

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0032>

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ABORDADO DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO: CASO CLÍNICO

GENERALIZED ANXIETY DISORDER APPROACHED FROM ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY: CLINICAL CASE

Mera-Posligua Mauro Julio ¹; Arredondo-Aldana Karina ²;
Ponce Alencastro Jhon Alexander ³

¹ Estudiante de la Maestría Académica con Trayectoria de Investigación en Psicología, Mención Psicoterapia. Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador. Correo: mjmera95@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9560-6395>

² Estudiante de la Maestría Académica con Trayectoria de Investigación en Psicología, Mención Psicoterapia. Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador. Correo: karyarredondoaldana@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9874-6657>

³ Estudiante de la Maestría Académica con Trayectoria de Investigación en Psicología, Mención Psicoterapia. Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador. Correo: jhon.ponce@utm.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3666-7865>

Resumen

El trastorno de ansiedad generalizada alcanza alrededor del 14,6% de todos los diagnósticos relacionados con la ansiedad en Ecuador, este trastorno mental comparte síntomas similares a otros trastornos como el de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo, en ocasiones puede convivir con otros diagnósticos de índole depresiva. Se caracteriza por síntomas que incluyen preocupación excesiva por eventos del futuro, inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, entre otros síntomas que deterioran las distintas áreas de funcionamiento en las personas. El presente caso clínico se aborda desde la terapia de aceptación y compromiso, esta es una terapia contextual de tercera generación que aborda la ansiedad generalizada partiendo de la premisa que este trastorno es producido por evitación experiencial, la cual es la constante necesidad de evitación hacia los pensamientos y emociones, que a su vez conlleva que la sintomatología persista indefinidamente.

Palabras clave: Ansiedad, evitación experiencial, marcos relacionales, flexibilidad psicológica.

Abstract

Generalized anxiety disorder (GAD) reaches around 14.6% of all diagnoses related to anxiety in Ecuador; this disorder shares similar symptoms to other disorders in the same family such as panic and obsessive-compulsive disorder. Sometimes, it can coexist with other diagnoses with a depressive nature. GAD it's characterized by symptoms of excessive worry about future events, restlessness, fatigue, difficulty concentrating, among others, that deteriorate the people's ability to function in different areas of their lives. The present clinical case is approached using acceptance and commitment therapy, a contextual and third generation cognitive behavioral therapy. In this approach, experiential avoidance produces generalized anxiety disorder; which reflects itself in the constant avoidance of negative thoughts and emotions, which in turn means that the symptoms persist indefinitely.

Keywords: Anxiety, experiential avoidance, relational frames, psychological flexibility.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 13 de julio de 2021.

Fecha de aceptación: 27 de septiembre de 2021.

Fecha de publicación: 12 de noviembre de 2021.

1. Introducción

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders five, DSM-5 (2014), la ansiedad es un trastorno mental que consiste en la preocupación excesiva del anticipar los eventos a futuro, causando inquietud o sensación de estar atrapado, fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco y problemas del sueño, entre otros síntomas.

Para García W., (2017), la ansiedad generalizada parte de un estado persistente de ansiedad, de curso fluctuante con síntomas que pueden agruparse en categorías básicas como la tensión motora, hiperactividad autonómica, expectación, vigilancia y alerta.

Entorno al trastorno de ansiedad generalizada Montalvo G., (2019), propone características esenciales de este trastorno, partiendo de una preocupación desproporcionada al estímulo que lo causó, el cual es invasivo, de duración prolongada, estado de alerta constante, fatigabilidad fácil, dificultad para la concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

El mismo Montalvo G., (2019), hace una distinción de síntomas secundarios o poco comunes como lo son la sudoración, náuseas, diarrea, síntomas de hiperexcitación autonómica (taquicardia, disnea, mareo, entre otros síntomas).

La prevalencia anual en adultos del trastorno de ansiedad generalizada en Estados Unidos es del 2.9%, mientras que la prevalencia anual del trastorno en otros países varía del 0.4 al 3.6%, según datos estadísticos del DSM-5 (2014).

Entorno a la práctica clínica, las quejas cognitivas y una falta de confianza respecto a su desempeño cognitivo, el cual suele interferir con la funcionalidad, suelen ser las manifestaciones frecuentes de los pacientes con TAG, Asvik J., (2015).

Con respecto al episodio depresivo leve, según el manual de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 (2000), identifica al episodio leve como un humor depresivo presente en la mayor parte del día de casi cada día, que puede estar acompañado de anhedonia, fatiga, sin embargo, aún puede cumplir con sus actividades cotidianas.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT), Según Madriz V., Ramírez R., (2012), es una intervención psicoterapéutica conductual cuyo punto de partida es el abordaje de la evitación experiencial, y la reorientación de el comportamiento hacia los valores establecidos por el paciente.

El mismo Madriz V., Ramírez R., (2012), menciona que la ACT basa sus principios teóricos en la teoría de los marcos relacionales, el cual es un acercamiento conductual contextual al lenguaje humano y a la cognición, que aborda la relación de los seres humanos a los estímulos bajo controles contextuales arbitrarios.

Para Barraca J., (2007), existe una diferencia el ACT y el tratamiento cognitivo-conductual convencional, debido a que la TCC aborda la eliminación de las conductas problemáticas que favorecen la aparición o el mantenimiento de los síntomas, mientras que la ACT plantea la necesidad de abandonar los esfuerzos de lucha con las sensaciones, los pensamientos o los sentimientos aversivos, y aceptarlos tal y como son.

La flexibilidad psicológica es el objetivo principal de la terapia ACT, y consiste en la habilidad para entrar en contacto con el presente de una forma más pura como ser humano consciente y a partir de dicho contacto, se toma la decisión de abandonar el comportamiento problemático y cambiarlo por uno necesario para alcanzarlos objetivos de vida Madriz V., Ramírez R., (2012).

Entorno a las técnicas empleadas en el presente abordaje terapéutico se postula la escucha activa como una técnica de comunicación asertiva derivada de la aceptación y empatía, cuyo fin es que el paciente formule correcta y efectivamente sus emociones o argumentos y a su vez se empaticice y comprenda al paciente. Hernández K., Lesmes A., (2018).

La psicoeducación es una técnica que entrega información al paciente en aspectos referidos a su problemática, al capacitarlo se espera corregir la idónea errónea que impulsaba conflictos o conductas negativas Belomé C., Neto O., (2017).

Midfulness son ejercicios que mejoran la consciencia de los contenidos de la mente momento a momento y que a su vez favorecen en el paciente la flexibilidad psicológica, conjunto a un contacto constante con el presente. Altman D., (2017).

Los ejercicios de defusión cognitiva son ejercicios dirigidos a debilitar el control que el pensamiento ejerce sobre la conducta del paciente, de manera que, aunque éste siga en su campo psíquico, no continuará siendo una barrera para la acción. Pilecki B., & McKay D., (2012).

Las Técnicas de exposición a los estímulos temidos son ejercicios que están dirigidos a la exposición sistemática al contenido del pensamiento perturbador que produce la reacción emocional negativa o viceversa. García J., (2006).

Las metáforas son fórmulas verbales diferentes del problema que plantea el paciente, pero funcionalmente equivalentes. Es considerada una estrategia poco invasiva, la cual no disminuirá la posibilidad de activar mecanismos de defensa en el paciente Queraltó M., (2006).

2. Metodología

Se elige este modelo terapéutico debido a que el paciente mantuvo con anterioridad procesos terapéuticos de la terapia cognitiva conductual clásica, que abandonó debido a los procesos rígidos y complejos de su antigua experiencia, por tal razón se decidió realizar el abordaje desde la terapia de aceptación y compromiso, terapia que promueve la buena relación con las emociones y pensamiento y las acciones guiadas por los valores, que resulta más práctica y flexible a la hora de llevar los procesos psicoterapéuticos.

También se ha detectado un pensamiento obsesivo y rígido cronificado, persistente en el paciente una gran parte de su ciclo de vida, por lo que esta terapia está dirigida a tratar dichas características del pensamiento.

2.1. Caso clínico

Paciente de 25 años de edad, de sexo masculino, llega a consulta psicológica manifestando tener una gran ansiedad, acompañado de taquicardia, problemas para concentrarse y sentimiento de descontrol, hace una semana se

suma una sensación de tristeza, desánimo, y desesperanza, razón por la cual ha presentado dificultades en su vida laboral, social y estudiantil.

El paciente presenta una gran necesidad de trabajar el temor a la muerte el cual puede estar relacionado con los acontecimientos vividos en la actual pandemia cómo la muerte de su padre. Cursa actualmente una carrera universitaria, de religión católica, con antecedentes de Tratamiento farmacológico y psicológico por cuadro ansioso, de hábitos sedentarios.

A su vez presentaba síntomas secundarios tales como, tensión muscular, problemas en el desempeño sexual, taquicardia, sudoración en las manos, inquietud, irritabilidad.

Manifiesta que estos problemas comenzaron hace un mes y medio a raíz de un sueño en el cual creía que la fecha de su muerte ya estaba próxima, y este le pidió a una entidad maligna que le diera más tiempo de vida a cambio de su alma, dejándose impresionar por este sueño, y generando el miedo a la muerte para

evitar "sufrir por toda la eternidad", luego de unos días este pensamiento sobre el sueño se hizo persistente, posterior a esto comenzó a manifestar, dificultades para dormir, taquicardia, manos sudorosas y ataques de pánico, refiere hace poco tiempo sentir una gran tristeza, desánimo y desesperanza debido a que la vida poco a poco iba perdiendo el sentido, a raíz de esto comenzó a descuidar el negocio de su familia, sus estudios y comenzó a tener problemas en el desempeño sexual con su novia.

También menciona que es muy apegado a lo religioso, y comenzando a indagar si este sueño traería consecuencias, buscó en la biblia secciones que hablaran de los sueños, también lo hizo en páginas de internet y buscó ayuda con una "bruja" la cual le había referido que se trataba de demonios que acechaban su ser.

Esto terminó complicando su cuadro sintomatológico y hace una semana buscó ayuda psiquiátrica en donde le recetaron fluoxetina y clonazepam, conjunto a esto asistencia psicológica.

Se trata de una persona nacida en la ciudad de Manta, soltero, actualmente vive con su madre y su hermana, no refiere problemas natales ni perinatales, por lo que mantuvo un desarrollo normal, de niño se caracterizaba por ser extrovertido, tenía buenas calificaciones y se llevaba de manera apropiada con los adultos, gustaba de los deportes como el fútbol.

A la edad de 10 años presentó un fuerte miedo a los ladrones a raíz de un robo a su familia motivo por el cual temía salir de su hogar y realizar actividades, esto pudo sobrellevarlo con el tiempo, en su adolescencia, bajan sus calificaciones y mantiene una relación conflictiva con su familia a la edad de 12 años, posterior a esto sus padres se divorciaron, a los 15 años mantuvo un uso esporádico de alcohol y cannabis el cual dejó de inmediato a excepción del alcohol que lo consumía solo en fiestas, a la edad de 16 años mantuvo su primera relación sexual, y ha tenido alrededor de 7 parejas sexuales.

Hace 4 años entró a consulta psicológica en el hospital, fue derivado al área de psiquiatría en la misma institución, este le recetó medicamento para bajar la ansiedad

que le producía los pensamientos de sentirse rodeado por personas con VIH debido a que trabajaba en un laboratorio clínico, este sentía miedo a contaminarse y en ocasiones sentía que lo perseguían personas con esta enfermedad, y mantenía conductas de confirmación al pensar constantemente en si durante el día habría entrado en contacto con una persona u objeto que tuviese esta enfermedad, esto también lo llevó a realizarse constantes exámenes de sangre y acudir al brujo para que le “librara de los demonios”.

Luego de esto abandonó el tratamiento y en el transcurso de un año se redujo su cuadro sintomatológico. Hace 5 meses se dio el fallecimiento de su padre por COVID-19, lo cual le causó una profunda tristeza.

Es el segundo de tres hijos, proveniente de una familia monoparental, sus padres vivían en casas separadas, pero mantenían un diálogo constante, hasta el momento del fallecimiento del padre.

Mantiene una buena relación con su madre, esta es estricta, pero de mente abierta, por lo cual puede hablar diversos temas personales sin temor alguno.

Mantiene una buena relación con su hermana, a pesar de que en ocasiones su relación se pueda tornar conflictiva, pueden solucionar sus problemas después de cierto tiempo.

Mantiene una relación poco comunicativa con el hermano mayor debido a que este estudia en otra ciudad.

Mantén una relación conflictiva con su padre, pero refiere "a pesar de todo él siempre quiso lo mejor para sus hijos, y siempre estuvo ahí cuando se lo necesitaba" "pude demostrarle mi cariño y cuidarlo, aunque solo fuera el poco tiempo en el que enfermó y murió".

2.2. Examen de funciones mentales

A la entrevista de especialidad, paciente vigil, ansioso, colaborador, vestimenta adecuada a la ocasión, orientado en tiempo, espacio y persona, con consciencia de la situación y de la enfermedad, hipoproséxico, hipomnésico, niega alteraciones sensorio-perceptivas, con ideas sobrevaloradas entorno a las consecuencias de sus sueños, y relación con la muerte, curso del pensamiento rígido, de contenido

obsesivo, juicio normal, hipertimia displacentera, hipobúlico, eulálico.

2.3. Baterías psicológicas

Se aplicó el test de Bai (Beck Anxiety Inventory) que tiene la función de evaluar la gravedad de la ansiedad presente en el paciente Sanz J. (2014), en el cual dio como resultado 37 puntos que es equivalente a ansiedad grave de los cuales a través de un re test se disminuyó el puntaje a 23 puntos.

También se aplicó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) este ha sido ampliamente utilizado como medida de sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos y en población normal Sanz J., (2003), en cual dio como resultado 15 puntos que es equivalente a un ligero trastorno emocional, a través de un re test de redujo a 11 puntos.

2.4. Diagnóstico Presuntivo

- Para llegar al diagnóstico se utilizaron los criterios clínicos del DSM-5 para Trastorno de ansiedad generalizada. 300.02 (F41.1)
 - ✓ Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva).

- ✓ Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
 - ✓ Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
 - ✓ Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
 - ✓ La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes: Inquietud e irritabilidad.
 - ✓ Existe un malestar clínicamente significativo.
- Episodio depresivo leve (F32.0) CIE10
 - ✓ Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo,
 - ✓ Presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
 - ✓ Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente
 - ✓ Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

2.5. Diagnóstico diferencial

Tabla 1. Diagnóstico diferencial

| | T. de Ansiedad Generalizada | T. de adaptación | T. de ansiedad paroxística | T. mixto ansioso depresivo |
|----------|--|--|--|--|
| Concepto | Trastorno mental en que el individuo experimenta una ansiedad constante y a largo plazo, sin saber su causa. | son afectaciones relacionadas con el estrés que sobrepasan lo esperado como respuesta a un suceso estresante o inesperado. | Afectación mental debido a la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, por tanto imprevisibles. | Trastorno mental de ansiedad y depresión, "pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado". |
| Duración | se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses | Aparece sintomatología durante los 3 meses siguientes a la presencia del estresante | Al menos uno de los ataques ha sido seguido durante 1 mes o más de al menos uno de los siguientes aspectos: preocupación por nuevos ataques. Preocupación por las consecuencias del ataque. Cambio significativo en el comportamiento en relación con los ataques. | Duración de al menos un mes |
| Tiempo | Una vez desarrollado tiende a la cronicidad | Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses | Esporádicos y por lo general de corta duración | Una vez desarrollado tiende a la cronicidad |

| | | | | |
|----------------------|---|---|--|---|
| Sintomas principales | Preocupación excesiva, inquietud, trastornos del sueño, cansancio, irritabilidad, sudoración, temblores | Puede presentar síntomas derivados de la ansiedad, síntomas depresivos, provocando un deterioro significativo en el área laboral, familiar, social, escolar | Aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morirse, a perder el control o a enloquecer | Es un cuadro marcado por tristeza y ansiedad persistente o recurrente |
|----------------------|---|---|--|---|

2.6. Objetivos psicoterapéuticos

- ✓ Desarrollar habilidades en el paciente que le permitan reconocer aquellos disparadores que fomentan la evitación experiencial.
- ✓ Fomentar la exposición a aquellos eventos psíquicos indeseables.
- ✓ Brindar herramientas que permitan la aceptación y defusión con eventos psíquicos negativos.
- ✓ Impulsar acciones valiosas para la vida del paciente

- ✓ Determinar los valores que regirán las decisiones del paciente
- ✓ Fomentar la conciencia del momento presente.

2.7. Evolución

Se acordó con el paciente la cantidad de 12 sesiones, con una duración de una hora por consulta terapéutica, cada semana, se establecen las siguientes actividades:

Tabla 2. Sesiones y actividades.

| Nro. de sesiones | Técnicas de tratamiento y procedimientos. | Objetivos |
|------------------|---|---|
| Sesiones 1,2 | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista inicial • Toma de test psicológicos • Escucha activa | <p>Se utiliza la entrevista inicial para la recogida de datos necesarios para ser sometidos a un posterior análisis, conjunto a escucha activa para que el paciente exprese sus emociones y éstas puedan ser validadas.</p> <p>En la sesión 2, se recabó información adicional y se aplicó el test de ansiedad de Beck y el inventario de depresión de Beck para tener una validación psicométrica de las hipótesis diagnósticas.</p> |
| Sesiones 3 y 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Metáfora | <p>Se utilizó Psicoeducación con respecto a ideas problemáticas con respecto a tratamientos no científicos que podrían dificultar la adherencia al tratamiento.</p> |

| | | |
|------------------|---|---|
| | | La metáfora facilitó la comprensión de las directrices de la terapia de aceptación y compromiso. Se hizo hincapié en las consecuencias de la preocupación/rumia y las estrategias ineficaces que fomentaban la evitación experiencial. |
| Sesiones 5 y 6 | <ul style="list-style-type: none"> • Metáfora • Ejercicios de defusión cognitiva. | Se utilizan las metáforas para que el paciente sepa hacia donde se dirige el tratamiento asegurando su cooperación y reforzando la alianza terapéutica. Se identificó la jerarquía de disparadores de preocupación/rumia y la cadena de pensamientos principales en el paciente. Se utiliza ejercicios de defusión cognitiva para aumentar la conciencia de su rumia y preparar al paciente a las técnicas de exposición que se realizarán en posteriores sesiones. |
| Sesiones 7 y 8 | <ul style="list-style-type: none"> • Exposición a estímulos temidos • Defusión cognitiva | Se utilizan actividades de exposición hacia las emociones y pensamientos que les provoca la necesidad de huir, entre ellas las ideas con respecto a la muerte, desensibilizando al paciente, posterior se realizaron ejercicios de defusión cognitiva. |
| Sesiones 9 y 10 | <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de defusión cognitiva. • Ejercicios de mindfulness | Se trabaja sobre nuevos pensamientos que se dieron durante la semana, llevando a cabo ejercicios de defusión cognitiva como método para mejorar la conciencia sobre su actividad psíquica. Se fomentó el contacto con direcciones y acciones valiosas que lleven al paciente a poner en práctica lo hasta ahora aprendido. Se impartió nuevas técnicas de mindfulness. |
| Sesiones 11 y 12 | <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones orientadas a la clarificación de los valores. • Ejercicios de mindfulness | Se orientó al paciente a la búsqueda de aquellos valores que regirán sus acciones. También se busca estimular la experiencia del momento presente mediante ejercicios de mindfulness más avanzados, los cuales son enviados como tareas a lo largo de la semana 12, acompañado de material audiovisual. |

3. Resultados y discusión

De acuerdo a lo expuesto, el paciente cuenta con un doble diagnóstico, el primero es de ansiedad generalizada debido a la constante preocupación por eventos a futuro como rasgo principal,

sumado a otros criterios diagnósticos del DSM 5, conjunto a un episodio depresivo leve bajo los criterios del CIE-10, que apareció por más de dos semanas en el paciente, sin cumplir la suficiente intensidad como para interrumpir sus actividades cotidianas.

Con respecto a la terapia de aceptación y compromiso, se optó por su aplicación puesto que está especialmente dirigida hacia el funcionamiento crónico e inflexible de evitación experiencial siendo un aspecto central en la mayoría de los trastornos psicológicos y que se acerca a la demanda del paciente debido a sus antecedentes clínicos y las limitaciones de las intervenciones cognitivo conductuales previas.

Posterior a la intervención 12 se logró una desconexión entre pensamientos y eventos cognitivos, debilitando su necesidad de control, se fomentó la acción guiada por los valores y a su vez se identificó una notable mejoría en los niveles de ansiedad, lo que lleva a pensar en una mejoría en la relación con sus pensamiento y emociones.

Dentro de las limitaciones de la terapia de aceptación y compromiso, se debe tener un especial cuidado al definir los objetivos de la terapia, debido a que podría complicar el cuadro sintomatológico del paciente y dependiendo de la gravedad del caso, podría facilitar una conducta suicida. Esta terapia podría dejar de lado el análisis profundo de sucesos previos en la vida del paciente que

necesiten ser analizados y comprendidos.

4. Conclusiones

Se trata de una persona con trastorno de ansiedad generalizada del cual se deriva indicios de un cuadro depresivo, identificado como episodio depresivo leve, se utilizó la terapia de aceptación y compromiso, su principal acción es fomentar la flexibilidad psicológica, interrumpiendo el ciclo obsesivo de pensamientos en el paciente, se presume que la constante evitación con sus eventos privados son la causante de que se mantengan los cuadros ansioso constantes identificados a lo largo de su vida, el paciente obtuvo una mejoría en la capacidad de experimentar sus eventos psíquicos, lo que le permitió redireccionar su necesidad de control a sus acciones guiadas por valores, obtuvo conductas adaptativas y una mejor consciencia del momento presente, lo que traduce a una mejora en su flexibilidad psicológica. Se espera un pronóstico favorable en el paciente.

Bibliografía

- Aasvik, J. K., Woodhouse, A., Jacobsen, H. B., Borchgrevink, P. C., Stiles, T. C., & Landrø, N. I. (2015). Subjective memory complaints among patients on sick leave are associated with symptoms of fatigue and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1338. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01338>
- Altman D., (2017). *Cómo limpiar tu basura emocional*. Editorial Edaf. España. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7xHoDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=Ejercicios+de+mindfulness&ots=QFzRbdA9PF&sig=UtB1pbN8lb75bp9bOqns4h2UB3g#v=onepage&q=Ejercicios%20de%20mindfulness&f=false>
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría (2013). <https://www.eafit.edu.co/ninos/redelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Barraca J. (2007). *La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo*. Revista *Miscelánea Comillas*. 65 (127). <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/7351>
- Belomé C., Ondere J., (2017). *Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde*. Revista *Trends in Psychology*. 25 (1). <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/t/v25n1/v25n1a02.pdf>
- García J., (2006). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual*. 5. https://www.researchgate.net/publication/277274712_La_Terapia_de_Aceptacion_y_Compromiso_ACT_como_desarrollo_de_la_terapia_cognitivo_conductual
- García W., (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada como factor asociado a obesidad en pacientes adultos del hospital Belén de Trujillo*. Universidad privada Antenor Orrego. Perú. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2711/1/REP_MED.HUMA_WINNIFER.GARCIA_TRASTORNO.ANSIEDAD.GENERALIZADA.FACTOR.ASOCIADO.OBESIDAD.PACIENTES.ADULTOS.HOSPITAL.BEL%c3%89N.TRUJILLO.pdf
- Hernández K., Lesmes A., (2018). *La escucha activa como elemento necesario para el diálogo*. Revista

- Convicciones. 9 (1).
<https://www.fesc.edu.co/Revistas/OJS/index.php/convicciones/article/view/272/311>
- Montalvo G., (2019). Abordaje integral de los trastornos de ansiedad generalizada y crisis de pánico en atención primaria de salud. Universidad técnica de Machala. Ecuador.
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13902/1/MONTALVO%20BERMEO%20GABRIELA%20ESTEFA%20NIA.pdf>
- Pilecki, B. C., & McKay, D. (2012). An Experimental Investigation of Cognitive Defusion. *The Psychological Record*, 62 (1).
<https://doi.org/10.1007/BF03395784>
- Queraltó M., (2006). Las metáforas en la Psicología cognitivo-conductual. *Revista Papeles del Psicólogo*. 27 (2). Madrid, España.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77827207.pdf>
- Sanz J., (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Revista Clínica y Salud*, vol. 25, núm. 1. España.
<https://www.redalyc.org/pdf/1806/180630186005.pdf>
- Sanz J., Perdigón A., Vázquez C., (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Revista Clínica y Salud*. 14 (3). España.
<https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Vargas L., Ramírez R., (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista Ciencias sociales*. 138 (101- 110).
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/12089/11385>
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>