



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Ecatepec

**“RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PLENA, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN
ADOLESCENTES MEXICANOS”**

TESIS

Que para Obtener el Título de

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Nadia Karen López Márquez

ASESORA

Dra. María del Consuelo Escoto Ponce de León

REVISORAS

Dra. Brenda Sarahi Cervantes Luna

Mtra. Virginia Flores Pérez

Ecatepec de Morelos, Estado de México, Junio 2025

Resumen

La atención plena consiste en un estado mental en que predomina la conciencia plena de todo aquellos que sucede en el presente. El estrés consiste en una respuesta del organismo ante estímulos aversivos ambientales que alteran su equilibrio. La ansiedad es una emoción normal que aparece frente a situaciones estresantes y que es necesaria en la realización de actividades. El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre atención plena, estrés y ansiedad, en adolescentes en educación media superior. Participaron 279 alumnos de una preparatoria pública de entre 15 a 18 años del Estado de México quienes contestaron de manera física la Escala de Conciencia de Atención Plena, la Escala de Estrés Percibido y el Inventario de Ansiedad de Beck además de ser obtenido su Índice de Masa Corporal. Se trata de un estudio transversal, no experimental y correlacional. Los resultados indicaron una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la atención plena, el estrés y la ansiedad. No fueron identificadas diferencias en los niveles de atención plena, estrés y ansiedad en los participantes a partir de su peso, pero sí se observaron diferencias a partir del sexo. Se concluye que la atención plena tiene un impacto negativo en los niveles y los síntomas de estrés y ansiedad, mientras que se observó una alta prevalencia de niveles de estrés y ansiedad en el sexo femenino.

Abstract

Mindfulness is a mental state in which full awareness of everything happening in the present predominates. Stress is the body's response to aversive environmental stimuli that alter its balance. Anxiety is a normal emotion that arises in stressful situations and is necessary for performing activities. The objective of this study was to evaluate the relationship between mindfulness, stress, and anxiety in adolescents in upper secondary education. A total of 279 students from a public high school aged 15 to 18 in the State of Mexico participated. They completed physical examinations of the Mindfulness Awareness Scale, the Perceived Stress Scale, and the Beck Anxiety Inventory. Their Body Mass Index was also obtained. This was a cross-sectional, non-experimental, correlational study. The results indicated a negative and statistically significant correlation between mindfulness, stress, and anxiety. No differences were identified in the levels of mindfulness, stress, and anxiety among participants based on their weight, but differences were observed based on gender. It is concluded that mindfulness has a negative impact on stress and anxiety levels and symptoms, while a high prevalence of stress and anxiety levels was observed in women.

Índice

Introducción	13
Capítulo 1. Estrés, Ansiedad y Atención Plena.....	16
Estrés	16
1.1.1 Definición de estrés.....	16
1.1.2 Fases de Reacción al Estrés	18
1.1.3 Clasificación del Estrés: Eustrés, Distrés y Niveles Óptimos de Estrés	20
1.1.4 Estresores	22
1.1.5 Tipos de Estrés	23
1.1.6 Estrés en Adolescentes	24
1.1.7 Manifestaciones del Estrés.....	26
1.1.8 Estrés y Afrontamiento	27
Ansiedad.....	28
1.2.1 Definición y Características	28
1.2.2 Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica	31
1.2.3 Trastornos de Ansiedad	34
1.2.4 Detonantes de la Ansiedad	35
1.2.5 Sintomatología y Neurofisiología de la Ansiedad	37
1.2.6 Ansiedad en la Adolescencia	39
1.2.7 Prevención y Disminución de la Ansiedad	41

Atención Plena	43
1.3.1 Origen y Definición	43
1.3.2 Atención plena como constructo teórico.	45
1.3.3 La práctica de la atención plena	46
1.3.4 Atención plena como proceso psicológico	50
1.3.5 Componentes de la Atención Plena	51
1.3.6 Beneficios de la Atención Plena	52
1.3.7 Técnicas de Atención Plena	56
Capítulo 2. Estudios previos	58
2.1 Atención Plena y Ansiedad.....	58
2.2 Atención Plena y Estrés.....	60
2.3 Atención Plena, Estrés y Ansiedad.....	62
2.4 Intervenciones Basadas en Atención Plena	66
Capítulo 3. Método	69
3.1 Planteamiento del Problema.....	69
3.2 Justificación.....	71
3.3 Pregunta de Investigación	72
3.4 Objetivo General	72
3.5 Objetivos Particulares	73
3.6 Variables	73

3.6.1 Estado Nutricional	73
3.6.2 Atención Plena	73
3.6.3 Estrés	74
3.6.4 Ansiedad	74
3.7 Hipótesis.....	74
3.8 Tipo de Estudio	74
3.9 Participantes	75
3.9.1 Criterios de Exclusión	75
3.9.2 Criterios de Inclusión.....	75
3.9.3 Criterios de Eliminación.....	75
3.10 Instrumentos y medidas.....	76
3.10.1 Cuestionarios de datos generales.....	76
3.10.2 Índice de Masa Corporal.....	76
3.10.3 Escala de Atención Plena (Mindful Attention and Awareness Scale, MAAS)	76
3.10.4 Escala de Estrés Percibido de Cohen (PSS-14).....	77
3.10.5 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	78
3.11 Procedimiento.....	78
3.12 Análisis de Datos	79
3.13 Consideraciones Éticas.....	79
Capítulo 4. Resultados	81

4.1 Características de los participantes	81
4.2 Comparación de la atención plena, la ansiedad y el estrés por sexo	82
4.3 Comparación de la atención plena, el estrés y la ansiedad entre los participantes con peso normal y exceso de peso.....	83
4.4 Relación entre Atención Plena, Ansiedad y Estrés.....	84
Discusión.....	86
Conclusión	87
Referencias.....	89
Anexo A	108
Anexo B	109
Anexo C	110
Anexo D	113
Anexo E	115

Introducción

La atención plena o “mindfulness” es un estado mental en el que predomina la conciencia plena y la aceptación de todo aquello que sucede en el presente; se caracteriza por contar con una intención o propósito y por no juzgar los pensamientos, las sensaciones o los sentimientos existentes del momento (Asensio-Martínez et al., 2017). Por otro lado, el estrés es definido desde tres miradas teóricas distintas: fisiológicamente se concibe como una respuesta no específica que tiene un organismo frente a las demandas del entorno a las que se ve expuesto y que altera su equilibrio fisiológico mientras ejecuta el proceso de adaptación para poder sobrevivir; la perspectiva centrada en la situación estimulante conceptualiza el estrés como un estímulo aversivo proveniente del exterior que sobrepasa la capacidad de afrontamiento del organismo; y la teoría transaccional, lo define como el resultado de la relación dinámica y bidireccional del sujeto con el ambiente, es decir, su interacción continua (Díaz y De la Iglesia, 2019).

En cambio, la ansiedad es considerada una emoción que se activa a manera de respuesta ante situaciones estresantes. La ansiedad “normal”, es decir, que se presenta en dosis moderadas, es necesaria para la ejecución de actividades. La ansiedad es analizada a partir de tres niveles de respuesta: a) la perspectiva fisiológica, menciona que la ansiedad tiene lugar en dos sistemas interrelacionados siendo estos el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso neuroendocrino; b) la perspectiva cognitiva enlista las características de la ansiedad entre las que se encuentran la preocupación, la anticipación, la hipervigilancia, el temor, la inseguridad, la sensación de pérdida de control y la sensación de cambios fisiológicos y; c) las respuestas motoras, que durante la ansiedad, su objetivo es aminorar o aliviar el malestar psicológico y físico que genera al manifestarse en conductas que dañan la salud del individuo (Piqueras et al., 2008).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), en 2019 a nivel mundial una de cada ocho personas contaba con al menos un trastorno mental, sin embargo, con la aparición de la pandemia de COVID-19 se detectó un aumento del 26% al 28% en trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en tan sólo un año. La OMS (2022) también menciona que el aumento en dichos trastornos se debe principalmente al aumento en los niveles de estrés causado por el aislamiento social ante la pandemia, asimismo, dicho informe asegura que la salud mental de jóvenes y mujeres fueron las más afectadas mientras que las personas con alguna enfermedad crónica estaban más propensos a desarrollar trastornos mentales. Aproximadamente, el 4.4% de los adolescentes en edades entre 10 y 14 años y el 5.5% de adolescentes entre 15 y 19 años cursa con un trastorno de ansiedad, viéndose afectados considerablemente el rendimiento académico, el aumento de conductas de aislamiento social y de los síntomas de depresión (OMS, 2024).

La evidencia existente acerca de la práctica de atención plena proporciona información sobre los efectos positivos que esta tiene, sobre todo, en la disminución de síntomas de ansiedad y del incremento en el funcionamiento general de las personas, así como su implementación en el tratamiento de síntomas relacionados con el estrés (Bruna et al., 2019; Martínez-Escribano et al., 2017). La atención plena también ha sido vinculada con la inteligencia emocional, esto significa que aquellos individuos que tienen con una buena conciencia y capacidad de regulación emocional, así como un entrenamiento en la solución de problemas y buenas relaciones interpersonales, tienen un mayor grado de atención plena (Galván-Soto et al., 2024).

El presente trabajo surge de la necesidad de indagar la relación entre la atención plena, el estrés y la ansiedad, así como su prevalencia en población mexicana joven puesto que las investigaciones elaboradas referentes al tema son escasas, contrastadas con las realizadas en países asiáticos, europeos y angloparlantes. En adición, se buscó también hacer una comparación de las

variables a partir del sexo y del estado nutricional de los participantes. Para ello, la metodología utilizada en esta investigación fue de tipo cuantitativo, es decir, la recolección y medición de los datos se consiguió por medio de un procedimiento estandarizado para después ser analizados por métodos estadísticos.

El capítulo uno está compuesto de tres apartados dedicados a estrés, ansiedad y atención plena. En el primer apartado se describe la definición de estrés, sus fases, su clasificación y tipos, la definición de estresor, las manifestaciones y formas de afrontamiento del estrés. El segundo apartado está dedicado a la ansiedad donde se explica su definición y características, la diferencia entre ansiedad normal y ansiedad patológica, los detonantes, síntomas y proceso neurofisiológico, así como la prevención y disminución de la ansiedad. Por último, el apartado referente a la atención plena comprende su definición y origen, su conceptualización como constructo teórico, proceso psicológico y práctica, al igual que los componentes, beneficios y técnicas de esta. En el capítulo dos se revisan las investigaciones previas referentes al presente estudio, y es dividido en tres partes para clasificar los estudios que midieron atención plena y ansiedad, atención plena y estrés, así como estudios experimentales sobre la práctica de la atención plena en síntomas de ansiedad y estrés. El capítulo tres se conforma de la metodología investigativa empleada en este estudio donde, además, puede encontrarse la descripción del planteamiento del problema, la justificación, los objetivos e hipótesis, así como el procedimiento que se siguió para este trabajo. En el cuarto capítulo son descritos los resultados obtenidos de esta investigación de acuerdo con los objetivos planteados. Finalmente, se discuten los resultados alcanzados con los de estudios previos, y se producen las conclusiones principales y las limitaciones del presente trabajo. También puede ser consultada la lista de referencias que respaldan este estudio al igual que los anexos utilizados en esta investigación.

Capítulo 1. Estrés, Ansiedad y Atención Plena

Estrés

1.1.1 Definición de estrés

El término estrés fue acuñado por el médico y fisiólogo Hans Selye, y lo definió como todas aquellas respuestas fisiológicas que ocurren por situaciones que ejercen alguna forma de presión, interna o externa, sobre los organismos ocasionando la aparición de conductas de protección ante riesgos, peligros y/o amenazas (Ávila, 2014). Como tal el estrés no es una emoción, pero sí es un factor desencadenante en la aparición de diferentes emociones. Se trata de un fenómeno implícito en la supervivencia de los organismos y se compone de reacciones de emergencia que ayudan a la adquisición de habilidades adaptativas ante sucesos estresantes (Sierra et al., 2003).

La OMS (2023) define el estrés como un estado de preocupación constante que surge de situaciones difíciles, mientras que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2024) menciona que se trata una sensación que comúnmente se manifiesta en las personas cuando están frente situaciones que ejercen algún tipo de presión sobre ellas acompañada de la creencia de no ser capaces para afrontarlas y/o resolverlas. El concepto de estrés también hace referencia a una forma de fatiga experimentada por los organismos y que, de mantenerse y de aumentar su intensidad, existe la probabilidad de que se convierta en una enfermedad. Se trata de una respuesta humana que aparece ante eventos considerados amenazantes o demasiado exigentes siendo su fin último garantizar la supervivencia del organismo que, además, cuando estas respuestas son controladas y eficaces en el contexto o ambiente en que ocurren, permiten el inicio del proceso de adaptación (Vales, 2011).

El estrés es una reacción natural y normal que impacta fisiológica y psicológicamente a las personas, incidiendo en su funcionamiento en mayor o menor medida, con la posibilidad de dejar

huella tanto en la salud como en el proceso de adaptación ya que se ven expuestas a situaciones de amenaza, provocando así la activación de un estado de alerta que prepara al organismo para responder, actuar y afrontar aquello que pone en peligro su bienestar, ya sean situaciones internas o externas (Gobierno de México, 2022). Es una agitación mental crónica que va acompañada de tensión corporal que sobrepasa la capacidad de adaptación de las personas, generando situaciones orgánicas y emocionales disfuncionales siendo ejemplo de estas la aparición de enfermedades o sentimientos relacionados con la angustia (Neidhart et al., 1989, como se citó en Naranjo, 2009).

Cuando un individuo se ve expuesto a situaciones que son consideradas complejas, se espera que haya una respuesta de estrés a tales situaciones, sin embargo, cuando la exposición se prolonga puede que los efectos del estrés aumenten a tal punto que se considere una reacción patológica que, a su vez, tendrá consecuencias negativas en las funciones fisiológicas del organismo (Ávila, 2014). El estrés, en pequeñas dosis, es considerado una respuesta de excitación fisiológica en los organismos, sin embargo, cuando son expuestos a grandes cantidades de estrés esta respuesta resulta agotadora (American Psychological Association, 2010).

Se considera que la presencia del estrés es necesaria para el correcto mantenimiento del equilibrio en la salud física, emocional y mental de las personas, apreciándose como una reacción innata e intensa que proviene de vivencias subjetivas y fugaces, además, es observable gracias a las expresiones faciales y otras manifestaciones corporales (Gobierno de México, 2022). Un nivel de estrés moderado, en un tiempo limitado, es necesario para la realización de actividades, pues se ven beneficiados procesos mentales como la percepción, la memoria y el razonamiento. Sin embargo, cuando el estrés sobrepasa los parámetros de funcionalidad en la persona, se percibe un descenso en el que tienen lugar una serie de dificultades en el desarrollo de los procesos de

pensamiento antes mencionados por lo que, muchas veces, las personas se verán “atoradas” cuando tengan que responder a sucesos estresantes (Naranjo, 2009).

1.1.2 Fases de Reacción al Estrés

Ante la presencia de exigencias físicas, emocionales o psicológicas que experimentan las personas se puede observar una respuesta fisiológica que, además, es medible y que está fuertemente relacionada con la secreción de hormonas encargadas de distintos procesos fisiológicos, tales demandas pueden ser emocionalmente agradables o desagradables y ambas tienen el mismo efecto en los individuos orgánicamente hablando (Naranjo, 2009). En la década de 1930 Hans Selye crea el concepto de Síndrome General de Adaptación (SGA) en este síndrome se definen las reacciones fisiológicas manifestadas en los organismos inmersos en situaciones estresantes, placenteras o aversivas, promoviendo la adquisición de respuestas adaptativas, y se compone de tres fases: fase de alarma o alerta, fase de defensa o resistencia y fase de agotamiento (de Camargo, 2010).

Fase de alarma. Consiste en advertir a la persona de la manifestación de uno o varios agentes estresantes que pueden colocarla en una situación de peligro, especialmente, cuando el individuo percibe o considera no tener la capacidad para enfrentar y solucionar el problema. Esta fase resulta funcional en circunstancias que no representan una amenaza para el bienestar y la vida de la persona, permitiéndole encontrar soluciones antes de que se termine de materializar el estrés (Naranjo, 2009). El proceso fisiológico de la fase de alerta radica en la segregación de adrenalina, gracias a la estimulación que el hipotálamo hace sobre la médula suprarrenal para la segregación de esta hormona, que brinda de energía al individuo en situaciones de emergencia y que se manifiesta en síntomas como el aumento de la frecuencia cardíaca, aumento del flujo sanguíneo y junto con la hormona noradrenalina aparece también la hipervigilancia (Duval et al., 2010).

Fase de defensa. También conocida como fase de resistencia tiene lugar cuando la fase de alarma ha sobrepasado cierto tiempo, se define como la aparición de la sensación de sufrimiento en las personas que va acompañado por el sentimiento de frustración al notar que su capacidad y rendimiento para enfrentar el factor estresante son limitados. Esta fase es considerada como un ciclo en el que hay una disminución de energía considerable en el organismo que dificulta la superación del evento estresante, además, de que puede estar acompañada por síntomas de ansiedad ante un probable panorama de fracaso (Naranjo, 2009).

Cuando el estrés se mantiene hasta alcanzar la fase de resistencia, se siguen presentando en el individuo reacciones fisiológicas como la segregación de la hormona de cortisol en las glándulas suprarrenales en la zona fasciculada, siendo la función de esta hormona mantener los niveles de azúcar en la sangre (glucosa) para alimentar los músculos del cuerpo, el corazón y el cerebro. Cuando las hormonas de adrenalina y cortisol están presentes al mismo tiempo permiten que el organismo pueda soportar o aguantar el agente estresor ya que la adrenalina se encarga de mandar energía al cuerpo mientras que el cortisol es el almacenamiento de esta energía (Duval et al., 2010).

Fase de agotamiento. Es la última en el Síndrome General de Adaptación y se caracteriza por la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y fatiga, ya sea que aparezcan o no al mismo tiempo. La fatiga puede expresarse como tensión, irritabilidad e ira, así como en una intranquilidad constante que puede estar relacionada con un estado de cansancio que no puede ser reparado con el sueño nocturno; por otro lado, la ansiedad se manifiesta con o sin la presencia de una amenaza real o imaginaria, mientras que la depresión puede ocasionar estragos en la motivación de las personas que son observables por la pérdida de placer en la realización de actividades que eran

consideradas satisfactorias así como dificultades para dormir (insomnio), pensamientos autoderrotistas y una percepción negativa de sí mismo (Naranjo, 2009).

Para que pueda concretarse la fase de agotamiento es necesario que la situación estresante persista mientras que ocurre una alteración hormonal crónica que tendrá consecuencias orgánicas y psiquiátricas en el individuo y, en caso de que esta situación se extienda por más tiempo, existe el riesgo de que el organismo se vea sobrepasado, con la posibilidad de quedar completamente agotado, junto con la pérdida de la eficacia de la secreción de hormonas que, además, se irán acumulando y tendrán un efecto negativo en la salud de la persona (Duval et al., 2010).

1.1.3 Clasificación del Estrés: Eustrés, Distrés y Niveles Óptimos de Estrés

Los términos eustrés y distrés son considerados categorías indispensables para medir los niveles de bienestar o malestar de las personas y para reconocer las situaciones que los desencadenan (Saavedra, 2023). El primero de estos, también conocido como el estrés bueno, es la cantidad adecuada y necesaria de estrés para la ejecución de las actividades diarias y se caracteriza por no ser dañino para los individuos, incentivando la motivación en pro de la obtención de buenos resultados, es decir, se trata de un rendimiento óptimo que permite una correcta adaptación a los cambios que se puedan presentar (de Camargo, 2010). Puede encontrarse en todas las actividades que generen algún tipo de bienestar o placer que esté relacionado o fuertemente ligado a la armonía entre el individuo, su contexto y su capacidad de adaptación (Naranjo, 2009).

Dentro de los efectos positivos del estrés se encuentran el alcance y la realización de objetivos establecidos, sin embargo, cuando el estrés se torna excesivo puede representar resultados adversos para la salud, tanto físicos como mentales que repercuten en el estado de ánimo y en las relaciones interpersonales (UNICEF, 2024). Otros beneficios del eustrés son los siguientes (Marcial, 2023):

- Aumento de productividad y de respuestas rápidas.
- Fomenta la solución de problemas de manera directa.
- Gasto de energía eficiente.
- Creatividad.
- Control e inteligencia emocional.

Por otro lado, el distrés o el estrés malo se caracteriza por ser dañino ya que provoca la muerte de neuronas en el hipocampo, facilitando también la aparición de patologías físicas y mentales (de Camargo, 2010). Este tipo de estrés tiene su origen en situaciones desagradables que la persona sufre o desarrolla pese a su propia capacidad de adaptación, causando cambios negativos en el bienestar físico y mental del individuo destruyendo su homeostasis (Naranjo, 2009). Los individuos que se encuentran atravesando un estrés negativo, pueden verse incapacitados o limitados en una o más áreas de su vida y que, indudablemente, las consecuencias desfavorables padecidas van desde la aparición de crisis nerviosas y/o en trastornos mentales hasta su fallecimiento al ser víctimas de ataques al corazón (Sierra et al., 2003).

Al tratarse de un estrés negativo, prevalece un desequilibrio interno en que intervienen y se mantienen pensamientos negativos, así como una constante percepción de amenaza, teniendo consecuencias tales como el desgaste y agotamiento físico y mental que pueden terminar en enfermedades graves y se observa en forma de angustia o aflicción además de limitar a la persona en la correcta solución de problemas (Marcial, 2023). Cada persona cuenta con un nivel específico y distinto de resistencia al estrés, por lo que es importante que cada individuo conozca y sea consciente de sus limitaciones en cuanto a su umbral de tolerancia al estrés como de su capacidad de adaptación, siendo esta información útil para eludir o librarse de situaciones estresantes (Naranjo, 2009).

1.1.4 Estrés

El estrés es esa respuesta que aparece en los organismos cuando están frente a estímulos, llamados estresores, que perturban y/o vulneran su homeostasis, ya sea que se trate de factores exógenos o endógenos y que se ha observado que estos últimos tienen mayor probabilidad de ser considerados agentes estresores (del Hoyo, 2004). Un estresor es un estímulo que se encuentra en el ambiente el cual promueve el desencadenamiento de la actividad fisiológica en los individuos, pudiendo ser simples o complejos dependiendo de la subjetividad de cada quién (Cruz, 2018). Puede tratarse de cualquier estímulo, agradable o desagradable, ya sean externos o internos que directa o indirectamente ayudarán al desequilibrio del organismo (Macías et al., 2013). Son una situación imprevista que sucede en la cotidianidad y que es percibida como negativas y amenazantes de forma consciente o inconsciente (Pérez, 2017).

Cotton (1990, citada en Espejo et al., 2015), clasificó a los estresores de la siguiente manera:

- Estresores físicos: condiciones que afectan nuestro cuerpo.
- Estresores psicológicos: amenazas psicosociales, derivadas de las relaciones sociales.
- Estresores psicosociales: derivados de las relaciones sociales.

Por otro lado, Barrio et al. (2006) identificaron que los factores estresantes propician la estimulación de los sistemas de control y de respuesta, además de proponer la siguiente clasificación:

- Ambientales o extrínsecos: contaminación ambiental, alimentación, estilo de vida, situaciones o condiciones adversas, desastres, choque de cultura, exceso de actividades y normas.

- Intrínsecos psicoemocionales: pensamiento rígido, personalidad, inseguridad, conflicto, preocupación, insatisfacción y frustración.
- Intrínsecos biológicos: Tensión muscular, enfermedades, intervenciones quirúrgicas y traumatismos.

1.1.5 Tipos de Estrés

La APA (2010) identifica la existencia de tres tipos de estrés, se describen a continuación:

Estrés Agudo. Se trata de la forma de estrés más común de las personas. Tiene su origen en experiencias pasadas y en la anticipación de sucesos futuros que representan algún tipo de presión o demanda. Se presenta a corto plazo por lo que no genera daños significativos en comparación con un estrés a largo plazo. Presencia de emociones desagradables, por ejemplo: enojo, ansiedad, irritabilidad, depresión. Problemas físicos como cefaleas, dolor muscular general o localizado, así como problemas en los ligamentos y tendones. Problemas o enfermedades en los sistemas digestivo, circulatorio, endocrino y respiratorio.

Estrés agudo episódico. Las personas que atraviesan por un estrés agudo episódico son descritas como irritables, ansiosas o nerviosas, de carácter hostil, con conductas cortantes que repercuten en sus relaciones personales de manera negativa. Los síntomas que se presentan en el estrés agudo son agitación constante, dolor de pecho y/o cabeza, enfermedad cardíaca e hipertensión.

Estrés crónico. Este tipo de estrés está presente todo el tiempo, es decir, sus efectos son a largo plazo. Ocurre a partir de las demandas o exigencias constantes que parecen nunca acabar. Se caracteriza por derrumbar a las personas a nivel físico, mental y social y se le relaciona con situaciones desfavorables de tipo familiar, económico, social y/o de oficio. Es crónico, es decir, las personas suelen acostumbrarse a él pudiendo convertirse en una situación cómoda. Sus

síntomas son difíciles de tratar pues requiere de tratamiento médico y psicológico. El estrés crónico puede manifestarse en conductas violentas, suicidas y/o en enfermedades como el cáncer o la apoplejía. Aparecen sentimientos de desesperanza y depresión, así como dificultad para solucionar problemas.

1.1.6 Estrés en Adolescentes

El estrés, durante la adolescencia, está fuertemente relacionado con sucesos ambientales en los que se encuentran implícitos factores físicos y psicológicos, mismos que afectan los niveles de estrés en los adolescentes y repercuten directamente en su salud a corto, mediano y largo plazo (Barraza-Sánchez et al., 2019), siendo el contexto familiar y escolar las principales fuentes de estrés (Berra et al., 2014). La UNICEF (2023) menciona que en el ámbito familiar, situaciones de abuso, violencia, divorcio o muerte son agentes de estrés comunes que, además, crean una percepción de desorganización en el adolescente, trayéndole dificultades para asimilar sucesos dañinos o excesivos. También, identifica que, en la adolescencia, el estrés está relacionado tanto a estímulos referentes a la identidad y a la creación y mantenimiento de vínculos sociales dentro y fuera del hogar como a los problemas que ocurren y afectan sus comunidades, de igual manera, la sensación de estrés suele aparecer cuando se sienten incapaces o limitados para afrontar situaciones dolorosas, complejas o de peligro como, por ejemplo:

- Percepción y evaluación negativa de sí mismos.
- Cambios físicos.
- Obligaciones académicas.
- Problemas de socialización.
- Cambios significativos en la rutina o estilo de vida.

- Problemas de salud, económicos o relacionados a la muerte.
- Contexto o ambiente inseguro.

El uso de las tecnologías de información y telecomunicaciones (TIC) también juega un papel importante en la aparición de sensaciones de estrés y nerviosismo pues, desde su aparición, el estilo de vida de las personas ha sido modificado de manera significativa y, en el caso particular de los adolescentes, el estrés está mayormente relacionado a la frecuencia de exposición a las pantallas y a las dificultades que tienen para acceder a internet, es decir, los adolescentes más afindes al manejo de las TIC suelen presentar niveles de estrés altos debido a su uso extenso y a los impedimentos que se presentan al momento de querer utilizarlas. En el caso de las mujeres hay un mayor uso desadaptativo de los teléfonos celulares mientras que en los varones hay un uso problemático de las consolas de videojuegos. Por otro lado, se ha identificado que quienes utilizan las TIC con menor frecuencia, cuentan con niveles de estrés más reducidos (Díaz-López et al., 2020).

Como en cualquier etapa de la vida humana, el estrés se hace presente y sus consecuencias afectan las áreas biológica, psicológica y social y los adolescentes no son la excepción, por lo que es importante que el tratamiento efectuado sobre las personas con estrés sea multidisciplinario, para evitar o rehabilitar a los adolescentes de los estragos que el estrés ocasiona en ellos (Barraza-Sánchez et al., 2019), por lo que la UNICEF (2023) recomienda las siguientes actividades para el manejo del estrés en niños y adolescentes: a) detectar factores desencadenantes, b) responder y acompañar con amor, c) ser ejemplo a seguir, d) fomentar el pensamiento positivo, e) fomentar hábitos saludables y f) recordar ser amable con uno mismo, todo esto sin dejar de lado la ayuda profesional.

1.1.7 Manifestaciones del Estrés

Naranjo (2009) clasifica tres formas de respuesta ante el estrés las cuales son: cognitiva, emotiva y conductual. En la primera, se experimentan estragos en la memoria y en la concentración, aumento de errores al momento de realizar actividades y sentimiento de incapacidad y desorganización mental; la segunda, consiste en un estado de tensión continuo, síntomas de hipocondría, sentimientos de impaciencia e intolerancia hacia los demás y aumento en el sentimiento de desesperanza que repercute negativamente en el autoconcepto; y la tercera, en donde se observan problemas de comunicación debido a limitaciones en la fluidez verbal, disminución del sentimiento de satisfacción en la realización de actividades placenteras, aumento de inasistencias laborales o escolares, incremento en el consumo de sustancias psicoactivas, modificación en el ciclo de sueño y vigilia, responsabilización de los otros sobre problemas propios, actitudes y comportamientos que no son propios del individuo así como ideación y conducta suicida; por último también se identifica la presencia de enfermedades psicosomáticas como consecuencia de altos niveles de estrés. En la Tabla 1 se presentan algunas de las manifestaciones de estrés (Universidad Nacional de Córdoba, 2022).

Tabla 1

Manifestaciones físicas, psicológicas, emocionales y comportamentales del estrés

Físicas	Psicológicas y emocionales	Comportamentales
Cansancio y fatiga	Inquietud e hiperactividad	
Cefalea (dolor de cabeza)	Irritabilidad	Tendencia a discutir
Colon irritable	Apatía	Aislamiento
	Tristeza (con o sin llanto)	

Aumento o disminución de	Ansiedad	Automedicación de fármacos
apetito	Angustia	para dormir y para mantenerse
Bruxismo	Problemas cognitivos como	despierto
Dolor de espalda	falta de concentración y	Procrastinación
Taquicardia	dificultad para pensar.	Aumento en el consumo de
Somnolencia	Pérdida de memoria	alcohol, tabaco y otras
Insomnio y/o pesadillas	Disminución en la motivación	sustancias
Sistema inmunológico débil		

Nota. Universidad Nacional de Córdoba (2022).

1.1.8 Estrés y Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986, como se citó en Gaeta y Martín, 2009), mencionan que el proceso de afrontamiento del estrés consiste en un esfuerzo cognitivo y comportamental, que está sujeto a cambios a partir de las diferentes presiones o requerimientos internos y/o externos que, además, son considerados excesivos o desmedidos para los recursos con que cuenta el organismo. Se clasifican en dos los estilos de afrontamiento: focalizado en el problema o dirigido a la solución y el orientado a las emociones (Viñas et al., 2015). En 1996, Frydenberg y Lewis (citados en Viñas et al., 2015) proponen tres estilos de afrontamiento: productivo, de no afrontamiento y orientado a otros. Por otro lado, Sandín y Chorot (citados en Piergiovanni y Depaula, 2018) postulan siete estilos de afrontamiento que son: 1) focalizado en solución de problemas, 2) autofocalización negativa, 3) reevaluación positiva, 4) expresión emocional abierta, 5) evitación, 6) búsqueda de apoyo social y 7) religión.

Naranjo (2009) reúne los siguientes métodos para afrontar el estrés:

- Técnicas de relajación: su función es ayudar a recuperar la sensación de control sobre sí mismo, por lo tanto, beneficia el manejo de las situaciones.
- Generación de pensamientos funcionales: pensamientos, sentimientos y conductas racionales que ayuden al mejoramiento del funcionamiento fisiológico de las personas.
- Preocupación constructiva: consiste en mantener la preocupación desde un enfoque racional donde se incluya una metodología para sobrellevar las situaciones de estrés, fijando la atención en la solución de problemas (Melgosa, 1995 citado por Naranjo, 2009).

Por otro lado, Barrio et al. (2006), recopilan la siguiente serie de estrategias para el manejo del estrés: ejercicio de solución de conflictos, inoculación de estrés, desensibilización sistemática, sensibilización y reforzamiento encubierto, relativización de situaciones, red de apoyo y adquisición de logros pequeños. En el caso específico de la etapa de la adolescencia, Berra et al. (2014) identificaron que la estrategia de afrontamiento más empleada es la centrada en la emoción, lo que significa que los adolescentes no suelen solucionar las problemáticas en las que se encuentran. También halló una relación entre los niveles de estrés y la estrategia de afrontamiento empleada, señalando además que las emociones que se presentan ante situaciones de estrés son miedo y ansiedad.

Ansiedad

1.2.1 Definición y Características

El término ansiedad tiene su origen en el latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción. Se trata de un estado de malestar físico y psicológico que hace sentir a los individuos inquietos, intranquilos o inseguros por situaciones consideradas amenazantes y que aparentan ser inmediatas y no tener

un motivo real de origen (Virues, 2005). Se considera que la ansiedad es una de las emociones básicas del ser humano y está implícita en la realización de actividades cotidianas, sin embargo, esta emoción puede ser contraproducente cuando sobrepasa el nivel óptimo de tolerancia de cada persona para enfrentar situaciones de estrés y/o amenaza (Noriega-Aguilar y Angulo-Arjona, 2010).

Se le llama ansiedad a la sensación, humana y natural, que experimenta un individuo cuando está asustado o preocupado. La ansiedad mantiene una estrecha relación con emociones y sentimientos como el miedo y el pánico que, en una cantidad moderada, buscan garantizar la supervivencia del organismo protegiéndolo de posibles peligros. Además, se caracteriza por modificar la percepción de las amenazas, haciéndolas parecer peores de lo que en realidad son, causando así, una sensación de agobio. La ansiedad es diferente para cada persona siendo que, ante un mismo evento activador, esta se expresa con mayor o menor intensidad (UNICEF, 2024).

La ansiedad es considerada un estado emocional desagradable que se manifiesta a través de cambios somáticos y psíquicos que aparece en forma de una respuesta adaptativa ante determinadas circunstancias o como un síntoma relacionado a padecimientos de índole médica o psiquiátrica (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010). La ansiedad puede modificar la percepción de las personas respecto de la realidad, el ambiente y sobre sí misma afectando su funcionamiento. Los cambios que ocurren en las personas que están en un estado de ansiedad son de tipo somático y psíquicos, es decir, experimentación de síntomas que en realidad no se están presentando (Secretaría de Salud [SSA], 2015).

Como se ha mencionado hasta ahora, la ansiedad es la respuesta que surge en el momento en que se percibe algún tipo de amenaza que atente contra el bienestar físico y/o mental de un individuo y se presenta en tres niveles: motor, cognitivo y fisiológico. En el nivel motor se

presentan conductas evitativas, compulsivas y de escape, así como inquietud o inhibición motora; a nivel cognitivo pueden observarse dificultades de atención y concentración además de una preocupación y desaliento constante; y, a nivel fisiológico, se presenta una activación del Sistema Nervioso Autónomo (Salaberría et al., 1995). Desde una mirada meramente fisiológica, la ansiedad es una respuesta de defensa que ocurre en los organismos cuando se identifica la presencia de una posible amenaza, manifestándose como una serie de sensaciones displacenteras como lo son los estados de preocupación, irritabilidad, intranquilidad e hipervigilancia y, de no ser controlada y de mantenerse en el tiempo, existe el riesgo de que se convierta en una patología ansiosa (Chacón et al., 2021). Se ha encontrado que existe una relación entre los síntomas de ansiedad y las alteraciones químicas del cerebro, además, son de tipo hereditario y suelen aparecer gracias a estresores ambientales (Cárdenas et al., 2010).

Una persona puede sentirse ansiosa ya sea por un peligro real o imaginario, en el caso específico donde no hay una amenaza definida, la respuesta se clasifica como rígida y ocasiona sensaciones de intranquilidad y desamparo aunado a un carácter anticipatorio, es decir, las personas que se encuentran en este estado prevén la aparición de posibles peligros mientras experimentan síntomas fisiológicos y psíquicos, por ejemplo: sensación de catástrofe, reacciones de sobresalto así como la necesidad de encontrar una solución para dichos peligros (Sierra et al., 2003). No en todas las personas la ansiedad cumple con su función adaptativa, en su lugar, sobreviene un sufrimiento originado principalmente por la ausencia de control sobre la emoción. La ansiedad al ser anticipatoria provoca una reacción de tensión física y emocional tanto por la evocación de sucesos desagradables como por la creación de situaciones imaginarias de peligro, ya sea del presente o el futuro, desde una perspectiva de temor (Salaberría et al., 1995).

Además de ser una emoción universal, también se trata de una respuesta normal y esperada en situaciones estresantes, pero como se mencionó anteriormente, cuando rebasa la capacidad de adaptación de los individuos, la ansiedad se convierte en una reacción patológica que, además de incrementar su intensidad, genera un significativo malestar físico, psicológico y comportamental (Fernández et al., 2012). Cuando la ansiedad se transforma en un problema de salud, pueden observarse la aparición de limitaciones o perjuicios en la capacidad de respuesta de la persona ante eventos estresantes (Noriega-Aguilar y Angulo-Arjona, 2010).

1.2.2 Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica

Como se mencionó con anterioridad, todas las personas han sentido ansiedad en algún momento de la vida, sin embargo, esta se presenta de manera diferente para cada uno (Noriega-Aguilar y Angulo-Arjona, 2010). La ansiedad está contemplada dentro de los mecanismos de supervivencia básicos, responde a acontecimientos generadores de miedo que son percibidos como nuevos, inesperados o amenazantes (Cárdenas et al., 2010). Sin embargo, la ansiedad se vuelve un problema en el momento que obstaculiza la vida de las personas sin mencionar el malestar y el sufrimiento experimentados (Espinosa-Fernández et al., 1995).

De acuerdo con Biondi (1989, como se citó en Salaberría et al., 1995) es posible diferenciar la ansiedad normal de la ansiedad patológica por medio de cuatro aspectos relacionados con sus causas y los efectos, que son:

- Nivel de intensidad, frecuencia y duración.
- Correlación entre la gravedad del suceso y la intensidad de la respuesta ansiógena.
- Nivel de sufrimiento subjetivo designado por la ansiedad.
- Grado de interferencia sobre las actividades cotidianas.

Ansiedad normal. La ansiedad es considerada normal siempre y cuando tenga un efecto positivo e incentivador en la vida de las personas. Está presente en aquellas acciones que tienen resultados satisfactorios y que, además, permiten la aparición de nuevas experiencias (Noriega-Aguilar y Angulo-Arjona, 2010). Implica un proceso cognitivo donde se evalúan las situaciones desencadenantes de la ansiedad destacando información importante, los recursos personales de cada individuo y los resultados previstos (Díaz y De la Iglesia, 2019). Su función consiste en motivar a los individuos para actuar, enfrentar o escapar de eventos amenazantes, siendo su objetivo conseguir la adaptación al medio y la conservación de su seguridad mientras que, también ayuda en la mejora del desempeño personal (Cárdenas et al., 2010).

La ansiedad normal se caracteriza por tener episodios ocasionales, intensidad baja o moderada y corta duración, su manifestación es similar de un individuo a otro, el nivel de sufrimiento que ocasiona es limitado y pasajero y no interfiere significativamente en la vida cotidiana (Salaberría et al., 1995). Se encarga de mandar señales de alerta para advertir la presencia de una amenaza inminente otorgando al individuo la oportunidad de actuar frente a la situación de riesgo. El surgimiento de la ansiedad es normal en situaciones específicas, especialmente en aquellas que son consideradas estresantes, por lo tanto, puede concluirse que es necesario cierto nivel de ansiedad para atender las demandas de la vida diaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Sin embargo, cuando se ve alterada la función principal de la ansiedad, la capacidad de enfrentar situaciones estresantes de mayor o menor complejidad, aparecen respuestas desadaptativas que afectan gran parte de la vida de la persona haciendo que la ansiedad se convierta en una emoción disfuncional, es decir, de tipo patológico o también conocido como trastorno de ansiedad (Cárdenas et al., 2010).

Ansiedad patológica. La ansiedad se vuelve disfuncional cuando su presencia está relacionada con sucesos que no representan ningún tipo de amenaza, es decir, la respuesta emocional está siendo desproporcionada con relación al estímulo, además, es de larga duración y tiene una intensidad alta (Espinosa-Fernández et al., 2019). Es notoria la interferencia que crea en el desarrollo personal, en las relaciones sociales, familiares y laborales, así como un sufrimiento evidente (Salaberría et al., 1995). También, se observa un deterioro significativo en distintas esferas de la vida, lo que la convierte en una ansiedad obstaculizante, tanto en el crecimiento personal como en la realización de las actividades diarias (Noriega-Aguilar y Angulo-Arjona, 2010).

La ansiedad patológica consiste en una interpretación irreal o distorsionada de la amenaza (Virues, 2005) se caracteriza por ser irracional ya sea por la ausencia de un estímulo activador, la excesiva intensidad y duración con que se presenta y/o por la reaparición de la respuesta ansiosa sin motivo aparente, limitando así la funcionalidad de la persona (IMSS, 2010). La ansiedad patológica puede clasificarse en más de un tipo de trastornos de ansiedad, al igual que sus respectivos tratamientos (Noriega-Aguilar y Angulo-Arjona, 2010). Los trastornos de ansiedad mantienen a la persona en un estado de hipervigilancia, respecto de situaciones peligrosas, siendo su activación desadaptativa y extendida (Chacón et al., 2021). Cuando el nivel de ansiedad es severo es capaz de paralizar y/o incapacitar a la persona (Virues, 2005) por lo que es importante la evaluación psicológica y neuropsiquiátrica una vez identificadas las modificaciones en los niveles fisiológico, comportamental y aptitudinal del individuo, con el objetivo de proporcionarle un tratamiento (Noriega-Aguilar y Angulo-Arjona, 2010).

1.2.3 Trastornos de Ansiedad

El término trastorno alude a un conjunto de síntomas presentados en un individuo, responsables de malestar y de interferencias en su cotidianidad (Espinosa-Fernández et al., 2019). Los trastornos de ansiedad comprenden síntomas de aprehensión o tensión mental exageradas que dificultan el quehacer diario (Garrido, 2008), se trata de alteraciones frecuentes de índole psiquiátrico que se componen especialmente por un miedo excesivo a situaciones que no significan un peligro o amenaza real (Martínez y López, 2011).

Los trastornos de ansiedad tienen como síntoma principal una ansiedad intensa y desproporcionada respecto del estímulo activador, repercutiendo en la vida diaria de las personas, dificultando la realización de actividades y a las relaciones sociales (Cárdenas et al., 2010). También, pueden ser considerados como factores de riesgo para la aparición de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y/o depresión, además de ideación y conducta suicida (OMS, 2023). En la Tabla 2 se recopilan los distintos trastornos de ansiedad tipificados por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Tabla 2

Clasificación de los trastornos de ansiedad de acuerdo a los manuales diagnósticos

CIE-10*	DSM-V**
Agorafobia	Trastorno de ansiedad por separación
Fobias sociales	Mutismo selectivo
Fobias específicas (aisladas)	Fobia específica
Otros trastornos fóbicos de ansiedad	Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado	Trastorno de pánico
Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)	Agorafobia
	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastornos de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad debido a otra afección
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	médica
Otros trastornos de ansiedad mixtos	Otro trastorno de ansiedad especificado
Otros trastornos de ansiedad especificados	Trastorno de ansiedad no especificado
Trastornos de ansiedad, no especificado	

Nota. * Organización Panamericana de la Salud (2008); ** Asociación Americana de Psiquiatría (2013).

1.2.4 Detonantes de la Ansiedad

El origen de la ansiedad es multifactorial, es decir, se ve determinado por factores familiares, escolares, sociales y personales que, en este último caso, se encuentra conformado por elementos biológicos, psicoafectivos y de la salud (Morales y Chávez, 2021). La genética es un factor que predispone a los individuos a cursar con ansiedad, sin embargo, el ambiente también aporta al desarrollo de esta (Dueñas-Amaya, 2019). Barlow (2002, como se citó en Espinosa-Fernández et al., 2019) menciona tres formas de vulnerabilidad implicadas en la aparición de los trastornos de ansiedad que son: vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica. Morales y Chávez (2021) indican que las causas que provocan la permanencia de los síntomas de ansiedad dependen de diferentes circunstancias, entre las que se encuentran:

- Factor personal: sexo, personalidad, autopercepción, conductas en función de objetivos, valores, toma de decisiones y hábitos relacionados con la salud física y mental.
- Factor familiar: ambiente disfuncional, límites deteriorados, estilo de crianza autoritario, escaso vínculo afectivo y apego inseguro, problemas de comunicación y situaciones de violencia.
- Factores escolares: todo lo relacionado al contexto escolar como rendimiento académico, carga de trabajo, problemas para relacionarse con otros, rechazo y violencia por sus iguales.
- Factores socioculturales: nivel socioeconómico y cultural bajo, acceso limitado a servicios, hacinamiento, marginación, inseguridad, violencia, restricciones educativas y laborales.

Estos factores también son considerados de riesgo puesto que contribuyen a la aparición de síntomas de ansiedad, especialmente en aquellos individuos que cuentan con antecedentes de ansiedad en su historial personal o familiar. Hechos como ser víctima de sucesos altamente estresantes o traumáticos, pertenecer al sexo femenino, presentar enfermedades crónicas y mantener un comportamiento tímido e inhibido también son un factor de riesgo (Pérez y Sánchez, 2022). Otro ejemplo de ello, es la presencia de rasgos psicopatológicos y/o de trastornos de ansiedad en los padres afectando directamente el comportamiento y la afectividad de los hijos, y se debe a la información distribuida entre los miembros de la familia, siendo perjudicadas la conducta y la relación familiar. Además, se ha observado una clara tendencia en los padres con características ansiosas por percibir los problemas como peligrosos y sin solución lo que refuerza la percepción negativa de los problemas en los hijos. También existe el modelado de conductas

ansiosas las cuales fomentan la producción de creencias disfuncionales acerca de la imposibilidad de generar estrategias para reducir o mitigar la ansiedad como para enfrentarse a los problemas (Muris et al. 2003, como se citó en Espinosa-Fernández et al., 2019).

1.2.5 Sintomatología y Neurofisiología de la Ansiedad

La ansiedad, al tratarse de la excitación mental o biológica derivada de la existencia de algún peligro o expectativa, suele reflejarse como una forma de tensión en el organismo, así como por respuestas sensoriales, emocionales y cognitivas que son complicadas de definir y/o clasificar (Sarudiansky, 2013). La modulación de la ansiedad tiene que ver con la comunicación establecida entre las neuronas ubicadas en todos los sitios o regiones involucrados en la ansiedad misma que pone en aviso al individuo para responder a los riesgos del ambiente (Pérez, 2003). Las personas con ansiedad suelen anticipar desastres o calamidades y ante esta forma de pensamiento se originan reacciones y síntomas clínicos (Sierra et al., 2003) que se presentan a través de síntomas psíquicos y somáticos (SSA, 2015) así como de forma física y emocional (UNICEF, 2024; Tabla 3).

Tabla 3

Síntomas somáticos, psíquicos, físicos, emocionales y mentales de la ansiedad

Somáticos *	Psíquicos *	Físicos **	Emocionales y mentales **
Mareo	Nerviosismo	Disnea (dificultad	Dificultades
Sudoración	Deseo de huir	respiratoria)	atencionales
Aumento de la frecuencia cardíaca		Cefaleas	Pánico, nerviosismo o tensión

Palpitaciones	Sensación de muerte	Presíncopes	Temor
Movimientos involuntarios (temblores)	inminente (ataque de pánico)	(sensación de desmayo)	Agobio
Malestar estomacal	Preocupación	Taquicardia y/o hipertensión	Sensación de la pérdida de control
Micción urgente o frecuente	Miedo irracional	Debilidad, temblor y tensión muscular	Cansancio
	Temor a perder el control y a “volverse loco”	Problemas estomacales o digestivos	Mal humor
	Pensamiento catastrófico	Trastornos de sueño	
		Disminución o falta de apetito	
		Hiperhidrosis y Sofocos	
		Boca seca	

Nota. * SSA (2015); ** UNICEF (2024).

Durante el proceso de creación de la ansiedad, la información es obtenida por medio de receptores sensoriales y que es enviada por vías nerviosas al cerebro, la información se procesa y codifica a las áreas encargadas de la creación de la ansiedad. En el sistema nervioso no hay un área específica que se encargue de la formación de la ansiedad, sin embargo, se ha identificado la intervención de más de un sitio nervioso en el proceso de fabricación y regulación de la ansiedad (Pérez, 2003). La ansiedad y sus diferentes manifestaciones encuentran su origen en una estructura

anatómica del sistema nervioso central llamada *stria terminalis* del núcleo amigdalino conectada directamente al hipotálamo y el hipocampo (Heinze, 2003).

El área de la corteza prefrontal y los sistemas límbico y el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal están involucrados en el mecanismo neurofisiológico de la ansiedad (Rodríguez-Fernández et al., 2013) y las estructuras neuroanatómicas implicadas son la amígdala, el *locus coeruleus*, el tálamo, el hipotálamo, la sustancia gris periacueductal, el hipocampo y la corteza orbitofrontal (Cedillo, 2017). En estas configuraciones están presentes tres neurotransmisores importantes en la generación de los estados ansiosos y estos son la noradrenalina, la serotonina y el ácido Gamma-aminobutílico o GABA, siendo los dos últimos los responsables de propiciar la ansiedad en los individuos cuando son expuestos a un estímulo estresante, así como la aparición de las respuestas evitativas (Gómez, 2007).

1.2.6 Ansiedad en la Adolescencia

Se ha identificado que durante la adolescencia hay una mayor vulnerabilidad frente a problemas de salud mental (Espinosa-Fernández et al., 2019) los factores de riesgo de ansiedad para los adolescentes comprenden tanto las condiciones de la misma etapa del desarrollo como de la estructura social en que se desenvuelven, por lo tanto, se ve afectada la calidad de vida ya sea a nivel individual o a nivel social. También se encuentra latente una crisis de identidad, característica de esta etapa de la vida, que provoca cambios en el estado de ánimo del adolescente afectando directamente su control de estrés, respuesta implícitamente relacionada con la aparición de la ansiedad (Morales y Chávez, 2021). En el caso específico de niños y adolescentes es posible la aparición de síntomas de ansiedad, e incluso el inicio de alguna de sus formas como trastorno que, de ser detectados y atendidos a tiempo, permiten su prevención y control en la edad adulta (Cárdenas et al., 2010).

La ansiedad en la adolescencia representa una limitación en el proceso de transición a la adultez y a su vez mientras más elevados sean los niveles de ansiedad hay una mayor probabilidad de que se manifiesten conductas de riesgo (Morales y Chávez, 2019). Una gran parte de los adolescentes puede estar cursando con una ansiedad patológica sin ser conscientes de ello y hacen un esfuerzo por tratar de soportar los síntomas como les sea posible, con la esperanza de que sea una situación pasajera y que la sintomatología desaparezca por sí sola con el paso del tiempo y así poder recuperar su bienestar (Espinoza-Fernández et al., 2019).

Se ha encontrado que los trastornos de ansiedad diagnosticados en la edad adulta tuvieron su inicio durante la adolescencia (Díaz y Santos, 2018) y están relacionados con problemáticas sociales, escolares, a la presencia de síntomas de depresión, de autolesiones y el uso y abuso de sustancias psicoactivas en la adultez (Pérez y Sánchez, 2022). Durante la adolescencia se ha identificado que pueden experimentarse sensaciones de miedo relacionadas a situaciones de índole social y de ansiedad respecto a la capacidad individual en distintas áreas (Tayeh et al., 2016). En la adolescencia los síntomas de ansiedad comúnmente observados son la irritabilidad, sensación de mareo, dolor en el tórax, insomnio, fatiga y miedo social, así como desrealización y despersonalización (Pérez y Sánchez, 2022).

La ansiedad durante la adolescencia se ve influenciada por distintos factores relacionados con el desarrollo de cuatro áreas en específico (Pérez y Sánchez, 2022):

- Factores cognitivos y de aprendizaje: se encuentran la focalización de la atención en estímulos amenazantes, hipervigilancia y la interpretación de estímulos neutros como peligrosos y de manera negativa ante los errores, además de una baja tolerancia a la frustración.

- Factores neurológicos: en adolescentes se ha encontrado la intervención de estructuras cerebrales como la corteza singular anterior, la ínsula y el cerebelo. Además de que los neurotransmisores involucrados son la noradrenalina que lo que hace es elevar los niveles de glutamato y disminuye el GABA.
- Factor genético: el rasgo de ansiedad oscila entre el 30% y el 60%.
- Factores ambientales y sociales: el ambiente puede predisponer en un 60% a los adolescentes a la ansiedad además de estilos de crianza de los padres, situaciones altamente estresantes, familia disfuncional, salud mermada y niveles de violencia altos y dificultades en la capacidad de solucionar problemas y contexto social desfavorable (Pérez y Sánchez, 2022).

1.2.7 Prevención y Disminución de la Ansiedad

Conocer la predisposición genética contribuye en la predicción de la propensión de las personas a cursar con ansiedad a lo largo de su vida, además de ayudar en el control del ambiente que previene su desencadenamiento (Dueñas-Amaya, 2019). La OMS (2023) menciona que el cuidado personal es un apoyo significativo en el control y disminución de los síntomas de ansiedad al promover un bienestar a nivel general por lo que da las siguientes recomendaciones:

- Evitar y reducir el consumo de sustancias psicoactivas como alcohol y otras drogas que empeoran/incrementan la ansiedad.
- Realizar actividad física o ejercicio.
- Optar por hábitos alimenticios y de sueño saludables y regulares.
- Implementar técnicas de relajación por medio de la respiración o la relajación muscular.

- Implementar ejercicios de meditación y adquirir el hábito de la atención plena.

En el esfuerzo por prevenir la ansiedad se han establecido una serie de objetivos que se dividen en tres niveles: a) la prevención primaria, la cual consiste en identificar a los sujetos o a las poblaciones con mayor riesgo de presentar problemas de ansiedad por medio de los factores de riesgo relacionados con la experiencia y la vulnerabilidad, así como la aplicación de estrategias de intervención, por ejemplo, la consulta y la prevención en grupos de alto riesgo; b) la prevención secundaria, que se encarga de detectar a tiempo aquellas personas que inician con ansiedad y brindarles un tratamiento oportuno, y; c) la prevención terciaria, que consiste en disminuir la posibilidad de recaídas, aminorar la discapacidad ocasionada por los síntomas severos y continuos de la ansiedad así como reducir el daño (Hernández et al., 2007).

La OMS (2023) resalta la existencia de los distintos procedimientos para atender los problemas relacionados con la ansiedad patológica, mientras recomienda la búsqueda de atención médica. Estos tratamientos son de tipo psicológico y farmacológico. El tratamiento psicológico emplea la psicoterapia cognitivo conductual, ya sea de manera grupal o individual en un entorno presencial o virtual, y su objetivo consiste en aprender nuevas maneras de percibir y afrontar situaciones consideradas detonadoras de ansiedad dotando a la persona de habilidades suficientes para contrarrestar su ansiedad, algunas de estas habilidades son la relajación y la atención plena que sirven en la reducción de síntomas. El tratamiento farmacológico se basa en la utilización de medicamentos como antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y las benzodiazepinas, sin embargo, estas últimas son altamente adictivas y tienen una eficacia de corto plazo.

Atención Plena

1.3.1 Origen y Definición

Los primeros registros que se tienen de la práctica de atención plena se remontan a la tradición budista, hace 2,500 años aproximadamente. La etimología del concepto atención plena proviene de la lengua Pali “Sati”, refiriéndose al presente y, desde una perspectiva psicológica, a la atención o conciencia. Posteriormente, la palabra “Sati” fue convertida al inglés como “Mindfulness” que, en el idioma español, y en ausencia de una traducción directa, se le conoce a la meditación como atención plena sobre todo en el área de la salud, especialmente en psicología (Mañas, 2009; Parra-Delgado et al., 2012). Sin embargo, es hasta el año de 1978 que el interés por la atención plena cobra fuerza y relevancia en Occidente, gracias a que el biólogo molecular y profesor de medicina Jon Kabat-Zinn introduce la práctica de la conciencia plena como una aplicación terapéutica en la Universidad de Massachusetts (Moñivas et al., 2012).

Alrededor del mundo, diferentes investigadores se han dedicado a estudiar el fenómeno de la atención plena y durante este proceso han identificado la necesidad de contar con una explicación acerca de qué es y en qué consiste. En este sentido Parra-Delgado et al. (2012) recolectaron las definiciones más relevantes sobre la atención plena (Tabla 4), y puede observarse que los autores coinciden en que la atención plena consiste en la práctica de la conciencia respecto de experiencias sensoriales, cognitivas y/o emocionales en el momento presente desde una mirada compasiva (sin juicio) y de aceptación.

Tabla 4*Definiciones de atención plena*

Autor (año)	Definición
Thich Naht Hanh 1975	Mindfulness es mantener viva la conciencia en la realidad del presente
Kabat-Zinn 1990	Prestar atención de un modo particular: a propósito, en el momento presente y sin establecer juicios de valor
Baer 2003	La observación no enjuiciadora de la continua corriente de estímulos internos y externos tal y como ellos surgen
Brown y Ryan 2003	Captura una cualidad de la consciencia que se caracteriza por claridad y vividez de la experiencia y el funcionamiento actual en contraste con estados de menor conciencia, menos despiertos, del funcionamiento automático o habitual que puede ser crónico para muchas personas
Bishop et al. 2004	Una forma de conciencia centrada en el presente no elaborativa, no juzgadora que la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocida y aceptada tal y como es
Germer 2005	Conciencia momento a momento Conciencia de la experiencia presente con aceptación
Simón 2007	Es una capacidad humana universal y básica, que consiste en ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento
Cardaciotto et al. 2008	Tendencia a ser conscientes de las propias experiencias internas y externas en el contexto de una postura de aceptación y no enjuiciamiento hacia esas experiencias

Nota. Parra-Delgado et al. (2012).

La conciencia plena es una forma de tranquilizar la mente (Moñivas et al., 2012) y es considerada universal debido a que se encuentra intrínseca en las capacidades del ser humano, siendo también una habilidad natural para fijar nuestra atención en el presente (Tovar et al., 2020). Kabat-Zinn (2013) asegura que la atención plena es la relación que hay entre quien percibe, es decir, el individuo, y lo que se percibe o sea el objeto de atención, formando así una unidad dinámica que brinda la capacidad de dejar atrás conductas disfuncionales como la desvalorización personal al igual que ignorar los aspectos importantes de la vida.

Cuando un individuo consigue focalizar su atención en un objeto o situación específica, la intención de la conciencia plena será examinar las sensaciones, emociones e ideas que estén en ese preciso momento, mientras que hace un esfuerzo por no juzgarlas y permitirles pasar, situación que genera en las personas la aparición de una “conciencia de campo abierto” (Moñivas et al., 2012). La atención plena se enfoca en modificar la relación que tiene la persona con su sentir y no las emociones en sí (Tovar et al., 2020) y su objetivo radica en desarrollar una actitud flexible y útil cuando se esté frente a pensamientos o eventos desagradables (Mañas, 2009). En el amplio estudio de la atención plena, y como se verá más adelante, la atención plena puede ser empleada y/o entendida de tres formas, ya sea como constructo teórico, práctica o proceso psicológico (Moñivas et al., 2012).

1.3.2 Atención plena como constructo teórico.

Como se mencionó al inicio, posiblemente la atención plena es igual de antigua que la existencia humana, y es en la tradición budista donde se puede encontrar mayor evidencia de su aplicación. Sin embargo, ante la necesidad de comprobar su eficacia, se han llevado a cabo esfuerzos por crear una teoría que explique la efectividad de esta práctica. Para este fin, Parra-Delgado et al. (2012) mencionan que es necesaria la operacionalización del constructo, siendo esto lo que permitirá su

estudio y, por ende, generar un nuevo conocimiento científico; gracias a esto es que a inicios del siglo XXI se comenzaron a crear distintas escalas de evaluación que posibilitan su medición. Por otro lado, Moñivas et al. (2012) agregan que, como toda teoría, la atención plena cuenta con una epistemología, un método y un objetivo de estudio, eso sin contar el sin fin de aplicaciones que tiene. De acuerdo con Laca-Arocena et al. (2021) las escalas que permiten medir la atención plena son:

- Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS), elaborada por Brown y Ryan en 2003.
- Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM), elaborada por Greco et al. en 2011.
- Toronto Mindfulness Scale (TMS), elaborada por Lau et al. en 2006.
- Philadelphia Mindfulness Scale (PMS), elaborada por Cardaccioto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow en 2008.
- Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS), elaborada por Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau en 2007.
- Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ), elaborada por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney en 2006.
- Freiburg Mindfulness Inventory (FMI), elaborada por Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt en 2006.

1.3.3 La práctica de la atención plena

Anteriormente se comentó que la práctica de la atención plena es comparable a la meditación *Vipassana*, misma que tiene una fuerte relación con el proceso de introspección, y se basa en los

valores establecidos por buda conocidos como las cuatro nobles verdades de las cuales se derivan cuatro principios (Moñivas et al., 2012; Moreno, 2012). Estos valores son: a) la vida es sufrimiento, que significa que en el transcurso de la vida atravesamos dolor físico y mental, enfermedad y finalmente la muerte; b) superación del sufrimiento y adquisición de felicidad verdadera; y c) superar el sufrimiento por medio del camino óctuple, este camino es aquel donde los individuos tienen plenitud en cada área de su vida centrando la mente en la conciencia de lo que se piensa y hace para finalmente adquirir sabiduría y compasión. Mientras que los principios establecidos son: 1) observar el cuerpo, es decir, identificar la fuente de movimiento del cuerpo y/o apreciar la intención que motiva a la mente a actuar; 2) observar las sensaciones, consiste en estar atento a las sensaciones emergentes ya sea agradables, desagradables o neutras; 3) observar la mente, esto es, atender el pensamiento y reconocer si hay tendencia hacia la atracción, repulsión o indiferencia; y 4) observar los objetos mentales, o sea, identificar actitudes mentales como preocupación, inquietud, duda, apatía, calma o alegría (Moreno, 2012).

La atención plena es descrita como una actitud compasiva, prudente y madura que ayuda en el afrontamiento, pero no en la eliminación de cualquier forma de sufrimiento (Errasti-Pérez et al., 2022). Su objetivo radica en desarrollar una actitud flexible y útil cuando se esté frente a pensamientos o eventos desagradables (Mañas, 2009). En este sentido, para Kabat-Zinn (2013), es importante que la actitud, durante el uso de la atención plena, se componga de los siguientes elementos:

- No juzgar: en el ejercicio de la conciencia plena es posible identificar el contenido mental impregnado de juicios valorativos y, pese a que es importante conocer este aspecto, no es necesario emitir nuevos juicios ni mucho menos intentar modificarlos, basta con su identificación.

- Paciencia: actitud que consiste en no apresurarse, fundamental en el desarrollo de la capacidad de escisión del tiempo permitiendo experimentar la atemporalidad del ahora.
- Mente de principiante: actitud que implica mantener una apertura mental ante las nuevas y viejas experiencias facilitando su observación de una manera clara y creativa además de permitir llevar una vida plena.
- Confianza: actitud basada en la conciencia que se tiene acerca de que en ocasiones se sabe y en otras no, permitiendo confiar en ese no saber.
- No esfuerzo: consiste en reconocer que ya se está presente, por lo que no es necesario colocarse en un contexto o situación específica para tener una conciencia plena.
- Aceptación: conocer y comprender la esencia y/o realidad de las cosas y encontrar la forma de relacionarse con ellas y responder en consecuencia.
- Dejar ir: significa dejar ser y no aferrarse a aquello que nos produce alguna forma de rechazo.

La práctica en atención plena, además de centrar la atención en el momento presente, también implica practicar la conciencia con interés, curiosidad y aceptación (Moñivas et al., 2012). De acuerdo con Salcido et al. (2015) existen dos formas de practicar la meditación con conciencia plena, formal e informalmente, mismas que se explican a continuación:

Meditación formal. consta de disponer un tiempo predeterminado para prestar atención a las sensaciones percibidas ya sean emociones, sentimientos y/o pensamientos, la duración estimada se encuentra en los 30 minutos o más aproximadamente optando también por un espacio controlado (callado) y empleando una postura en específico y el objeto de atención es externo.

Meditación informal. El objeto atencional en esta meditación se sitúa en situaciones de la vida diaria siendo su objetivo prestar atención plena a cada instante a las actividades que se estén realizando.

La atención plena debe efectuarse de manera cuidadosa, sistemática y disciplinada. En esta práctica puede pensarse que el elemento principal se encuentra en el objeto de atención, sin embargo, no es así, sino que se trata de la conciencia. El objeto de atención puede ser cualquier cosa que forme parte la experiencia de la persona, puesto que debe escogerse algo en específico (situación, sensación, percepción, emoción, etc.) para poder concentrar la atención en lo que sucede instante tras instante, es decir, su función es la de mantener y controlar la atención (Kabat-Zinn, 2013), todas las experiencias en el aquí y el ahora son objetos indicados o adecuados para la atención plena (Moñivas et al., 2012).

De acuerdo con Tovar et al. (2020) es fundamental seleccionar el objeto de atención que servirá con el que se empezará a entrenar, además funcionará como herramienta para permanecer en el presente, por lo general, el objeto con los que se inician las prácticas en atención plena es la respiración. La práctica de la atención plena es simple pero no sencilla, es decir, implica esfuerzo y disciplina teniendo como resultados libertad y comprensión dotando de poder personal a quien la ejecuta (Kabat-Zinn, 1994). Gunaratana (2003, como se citó en Tovar, et al., 2020) identificó los posibles factores de obstrucción en el ejercicio de la atención plena siendo estos el dolor físico, adormecimiento corporal, sensaciones físicas extrañas, cansancio o somnolencia, dispersión mental, intranquilidad, aburrimiento, exceso de esfuerzo, desmoralización y resistencia a meditar.

1.3.4 Atención plena como proceso psicológico

La atención plena es un proceso para acceder a la plenitud del ser que implica observación, indagación y acción cuidadosa de uno mismo, caracterizada por ser amable y contemplativa (Kabat-Zinn, 1994) y se compone de tres actividades esenciales, la primera es recordar focalizar la atención en lo que se está haciendo, la segunda consiste en observar la realidad como realmente es y la tercera trata de apreciar objetivamente la naturaleza de cualquier fenómeno (Gunaratana, 2002). Mientras tanto, Villalba (2019) menciona que la atención plena se trata de un proceso cognitivo el cual está dividido en tres fases: a) captación, transmisión y recepción de la información, b) procesamiento de la información y c) respuesta adaptativa o respuesta conductual.

Se ha visto que hay una tendencia a la repetición y a la monotonía cuando los pensamientos automáticos permean la percepción subjetiva de la realidad. Una vida automática vulnera la capacidad de reflexionar sobre el propio comportamiento y se le conocen como respuestas mecánicas las cuales refuerzan una dinámica inflexible con los demás (Siegel, 2007). Sin embargo, la práctica en atención plena no está dirigida para “hacer” sino para “ser”, es decir, este proceso consiste en que las personas sean conscientes sobre lo que hacen y/o sienten, lo que permite que sea posible predecir reacciones y conductas. Este proceso implica modificar el estado mental reactivo por uno de responsabilidad, en otras palabras, optar por respuestas o conductas controladas y conscientes en lugar de respuestas automáticas inconscientes haciendo a un lado el piloto automático (Moñivas et al., 2012).

La efectividad de la atención plena tiene su origen en el análisis profundo de los componentes fundamentales de la vida, así como de las expectativas y perspectivas acogidas y calificadas como verdaderas. La conciencia plena se caracteriza por el trabajo de prestar atención

a la realidad de una forma diferente a la usual, instante tras instante, siendo esta atención más amplia. Se trata de poner la atención en lo extraordinario y bello del ser (Kabat-Zinn, 2013).

1.3.5 Componentes de la Atención Plena

Gunaratana (2002) hace la distinción entre concentración y atención plena, recalando que la primera consiste en una actividad de carácter forzada u obligada asociada a una voluntad inquebrantable mientras que la atención plena tiene una finalidad enfocada hacia la sensibilidad la cual permite tener conciencia de lo que sucede en tanto que la concentración posibilita el mantenimiento de la atención en un objeto. Lo esperado o ideal es que haya una relación inherente dentro de la atención plena. La atención plena se encarga de escoger el objeto de atención y de informar cuando aparece la distracción mientras que la concentración se dedica a mantener la atención sobre el objeto seleccionado.

En 2004, Bishop et al. hicieron la distinción entre los componentes de la atención plena la autorregulación de la atención y la orientación a la experiencia. El objetivo de la autorregulación atencional es el de mantener y redirigir la atención sumando la elección de estímulos específicos. La orientación a la experiencia es una relación curiosa, abierta y de aceptación hacia la propia experiencia en el presente disminuyendo las respuestas automáticas ante cualquier estímulo. Mientras que en 2005, Germer señala los elementos de la atención plena y están relacionados entre sí estos son: a) la conciencia, que se divide en tres parar, observar y volver; b) el momento presente; y c) la aceptación, que consiste observar la realidad de las cosas tal cual es aceptando por igual las experiencias placenteras y displacenteras (Mañas, 2009).

Vásquez-Dextre (2016) menciona que la atención plena está conformada por: a) atención al momento presente: concentrarse en los sucesos del presente y no en situaciones pasadas o futuras; b) apertura a la experiencia: apreciar las experiencias de manera pura sin la incidencia de

creencias personales; c) aceptación: vivir los sucesos tal como son, con una perspectiva íntegra y sin defensas; d) dejar pasar: capacidad y/o estado emocional de desapegarse de cosas o situaciones; y e) intención: objetivo personal no inmediato que se busca alcanzar en la práctica de la atención plena, es decir, ser consciente de las acciones realizadas.

Para Vallejo (2006) los componentes de la atención plena son la exposición conductual y adquisición de nuevas respuestas, el control emocional, la reducción de dogmas y el control emocional, mientras que los elementos que identifica son: 1) centrarse en el momento presente: concentrarse y sentir las experiencias tal cual suceden sin intentar modificarlas; 2) apertura a la experiencia: priorizar la experiencia emocional y sensorial antes que a la interpretación, 3) aceptación radical: aceptar los hechos y no formular ningún tipo de juicio de valor; 4) elección de las experiencias: definir activamente las situaciones en que se colocará la atención desde la actitud de aceptación; y 5) control: al aceptar se abandona cualquier forma de dominio.

1.3.6 Beneficios de la Atención Plena

Focalizar la atención permite ser consciente de la vida con entereza, así como acrecentar el sentimiento de compasión y la empatía esto gracias al proceso introspectivo del individuo. La atención plena no es autocomplaciente más bien se trata del desarrollo de habilidades que permitan llevar buenas relaciones con otros como con uno mismo tratándose entonces de conexiones genuinas, respetuosas y juiciosas. Es la conciencia sobre la vida y sus experiencias en el momento presente (Siegel, 2007). La atención plena es una cualidad innata de la conciencia, esta cualidad se enfoca en el mundo interior o subjetivo del individuo. Se diferencia de la atención convencional ya que ésta sólo se trata de una herramienta en constante evolución que tiene como finalidad satisfacer las necesidades básicas del ser humano (Villalba, 2019).

Se ha observado que la atención plena tiene una influencia favorable en el bienestar físico y mental de las personas, así como en su estado de ánimo. Esto gracias a las capacidades que se obtienen del ejercicio de la conciencia plena, capacidades que constituyen el medio por el que pueden identificarse secuencias automáticas de reacción personales, además de permitir la elección de un vínculo genuino y no limitante con la experiencia, favoreciendo la producción de respuestas óptimas frente cualquier estímulo (Moñivas et al., 2012).

Existen alteraciones positivas en la estructura del cerebro y en la sinapsis neuronal relacionadas con la atención cuando se practica la conciencia plena (Tovar et al., 2020). Existe evidencia que confirma la eficacia de los entrenamientos basados en atención plena en la disminución de los síntomas de estrés y los problemas médicos que puedan estar relacionados a este como ansiedad, depresión y pánico, enseñándole a las personas nuevas formas de vida para sobrellevar el dolor crónico mientras que se incrementa su calidad de vida en personas con enfermedades crónicas y autoinmunes, así como prevenir recaídas en trastornos emocionales (Kabat-Zinn, 2013). Dentro de los beneficios de la práctica de atención plena, que se enlistan en la Tabla 5, se encuentran el desarrollo de habilidades y actitudes, beneficios a nivel cognitivo, así como beneficios a la salud física y emocional (Moñivas et al., 2012; Vásquez-Dextre, 2016).

Tabla 5

Consecuencias positivas de la atención plena

Habilidades y actitudes	Beneficios	Disminución de síntomatología
Empatía	Aumento en la concentración	Estrés (distrés)
Compasión	Reduce automatismos	

Simpatía	Aceptación de la realidad	Trastornos del estado de ánimo
Paciencia	Disfrutar el momento presente	Trastornos de ansiedad
Aceptación	Aumenta la autoconciencia	Trastornos de conducta
Estabilidad psicológica	Reduce el sufrimiento.	Trastornos de conducta alimentaria
Actitud y percepción de principiante	Reduce o previene la impulsividad	Trastornos de personalidad
No juzgar		Dolor crónico y/o agudo
		Enfermedades cardiovasculares
		Cáncer
		Hipertensión
		Dolores de cabeza
		Accidente cerebrovascular
		Fatiga
		Somatización
		Problemas o enfermedades en la piel
		Alteraciones en el sueño

Nota. Moñivas et al. (2012).

Malinowski (2013, como se citó en Tovar et al., 2020) menciona que los cambios esperados gracias a la práctica de la atención plena son:

- Aumento de materia gris en las zonas del cerebro asociadas con la atención, la regulación emocional y la percepción.

- Engrosamiento de la corteza cerebral.
- Frecuencia de la actividad de la amígdala disminuida.
- Disminución de la estimulación de la corteza prefrontal derecha y aumento en la excitación de la corteza prefrontal izquierda.
- Fortalecimiento de la memoria de trabajo.

En el caso del programa de Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (REBAP) hay evidencia que demuestra su influencia positiva en el procesamiento de información del cerebro relacionado a sucesos estresantes, a la aparición de emociones en la corteza prefrontal que posibilitan la activación de ambos lados del cerebro comenzando por el hemisferio derecho hasta llegar al hemisferio izquierdo, y es este cambio es asociado con la estabilidad emocional repercutiendo positivamente al sistema inmune. También se ha observado que en las personas entrenadas en REBAP adquieren un engrosamiento en zonas específicas de su cerebro como el hipocampo que es el encargado de procesos como el aprendizaje y la memoria, o un adelgazamiento de órganos tales como la amígdala y el sistema límbico este último encargado de la regulación de respuestas asociadas a amenazas (Kabat-Zinn, 2013).

En estudios de electroencefalografía se ha observado un aumento importante de ondas alfa y theta mientras se medita, por su parte, estudios de neuroimagen han mostrado una activación de la corteza prefrontal y la corteza cingulada anterior durante el ejercicio de la atención plena, por lo que, su práctica a largo plazo está vinculada con el mejoramiento de las zonas cerebrales encargadas del proceso atencional y, también se ha notado una relación entre la práctica de la conciencia plena y un estado de relajación sobre el sistema nervioso periférico y la excitación de sistema nervioso central. Desde una perspectiva neurológica, se ha elaborado una explicación acerca de los efectos que tiene la atención plena sobre quienes la ejercen y se ha observado un

aumento de la regulación emocional en la corteza prefrontal a partir de renombrar los estímulos emocionales desagradables, mejorando así la salud mental de quienes llevan un entrenamiento en atención plena. Existen registros de un aumento de materia gris en las zonas cerebrales encargadas de los procesos de memoria, aprendizaje y regulación emocional y se ha encontrado, en algunos estudios, una mayor conectividad cerebral a partir de la práctica de la atención plena (Chiesa y Serretti, 2010; Creswell et al., 2007; Hölzel et al., 2012; Kilpatrick et al., 2011 como se citaron en Moreno, 2012).

1.3.7 Técnicas de Atención Plena

Además de ser una técnica que se aprende a través de la práctica, la atención plena también consiste en una filosofía de vida que puede estar relacionada o no a creencias religiosas, políticas o socioculturales. Las técnicas en atención plena buscan desprender la mente de preocupaciones y teorías abstractas y trasladarla a situaciones concretas del presente desde la experiencia personal del individuo, algunas de estas técnicas son la respiración consciente, “body scan” o escaneo corporal, caminar conscientemente y realización de actividades cotidianas con atención plena (Moñivas et al., 2012). Por su parte, Altman (2014) recopila algunas técnicas o ejercicios de la atención plena que son: respiración, conectar con el momento presente, caminar de forma consciente, disfrutar el momento, contemplar la naturaleza, REETEVO o enraizarse, ensayo mental, superación del perfeccionismo, gratitud, GALA o alejar la atención de pensamientos negativos y depresivos, identificar situaciones agradables del presente, reconexión, concentración mental, recordar situaciones que generen sensación de orgullo o alta autoestima, identificación de cualidades, metáforas, musicoterapia, humor, actos de amabilidad, relajación corporal progresiva, reducción de ruido mediante la naturaleza, pausar o reducir la velocidad de las cosas,

bioalimentación, aprender y modelar la esperanza, actitud de aceptación, apartar la atención, descentralizar el dolor, poner atención en la naturaleza, afirmaciones de bondad y amor.

Los ejercicios de atención plena provocan una serie de modificaciones en quienes los practican, desde el interior hacia el exterior, al incrementar su conocimiento sobre sus hábitos y conductas disfuncionales. Por lo que el primer paso es hacer conciencia sobre las conductas automáticas actuales y así poder conseguir cambios beneficiosos (Altman, 2014). Cuando una persona va a implementar alguna técnica de conciencia plena se le solicita que enfoque su atención en la actividad especificada, y durante este proceso debe observar y reconocer la facilidad con que puede distraerse, ya sea por pensamientos o cualquier otro estímulo que la alejan de su objetivo y, en el momento en que suceda, tiene que observar cómo su concentración se ha perdido para que pueda retomar nuevamente su atención al momento presente. Algunas de las técnicas de atención plena necesitan que se observen situaciones externas como imágenes, olores o sonidos donde la persona debe mantener una actitud de curiosidad, interés, amabilidad y aceptación ante ellos, haciendo a un lado su evaluación y la autocrítica además de no tratar de modificar aquello que está observando (Baer, 2017).

Capítulo 2. Estudios previos

2.1 Atención Plena y Ansiedad

Al indagar en la literatura referente a la relación entre la atención plena y la ansiedad, se encontraron los trabajos de Walsh et al. (2009) que, por medio de dos estudios, se encargaron de identificar los posibles predictores de las diferencias individuales en la atención plena natural. En el primer estudio fueron identificados como predictores negativos la ansiedad rasgo y la ansiedad por apego; en el segundo estudio, la ansiedad rasgo también fue un predictor negativo mientras que el control atencional fue positivo. En dicha investigación también fue encontrada evidencia de que hubo un efecto de mediación parcial del control atencional en la asociación entre la ansiedad rasgo y la atención plena. Se identifica que las características principales de la ansiedad rasgo van en contra de las características de la atención plena por lo que los autores pudieron concluir que la ansiedad es antagónica a la atención plena.

Posteriormente, Bowlin y Baer (2012) se dedicaron a comprobar si la atención plena disposicional, es decir, la aplicación de la conciencia plena de manera general en la vida diaria puede explicar la varianza de síntomas psicológicos y el bienestar, posterior a examinar la influencia del autocontrol disposicional, o sea, la predisposición a la disciplina, confiabilidad, etc., en estudiantes universitarios. En los resultados obtenidos de este estudio, se encontró una correlación positiva de atención plena y autocontrol respecto al bienestar y una correlación negativa con el malestar en general; se corroboró que la atención plena puede explicar una varianza significativa sobre el bienestar psicológico y el malestar general una vez que haya sido considerado el autocontrol. La atención plena también tuvo un papel moderador significativo en la relación entre el autocontrol y los síntomas psicológicos. Además, pudo observarse que el autocontrol es

capaz de predecir una varianza significativa en la salud psicológica mientras que la atención plena puede predecir una varianza incremental.

Por su parte, Domingo (2016) estudió la relación entre la ansiedad (rasgo, estado y ejecución), la autocompasión, la autoestima y la atención plena durante prácticas educativas musicales obteniendo resultados que evidenciaron que los tres tipos de ansiedad son inversos a la autocompasión y a la atención plena, mientras que ansiedad por ejecución se relaciona directamente con ansiedad rasgo. Por otro lado, Paramio et al. (2018) analizaron la relación estadística entre la ansiedad estado y ansiedad rasgo con los cinco factores de la atención plena y, también, corroboraron si dichos factores tienen la capacidad de explicar ambos tipos de ansiedad. El análisis de correlación bivariada mostró que tres de los cinco factores de la atención plena se relacionaron de manera negativa y estadísticamente significativa con los dos tipos de ansiedad; los factores pudieron explicar los cambios en las varianzas de la ansiedad estado en un 57.8% y de la ansiedad rasgo en un 62.7%.

Más adelante, Reynoso-Sánchez et al. (2021) analizaron la relación entre rasgos de personalidad con atención plena, percepción de autoeficacia y ansiedad estado precompetitiva en boxeadores jóvenes, evaluando también las diferencias a partir de la experiencia y el nivel de competición deportiva adquirida. Los resultados obtenidos señalaron correlaciones significativas de la atención plena con el rasgo de personalidad de responsabilidad, la autoeficacia percibida, la ansiedad cognitiva, la conciencia y la aceptación.

Rasmussen y Pidgeon (2021) investigaron la relación entre la atención plena disposicional, la autoestima y la ansiedad social en estudiantes universitarios australianos y encontraron que la atención plena pudo predecir significativamente altos niveles de autoestima y niveles bajos de ansiedad social. También identificaron que la autoestima tiene un papel parcial como mediador

entre la atención plena y la ansiedad social. Más tarde, Xie y Wang (2024) estudiaron la compleja relación entre el acompañamiento virtual y la ansiedad social, analizando el papel que tienen la expresión emocional y de la atención plena en los vínculos basados en la inteligencia artificial. Los resultados mostraron que conforme al aumento en la frecuencia del uso de compañía virtual hay una disminución de la ansiedad social en línea, pero un incremento de la social fuera de línea. Siendo así que la expresión emocional se caracterice como un mediador significativo, por lo que a mayor expresión emocional hay una reducción de la ansiedad social en ambos contextos. También se encontró que el papel que desempeña la atención plena mostró que es un potente moderador, además de recalcar su función protectora ante los riesgos que puedan implicar el mantenimiento de interacciones virtuales de manera recurrente.

Por otro lado, Xu et al. (2023) elaboraron un metaanálisis sobre estudios correlacionales acerca de atención plena, ansiedad y depresión durante la pandemia de Covid-19, analizando un total de 12 artículos, donde diez de ellos revelaron ansiedad dentro de sus indicadores de salud mental, mientras que siete reportaron que la atención plena tuvo un efecto moderador indirecto en la salud mental. Los resultados obtenidos del modelo de efectos aleatorios mencionan que hay una correlación entre atención plena y ansiedad de $-.33$, apoyando el efecto de la atención plena sobre la ansiedad.

2.2 Atención Plena y Estrés

También, han sido realizado estudios para conocer el tipo de relación existente entre el estrés y la conciencia plena, en ese sentido, Heyde (2017) exploró la relación entre atención plena y estrés en estudiantes universitarios utilizando medidas de autoinforme en línea, sus resultados muestran una correlación negativa entre ambas variables confirmando la hipótesis de que están inversamente correlacionados. De igual manera, Blackburn (2020) revisó la asociación entre atención plena,

estrés académico, atención y la percepción de habilidades atencionales en estudiantes universitarios y los resultados obtenidos de dicho estudio indicaron que a mayores niveles de atención plena menores niveles de estrés académico.

Fernández (2019) analizó la relación entre la práctica de la meditación en atención plena, el estrés percibido y los niveles de conciencia y los resultados mostraron la existencia de una correlación negativa entre las variables de atención plena y estrés, es decir, cuando la atención plena aumenta el estrés percibido descende, aunque esta no fue significativa. Mientras tanto, Simione et al. (2020) estudiaron la relación entre la atención plena, el estrés, la calidad de sueño y el bienestar, sus resultados confirmaron una relación negativa entre la atención plena y el estrés, el cual, es un mediador en la relación positiva entre atención plena, la calidad del sueño y el bienestar.

Por otro lado, Guadarrama (2019) estudió la relación entre el estrés laboral y la atención plena en académicos de nivel media superior y generar así una propuesta que ayude en la disminución del estrés laboral. El estudio informó que la atención plena de los académicos era alta mientras que el estrés laboral fue bajo obteniendo una correlación pequeña y no significativa. Mientras que en el estudio realizado por Castelo-Rivas et al. (2023) buscaron conocer la relación entre la atención plena y el estrés percibido en personal de salud de hospitales públicos de Ecuador y saber si dicha relación se encuentra mediada por la regulación emocional. Sus resultados indicaron que la atención plena influye sobre el estrés percibido y la regulación de emociones mientras que esta última también tuvo influencia sobre el estrés. Además de confirmar que la regulación emocional contiene un efecto mediador entre la atención plena y el estrés percibido en la población estudiada.

2.3 Atención Plena, Estrés y Ansiedad

Dentro de las investigaciones en que se estudia la relación de la atención plena, ansiedad y estrés se encuentra la realizada por Marks et al. (2010) quienes estudiaron el efecto moderador de la atención plena y la rumia disposicional en la relación entre la salud mental de adolescentes, por medio de síntomas relacionados con la depresión, ansiedad y estrés, y los problemas recientes de la vida. Los resultados mostraron una asociación en el aumento de los problemas recientes de la vida y un aumento de síntomas negativos en la salud mental (depresión, ansiedad y estrés). En cuanto al análisis del efecto moderador, se observó que la rumia disposicional reforzó la relación entre los problemas de la vida y los síntomas de depresión y ansiedad que, por el contrario, la atención plena disposicional tuvo un efecto atenuante de dicha relación.

Tan y Martin (2012) examinaron la relación entre atención plena, autoestima, resiliencia y síntomas de salud mental (depresión, estrés, ansiedad e inflexibilidad cognitiva) en adolescentes sanos, al mismo tiempo que analizaron el nivel de predicción que la atención plena puede tener sobre los síntomas de salud mental. Encontraron una correlación negativa y estadísticamente significativa entre atención plena y estrés de -0.021 con una varianza de predicción del 4%, mientras que en ansiedad fue de -0.39 con un 14% de varianza de predicción, concluyendo que la atención plena aporta significativamente en la salud mental y psicológica.

Rubio y López (2015) investigaron la relación entre atención plena, ansiedad, estrés y rendimiento académico en alumnos de bachillerato, sus resultados confirmaron la relación negativa entre altos niveles de capacidad de atención plena con bajos niveles de estrés y ansiedad. Tiempo después Royuela-Colomer et al. (2021) examinaron la asociación longitudinal entre síntomas internalizados (depresión, ansiedad y estrés), atención plena, rumia e impulsividad, los resultados obtenidos mostraron que la atención plena predijo de manera negativa el estrés y los

síntomas de depresión, también se halló una asociación negativa bidireccional entre atención plena e impulsividad. El estudio concluyó la importancia que tiene la atención plena como factor de protección y el factor de riesgo que representan la impulsividad y la ansiedad en la internalización de síntomas en la adolescencia.

A su vez Liu et al. (2021) investigaron la relación entre la escrupulosidad, la atención plena disposicional y los problemas relacionados con la salud mental de los adolescentes siendo incluidas también la ansiedad, la depresión y el estrés. Sus resultados mostraron que la escrupulosidad tiene una asociación negativa con la ansiedad, el estrés y la depresión, mientras que se asoció positivamente con la atención plena disposicional y que esta última es capaz de predecir negativamente la ansiedad, la depresión y el estrés. La investigación señala que la atención plena disposicional tiene un papel mediador entre la conciencia y los problemas de salud mental, y que dicha mediación es más común en mujeres que en hombres. Se encontró que el sexo femenino experimenta con mayor frecuencia problemas relacionados con la salud mental en comparación con los hombres, se concluyen estas diferencias de género a partir del nivel de atención plena disposicional que manifiestan, siendo el sexo femenino el que presentó un nivel bajo.

Por otro lado, Álvarez (2017) analizó la atención plena en estudiantes universitarios y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión, la resiliencia y la satisfacción con la vida, así como conocer el grado de predicción que tiene la atención plena sobre dichas variables. Los resultados obtenidos de su estudio mostraron que los universitarios con niveles altos de atención plena tuvieron bajas puntuaciones en las escalas relativas a la ansiedad, el estrés y la depresión, y niveles más altos respecto a la resiliencia y la satisfacción de la vida. También encontraron que la atención plena puede predecir la ansiedad y el estrés.

Por su parte, Vorontsova-Wenger et al. (2021) investigaron la relación entre atención plena, el rendimiento académico y síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión y estrés percibido) en universitarios suizos a partir del cuestionario de atención plena de cinco facetas. Sus resultados señalaron que los estudiantes con mayores y mejores habilidades de atención plena se relacionaron con bajos niveles de síntomas psicopatológicos en comparación con aquellos que no cuentan con dichas habilidades; sin embargo, el estudio especifica que, de las cinco facetas de la atención plena, sólo la de no juzgar correlacionó de manera negativa con ansiedad, mientras que no se obtuvo ningún efecto sobre los niveles de estrés.

A la vez, Vos et al. (2021) investigaron el papel protector de los rasgos de personalidad positivos (optimismo, atención plena y resiliencia) sobre las consecuencias negativas para la salud mental (miedo, depresión, ansiedad y estrés) por la pandemia de COVID-19, los resultados indicaron que el miedo está relacionado con mayores niveles de depresión, estrés y ansiedad, sin embargo, los participantes que cuentan con puntuaciones altas en los rasgos de personalidad positivos, dicha relación se debilitó. También se especificó que el optimismo, la atención plena y la resiliencia tienen efectos amortiguadores ante el miedo ocasionado por COVID-19, siendo entendidos entonces como moderadores significativos entre el miedo y la depresión, la ansiedad y el estrés.

Yalçın et al. (2022) también estudiaron a un grupo de estudiantes universitarios con el objetivo de identificar perfiles latentes de miedo, depresión, ansiedad, estrés, atención plena y resiliencia frente al COVID-19, los resultados obtenidos demostraron la existencia de relaciones significativas entre el miedo, la depresión, la ansiedad, el estrés, la resiliencia y la atención plena. Describen además que el 46% de los participantes fueron clasificados en un perfil de miedo alto al COVID-19 con síntomas psicológicos medios, mientras que el 38% se agruparon en un perfil

con síntomas psicológicos bajos y una alta atención plena y resiliencia. Por último, el 16% quedaron clasificados en el perfil de miedo alto al COVID-19 con síntomas psicológicos y una resiliencia y atención plena baja. Otro de los hallazgos encontrados por los autores el género femenino presenta mayores niveles de estrés, ansiedad, depresión y miedo por COVID-19.

Por otro lado, Sweet et al. (2021) por medio de dos estudios, investigaron la relación entre la atención plena, la rumia, la depresión, el estrés, la ansiedad, la aprensión comunicativa y la disposición a comunicarse en estudiantes de veterinaria, los resultados mostraron una relación positiva con la disposición a comunicarse y una relación negativa con la aprensión comunicativa, mientras que la depresión, la ansiedad y el estrés tuvieron una relación negativa directa con la aprensión comunicativa y la disposición a comunicarse. La rumiación tuvo una asociación directa con la aprensión comunicativa y la disposición a comunicarse y fue mediada por la depresión, la ansiedad y el estrés. A partir de estos resultados los autores sugieren que el entrenamiento en atención plena puede ayudar en la disminución de la depresión, la ansiedad y el estrés conjunto a los efectos que tienen sobre la aprensión comunicativa y la voluntad de comunicarse.

Por último, Chen et al. (2022) investigaron el papel mediador de la resiliencia en la relación entre el trauma infantil y los síntomas emocionales negativos (depresión, ansiedad y estrés) además de conocer si dicha mediación depende de los niveles de la atención plena como rasgo en estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos expusieron que la resiliencia medió la relación entre el trauma infantil y los síntomas emocionales negativos y que el efecto indirecto que tiene el trauma infantil sobre dichos síntomas fue moderado por la atención plena como rasgo. Tal efecto indirecto se presentó en menor medida en los participantes con niveles altos de atención plena en comparación con aquellos individuos que tenían un nivel bajo. Sin embargo, se identificó que los efectos mediadores moderados sólo fueron observados en los participantes masculinos.

2.4 Intervenciones Basadas en Atención Plena

Gran parte de la investigación en torno a la atención plena está dirigida a la comprobación de su eficacia sobre problemas relacionados con el malestar físico y psicológico relacionados a el estrés y la ansiedad. Frente a esta situación diversos investigadores han optado por la realización de estudios experimentales o cuasiexperimentales, en los cuales han sido empleados programas o intervenciones basados en atención plena, esto ha permitido la identificación y medición, concreta y objetiva, de los efectos y/o beneficios que tiene la atención plena sobre dichos problemas. Para fines del presente proyecto, sólo se mencionarán algunos de estos estudios.

Tal es el caso de Hofmann et al. (2010) quienes realizaron una intervención basada en atención plena en pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo que, posterior a su intervención, los resultados se asociaron con tamaños de efecto de 0.97 para ansiedad y 0.95 para trastornos del estado de ánimo en la mejora de sus síntomas, sugiriendo que la atención plena como intervención puede ser eficaz en el tratamiento estos trastornos en poblaciones clínicas. Más tarde, Parmentier et al. (2019) estudiaron los efectos directos e indirectos que tiene la atención plena en la ansiedad y la depresión empleando una meditación de cuatro formas para la regulación emocional (preocupación, rumiación, reevaluación y supresión) e identificaron que la atención plena está relacionada con niveles más bajos de ansiedad y depresión. También hallaron una correlación positiva entre la meditación enfocada en atención plena, sin embargo, no hubo ningún efecto directo de la meditación sobre la depresión y la ansiedad, lo que puede indicar que la adquisición de habilidades y aptitudes por medio de la meditación en conjunto con una regulación emocional saludable es lo que ayuda en la disminución de síntomas de depresión y ansiedad en lugar de los procesos mentales en sí.

Soriano et al. (2020) buscaron identificar la relación entre los beneficios de la atención plena y su influencia en los niveles de ansiedad en niños y adolescentes. Los resultados de su metaanálisis indicaron que las intervenciones basadas en atención plena se asocian a la disminución de síntomas de ansiedad y a un aumento en el bienestar personal. De acuerdo con Martínez-Escribano et al. (2017) las intervenciones basadas en atención plena pueden ser eficaces en poblaciones jóvenes, niños y adolescentes, con síntomas de una ansiedad patológica y no patológica.

Por otro lado, Yüksel y Bahadır-Yılmaz (2020) en su estudio cuasiexperimental determinaron los efectos que tiene la terapia basada en atención plena sobre los niveles de atención plena, depresión, ansiedad y estrés en un grupo de estudiantes de enfermería. Sus resultados señalaron que las puntuaciones en atención plena en las pruebas aplicadas después de las intervenciones fueron estadísticamente superiores a las del grupo control. El resultado de la comparación de las puntuaciones medias de la atención plena antes y después de las intervenciones se vio que aumentaron mientras que las puntuaciones de estrés disminuyeron significativamente. Tiempo después, Fernández-Romero et al. (2023) llevaron a cabo un estudio cuasi experimental en el que se implementaron talleres de atención plena, durante ocho semanas con población universitaria, encontrando diferencias significativas en los puntajes pre y post en depresión, ansiedad y estrés determinando así que la práctica de la atención plena es efectiva para reducir los síntomas de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes universitarios.

En el estudio realizado por Bartlett et al. (2021) sobre la relación entre la atención plena, el estrés percibido y el compromiso laboral, donde participaron adultos angloparlantes en un curso virtual de seis semanas, se encontró que por cada aumento en la desviación estándar de atención plena había una disminución de 0.52 de la desviación estándar del estrés percibido, por lo que

puede decirse que la atención plena se asocia con una menor percepción del estrés. En la investigación realizada por Sharma y Kumra (2022), por medio de autoinformes, estudiaron la relación entre atención plena, autoeficacia, ansiedad, depresión y estrés encontrando que la atención plena se relaciona negativamente con la ansiedad, el estrés y la depresión y positivamente con la autoeficacia.

Por otro lado, Alcántara-Obando y Peralta-Eugenio (2023) realizaron un metaanálisis sobre estudios que analizan la eficacia de la atención plena sobre la depresión, la ansiedad y el estrés. Los hallazgos encontrados mostraron que la atención plena tiene un efecto moderador sobre la depresión, efecto grande para la ansiedad y un efecto moderado para el estrés, por lo que los autores concluyeron que el uso de la atención plena como herramienta terapéutica tiene un poderoso componente para la reducción de síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Por su parte, en el metaanálisis realizado por Oliveira et al. (2024) acerca de los tratamientos basados en atención plena en personal de enfermería, mostró que posterior a las intervenciones aplicadas se observó una disminución estadísticamente significativa en la ansiedad de 0.36 y en el estrés de 0.48.

Capítulo 3. Método

3.1 Planteamiento del Problema

La atención plena es una capacidad universal del ser humano que consiste en tener conciencia acerca de los contenidos de la mente propia a cada momento, es decir, se trata de la facultad para practicar la autoconciencia por medio de la concentración mental (González, 2016) y es gracias a las técnicas novedosas que se emplean en esta disciplina las que han causado curiosidad en diferentes partes del mundo, demostrándose su efectividad para el tratamiento de padecimientos tanto físicos como psicológicos. De acuerdo con la OMS (2022) son identificados como padecimientos psicológicos más comunes, la ansiedad, la depresión, la bipolaridad, el estrés postraumático, la esquizofrenia, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de comportamiento disruptivo y disocial y los trastornos en el neurodesarrollo, sin embargo, en el presente estudio se utilizaron el estrés y la ansiedad como variables principales de investigación.

En el caso específico de México, con información oficial del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 49.3% de los adultos presenta síntomas de ansiedad donde el 19.3% son de tipo severo mientras que el 30% se encuentra en un nivel leve o moderado (SSA, 2024). De acuerdo con la Secretaría de Salud (SSA, 2014) el 90 % de los trastornos de ansiedad son causados por un estrés no controlado que, además, tiene efectos negativos en el organismo. Por otro lado, la OMS (2024) también menciona que el 14% de los adolescentes entre 10 y 19 años cursa con algún trastorno mental.

Previo al inicio de la pandemia por COVID-19 en 2020, ya habían sido elaboradas investigaciones sobre la atención plena y sus efectos en síntomas de estrés y ansiedad, sin embargo, con la paralización de las actividades sociales como medida precautoria ante la propagación del virus de COVID-19, se experimentó un aumento de los niveles de estrés y ansiedad en la población

mundial situación que ocasionó el incremento de estudios acerca de la atención plena, el estrés y la ansiedad, así como de otras variables. Esta información es corroborada por Meherali et al. (2021) en su revisión sistemática donde pudieron identificar que, durante y después de la pandemia, entre los efectos adversos experimentados por niños y adolescentes se encuentran el estrés, la preocupación, la impotencia y problemas sociales tales como conductas de riesgo, por ejemplo, consumo y/o abuso de sustancias, suicidio, problemas académicos y ausencia en el trabajo.

Desde que la atención plena fue retomada por la psicología como objeto de estudio, las investigaciones alrededor de ella han sido mayormente empíricas, pues con la creación de intervenciones basadas en atención plena se ha buscado conocer el impacto que estas tienen sobre las emociones, conductas y comportamientos de las personas. Ante esta situación existe un amplio repertorio que evidencia los efectos que tiene la conciencia plena en distintas poblaciones alrededor del mundo. Específicamente en Latinoamérica, predomina este tipo de información pues en la revisión sistemática que realizó Casos (2022) se puede observar que de 2011 a 2021 el 50% de las investigaciones filtradas son cuasi experimentales, mientras que el 12.75% son experimentales, un 18.75% estudios de caso y 18.78% no son experimentales, pero analizan las condiciones de pacientes que se encuentran realizando una intervención basada en atención plena. Empero, los estudios de tipo cuantitativo sobre atención plena no son tan predominantes por lo que, a partir de la revisión de la literatura, se ha identificado que es un campo de estudio que aún puede ser profundizado y, sumado a esta cuestión, la población adolescente es una de las menos abordadas.

A partir de la información plasmada en el marco teórico del presente estudio se ha identificado primeramente que, China es uno de los principales países que se interesa por conocer la relación que hay entre la atención plena y los síntomas patológicos que puedan experimentar

sus habitantes (estrés y ansiedad) entre otras variables (depresión, rumiación, suicidio, etc). Se identifican también investigaciones realizadas en Europa y América, que, en el caso específico del continente americano, Estados Unidos es uno de los mayores exponentes de la atención plena mientras que en el centro y sur de dicho continente la investigación no es tan extensa.

Sin embargo, se identificaron contradicciones con los hallazgos anteriormente mencionados, pues de acuerdo con Vorontsova-Wenger et al. (2021) los componentes de la atención plena no tienen efecto sobre los niveles de estrés. Mientras que Royuela- Colomer (2020) sugiere que hay una interacción entre atención plena y estrés, y de forma indirecta, también con la ansiedad, pero estos datos aún no son claros para la población adolescente. Los resultados refieren que la atención plena protege contra los síntomas de estrés y depresión mas no para la ansiedad. En la literatura se identificó, a pesar de que las poblaciones estudiadas no son en su mayoría adolescentes, que la atención plena tiene una relación negativa con los síntomas de ansiedad y estrés (Chen et al., 2021; Domingo, 2016; Liu et al., 2021; Vos et al., 2021).

3.2 Justificación

Con base a la información existente y disponible acerca la atención plena y su relación con estrés y ansiedad, se hace notoria la necesidad de estandarizar la medición de dichas variables frente a la gran cantidad de estudios experimentales y no experimentales relacionados al tema, con especial énfasis en la población adolescente mexicana. Asimismo, se pretende fortalecer la evidencia del impacto que tiene la atención plena sobre la salud mental, permitiendo también la posibilidad de conocer si los resultados obtenidos del presente trabajo son similares o diferentes a los de investigaciones realizadas en otras poblaciones, mientras que se propicia la generación de nuevos hallazgos para la comunidad hispanoamericana.

El presente estudio es viable ya que se dispone de los recursos de medición necesarios para la recolección de datos, así como de las fuentes de información relevantes para llevarlo a cabo. La investigación tiene una utilidad metodológica ya que se crea la posibilidad de que se realicen futuras investigaciones con un método similar al empleado en este trabajo, lo que permite un análisis más detallado al comparar los resultados con otras evaluaciones del fenómeno estudiado.

Este trabajo pretende contribuir a las investigaciones que se realizan a nivel nacional e internacionales sobre la atención plena y cómo ésta tiene una relación con problemas emocionales como lo es la ansiedad y el estrés, y cómo esta información puede ser útil en los sectores de educación y de la salud. En el aspecto social, conocer si existe una relación entre la atención plena, el estrés y la ansiedad en los estudiantes de nivel media superior, dotará de información a la institución educativa acerca de los niveles de incidencia de cada variable en el alumnado, invitando a las autoridades correspondientes a velar por el mejoramiento de las habilidades de atención plena de sus estudiantes, así como para reducir los niveles de estrés y ansiedad en ellos, generando también un mejor ambiente de estudio.

3.3 Pregunta de Investigación

¿Cómo se relacionan la atención plena con el estrés y la ansiedad en adolescentes, estudiantes de educación media superior?

3.4 Objetivo General

Evaluar la relación entre atención plena, estrés y ansiedad, en adolescentes en educación media superior.

3.5 Objetivos Particulares

- Caracterizar a los participantes del estudio por sexo y estado nutricional.
- Comparar la atención plena, el estrés y la ansiedad entre hombres y mujeres.
- Comparar la atención plena, el estrés y la ansiedad entre los participantes con peso normal y con exceso de peso (sobrepeso y obesidad).
- Analizar la relación entre atención plena, estrés y ansiedad.

3.6 Variables

3.6.1 Estado Nutricional

El estado nutricional es el resultado de la interacción entre la alimentación y el empleo de energía y nutrientes obtenidos de una dieta establecida gracias al proceso metabólico en tejidos y órganos del cuerpo. Esta interacción puede estar conformada tanto por factores genéticos, estructura metabólica individual, como por factores ambientales físicos, químicos, biológicos y sociales (González y Marcos, 2008). Para medir el estado nutricional operacionalmente se utilizó el dispositivo InBody 230 el cual proporciona información de masa muscular, masa grasa, masa visceral, agua corporal, índice de masa corporal, tasa metabólica basal y segmentación de la masa muscular (Blue Healthcare, 2024).

3.6.2 Atención Plena

La atención plena se refiere a la capacidad de ser y hacer conscientes los contenidos almacenados en la mente de forma continua sino es que permanente, es decir, es el ejercicio de la autoconciencia (Torres, 2021). Para evaluarla operacionalmente, se utilizó la Escala de Atención y Conciencia Plena (MAAS; Brown & Ryan, 2003).

3.6.3 Estrés

El estrés se ha definido como la reacción fisiológica a un evento estresor o amenazante en los entornos externo o interno del organismo que repercute en la estabilidad (homeostasis) del mismo (Flores, 2012). Operacionalmente el estrés fue medido con la Escala de Estrés Percibido (PSS-14; Cohen et al., 1988).

3.6.4 Ansiedad

La ansiedad es aquella reacción de defensa o de adaptación que surge ante sucesos nuevos o inesperados y que está conformada por un estado de alerta que se produce por una activación biológica, psicológica y social (Heinze, 2003). Operacionalmente, la ansiedad fue evaluada con la Escala de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, 1988).

3.7 Hipótesis

- La atención plena presentará una relación negativa con la ansiedad y el estrés.
- Las mujeres presentarán niveles más altos de estrés y de ansiedad, en comparación con los hombres.
- Los hombres presentarán un nivel alto de atención plena, en comparación con las mujeres.
- Habrá una diferencia en los niveles de atención plena, ansiedad y estrés entre los participantes con peso normal y exceso de peso.

3.8 Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo transversal, no experimental y correlacional.

3.9 Participantes

La muestra fue no probabilística y la selección fue por conveniencia, es decir los participantes no fueron seleccionados aleatoriamente. La muestra estuvo compuesta por 279 participantes adolescentes con un rango de 15 a 18 años de edad; 94 hombres (33.7%) y 185 mujeres (66.3%), todos ellos estudiantes de educación media superior, pertenecientes a una escuela preparatoria pública ubicada al noreste del Estado de México, en el municipio de Ecatepec de Morelos.

3.9.1 Criterios de Exclusión

- Si el participante no cumple con el rango de edad establecido.
- Si el participante no completa de manera satisfactoria la batería de instrumentos aplicada.
- No haber participado en ambas fases de la investigación (aplicación de instrumentos, toma de peso y estatura).

3.9.2 Criterios de Inclusión

- Tener entre 14 y 18 años.
- Haber aceptado por medio del consentimiento informado participar en la investigación.
- Contestar en su totalidad la batería de instrumentos.
- Ser estudiante de la preparatoria donde se recabo la información.

3.9.3 Criterios de Eliminación

- No completar el cuestionario
- Decidir abandonar la investigación

- Contestar algo diferente a lo establecido en los ítems control de cada prueba aplicada.
- No participar en la toma de peso y estatura.

3.10 Instrumentos y medidas

3.10.1 Cuestionarios de datos generales

Se elaboró un cuestionario en el que se solicitó información sociodemográfica de los participantes: sexo y edad.

3.10.2 Índice de Masa Corporal

El peso fue obtenido con un analizador de composición corporal de bioimpedancia magnética (Inbody 230). Para obtener la estatura de los participantes se usó un estadímetro portátil, marca SECA. Cada vez que un estudiante era pesado y medido, como medida de higiene, el estadímetro y la báscula eran sanitizados (con toallas sanitizantes o con desinfectantes en Spray, marca Lysol).

3.10.3 Escala de Atención Plena (Mindful Attention and Awareness Scale, MAAS)

El MAAS es un cuestionario de 15 ítems tipo Likert con opciones de respuesta que van desde 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca). Esta escala mide la frecuencia con la que las personas han experimentado estados de atención plena durante la vida diaria. La deseabilidad social se controla pidiendo a los participantes que respondan de acuerdo con lo que "realmente sienten" en lugar de lo que creen que "deberían sentir". Las puntuaciones totales se obtienen promediando las puntuaciones de los elementos individuales. Las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de atención plena. Según los autores del cuestionario original (Brown y Ryan, 2003), los ítems se distribuyen en dominios cognitivos, emocionales, físicos, interpersonales y generales. Como puede

verse, las correlaciones son más altas en el presente estudio en comparación con la validación original de Brown y Ryan, lo que demuestra una consistencia interna ligeramente más alta que el estudio de Brown y Ryan. Los análisis factoriales en diferentes poblaciones han revelado que la MAAS tiene una estructura de un solo factor y sólidos puntajes de confiabilidad interna en diferentes poblaciones (Brown y Ryan, 2003; Carlson y Brown, 2005; MacKillop y Anderson, 2007). La versión mexicana de la Escala de Atención Plena fue validada por López-Maya et al., (2015) la cual tiene una buena consistencia interna. El alfa de Cronbach es de .89.

3.10.4 Escala de Estrés Percibido de Cohen (PSS-14)

La escala de estrés percibido fue desarrollada por Cohen et al. en 1988. Es un instrumento de autoobservación que mide y evalúa el nivel de estrés percibido en las últimas cuatro semanas. El cuestionario comprende 14 ítems, tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). Puntuaciones altas indican mayor nivel de estrés (Remor, 2006). Para la puntuación total de la Escala de Estrés Percibido se invierten las puntuaciones de siete reactivos (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13; en el orden siguiente: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 y 4 = 0). La versión mexicana, (González y Landero, 2007) tiene consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.83$) y el análisis factorial confirmatorio corroboró la estructura de dos factores (*Factor 1*: ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13; *Factor 2*: ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14). En este estudio se utilizaron los puntos de corte propuestos por Torres-Lagunas et al. (2015): valores de 0-14 indican que casi nunca o nunca está estresado; de 15-28, de vez en cuando está estresado; de 29-42, a menudo está estresado, y de 43-56, muy a menudo está estresado. En el presente estudio, la consistencia interna de la PSS-14 fue de .79 y para el factor 1 fue .79 y para el factor 2 fue de .76.

3.10.5 *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

Este instrumento evalúa los síntomas más comunes de la ansiedad que han sido experimentados en la última semana. El cuestionario comprende 21 ítems, con cuatro puntos que van de 0 (Poco o nada) a 3 (Severo). La suma de la puntuación total de los ítems puede variar de 0 a 63 (Beck et al., 1988). El inventario es auto aplicable que suele contestarse en papel y con lápiz. La versión utilizada para este estudio es la validación realizada por Robles et al. en 2001. El instrumento está conformado por 21 ítems que permiten diferenciar la ansiedad de la depresión y cuenta con alta consistencia interna ($\alpha = .92$; Beck et al., 1988). El instrumento comprende dos factores que son síntomas somáticos y síntomas de ansiedad subjetiva y pánico (Beck et al., 1988). La versión mexicana del instrumento (Padrós et al., 2020) cuenta con una consistencia interna alta para estudiantes y adultos teniendo un Alpha de .83 y .84, y una confiabilidad alta test-retest ($r = .75$). Tiene además una estructura factorial consistente de cuatro factores principales (Síntomas subjetivos: 4, 5, 8, 9, 10, 14, 16 y 17; F2: 3, 6, 7, 11, 15, 18, y 19; F3: 12, 13 y 21; F4: 1, 2 y 20). Por estos motivos, así como por la comparación de poblaciones sanas versus las diagnosticadas con ansiedad, demuestran que esta versión del Inventario de Ansiedad de Beck es útil para la población mexicana (Robles et al., 2001).

3.11 Procedimiento

Para llevar a cabo el presente estudio se solicitó el permiso de las autoridades de la escuela preparatoria por medio de un oficio, expedido por la Universidad Autónoma del Estado de México, en el que se explicó la finalidad de la investigación y que fue entregado a la directora de dicha institución.

Una vez contando con la aprobación de los directivos de dicha institución se procedió a seleccionar tres grupos de cada grado, a los cuales se les hizo entrega de un asentimiento informado

dirigido a los padres de los estudiantes que participaron en la presente investigación. Una vez que se obtuvo consentimiento informado, los participantes fueron informados del objetivo de esta investigación y se solicitó su asentimiento. Aquéllos que aceptaron participar, recibieron la batería de pruebas y la respondieron grupalmente (aproximadamente 46 personas). Posteriormente, los alumnos que concluyeron la batería de pruebas, los participantes fueron trasladados al “salón de tutorías” de la institución, espacio que se brindó para la instalación del equipo necesario, para obtener el peso y la estatura de los participantes.

3.12 Análisis de Datos

El análisis de datos se llevó a cabo con el Paquete de Análisis Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS v. 25). Para describir la edad y el estado nutricional por sexo, se hicieron tablas de distribución de frecuencias. Para comparar la edad y IMC atención plena, el estrés y la ansiedad, se usó la prueba *t* student para muestras independientes. Finalmente, para analizar la relación de las variables se utilizó la prueba *r* de Pearson.

3.13 Consideraciones Éticas

El presente trabajo se realizó con base en las consideraciones éticas establecidas para la investigación en psicología, teniendo como primera instancia la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2024), donde se siguieron los principios de: priorizar el bienestar de los participantes antes que los intereses de la ciencia, salvaguardar la integridad de los participantes, así como informar los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos del estudio. A su vez, fueron retomados los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta de la Asociación Americana en Psicología (APA, 2009) que estipulan el trabajo en pro del beneficio y

no del perjuicio, la responsabilidad y fidelidad, integridad, justicia, respeto a la dignidad y derechos humanos, investigación y publicación.

También fueron consideradas las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos (Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2017) que dictan el valor social y científico, así como el respeto de los derechos humanos; los beneficios individuales y posibles riesgos de la investigación que, para el presente proyecto, el riesgo existente es mínimo tanto para los participantes como para los investigadores; el cuidado de las necesidades de salud de los participantes; la implementación de un consentimiento informado; la participación voluntaria; la confidencialidad de los datos proporcionados; la rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud; y el no conflicto de intereses. Por último, se retomó lo establecido por la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA, 2018) acerca de la importancia del uso de una metodología de investigación diseñada específicamente para verificar el cumplimiento de las consideraciones nacionales en investigación con seres humanos.

Capítulo 4. Resultados

4.1 Características de los participantes

Participaron 185 mujeres (66.30%), con un promedio de edad de 16.56 años ($DE = .83$) y 94 hombres (33.70%), con un promedio de edad de 16.51 años ($DE = .90$). En la Tabla 6 se observa la distribución de la muestra por edad y sexo. La prueba t student indicó que no hay diferencias estadísticamente significativas en la edad de los hombres y las mujeres ($t = .48$; $gl = 277$; $p = .63$).

Tabla 6

Distribución de la muestra de los participantes por edad y sexo

	Mujeres (<i>n</i> = 185)	Hombres (<i>n</i> = 94)
Edad	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
15	24 (8.60)	14 (5.01)
16	52 (18.63)	26 (9.31)
17	69 (24.73)	33 (11.82)
18	49 (17.56)	21 (7.52)
Total	185 (100)	94 (100)

En la Tabla 7 se observa la distribución de frecuencias, de los participantes, de acuerdo al estado nutricional, para hombres y mujeres. Podemos observar que casi 30% de los participantes tienen exceso de peso. Adicionalmente, la prueba t student indicó que no hay diferencias

estadísticamente significativas en el IMC ($t = .96$; $gl = 277$; $p = .34$), de las mujeres ($\bar{x} = 2.40$, $DE = .68$) y los hombres ($\bar{x} = 2.48$, $DE = .73$).

Tabla 7

Distribución de frecuencias de los participantes por estado nutricional y sexo

	Mujeres ($n = 185$)	Hombres ($n = 94$)
Estado Nutricional	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Bajo peso	1 (5)	2 (2.1)
Normal	129 (69.7)	56 (59.6)
Sobrepeso	36 (19.5)	25 (26.6)
Obesidad	19 (10.3)	11 (11.7)
Total	185 (100)	94 (100)

4.2 Comparación de la atención plena, la ansiedad y el estrés por sexo

Para realizar la comparación por sexo se realizó la prueba t student para muestras independientes (Tabla 8). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en atención plena entre hombres y mujeres. Por el contrario, las mujeres puntuaron significativamente más alto que los

hombres, en la Escala de Ansiedad y en sus subescalas; resultados similares se observaron en las puntuaciones de la Escala de Estrés percibido y sus subescalas.

Tabla 8

Comparación entre mujeres y hombres en atención plena, ansiedad y estrés

Escala	Subescala	Mujeres (<i>n</i> = 185)	Hombres (<i>n</i> = 94)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>
		$\bar{x}$ <i>DE</i>	$\bar{x}$ <i>DE</i>			
Atención plena Ansiedad		52.80	56.11	1.64	277	.10
		15.62	16.51			
		23.62	13.93	6.40	227.58	.0001
		13.73	10.95			
	BAI-F1	10.11	6.32	5.27	218.55	.0001
		6.27	5.25			
	BAI-F2	7.10	3.38	7.01	234.94	.0001
		4.92	3.76			
	BAI-F3	3.59	2.22	4.83	237.94	.0001
		2.65	1.99			
Estrés	BAI-F4	2.83	1.96	3.81	228.82	.0001
		2.08	1.65			
		31.53	26.62	4.18	194	.0001
		7.19	6.40			
	PSS-F1	13.16	10.59	4.74	277	.0001
		4.41	4.01			
	PSS-F2	18.37	16.03	4.06	277	.0001
		4.54	4.57			

Nota: $\bar{x}$ = media; DE = desviación estándar

4.3 Comparación de la atención plena, el estrés y la ansiedad entre los participantes con peso normal y exceso de peso

Para comparar a los participantes con peso normal y con exceso de peso se utilizó la prueba *t* student para muestras independientes. Los resultados indicaron que no hay diferencias estadísticamente significativas entre en la atención plena, la ansiedad y el estrés (Tabla 9), entre los participantes con peso normal y los que tienen exceso de peso (sobrepeso y obesidad).

Tabla 9

Diferencias entre la atención plena, la ansiedad y el estrés con el estado nutricional

	$\bar{x}$ (DE)	$\bar{x}$ (DE)		
Estado				
nutricional/	Normopeso	Exceso de peso	<i>t</i>	<i>P</i>
Escala				
Atención Plena	53.46 (15.91)	54.81 (16.12)	-.66	.51
Ansiedad	20.35 (13.74)	20.69 (13.60)	-.19	.85
Estrés	30.25 (7.09)	29.29 (7.74)	1.03	.30

4.4 Relación entre Atención Plena, Ansiedad y Estrés

Para realizar la correlación entre las variables se utilizó la prueba *r* de Pearson (Tabla 9). Los resultados indicaron que la atención plena se relaciona negativa y significativamente con la escala de ansiedad y sus subescalas, es decir, cuando la atención plena es alta la ansiedad es baja ($r = -.29$ a $-.56$). También, la relación entre atención plena y la escala de estrés y sus subescalas fue negativa, significativa y moderada a fuerte ($r = -.37$ a $-.51$), es decir, cuando aumenta la atención plena el estrés disminuye. Finalmente, la relación entre ansiedad y estrés fue de moderada a fuerte ($r = -.37$ a $-.56$) se relacionaron positiva y significativamente.

Tabla 9*Relación entre atención plena, ansiedad y estrés*

	BAI	BAI-F1	BAI-F2	BAI-F3	BAI-F4 (	PSS-14	PSS-F1	PSS-F2
MAAS	-.55	-.56	-.49	-.43	-.29	-.51	-.45	-.45
BAI	-	.92	.92	.83	.69	.62	.60	.60
BAI-F1		-	.74	.68	.51	.65	.63	.63
BAI-F2			-	.73	.59	.50	.50	.50
BAI-F3				-	.54	.46	.30	.43
BAI-F4					-	.39	.25	.38
PSS-14						-	.79	.81
PSS-F1							-	.28

Nota. MAAS = Escala de Atención Plena; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; BAI-F1 = Factor 1 del Inventario de Ansiedad de Beck; BAI-F2 = Factor 2 del Inventario de Ansiedad de Beck; BAI-F3 = Factor 3 del Inventario de Ansiedad de Beck; BAI-F4 = Factor 4 del Inventario de Ansiedad de Beck; PSS-14 = Escala de Estrés Percibido; PSS-14_F1 = Factor 1 de la Escala de Estrés Percibido; PSS-14_F2 = Factor 2 de la Escala de Estrés Percibido. Todas las correlaciones son significativas ($p = .0001$).

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de atención plena, estrés y ansiedad entre hombres y mujeres. Sin embargo, se observó que el sexo femenino presentó niveles más altos de ansiedad y de estrés. Estos resultados son similares a los presentados por Tan y Martin (2012) quienes tampoco observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los niveles de atención plena, aunque sí obtuvieron diferencias significativas en los niveles de estrés, donde el sexo femenino puntuó más alto, y ansiedad, en que los varones presentaron niveles más altos que las mujeres. Por otro lado, Liu et al. (2021) en su estudio sí obtuvieron diferencias en los niveles de atención plena a partir del sexo, identificando que las mujeres fueron quienes puntuaron más bajo. Además, identificaron que las mujeres suelen presentar problemas relacionados con la salud mental con mayor frecuencia, entre ellos estrés y ansiedad.

También se observó que la atención plena se correlaciona negativa y significativamente con el estrés y la ansiedad, mientras que la ansiedad y el estrés se relacionan entre sí de manera positiva y significativa. Estos hallazgos se asemejan a los presentados por Tan y Martin (2012) quienes identificaron una relación negativa entre estrés y atención plena en adolescentes. De igual forma Fernández (2019) comprobó una relación negativa de las mismas variables en adolescentes, aunque esta relación no fue significativa. Por otro lado, diferentes estudios respaldan la relación negativa entre atención plena y ansiedad calificándolas de antagónicas o inversas entre sí (Domingo, 2016; Walsh, 2009; Xu et al., 2023). Sin embargo, los hallazgos con mayor similitud a los del presente trabajo fueron los reportados por Rubio y López (2015) donde se puede observar una relación negativa entre los niveles ansiedad y estrés con los niveles de capacidad de atención plena de los adolescentes.

Por último, en la comparación entre los niveles la atención plena, el estrés y la ansiedad en los participantes a partir de su peso no se observaron diferencias significativas y que, para el presente trabajo, no se encontraron estudios que respaldaran o desestimaran dicha información.

Conclusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal conocer el tipo de relación existente entre la atención plena, el estrés y la ansiedad en adolescentes mexicanos. Los hallazgos obtenidos evidencian que los niveles de ansiedad y estrés, en aquellos individuos que disponen de atención plena, se ven afectados, es decir, altos niveles de atención plena se asocian con bajos niveles de ansiedad y estrés, mientras que estas últimas dos se encuentran íntimamente relacionadas entre sí. Los resultados también constatan la tendencia de presentar mayores o menores niveles de atención plena, estrés y ansiedad dependiendo del sexo, sin embargo, no hubo evidencia acerca de alguna diferencia a partir del peso de los participantes en dichas variables.

El presente estudio se suma al bagaje académico dedicado a la investigación de la atención plena abordado por más de una disciplina de la salud que, como menciona Moñivas et al. (2012), comprende teoría, práctica y proceso psicológico. En el caso particular de este trabajo, los resultados encontrados apoyan y complementan la evidencia existente respecto a la relación negativa que tiene la atención plena sobre el estrés y la ansiedad, así como los efectos positivos identificados en la prevención y reducción de síntomas relacionados, con especial énfasis en la población joven. Lo anterior, realza la importancia de continuar elaborando estudios de tipo correlacional enfocados en atención plena y otras variables psicológicas que permitan la predicción de fenómenos relacionados, la formulación y comprobación de nuevas hipótesis, la evaluación de programas de intervención basados en atención plena para el manejo de estrés y ansiedad, etc.

La presente obra es relevante en el ámbito de la psicología en México, ya que como se expuso en el planteamiento de problema de este trabajo, se identifica la existencia de una falta de información enfocada únicamente a la medición de la relación existente entre la atención plena, el estrés y la ansiedad en adolescentes puesto que gran parte de las investigaciones realizadas han sido dirigidas a la evaluación de los efectos que tiene la implementación de programas de intervención basadas en atención plena en poblaciones adultas.

Una de las principales limitaciones identificadas durante el desarrollo de esta investigación fue la imposibilidad de solicitar la asistencia de los participantes en contra turno en sus instalaciones escolares, dificultando la eficiencia de la recolección de datos ya que se solicitaba permiso a los profesores a cargo para la aplicación de los instrumentos de medición, así como para la toma de peso y talla. Constituyéndose así una segunda limitación, no todos los profesores accedían a disponer sus horas clase para esta investigación.

Como fortaleza del presente estudio es que, hasta donde es de nuestro conocimiento, es uno de los primeros dedicados a medir únicamente la relación de la atención plena, el estrés y la ansiedad en población joven mexicana, por lo que, se exhorta a futuras investigaciones replicar este estudio con poblaciones con rangos de edad y contextos sociales distintos.

Por último, es necesario incrementar las investigaciones de atención plena en México y Latinoamérica que permitan generar estrategias útiles y efectivas para la disminución del estrés y la ansiedad en poblaciones jóvenes tomando en cuenta distintos factores como el contexto económico, social y cultural actual, así como de otros problemas emocionales que puedan afectar y/o limitar la salud física y mental de las personas.

Referencias

- Alcántara-Obando, M. O., y Peralta-Eugenio, G. (2023). Atención plena y su efecto en síndromes afectivos y estrés en alumnos universitarios: metaanálisis. *Revista de Psicoterapia* 34(126), 205-220. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.36532>
- Altman, D. (2014). *50 técnicas de mindfulness: para la ansiedad, la depresión, el estrés y el dolor. Mindfulness como terapia.* SIRIO. https://budismolibre.org/docs/libros_budistas/50_tecnicas_de_mindfulness.pdf
- Álvarez, J. (2017). *Mindfulness en estudiantes universitarios y su relación con estrés, ansiedad, depresión, resiliencia y satisfacción con la vida* [Tesis de doctorado, Universidad de Huelva]. <https://produccioncientifica.uhu.es/documentos/603e19d4441e3004763474be>
- American Psychological Association. (2010). *Los distintos tipos de estrés.* APA. <https://www.apa.org/topics/stress/tipos>
- Asensio-Martínez, A., Magallón-Botaya, R., y García-Campayo, J. (2017). Revisión histórica de los conceptos utilizados para definir mindfulness y compasión. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2017.08.001>
- Asociación Americana en Psicología. (15 de diciembre de 2009). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta.* American Psychological Association (APA). <https://www.apa.org/ethics/code>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

- Asociación Médica Mundial. (31 de diciembre de 2024). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. The World Medical Association (WMA). <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-ciencia*, 1(2), 115-124. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf
- Baer, R. (Ed.). (2017). *Técnicas de tratamiento basadas en mindfulness. Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones*. Desclée De Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433029393.pdf>
- Barcelata, B. E., y Gómez-Maqueo, E. L. (2012). Fuentes de estrés y su influencia en la adaptación psicológica en jóvenes con adversidad económica. *EN-CLAVES del Pensamiento*, 6(12), 31-48. <https://www.scielo.org.mx/pdf/enclav/v6n12/v6n12a2.pdf>
- Barraza-Sánchez, B., Pelcastre-Neri, A., y Martínez, D. (2019). El estrés como problema de salud durante la adolescencia. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 8(15), 273-276. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/download/4804/6975/>
- Barrio, J. A., García, M. R., López, M., y Bedia, M. (2006). Control de estrés. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 429-439. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832312036.pdf>
- Barrio, J. A., García, M. R., Ruíz, I., y Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 37-48. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>

- Bartlett, L., Buscot, M. J., Bindoff, A., Chambers, R., y Hassed, C. (2021). Mindfulness Is Associated With Lowers Stress and Higher Work Engagement in a Large Sample of MOOC Participants. *Frontiers in Psychology*, 12(724126), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.724126>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1998). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Berra, E., Muñoz, S. I., Vega, C. Z., Silvia, A., y Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37-57. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80230114003.pdf>
- Blackburn, T. (2020). *The relationship between mindfulness, academic stress, and attention*. [Thesis of educational specialist, Utah State University]. <https://digitalcommons.usu.edu/etd/7940/>
- Blue Healthcare. (1 de octubre de 2024). *InBody, el análisis que va más allá del peso corporal*. Blue Healthcare. <https://bluehealthcare.es/inbody-analisis-composicion-corporal/>
- Bowlin, S. L., y Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 411-415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.050>
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Bruna, B., García, F. E., Rincón, P., Aravena, V., y Rivera-Valenzuela, C. (2019). Intervenciones breves basadas en mindfulness para el tratamiento preventivo del estrés: una revisión sistemática. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVIII(5), 693-702. <https://www.revistaclinicapsicologica.com/article.php?doi=10.24205/03276716.2019.111>

3

Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. En S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro y M. E. Medina-Mora (Ed). Instituto Nacional de Psiquiatría.

Casos, L. (2022). *Efectividad de los programas de intervención psicológica en trastorno de ansiedad en Latinoamérica 2011-2021: una revisión sistemática*. [Tesis de Maestría].

Universidad

César

Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/104708/Casos_PLF-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castelo-Rivas, W. P., Naranjo-Armijo, F. G., Lucas-Zambrano, M. G., Pinzón-Zambrano, A. M., Pazmiño-Intriago, K. Y., y Quiroga-Encalada, J. L. (2023). Regulación emocional en la relación del mindfulness con el estrés percibido en el personal de salud. *Revista Información Científica*, 102, 1-13. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8061618>

Cedillo, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 239-251. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art14.pdf>

f

- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Chen, J., Zhang, C., Wang, Y., Liu, X., y Xu, W. (2021). A longitudinal study of childhood trauma impacting on negative emotional symptoms among college students: A moderated mediation analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 27(3), 571-588.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1883690>
- Cohen, S., y Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.). *The Social Psychology of Health*, 31-67.
<https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/scales/pdf/cohen,-s.--williamson,-g.-1988.pdf>
- Comisión Nacional de Bioética. (2018). *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación* (sexta edición). Secretaría de Salud.
- Cruz, G. (2018). Desestigmatizando la función del estrés. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 604-620.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num2/Vol21No2Art12.pdf>
- de Camargo, B. (2010). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*, 17(2), 78-88.
<https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/103>

- de Oliveira, K., Figueira, C., Silva, M., Robson, R., de Vargas, D., de Fátima, M. N., y da Silva, E. C. (2024). The effectiveness of mindfulness for the management of anxiety in the nursing staff: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 50, 129-146. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.03.016>.
- del Hoyo, M. A. (2004). *Estrés laboral*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. <https://www.sesst.org/wp-content/uploads/2018/08/estres-laboral-guia.pdf>
- Díaz, C., y Santos, L. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6(1), 21-31. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6317303.pdf>
- Díaz, I., y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. <http://dx.doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Díaz-López, A., Maquillón-Sánchez, J. J., y Mirete-Ruiz, A. B. (2020). Uso adaptativo de las TIC en adolescentes: perfiles, supervisión y estrés tecnológico. *Revista Científica de Educomunicación*, 64(XXVII), 29-38. <http://doi.org/10.3916/C64-2020-03>
- Domingo, M. (2016). *Ansiedad de ejecución, atención plena, autocompasión, rendimiento académico y satisfacción académica en estudiantes de música en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD*. [Tesis de doctorado, Universidad de Valencia]. <http://hdl.handle.net/10550/50860>
- Dueñas-Amaya, L. J. (2019). Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(2), 61-68. <https://reviberopsicologia.iber.edu.co/article/view/rip.12206/1507>
- Duval, F., González, F., y Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v48n4/art06.pdf>

- Errasti-Pérez, J., Al-Halabí, S., López-Navarro, E., y Pérez-Álvarez, M. (2022). Atención plena (mindfulness): por qué es seguro que funcione y por qué es seguro que triunfe. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 30(1), 235-248. <https://doi.org/10.51668/bp.8322112s>
- Espejo, P., Puig, V., y Señoret, C. (2015). *Definición y Detección del Estrés*. Psicología. Universidad de los Andes. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4348.0800>
- Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., y Muela, J. A. (2019). Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad. *Revista de Estudios de Juventud*, (121), 11-24. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/1._una_mirada_hacia_los_jovenes_con_trastornos_de_ansiedad.pdf
- Fernández, G. A. (2019). *MINDFULNESS. Relación entre la práctica, los niveles de atención plena y el estrés percibido en personas que meditan en CABA*. [Trabajo integrador final, Universidad de Flores]. <https://repositorio.uflo.edu.ar/server/api/core/bitstreams/22ff3b91-8f76-428d-8f00-22ff8ca823b8/content>
- Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, R., y Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(5), 466-479. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
- Fernández-Romero, M., Rodas-Jara, R. L., Grance-Sardi, J. M., Rodas-Jara, L. R., Báez, D., Franco, F., Franco, N. M., y Benite-Aquino, M. F. (2023). Mindfulness para la reducción de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Yhú, Paraguay. *Revista Científica Ciencias de la Salud*, 5(e5115), 1-7. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/2023.e5115>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (11 de marzo de 2024). *¿Qué es la ansiedad?*

UNICEF. <https://www.unicef.org/parenting/es/salud-mental/que-es-ansiedad>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (14 de marzo de 2024). *¿Qué es el estrés?* UNICEF.

<https://www.unicef.org/parenting/es/salud-mental/que-es-estres>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (27 de julio de 2023). *¿Qué es el estrés y cómo*

identificarlo? UNICEF. <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-el-estres>

Gaeta, M. L., y Martín, P. (2009). Estrés en adolescencia: estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar. *Revista de Humanidades*, 15, 327-344.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3074506>

Galván-Soto, A. M., Fuentes-Ocampo, L., Álvarez-Aguirre, A., Sánchez-Gómez, M., y Navarro-

Olivia, E. I. P. (2024). Mindfulness e Inteligencia Emocional en adolescentes: Revisión sistemática. *Revista Salud Uninorte*, 40(1), 178-199.

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.40.01.612.856>

Garrido, M. M. (2008). Terapéutica en Atención Primaria: Manejo de la ansiedad en Atención

Primaria. *SEMERGEN*, 34(8), 407-410. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(08\)72349-9](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(08)72349-9)

Gómez, G. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en

el cuerpo. *Informes Psicológicos*, (9), 101-119.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5229790.pdf>

González, A. (2016). *Mindfulness: atención plena o conciencia plena*. Creative Commons.

https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/18130/MINDFULNESS_alaznegonzalez.pdf

González, T. L., y Marcos, L. M. (2008). *Fenómeno alimentario y fisiología del subsistema digestivo*. Editora Política.

- González, M. T., y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
<https://doi.org/10.1017/S1138741600006466>
- Guadarrama, M. B. (2019). *Estrés laboral y atención plena en académicos de una institución privada de educación media superior: diagnóstico y propuesta de mejora*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma del Estado de México].
<http://hdl.handle.net/20.500.11799/104595>
- Gunaratana, B. H. (2003). *El libro del mindfulness*. Kairós.
<https://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/202310/El%20libro%20del%20mindfulness.pdf>
- Heinze, G. (2003). La ansiedad: cómo se concibe actualmente. *Revista Ciencia*, 8-15.
https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/ansiedad_como_concibe.pdf
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. IMSS.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness en la vida cotidiana. Donde quiera que vayas, ahí estás*. Paidós.
https://www.budismolibre.org/docs/libros_budistas/Jon_Kabat_Zinn_Mindfulness_en_la_vida_cotidiana.pdf

- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Kairós. <https://iuymca.edu.ar/wp-content/uploads/2020/10/Mindfulness-para-Principiantes.pdf>
- Laca-Arocena, F. A., Luna-Bernal, A. C., Pérez-Verduzco, G., y Carrillo-Ramírez, E. (2021). Propiedades psicométricas del Freiburg Mindfulness Inventory en adolescentes. *Revista CES Psicología*, 14(2), 118-139. <https://doi.org/10.21615/cesp.5381>
- Liu, T., Liu, Z., Zhang, L., y Mu, S. (2021). Dispositional mindfulness mediates the relationship between conscientiousness and mental health-related issues in adolescents during the COVID-19 pandemic. *Personality and Individual Differences*, 184, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111223>
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. <https://www.redalyc.org/pdf/213/213286000007.pdf>
- MacKillop, J., y Anderson, E. J. (2007). Further psychometric validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 289-293. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9045-1>
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (atención plena): la meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, (50), 13-29. <https://iehost.net/pdf/39884-16.pdf>
- Marcial, P. (2023). *El estrés. Impacto en la salud*. Universidad Espíritu Santo. <https://uees.edu.ec/descargas/libros/2023/estres-impacto-salud.pdf>
- Marks, A. D. G., Sobanski, D. J., y Hine, D. W. (2010). Do dispositional rumination and/or mindfulness moderate the relationship between life hassles and psychological dysfunction in adolescents? Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 44(9), 831-838. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.487478>

- Martínez, M., y López, D. N. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría*, 44(3), 101-107. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
- Martínez-Escribano, L., Piqueras, J. A. y Salvador, C. (2017). Eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness) para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(3), 445-463. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/01.Martinez-Escribano_25-3.pdf
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Rahim, K., Das, J., Salam, R., y Lassi, Z. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>
- Moñivas, A., García-Diex, G., y García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 12, 83-89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161024437009>
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>
- Navas, W., y Vargas, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXIX(604), 497-507. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>

Noriega-Aguilar, G., & Angulo-Arjona, B. (2010). La ansiedad, una condición emocional del ser humano. *Cinzontle*, 3(5 y 6).

<https://revistas.ujat.mx/index.php/Cinzontle/article/view/2241>

Organización Mundial de la Salud. (21 de febrero de 2023). *Estrés*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Organización Mundial de la Salud. (2 de marzo de 2022). *La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Organización Mundial de la Salud. (10 de octubre de 2024). *La salud mental de los adolescentes*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (27 de septiembre de 2023). *Trastornos de ansiedad*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> 3

Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* (cuarta edición). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

- Padrós, F., Montoya, K. S., Bravo, M. A., y Martínez, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187. [10.1016/j.anyes.2020.08.002](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002)
- Paramio, A., Cruz, D., Zayas, A., Olarte, P., y Guil, R. (2018). La atención plena en el malestar psicológico: relación entre la aceptación de la experiencia interna y la ansiedad en estudiantes de pregrado. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 173-182. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349856003018/html/>
- Parmentier, F., García-Toro, M., García-Campayo, J., Yañez, A., Andrés, P., y Gili, M. (2019). Mindfulness and Symptoms of Depression and Anxiety in the General Population: The Mediating Roles of Worry, Rumination, Reappraisal and Suppression. *Frontiers in Psychology*, 10(506), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00506>
- Parra-Delgado, M., Montañés-Rodríguez, J., Montañés-Sánchez, M., y Bartolomé-Gutiérrez, R. (2012). Conociendo mindfulness. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27, 29-46. <http://revistas.uclm.es/index.php/ensayos>
- Pérez, J. (2017). *Trata el estrés con PNL*. Centro de Estudios Ramón. https://books.google.com.mx/books?id=BEPUDgAAQBAJ&pg=PA19&hl=es&source=gb_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
- Pérez, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. *Revista Ciencia*, 16-28. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/como_produce_ansiedad.pdf
- Pérez, M., y Sánchez, P. (2022). Ansiedad en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, XXVI(1), 40-47. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/xxvi01/05/n1-040-047_MariaPerez.pdf

- Piergiiovanni, L. F., y Depaula, P. D. (2018). Autoeficiencia y estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 17-23. <http://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1591>
- Piqueras, J. A., Martínez, A. E., Ramos, V., Rivero, R., García, L. J., y Oblitas, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73. <https://hdl.handle.net/11000/35857>
- Rasmussen, M. K., y Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(2), 227–233. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.515681>
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>
- Reynoso-Sánchez, L. F., Zazueta-Beltrán, D. K., Morales-Beltrán, R. A., y Muñoz-Helú, H. (2021). Atención plena relacionada con la autoeficacia, ansiedad precompetitiva y rasgos de personalidad en boxeadores jóvenes. *Revista de Ciencias Del Ejercicio FOD*, 16(2), 1–12. <https://doi.org/10.29105/rcefod16.2-59>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). The Mexican version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218. https://www.researchgate.net/publication/283150414_The_Mexican_version_of_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_properties
- Rodríguez-Fernández, J. M., García-Acero, M., y Franco, P. (2013). Neurobiología del estrés agudo y crónico: su efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y memoria. *Universitas Médica*, 54(4), 472-494. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231029998005.pdf>

- Royuela-Colomer, E., Fernández-González, L., y Orue, I. (2021). Longitudinal Associations between Internalizing Symptoms, Dispositional Mindfulness, Rumination and Impulsivity in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(10), 2067-2078. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01476-2>
- Rubio, I., y López, Y. (2015). Relación entre la capacidad de mindfulness de alumnos de bachiller con ansiedad, estrés y rendimiento académico. En Soler, J. L., Aparicio, L., Díaz, O., Escolano, E., y Rodríguez, A. (Coord.), *Inteligencia Emocional y Bienestar II: reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones* (1ra ed., pp. 750-764). Ediciones Universidad San Jorge. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5574884>
- Saavedra, C. (2023). Eustrés y distrés: revisión sistemática de la literatura. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 2, 1-17. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9338795.pdf>
- Salaberria, K., Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1995). Ansiedad normal, ansiedad patológica y trastorno de ansiedad ¿Un camino discontinuo? *Boletín de Psicología*, 48, 67-81. <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/27969/A8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salcido, L. J., Ramos, N., Urías, K. M., y Jiménez, O. (2015). Mindfulness o atención plena. *Psico-Logos*, (18), 13-27. <https://psicologia.uas.edu.mx/maestria/pdf/2015KMUA5.pdf>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia, y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>

- Secretaría de Salud. (04 de abril de 2024). 136. *Ansiedad puede evolucionar y convertirse en trastorno de salud mental*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/136-ansiedad-puede-evolucionar-y-convertirse-en-trastorno-de-salud-mental#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Salud,de%20forma%20leve%20o%20moderada>
- Secretaría de Salud. (31 de diciembre de 2014). *El estrés provoca ansiedad y depresión*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/el-estres-provoca-ansiedad-y-depresion>
- Secretaría de Salud. (31 de octubre de 2015). *¿Qué es la ansiedad?* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>
- Siegel, D. J. (2007). *Cerebro y mindfulness. La reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar*. Paidós.
https://budismolibre.org/docs/libros_budistas/Daniel_J_Siegel_Cerebro_y_mindfulness.pdf
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Simione, L., Raffone, A., y Mirolli, M. (2020). Stress as the missing link between mindfulness, sleep quality, and well-being: A cross-sectional study. *Springer Nature Link*, 11, 439-451.
<https://doi.org/10.1007/s12671-019-01255-y>

- Soriano, J. G., Pérez-Fuentes, M. C., Molero-Jurado, M. M., Gázquez, J. J., Tortosa, B. M., y González, A. (2020). Beneficios de las intervenciones basadas en la atención plena para el tratamiento de síntomas ansiosos en niños y adolescentes: Metaanálisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1), 42-53. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.034>
- Sweet, D., Gentile, D., y He, L. (2021). Communication apprehension and willingness to communicate in veterinary medicine students: Implications for mindfulness and communication training. *Health Communication*, 38(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1930881>
- Tan, L. B. G., y Martin, G. (2012). Mind full or mindful: A report on mindfulness and psychological health in healthy adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 21(1), 64-74. <https://doi.org/10.1080/02673843.2012.709174>
- Tayeh, P., Agámez, P. M., y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP*, 15(1), 6-18. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., y Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 122-133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>
- Vallejo, M. A. (2006). Atención plena. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 5(2), 231-253. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147835>

- Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79(1), 42-51.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es.
- Villalba, D. (2019). *Atención plena. Mindfulness basado en la tradición budista. Teoría y práctica*. Kairós.
https://books.google.com.mx/books?id=C12hDwAAQBAJ&pg=PT3&hl=es&source=gbstoc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false
- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., y Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233.
https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n1/psico_adolescencia2.pdf
- Virues, R. A. (25 de mayo de 2005). Ansiedad estudio. *Revista Psicología Científica.com*, 7(8),
<https://pscient.net/lwclh>
- Von der Heyde, E. M. (2017). *The relationship between mindfulness and stress among college students*. [Tesis de maestría, Rowan University].
<https://rdw.rowan.edu/do/search/?q=mindfulness&start=0&context=7953177&facet=>
- Vorontsova-Wenger, O., Ghisletta, P., Ababkov, V., y Barisnikov, K. (2021). Relationship Between Mindfulness, Psychopathological Symptoms, and Academic Performance in University Students. *Psychological Reports*, 124(2), 459-478.
<https://doi.org/10.1177/0033294119899906>

- Vos, L., Habibović, M., Nyklíček, I., Smeets, T., y Mertens, G. (2021). Optimism, mindfulness, and resilience as potential protective factors for the mental health consequences of fear of the coronavirus. *Psychiatry Research*, 300, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113927>
- Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira, D. R., Fredericksen, L. K., y Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.09.008>
- Xie, Z., y Wang, Z. (2024). Longitudinal examination of the relationship between virtual companionship and social anxiety: emotional expression as a mediator and mindfulness as a moderator. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 765–782. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S447487>
- Xu, F., Zhu, W., Chen, Q., y Tang, Y. (2023). The relationship between mindfulness, anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of correlational studies. *Frontiers in Psychology*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.994205>
- Yalçın, İ., Can, N., Mançe Çalışır, Ö., Yalçın, S., y Çolak, B. (2022). Latent profile analysis of COVID-19 fear, depression, anxiety, stress, mindfulness, and resilience. *Current Psychology*, 41, 459-469. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01667-x>
- Yüksel, A., y Bahadır-Yılmaz, E. (2020). The effects of group mindfulness-based cognitive therapy in nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 85, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104268>

Anexo A

Consentimiento informado

A la comunidad estudiantil.

Por este conducto les comunicamos que como parte del Programa Prioritario “Riesgos psicosociales” específicamente desórdenes alimenticios, la Preparatoria Oficial Núm. 81 ha tenido a bien coordinarse con la Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Ecatepec, de la licenciatura de Psicología, quien invita a la comunidad estudiantil del turno vespertino a participar en una Investigación cuyo objetivo es establecer la relación entre atención plena, ansiedad y estrés en los adolescentes. La estudiante del noveno semestre a cargo de la investigación es Nadia Karen López Márquez, tutorada por la Dra. María del Consuelo Ponce de León.

Por lo anterior se solicita tu AUTORIZACIÓN para que participes en esta investigación. Tu participación es voluntaria y puedes decidir no participar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento sin necesidad de expresar tus motivos.

El estudio consiste en responder una serie de cuestionarios, mismos que te tomarán aproximadamente en su conjunto 40 minutos, además de tomar tu peso, talla y calcular tu índice de masa corporal, toda la información que nos proporciones será estrictamente confidencial. Para mantener tu anonimato no se solicitará ningún dato que revele tu identidad. El estudio iniciará a partir del 24 de noviembre hasta el 2 de diciembre del presente año. Es importante señalar que con lo anterior se contribuirá a generar nuevos conocimientos científicos. Al término de esta etapa la estudiante de la UAEM dictará una conferencia sobre la atención plena, ansiedad y estrés en la adolescencia.

Si estás de acuerdo y aceptas participar en la investigación, por favor firma el consentimiento, indicando tu nombre, firma y fecha.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Grupo: _____

Fecha: _____

DESEO PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN. SI ☐ NO ☐

Anexo B

Asentimiento Informado

Apreciables padres de familia:

Por este conducto les comunicamos que como parte del Programa Prioritario “Riesgos psicosociales” específicamente desórdenes alimenticios, la Preparatoria Oficial Núm. 81 ha tenido bien a coordinarse con la Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Ecatepec, de la licenciatura de Psicología, quien invita a la comunidad estudiantil del turno vespertino a participar en una investigación cuyo objetivo es establecer la relación entre la atención plena, ansiedad y estrés en la adolescencia. La estudiante del noveno semestre a cargo de la investigación es Nadia Karen López Márquez, tutorada por la Dra. María del Consuelo Ponce de León.

Por lo anterior se solicita su AUTORIZACIÓN para que su hijo(a) participe en esta investigación. Su participación es voluntaria y puede decidir no participar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento sin necesidad de expresar tus motivos.

El estudio consiste en responder una serie de cuestionarios, mismos que te tomarán aproximadamente en su conjunto 40 minutos, además de tomar su peso, talla y calcular su índice de masa corporal, toda la información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Para mantener su anonimato no se solicitará ningún dato que revele su identidad. El estudio iniciará a partir del 24 de noviembre hasta el 2 de diciembre del presente año. Es importante señalar que con lo anterior se contribuirá a generar nuevos conocimientos científicos. Al término de esta etapa los estudiantes de la UAEM dictarán una conferencia sobre la atención plena, ansiedad y estrés en la adolescencia.

Si está de acuerdo y acepta que su hijo participe en la investigación, por favor firme el consentimiento, indicando su nombre, firma y fecha.

Nombre y firma de quien autoriza _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Grupo: _____

Anexo C

Escala de Estrés Percibido

PSS-14

Instrucciones:

Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes:

	Durante el último mes:	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
E1	¿Con qué frecuencia has estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2	¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
E3	¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	0	1	2	3	4
E4	Este es un ítem control que nos indicará si está prestando atención, si está leyendo seleccione la opción “Muy a menudo”.	0	1	2	3	4

E5	¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E6	¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E7	¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E8	¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E9	¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E10	¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4

E11	¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E12	¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E13	¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes por hacer)?	0	1	2	3	4
E14	¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E15	¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo D

Inventario de Ansiedad de Beck

BAI

Instrucciones: abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X la intensidad de la molestia.				
Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros.	Poco o nada (0)	Más o menos (1)	Moderadamente (2)	Severo (3)
1. Entumecimiento, hormigueo.				
2. Oleadas de calor o bochornos.				
3. Debilidad y temblor en las piernas.				
4. Incapaz de relajarme.				
5. Miedo a que pase lo peor.				
6. Sensación de mareo.				
7. Palpitaciones o aceleración cardíaca.				
8. Falta de equilibrio.				
9. Terror.				
10. Este es un ítem control que nos indicará si está prestando atención,				

si está leyendo seleccione la opción “Poco o nada”.				
11. Nerviosismo.				
12. Sensación de ahogo.				
13. Temblor de manos.				
14. Agitación.				
15. Miedo a perder el control.				
16. Dificultad para respirar.				
17. Miedo a morir.				
18. Asustado.				
19. Indigestión o molestias abdominales.				
20. Desmayos.				
21. Enrojecimiento de la cara.				
22. Sudoración (no por calor).				

Anexo E

Escala de Atención Plena

MAAS

Instrucciones: Usando la escala del 1 al 6 por favor indica lo que realmente refleja tu propia EXPERIENCIA DIARIA.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Frecuentemente	Con cierta frecuencia	No frecuentemente	Con poca frecuencia	Casi nunca

	Afirmación	1	2	3	4	5	6
1	Puedo sentir una emoción y no estar consciente de ella hasta tiempo después.						
2	Rompo o derramos cosas por descuido, al no poner atención, o porque estoy pensando en otra cosa.						
3	Se me hace difícil permanecer concentrando en lo que está sucediendo en un momento dado.						
4	Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde tengo que ir, sin poner mucha atención a lo que ocurre alrededor.						
5	Tiendo a no percibir la tensión física o el nivel de incomodidad a que estoy siendo sometido, hasta que realmente son evidentes.						
6	Se me olvidan los nombres de las personas, inmediatamente después de que me presentan a alguien.						
7	Parecen como si estuviera funcionando de manera <<automática>> sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.						

8	Me apresuro a hacer mis tareas sin realmente prestarles mucha atención.						
9	Me concentro tanto en la meta que quiero alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo para conseguirla.						
10	Realizo trabajos automáticamente sin ponerle mucha atención a lo que hago.						
11	Escucho a mi interlocutor con un oído, mientras hago otra cosa simultánea.						
12	Este es un ítem control que nos indicará si está prestando atención, si está leyendo seleccione la opción “Frecuentemente”.						
13	Llego a un lugar en <<piloto automático>> y luego me pregunto qué iba a hacer en ese lugar.						
14	Me preocupo por cosas que pueden ocurrir en el futuro o por asuntos del pasado.						
15	Hago cosas sin ponerles mucha atención.						
16	Como entre comidas sin estar consciente de que estoy comiendo.						