfoque en la mujer, es imperativo establecer que la infertilidad afecta también a su pareja (Njagi et al., 2023). Los desafíos emocionales no se limitan a la dimensión personal, sino que impactan profundamente en el sistema conyugal. La frustración y la incertidumbre, intensificadas al considerar los tratamientos de reproducción asistida, deterioran la satisfacción marital, la comunicación íntima y la vida sexual, además de generar distrés financiero e incertidumbre. Por otra parte, existe una carga psicológica mayor en parejas con recursos económicos limitados al no encontrar tratamientos que se ajusten a su presupuesto.

A más de estas afectaciones psicológicas y sociales, el estrés específico de la infertilidad también desencadena respuestas biológicas adversas. Massey et al. (2014), en su revisión sistemática encontró que las situaciones crónicas de estrés provocan una alteración del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal (HPA), resultando en un aumento del cortisol (un indicador de estrés) y la prolactina (inhibidora de la actividad reproductora). Este desequilibrio endocrino dificulta la maduración folicular lo que compromete la funcionalidad del tratamiento de fertilización in vitro (FIV). En otro caso, Ebbesen et al. (2009), después de monitorear la relación entre nivel de estrés, eventos negativos y el tratamiento de FIV en mujeres, se llegó a la conclusión que aquellas que registraron poca presencia de eventos impactantes negativos o bajos niveles de estrés en el cuestionario de Lista de Eventos Recientes lograron concebir el embarazo con menos dificultad, a comparación de las mujeres que pasaban por eventos estresantes o que desencadenen este malestar.

Frente a este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés), destaca como una intervención prometedora para ayudar a la mujer en el proceso de la infertilidad. La ACT es una respuesta para lograr un acompañamiento enfocado cómo influyen los pensamientos, recuerdos, emociones y sensaciones (eventos privados) dentro del contexto de la persona, con el propósito de lograr una funcionalidad sin necesidad de eliminarlos (Hayes et al., 1999). Ante esto, nace el principio fundamental la aceptación de las experiencias difíciles y la promoción de los valores personales, de esta forma se lograría la flexibilidad psicológica (Anusuya & Gayatri Devi, 2025). Este enfoque terminó consolidándose en 1999, desde entonces se la reconoce como una terapia con evidencia empírica para ser aplicada en diferentes contextos clínicos y diversas poblaciones (Hofmann & Asmundson, 2008).

La ACT no aparece por sí sola, al contrario, se explica desde 2 teorías que, aunque sean de distintas perspectivas, se llegan a complementar. En primer lugar, se encuentra el Contextualismo Funcional, Zettle (2005), la describe como el marco filosófico que aporta el marco general de la ACT al enfocarse en cómo se desarrollan los comportamientos en contextos específicos de cada individuo, en lugar, de fijarse en su forma. Es a partir de esta filosofía que cada intervención logra ser única ya que se adapta a cada paciente, porque se fija en que la eficacia de la técnica logre su función en el contexto del individuo en lugar de seguir un procedimiento rígido o por pasos. Así se alcanzaría un proceso flexible, pero centrado en la demanda única que puede presentar cada paciente.

Por otro lado, la Teoría del Marco Relacional (TMR) por sus siglas en inglés, es el lado científico de la ACT, Barnes-Holmes et al. (2002) sustenta que es un enfoque conductual que estudia el lenguaje y la cognición humana. La TMR postula que los humanos aprenden a relacionar arbitrariamente los estímulos (por ejemplo, en este contexto, relacionar la palabra “infertilidad” con “fracaso” o “defectuosa”) mediante la exposición social, eventos adversos contextuales y el lenguaje. Esta asociación entre estímulos se comienza a reforzar automáticamente, convirtiéndose en una habilidad poco funcional de la mente que será difícil de romper debido a que existen otras redes neuronales que trabajarán para fortalecerlas o reinstalarlas. Este proceso crea el fenómeno central de la psicopatología en la ACT: la fusión cognitiva, que ocurre cuando la paciente rige su actuar en los pensamientos internos, tratándolos como verdades absolutas o reglas ineludibles que dictan su comportamiento y paralizan su vida.

A partir de esto, se construye un aspecto central y fundamental de la ACT es el modelo *Hexaflex*, que cumple seis procesos para romper el patrón de aquella asociación: la aceptación, la defusión cognitiva, el contacto con el momento presente, el yo como contexto, la identificación de valores y la acción comprometida (Hayes et al., 2012). Se los describe a continuación:

El primer proceso es la aceptación, la capacidad de vivir las emociones, pensamientos, sensaciones y recuerdos sin suprimirlos. Agregado a este concepto, Hayes et al. (1996), indica que, el sufrimiento no es el único factor que provoca dolor al ser humano, a su vez, el evadir o luchar para controlar tal sufrimiento “evitación experiencial”, puede incrementarlo generando un círculo vicioso, de esta forma, cada que se intenta escapar de la emoción, aquella gana más poder.

En cuanto a la defusión cognitiva, Levin et al. (2012), refieren que es la búsqueda de ver a los pensamientos como un producto de la mente y no como una verdad absoluta, mediante este ejercicio las autocríticas o creencias hirientes disminuirían su impacto. El objetivo no es cambiar el contenido de lo que se piensa, si no flexibilizar la influencia del pensamiento en el actuar de la persona.

El contacto con el momento presente es estar en el aquí y ahora, lo que se conoce como “mindfulness”, esto se logra prestando atención consciente, con apertura y curiosidad a lo que está sucediendo en el minuto actual (Baer, 2003). Aplicando esta consciencia en el presente se logra interrumpir el sobrepensamiento acerca del pasado o del futuro. Kabat-Zinn (2003), indicó que el uso constante de mindfulness ayuda la regulación emocional, lo que se asocia con disminución de estrés.

Yu et al. (2017), explica el tercer proceso el “yo como contexto” como la capacidad de reconocerse como una persona que observa el mundo desde una perspectiva amplia y externa, en lugar de ver como el “yo conceptualizado” refiriéndose a la experimentación del mundo desde las etiquetas, conceptos sociales o historias personales. Ante este nuevo punto de vista los pensamientos y emociones dolorosas se perciben como parte de su historia, pero no como algo que la define o la totalidad de su identidad.

La base de las otras dimensiones son los valores, Wilson & Murrell (2004), los refiere como la guía que conduce a metas específicas y la persona puede elegir deliberadamente. Es importante que estos valores no se confundan con los valores generales (los principios morales), el término valor en la ACT es aquella elección interna y consciente en función de lo que quieren vivir y sentir, no se reduce a un concepto social (LeJeune & Luoma, 2021).

Por último, Flaxman et al. (2013), menciona a la acción comprometida como la forma en que la persona ejecuta aquellos valores. Estas conductas se mantienen en el tiempo, de forma flexible, aunque se presenten obstáculos internos o externos. Se puede traducir la acción comprometida como los pasos que dan seguimiento a los valores que se definieron previamente.

Para cada uno de estos procesos se plantean diferentes técnicas que son usadas para la intervención clínica. Zhang et al. (2018), propone lo siguiente: en la aceptación, se puede utilizar el ejercicio de expansión (open up) que invita al paciente a ver la situación adversa como una energía que emerge en el cuerpo para que sea parte de ella, en lugar de contraer aquella energía; para la defusión cognitiva, una de las que resaltan es el etiquetado de pensamientos el cual consiste en decir literalmente “estoy teniendo el pensamiento de” para que la persona se vea como un agente externo observando a los pensamientos en lugar de identificarse con ellos; para el contacto con el presente se utilizan técnicas de conciencia plena o mindfulness; el yo como contexto aborda la perspectiva del yo observador que aunque tenga emociones y pensamientos cambiantes, ese observador es un constante; la identificación de valores se logra mediante un cuestionario de valores importantes acompañado de preguntas vitales; por último, en la acción comprometida se realizan planificaciones, como puede ser la Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound

o también conocida como tabla SMART y mediante una jerarquía de pasos que contienen pasos alcanzables y progresivos.

Además de esto, Ramírez et al. (2021), resalta la técnica del uso de metáforas que diferencia a la ACT de otros enfoques. Esta es una herramienta central, ya que puede ser utilizada para trabajar cualquiera de los 6 procesos debido a que puede introducir temas complejos en experiencias que son vivenciales y comprensibles llevando a la persona a obtener una perspectiva diferente. En su libro, Stoddard & Afari (2014), desglosa múltiples metáforas para trabajar cada uno de los procesos, por ejemplo: “La pelota bajo el agua” con el fin de encontrar la aceptación; “Hojas en el arroyo” para la defusión cognitiva; “detente un momento” dirigido hacia el mindfulness; “La brújula interna” para especificar los valores y “el puente colgante” orientado a la acción comprometida.

Cada una de estas metáforas cumple una función específica (Stoddard & Afari, 2014). Como punto de partida está la metáfora de la pelota bajo el agua está destinada a entender que entre más se trata de eliminar los pensamientos para no tenerlos más siguen empujándose hacia la superficie como al tratar de hundir una pelota en el agua. Seguidamente, las hojas en el arroyo, se enfoca en ver a los pensamientos como algo flotante afuera de uno, como hojas que se alejan con la corriente del río. De otro modo, la metáfora de detenerse un momento motiva a la persona a imaginarse una señalética de alto para que pueda ser consciente de lo que está pasando en ese momento y seguir su camino conscientemente. Asimismo, la brújula interna orienta a la persona a buscar su dirección constante y libre que señala el rumbo, pero no el destino final. Por último, el puente colgante apunta a entender que el camino hacia ese valor no será uno sin riesgos, así como cruzar un puente colgante, requerirá seguir hasta cruzarlo incluso con incomodidad o malestar.

Todos estos procesos del Hexaflex no operan de forma lineal o aislada, sino recursiva e interconectada. Es a partir de esta interrelación que se alcanza el objetivo de la ACT: la flexibilidad psicológica. Gloster et al. (2020), indica que este enfoque psicoterapéutico, por su naturaleza transdiagnóstica, se aplica de manera efectiva a la complejidad de diferentes problemas personales, eventos difíciles, dilemas o trastornos.

Este punto también se corrobora en lo mencionado por Twohig & Levin (2017), uno de los principales contextos en los que la ACT ha sido eficaz es en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y ha demostrado resultados para reconectar con emociones y actividades valiosas en personas que experimentan síntomas de depresión con pensamientos de rumiación y evitativos (A-Tjak et al., 2014). Asimismo, Hughes et al. (2017), encontraron que este enfoque promueve la aceptación al dolor sin tener que eliminar el malestar que provoque un evento para lograr una vida plena.

En otra forma, Berkout (2022), destaca que la ACT no es efectiva únicamente en el ámbito clínico, asimismo, es aplicable a otros dilemas, tales como: orientación vocacional o de vida (elecciones profesionales, dilemas éticos), coaching personal o laboral, psicoeducación y acompañamiento psicológico preventivo y procesos de toma de decisiones significativas (qué quiero vs. lo que es más significativo).

A partir de lo expuesto anteriormente, se puede observar como un gran número de estudios y trabajos científicos han validado la eficacia de la ACT para el tratamiento de diversos trastornos y problemas. En el caso de la infertilidad, este enfoque ayuda a las mujeres a resignificar su interpretación del diagnóstico y aceptar el presente, entendiendo que no es necesario renunciar ni rendirse (Brugo-Olmedo et al., 2003).

Por lo tanto, este artículo tiene como propósito principal describir la efectividad de la ACT, entendiendo que dicho término abarca la calidad de vida y bienestar psicológico en las mujeres con un diagnóstico de infertilidad. Además, se pretende examinar la calidad metodológica de las investigaciones sobre ACT e infertilidad incluidas en esta investigación y sintetizar las conclusiones que reflejen la efectividad de la ACT en el bienestar de las mujeres infértiles.

Metodología

Para la presente revisión se analizaron estudios que incluyeron mujeres diagnosticadas con infertilidad que hayan recibido una intervención basada en la ACT o en adaptaciones de esta. Se incluyeron intervenciones individuales, en parejas y grupales. Además, con el objetivo de reunir evidencia actualizada y accesible en distintos contextos se consideraron estudios primarios, se tomaron en cuenta artículos publicados en los últimos 10 años, en idiomas de español, inglés o portugués.

En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron aquellos estudios en los que las participantes, aunque tuvieran diagnóstico de infertilidad, no recibieron una intervención con la ACT. También se retiraron los artículos que no aplicaron esta terapia como intervención principal, o que utilizaron enfoques diferentes sin integrar estrategias propias o adaptadas de la ACT. Asimismo, no se consideraron publicaciones con más de 10 años de antigüedad y, por último, se omitieron los estudios de acceso restringido a texto completo.

Las estrategias de búsqueda fueron adaptadas a las características de cada base de datos: Scopus, PubMed, LILACS y Google Scholar, para asegurar la relevancia de los resultados. Cada una fue diseñada utilizando los términos claves y descriptores obtenidos en MeSH, tales como: “Acceptance and Commitment Therapy”, “ACT”, “Infertilidad”, “Infertility”, “Women”, “Quality of Life” y “Mental Health”, combinados mediante operadores booleanos. A continuación, se detallan en la tabla 1 las búsquedas realizadas y la combinación de términos utilizada:

Tabla 1. Búsqueda de artículos.

Base de Datos	Estrategia de Búsqueda	Número de Resultados
Scopus	(“Infertility, Female” OR “Female Infertility” OR “Infertility”) AND (“Acceptance and Commitment Therapy” OR “Acceptance-Based Therapy” OR “ACT”) AND (“Quality of Life” OR “Life Satisfaction” OR “Well-being”)	31
PubMed	(“Infertility, Female”[MeSH] OR “Female Infertility”[Title/Abstract] OR “Infertility”[Title/Abstract]) AND (“Acceptance and Commitment Therapy”[MeSH] OR “Acceptance-Based Therapy”[Title/Abstract] OR “ACT”[Title/Abstract]) AND (“Quality of Life”[MeSH] OR “Life Satisfaction”[Title/Abstract] OR “Well-being”[Title/Abstract])	6

Base de Datos	Estrategia de Búsqueda	Número de Resultados
LILACS	(Terapia de Aceptación y Compromiso) AND (Infertilidad)	1
Google Scholar	("Infertilidad femenina" OR "Female Infertility") AND ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "ACT therapy" OR "terapia de aceptación y compromiso") AND ("Quality of Life" OR "Life Satisfaction" OR "Calidad de Vida" OR "Bienestar")	95

Fuente: elaboración propia

Nota. La consulta en las bases de datos fue realizada por última vez el 4 de marzo del 2025

El proceso de selección de estudios se desarrolló en diferentes fases. En primer lugar, se eliminaron los estudios duplicados mediante el software Rayyan (Ouzzani et al., 2016). Luego, se realizó el cribado enfocándose en los títulos, palabras claves y resúmenes, considerando los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Posteriormente, se procedió a la revisión completa de los textos seleccionados.

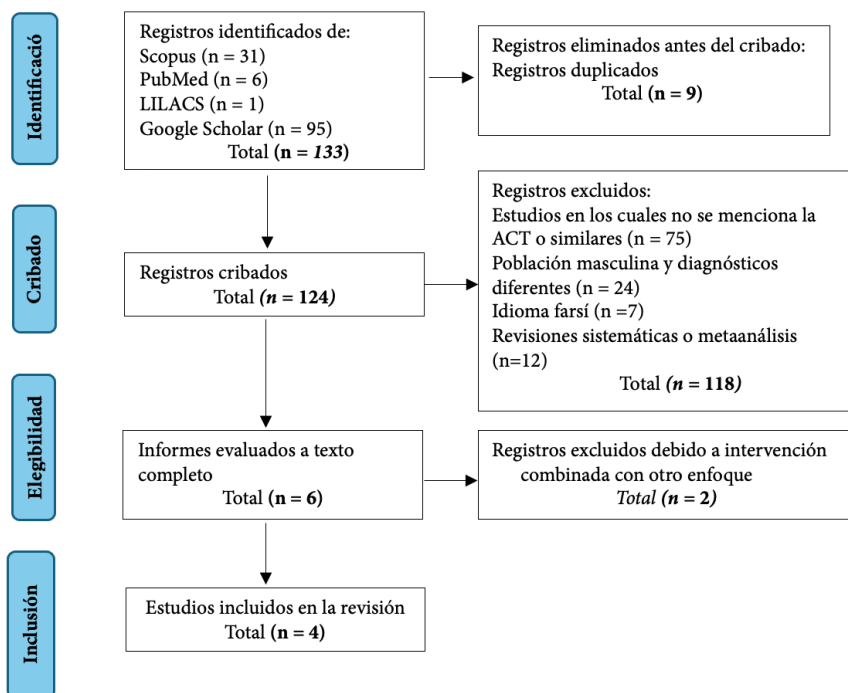
Con estos resultados de la depuración se procedió a extraer información clave de cada uno de manera detallada. Se recopilaron datos generales como el tipo de estudio, intervenciones utilizadas y detalles sobre la población estudiada. Finalmente, se identificaron los resultados relevantes relacionados con la infertilidad y la ACT.

Este artículo de revisión sistemática se basa en las directrices establecidas por los Elementos para Informar Preferiblemente Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRSIMA) por sus siglas en inglés (Page et al., 2021). Para la evaluación de la calidad metodológica y el análisis de sesgo de los estudios incluidos se usó las guías del Programa de Habilidades de Evaluación Crítica (CASP), por sus siglas en inglés (Cabello, 2022) y la declaración Reporte Transparente de Evaluaciones con Diseños No Aleatorizados (TREND), por sus siglas en inglés, para asegurar un proceso metodológico riguroso.

Resultados

A continuación, se detalla el flujograma de PRISMA 2020 (Figura 1), el cual refleja el proceso de la selección de artículos:

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020



Fuente: elaboración propia

Se identificaron un total de $n=133$ estudios a partir de la búsqueda en las siguientes revistas científicas: Scopus ($n = 31$), PubMed ($n = 6$), LILACS ($n = 1$) y Google Scholar ($n = 95$). Posterior a la eliminación de duplicados se obtuvo un total de $n = 124$ estudios. Consecutivamente, se procedió a excluir estudios que no cumplieron con los criterios de inclusión que se esperan cumplir, tales como: estudios en los cuales no se menciona la ACT o similares ($n = 75$), debido a la existencia de investigaciones en las que se encuentra información sobre tecnología, temas de salud en general o tratamientos distintos a la ACT; población diferente a la de la selección ($n = 24$), hace referencia a los estudios que estaban enfocados en animales, población masculina o diagnósticos diferentes; idioma distinto al inglés, español o portugués ($n = 7$), se encontraron estudios en idiomas como farsi; estudios de revisiones sistemáticas o metaanálisis ($n=12$).

Finalmente, se evaluaron 6 estudios para determinar su elegibilidad, sin embargo, después de una lectura detallada de los textos completos, dos estudios fueron excluidos ($n = 2$), debido a que el enfoque de ACT fue combinado con un enfoque diferente por lo que no sería posible discriminar sus efectos. De este modo, quedaron 4 estudios que cumplieran con los requisitos de inclusión para esta revisión, los cuales se describen a continuación en la tabla 2:

Tabla 2. Descripción de artículos elegidos

Estudio: tema, autor y año.	Tipo de estudio y población.	Síntomas.	Intervención y Técnica.	Resultados
El efecto del asesoramiento basado en la terapia de aceptación y compromiso sobre la salud mental y la calidad de vida de parejas infértiles: un ensayo controlado aleatorizado (Hosseinpanahi et al., 2020).	Ensayo Clínico Aleatorizado 54 parejas	Afectación en área psicológica, relacional y contextual.	ACT grupal por 8 semanas. Psicoeducación. Defusión cognitiva. Clarificación de valores y acciones comprometidas. Mindfulness.	Mejora en calidad de vida: Diferencia de medias ajustada = -3.56 Reducción del malestar psicológico: Diferencia de medias ajustada = +3.62
Efecto de la terapia de aceptación y compromiso sobre la calidad de vida de mujeres infértiles durante el tratamiento: un ensayo controlado aleatorizado (Rahimi et al., 2019).	Ensayo Clínico Aleatorizado 40 mujeres	Malestar psicológico: síntomas ansiosos y depresivos con sentimientos de inutilidad. Reducida calidad de vida.	ACT por 6 semanas. Mindfulness y respiración consciente. Metáforas. Defusión cognitiva. Ejercicios de disposición y aceptación. Trabajo con valores. Yo como contexto.	Mejora significativa en calidad de vida. Diferencia post-test entre grupos: p=0.001
Terapia de aceptación y compromiso adaptada para mujeres con infertilidad: un estudio piloto del programa Infertility ACTion (Balsom et al., 2024).	Estudio Piloto 20 mujeres	Síntomas de ansiedad y depresión: Ánimo deprimido. Sentimientos de inutilidad o culpa. Preocupación excesiva. Inquietud.	Programa Auto-guiado de ACT por 6 semanas: Defusión cognitiva, Valores y "choice point". Aceptación y disposición. Yo como contexto.	Aumento en flexibilidad psicológica: d = 0.66 Aceptación: d = 0.85 Reducción en síntomas: Ansiosos: d = 0.29 Depresivos: d = 0.43

Estudio: tema, autor y año.	Tipo de estudio y población.	Síntomas.	Intervención y Técnica.	Resultados
La eficacia de la terapia de aceptación y compromiso sobre el optimismo sobre la vida y el bienestar psicológico en mujeres infértiles (Haji-Adineh et al., 2019).	Estudio Cuasi-experimental 30 mujeres	Sufrimiento emocional. Falta de optimismo.	ACT por 8 semanas	Aumento del optimismo
			Metáforas.	Diferencia significativa:
			Defusión cognitiva.	p = 0.008
			Diferenciación del yo observador.	Aumento del bienestar psicológico
			Clarificación de valores y objetivos.	Diferencia significativa:
			Escritura de auto-compasión.	p < 0.001

Fuente: elaboración propia

La evidencia recogida de las 4 investigaciones seleccionadas, 3 ECA y 1 estudio cuasi-experimental, demuestra una convergencia de resultados positivos de la efectividad de la ACT, los cuales están directamente vinculados a la aplicación sistemática de los seis procesos centrales del modelo Hexaflex (la aceptación, la defusión cognitiva, el contacto con el momento presente, el yo como contexto, la identificación de valores y la acción comprometida).

Hosseinpanahi et al. (2020), el cual se distingue por su enfoque diádico, evaluando la ACT en 54 parejas. La cuales fueron asignadas aleatoriamente entre grupos experimentales y de control guiados por un consejero. El objetivo principal fue que las parejas lograran la aceptación del diagnóstico y una mejoría en las dimensiones psicológicas, relacionales y contextuales, las cuales se vieron afectadas después de realizar la evaluación con el Cuestionario General de Salud de 28 ítems (GHQ-28) para el malestar y el Cuestionario de Calidad de Vida en Fertilidad (FQOL). Su intervención se estructuró en 8 sesiones grupales semanales, enfocándose en el sistema de la pareja para que ambos miembros aprendieran a integrar los principios de ACT dentro de su proceso compartido de infertilidad.

Dicha intervención se centró en la psicoeducación sobre el sufrimiento inevitable de la infertilidad, seguida de la práctica de técnicas para trabajar las dimensiones del modelo Hexaflex (la defusión cognitiva, la clarificación de valores con acciones comprometidas y mindfulness). Al finalizar el tratamiento se aplicaron nuevamente los instrumentos utilizados, se obtuvo como resultado que las parejas de intervención mostraron una mejoría en la calidad de vida (diferencia de medias ajustada = -3.56) y una reducción significativa en los síntomas del malestar psicológico (diferencia de medias ajustada = +3.62). Las parejas, al terminar la investigación, mencionaron sentir esperanza para afrontar el proceso de infertilidad de forma funcional.

En la misma línea, el ECA de Rahimi et al. (2019), incluyó a una muestra total de 40 mujeres, siendo 20 el grupo de control y las remanentes el grupo experimental. El objetivo del presente estudio fue evaluar el impacto en la calidad de vida después de aplicar la ACT a lo largo de 6 semanas

de sesiones grupales y tareas entre sesiones. Cada una de estas intervenciones duraron 90 minutos y fueron aplicadas dos veces por semana. Las participantes fueron evaluadas con el FQOL el que reflejó síntomas ansiosos y depresivos con sentimientos de inutilidad, además de una reducida calidad de vida incrementando su malestar físico y contexto social.

La intervención fue experiencial usando técnicas basadas en el modelo Hexaflex: se utilizaron metáforas específicas (como “el conductor y el autobús” para la defusión) y se implementaron ejercicios de mindfulness y respiración consciente para promover el contacto con el momento presente. Se trabajó la perspectiva del yo como contexto, buscando que la mujer se identificara como lo que en realidad es su ser/persona y no como el contenido de sus pensamientos dolorosos (“soy inútil”). Además, se abordó la disposición y aceptación del malestar físico y emocional asociado al tratamiento, con la aplicación de acciones comprometidas en función de sus valores personales. El análisis post-test, realizado con el FQOL, reveló un efecto estadísticamente significativo a favor de la ACT ($p=0.001$), con mejoras específicas en subcategorías cruciales de la calidad de vida, como la dimensión mente/cuerpo (post test=79.1) y la tolerancia emocional (post test=72.9).

De otra forma, el estudio piloto de Balsom et al. (2024), tuvo el objetivo de evaluar la aceptabilidad de un programa autoguiado totalmente virtual y conocer sus efectos en la población femenina con un diagnóstico de infertilidad después de recibir sesiones con técnicas de ACT durante 6 semanas de intervención. Se incluyeron 20 mujeres con infertilidad las cuales reportaron síntomas moderados de: ánimo deprimido, sentimientos de inutilidad o culpa, preocupación excesiva e inquietud después de completar el Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9) para medir síntomas depresivos, el Cuestionario de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7) para evaluar síntomas ansiosos, y FQOL.

Este programa consistió en 6 módulos para trabajar las aristas del modelo Hexaflex, por ello, se incluyeron presentaciones digitales enfocadas en Mindfulness y, respiración consciente, metáforas, defusión cognitiva, ejercicios de disposición y aceptación, trabajo con valores y el yo como contexto. Cada módulo duró 15 minutos seguido de una tarea antes de avanzar hacia el siguiente módulo, todo era monitoreado por e-mail lo que ayudó a la adherencia al programa. Los resultados obtenidos mediante la reevaluación con PHQ-9, GAD-7 Y FOQL, reflejaron cambios importantes: la flexibilidad psicológica aumentó ($d=0.66$) y la aceptación se incrementó ($d=0.85$), a su vez disminuyeron los síntomas ansiosos ($d=0.29$) y depresivos ($d=0.43$). Estos resultados indican que las participantes aumentaron su habilidad de permitir gestionar pensamientos y emociones difíciles en lugar de evadirlos, asimismo, su capacidad de no identificarse con los pensamientos que pueden surgir ante el diagnóstico y separarlos como lo que son.

Finalmente, el estudio cuasi-experimental de Haji-Adineh et al. (2019), midió la efectividad de la ACT a lo largo de 8 sesiones semanales ante el nivel de optimismo y el bienestar psicológico en 30 mujeres con diagnóstico de infertilidad. La muestra fue dividida entre 30 mujeres como

grupo experimental y 15 como grupo de control. Las participantes fueron evaluadas con los instrumentos de Prueba de orientación vital revisada y la Escala de bienestar psicológico de Ryff, cuyos resultados reflejaron niveles bajos de optimismo ante el diagnóstico y un reducido bienestar psicológico. Al grupo experimental se le intervino semanalmente con sesiones de entre 8-120 minutos, mientras que el grupo control no recibió intervención.

Durante este proceso terapéutico se utilizaron ejercicios activos de defusión cognitiva y la diferenciación del yo observador para disminuir la fusión con etiquetas negativas. Un componente clave fue la autocompasión mediante la escritura, integrada con la clarificación de valores y objetivos para redirigir la energía hacia una vida significativa. La terapia, después de su seguimiento en 2 meses, resultó en un aumento significativo del optimismo ($p=0.008$) y, de manera más notable, en una mejora integral del bienestar psicológico ($p<0.001$), que abarcó subescalas de crecimiento personal, propósito en la vida, autoaceptación, autonomía, relaciones con otros y dominio del entorno.

Evaluación de la Calidad Metodológica

La validez de estos resultados requiere una evaluación crítica de los diseños de estudio. Como se mencionó previamente, se utilizaron las guías CASPE y TREND para evaluar, en los estudios incluidos, la calidad metodológica, incluso sus sesgos. A continuación, se presentan los gráficos (No. 1 y No. 2) con sus respectivos análisis:

Tabla 3. 11 preguntas CASPe para dar sentido a un Ensayo Clínico Aleatorio

	¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida (población, intervención, comparación, desenlaces)?	¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?	¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio? (considerando el porcentaje de abandono y análisis de sensibilidad)	¿Fue adecuada la medición de los desenlaces? (uso de escalas validadas, posible sesgo de autoinforme)	¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?	¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace? (se reportan cambios, aunque con tamaño muestral pequeño)	¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto? (intervalos de confianza amplios por el tamaño muestral)	¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local? (características específicas de la muestra limitan la generalización)	¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?	¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Puntaje total
(Hosseinpanahi et al., 2020).	1	1	1	1	0.5	1	1	1	0.5	1	1	10
(Rahimi et al., 2019).	1	1	1	1	0.5	1	1	1	0.5	1	1	10
(Balsom et al., 2024).	1	0	0	1	0.5	1	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	6

Fuente: elaboración propia

En principio, los ECA de Hosseinpanahi et al. (2020) y Rahimi et al. (2019), son los que ofrecen la mayor validez interna al obtener una puntuación alta en la guía CASPe (10/11), cumpliendo con la aleatorización, el manejo de pérdidas y la comparabilidad de los grupos, minimizando el sesgo de selección. Aun así, todavía hay puntos que se pueden optimizar, como el que los desenlaces fueron obtenidos mediante autoinformes, lo que podría generar un sesgo de deseabilidad social (ítem 5) aunque su puntaje fue de 0.5 por haber utilizado instrumentos validados. Por último, al ser un estudio realizado en Irán la aplicabilidad de los resultados en otros contextos se ve limitado debido a la carga social, valores socioculturales y el peso de la religión (ítem 9).

Por otro lado, el estudio piloto de Balsom et al. (2024), con una puntuación baja de 6/11 en CASPe, es vulnerable al sesgo de selección debido a la ausencia de aleatorización y de un grupo control (Ítems 2 y 3). Sin embargo, se recalca que su metodología tuvo el objetivo de probar la factibilidad del programa antes de realizar un futuro ECA (como se menciona en conclusiones). Los ítems 7 y 8 obtuvieron una puntuación de 0.5 debido a la falta de significación estadística lo cual se debe al tamaño de la muestra ($n=20$). Adicionalmente, el formato de autoayuda en línea introduce un sesgo de aplicabilidad y generalización (ítem 9), debido a que se deben considerar otro tipo de contextos y poblaciones que podrían no contar con acceso a los recursos en los que se basa el programa. Finalmente, no se incluyeron desenlaces clínicos, pero sí psicológicos, lo cual resulta adecuado si el objetivo del programa fue evaluar la viabilidad y aceptación de la intervención, que, de acuerdo con los participantes fue positivo (ítem 10 y 11).

En cuanto al estudio cuasi-experimental de Haji-Adineh et al. (2019), se extrajo la puntuación de 12.5 sobre 22 puntos, de acuerdo a los lineamientos de TREND (Tabla 2), cuenta con una moderada calidad metodológica ya que se encuentra en el rango de 8-14 puntos. Este resultado se respalda por el diseño estructurado y coherente debido al uso de las herramientas estadísticas Análisis de Covarianza (ANCOVA) y Análisis Multivariado de Covarianza (MANCOVA) lo que beneficia a la validez interna del estudio (ítem 13). Asimismo, se resaltan una justificación y antecedentes sólidos (ítem 2), hay una cohesión teórica-metodológica (ítem 3) y delimitación correcta de criterios de elegibilidad para los participantes (ítem 4).

A pesar de esto, hay puntos específicos en la metodología que se pueden fortalecer para enriquecer la generalización de los resultados, como la falta de una asignación aleatoria o si hubo un balance entre grupos (ítem 1 y 9) al tratarse de un estudio cuasi-experimental, lo que llevaría a un sesgo de selección, no obstante, sí se designó grupo de control y experimental. Por otro lado, no se menciona claramente el proceso de reclutamiento y si hubo existencia de una tasa de abandono (ítem 5), esto introduciría un sesgo de autoselección. Además, se podría reconsiderar utilizar intervalos de confianza o tamaños de efecto para obtener una mejor precisión de los resultados descritos (ítem 17).

Hay otros sesgos que se podrían presentar: el sesgo de desempeño al no mencionar que tipo de formación tenían los terapeutas que aplicaron la intervención (ítem 7); sesgo por variables no controladas, aunque hubo uso de instrumentos estadísticos (ANCOVA Y MANCOVA) no se utilizaron medidas adicionales para prevenir las diferencias entre los grupos o verificar la firmeza

de los resultados (ítem 10 y 14); sesgo de confusión residual o de información incompleta ya que no se presentan datos como la educación, nivel socioeconómico o estado civil lo cual impediría una equivalencia entre grupos (ítem 11 y 15); sesgo de deserción al no detallar el estado las etapa del estudio y se desconoce las condiciones de los participantes en cada una de estas (ítem 12); no existieron subgrupos por lo tanto se podría generar un sesgo de confirmación al no analizar otras características individuales (ítem 18); sesgo de omisión dado a que no se menciona si existieron reacciones negativas, debilidades en el diseño o limitaciones en la metodología (solo se exponen recomendaciones) (ítem 19, 20 y 22) y por último, no se puede asegurar al 100% su validez externa ya que no menciona hasta qué punto se pueden llegar a generalizar los resultados.

Tabla 2. TREND Statement Checklist (22 ítems)

	Método de asignación a condiciones del estudio	Antecedentes científicos y justificación	Teorías utilizadas en el diseño de la intervención	Criterios de elegibilidad de los participantes	Método y entorno de reclutamiento	Lugares y contextos donde se reco-pilaron los datos	Detalles de la intervención y su aplicación	Unidad de aplicación (individual, grupal, comunitaria)	Método de asignación a las condi-ciones del estudio	Métodos para reducir sesgos por asignación no aleatoria	Datos basales y equivalencia entre grupos
(Haji-Adi-neh et al., 2019).	0.5	1	1	1	0.5	0.5	1	0.5	0.5	0.5	0.5

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Continuación TREND Statement Checklist

	Número de participantes en cada etapa del estudio	Métodos estadísticos para comparar grupos	Métodos estadísticos adicionales o de subgrupos	Datos basales por grupo de estudio	Número analizado por grupo y tipo de análisis	Descripción de resultados y precisión (intervalos, efecto)	Resultados de análisis de subgrupos o ajustados	Efectos adversos o no intencionados	Interpretación considerando sesgos e hipótesis	Discusión sobre la validez externa (generalización)	Discusión de limitaciones y fuentes de sesgo	Puntaje total
(Haji-Adineh et al., 2019)	0	1	0.5	0.5	1	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	12.5

Fuente: elaboración propia

Discusión

Cada estudio incluido en esta revisión sistemática aporta pruebas de que la ACT disminuye el malestar psicológico y también permite una transformación profunda en cómo las personas manejan situaciones vitales difíciles, como lo es la infertilidad.

Los trabajos dirigidos por Rahimi et al. (2019) y Hosseinpanahi et al. (2020), lo corroboran, ambos investigadores utilizaron el diseño de ECA con una calidad metodológica alta (10/11 según CASPe). Mostrando que las intervenciones con ACT lograron mejora en la calidad de vida ($p=0.001$; Diferencia de medias ajustada = -3.56) y una reducción de síntomas de ansiedad, depresión y emocionales (post test: = 72.9; Diferencia de medias ajustada = +3.62). Esto se respalda en lo encontrado por Barbosa et al. (2024) quienes después de una revisión de diferentes estudios encontraron que la población que recibe la ACT muestra síntomas reducidos de ansiedad y depresión, además de una mayor calidad de vida en comparación de la población general ($p<0.001$).

A esta serie de evidencias se suma el trabajo de Haji-Adineh et al. (2019), cuya investigación cuasi-experimental también incluyó el seguimiento a largo plazo. Este diseño les permitió ir más allá del simple 'sí' o 'no' sobre observar una mejora, y verificar los efectos beneficiosos (aumento del optimismo; mayor flexibilidad psicológica) se habían mantenido 6 meses post-intervención. Esta observación respalda la aplicabilidad del ACT e indica la sostenibilidad del efecto a largo plazo. Esto ayuda a resolver la limitación que indica el estudio de Barbosa et al. (2024), que menciona la necesidad de estudios a largo plazo de los efectos de la ACT, corroborando su efecto sostenido.

Finalmente, el estudio piloto de Balsom et al. (2024), muestra cómo se puede superar limitaciones con la aplicación de la ACT mediante dispositivos digitales, aportando con un elemento de accesibilidad y escalabilidad para la expansión de la terapia. Al centrarse en un programa de autoayuda, autoguiado en formato digital, cuyos resultados mostraron cambios positivos con ACT, lo que es concluyente con lo que indica Barbosa et al. (2024), que identifica como clave para el proceso terapéutico implementar formatos de bajo costo, accesibles y ampliamente difundidos. Con esto, Balsom et al. (2024), no solo corrobora la efectividad de ACT, sino que también establece su viabilidad para llegar a un público mucho más amplio, superando las barreras geográficas y económicas que usualmente limitan el acceso a tratamientos psicológicos tradicionales.

La evidencia es, por lo tanto, contundente, los cuatro estudios confirman la efectividad de ACT usando diferentes metodologías y modalidades, validando y enriqueciendo el panorama general delineado por la revisión sistemática de Barbosa et al. (2024).

A partir de lo expuesto previamente, los resultados de la presente revisión sistemática aportan información para la comunidad de la salud mental permitiéndoles conocer la funcionalidad de un enfoque empático para el contexto de la población de mujeres con un diagnóstico de infertilidad. Del mismo modo, este trabajo contribuye a la información de la aplicabilidad de la ACT en el contexto mencionado, al ser una revisión que cuenta con fortalezas como las diferentes herramientas utilizadas para conocer la calidad metodológica, y los niveles de sesgo. Bajo esta perspectiva, se acentúa la importancia de la ACT como un enfoque complementario para el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres con infertilidad ya que permite su equilibrio psicológico.

Conclusión

La terapia de ACT proporciona herramientas que favorecen tanto la regulación emocional como la adaptación a la situación vital compleja de las mujeres con infertilidad. Su efectividad y funcionalidad se fundamenta en los procesos del modelo Hexaflex, que actúan de manera integrada: la aceptación del malestar, la defusión cognitiva frente a pensamientos autocríticos o rígidos, el contacto con el momento presente que reduce la rumiación, el reconocimiento del yo como contexto más allá de la infertilidad, la clarificación de valores que orienta hacia lo verdaderamente significativo y la acción comprometida que impulsa conductas alineadas con dichos valores.

Los estudios revisados muestran cómo estas estrategias permiten aumentar el bienestar psicológico al disminuir niveles de ansiedad, depresión y distrés, incrementar el optimismo y esperanza, mejorar la calidad de vida y potenciar el contexto relacional. Las intervenciones estructuradas y acompañadas por profesionales reportaron efectos más consistentes, los programas autoguiados son aceptados y útiles para trabajar la flexibilidad psicológica. El modelo también muestra adaptabilidad en formatos en línea, que permiten llegar a poblaciones con limitaciones geográficas y económicas.

En síntesis, la efectividad de la ACT en mujeres con infertilidad se puede observar en su capacidad para transformar la relación con la experiencia interna y facilitar una vida guiada por lo que realmente valoran, más allá de las dificultades reproductivas. Esto respalda la necesidad de incluirla en la práctica clínica como un complemento esencial a los tratamientos médicos. Asimismo, invita a desarrollar futuras investigaciones con muestras más amplias, seguimientos prolongados y comparaciones entre distintos formatos para fortalecer aún más la base empírica de la ACT en el campo de la infertilidad.

Referencias

- Anusuya, S., & Gayatri Devi, S. (2025). Acceptance and commitment therapy and psychological well-being: A narrative review. *Cureus*, 17(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.77705>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Balsom, A. A., Klest, B., Sander, B., & Gordon, J. L. (2024). Acceptance and commitment therapy adapted for women with infertility: A pilot study of the Infertility ACTion program. *Reproductive Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01766-5>

- Barbosa, C., Santos, S., & Pedro, J. (2024). Mapping acceptance and commitment therapy outcomes in the context of infertility: A systematic review. *Current Psychology*, 43(16), 14634–14644. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05294-6>
- Barnes-Holmes, Y., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. In H. W. Reese, & R. Kail, (eds.). *Advances in child development and behavior* (pp. 101–138). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2407\(02\)80063-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2407(02)80063-5)
- Berkout, O. V. (2022). Working with values: An overview of approaches and considerations in implementation. *Behavior Analysis in Practice*, 15(1), 104–114. <https://doi.org/10.1007/s40617-021-00589-1>
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 227–248. <https://doi.org/10.18597/rcog.567>
- Cabello, J. B. (2022). *Lectura crítica de la evidencia clínica*. Elsevier.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 101–110. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.481337>
- Doyle, M., & Carballedo, A. (2014). Infertility and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(5), 297–303. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010926>
- Ebbesen, S. M. S., Zachariae, R., Mehlsen, M. Y., Thomsen, D., Højgaard, A., Ottosen, L., Petersen, T., & Ingerslev, H. J. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: A prospective study. *Human Reproduction*, 24(9), 2173–2182. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep185>
- Flaxman, P. E., Bond, F. W., & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance*. New Harbinger Publications.
- Galhardo, A., Alves, J., Moura-Ramos, M., & Cunha, M. (2020). Infertility-related stress and depressive symptoms—the role of experiential avoidance: A cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(2), 139–150. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1612046>
- Giudice, L. C. (2010). Endometriosis. *New England Journal of Medicine*, 362(25), 2389–2398. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1000274>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Haji-Adineh, S., Rafiean, S., Tavakoli, S. M., & Farisat, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on optimism about life and psychological well-being in infertile women. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 6(4), 201–208. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v6i4.178>

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Sample chapter: Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change. In *Acceptance and commitment therapy* (pp. 60–99). Guilford Publications.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Hosseinpanahi, M., Mirghafourvand, M., Farshbaf-Khalili, A., Esmaeilpour, K., Rezaei, M., & Malakouti, J. (2020). The effect of counseling based on acceptance and commitment therapy on mental health and quality of life among infertile couples: A randomized controlled trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_512_20
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain: A systematic review and meta-analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552–568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- LeJeune, J., & Luoma, J. (2021). Values in acceptance and commitment therapy. In M. E. Levin, M. P. Twohig, & J. Krafft, (eds.). *The Oxford handbook of acceptance and commitment therapy* (pp. 271–294). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197550076.013.12>
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741–756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
- Massey, A. J., Campbell, B., Raine-Fenning, N., Aujla, N., & Vedhara, K. (2014). The association of physiological cortisol and IVF treatment outcomes: A systematic review. *Reproductive Medicine and Biology*, 13(4), 161–176. <https://doi.org/10.1007/s12522-014-0179-z>
- Njagi, P., Groot, W., Arsenijevic, J., Dyer, S., Mburu, G., & Kiarie, J. (2023). Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: A systematic review. *Human Reproduction Open*, 2023(2). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad007>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Ozcan Dag, Z., & Dilbaz, B. (2015). Impact of obesity on infertility in women. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 16(2), 111–117. <https://doi.org/10.5152/jtgga.2015.15232>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Rahimi, E., Attarha, M., & Majidi, A. (2019). Effect of acceptance and commitment therapy on the quality of life in infertile women during treatment: A randomized control trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(4), 483–489. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.80>
- Ramírez, E. S., Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., & Bernal, P. A. (2021). Empirical investigation of the verbal cues involved in delivering experiential metaphors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph182010630>
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - What are the research priorities? *Human Fertility*, 12(1), 14–20. <https://doi.org/10.1080/14647270802331487>
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Teede, H. J., Misso, M. L., Costello, M. F., Dokras, A., Laven, J., Moran, L., Piltonen, T., Norman, R. J., & International PCOS Network. (2018). Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 33(9), 1602–1618. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey256>
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751–770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Vander Borgh, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan, (eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120–151). Guilford Press.
- Yu, L., Norton, S., & McCracken, L. M. (2017). Change in “self-as-context” (“perspective-taking”) occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *The Journal of Pain*, 18(6), 664–672. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.005>
- Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 77–89. <https://doi.org/10.1037/h0100736>
- Zhang, C.-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>

Autores

Janie Soleil González Rodríguez. Licenciada en Psicología General con mención en Psicología Clínica, Egresada de la Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia de la Universidad Católica de Cuenca.

Luis Edmundo Estévez Montalvo. Doctor en Medicina. Especialista en Ciencias Básicas Biomédicas y Máster en Bioética y Derecho. Docente invitado de la Unidad Académica de Posgrado de la Universidad de Cuenca.

María Eulalia Ramírez Palacios. Psicóloga Clínica Magister en Psicología Integrativa. Tutora de la Unidad Académica de Posgrado. Universidad Católica de Cuenca.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Agradecimientos:

A la Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia de la Universidad Católica de Cuenca, de la cual soy egresada.

A la colaboración del Laboratorio de Robótica, Automatización, Sistemas Inteligentes y Embebidos (RobLab) de la Universidad Católica de Cuenca.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.