



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ANSIEDAD, ATENCIÓN PLENA Y PSICOEDUCACIÓN: UN
ESTUDIO CON PERSONAS RECIEN EGRESADAS DE LA LICENCIATURA”

TESIS

que para obtener el título de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

presenta

Zaira Itzel Méndez Cruz

Director

Dr. Alfonso Díaz Furlong

Asesores de Tesis

Dra. Rosalía Tenorio Martínez y Dr. Eduardo Salvado Martínez Velázquez

Junio/2022

Gracias

Para:

Ramón, Coty, Yahir y Js.

Agradecimientos:

A Dios, por guiarme siempre y superar mis planes.

A mis padres, por el apoyo incondicional y su esfuerzo; que con tanto amor me brindan motivación día a día.

A mi hermano, por su tolerancia a la situación.

A Js. por su tiempo de calidad, la enseñanza y su paciencia.

Menciono un agradecimiento especial al Dr. Alfonso Furlong, por su paciencia, tiempo y dedicación, pese a la situación, para lograr concluir este trabajo. Que la naturaleza de su persona siga inspirando a la ciencia.

Al Dr. Eduardo Martínez y la Dra. Rosalía Tenorio por su tiempo y su retroalimentación a este trabajo para ser mejor profesionalista.

Infinitas gracias a cada participante que contribuyó al estudio que se presenta. Sin ustedes, esto no hubiera sido posible. Gracias.

RESUMEN

Los síntomas ansiosos han sido de gran interés para la investigación en ciencias de la salud. A lo largo del tiempo se han implementado diferentes tratamientos para la reducción de estos síntomas, convirtiéndolos lo más funcional posible para la persona que los padece; también se han construido escalas que puedan medir que tan presentes se encuentran y si existe algún grado de patología (trastornos de ansiedad).

En esta tesis se aborda el impacto que genera llevar a cabo como tratamiento la práctica de Atención Plena y brindar psicoeducación (enfoque de Terapia Cognitivo-Conductual) de los síntomas ansiosos que presenta el individuo. Los datos obtenidos se analizaron al aplicar la escala de HARS (Escala de Hamilton para la Ansiedad) y MAAS (Escala de Atención Plena) a alumnos recién egresados en el estado de Puebla; a través de un estudio cuantitativo. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial para el análisis, con pruebas paramétricas de T-Student relacionadas y R de Pearson. Los análisis se llevaron a cabo usando el programa de estadística de licencia libre JASP (JASP, 2020).

Finalmente, este trabajo contribuye a medir los niveles de ansiedad que presentan los participantes y propone la intervención y psicoeducación de atención plena antes de egresar de la licenciatura para disminuir los niveles de ansiedad que se presentan por la nueva etapa que se comienza.

Palabras Clave: Ansiedad; Atención Plena; Psicoeducación; Terapia Cognitivo-Conductual.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I.....	11
1 ANTECEDENTES.....	12
1.1 ANTECEDENTES	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4 JUSTIFICACIÓN	17
1.5 HIPÓTESIS.....	18
1.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	18
CAPÍTULO II	20
2 MARCO TEÓRICO: MIEDO, ANSIEDAD Y ATENCIÓN PLENA.....	21
2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE MIEDO	21
2.1.1 PRINCIPIOS BIOLÓGICOS DE MIEDO	22
2.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ANSIEDAD	23
2.2.1 PRINCIPIOS BIOLÓGICOS DE ANSIEDAD.....	24
2.2.2 SÍNTOMAS	25
2.2.3 TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	26
2.2.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA ANSIEDAD	28

2.3	CONCEPTUALIZACIÓN DE ATENCIÓN PLENA	30
2.3.1	TIPOS DE ATENCIÓN PLENA.....	31
2.3.2	BENEFICIOS NEUROBIOLÓGICOS DE ATENCIÓN PLENA.....	33
2.3.3	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ATENCIÓN PLENA.....	36
2.4	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA ANSIEDAD CON PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PLENA	37
2.4.1	TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL (DBT)	37
2.4.2	TERAPIA COGNITIVO BASADA EN ATENCIÓN PLENA (MBCT)	38
2.4.3	REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADA EN LA CONCIENCIA PLENA (MBSR).....	39
2.4.4	TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)	39
2.4.5	TERAPIA BREVE RELACIONAL (BRT).....	40
2.5	ESTUDIANTES RECIÉN EGRESADOS CON ANSIEDAD	40
	CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	43
3	METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO	44
3.1	METODOLOGÍA.....	44
3.2	SUJETOS (MUESTRA).....	44
3.3	INSTRUMENTOS.....	45
3.3.1	DESCRIPCIÓN DEL TALLER “TÉCNICAS PARA DISMINUIR MI ANSIEDAD”	46
3.4	PROCEDIMIENTO	47
	CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	50
4	RESULTADOS	51

4.1	ANÁLISIS T-STUDENT	51
4.2	ANÁLISIS CORRELACIÓN DE PEARSON	57
CAPÍTULO V.....		61
5	CONCLUSIÓN, DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS	62
5.1	CONCLUSIONES	62
5.2	DISCUSIÓN	63
5.3	RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	64
REFERENCIAS.....		66
ANEXOS		72
	Anexo A.....	72
	Anexo B	79
	Anexo C	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencias del Grupo Experimental.....	49
Tabla 2. Frecuencias del Grupo Control	49
Tabla 3. Estadística Descriptiva Demográfica del Grupo Experimental y Grupo Control.....	51
Tabla 4. Estadística T-Student, del Pre-Test y Post-Test en el Grupo Experimental y Grupo Control	52
Tabla 5. Análisis T-Student, Pre-Test y Post-Test en el Grupo Experimental y Grupo Control	53
Tabla 6. Correlación de Pearson para las Variables Ansiedad y MAAS en el Grupo Experimental	58
Tabla 7. Correlación de Pearson para las Variables Ansiedad y MAAS en el Grupo Control	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Disminución de la Variable Ansiedad, Comparando el Pre-Test y Post-Test en el Grupo Experimental.....	54
Figura 2. Aumento de la Variable Atención Plena, Comparando el Pre-Test y Post-Test en el Grupo Experimental.....	55
Figura 3. Aumento de la Variable Ansiedad, Comparando el Pre-Test y Post-Test en el Grupo Control.....	56
Figura 4. Disminución de la Variable Atención Plena, Comparando el Pre-test y Post-test en el Grupo Control	57
Figura 5. Medicion de escalas HARS y MAAS en el Pre-Test y Post-Test del Grupo Experimental.....	59
Figura 6. Variable de Atención Plena en el Pre-Test y Post-Test del Grupo Control	60

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un estado de interés como objeto de estudio, actualmente existen diferentes enfoques psicológicos, sin embargo, no todos muestran evidencia (Echeburúa & Corral, 2001), por ello es importante mantener y actualizar estudios que presenten tratamientos eficaces dentro de la psicología.

En este estudio se implementa la interacción de la Atención Plena como tratamiento psicológico para la reducción de síntomas ansiosos, en alumnos recién egresados en el Estado de Puebla. Es importante la medición de los síntomas para que estos puedan ser observables y así lograr una intervención eficaz, por ello en este trabajo se aplicaron escalas HARS (Escala de Hamilton para la Ansiedad) y MAAS (Escala de Atención Plena) (Lobo, et al., 2002) (López, et al., 2015), que permitieron observar un antes y un después a través de la intervención de un taller que brindo psicoeducación y una breve enseñanza de la práctica de Atención Plena en su vida cotidiana.

La práctica de Atención Plena induce efectos positivos reduciendo el sufrimiento (Atenua el estrés y la tensión, regula el estado y las respuestas emocionales, disminuye síntomas de ansiedad y depresión, reduce dolores crónicos), aumenta la felicidad (Incrementa la alegría, mejora la salud física y fortalece el sistema inmune, desarrolla tolerancia al malestar), también ayuda a experimentar la realidad tal cual es (Vivencia la espiritualidad, establece un balance en el día a día, aumenta la capacidad de concentración) (Gagliesi, et al., 2015). La Atención Plena mantiene la meditación de dos tipos: Formal e informal, que son complementarios, ya que, la separación

conceptual es netamente didáctica, pues en la práctica no es real su separación (Porter & Andrade, 2013).

CAPITULO I

1 ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES

Un gran porcentaje de la población mundial ha desarrollado síntomas relacionados con ansiedad, sin embargo, debido a diferentes creencias y “tabúes” (por ejemplo, considerar a la ansiedad como sinónimo de debilidad), la mayoría de estos síntomas se dejan sin atender y por lo tanto, las personas no reciben ayuda profesional; esta sintomatología al no ser atendida permanece y evoluciona, lo que puede provocar una incapacidad de desarrollar y desempeñar actividades cotidianas, convirtiéndolo incluso en un trastorno de la salud mental (Stossel, 2020).

Darwin, Freud, Horowitz, presentaron en su momento, síntomas similares que cumplen con un diagnóstico relacionado con la ansiedad (Fobias específicas, estómago nervioso, trastorno de pánico, agorafobia) en DSM 4 y DSM 5; estos síntomas, influyeron de forma física, emocional y psicológicamente, incluso incapacitando su día a día. Debido a la falta de investigación sobre ansiedad en esas fechas, se trataron con filósofos, médicos e incluso desarrollando sus propias teorías y que hoy en día son el fundamento de psicoterapias y parte de la psicología evolutiva y biológica (Stossel, 2020).

Las investigaciones sobre la ansiedad han aumentado de manera considerable, de tal forma que la ansiedad ha sido incluida con un diagnóstico preciso en el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM) y en el *Código Internacional de Enfermedades* (CIE) (Carballo, et al., 2019). Aarón Beck, quien también padeciera de ansiedad, desarrolló la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), principalmente para tratar la ansiedad y depresión, con evidencia

empírica (epistemológicamente basada en la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Bill Ellis) (Clark & Beck, 2012).

Existen diferentes escalas dirigidas a detectar la presencia de síntomas de ansiedad, tales como *DASS-21* (Escala de Depresión, ansiedad, estrés), *CMASR-2* (Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada), *BAI* (Inventario de Ansiedad de Beck), *STAI* (Cuestionario de Ansiedad/Estado/Rasgo de Spielberger), *HARS* (Escala de Ansiedad de Hamilton), las cuales han sido validadas y evaluadas en su confiabilidad (Lovibond S. H., 1995), (Reynolds & Richmond, 2008), (Sanz, 2014), (Spierlberger, et al., 2015), (Lobo, et al., 2002).

Diferentes especialistas han logrado crear y descubrir nuevos medicamentos que coadyuvan en la inhibición, excitación, recaptación o producción (según sea el caso) de los neurotransmisores para reducir los niveles de ansiedad (Stossel, 2020). Aunque esto ha generado controversia, existe evidencia de su funcionalidad en combinación con psicoterapia, para quienes manifiestan ansiedad moderada/grave (Carlson, 2014).

Conforme la psicología comenzó a desarrollarse, diferentes investigaciones defienden la importancia de las técnicas y estilos de vida del “*Aquí y el ahora*”, “*El presente*”, “*Vivir el hoy*”, “*Conciencia plena*”, “*Atención plena*”, “*Mindfulness*” (Mi curso Mindfulness, 2020), .

En algunas psicoterapias de tercera generación, como la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés, dirigida principalmente a pacientes con personalidad límite), Terapia Cognitivo Conductual (TCC, dirigida principalmente para tratar ansiedad y depresión), Terapia de Esquemas (dirigida principalmente para trastornos de personalidad), técnicas con personas que padecen fibromialgia (Marta Parra Delgado, 2012) , se ha demostrado que la Atención Plena es muy eficiente como tratamiento y estilo de vida en los pacientes para mejorar su calidad de vida (Vásquez-Dextre, 2016).

Atención Plena ha desempeñado un papel importante para las psicoterapias de tercera generación, pues su filosofía nos guía a una conciencia de lo que estamos realizando en el presente, desde actividades cotidianas como lavar trastes, respirar, comer, entre otras (Atención Plena informal) hasta actividades como yoga, artes marciales y otras (Atención Plena formal) (Gagliesi, et al., 2015).

Por su epistemología estoica, ha desatado la inquietud de neurocientíficos sobre el impacto que puede tener en la fisiología y conducta del ser humano (Puigfel & Sánchez, 2018). En la fundación “*Mind and life Institute*” han buscado unir la meditación y la evidencia científica (Neurociencia de la meditación), reuniéndose y validando estudios que sustenten esta filosofía para una mejor calidad de vida, estudiando principalmente los efectos que hay sobre la atención, memoria, emociones y su regulación (Mi curso Mindfulness, 2020).

En una investigación reciente de la Academia Nacional de Ciencias Americanas (NAS), se observó que el ajeteo mental (Red por defecto) aumenta la neuroinflamación, lo cual puede producir enfermedades neurodegenerativas, ansiedad, estrés (Mi curso Mindfulness, 2020). La práctica de atención plena disminuye la red por defecto debido al silencio neuronal, implementando atención y regulando las emociones (Mi curso Mindfulness, 2020).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Algunos estudiantes recién egresados (titulados o no titulados), han comentado que se sienten ansiosos, depresivos y con afectaciones en su bienestar psicológico, debido a las demandas sociales, como encontrar un trabajo de su área profesional o realizar proyectos laborales donde puedan desempeñar los conocimientos aprendidos durante su carrera universitaria. La percepción

de poco apoyo social, los problemas económicos, entre otras situaciones generan mayores niveles de ansiedad en los recién egresados (Balanza Galindo, Morales Moreno, & Guerrero Muñoz, 2009).

Actualmente, los sistemas educativos medio superior públicos en México han desarrollado materias psicoeducativas básicas para una regulación emocional adaptativa, sin embargo, para las generaciones pasadas, la impartición de materias centradas en la regulación emocional e inteligencia emocional era limitada o nula. Dichas generaciones, hoy en día se encuentran en el nivel superior, sin psicoeducación o técnicas psicológicas que puedan ayudarles a controlar los síntomas relacionados con la ansiedad, derivados en esta nueva etapa profesional-laboral (Cedeño & Ponce, 2018).

Existen diferentes investigaciones, la mayoría de corte descriptivo y correlacional, que se han realizado con población de estudiantes en diferentes estados de la república mexicana y países orientales, dando a conocer los niveles de ansiedad, depresión, estrés, entre otras variables; sin embargo, no se ha tomado un enfoque de investigación con praxis, es decir, las intervenciones registradas que se han realizado en población de estudiantes de la generación mencionada, con el objetivo de disminuir niveles de ansiedad, son escasas (Franco, et al., 2009).

1.2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuánto disminuirán los niveles de ansiedad aplicando técnicas de Atención Plena y Psicoeducativas y qué tan efectivas son en recién egresados de la Ciudad de Puebla ?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Medir el impacto que generan las técnicas de Atención Plena en una semana después de la aplicación de un taller de psicoeducación sobre ansiedad, siendo base medible las escalas antes y después de la intervención.

Exponer las bases primarias de la aplicación de esta filosofía como apoyo de tratamiento psicoeducativo para ansiedad en jóvenes que están por egresar.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar conceptos de las variables a estudiar (Ansiedad, Atención Plena)
- Aplicar escala *HARS* y *MAAS* en versión en español a alumnos recién egresados en la Ciudad de Puebla (Pre-prueba), divididos en grupo control y grupo experimental
- Aplicar taller “Técnicas para disminuir mi ansiedad” a grupo experimental
- Aplicar escala *HARS* y *MAAS* en versión en español a alumnos recién egresados en la Ciudad de Puebla (Post-prueba), divididos en grupo control y grupo experimental.
- Interpretar escalas y discutir los resultados obtenidos

1.4 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se sustenta en la revisión de investigaciones, donde estudiantes expresan las condiciones a las que se enfrentan, por ejemplo situaciones laborales como la necesidad de trabajar para sostener sus estudios, problemas familiares, entre otras variables, manifestando principalmente síntomas de ansiedad y depresión (Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas, & González Martínez, 2014).

Dicha situación es un indicador de que estudiantes desconocen su situación psicológica, evidenciando que la ansiedad es un factor que ha estado prevaleciendo, afectando su vida cotidiana e influyendo en futuros proyectos laborales incluyendo su vida personal.

Esto representa un problema social puesto que el malestar personal y la baja productividad tiene gran correlación con los síntomas de ansiedad y depresión (Stossel, 2020). Debido a la alta demanda social que se ejerce actualmente hacia los jóvenes, esperando de ellos cierto ritmo de trabajo, exposición a presentaciones públicas y participación en actividades afines, puede provocar una generación depresiva, aumentando el riesgo de suicidios (Aunque no es la única variable, ni la mayor correlación establecida actualmente, sin embargo, cubre cierto porcentaje para llevar a cabo un acto suicida) (Franco, et al., 2009).

En pasadas investigaciones exploratorias, descriptivas, y correlacionales, por ejemplo, la realizada con estudiantes de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), recomendó aplicar actividades preventivas encaminadas a disminuir los niveles de ansiedad, depresión y estrés, así como diseñar estrategias para el desarrollo psicosocial sano con la finalidad de tener personas profesionalmente aptas (Benitez, et al., 2020).

Es muy importante dar seguimiento a estas investigaciones, sobre todo comenzar a actuar de forma práctica y buscar soluciones, ya que, se ha normalizado vivir con ansiedad como característica de la generación.

Brindar psicoeducación y herramientas psicológicas a estudiantes puede beneficiar su salud mental, y aunque este aprendizaje de técnicas no solucionará todo el porcentaje de los problemas que generan la ansiedad en el estudiante egresado, bien puede ser un comienzo de atención.

1.5 HIPÓTESIS

Los estudiantes recién egresados (Titulados y no titulados) en la Ciudad de Puebla, disminuirán sus niveles de ansiedad causados por el nuevo reto de enfrentarse a la vida profesional-laboral, aplicando técnicas de Atención Plena y Psicoeducativas a través de un taller con duración de 2 horas, aplicando las escalas de HARS y MAAS una semana antes y una semana después de la intervención.

1.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Los conceptos principales para abordar el presente estudio se resumen en miedo, ansiedad, atención plena y cómo brindar psicoeducación, uniendo las perspectivas fisiológicas, comportamentales/conductuales y psicosociales que originan dichos fenómenos, tomando en cuenta investigaciones de teorías previas. También, se define su clasificación e instrumentos de evaluación (Escala *HARS* y Escala *MAAS*).

Posteriormente, el estudio mide las variables de la intervención con el taller “Técnicas para disminuir mi ansiedad”, arrojando la correlación que genera la psicoeducación e impartición de técnicas de Atención plena registrando el impacto en las escalas antes mencionadas, brindando los resultados y discusiones.

Finalmente se presentan las conclusiones y limitaciones del estudio, así como la apertura a futuras investigaciones.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO: MIEDO, ANSIEDAD Y ATENCIÓN PLENA

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE MIEDO

Las emociones se localizan en el sistema límbico, región que forma la estructura del cíngulo, amígdala, hipotálamo, hipocampo todas estas conectadas al tallo cerebral (Carlson, 2014).

Antes de definir ansiedad, es importante conocer la emoción primaria que abre la pauta para experimentar ansiedad: el miedo (Carlson, 2014).

El miedo es un estado neurofisiológico primitivo; su función es la valoración cognitiva de una amenaza real, poniendo en peligro la seguridad física o psíquica del individuo. Es un proceso adaptativo para la supervivencia de nuestro día a día, ya que advierte y prepara al organismo para una respuesta de huida contra peligros o amenazas (Clark & Beck, 2012).

El miedo es la reacción a un peligro específico, que se puede observar (Barlow citado en Clark & Beck, 2012). Es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizada por una fuerte activación autonómica y tendencias a la acción.

El miedo es universal y es parte del ser humano, incluyéndose en las emociones básicas (Carlson, 2014). Es importante diferenciar el miedo de la ansiedad, pues esta comienza cuando el miedo es disfuncional/patológico presentando estados anormales que valoran situaciones no peligrosas como peligrosas (American Psychiatric Association, 2014).

2.1.1 PRINCIPIOS BIOLÓGICOS DE MIEDO

Las emociones constan de tres componentes: comportamentales, neurovegetativos y hormonales (reforzando las respuestas neurovegetativas) (Carlson, 2014). En el caso del miedo, la actividad simpática autónoma del Sistema Nervioso Central (SNC) aumenta y la división parasimpática disminuye.

La amígdala integra los componentes antes mencionados cuando se experimenta la emoción de miedo. La amígdala se encuentra en los lóbulos temporales, conformada por núcleos realizando aferencias y eferencias. Se realiza aferencia cuando la información de estímulos externos se recibe. La eferencia, en la amígdala, devuelve la información hacia el hipotálamo terminando su ciclo en la corteza prefrontal (Carlson, 2014).

La amígdala está subdividida en doce regiones y en el caso del miedo, se activan tres de estas: el núcleo lateral, el basal y central. El núcleo lateral (LA) recibe la información de la neocorteza y este envía la información al núcleo basal (B). El núcleo LA y B envían información a la corteza prefrontal y al núcleo central (CE) que a su vez proyecta las regiones del hipotálamo que se encargan de la respuesta emocional. Las neuronas del núcleo CE son las principales en activarse para las expresiones emocionales aversivas, estas realizan aferencia a diferentes regiones cerebrales activando respuestas fisiológicas y comportamentales (Carlson, 2014).

La amígdala es la parte que mayor actividad registra cuando se manifiesta la emoción de miedo, sin embargo, no es la única involucrada. El hipotálamo tiene un gran papel dentro de este ciclo, el cual organiza diferentes conductas, entre ellas la lucha y la huida (Carlson, 2014).

2.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ANSIEDAD

El término de ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, compartiendo raíz etimológica con *angustia* (Real Academia Española, 2014).

Hipócrates y Aristóteles concluían que la ansiedad era un problema biológico. Por otra parte, Platón, Spinoza y sus seguidores, definieron que la ansiedad surgía por falta de armonía en el alma y para lograr su curación se requería de métodos de introversión, por lo cual los problemas emocionales solo podían ser abordados por filósofos y no por médicos. Posteriormente, el filósofo Epicteto, creía que las raíces de ansiedad no se encontraban en la biología, sino en cómo se percibía la realidad (Stossel, 2020).

Freud y las escuelas humanistas, definieron la ansiedad como angustia, mientras que las escuelas científicas lo definieron como ansiedad, finalmente refiriéndose a la misma sintomatología (Kuaik & Iglesia, 2019).

Diferentes autores han conceptualizado la ansiedad como:

- Barlow (citado en Kuaik & Iglesia, 2019), define la ansiedad como la anticipación de amenaza o peligro de algún estímulo ausente, es la emoción orientada al futuro, caracterizada por percepciones de descontrol e impredecibilidad de eventos aversivos
- Dentro del DSM-5 se define como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (American Psychiatric Association, 2014)
- La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo y la consecuencia, es el sentimiento negativo, cuando se estimula el miedo (Clark & Beck, 2012)

- La ansiedad es la respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas que podrían amenazar la vitalidad del individuo (Clark & Beck, 2012)

2.2.1 PRINCIPIOS BIOLÓGICOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad tienen factores hereditarios (Carlson, 2014). Un estudio reveló que los niños de madres que estaban embarazadas durante el atentado en el World Trade Center de Nueva York, el 11 de septiembre de 2001, presentaban en la sangre altos niveles de estrés a los seis meses de aquel suceso (Stossel, 2020). Algunos síntomas se desencadenan a partir de tratamientos que activan el sistema neurovegetativo (inyecciones de ácido láctico, yohimbina (receptor adrenérgico), doxapram (fármaco para aumentar frecuencia respiratoria) o respirando aire que contenga fuerte carga de dióxido de carbono) (Carlson, 2014).

Las emociones se localizan en el sistema límbico, región que forma la estructura del cíngulo, amígdala, hipotálamo, hipocampo todas estas conectadas al tallo cerebral (Carlson, 2014).

El gen BDNF (factor neurotrófico derivado del encéfalo) regula la supervivencia y diferenciación neuronal durante el desarrollo, asociándose a la ansiedad y depresión. Un alelo del gen BDNF altera la extinción de la memoria de respuestas del miedo y da lugar a una actividad atípica en los circuitos de la corteza prefrontal y amígdala (Carlson, 2014). El gen RTN4 determina el grado de reactividad de la amígdala (Stossel, 2020).

Los estudios de neuroimagen funcional sugieren que la amígdala y la corteza cingulada prefrontal y de la ínsula están implicadas en el trastorno de ansiedad. Se ha hallado un aumento de activación en la amígdala y un descenso en la corteza prefrontal ventrolateral. La inhibición optogenética de estas terminales inducía síntomas de ansiedad. En la amígdala existe una alta

concentración de receptores GABA (ácido gamma amino butírico), un neuromodulador que está relacionado con la sintomatología de ansiedad (Carlson, 2014).

2.2.2 *SÍNTOMAS*

La ansiedad se manifiesta con respuestas fisiológicas, conductuales y cognitivas (Idefonso, 2017).

La fisiológica de la ansiedad se presenta con tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, elevada respiración, mareos, náuseas, sequedad de boca, temblores, sudor, enrojecimiento en la cara, cefalea, fatiga, diarrea. La respuesta conductual se refiere a expresiones faciales, patrones de inquietud y comunicación, evitación y escape, motivación disminuida. Por último, la componente cognitiva hace referencia a los pensamientos con expectativas negativas y preocupaciones sobre la situación y sobre uno mismo, alterando los pensamientos y las imágenes mentales cuando estamos ante la situación amenazante (Idefonso, 2017).

Según Beck (Clark & Beck, 2012), los principales síntomas que se presentan cuando existe ansiedad son:

- **Cognición disfuncional:** Es la activación de creencias disfuncionales (esquemas), sobre la amenaza. Las cogniciones erróneas provocan un miedo excesivo que es incoherente con la realidad de la situación.
- **Deterioro del funcionamiento:** Interfiere con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza, afectando la vida social y laboral cotidiana.
- **Persistencia:** Persiste la cognición más de lo que podría esperarse en condiciones normales
- **Falsas alarmas:** Sensación de miedo o pánico que ocurre en ausencia de una situación amenazante

- **Hipersensibilidad a los estímulos:** Se interpreta una serie de situaciones como amenazantes.

2.2.3 *TRASTORNOS DE ANSIEDAD*

Los trastornos de ansiedad (TA) se caracterizan por la experimentación de miedo, altos niveles de ansiedad y alteraciones conductuales (American Psychiatric Association, 2014). Los profesionales realizan un minucioso diagnóstico clínico para identificar si la ansiedad que se está presentando en el individuo es normal/útil o patológica (American Psychiatric Association, 2014).

La ansiedad normal/útil se presenta como reacción de mecanismos de defensa frente a amenazas posibles; realiza una función adaptativa y funcional, ya que el individuo actúa mejorando su rendimiento (Orozco & Baldares, 2012).

La ansiedad patológica presenta criterios excesivos de estrés y persistentes (American Psychiatric Association, 2014), conductas reactivas desproporcionadas a la situación real; se bloquea la respuesta adecuada de la vida diaria, empeora el rendimiento físico y mental y mayor componente somático (Orozco & Baldares, 2012).

Los TA se diferencian por la duración y frecuencia; dichos trastornos se clasifican según el tipo de situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas (American Psychiatric Association, 2014):

- ***Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):*** Se presenta de forma persistente y excesiva, tal que es difícil de controlar, interfiriendo significativamente en el funcionamiento psicosocial. El individuo manifiesta inquietud, (nerviosismo), facilidad para fatigarse, dificultad de sueño, irritabilidad, tensión muscular (American Psychiatric Association, 2014). Barlow (citado en Clark & Beck, 2012) defiende que el TAG se

distingue por la mayor frecuencia y gravedad de las preocupaciones, especialmente tareas menores y la tensión muscular asociada a las mismas.

- ***Trastorno de Pánico (TP)***: Se caracteriza por periodos cortos de tiempo (10 minutos o menos, aproximadamente), manifestando miedo o malestar; suele ir acompañado de sensación de peligro y un impulso o necesidad de escapar (Arbona, 2001). El TP también es conocido como *Crisis de Angustia*; la crisis de angustia se define como la presentación más clara del miedo con intensa activación del SNA. Barlow (citado en Clark & Beck, 2012), define la angustia por la principal característica de las cogniciones erróneas, tanto mentales o físicas (p. ej., volverse loco) y por la enorme urgencia de huir (Clark & Beck, 2012)

- ***Agorafobia (AG)***: Se manifiesta temor y ansiedad ante situaciones cotidianas (p. ej., usar el transporte público, espacios abiertos, estar en multitud). El individuo teme presentar una crisis de angustia y no poder recibir ayuda (American Psychiatric Association, 2014).

- ***Trastorno de Ansiedad Social (TAS)***: La persona siente miedo y ansiedad ante las interacciones sociales debido a la intensa cognición de ser evaluado negativamente (American Psychiatric Association, 2014). Se experimenta ansiedad intensa mientras se come, habla o escribe frente a personas desconocidas teniendo dificultades para ejecutar esas conductas, mientras que en soledad o en compañía de familiares o amigos próximos no se presentan los síntomas (Clark & Beck, 2012).

- ***Trastorno de Ansiedad por Separación***: Presenta excesiva ansiedad ante el alejamiento del hogar y de las personas a las que está adaptado. La ansiedad es superior a la que se espera de las personas durante la misma etapa de desarrollo, preocupándose por

el bienestar o la muerte de las personas por las que sienten apego, temiendo quedarse solo (American Psychiatric Association, 2014).

- ***Fobia específica***: Es el temor específico de inadaptabilidad ante una situación u objeto, incluso puede presentarse con crisis de pánico provocando una respuesta de ansiedad inmediata (American Psychiatric Association, 2014). El individuo siente la necesidad de evitar dicha situación concreta u objeto, que hacen de estímulo fóbico (Mondéjar, 2010).

2.2.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA ANSIEDAD

Algunos fenómenos psicológicos tienden a medirse con escalas que contemplan las manifestaciones que el sujeto presenta, dichas escalas constan de validez y confiabilidad de acuerdo a la situación que se busca medir (Córdoba, 2017).

Actualmente predominan algunas escalas para aplicarse en psicología clínica, debido a su confiabilidad y validez, entre ellas se encuentran la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS por sus siglas en inglés: Hamilton Anxiety Rating Scale) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en inglés: Beck Anxiety Inventory) (Clark & Beck, 2012).

La escala HARS, valora la ansiedad psíquica y somática a partir de 14 ítems, arrojando puntuaciones separadas del tipo de ansiedad y finalmente un total de ambas. Sus puntuaciones se registran 0= ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=severo, 4=grave o totalmente incapacitado. Su coherencia interna y fiabilidad test-retest con una semana de intervalo, es buena, convergente y discriminativa, brindando sensibilidad al tratamiento.

La escala BAI, consta de 21 ítems, evaluando los niveles de ansiedad en una escala del 0 (En absoluto) al 3 (Grave y/o difícilmente podría soportarlo). De acuerdo a las puntuaciones se

detecta de forma general la gravedad de los síntomas ansiosos. El intervalo normal se califica de 0-9; la puntuación de 10-18 se registra como ansiedad leve, de 19-29 la ansiedad es moderada y de 30-63 la ansiedad se registra como grave. BAI tiene alta coherencia interna de $\alpha = .92$, su confiabilidad test-retest con intervalo de una semana es de .75 (Clark & Beck, 2012). El análisis factorial arroja que es un cuestionario multidimensional con una estructura de dos o de cuatro factores. Los ítems están divididos en subjetivos (Miedo, incapacidad para relajarse, nervioso, asustado) hiperactivación fisiológica de la ansiedad, por lo cual es un buen cuestionario para los síntomas físicos de ansiedad, principalmente para trastorno de angustia (Clark & Beck, 2012).

Por otra parte, la escala DASS 21 (Por sus siglas en inglés: Depression Anxiety Stress Scale, en el idioma hispano: Escalas de Depresión Ansiedad Estrés) consta de 45 ítems, evaluando ansiedad, depresión y estrés. Sus puntuaciones representan de 0-7 el intervalo normal, 8-9 ansiedad leve, 10-14 moderada, 15-19 grave y 20 o más es extremadamente grave. En el apartado de ansiedad en DASS correlaciona .81 con el BAI, en el apartado de depresión en DASS correlaciona .74 con el BDI (Inventario de depresión de Beck) en muestras de estudiantes (Lovibond S. H., 1995).

La escala CMASR-2 (Por sus siglas en inglés: Revised Children's Manifest Anxiety Scale, en el idioma hispano: Escala de ansiedad manifiesta en niños) es la revisión de la *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMASR)*, dirigida exclusivamente para niños de 6 a 19 años de edad. Consta de 49 ítems, que evalúan la ansiedad fisiológica, inquietud y ansiedad social. La aplicación de la escala dura alrededor de cinco minutos, ya que sus respuestas se dividen en sí o no, dependiendo la sintomatología del individuo. El rango de puntuación describe 39 y menor menos problemático que para la mayoría de estudiantes, 40-60 no más problemático que la mayoría de los estudiantes, 61-70 moderadamente problemático, 71 y mayor extremadamente

problemático. Su confiabilidad y validez total se concentra en .92, mientras que en puntuaciones escalares se concentra en .75 a .86 (Reynolds & Richmond, 2008).

El STAI (Por sus siglas en inglés: State-Trait Anxiety Inventory, en el idioma hispano: Cuestionario de Ansiedad/Estado/Rasgo de Spielberger) consiste en dos escalas de 20 ítems dividiéndolos en ansiedad estado y ansiedad rasgo (Clark & Beck, 2012). El sistema de respuesta es Likert con puntuaciones del 0 al 4 (0= casi nunca/nada, 1= algo/a veces, 2= bastante/a menudo, 3= mucho/casi siempre). Los rangos de confiabilidad oscilan entre .84 y .93 (Fonseca, et al., 2012).

2.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE ATENCIÓN PLENA

Jon Kabat-Zinn, fundador de la Clínica para la Reducción del Estrés y del Centro de *Mindfulness* de la Universidad de Massachusetts, es el pionero del concepto *Mindfulness* (Inauguró el programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), en la cultura occidental) (Porter & Andrade, 2013). *Mindfulness* proviene de la traducción inglesa “sati”, idioma pali (Lengua índica) que significa consciencia, atención y recuerdos (Palau, 2016).

Kabat-Zinn define atención plena como un modo particular de prestar atención, principalmente centrado en el presente, a propósito y sin juicios de valor, con la cualidad de ser amable y compasivo (Palau, 2016).

Actualmente se ha traducido en el idioma de español como “Atención plena”, “Conciencia plena” “Presencia plena-conciencia abierta”. La atención plena es un estado de absoluta conciencia plena y aceptación, dónde nada importa más que el momento presente (Porter & Andrade, 2013). La Atención Plena es práctica, no técnicas que se realicen solo una vez en la vida para que tenga efecto, esta práctica requiere compromiso, disciplina y perseverancia (Porter & Andrade, 2013).

La práctica de Atención Plena induce efectos positivos reduciendo el sufrimiento (Atenua el estrés y la tensión, regula el estado y las respuestas emocionales, disminuye síntomas de ansiedad y depresión, reduce dolores crónicos), aumenta la felicidad (Incrementa la alegría, mejora la salud física y fortalece el sistema inmune, desarrolla tolerancia al malestar), también ayuda a experimentar la realidad tal cual es (Vivencia la espiritualidad, establece un balance en el día a día, aumenta la capacidad de concentración) (Gagliesi, et al., 2015).

Con su práctica se desarrollan habilidades de atención plena estando en el presente:

- Vivir intencionalmente con conciencia en el momento presente: Consiste en despertar de conductas rutinarias “Piloto automático” para participar y estar presente en tu propia vida (Gagliesi, et al.,2015)
- Sin juzgar o rechazar el momento: A través del registro de las consecuencias se distinguen las ayudas y los riesgos, pero sin evaluar, bloquear o evitar el momento presente (Gagliesi, et al.,2015)
- Sin apegarse al momento: Presta atención a la experiencia de cada nuevo momento, no ignora el presente, ni se aferra al pasado intentando atrapar el futuro (Gagliesi, et al.,2015)

La aceptación que incita la Atención Plena es un estado consciente, voluntario y activo en el que se está dispuesto a vivir la experiencia que está sucediendo, sin negar, sin aferrarse, y sin juicios de valor (Porter & Andrade, 2013).

2.3.1 TIPOS DE ATENCIÓN PLENA

Existen dos formas de practicar Atención Plena: Formal e Informal. La Atención Plena formal centra su práctica en ejercicios de meditación profundos, ejercicios de conciencia (Escáner

corporal, Yoga). Al realizar estos ejercicios se cultiva la capacidad de volver al momento presente (Porter & Andrade, 2013). La práctica formal se realiza en un tiempo específico durante el día, es decir, se destina de treinta a cuarenta minutos diarios siendo constantes y reconociendo los obstáculos que se pueden presentar (Porter & Andrade, 2013).

La Atención Plena informal, no destina un tiempo especial para, sino que se incluye para practicar ejercicios en la vida cotidiana (Comer, lavar los dientes, en la ducha, jugando con los hijos, etc.), prestando atención a las sensaciones y los pensamientos que surgen en el momento (Porter & Andrade, 2013).

Cabe destacar que la meditación es una práctica dentro de la Atención Plena (Gagliesi, et al., 2015), y ambas prácticas (Formal e informal) son complementarios, ya que, la separación conceptual es netamente didáctica, pues en la práctica no es real su separación (Porter & Andrade, 2013).

En una investigación de la Universidad de Alberta, se encontraron 32 prácticas de meditación agrupadas en 5 categorías, dentro de ellas se encuentra la “*Meditación Mindfulness*” subdividida en: Vipassana, meditación Zen (También llamado Zazen), MBSR (Reducción de Estrés basada en Mindfulness) y MBCT (Palau, 2016).

- Vipassana consiste en un curso de 10 días que lleva acabo restricciones estrictas, con la finalidad de practicar un grado de concentración básico y accesible en un periodo corto de tiempo sin que intervengan condicionamientos basados en la raza, cultura social o sexo. El Vipassana implica la afirmación de la naturaleza científica y la crítica al conocimiento teórico sin experiencia de la verdad. También se pone en primer lugar la vida en familia y sus responsabilidades, obtener el sustento tanto para uno mismo como para los que dependen del practicante (Caton, 2017).

- Zazen de origen japonés, significa “acción de sentarse (za) con atención (zen)” (Martínez, 2019). No hay ningún objetivo que alcanzar, solo recuperar la condición normal de seres humanos despiertos al aquí y al ahora. Desarrolla en sus practicantes el ser conscientes de la verdadera naturaleza de la realidad, descubrir como las experiencias cotidianas se construyen y modifican en función de los intereses, miedos y objetivos (Palau, 2016).
- MBSR principalmente era un programa grupal para tratar pacientes con estrés y dolor crónico; con el paso del tiempo se comenzó a utilizar en pacientes con cáncer, SIDA y problemas emocionales-conductuales (Palau, 2016). Se fundamenta en siete actitudes: No juzgar, paciencia, mente de principiante, confianza, no esforzarse en conseguir resultados, aceptación y soltar/ceder. Dentro del programa MBSR se fomenta la meditación formal e informal de atención plena (Palau, 2016). MBCT se utiliza como método para prevenir las recaídas depresivas que los pacientes pueden presentar, enlaza Terapia Cognitiva y práctica de Atención Plena. El objetivo principal de MBCT es modificar la relación con los pensamientos, sentimientos y sensaciones que contribuyen a recaídas, enseñando habilidades, antes de que se produzca la recaída, para desconectarse de las rumiaciones y pensamientos negativos (Palau, 2016).

2.3.2 BENEFICIOS NEUROBIOLÓGICOS DE ATENCIÓN PLENA

Kristeller, propone un modelo de seis dominios: Cognitivo, fisiológico, emocional, conductual, relaciones interpersonales y el espiritual. Los define en ese orden porque postula que en ese orden se verán reflejados los beneficios de la práctica de Atención Plena (Palau, 2016).

Por otra parte, Tang, describe las regiones implicadas en la práctica, la corteza anterior cingulada y los núcleos estriados tienen mayor actividad, aumentando el control atencional. Las zonas prefrontales, zonas del sistema límbico y los núcleos estriados activan la regulación emocional, la ínsula, la corteza prefrontal medial, la corteza posterior cingulada y el precúneo se activan dando pauta a una efectiva autoconciencia (Palau, 2016).

En la revisión de diferentes investigaciones, evidencian el beneficio de la práctica de Atención Plena en las estructuras cerebrales:

- Mejora la activación del Cortex cingulado anterior y Cortex prefrontal mediante la práctica consciente de la respiración, influyendo en la autorregulación de atención y emociones
- Desactivación del Cortex cingulado posterior, acoplándose con el Cortex cingulado anterior y el Córtex Prefrontal, influyendo en una mejor autoconciencia
- Mayor activación de la ínsula anterior acoplando la atención a las sensaciones respiratorias con el Cortex Prefrontal
- Disminuye la actividad en la amígdala en respuesta a imágenes emocionales en un estado no meditativo (Palau, 2016)

Posner y Petersen han postulado tres sistemas neuronales implicados en la atención: Red atencional de vigilancia o alerta (Mantiene un estado de alerta), red atencional de orientación (Dirige la atención hacia diferentes estímulos), red atencional ejecutiva (Detecta errores, realiza diferentes tareas, memoria de trabajo y cambio de tarea). Estos sistemas neuronales se benefician cuando se practica Atención Plena. Con la práctica consciente corporal la red de vigilancia

desarrolla atención sostenida; la red de orientación activada desarrolla fijación hacia el estímulo presente, pero sin engancharse.

La práctica con meditación de atención en la respiración, desarrolla en la red de vigilancia atención sostenida; la red de orientación activada solo desarrolla fijación hacia el estímulo presente. Finalmente, la práctica de meditación abierta activa la red de vigilancia atención sostenida, en la red de orientación produce solamente desenganche ante el estímulo. Las tres prácticas activan la red ejecutiva, entonces, si el individuo se distrae, pronto vuelve a la respiración para recuperar su atención (Palau, 2016).

Malinowski, por su parte, agrego dos subdivisiones dentro de la red de ejecución: red de relevancia (Salience network) implicando la función de control atencional en la detección de acontecimientos relativos y proporciona señales para actuar conforme a propósito, la segunda subdivisión la nombra red de neuronal por defecto (Default mode network) se activa cuando la atención involuntariamente se desplaza lejos del objeto o se distrae mientras se realiza meditación (Porter & Andrade, 2013).

Considerando las cinco redes ya descritas, las implicaciones principales en las estructuras cerebrales son:

En la corteza frontal y parietal derecha y el tálamo están implicados en la red de alerta. La corteza parietal superior, la juntura temporo-parietal, colículo superior están implicados en la red de orientación. La corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal, la corteza lateral ventral y ganglios basales están implicados en la red ejecutiva. La corteza prefrontal dorsal, ventrolateral, la corteza cingulada anterior y la ínsula anterior impactan en la red de relevancia. La corteza cingulada posterior, la corteza prefrontal medial, la corteza posterior lateral de las zonas parietal y

temporal, la circunvolución alrededor del hipocampo implica la red neuronal por defecto (Palau, 2016, p. 107).

2.3.3 *INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ATENCIÓN PLENA*

La atención Plena ha tomado su lugar en intervenciones psicológicas, así como la evaluación de que tanto se práctica (Pérez & Botella, 2006). En los últimos años se han desarrollado escalas que ayudan a obtener una evaluación mayormente precisa.

La escala *MAAS* (Por sus siglas en inglés: Mindful Attention Awareness Scale, en el idioma hispano: Escala de Atención Plena), consta de 15 ítems minutos se aplica en diez minutos o menos tiempo, esta escala tiene el formato Likert y sus puntuaciones se registran como 1=Casi siempre, 2=Muy frecuentemente, 3=Algo frecuente, 4=Algo infrecuente, 5=Muy infrecuente, 6=Casi nunca. Sus niveles de consistencia interna centran entre .80 y .90, brindando alta fiabilidad validez discriminante y convergente, la versión hispana del *MAAS* oscila en .89, reflejando una muy buena consistencia interna. *MAAS*, mide el nivel del individuo con práctica de Atención Plena, valorando la frecuencia del individuo al tener experiencias relacionadas con atención plena, también mide la falta de atención plena y los constructos reflexión, rumia y autoconciencia (Moscoso, et. al., 2020).

La escala de *Atención de Langer*, conceptualiza la Atención Plena con cuatro características: La búsqueda de experiencias nuevas, el compromiso, producción de innovación y flexibilidad. La escala es válida y confiable, concentrándose en las puntuaciones relacionadas con el grado de bienestar, la satisfacción con la vida, flexibilidad, satisfacción laboral creatividad, aprendizaje y humor (Berni, 2018).

El *IME* (Inventario de Mindfulness y Ecuanimidad) oscila entre .70 y .80, según el criterio de coeficiente *V* de Aiken. Consta de 21 ítems y el puntaje se registra 1=Casi nunca, 2= Pocas

veces, 3=Muchas veces, 4=Casi siempre, los ítems describen la presencia o ausencia de Atención Plena y la ecuanimidad en las relaciones interpersonales y situaciones de estrés (Moscoso, et al., 2020).

El FFMQ (Por sus siglas en inglés: Five Facets of Mindfulness Questionnaire, en el idioma hispano: Cuestionario de cinco facetas de la conciencia plena) está compuesto por 39 ítems, mide cinco habilidades: Observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad; sus puntajes reflejados en escala Likert se consideran a partir de 1=Nunca o muy raramente a 5=Muy a menudo o siempre, la puntuación mínima es de 39 puntos y la máxima de 195 puntos; tiene confiabilidad de .75 a .92 (Schmidt & Vinet, 2015).

2.4 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA ANSIEDAD CON PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PLENA

Actualmente se han integrado psicoterapias con enfoques cognitivos y conductuales que emplean Atención Plena dentro de su marco, estas psicoterapias han demostrado a través de estudios de investigación su eficacia (Coutiño, 2012).

2.4.1 TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL (DBT)

En el programa de psicoterapia Terapia Dialéctica Conductual (DBT) se integra principalmente la Mente Racional (Fría, racional, focalizada en objetivos y tareas) vs Mente Emocional (Caliente, depende del humor, focalizada en las emociones y los impulsos), construyendo una Mente Sabia (Integración de razón y emoción), cuando estás “mentes” se integran, desarrollan un balance que

consiste en aceptar el momento presente, pero al mismo tiempo, desear con intensidad algo diferente (Gagliesi, et al., 2015).

La DBT pretende equilibrar la aceptación y cambio, centrandose en que los pacientes se acepten y al mismo tiempo trabajen en cambiar las conductas y entornos de acuerdo a sus objetivos planteados; la DBT enseña cuatro habilidades: Relaciones interpersonales, regulación emocional, tolerancia al malestar y conciencia plena, estas habilidades se entrenan con actividades de atención plena dentro de la psicoterapia y así el paciente pueda practicarlas fuera de la consulta. Algunas prácticas que pretende entrenar son las informales como lavar platos, preparar café o té, ducharse, limpiar la casa, así como la conexión con uno mismo y el ambiente externo, tocar el piso, las sábanas, sentir el aire hasta llegar a la conexión de sentirse amado o querido (Pérez & Botella, 2006).

2.4.2 TERAPIA COGNITIVO BASADA EN ATENCIÓN PLENA (MBCT)

La Terapia Cognitivo Basada en Atención Plena (MBCT) fue desarrollada por Williams, Teasdale y Segal, enfocándose específicamente en personas con depresión y que podían tener recaídas futuras. El objetivo principal de la psicoterapia MBCT es enseñar a las personas a darse cuenta de las sensaciones corporales, pensamientos y emociones y responder adaptativamente a los primeros signos de recaída. El programa incluye ocho sesiones semanales en grupo de dos horas y media, un día de retiro en silencio, posteriormente práctica diaria informal en casa (Fernández, 2016).

La MBCT incluye técnicas de TCC (Terapia Cognitivo Conductual), cómo escribir los pensamientos, ponerles etiqueta, no huir de los pensamientos negativos, centrándose en cambiar el contenido de los pensamientos, recomendando a los pacientes que dejen de considerar estos pensamientos como verdaderos (Descentramiento), este procedimiento extingue una respuesta emocional condicionada (Pérez & Botella, 2006).

2.4.3 REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADA EN LA CONCIENCIA PLENA (MBSR)

La psicoterapia MBSR fue el enfoque pionero en integrar la práctica de Atención Plena. Los médicos que tratan enfermedades que pueden generar estrés (Cáncer, fibromialgia, recuperación post-infarto, entre otras) utilizan esta práctica complementando el tratamiento médico para la mejoría de su salud. Afronta el sufrimiento con actitudes de no juzgar, paciencia, confianza, no esforzarse por conseguir ningún propósito, no apegarse (Pérez & Botella, 2006).

Parte de cinco componentes dentro de la práctica en el programa MBSR: Meditación estática, atención en la vida cotidiana, meditación caminando, revisión atenta del cuerpo y el Hatha Yoga (Estado cambiante del cuerpo en función a las demandas que tiene que atender). El programa de MBSR consta de practica individual en casa y se realiza una reunión grupal semanal con duración de dos horas y media (Vásquez-Dextre, 2016).

2.4.4 TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

La ACT tiene el enfoque conductual, basándose en la conducta verbal con cuatro conceptos clave: Fusión, evaluación, evitación y razonamiento (Vásquez-Dextre, 2016). Los objetivos principales son: Reducir la tendencia a la evitación experiencial, enseñar la aceptación a los eventos que no se pueden cambiar, clarificar valores, mantenerse en contacto interno y ambiental. La aceptación se trabaja con ejercicios de atención plena permitiendo que el paciente se exponga a los eventos que lo hacen vulnerable (Pérez & Botella, 2006).

En ACT se utiliza la estrategia de recordarle al paciente que pese a lo que pase siempre tendrá su identidad, sin importar la situación que este atravesando (Pérez & Botella, 2006).

2.4.5 TERAPIA BREVE RELACIONAL (BRT)

La BRT se basa en el enfoque psicodinámico, utiliza la práctica de Atención Plena para abordar las sesiones psicoterapéuticas. Fue desarrollado por Safran y Muran, definiendo la salud psicológica como la capacidad de prescindir la auto-imagen y simplemente ser, sin luchar por ser algo en particular, señalando que las habilidades se adquieren a través del crecimiento personal y del desarrollo de la conciencia sobre ellos mismos (Pérez & Botella, 2006).

La BRT no tiene duración predeterminada, ni un formato, se define por abordar las sesiones de manera individual y estrategias de resolución de las rupturas, fundamentalmente atiende el aquí y el ahora, contribuyendo al paciente y al psicoterapeuta (Pérez & Botella, 2006).

2.5 ESTUDIANTES RECIÉN EGRESADOS CON ANSIEDAD

Los estudiantes ingresan a la universidad con la esperanza de mejorar su calidad de vida en su futuro, teniendo acceso a un empleo en mejores condiciones, sin embargo, debido al desempleo que produce el mercado laboral, crea confusión y problemas de salud mental en los recién egresados (Londoño, et al., 2012). Se ha identificado que los síntomas ansiosos en recién egresados se originan en el proyecto de vida y el desempleo, percibiendo la falta de éxito y la presión para tener éxito en la obtención del título universitario, presentando correlación entre depresión, ansiedad y estrés (Londoño, Acosta, & Zuluaga, 2012).

La mayoría de los recién egresados que están en búsqueda de oportunidades laborales son jóvenes, depositan parte de su futuro ideal, proyectos y planes de vida, por lo cual, influye en conductas personales, sus ingresos económicos y circunstancias familiares. De lo contrario, el no encontrar empleo influye en la identidad surgiendo en la frase “Ser alguien en la vida”, ocasionando estrés, ansiedad y desilusión; el desempleo podrá afectar la salud mental del individuo (Londoño, Acosta, & Zuluaga, 2012).

El empleo es esencial para los seres humanos debido a la interacción social a la que nos enfrentamos de productividad, poder, jerarquía, adquirir alimentos y el acceso a bienes (García & Martínez, 2021), la precariedad del empleo puede causar privación de la alimentación, situación de exclusión social, desilusión para construir un proyecto de desarrollo personal afectando la autoestima y confianza en sí mismo, inhabilitando al individuo su seguridad debido a la incertidumbre (Robles, 2017).

Algunas empresas fijan exigencias sobre los egresados, como el proceso formativo académico, la experiencia y el grado de preparación, con la finalidad que al ser ingresado a laborar sepa enfrentar desafíos y resolver problemáticas que se presenten de acuerdo a su área profesional (González & Martínez-Clares, 2016), algunas habilidades solicitadas son la inteligencia emocional y autorregulación, iniciativa, pro actividad, sin embargo, estas exigencias y requerimientos para algunos egresados es de acceso limitado, las redes ocupacionales o redes de apoyo en el mercado laboral que brinda la universidad pueden ser mínimas (Londoño, Acosta, & Zuluaga, 2012).

En una reciente investigación se arrojó que los recién egresados presentan problemas laborales elevados, indicando que es una población expuesta que impacta su salud mental con sintomatología en ansiedad, debido al temor de enfrentar nuevos retos, realidad laboral, sintiéndose poco capacitados (Londoño, Acosta, & Zuluaga, 2012).

Es importante que dentro de la población de recién egresados exista un acompañamiento en la institución para garantizar una inclusión laboral apropiada, este acompañamiento se basa en motivar al estudiante planificando un desarrollo personal tomando en cuenta sus áreas de oportunidad, también es necesario ofrecer un programa de prevención en depresión y ansiedad por medio del diálogo socrático desarrollando así un compromiso con su salud mental (Londoño, Acosta, & Zuluaga, 2012).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3 METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

3.1 METODOLOGÍA

El presente estudio es de corte cuantitativo, tipo diferencial y de asociación; se obtuvieron los datos de un grupo control y un grupo experimental, estudiantes universitarios en la Ciudad de Puebla. Se aplicó un pre-test y post-test con las pruebas *HARS* y *MAAS*, impactando los resultados en el grupo experimental a través del taller “Técnicas para disminuir mi ansiedad” que más adelante se comentará con mayor precisión.

Los resultados se analizaron con el programa JASP (JASP, 2020) y se utilizaron las pruebas paramétricas T-Student y R de Pearson.

3.2 SUJETOS (MUESTRA)

La muestra total fue de 20 egresados (titulado y no titulados), 10 egresados conformaron el grupo experimental, y 10 egresados conformaron el grupo control. Los participantes cumplieron con el requisito de haber estudiado su licenciatura en la Ciudad de Puebla y ser egresados a partir del año 2018-2021.

3.3 INSTRUMENTOS

Se utilizó la escala HARS (Por sus siglas en inglés: Hamilton Anxiety Rating Scale) (Lobo, et al., 2002) para la evaluación de los síntomas de ansiedad.

La escala HARS fue diseñada en el año 1959 dirigida para individuos con neurosis, identificando los síntomas de ansiedad psíquicos y somáticos. Actualmente HARS consta de 14 ítems, los ítems 1,2,3,4,5,6 y 14 miden la ansiedad psíquica, los ítems 7,8,9,10,11,12 y 13 miden la ansiedad somática (Cuando exista la sospecha de la presencia de ataques de pánico solo se medirá la severidad de los ataques, ya que, no existen instrucciones para distinguirlos de la ansiedad generalizada). El rango de puntuación oscila de 0 a 56 puntos, de acuerdo a la puntuación arrojada, los resultados se interpretan como: 0 a 5= Ausencia o remisión de trastorno, 6 a 14= Ansiedad leve, 15 o más= Ansiedad moderada/grave. El tiempo de aplicación consta de alrededor de 10 a 15 minutos (Thompson, 2015). La puntuación final se calcula sumando los reactivos. Dependiendo la puntuación se considera dentro de las etiquetas como: No Ansiedad=0 a 5, Ansiedad Leve=6 a 14, Ansiedad severa=15 o más, cabe mencionar que las etiquetas que se adjuntan únicamente son con la finalidad de entender la ansiedad del paciente.

Las propiedades psicométricas de la *Escala de Hamilton* muestran una buena fiabilidad test-retest interna de 7 y un alfa de cronbach de .89. HARS es sensible tras el tratamiento (Lobo, et al., 2002) ([Ver Anexo A](#)).

MAAS (Por sus siglas en inglés: Mindful Attention Awareness Scale, en el idioma hispano: Escala de Atención Plena) (López, et al., 2015) mide el nivel del individuo con práctica de Atención Plena, valorando la frecuencia del individuo al tener experiencias relacionadas con atención plena, también mide la falta de atención plena, los constructos reflexión, rumia y

autoconciencia (Moscoso, et. al., 2020). Consta de 15 ítems. Las puntuaciones se obtienen promediando los puntajes de los ítems (La suma total de ítems sobre 15), las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de atención plena. Los resultados se interpretan como: Menos de 1.5= Bajo, 1.51 a 3= Medio bajo, 3.01 a 4.5= Medio alto, 4.51 o más= Alto (López, et al., 2015).

Los niveles de consistencia interna de la escala MAAS centran entre .80 y .90, brindando alta fiabilidad validez discriminante y convergente, la versión hispana del MAAS oscila en .89, reflejando una muy buena consistencia interna ([Ver Anexo B](#)).

3.3.1 DESCRIPCIÓN DEL TALLER “TÉCNICAS PARA DISMINUIR MI ANSIEDAD”

La adaptación del taller “Técnicas para disminuir mi ansiedad” se basó en teorías, prácticas y modelos psicoterapéuticos basados en atención plena que brindan actualmente las psicoterapias contextuales (Gagliesi, et al., 2015).

Los temas abordados en la primera sesión se caracterizaron por: Principios de psicoeducación de la ansiedad (definición, síntomas y trastornos de la ansiedad), psicoeducación de la atención plena, registro de pensamientos ansiosos ([Ver Anexo C](#)) y la práctica de atención plena. Durante la segunda sesión se abordó la filosofía de la atención plena, ¿Cómo se hace?, ejercicios de práctica de atención plena; cabe mencionar que el taller se impartió por ligas sociales en línea debido a la contingencia sanitaria del COVID-19, sin embargo, a los participantes se les solicitó material didáctico con el que pudieran llevar a cabo las actividades en práctica. Finalmente, se brindó un tiempo para la aclaración de dudas y/o comentarios.

Posterior a una semana de la intervención con el taller, se realizó la invitación a los participantes para contestar los formularios. Durante esta semana se mantuvo contacto con los participantes y monitoreo indirecto para la aplicación de la práctica de atención plena.

3.4 PROCEDIMIENTO

Para la recolección de datos es importante tener un plan detallado de procedimientos que lleven a un propósito en específico (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006)

Se inició con la recabación de los participantes para el grupo experimental y el grupo control. Se difundió la invitación para ambos grupos a través de una convocatoria por redes sociales, como requisito para ser participante se solicitó concluir sus estudios en la Ciudad de Puebla, ser egresado (titulado o no titulado) del año 2018 al 2021 y contestar el formulario dos veces (pre test y post test; el pre-test se respondió una semana antes de la intervención y el post test se respondió una semana después de la aplicación del taller para el grupo experimental); posteriormente se envió el primer Formulario de Google a ambos grupos, el cual incluyó las instrucciones, consentimiento del participante, los datos de identificación: Universidad de la que egresó, año en el que egresó y su estado actual (titulado/no titulado) y la escala HARS y MAAS.

Para el grupo experimental, fue obligatorio ingresar a las dos sesiones del taller (60 minutos cada una), mientras la convocatoria se encontraba abierta y los participantes se registraban, se mantuvo contacto con ellos a través de redes sociales para cualquier duda, aclaración e instrucciones para ingresar al taller, después de la impartición del taller, se mantuvo una semana más el contacto a través de las redes sociales para dudas y/o aclaraciones en cómo aplicar lo visto en el taller.

Para el grupo control, fue obligatorio comprometerse a responder el post test en la misma semana que el grupo experimental, de la misma forma se mantuvo contacto para cualquier duda y/o aclaración.

Cabe mencionar que los niveles de ansiedad y de atención plena no se encontraban en un mismo rango comparado con el grupo experimental, sin embargo, sus resultados ayudaron a que se creara una comparativa a través de gráficas, las cuales permiten observar el impacto de la práctica de atención plena en egresados con ansiedad; en el capítulo IV se comentarán a detalle los resultados.

Finalmente, la herramienta dónde se contestó el cuestionario arrojó una base de datos que permitió analizarlos en el programa JASP, buscando el grado de correlación y deducción de los datos. A continuación, se presenta en las tablas (Tabla 1) (Tabla 2) la distribución de los participantes, dónde 1=Egresado en 2018, 2=Egresado en 2019, 3= Egresado en 2020 y 4=Egresado en 2021.

Otras distribuciones que se contemplaron se definieron como: Titulado (4 participantes) y No titulado (16 participantes); licenciaturas de las que egresan: Grupo control: Ciencias sociales y humanidades (5 participantes), Ciencias de la Salud (1 participante), Ingeniería (1 participante), Económico administrativas (3 participantes). Grupo experimental: Ciencias sociales y humanidades (8 participantes), Ciencias de la Salud (2 participantes); y el rango de edad fue de los 24 a 28.

¹Algunos participantes respondieron “No titulado” debido a que su título está en trámite; otros no han iniciado su trámite

Tabla 1.*Frecuencias del Grupo Experimental*

Egresados	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
1	1	10.000	10.000	10.000
2	4	40.000	40.000	50.000
3	1	10.000	10.000	60.000
4	4	40.000	40.000	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	10	100.000		

Tabla 2.*Frecuencias del Grupo Control*

Egresados	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
1	1	10.000	10.000	10.000
2	4	40.000	40.000	50.000
3	2	20.000	20.000	70.000
4	3	30.000	30.000	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	10	100.000		

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4 RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la hipótesis planteada al inicio del estudio. Los datos se capturaron en el programa JASP; se aplicó estadística descriptiva e inferencial para el análisis, con pruebas paramétricas de T-Student relacionadas y R de Pearson.

La siguiente tabla (Tabla 3) muestra la distribución demográfica de los participantes en el grupo experimental y grupo control. Cada grupo se conformó por 10 participantes (n=20), que concluyeran sus estudios dentro del periodo 2018-2021.

Tabla 3.

Estadística Descriptiva Demográfica del Grupo Experimental y Grupo Control (año en que egresaron)

Grupos	M ^a	E.E.M. ^b	D.E. ^c	Min. ^d	Max. ^e
Grupo experimental	2.8	0.3	1.1	1.0	4.0
Grupo control	2.7	0.3	1.0	1.0	4.0

Nota: Las abreviaciones significan: ^aMediana, ^bError Estándar de la Media, ^cDesviación estándar, ^dMínimo, ^eMáximo

4.1 ANÁLISIS T-STUDENT

El grupo experimental en el post-test mostró diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología de su ansiedad $t_{(9)} 3.8$ (M=19.0, SD=12.1), ya que fue menor que en el pre-test (M=25.7, SD=12.2); mientras que la atención plena en el grupo experimental no mostró

diferencias estadísticamente significativas en el post-test ($M=3.360$, $SD=1.331$), pero si un cambio comparativo al pre-test ($M=3.2$, $SD=1.3$) (Tabla 5.2). Por otra parte, el grupo control aumento su ansiedad en el post-test ($M=15.9$, $SD=6.9$) en comparativa al pre-test ($M=12.5$, $SD=6.0$) y la atención plena disminuyó ($M=3.8$, $SD=.7$) en comparativa al pre-test ($M=4.5$, $SD=.5$) (Tabla 4).

Tabla 4.

Estadística T-Student, del Pre-Test y Post-Test en el Grupo Experimental y Grupo Control

Variables	N ^a	M ^b	D.E. ^c	E.E. ^d
HARS-G.E. ^e (Pre-test)	10	25.7	12.2	3.8
HARS-G.E. (Post-test)	10	19.0	12.1	3.8
HARS-G.C. ^f (Pre-test)	10	12.5	6.0	1.8
HARS-G.C. (Post-test)	10	15.9	6.9	2.2
MAAS-G.E. (Pre-test)	10	3.2	1.3	0.4
MAAS-G.E. (Post-test)	10	3.3	1.3	0.4
MAAS-G.C. (Pre-test)	10	4.5	0.5	0.1
MAAS-G.C. (Post-test)	10	3.8	0.7	0.2

Nota: Las abreviaciones significan: ^aNúmero de participantes, ^bMedia, ^cDesviación estándar, ^dError estándar, ^eGrupo experimental, ^fGrupo control

A continuación, en la tabla (Tabla 5) se detallan los resultados obtenidos mediante el análisis de T-Student.

Tabla 5.

Análisis T-Student, Pre-Test y Post-Test en el Grupo Experimental y Grupo Control

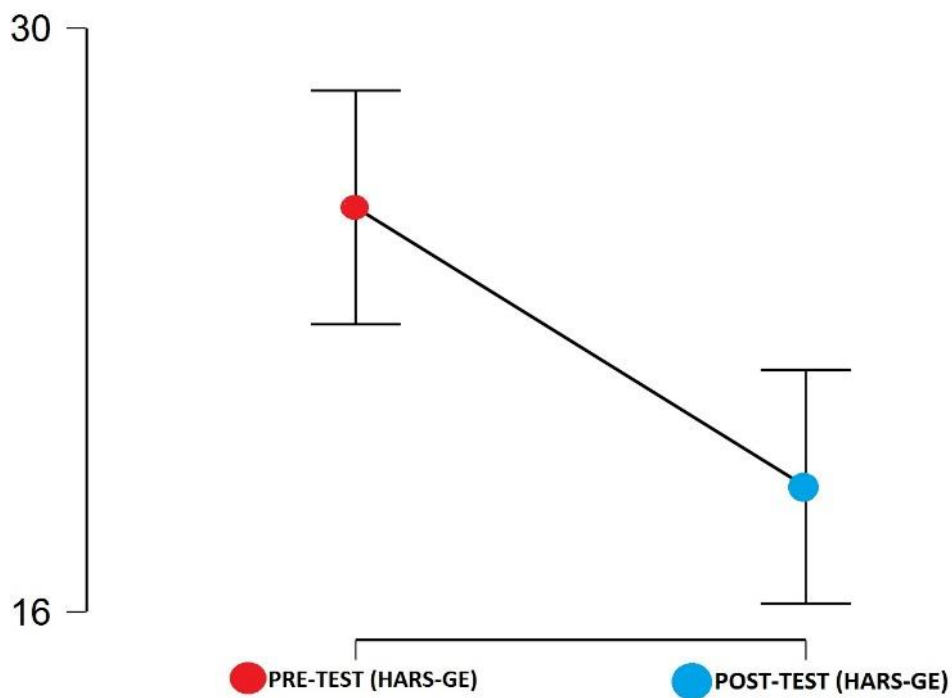
Pre-test	Post-test	t ^a	gl ^b	P ^c	D.M. ^d	E.E.D. ^e	95% CI para		Cohen's d
							Inferior	Superior	
HARS-GE - HARS-GE		3.825	9	0.004	6.700	1.752	2.738	10.662	1.210
HARS-GC - HARS-GC		-2.338	9	0.044	-3.400	1.454	-6.690	-0.110	-0.739
MAAS-GE - MAAS-GE		-0.665	9	0.522	-0.140	0.210	-0.616	0.336	-0.210
MAAS-GC - MAAS-GC		5.835	9	<.001	0.620	0.106	0.380	0.860	1.845

Nota: Las abreviaciones significan: ^aTamaño de la diferencia en relación con la variación en los datos de la muestra, ^bGrados de libertad, ^cProbabilidad, ^dDesviación media, ^eError estándar

Para el grupo experimental en la variable de ansiedad arroja una $t_{(9)}=3.825$, $p=0.004$, IC95% [2.738-10.662], $d =1.210$, interpretando el tamaño del efecto como una diferencia estadística significativa, ya que disminuyó la ansiedad de los participantes después de haber asistido al taller. En la [figura 1](#) se puede observar la disminución de la variable ansiedad.

Figura 1.

Disminución de la Variable Ansiedad, Comparando el Pre-Test y Post-Test en el Grupo Experimental



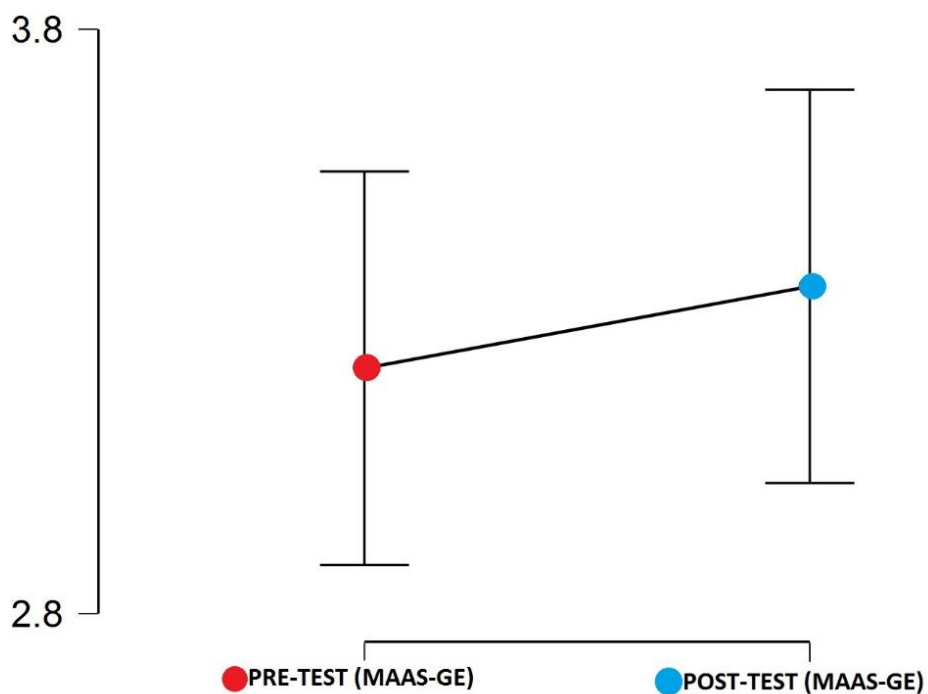
Fuente: Elaboración propia

Abreviaciones GE=Grupo Experimental

En la variable de atención plena, la cual se midió a través de la escala MAAS, contempló la medición del concepto como las experiencias de la atención plena, arroja una $t_{(9)}=.665$, $p=0.522$, IC95% [-0.616-0.336], $d = -0.210$, la cual no muestra diferencia estadística significativa, sin embargo, mediante la [figura 2](#) que se presenta a continuación, se observa un cambio en la atención plena, el cual afirma la hipótesis planteada.

Figura 2.

Aumento de la Variable Atención Plena, Comparando el Pre-Test y Post-Test en el Grupo Experimental



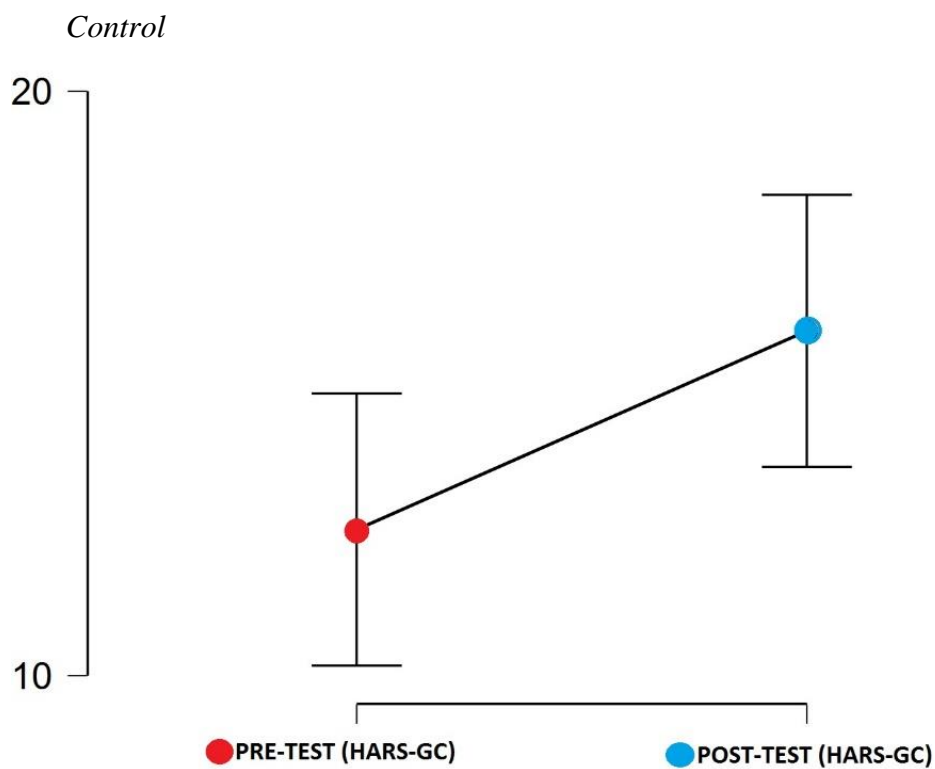
Fuente: Elaboración propia

Abreviaciones: GE=Grupo Experimental

El grupo control, como se ha mencionado anteriormente, no tuvo ninguna intervención, sin embargo, los datos arrojados para la variable ansiedad muestran una $t_9=2.338$, $p=0.044$, IC95% [-6.690 - -0.110], $d=-0.739$, que indica aumento en la variable ([figura 3](#)).

Figura 3.

Aumento de la Variable Ansiedad, Comparando el Pre-Test y Post-Test en el Grupo



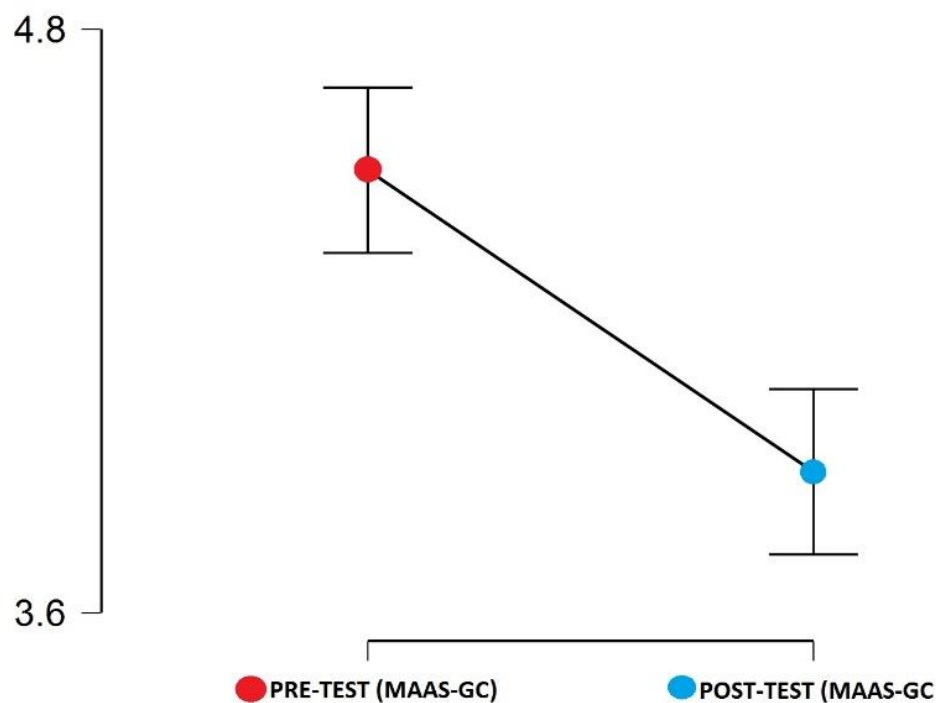
Fuente: Elaboración propia

Abreviaciones GC=Grupo Control

Para la variable de atención plena en el grupo control, se observó una $t_9=5.835$, $p<.001$, IC95% [0.380-0.860], $d =-1.845$, interpretándose como: disminución en la variable ([figura 4](#)).

Figura 4.

Disminución de la Variable Atención Plena, Comparando el Pre-test y Post-test en el Grupo Control



Fuente: Elaboración propia

Abreviaciones GC=Grupo Control

4.2 ANÁLISIS CORRELACIÓN DE PEARSON

Para el análisis de correlación se aplicó la prueba R de Pearson ([tabla 6](#)) en el grupo experimental después de la intervención con el taller “Técnicas para disminuir mi ansiedad”. La correlación entre ansiedad y atención plena, se evaluó a través de las escalas HARS (para ansiedad) y MAAS (para atención plena).

Tabla 6.*Correlación de Pearson para las Variables Ansiedad y MAAS en el Grupo Experimental*

		n ^a	Pearson's r		P ^b
HARS-G.E.	- MAAS-G.E.	10	-0.897	***	< .001

Nota: Las abreviaciones significan: ^aNúmero de población, ^bProbabilidad

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

El análisis arroja una relación estadísticamente significativa inversamente proporcional y de fuerza alta con ansiedad y atención plena ($r = -0.897$, $p < .001$). Interpretándose que, a mayor atención plena, menor ansiedad. Por otra parte, se observa en la siguiente tabla (tabla 7) la relación estadísticamente significativa inversamente proporcional, de fuerza baja con ansiedad y atención plena ($r = -0.706$, $p = 0.011$), interpretándose que, a mayor ansiedad, menor atención plena.

Tabla 7.*Correlación de Pearson para las Variables Ansiedad y MAAS en el Grupo Control*

		n ^a	Pearson's r		p ^b
HARS-GC	- MAAS-GC	10	-0.706	*	0.011

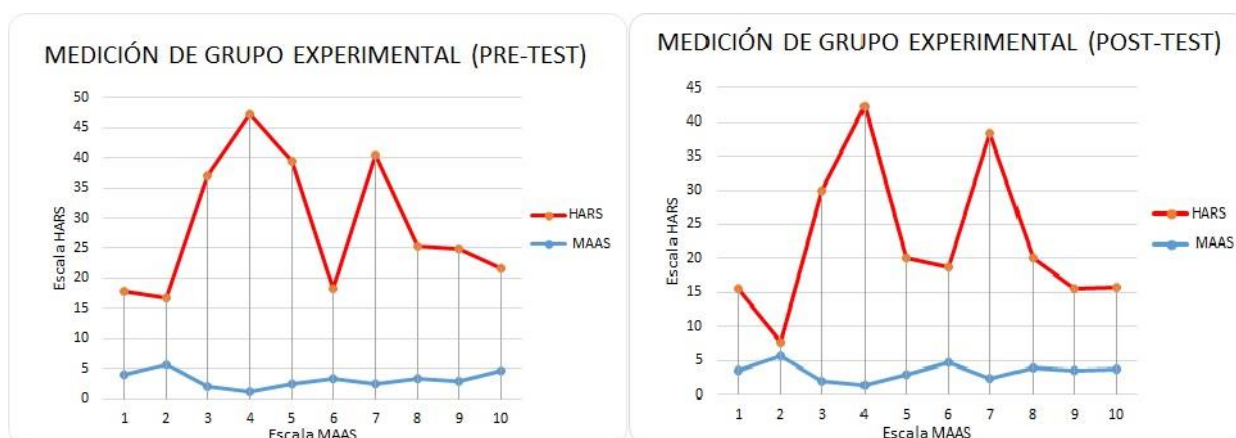
Nota: Las abreviaciones significan ^aNúmero de participantes, ^bProbabilidad

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

A continuación, se muestra en la figura 5 la visualización práctica de la variable de atención plena y ansiedad, comparando el pres-test y post-test en el grupo experimental.

Figura 5.

Medición de escalas HARS y MAAS en el Pre-Test y Post-Test del Grupo Experimental



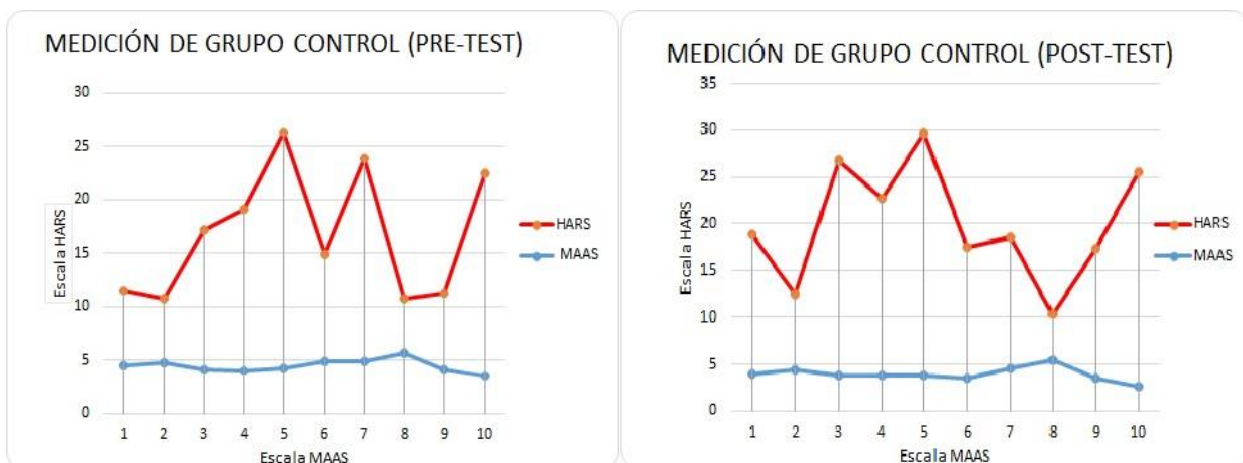
Fuente: Elaboración propia

Nota: Es importante recordar que entre mayor Mindfulness los niveles de ansiedad disminuyen. Se observa que en el gráfico pre-test los niveles de ansiedad llegaron al límite 50. En el gráfico post-test los niveles de ansiedad llegaron al límite 45, indicando que la ansiedad disminuyó en una semana.

Finalmente, en la [figura 6](#) se observa la comparativa el pre-test y post-test del grupo control, observándose el comportamiento de las variables (ansiedad y atención plena).

Figura 6.

Variable de Atención Plena en el Pre-Test y Post-Test del Grupo Control



Fuente: Elaboración propia

Nota: A diferencia del gráfico anterior, se observa en el gráfico pre-test los niveles de ansiedad llegaron al límite 30. En el gráfico post-test los niveles de ansiedad llegaron al límite 35, indicando que la ansiedad aumentó en una semana

CAPÍTULO V

5 CONCLUSIÓN, DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS

5.1 CONCLUSIONES

La transición de estudiantes hacia la vida laboral genera cambios a nivel psicológico, fisiológico y social, exponiéndolos a riesgos sobre su salud mental. (Alvarado, et al., 2020). Actualmente son mínimas las intervenciones sobre ansiedad que se realizan en los estudiantes que están por egresar, sin embargo, esta investigación demuestra que una intervención con práctica de atención plena a corto plazo puede generar mejoría en los síntomas de ansiedad.

Al psicoeducar al individuo sobre sus síntomas y proporcionarle ejercicios de práctica, se generan cambios a corto plazo que ayudan a disminuir la ansiedad; habría que estudiarse con intervenciones de largo plazo, monitoreando los cambios que los individuos presentan al llevar a cabo los ejercicios de práctica en su día a día.

La atención plena ha demostrado beneficios que permiten la empatía, la positividad, la compasión y aceptación. La atención a este fenómeno y la continuidad de investigación, permite observar el impacto que puede generar en los futuros profesionales al disminuir su ansiedad, permitiendo desarrollar nuevos tratamientos clínicos y/o planes psicoeducativos en personas que estén por egresar y les permita una mejor calidad de vida al tratar sus síntomas. Cabe mencionar que la atención plena se cultiva con la práctica y no bastan las lecturas para que tenga efecto (Porter & Andrade, 2013).

5.2 DISCUSIÓN

Los estudiantes recién egresados, titulados o no titulados, tienden a sentir ansiedad. Una razón se debe a las expectativas que tienen después de su etapa universitaria y no lograr sus metas. Algunos estudiantes experimentan tensión por la presentación de su examen o investigación para la obtención del grado, debido a la calificación de su potencial (Cedeño & Ponce, 2018).

La ansiedad es primitiva y es parte del ser humano, ya que, ayuda a luchar/huir ante una amenaza, sin embargo, está puede ser excesiva, la cual afecta la forma de reacción conductual y cognitiva, volviéndose un trastorno que impide una vida con calidad. La atención plena ha defendido ser una práctica de vida que ayuda a regular las emociones y reducir la ansiedad que se produce por diferentes factores.

Brindar principios de psicoeducación a un grupo de alumnos recién egresados permitió observar el impacto que genera la atención plena en los niveles moderados de ansiedad que experimentan. El análisis de T-Student en el grupo experimental obtuvo mayor puntaje (pre-test) en sus niveles de ansiedad a comparación del grupo control, sin embargo, no afecta al estudio, ya que el objetivo principal es observar si los niveles de ansiedad disminuyen con la intervención de prácticas de atención plena.

Antes de la aplicación del taller “Técnicas para disminuir mi ansiedad” los participantes arrojaron mayor nivel de ansiedad y menor nivel de atención plena, después de la intervención sus niveles de ansiedad disminuyeron y la atención plena aumento, no obstante, los niveles de cambio en la atención plena fueron mínimos y los niveles de cambio de ansiedad mostraron significancia estadística.

Estos resultados indican que la psicoeducación sobre ansiedad (qué es, síntomas, etc.) y siendo consciente de llevar a cabo la práctica de atención plena (aún con niveles bajos en la práctica de atención plena), genera cambios estadísticamente significativos en la sintomatología de ansiedad.

Algunos estudios recientes sobre la atención plena y la ansiedad concuerdan que la intervención con enfoque de atención plena reduce los niveles de ansiedad, depresión, estrés y burnout (Alvarado, et al., 2020).

Cabe mencionar que un profesional en el área es quien debe darle seguimiento al tratamiento clínico y desarrollar el plan para su mejoría, ya que, en algunos casos es necesario trabajarlos de forma multidisciplinaria, por ejemplo: Psiquiatría, nutrición, neurología, endocrinología o algún especialista en el área de salud.

Las aportaciones que surgen a partir de la presente investigación son: La práctica de atención plena en el día a día del individuo permite desarrollar habilidades y beneficios, entre ellos la reducción de los síntomas ansiosos; y la apertura a investigaciones centradas hacia los alumnos que están por egresar, así como la reducción de sus síntomas ansiosos a través de programas y/o intervenciones que les permitan una mejor calidad de vida.

5.3 RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

Para la práctica de atención plena se recomienda realizar la práctica de forma grupal, es por ello que en los modelos psicoterapéuticos se realizan talleres en grupo que permitan el aprendizaje de la práctica y habilidades que lo fortalezcan. (Gagliosi, et al., 2015). Este tipo de talleres pueden ejercerse a través del desarrollo de un programa educativo, sugiriéndolo como materia optativa

para psicoeducar a los alumnos y prepararlos para una regulación emocional efectiva sobre sus síntomas ansiosos por la preocupación constante de su futura vida laboral.

REFERENCIAS

- Alvarado, P. A., Vásquez, M. R., Salvatierra, S. A., Cáceres, E. A., Guzmán, Y. R., & Cerquin, L. E. (2020). Atención plena y estrés académico; un estudio multicéntrico en estudiantes de ciencias de la salud. *Medicina naturista*, *14*(1), 27-32.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª edición)*. Panamericana.
- Arbona, C. B. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, *13*(3), 465-478.
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, *7*(1), 14-2.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*, 27-45.
- Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I., & Guerrero Muñoz, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, *20*(2), 177-187.
- Benitez, A. G., Centeno, L. D., Alatríste, V., Carballo, A. C., Martínez, I., Martínez, L., . . . Luna, F. (2020). Ansiedad y depresión en los estudiantes de licenciatura de ciencias naturales y exactas de la BUAP-México. *Revista Alianzas y Tendencias BUAP (AyTBUAP)*, *5*(19), 41-55.
- Berni, A. F. (2018). Escalas MAAS y Langer para medir el grado de mindfulness y su influencia en las organizaciones. *De cuestionario a escala*, 71-81.
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in. *J Pers Soc Psychol*, *84*, 822-848.

- Carballo, M. M., Estudillo, C. P., Meraz, L. L., Parrazal, L. B., & Valle, C. M. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista eNeurobiología*, 10(24), 1--11.
- Carlson, N. R. (2014). *Fisiología de la conducta 11ª edición*. Pearson .
- Caton, E. C. (2017). Flujos y reflujos en el desarrollo del Budismo asiático: Un recorrido por la historia del movimiento de meditación Vipassana. *Revista de Estudos e Pesquisa da Religião*, 20(1), 7-27.
- Cedeño, H. B., & Ponce, J. P. (2018). La ansiedad y su relación en el proceso de realización del trabajo de titulación, en los egresados de la facultad de ciencias humanísticas y sociales de la universidad técnica de Manabí. *Revista Caribeña de ciencias sociales*.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer, S.A.
- Córdoba, R. L. (2017). Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 27(1).
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/Mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(1), 1-18.
- Echeburúa, E., & Corral, P. d. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1(1), 181-204.
- Fernández, E. (2016). MBCT (Mindfulness based cognitive therapy): Origen, alcance y eficacia. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 71-88.

- Fonseca, E., Mercedes, P., Sierra, B. S., Lemos, G. S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de Ansiedad, Estago-Rasgo" (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20(3), 547-56.
- Franco, S. A., Gutiérrez, M. L., Sarmiento, J., Cuspoca, D., Tatis, J., Castillejo, A., . . . Rodríguez, C. I. (2009). Suicidio en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Saúde Colectiva*, 22(1), 269-278.
- Gagliesi, P., Pechon, C., Boggiano, J. P., & Stoewsand, C. (2015). *Manual de entrenando en habilidades*. Fundación Foro.
- García, M. I., & Martínez, A. P. (2021). *Ansiedad en jóvenes desempleados de la Ciudad de Villavicencio [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]*. Repositorio Institucional.
- González, C., & Martínez-Clares, P. (2016). Expectativas de futuro laboral del universitario de hoy: Un estudio internacional. *Revista de Investigación Educativa*, 31(1), 167-183.
- Idefonso, B. C. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 239-251.
- JASP, T. (2020). *JASP (Version 0.14.1)*. Obtenido de <https://jasp-stats.org/>
- Kuaik, I. D., & Iglesia, G. d. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X., Baró, E., & (GVPEEP), G. d. (2002). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 439.

- Londoño, N. H., Acosta, M. A., & Zuluaga, L. C. (2012). Estresores y síntomas clínicos en recién egresados en comparación con estudiantes de último semestre de universidad. *Psykhé*, 21(2), 133-147.
- López, E., Pozo, M. d., Segundo, L. M., García, J. J., Díaz, D. A., Gazcón, A. N., . . . Hölzel, B. K. (2015). Psychometric properties of the mexican version of the mindful attention awareness scale (maas). *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 13-27.
- Lovibond S. H., L. P. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (dass) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.
- Marta Parra Delgado, J. M. (2012). Terapia cognitiva basada en mindfulness y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con fibromialgia. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 141-154.
- Martínez, C. V. (2019). Zazen, la revolución interior. *Medicina Naturista*, 13(2), 29-32.
- Mi curso Mindfulness. (16 de Mayo de 2020). "Neurociencia de la meditación" En directo con Nazareth Castellanos [Video]. Youtube. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=ZgafJCCFct8&t=1621s>
- Mondéjar, Á. (2010). Características clínicas y tratamiento de la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional. *Universitat Oberta de Catalunya*.
- Moscoso, M. S., León, A. B., Guadalupe, L. A., Bayona-Oré, S., & Sánchez, A. A. (2020). Validez de constructo y confiabilidad del Inventario de Mindfulness y Ecuanimidad. *Revista de Psicología (PUCP)*, 38(2), 1-34.
- Orozco, W. N., & Baldares, M. J. (2012). Trastorno de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y CentroAmerica*, 69(604), 497-507.

- Palau, P. O. (2016). *Efectos de un entrenamiento basado en Mindfulness (Atención o conciencia plena) sobre la salud psíquica y las habilidades de autocuidado y cuidado de otros en estudiantes de medicina [Tesis doctoral, Universidad de Lleida]*. Repositorio Institucional. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10803/387228>
- Pérez, M. A., & Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Mindfulness y psicoterapia*, 17(66/67), 77-120.
- Porter, B., & Andrade, M. (2013). *La vida es ahora, los beneficios de mindfulness en el día a día*. Aguilar.
- Puigfel, M., & Sánchez, A. (2018). Mindfulness, emoción y estrés. *Shen emotional therapy*.
- Real Academia Española. (2014). *Ansiedad*. En Diccionario de la Lengua Española (2014). Obtenido de <https://dle.rae.es/ansiedad>
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. (2008). *Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) Segunda edición*. Manual Moderno.
- Robles, Y. F. (2017). *La precariedad laboral. principales manifestaciones y consecuencias sobre los jóvenes españoles [Universidade de León, tesis de licenciatura]*. Repositorio institucional.
- Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación (4ª edición)*. McGraw-Hill Interamericana.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del inventario de ansiedad de beck (bai) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39–48.
- Schmidt, C., & Vinet, E. V. (2015). Atención Plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 33(2), 93-101.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (2015). Cuestionario de Ansiedad, Estado-Rasgo. *TEA ediciones*.

Stossel, S. (2020). *Ansiedad: Miedo, esperanza y la búsqueda de la paz interior*. Booket.

Thompson, E. (2015). Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *Occup Med (Lond)*, 65(7), 601.

Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.

ANEXOS

Anexo A

Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS)

Escala específica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes diagnosticados con alguno de los trastornos de ansiedad. Rango de puntuación: ausente= 0, leve= 1, moderado= 2, Severo= 3, grave o totalmente incapacitado= 4.

1.-Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprensión, (anticipación temerosa /a), irritabilidad	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			
2.- Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar,	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			

	incapacidad de relajarse						
3.- Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			
4.- Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			

5.- Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			
6.- Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			
7.- Síntomas somáticos (musculares)	Dolores y cansancio musculares, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			

	muscular aumentado						
8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			
9.- Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			
10.- Síntomas respiratorios	Peso u opresión torácica,	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			

	sensación de ahogo, suspiros, disneas						
11.- Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborismo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			
12.- Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez,	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			

	eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil						
13.- Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			
14.- Comportamiento agitado	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4			

	agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos	
	Total:	

*Anexo B***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	Muy frecuentemente	Algo frecuente	Algo infrecuente	Muy infrecuente	Casi nunca

1. Puedo sentir una emoción y no estar consciente de ella hasta tiempo después

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Rompo o derramo cosas por descuido, al no poner atención, o porque estoy pensando en otra cosa.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Se me hace difícil concentrarme en algo que concentrado en lo que está sucediendo en un momento dado.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde tengo que ir, sin poner mucha atención a lo que ocurre alrededor.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Tiendo a no percibir la tensión física o el nivel de incomodidad a que estoy sometido, hasta que realmente son evidentes. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6
6. Se me olvidan los nombres de las personas, inmediatamente después de que me presentan a alguien. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6
7. Parece como si estuviera funcionando de manera «automática» sin darme cuenta de lo que estoy haciendo. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6
8. Me apresuro a hacer mis tareas sin realmente prestarles mucha atención. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6
9. Me concentro tanto en la meta que quiero alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo para conseguirla. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6
10. Realizo trabajos automáticamente, sin ponerle mucha atención a lo que hago. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6

11. Escucho a mi interlocutor con un oído, mientras hago otra cosa simultáneamente.
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
12. Llego a un lugar en «piloto automático» y luego me pregunto qué iba a hacer en ese lugar.
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
13. Me preocupo por cosas que pueden ocurrir en el futuro o por asuntos del pasado.
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
14. Hago cosas sin ponerles mucha atención.
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
15. Como entre comidas sin estar consciente de que estoy comiendo.
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

*Anexo C***MINDFULNESS: NUESTRO SPA MENTAL**

Indicación: Detecta el pensamiento que te produce ansiedad, redáctalo tal cual lo estás pensando. Ahora guíate con los síntomas y apóyate observando el grado que ha avanzado. Vuelve a leer tu pensamiento ansioso y hazte consciente hasta donde está siendo observable y donde está divagando en creencias negativas. Recuerda, vas a detener el pensamiento ansioso, no lo juzgaras, si es bueno o malo, reconocerás lo que te hace sentir, posteriormente le dedicarás 5 minutos siendo consciente de lo que estas sintiendo (Lo que estas creyendo como negativo, cómo lo que es observable) una vez analizado, piensa en las posibles soluciones (Recuerda equilibrar tu mente emocional y mente racional) que puedes realizar ante la situación y ahora déjalo ir.

PENSAMIENTO		
SINTOMA 1: Preocupación excesiva		
SINTOMA 2: Dificultad controlar la preocupación		
SINTOMA 3: Causa malestar social		
SINTOMA 4: Inquietud o sensación de estar atrapado, nervios de punta		
SINTOMA 5: Facilidad para fatigarse		

SINTOMA 6: Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco		
SINTOMA 7: Tensión muscular		
SINTOMA 8: Problemas de sueño		