



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**Propuesta de intervención para la
disminución de la ansiedad en
adolescentes a través del mindfulness.**

Alumno/a: JULIA CARRIZOSA VERDEJO

Tutor/a: ENCARNACIÓN RAMÍREZ FERNÁNDEZ.

Dpto.: PSICOLOGÍA BÁSICA

Mayo 2020

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANSIEDAD	6
3. BIENESTAR SUBJETIVO	14
4. MINDFULNESS	15
5. OBJETIVOS	19
6. METODOLOGÍA	20
6.1. Participantes	20
6.2. Materiales	20
6.3. Procedimiento	22
7. RESULTADOS ESPERADOS	27
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	
1. Cuestionario de Ansiedad Estado STAI-E	38
2. Cuestionario de Ansiedad Rasgo STAI-R	39
3. Escala de Satisfacción con la Vida SWLS	40
4. Escala de Afecto Positivo y Negativo PANAS	41
5. Autorización del centro educativo	42
6. Consentimiento informado	43

RESUMEN

La ansiedad es una problemática que aqueja a gran parte de la población adolescente causando malestar significativo en todos los ámbitos y que, en la mayoría de ocasiones, no recibe tratamiento.

Este estudio describe los constructos ansiedad, mindfulness y bienestar subjetivo y plantea el desarrollo de un programa de intervención basado en mindfulness con el objetivo de reducir la ansiedad en adolescentes y aumentar su bienestar subjetivo.

El programa de intervención está diseñado para aplicarse en estudiantes de entre 16 y 19 años de edad que estén cursando enseñanzas no obligatorias en centros educativos públicos. La intervención tendrá una duración de 16 sesiones de hora y media distribuidas semanalmente en las que se incluye psicoeducación y entrenamiento en mindfulness, así como una evaluación pre-test post-test para valorar la eficacia del mismo para disminuir la ansiedad y aumentar el bienestar subjetivo de los alumnos.

Se esperan resultados significativamente positivos.

Palabras clave

Adolescencia, Bienestar subjetivo, Ansiedad, Mindfulness, Educación.

ABSTRACT

Anxiety is a problem that affects a large part of the adolescent population causing significant distress in all areas and that, in most cases, does not receive any treatment.

This study describes the constructs anxiety, mindfulness and subjective well-being and proposes the development of a mindfulness-based intervention program with the aim of reducing anxiety in teenagers and increasing their subjective well-being.

The intervention program is designed to be applied to students between 16 and 19 years of age who are studying non-compulsory education in a public educational center. The intervention will have a duration of 16 weekly sessions of an hour and a half which include psychoeducation and mindfulness training, as well as a pre-test post-test evaluation to assess its effectiveness in reducing anxiety and increasing the subjective well-being of the students.

Significantly positive results are expected.

Keywords

Adolescence, Subjective well-being, Anxiety, Mindfulness, Education.

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano que acontece entre la niñez y la edad adulta. En ella tiene lugar una gran transformación física, psicológica y social del individuo.

No existe consenso en cuanto a la exactitud de su comienzo y finalización, ya que se da una gran variabilidad interindividual respecto a los momentos en que estos cambios se producen, pero tradicionalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha situado entre los 10 y 19 años de edad (OMS, 1999).

A pesar de la variabilidad existente, puede observarse un patrón progresivo en el desarrollo psicológico y social del individuo adolescente, que tradicionalmente ha sido descrito en 3 fases (Gutgesell y Payne, 2004):

- Adolescencia temprana (de los 10 a los 13/14 años)
- Adolescencia media (de 14/15 a 16/17)
- Adolescencia tardía (de 17/18 en adelante)

Además, esta transformación del individuo puede producirse de manera no simultánea respecto a sus dimensiones biológica, psicológica y social y está mediada por aspectos como el sexo, la etnia y el ambiente. (Breinbauer y Maddaleno, 2005)

La aparición de los caracteres sexuales es el cambio biológico más significativo que se da en el proceso adolescente, además del desarrollo y crecimiento corporal (Antona, Madrid y Aláez, 2003).

Respecto al cambio psicosocial, es en este intervalo temporal en el que comienzan a instaurarse futuras creencias sobre uno mismo y sobre los demás, así como a establecerse y desarrollarse nuevas dinámicas de relación interpersonal. Surgen nuevos desafíos para la persona, situaciones nuevas y desconocidas que demandan la adaptación del individuo y el establecimiento de nuevos roles en todos los ámbitos de la vida, tanto académicos, como familiares y relacionales. Todas estas circunstancias y los requerimientos que conllevan, hacen a los adolescentes especialmente vulnerables al surgimiento de diversos problemas

de ansiedad (Costello y Angold, 1995), dificultando el normal funcionamiento de los jóvenes cuando ésta se manifiesta de manera desproporcionada al contexto y las circunstancias (Child Mind Institute, 2018).

Además, y lamentablemente, la mayor parte de los menores con trastornos de ansiedad no reciben tratamiento a pesar de que los adolescentes de hoy manifiestan más ansiedad y doblan la probabilidad de padecer un trastorno mental en comparación con los de hace una década (Twenge, 2015). En últimos años, según Bitsko et al. (2018), los diagnósticos de ansiedad infantil y adolescente aumentaron un 17%, con un gran impacto en los entornos familiares y escolares, reconociendo tanto los adolescentes como sus padres la importancia del problema que el exceso de ansiedad origina y la necesidad de intensificar los esfuerzos e implementar intervenciones para poder reducirlo y prevenirlo.

Por tanto, de igual manera que los trastornos relacionados con la ansiedad afectan a millones de personas en el mundo, afectan también a miles de niños y adolescentes alejándolos de alcanzar su máximo potencial y aumentando para ellos el riesgo de padecer otros trastornos asociados y deteriorar su calidad de vida.

Puesto que algunas investigaciones sugieren que la prevención de la ansiedad es efectiva en niños y adultos jóvenes (Christensen, Pallister, Smale, Hickie y Caley, 2010), es sin duda a esta prevención a donde debe dirigirse la atención para esquivar con éxito la aparición de tan nociva problemática, pudiendo aprovechar para ello el potencial que nos brindan los centros educativos.

2. ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción presente en todas las personas que se caracteriza por estar dirigida al futuro y mostrar los sucesos aversivos como incontrolables e impredecibles y que orienta la atención del individuo hacia el foco de lo potencialmente peligroso o hacia su propia respuesta afectiva negativa (Barlow, 2002). Puede ser adaptativa, resultando una herramienta útil para la mejora de la respuesta del sujeto ante los peligros, o desadaptativa, si presenta una intensidad injustificada o desmesurada.

La ansiedad desadaptativa suele acompañarse con síntomas tales como sudoración, temblor, palpitaciones, problemas de concentración, náuseas y miedo a morir o volverse loco (American Psychiatric Association - APA, 2009), pudiendo causar mucho sufrimiento y condicionar negativamente el funcionamiento del individuo en todos sus aspectos, lo que puede dar lugar a diversos problemas psicológicos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), más de 260 millones de personas en el mundo presentaron trastornos de ansiedad en el año 2017.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), en su quinta edición (APA, 2013), reconoce los siguientes trastornos de ansiedad:

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Trastorno de ansiedad debido a una condición médica

Trastorno de ansiedad social

Trastorno de ansiedad por separación

Mutismo selectivo

Fobias específicas

Trastorno de pánico

Agorafobia

Otro trastorno de ansiedad especificado y no especificado.

Este mismo manual refiere como características definitorias del trastorno de ansiedad generalizada la ansiedad reiterada y excesiva y la preocupación sobre diversos aspectos que el individuo entiende como imposibles de controlar y por los que experimenta desagradables síntomas físicos, tales como inquietud, cansancio, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular o problemas del sueño, como queda

reflejado en los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada especificados por el mismo (Fig. 1).

Cuanto más temprano es el inicio de los síntomas de ansiedad más alta es la comorbilidad asociada y mayor el deterioro en su evolución, si bien pocas veces este trastorno se inicia antes de la adolescencia.

Aunque no hay agentes ambientales que hayan sido considerados necesarios o suficientes como precursores de los trastornos de ansiedad, las dificultades en la infancia y la sobreprotección de los adultos en la misma se han asociado con su diagnóstico (APA, 2013).

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

- 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- 2. Facilidad para fatigarse.
- 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- 4. Irritabilidad.
- 5. Tensión muscular.
- 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Fig. 1. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada.

Fuente DSM-5 (APA, 2014)

Factores temperamentales, genéticos y fisiológicos pueden mediar su aparición. Al respecto, hay evidencia de que el sexo femenino muestra una probabilidad más elevada de padecer trastornos de ansiedad que el masculino, y que esa diferenciación comienza en la

adolescencia. Ya en esa edad ellas duplican la probabilidad de padecer un trastorno de este tipo (Merikangas et al., 2010). Por otra parte, parece que aquellos menores cuyos padres presentan problemas de ansiedad tienen mayor probabilidad de padecerla ellos también (Budinger, Drazdowski y Ginsburg, 2013). Y parece también que los niños conductualmente inhibidos a edades tempranas tienden a manifestar con mayor probabilidad síntomas de ansiedad en la adolescencia (Pérez-Edgar, Taber-Thomas, Auday y Morales, 2014).

En cuanto a los menores que presentan problemas de ansiedad, el manual DSM-5 anteriormente citado indica que, en general, presentan una tendencia a la preocupación excesiva referida a su competencia y desempeño y son propensos al desasosiego asociado con la escuela y los deportes, aun cuando no son evaluados por los demás. Otras preocupaciones frecuentes en esa etapa son los relacionados con la puntualidad y los sucesos catastróficos.

En la etapa adolescente también pueden contribuir al estrés el deseo de una mayor autonomía, el ajuste con las amistades y el descubrimiento de la identidad sexual y su aceptación. Además, en la actualidad han tenido lugar grandes cambios socioculturales como el creciente consumo de moda, ocio y tecnología, con un gran acceso a las redes sociales y a los medios de comunicación, lo que puede afectar la percepción del adolescente respecto a su realidad y la de otros (Vicario y González-Fierro, 2014).

Woods y Scott (2016) llevaron a cabo un estudio con más de 450 jóvenes de entre 11 y 17 años en el que hallaron que el 97% de ellos usaban las redes sociales y el 47% de los mismos presentaba ansiedad. A este respecto, Vannucci, Flannery y Ohannessian (2017) refieren una asociación entre el uso de redes sociales y síntomas de ansiedad en jóvenes, aunque no establecen con claridad si esto puede ser debido a que las redes sociales sean generadoras de estrés o a que sean aquellos que ya presentan síntomas los que más uso hacen de las redes sociales.

Al igual que sucede en adultos, en población infantil y adolescente la ansiedad generada por estas preocupaciones puede ser desadaptativa. Con frecuencia esas preocupaciones son somatizadas como dolores de estómago y de cabeza y dan lugar a

múltiples problemas, como dificultad para conciliar y mantener el sueño (Rapee, Schniering y Hudson, 2009) o la aparición de bajos niveles de autoestima (Friedberg y McClure, 2005).

Según la OMS (2019), en el segmento de población comprendido entre los 15 y los 19 años, la ansiedad es la novena causa principal de enfermedad y discapacidad, y la sexta para los de 10 a 14 años.

Respecto al trastorno de ansiedad generalizada en esta población, a nivel mundial la media de edad de los menores que lo sufren es de 13 años, incidiendo por igual en ambos sexos (Echeburúa, 2009) y la prevalencia anual de este trastorno entre los adolescentes de Estados Unidos es aproximadamente del 0,9 % (APA, 2013). En España, un 9.7% de la población presentó trastornos de ansiedad en 2014 (Navarro-Mateu et al., 2015).

En la población menor de edad española, existen diferencias significativas referidas a todos los trastornos del espectro ansioso basadas en el género y la edad de los menores. En cuanto al género, las niñas puntúan más alto. Respecto a la edad, cuanto mayor es el niño mayor es la puntuación, particularmente en el trastorno de ansiedad generalizada (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo, y Piqueras, 2012).

Resulta fundamental la identificación precisa de los síntomas y problemas de ansiedad que atañen a los menores como primer eslabón en el abordaje exitoso de los mismos, así como su correcta diferenciación respecto de otros trastornos que pudieran afectarles y con los que podrían confundirse, dificultando su resolución.

A tal efecto, y dadas las características particulares que presenta la ansiedad patológica en población infantil y adolescente, se han diseñado algunas herramientas específicas para su adecuada evaluación, además de haber adaptado y validado otras ampliamente utilizadas en adultos.

Resulta sorprendente que pese a la concienciación creciente sobre la magnitud del problema, según datos del Child Mind Institute (2018), la proporción de niños y jóvenes que recibe tratamiento para el mismo se encuentra muy por debajo de la prevalencia total

del trastorno en esta población (Fig. 2), a pesar de que todos los aspectos de la vida del menor pueden verse afectados, y especialmente su funcionamiento social y educativo.

La ansiedad juvenil puede causar angustia y deterioro grave y se ha visto que aumenta el riesgo de bajo rendimiento educativo en adultos jóvenes y el deterioro funcional en diversas áreas como la salud, las relaciones sociales o el trabajo en la edad adulta (Woodward y Fergusson, 2001), por lo que supone un problema grave que requiere la atención de padres, maestros y profesionales de la salud mental para que pueda ponerse solución.

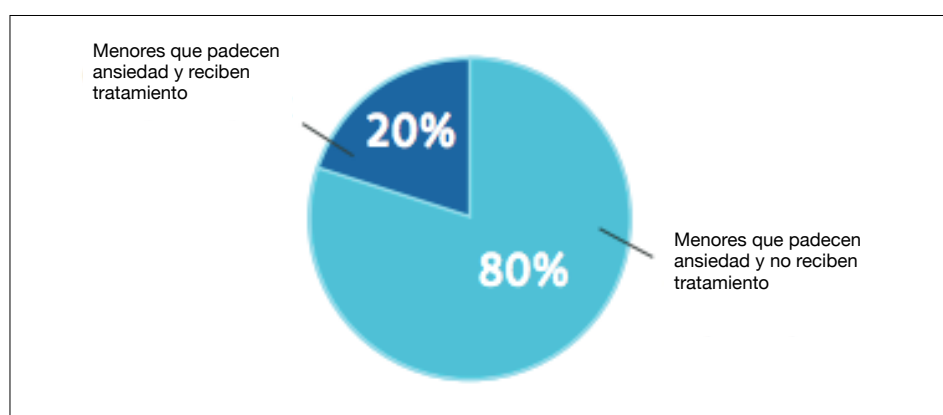


Fig. 2 - Porcentaje de tratamiento/no tratamiento de ansiedad en menores
(Fuente: Child Mind Institute, 2018)

Las técnicas de intervención implementadas con mayor frecuencia para la solución de los trastornos de ansiedad son las terapias psicológicas y los tratamientos farmacológicos, de manera combinada en muchas ocasiones. Y existe evidencia de la efectividad de esta combinación para la resolución de los trastornos de ansiedad en menores. Así, Walkup et al. (2008) en un estudio clínico hallaron una eficacia del 81% para el tratamiento compuesto de terapia cognitivo conductual (TCC) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), frente al 60 % para TCC y el 55 % para ISRS por separado. Entre ambas, la adquisición de habilidades a través de terapias psicológicas que posibilitan controlar más adecuadamente la ansiedad, a la vez que muy efectivo, carece de los perniciosos efectos secundarios que puede conllevar a veces la toma de medicación.

Las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas para el control de la ansiedad son fundamentalmente de 3 tipos:

- Técnicas cognitivas: que incluyen psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, autoinstrucciones, etc.

- Técnicas conductuales: con exposición graduada a los estímulos temidos en imaginación y en vivo.

- Técnicas de relajación: cuyo objetivo es la disminución de la actividad fisiológica.

Comeche y Vallejo (2012) también abogan por la terapia cognitivo conductual como tratamiento de primera elección para la resolución de la ansiedad generalizada en niños y adolescentes, basada en la exposición gradual, el autocontrol y el manejo de las contingencias. Según estos autores la relajación progresiva y otras variantes de la misma son también técnicas útiles en el tratamiento de la ansiedad generalizada infantil y el entrenamiento en respiración profunda es un componente fundamental para el afrontamiento de las crisis de ansiedad. También resulta útil el entrenamiento en autoinstrucciones, es decir, verbalizaciones internas y externas que persiguen la modificación del comportamiento.

Existen programas terapéuticos que protocolizan la implementación del conjunto de las técnicas citadas en menores, tales como el programa Coping Cat (Kendall, 1990), con sus respectivas adaptaciones canadiense, Coping Bear (Scapillato y Mendlowitz, 1993), y australiana, Coping Koala (Barrett, Dadds y Rapee, 1996), y el programa Friends (Short, Barrett y Fox, 2001), muy utilizados para tratar los trastornos de ansiedad generalizada en niños y adolescentes (Comeche y Vallejo, 2012).

Coping Cat (Kendall, 1990) consta de 16 sesiones en dos fases diferenciadas de 8 sesiones cada una. La primera se centra en la adquisición de conocimientos sobre la ansiedad y sus síntomas y en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, y la segunda en la práctica de esas habilidades adquiridas en situaciones que causan ansiedad mediante la exposición graduada en imaginación y en vivo. El programa se lleva a cabo siguiendo un manual e incluye un libro para que trabaje el menor en la consulta y otro para que trabaje en casa. La última sesión la dedica a la prevención de recaídas.

Por su parte, las adaptaciones Coping Bear (Scapillato y Mendlowitz, 1993) y Coping Koala (Barrett et al., 1996) siguen una dinámica similar pero con un total de 12 y 8 sesiones respectivamente, y ambas involucran a los padres con sesiones grupales para aprender a reforzar el afrontamiento adecuado de la ansiedad por parte de sus hijos y a manejar sus propias preocupaciones.

A su vez, el programa Friends (Short et al., 2001) está basado en el anteriormente citado Coping Koala (Barret et al., 1996) y orientado al trabajo en familia mediante técnicas de exposición, relajación y reestructuración cognitiva.

El programa Fortius (Méndez, Llavona , Espada y Orgilés, 2012), además de tratar el afrontamiento de las situaciones difíciles y el control de la ansiedad, aborda también el manejo de la ira y el enfado, todo ello a través de tres bloques terapéuticos: el cognitivo, el conductual y el emocional, que promueve la disminución de la activación vegetativa excesiva. Comeche y Vallejo (2012) indican que los autores crearon este programa con el fin de incrementar la fortaleza psicológica y prevenir problemas emocionales.

En la actualidad están adquiriendo gran protagonismo en el tratamiento de los problemas de ansiedad las llamadas Terapias de Tercera Generación, entre las que se encuentran la Terapia Analítica Funcional, La Terapia de Conducta Dialéctica, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, entre otras, que se dirigen no ya a la erradicación del síntoma en sí, sino a la modificación de la percepción que del mismo tiene la persona afectada (Mañas, 2007). Este mismo autor refiere la significación que en estas terapias tienen tanto la relación terapéutica, que es considerada como un instrumento de cambio, como el contexto donde se origina la conducta problema. Es por ello que esta serie de terapias recibe también la denominación de Terapias Contextuales.

En estas terapias se trabaja la atención al momento presente y a la percepción de pensamientos, sentimientos y emociones, por lo que en la mayoría de ellas adquiere un papel protagonista el entrenamiento en Mindfulness. Han sido numerosos los estudios que han encontrado una relación positiva entre esta técnica y la mejora de los problemas de ansiedad.

3. BIENESTAR SUBJETIVO

En 1983, Mortimer Powell Lawton, trató de enfatizar los aspectos psicológicos de la calidad de vida recurriendo al concepto de “bienestar”, que estaría conformado a su vez por cuatro componentes: competencia conductual, calidad de vida percibida, bienestar psicológico y entorno objetivo. Según Lawton, estos cuatro factores se ven a su vez influídos por otras variables esencialmente subjetivas tales como la congruencia entre lo deseado y lo conseguido o la satisfacción de la persona consigo misma y con todo aquello que le acontece.

La gran contribución de la psicología a la investigación de la calidad de vida ha sido el concepto “bienestar subjetivo” o personal, como afirma Argyle (1993). Según Diener (1984), este bienestar subjetivo tiene tres características fundamentales: su carácter subjetivo, su dimensión global y la incorporación de medidas positivas.

Sin embargo, es importante destacar que bienestar psicológico y bienestar subjetivo son dos conceptos complementarios.

El bienestar psicológico se desarrolla a partir de la tradición filosófica eudaimónica y se refiere a un sentido de propósito o significado (Ryan y Deci, 2001). Está basado en el incremento y mejora de las aptitudes y en el progreso personal (Díaz et al., 2006). Para evaluar el bienestar psicológico, la persona hace uso de su percepción sobre los logros obtenidos, así como de su grado de satisfacción con respecto a ellos (Salotti, 2006).

El concepto de bienestar subjetivo se desarrolla a raíz de la tradición filosófica hedónica y se refiere a la experiencia habitual de emociones con carácter positivo e inusual de emociones con carácter negativo (Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999; Veenhoven, 1994). Está basado en la valoración que realizan las personas, ya sea de su estado emocional actual o de su grado de satisfacción vital (Lucas, Diener y Suh, 1996; Rodríguez-Fernández y Goñi-Grandmontagne, 2011; Vázquez, Duque y Hervás, 2013). Es decir, hace referencia a cómo la persona evalúa su propia vida, referida tanto a un momento concreto como a intervalos temporales mayores, aludiendo a la reacción emocional, al estado de ánimo y a la valoración sobre la propia satisfacción con la vida o con otros ámbitos más específicos (Diener, Oishi, y Lucas, 2002).

Este bienestar subjetivo reflejaría, pues, la satisfacción vital (componente cognitivo/racional) y el balance afectivo (componente afectivo/emocional), abarcando cuantas variables puedan ser de influencia en el mismo (García Martín, 2002; Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009). Por una parte, el juicio cognitivo sobre satisfacción con la vida, por el que las personas evalúan su estado actual respecto al futuro que esperan para sí, donde la satisfacción sería la diferencia advertida entre sus condiciones de vida y lo que consideran apropiado (García-Viniegras y González, 2000). Y por otra, la evaluación afectiva de las emociones, el predominio o no de los afectos positivos sobre los negativos, equivalente a la felicidad subjetiva (Padrós, Martínez, Gutiérrez-Hernández y Medina, 2010).

Hay evidencia de que ambos componentes del bienestar subjetivo, cognitivo y afectivo, se encuentran fuertemente relacionados (García, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (2019) defiende la necesidad de fomentar el bienestar psicológico y subjetivo de los adolescentes como factores esenciales tanto para su bienestar como para su salud física y mental, durante esa etapa y en la edad adulta.

En el ámbito académico, el bienestar subjetivo se ha asociado de manera positiva con el éxito en los estudios (Heikkila, Lonka, Niemen y Niemivirta, 2012), y con la permanencia en los mismos (Gonzalez, Castro y Martín, 2011; Wintre et al., 2011). También se ha asociado con el rendimiento académico al facilitar centrarse en los objetivos que uno mismo se propone (Okun, Levy, Karoly y Ruehlman, 2009).

4. MINDFULNESS

El Mindfulness, también llamado Atención Plena, tiene su origen en la cultura milenaria oriental, ya que se sustenta en diversas prácticas contemplativas ya explicadas por Siddharta Gautama como procedimiento para la erradicación del sufrimiento interior. Estas prácticas persiguen la adquisición de una potente atención y una nítida conciencia (Bucknell, 1984) para, mediante el entrenamiento de la mente, conseguir la supresión de las respuestas automáticas y no conscientes a todo aquello que causa sensación al individuo (Analayo, 2017), lo que conduce a un estado de perfecto equilibrio.

El entrenamiento consiste fundamentalmente en ejercitar la habilidad de observar cuanto se percibe exterior e interiormente, de forma física o mental, con aceptación y sin juzgar. El mindfulness entrena la observación de la experiencia del aquí y ahora, de lo que perciben los sentidos, de los pensamientos y sentimientos que ocurren en la mente justo en el momento presente. En la práctica del mindfulness “estamos presentes en nuestra experiencia con todos nuestros sentidos” (Miró, 2006).

Al igual que sucede con otras entidades complejas de difícil delimitación como la personalidad o la inteligencia, no se ha establecido una definición consensuada del término ni de sus elementos o principios fundamentales.

El mayor exponente de esta técnica es Jon Kabat Zinn, doctor en biología y medicina en la universidad de Massachusetts, que en 1979 patentó el sistema de Mindfulness-Based Stress Reduction, conocido como MBSR. Este autor indica que el mindfulness es el acto de “prestar atención en el momento presente, de manera consciente, con propósito y sin juzgar” (Kabat Zinn et al., 1992) y que cuando esta experiencia va dirigida hacia la propia actividad mental favorece la modificación de diversos procesamiento cognitivos, atenuando las reacciones emocionales indeseadas y promoviendo un bienestar superior.

A raíz de la introducción del mindfulness en el contexto de la salud occidental se ha producido abundante investigación sobre la utilidad real de su práctica desde diversas áreas científicas con el objetivo de valorar si puede ayudar a mejorar diferentes problemas, de manera unitaria o comórbida con afecciones diversas.

Así, Kabat-Zinn, Lipworth y Burney (1985) obtuvieron resultados positivos en sus investigaciones sobre los beneficios del entrenamiento en mindfulness para la resolución de trastornos relacionados con la ansiedad y el estrés, hallando reducciones significativas de los síntomas de ansiedad y depresión tras su práctica continuada. También se observaron beneficios de dicho adiestramiento en la reducción de los niveles de ansiedad, hostilidad, depresión y disforia (Beauchamp-Turner y Levinson, 1992), en la disminución de los niveles de diversos marcadores biológicos relacionados con la ansiedad y el estrés (Walton, Pugh, Gelderloos, y Macrae, 1995), en el control de los síntomas de ansiedad en

pacientes con enfermedades oncológicas (Carlson, Speca, Patel y Goodey, 2003), en el manejo de la ansiedad relacionada con adicciones (Gelderloos, Walton, Orme-Johnson y Alexander, 1991) y en el debilitamiento de síntomas de ansiedad y de pánico, con ganancias mantenidas a los tres meses y a los tres años de seguimiento (Miller, Fletcher y Kabat Zinn, 1995), entre otros.

Una revisión sistemática cuyos resultados abarcaban 1450 referencias bibliográficas determinó una eficacia moderada del mindfulness en la resolución de problemas de ansiedad y depresión (Miró et al., 2011). Posteriores metaanálisis encontraron que las intervenciones que están fundamentadas en la práctica del mindfulness y la aceptación (MABI) se relacionan con la sólida y sustancial reducción de las manifestaciones de ansiedad (Vollestad, Nielsen y Nielsen, 2012) y que diferentes terapias que se estructuran en torno al adiestramiento y práctica en atención plena son útiles para la mejoría de los trastornos de ansiedad (Vásquez Dextre, 2016).

Son numerosos, pues, los hallazgos positivos significativos no sólo en el ámbito psicológico sino también en el fisiológico, a raíz del entrenamiento en mindfulness (Shapiro y Walsh, 2003)

En este sentido, una investigación de Delgado et al. (2010) mostró, tras un programa de entrenamiento en mindfulness, una mejora de la comprensión emocional y mejores índices de regulación somática y autónoma de los participantes, con patrón de respiración reducido y reactividad vagal aumentada, sugiriendo que el mindfulness reduce la preocupación crónica al promover mecanismos reguladores emocionales y fisiológicos contrarios a los que la mantienen.

Han podido observarse, además, diversos cambios psicobiológicos que tienen lugar con la práctica de mindfulness y que son reflejo de la mejora en la experiencia psicológica de la ansiedad. Así, Doll et al. (2016) encontraron mediante pruebas de resonancia magnética funcional (Rmf) cambios neurobiológicos producidos por el entrenamiento en conciencia plena, sugiriendo la interrelación del mismo con la vía neuronal de regulación emocional. También en el reciente metaanálisis de Pascoe, Thompson, Jenkins y Ski (2017), los investigadores encontraron que el mindfulness indujo una reducción del

cortisol, de la proteína C reactiva, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, los triglicéridos y el factor de necrosis tumoral alfa en poblaciones variadas.

El mindfulness ha adquirido, pues, una gran significación en el contexto sanitario de la psicología contemporánea. Tanto es así, que incluso en USA, la guía del National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), y en UK, la guía Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), recomiendan la terapia cognitiva basada en Mindfulness para prevenir la recaída depresiva, en pacientes con tres episodios previos de depresión, por encima de otros procedimientos más habitualmente prescritos (Crane y Kuyken, 2013). Estas mismas guías lo consideran también adecuado como método para abordar la ansiedad recurrente, el dolor y la fatiga crónica.

En el ámbito educativo la utilidad del entrenamiento en mindfulness también ha sido validada. Keye y Pidgeon (2013) exploraron el papel de la conciencia plena en la predicción de la autoeficacia académica y la resiliencia en estudiantes universitarios sugiriendo un impacto significativo para los jóvenes participantes en el programa de instrucción. Un poco más adelante, una revisión sistemática de la literatura existente al respecto evidenció que el adiestramiento y práctica del mindfulness potencia la destreza en la atención, amplía las capacidades ejecutivas, incrementa la resiliencia y reduce la percepción de estrés en escolares (Zenner, Herrnleben-Kurz y Walach, 2014).

Además, la instrucción en mindfulness está libre de contenidos descriptivos individuales y puede ser implementada de manera grupal, por lo que suele presentar una muy buena relación entre costes y beneficios, mostrándose como un contribuyente relevante para el afrontamiento de la ansiedad (Miró et al., 2011) idónea para ser implementada en centros educativos.

Por otra parte, y por lo que respecta al bienestar subjetivo, hay evidencia de que el entrenamiento en mindfulness también influye en él de forma positiva, así como en la regulación emocional de las personas que lo practican (Mateo, Faixa y Martín-Asuero, 2014). Estos últimos manifiestan, concretamente, que “el mindfulness constituye una herramienta muy útil para la promoción del bienestar psicológico y prevención de la aparición de trastornos psicológicos asociados al estrés”.

Entre otros, han probado la efectividad del adiestramiento en mindfulness para la mejora del bienestar emocional Keng, Smoski, y Robins, que en una revisión bibliográfica en 2011 hallaron que el entrenamiento en atención plena reporta beneficios psicológicos, la moderación de las reacciones emocionales disruptivas, la mejora del bienestar subjetivo y una adecuada regulación del comportamiento

También Pepping, O'Donovan y Davis en 2013 evidenciaron la influencia del entrenamiento en el incremento de la autoestima positiva y la mejora del nivel de satisfacción con la vida.

Teniendo en cuenta, pues, que la evidencia confirma que el mindfulness promueve la salud y el bienestar psicológico (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004), que su adiestramiento se está introduciendo cada vez más en una mayor variedad de ámbitos para ayudar a adultos y jóvenes a manejar el estrés y las dificultades emocionales y que puede resultar adecuado el aprendizaje y práctica de mindfulness por parte de nuestros jóvenes para beneficio, protección y promoción de su salud mental y su calidad de vida, es por lo que se promueve la intervención basada en el mismo, dirigida a estudiantes adolescentes e implementada en sus propios centros educativos.

5. OBJETIVOS

Este trabajo plantea el diseño de una intervención en jóvenes adolescentes basada en el entrenamiento en mindfulness y que persigue los objetivos siguientes:

- Reducción de los niveles de ansiedad, reflejado en la mejora de sus dos componentes: estado y rasgo .
- Aumento del bienestar subjetivo observado mediante la mejora de sus dos factores: cognitivo y afectivo.

6. METODOLOGÍA

6.1. Participantes

La intervención irá dirigida a estudiantes que se encuentren cursando enseñanzas regladas no obligatorias cuyas edades oscilen entre los 16 y 19 años (1º y 2º de Bachillerato y 1º y 2º de Grado Medio de Formación Profesional). Los participantes serán seleccionados por cursar estudios en centros públicos, independientemente de su resultado académico, género, raza o posición socioeconómica.

6.2. Materiales

Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; Adaptación española de Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero, 1982), conocido como STAI (State Trait Anxiety Inventory). Incluye dos escalas tipo likert con 20 ítems cada una y cuatro opciones de respuesta que oscilan entre “0 / nada” y “3 / mucho”.

La Escala de Ansiedad Estado (Anexo 1) evalúa cómo se siente el individuo en el mismo momento en que la cumplimenta. Es una medida de esa ansiedad que puede ser transitoria o fluctuante, dependiendo del momento o de las circunstancias.

La Escala de Ansiedad Rasgo (Anexo 2) evalúa cómo se siente el individuo de forma habitual. Ofrece el nivel de la ansiedad manifestado como tendencia en el tiempo.

La versión española del cuestionario, que ha sido validada en población adolescente y adulta, muestra una buena consistencia interna en cada una de las escalas, con valores de entre .90 y .93 y .84 y .87 para la ansiedad estado y la ansiedad rasgo respectivamente, así como una fiabilidad de .94 y de .86 para las mismas escalas, computada por el sistema de las dos mitades (Madrid, U. C., 2006).

Ambas escalas pueden ser aplicadas de manera individual o colectiva, y respondidas en no más de 15 minutos.

Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer y Merita, 2000), conocido como SWLS

(Satisfaction With Life Scale). Este cuestionario es una medida del componente cognitivo del bienestar subjetivo, un instrumento proyectado para evaluar juicios cognitivos globales de satisfacción con la vida.

Según Vázquez et al. (2013) es una medida válida y confiable en el contexto español, presentando una consistencia interna de .88. Además es un instrumento adecuado para su utilización en diferentes grupos de edad y poblaciones, incluyendo adolescentes y adultos en España (López-Ortega, Torres-Castro, y Rosas-Carrasco, 2016).

Se trata de una escala de tipo likert compuesta por cinco ítems que presentan cinco opciones de respuesta cada uno, oscilando entre “1 / Totalmente en desacuerdo” y “5 / Totalmente de acuerdo” (Anexo 3).

Escala de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988; adaptación española de López-Gómez, Hervás y Vázquez, 2015), conocido como PANAS (Positive and Negative Affect Schedule). Es un instrumento diseñado para evaluar las dos dimensiones del estado de ánimo, el afecto positivo y el afecto negativo, por lo que es utilizada para medir el componente afectivo del bienestar subjetivo.

La versión original de esta escala mostró una elevada fiabilidad, con un alfa de Cronbach entre .86 y .90 para los afectos positivos, y de .84 a .87 para los afectos negativos, y una baja correlación entre ambos factores, mostrándose bastante independientes (Watson et al. 1988).

La adaptación española de López-Gómez et al. (2015) obtiene una fiabilidad aún mayor, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92 para la subescala positiva y de 0,88 para la negativa. Ambos índices son similares a los encontrados por Sandín et al. (1999).

Es un cuestionario tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta que van de “1 / Nada o muy ligeramente” a “5 / Mucho”. Incluye 20 ítems, de los que la mitad reflejan la medida de los afectos positivos y la otra mitad de los negativos, siendo los correspondientes a los negativos los ítems 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 y 20 (Anexo 4).

Esta escala también puede ser utilizada para evaluar el afecto tanto en su forma de estado como de rasgo, atendiendo al momento o intervalo temporal para el que se solicita la respuesta (Nolla, Queral y Miró, 2014).

6.3. Procedimiento

Se proyecta en este trabajo una intervención para la disminución de la ansiedad y la mejora del bienestar subjetivo en adolescentes, a través de la instrucción en mindfulness.

La intervención lleva aparejada una investigación longitudinal de medidas repetidas, antes y después de la intervención, sin grupo de control, para el estudio de la significación del cambio en los niveles de ansiedad y bienestar subjetivo, que serán obtenidos mediante los cuestionarios STAI (Spielberger et al., 1970) el nivel de ansiedad, y mediante las escalas SWLS (Diener et al., 1985) y PANAS (Watson et al. 1988) el nivel de bienestar subjetivo.

Para llevarla a cabo, en primer lugar, se solicitará una reunión presencial, a ser posible conjunta, con las jefaturas de estudio de los posibles centros educativos implicados que pudieran estar interesados en la adhesión al proyecto. En dicha reunión se informará a los responsables de los centros de manera exhaustiva sobre los objetivos del programa y el procedimiento a seguir. Esto tendrá lugar antes del inicio del curso escolar, con el fin de poder integrarlo en los diferentes planes de desarrollo educativo de cada uno de los centros.

Tras mostrarles en profundidad los fundamentos y objetivos de la intervención, se solicitará la firma de un contrato de colaboración (Anexo 5) por parte de las direcciones de aquellos centros que hayan mostrado su interés por la implementación del programa.

Una vez obtenido el compromiso de colaboración de los centros y su autorización para llevarlo a cabo, se procederá, en cada uno de los centros involucrados, a mantener dos reuniones, una para estudiantes y otra para padres de los alumnos menores de edad, con el fin de informarles de las características y objetivos de la intervención, así como de la investigación que se llevará a cabo de manera simultánea, y de solicitar su consentimiento,

que deberá quedar acreditado con la firma de un documento preparado en el que se garantizará el anonimato de los participantes en el programa y la confidencialidad de la información que hubieran podido proporcionar (Anexo 6). La inclusión en el proyecto será voluntaria y no incentivada.

Una vez informados los padres, informados los adolescentes y obtenidos los consentimientos, se procederá a la planificación horaria del programa, para que pueda ajustarse a cada centro sin que se solape con actividades lectivas o no lectivas.

Durante 16 sesiones (Tabla 1), distribuidas semanalmente durante una hora y media, los alumnos asistirán a un taller de mindfulness impartido por un Psicólogo Sanitario colegiado y experto en el tema. Debe reseñarse la importancia de la correcta acreditación y capacitación de la persona encargada de impartir la instrucción, ya que debe ser solvente a la hora de resolver las posibles dudas o incluso complicaciones que pudieran surgir durante el desarrollo del programa, ya que el aprendizaje y práctica del mindfulness vendrá marcado por la idiosincrasia de cada participante.

Al inicio de la primera de las sesiones se procederá a la cumplimentación del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al., 1970), de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985) y de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (Watson et al., 1988), de manera autoadministrada, es decir, el participante leerá los cuestionarios y registrará sus respuestas. Seguidamente, en la misma sesión, se informará a los adolescentes más extensamente sobre las características del programa, sobre la ansiedad y sobre los fundamentos del mindfulness. Se les advertirá sobre la disponibilidad del instructor para resolver todas sus dudas e inquietudes al respecto y sobre su derecho a abandonar el programa si así lo desean.

Será a partir de la siguiente sesión cuando dará comienzo la instrucción en mindfulness propiamente dicha.

Para cada una de las prácticas implementadas se explicará a los participantes tanto la manera correcta de llevarla a cabo, como lo que se pretende conseguir con cada una de ellas.

La serenidad y el autoconocimiento serán los dos objetivos latentes de la instrucción, y el vehículo para alcanzarlos serán la concentración y la atención, respectivamente. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que ambos factores van de la mano, pues una óptima atención requiere concentración y viceversa.

La instrucción mantendrá como eje fundamental la respiración consciente, entendida como la atención a la experiencia de respirar en el momento en que se produce, lo que será utilizado como amarre para sostener la atención en el instante presente.

Durante cuatro sesiones se entrenará la atención a la respiración. Se explicará a los adolescentes la mejor manera de llevarla a cabo y la forma correcta de mantenerse en ella, así como las dificultades que conlleva, facilitando la adquisición de la habilidad necesaria para su implementación. Se instruye a los participantes para reconocer las distracciones y volver la atención al momento presente siempre que tengan lugar.

En las siguientes cuatro semanas, una vez que los participantes han aprendido e interiorizado la forma correcta de mantenerse atentos a su respiración, la instrucción se centrará en el recorrido atencional ordenado y completo de la entidad corporal, tanto externa como internamente, haciendo conscientes las sensaciones que de la misma efluyen, así como las peculiares y transitorias características de cada una de ellas, ejercitando la interocepción y admitiendo sin rechazo la valoración afectiva del instante. Se prestará atención también a todo aquello que perciban los sentidos, asumiéndolo y tratando de no juzgar, tan sólo observando consciente y atentamente. Se instruirá a los jóvenes en el reconocimiento de sus distracciones durante el entrenamiento y en la reconducción de la atención al instante presente cada vez que aquellas acontezcan .

De la semana 10 a la 13 se instruirá a los participantes para atender a todo cuanto sucede en su mente; para poder observar en el momento presente el flujo de pensamientos, sensaciones y sentimientos, para tomar conciencia de su presencia, fugacidad y concatenación, con aceptación y sin juzgar, sea cual sea la naturaleza y contenido de los mismos, de manera que les posibilite una mejor comprensión de dichos fenómenos y su desapego. Se promoverán, además, actitudes positivas que posibiliten el comprender y

aceptar la realidad propia y la ajena, y que faciliten el surgimiento de empatía y amor, hacia la propia persona y hacia el resto.

En las semanas 14 y 15 se buscará integrar la globalidad de lo aprendido a la generalidad de las situaciones, resolviendo los obstáculos que hayan podido surgir (lo que se habrá venido haciendo también en cada una de las sesiones) y se buscará tomar consciencia de los cambios que se han producido o que habrán de producirse a través de las prácticas.

A lo largo de todo el programa, durante las sesiones, en las clases se alternarán explicaciones y comentarios con periodos de práctica cortos, de entre cinco y quince minutos. Además, se pedirá a los participantes que, de ser posible, practiquen de manera independiente a diario, durante al menos 20 minutos, lo aprendido en clase.

A partir de la semana 8 se pedirá también a los jóvenes que de manera individual hagan extensivas las dos prácticas principales, atención y concentración, a otras actividades cotidianas, como pasear, escuchar música e incluso estudiar, atendiendo en el momento presente a lo que se hace, y a la observación, consciente y sin juicio, de los diversos aspectos conductuales y emocionales de sí mismos, en distintos contextos. Se pretende con todo ello un mayor desarrollo de habilidades y autoconocimiento, así como de la capacidad de generalizarlos a diversos ámbitos.

En la última sesión se procederá a la cumplimentación por parte de los adolescentes de los cuestionarios que ya rellenaron en la primera sesión. A continuación, se facilitará el intercambio de las impresiones y sensaciones que el programa ha ido generando en los participantes y se les animará a seguir practicando de manera independiente e individualizada. Al cabo de la sesión se dará por finalizado el programa.

Transcurrido un año se procederá a una evaluación de seguimiento, que será llevada a cabo en los mismos centros educativos, a los alumnos que hayan seguido el programa y continúen cursando estudios en ellos.

Tabla 1. Esquema de sesiones

1	Administración de cuestionarios STAI - SWLS - PANAS
	Explicación en profundidad de los contenidos y propósitos del programa. Psicoeducación referida a la ansiedad y a los fundamentos del mindfulness.
2	Psicoeducación referida a la ansiedad y a los fundamentos del mindfulness. Psicoeducación sobre respiración diafragmática y atención y concentración en la respiración.
	Definición y Objetivos. Beneficios y Obstáculos.
3	Instrucción: La posición será sentado con los pies en el suelo, la espalda erguida ligeramente apoyada en el respaldo y las manos sobre los muslos con las palmas hacia abajo. Los ojos cerrados. (Igual para cada una de las sesiones).
	Práctica: En primer lugar se practicará la respiración diafragmática con la atención y concentración en el recorrido que hace el aire al inspirar y espirar desde la nariz al abdomen. La respiración adecuada a cada uno de los participantes, ni demasiado lenta, ni demasiado rápida; cómoda, profunda y serena; cada uno a su ritmo.
4	Seguidamente, sin abandonar la respiración diafragmática, se llevará la atención a las fosas nasales, donde se anclará la concentración en la sensación que deja el aire al entrar y salir por la nariz justo en el instante en que lo hace.
	La actitud debe ser la de observador. Una y otra vez, sin ira, con calma, habrán de soltarse los pensamientos e imágenes que acuden a la imaginación y volver la atención al lugar elegido.
5	Exposición de sensaciones y dificultades y resolución de las mismas.
	Tarea para casa: Práctica diaria de 20 minutos.
6	Psicoeducación referida a sensaciones exteroceptivas e interoceptivas. Definición y Objetivos.
	Instrucción y Práctica: En primer lugar se dedicarán unos minutos a tomar conciencia de la respiración para seguidamente, una vez establecido un estado de serenidad y concentración, la atención se centrará en todo aquello que perciban los sentidos, asumiéndolo y tratando de no juzgar, tan sólo observando consciente y atentamente, concentrados en no dejarse llevar por pensamientos o deseos, tan sólo atendiendo y siendo conscientes de las sensaciones que llegan del exterior justo en el momento en que lo hacen y dejándolas ir de la atención justo en el momento en que desaparecen.
7	Posteriormente la atención y concentración se dirigirán al recorrido ordenado y completo de la entidad corporal, tanto externa como internamente, haciendo conscientes las sensaciones que de la misma efluyen, ejercitando la interocepción y admitiendo sin rechazo la valoración afectiva del instante.
	Se tomará conciencia, pues, de las sensaciones, así como como de las peculiares y transitorias características de cada una de ellas.
8	Se instruirá a los jóvenes en el reconocimiento de sus distracciones durante el entrenamiento y en la reconducción de la atención al instante presente cada vez que aquellas acontezcan.
	Exposición de dificultades y resolución de las mismas.
9	Tarea para casa: Práctica diaria de 30 minutos distribuida en tres tiempos: 10 minutos atención a la respiración - 15 minutos atención a las sensaciones - 10 minutos atención a la respiración
10	Psicoeducación referida la actividad mental y a la actividad emocional.
	Instrucción y Práctica: En primer lugar se dedicarán unos minutos a tomar conciencia de la respiración para seguidamente, una vez establecido un estado de serenidad y concentración, atender a todo cuanto vaya sucediendo en su mente, suavemente y sin prisa, al ritmo que vaya surgiendo, atendiendo a no agarrar ninguna emoción o pensamiento, dejándolos llegar y marchar, siendo consciente de ellos, aceptándolos y diferenciándolos. Tomando conciencia de la estrecha relación entre emociones y pensamientos y cómo los unos condicionan los otros, y al contrario.
11	La concentración se anclará así en observar en el momento presente el flujo de pensamientos, y sentimientos, para tomar conciencia de su presencia, fugacidad y concatenación, con aceptación y sin juzgar, sea cual sea la naturaleza y contenido de los mismos, de manera que les posibilite una mejor comprensión de dichos fenómenos y su desapego, tratando de atender sólo al momento presente y no al que ya ha pasado o está por llegar.
	Se promoverán, además, actitudes positivas que permitan el comprender y aceptar la realidad propia y la ajena, y que faciliten el surgimiento de empatía y amor, hacia la propia persona y hacia el resto.
12	Exposición de dificultades y resolución de las mismas.
	Tarea para casa: Práctica diaria de 30 minutos distribuida en cuatro tiempos: 5 minutos atención a la respiración - 10 minutos atención a las sensaciones - 10 minutos atención a los pensamientos y emociones - 5 minutos atención a la respiración.
13	Integración y generalización de conocimientos
	Instrucción y Práctica: En primer lugar se dedicarán unos minutos a tomar conciencia de la respiración para seguidamente, una vez establecido un estado de serenidad y concentración pasar a visualizar diferentes situaciones atendiendo a las sensaciones, emociones y pensamientos que les suscitan, con actitud observadora, sin juzgar ni intervenir, sólo atendiendo el momento presente de lo que sucede en la mente, dejando pasar.
14	Se buscará así integrar la globalidad de lo aprendido a la generalidad de las situaciones, resolviendo los obstáculos que hayan podido surgir y se buscará tomar conciencia de los cambios que se han producido o que habrán de producirse a través de las prácticas.
	Exposición de dificultades y resolución de las mismas.
15	Tarea para casa: Práctica diaria de 30 minutos distribuida en cuatro tiempos: 5 minutos atención a la respiración - 10 minutos atención a las sensaciones - 10 minutos atención a los pensamientos y emociones - 5 minutos atención a la respiración.
	Generalización de la atención al momento presente en situaciones cotidianas.
16	Administración de cuestionarios STAI - SWLS - PANAS
	Intercambio de impresiones. Despedida y cierre del programa.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Tras la implementación del programa de aprendizaje y práctica de mindfulness se esperan hallar resultados significativos en cuanto a la reducción de la ansiedad y la mejora en el bienestar subjetivo de los adolescentes.

Se espera que los jóvenes estudiantes se vean beneficiados respecto al control de la ansiedad en diferentes aspectos de su vida, pudiendo así mejorar su bienestar subjetivo, y que los resultados hallados sean coincidentes con lo evidenciado por los numerosos estudios científicos que encontraron efectos positivos del adiestramiento en mindfulness sobre estas variables, como recogen diferentes metaanálisis (Keng, et al., 2011; Vollestad et al., 2012; Keye y Pidgeon, 2013; Vásquez Dextre, 2016; Pascoe et al., 2017).

Debe considerarse, sin embargo, lo complicado que resulta definir, delimitar y valorar la particular disposición, actitud, forma y circunstancias con que pone en marcha el aprendizaje y práctica del mindfulness cada uno de los participantes, lo que condicionará las habilidades adquiridas para la misma y su dominio. Es posible, por tanto, que aunque la instrucción recibida sea la misma, el entrenamiento implementado por cada uno de ellos difiera en diversos aspectos como constancia o rectitud, o que pueda verse influenciado por otros factores que afecten a la naturaleza de lo experimentado, determinando los beneficios obtenidos con el seguimiento del programa.

Con todo ello, se espera que en líneas generales la intervención proyectada revele una mejora de la serenidad y del autoconocimiento de los participantes que pueda redundar en un mejor afrontamiento de las situaciones, físicas y emocionales, presentes y futuras.

Un dato útil y prometedor referido a la población a la que alude este trabajo, como nativos digitales que son, es la evidencia hallada de que la instrucción en mindfulness puede implementarse eficazmente para el ajuste de los problemas de ansiedad en diferentes modalidades de aprendizaje, incluida la modalidad virtual (Rodrigues, Nardi y Levitan, 2017), lo que puede facilitar el acceso al mismo a otros espectros de población que no se encuentren integrados en circuitos académicos o sociales.

Es el momento, pues, de aprovechar la posibilidad de acercamiento a los jóvenes que nos ofrecen los centros de educativos, así como sus infraestructuras edificacionales y

tecnológicas, para intervenir tempranamente la ansiedad, de manera presencial o virtual, lo que sin duda tendrá un profundo efecto en millones de adultos del mañana.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2009). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV TR) (4ª edición revisada). Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM V). Barcelona, España: Masson.
- Analayo (2017). *Buddhapada and the Bodhisattva Path*, 137–138.
- Antona, A., Madrid, J. y Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del psicólogo*, 23(84), 5.
- Argyle, M. (1993). Psicología y la calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 2(6), 5-15.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y Merita, M. G. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, US: Guilford Press.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R. y Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
- Beauchamp-Turner, D. L. y Levinson, D. M. (1992). Effects of meditation on stress, health, and affect. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 5, 123–13.
- Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Visser, S. N., Perou, R. y Walkup, J. T. (2018). Epidemiology and Impact of Health Care Provider–Diagnosed Anxiety and Depression Among U.S. Children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(5), 395-403.
- Breinbauer, C. y Maddaleno, M. (2005). Youth: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. *Scientific and Technical Publication*, 594, 257-268.

- Bucknell, R. S. (1984). The Buddhist path to liberation: An analysis of the listing of stages. *Journal of the International Association of Buddhist Studies*, 7-40.
- Budinger, M. C., Drazdowski, T. K., y Ginsburg, G. S. (2013). Anxiety-Promoting Parenting Behaviors: A Comparison of Anxious Parents with and without Social Anxiety Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(3), 412–418.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos-Cubero, N. (1982). Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). *Madrid: TEA Ediciones*.
- Carlson, L. E., Specia, M., Patel, K. D. y Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 571-581.
- Child Mind Institute (2018). Anxiety in Children and Teens. 2018 Children's Mental Health Report.
- Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, B. y Caley, A. L. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *Journal of Primary Prevention*, 31(3), 139–70.
- Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (2012). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia* (2ª edición). Madrid: Dykinson.
- Costello, E. J., y Angold, A. (1995). Epidemiology. In J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 109–124). New York: Guilford Press.
- Crane, R.S. y Kuyken, W. (2013). The implementation Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Learning From the UK Health Service Experience. *Mindfulness (NY)*, 4 (3), 246-254.
- Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M. N., del Paso, G. R. y Vila, J. (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behaviour research and therapy*, 48(9), 873-882.

- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). Escala de satisfacción con la vida. *Journal of personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2002). Personality, culture and subjective wellbeing: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 403-425.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. y Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Doll, A., Hölzel, B. K., Mulej-Bratec, S., Boucard, C.C., Xie, X., Wohlschläger, A. M. y Sorg, C. (2016). Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala-prefrontal cortex connectivity. *NeuroImage*, 134, 305-313.
- Echeburúa, E. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Friedberg, R. D. y McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona, España: Espasa Libros S.L.U.
- García, M. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital*, 8(48), 652-660.
- García-Martín, M.A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- García-Viniegras, V., Carmen, R. y González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.
- Gelderloos, P., Walton, K. G., Orme-Johnson, D. W. y Alexander, C. N. (1991). Effectiveness of the transcendental meditation program in preventing and treating

- substance misuse: a review. *International Journal of the Addictions*, 26(3), 293-325.
- Gonzalez, M., Castro, P y Martín, M. (2011). Personalidad Eficaz en Estudiantes Chilenos de Ingeniería de Primer Año. *Formación Universitaria*, 4(5), 3-12.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Gutgesell, M. E., y Payne, N. (2004). Issues of adolescent psychological development in the 21st century. *Pediatrics in Review*, 25(3), 79-85.
- Heikkila, A., Lonka, K., Niemen, J. y Niemivirta, D. (2012). Relations between Teacher Students' Approaches to Learning, Cognitive and Attributional Strategies, Well-Being, and Study Success. *Higher Education*, 64 (4), 455-471.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 8(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kendall, P. C. (1990). Coping cat manual. *Ardmore, PA: Workbook*.
- Keng, S. L., Smoski, M. J. y Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056.
- Keye, M. y Pidgeon, A. (2013). Investigation of the Relationship between Resilience, Mindfulness, and Academic Self-Efficacy. *Open Journal of Social Sciences*, 1, 1-4.
- Lawton, M. P. (1983). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, 9, 65-72.

- López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las “Escala de afecto positivo y negativo”(PANAS) en una muestra general española. *Psicología conductual*, 23(3), 529-548.
- López-Ortega, M., Torres-Castro, S. y Rosas-Carrasco, O. (2016). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 170.
- Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 616.
- Madrid, U. C. (2006). Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Mateo, A. F., Faixa, T. R. y Martín-Asuero, A. (2014). Mindfulness y regulación emocional: Un estudio piloto. *Revista de psicoterapia*, 25(98), 123-132.
- Méndez, F. X., Llavona, L. M., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2012). Programa Fortius. Desarrollando la fortaleza psicológica. Madrid: Pirámide.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., y Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Miller, J. J., Fletcher, K. y Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry*, 17(3), 192-200.
- Miró, M. (2006). La Atención Plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.
- Miró, M.T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Effectiveness of mindfulness based treatments for anxiety and

- depressive disorders: a systematic review. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14.
- Navarro-Mateu, F., Tormo, M. J., Salmerón, D., Vilagut, G., Navarro, C., Ruíz-Merino, G., Escámez, T., Júdez, J., Martínez, S., Kessler, R. C., & Alonso, J. (2015). Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PloS one*, 10(9).
- Nolla, M., Queral, R. y Miró, J. (2014). Las escalas PANAS de afecto positivo y negativo: nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 15-21.
- Okun, M., Levy, R., Karoly, P. y Ruehlman, L. (2009). Dispositional Happiness and College Student GPA: Unpacking a Null Relation. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 711-715.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Programming for adolescent health and development: Report of a WHO/UNFPA/UNICEF study group on programming for adolescent health*.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud mental del adolescente*.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L. y Piqueras, J. A. (2012). Anxiety disorder symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 5(2), 115-120.
- Padrós, F., Martínez, M. P., Gutiérrez-Hernández, C. y Medina, M. (2010). La psicología positiva. Una joven disciplina científica que tiene como objeto de estudio un viejo tema, la felicidad. *Uaricha, Revista de Psicología*, 14, 30-40.
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M. y Ski C. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156–178.

- Pepping, C. A., O'Donovan, A. y Davis, P. J. (2013). The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology*, 8(5), 376-386.
- Pérez-Edgar, K., Taber-Thomas, B., Auday, E., y Morales, S. (2014). Temperament and attention as core mechanisms in the early emergence of anxiety. In *Children and emotion* (Vol. 26, pp. 42-56). Karger Publishers.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A. y Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and Adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Rodrigues, M. F., Nardi, A. E. y Levitan, M. (2017) Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Trends Psychiatry and Psychotherapy*, 39, 207-215.
- Rodríguez-Fernández, A. y Goñi-Grandmontagne, A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(2), 327-332.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades).
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Scapillato, D. y Mendlowitz, S. L. (1993). The coping bear workbook. *Unpublished manuscript*). Boston University, Boston.
- Shapiro, S. L. y Walsh, R. (2003). An analysis of recent meditation research and suggestions for future directions. *The Humanistic Psychologist*, 31(2-3), 86-114.

- Shortt, A. L., Barrett, P. M. y Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of clinical child psychology*, 30(4), 525-535.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*.
- Twenge, J. M. (2015). Time Period and Birth Cohort Differences in Depressive Symptoms in the U.S., 1982–2013. *Social Indicators Research*, 121(2), 437.
- Vannucci, A., Flannery, K. M., y Ohannessian, C. M. (2017). Social media use and anxiety in emerging adults. *Journal of Affective Disorders*, 207, 163–166.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.
- Vazquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish journal of psychology*, 16.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones de la Psicología Positiva. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 15-28.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. Intervención psicosocial, 3, 87-116. Beauchamp-Turner, D. L., y Levinson, D. M. (1992). Effects of meditation on stress, health, and affect. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 5, 123-131.
- Vicario, M. I. H., y González-Fierro, M. J. C. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(1), 42-46.
- Vollestad, J., Nielsen, M.B. y Nielsen, G.H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260.

- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., y Kendall, P. C. (2008). Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *The New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753–2766.
- Walton, K. G., Pugh, N. D., Gelderloos, P. y Macrae, P. (1995). Stress reduction and preventing hypertension: preliminary support for a psychoneuroendocrine mechanism. *The journal of alternative and complementary medicine*, 1(3), 263-283.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Wintre, M. G., Dilouya, B., Pancer, S. M., Pratt, M. W., Birnie - Lefcovitch, S., Polivy, J y Adams, G. (2011). Academic Achievement in First-Year University: Who Maintains their High School Average? *Higher Education*, 62 (4), 467-481.
- Woods, H. C. y Scott, H. (2016). # Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of adolescence*, 51, 41-49.
- Woodward, L. J. y Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S. y Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*, 5, 603

ANEXO 1 - Escala de Ansiedad Estado

(Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; Adaptación española de Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero, 1982)

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará expresiones utilizadas con frecuencia para describirse uno a sí mismo.

Por favor, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique más exactamente cómo se siente usted **ahora mismo, en este momento**.

No hay respuestas buenas ni malas. Intente responder de acuerdo a su experiencia y no en función de cómo cree que debería ser.

Considere cada enunciado separadamente del resto y, sin emplear demasiado tiempo en cada uno, señale la respuesta que mejor describa **su situación presente**.

		NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANEXO 2 - Escala de Ansiedad Rasgo

(Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; Adaptación española de Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero, 1982)

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará expresiones utilizadas con frecuencia para describirse uno a sí mismo.

Por favor, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique más exactamente cómo se siente usted *en general*, en la mayoría de las ocasiones.

No hay respuestas buenas ni malas. Intente responder de acuerdo a su experiencia y no en función de cómo cree que debería ser.

Considere cada enunciado separadamente del resto y, sin emplear demasiado tiempo en cada uno, indique cómo se siente usted *generalmente*.

		NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento bien	0	1	2	3
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6	Me siento descansado	0	1	2	3
7	Soy una persona serena, tranquila y sosegada	0	1	2	3
8	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9	Me preocupa demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10	Soy feliz	0	1	2	3
11	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13	Me siento seguro	0	1	2	3
14	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
15	Estoy satisfecho	0	1	2	3
17	Me rondan y me molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18	Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19	Soy una persona estable	0	1	2	3
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

ANEXO 3 - Escala de Satisfacción con la Vida

(Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer y Merita, 2000)

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo.

Utilizando la escala de abajo, indique cuán de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento.

Por favor, sea abierto y honesto al responder.

		Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	En la mayoría de las formas mi vida se acerca a mi ideal	1	2	3	4	5
2	Las condiciones de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

ANEXO 4 - Escala de Afecto Positivo y Negativo

Watson, Clark y Tellegen, 1988, adaptación española de López-Gómez, Hervás y Vásquez, 2015

INSTRUCCIONES:

Marque con una cruz la opción que refleje mejor cómo se ha sentido en [insertar instrucción temporal; “la última semana” o “el último mes”], incluyendo el día de hoy

		NADA O MUY LIGERAMENTE	UN POCO	MODERDAMENTE	BASTANTE	MUCHO
1	Interesado/a por las cosas	1	2	3	4	5
2	Angustiado/a	1	2	3	4	5
3	Ilusionado/a o emocionado/a	1	2	3	4	5
4	Afectado/a	1	2	3	4	5
5	Fuerte	1	2	3	4	5
6	Culpable	1	2	3	4	5
7	Asustado/a	1	2	3	4	5
8	Agresivo/a	1	2	3	4	5
9	Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10	Satisfecho/a consigo mismo/a	1	2	3	4	5
11	Irritable	1	2	3	4	5
12	Despierto/a	1	2	3	4	5
13	Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14	Inspirado/a	1	2	3	4	5
15	Nervioso/a	1	2	3	4	5
16	Decidido/a	1	2	3	4	5
17	Concentrado/a	1	2	3	4	5
18	Agitado/a	1	2	3	4	5
19	Activo/a	1	2	3	4	5
20	Miedoso/a	1	2	3	4	5

ANEXO 5 - CONTRATO DE COLABORACIÓN

El centro educativo _____ autoriza la implantación del programa “Entrenamiento en mindfulness para adolescentes” en los cursos 1º y 2º de Bachillerato / 1º y 2º de Formación Profesional del mismo, así como el uso de los datos obtenidos para la investigación relativa a la influencia de la práctica continuada de mindfulness en la ansiedad y el bienestar objetivo de los adolescentes.

D./Dña. _____

con DNI _____, psicólogo/a colegiado nº _____ se compromete a:

1. No revelar, a persona alguna ajena al centro educativo, sin su consentimiento, la información referente a la que haya tenido acceso en el desempeño de sus funciones, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones legales y/o judiciales.
2. No utilizar en forma alguna cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desarrollo de la investigación.
3. Cumplir la normativa vigente, nacional y comunitaria relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.
4. Cumplir la política de privacidad y seguridad implantada por el centro educativo en su organización durante el desarrollo del programa y de la investigación.

El/La abajo firmante se hace responsable frente al centro educativo, así como frente a terceros, de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores y resarcirá al centro educativo de las indemnizaciones, sanciones o reclamaciones que éste se vea obligado a satisfacer como consecuencia de dicho incumplimiento.

Nombre y apellidos del psicólogo

DNI: _____

Nº DE COLEGIADO: _____

FIRMA:

CENTRO EDUCATIVO:

Nombre y apellidos del representante legal:

DNI: _____

FIRMA:

ANEXO 6 - CONSENTIMIENTO INFORMADO

El alumno/a _____ o en su defecto _____ como padre/madre/tutor/tutora autoriza la participación en el programa “Entrenamiento en mindfulness para adolescentes”, así como el uso de los datos obtenidos para la investigación relativa a la influencia de la práctica continuada de mindfulness en la ansiedad y el bienestar subjetivo de los adolescentes.

Los participantes serán evaluados mediante los cuestionarios STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo) SWLS (Escala de satisfacción con la Vida) y PANAS (Escala de Afecto Positivo Negativo) de sus niveles de ansiedad y bienestar subjetivo antes y después de la implementación del programa y se explorarán las posibles diferencias halladas en las mediciones a lo largo del tiempo.

Por su parte, D./Dña. _____

con DNI _____, psicólogo/a colegiado nº _____ se compromete a:

1. No revelar, a persona alguna, sin su consentimiento, la información referente a la que haya tenido acceso en el desempeño de sus funciones, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones legales y/o judiciales.
2. No utilizar en forma alguna cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desarrollo de la investigación.
3. Cumplir la normativa vigente, nacional y comunitaria relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.

La participación en la investigación es voluntaria.

Si accede a participar, debe saber que puede dejar de hacerlo en cualquier momento del estudio, sin necesidad de justificación.

No dude en solicitar que le sean aclaradas sus dudas.

Tras leer esta declaración de consentimiento informado y habiendo tenido oportunidad de hacer preguntas acerca de este estudio ACEPTA participar en este programa.

Fecha, nombre y firma del participante: