



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Atención Plena (Mindfulness) y Calidad de Vida en Adultos Jóvenes

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
JUAN MANUEL SANTISTEBAN NEGROE

TUTOR PRINCIPAL
DRA. LUCINA ISABEL REYES LAGUNES
Facultad de Psicología, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ
Facultad de Psicología, UNAM

DR. TONATIUH GARCÍA CAMPOS
Universidad de Guanajuato

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
Facultad de Psicología, UNAM

DR. RIGOBERTO LEÓN SÁNCHEZ
Facultad de Psicología, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO (AGOSTO) 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

CALIDAD DE VIDA

Antecedentes	8
Definiciones.....	11
Líneas de Discusión sobre la Calidad de Vida.....	16
Medición de la Calidad de Vida.....	22
Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud.....	35
Bienestar Subjetivo	40
Calidad de Vida en México.....	44
Estudios Relacionados con Calidad de Vida	47

ATENCIÓN PLENA

Antecedentes	59
Definiciones.....	62
El constructo de Atención Plena	63
Modelos Teóricos.....	65
Comunes Denominadores entre los Modelos	79
Conceptos Relacionados con Atención Plena.....	80
Medición de la Atención Plena.....	82
Terapias Relacionadas con Atención Plena	100
Estudios relacionados con Atención Plena y Calidad de Vida	106
Posibles Mecanismos de la Atención Plena	119
Atención Plena en México.....	128

CAPÍTULO II: EVALUACIÓN DEL SIGNIFICADO DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS

JÓVENES

Justificación.....	132
Preguntas de Investigación.....	133
Objetivos.....	133
Definición de Variables.....	133
Participantes.....	133

Tipo de Estudio.....	135
Instrumento	135
Procedimiento.....	136
Tratamiento de los Datos.....	136
Resultados	137
Discusión.....	145
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN DE ASPECTOS CULTURALES DE LOS COMPONENTES DE ATENCIÓN PLENA EN ADULTOS JÓVENES	
Justificación.....	148
Preguntas de Investigación.....	148
Objetivos.....	149
Definición Conceptual de Variables.....	149
Participantes.....	149
Tipo de Estudio.....	151
Instrumento	151
Procedimiento.....	152
Tratamiento de los Datos.....	153
Resultados	153
Discusión.....	163
CAPÍTULO IV: ELABORACIÓN DE PRUEBAS Y ANÁLISIS DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	
Justificación.....	166
Preguntas.....	166
Objetivos.....	167
Definición de Variables.....	167
Participantes.....	168
Tipo de Estudio.....	169
Instrumento	169
Procedimiento.....	170
Tratamiento de los Datos.....	170
Resultados	171

Discusión.....	184
CAPÍTULO V: DESARROLLO DE UN MODELO EXPLICATIVO	
Introducción.....	193
Justificación.....	196
Preguntas de investigación.....	196
Objetivos.....	196
Hipótesis.....	197
Método.....	200
Resultados.....	202
Discusión.....	223
Referencias.....	227

Resumen

La atención plena se ha asociado empíricamente con la calidad de vida y el bienestar psicológico. La atención y aceptación sin prejuicios de la propia experiencia se han considerado como antídotos potencialmente eficaces contra formas comunes de estrés, rumiación de pensamientos, ansiedad, preocupación, miedo e ira (Hayes & Feldman, 2004; Kabat-Zinn, 1990 en Keng, Smoski, & Robins, 2011). El objetivo de esta investigación fue explicar el impacto de los componentes de la atención plena sobre cada dimensión de la calidad de vida en adultos jóvenes mexicanos. Para esto, se llevaron a cabo cuatro estudios: en el primer estudio, se evaluó el significado de la calidad de vida mediante Redes Semánticas Naturales Modificadas. En el segundo estudio, se evaluaron los aspectos culturales de los componentes de la atención plena. En el tercer estudio, se elaboraron dos instrumentos, uno de calidad de vida y otro de atención plena, posteriormente, se analizaron sus propiedades psicométricas. En el cuarto estudio, se desarrolló un modelo explicativo para exponer el impacto de la atención plena sobre la calidad de vida. Los resultados de la presente investigación indican que el componente de atención tiene un efecto sobre la calidad de vida, independientemente de la aceptación, como mencionan Brown y Ryan (2003), explicando un 13.3% de la varianza de calidad de vida. Sin embargo, el mayor efecto de la atención sobre la calidad de vida es en presencia del componente de aceptación, como mencionan Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, y Farrow (2008), explicando un 31.5% de la varianza de calidad de vida. Se comprobó que el componente de aceptación es un mediador parcial significativo entre atención y calidad de vida en adultos jóvenes.

Abstract

Mindfulness has been empirically associated with quality of life and psychological well-being. Attention and acceptance without judgement of the own experience have become antidotes potentially effective against common forms of stress, rumination of thoughts, anxiety, worry, fear, and anger (Hayes & Feldman, 2004; Kabat-Zinn, 1990 in Keng, Smoski, & Robins, 2011). The aim of this research was to explain the impact of mindfulness components in each dimension of quality of life in young Mexican adults. For this, four studies were done: in the first study, quality of life's meaning was evaluated through Modified Natural Semantic Networks. In the second study, cultural aspects of mindfulness components were evaluated. In the third study, two instruments were elaborated; one of quality of life and another of mindfulness, later, their psychometric properties were analyzed. In the fourth study, an explanatory model is described to expose the impact of mindfulness on quality of life. Results of the present investigation indicated that attention had a direct effect on quality of life, regardless acceptance, as mentioned by Brown and Ryan (2003), explaining 13.3% of quality of life's variance. However, the greatest effect of attention on quality of life was in presence of acceptance, as mentioned by Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, and Farrow (2008), explaining 31.5% of quality of life's variance. It was found that acceptance is a significant mediator between attention and quality of life in young adults.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

CALIDAD DE VIDA

Antecedentes

La definición del concepto de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990 como el total bienestar físico, psíquico y social del individuo, determina que los indicadores de salud tradicionales ligados a la enfermedad y la muerte (la morbilidad y la mortalidad) no expresan, en toda su extensión, la salud; no se trata de vivir más, sino mejor (Fernández-Ballesteros, 1993).

Se requieren otros indicadores psicológicos y sociales para determinar la salud de una comunidad o un grupo social. Ello repercute en que la propia OMS haya tratado, desde entonces, en múltiples foros y documentos, de poner énfasis en la importancia del desarrollo de medidas que permitan dar cuenta de la calidad de vida desde una perspectiva multidimensional (Fernández-Ballesteros, 1993).

El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad a nivel exclusivamente biomédico han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busca combatir la enfermedad sino promover el bienestar. En este contexto, la incorporación de la medida de la calidad de vida ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones de salud (Schwartzmann, 2003).

La utilización del concepto de calidad de vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época para conocer la percepción de las personas acerca de su vida y su seguridad financiera (Campbell 1981; Meeberg, 1993 en Urzúa & Caqueo, 2012).

Después de la Segunda Guerra Mundial se acentúa la interrogante sobre el papel del estado en la determinación del bienestar de sus ciudadanos y, habiéndose demostrado que el ingreso per cápita era una medida insuficiente para determinarlo, la Organización de las Naciones Unidas sugirió que las medidas sobre el bienestar debían fundamentarse en varios componentes diferentes, que juntos conformarían el segundo intento de medición, llamado el nivel de vida (Cardona & Agudelo, 2005).

Este nuevo paradigma no margina al crecimiento económico pero hace de éste y del poder adquisitivo, un medio cuya importancia depende de su contribución a la calidad de vida (Herrera, 2012).

El nivel de vida equivale al ingreso per cápita nacional real más otros indicadores cuantitativos en los campos de la salud, de la educación, del empleo y de la vivienda, tales como la esperanza de vida al nacer, la supervivencia infantil, el grado de alfabetización de la población adulta y la nutrición. En 1965, Suecia inicia la aplicación de encuestas sobre el nivel de vida que incluían: la salud y el acceso a la misma, el empleo y las condiciones de trabajo, los recursos económicos, la educación, la familia e integración social, la vivienda, la seguridad, la recreación y cultura (Cardona & Agudelo, 2005).

El concepto de calidad de vida tiene su origen académico a mediados de los años 60 cuando los científicos sociales inician investigaciones recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, en las dimensiones materiales. Posteriormente derivó hacia un constructo más complejo que incluiría también a los denominados componentes psicosociales como la calidad del entorno, las relaciones o la salud (Begnar, 2005 en Urzúa & Caqueo, 2012).

Durante las décadas de los 70 y 80 la calidad de vida fue conceptualizada principalmente como bienestar objetivo o social. El concepto de bienestar social incluyó todo aquello de lo que el ser humano obtiene satisfacción, así como su distribución dentro de la sociedad (Smith, 1974 en Fernández-Mayoralas & Rojo, 2005).

Más recientemente, para determinar el grado de bienestar de una población se adoptó el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, originario de la salud pública y de la medicina, que hace alusión a los criterios para decidir sobre la conveniencia de tratamientos especialmente dolorosos, agresivos, radicales, de alto costo y, en especial, para los casos terminales (Cardona & Agudelo, 2005).

Con frecuencia se utilizan indistintamente los conceptos de calidad de vida (CV) y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que si bien están estrechamente relacionados entre sí, tienen significados distintos. Muchos autores sugieren que la CV debe ser diferenciada de la CVRS, debido a que esta última se enfoca en evaluar la calidad de los cambios en la vida relacionados con intervenciones médicas; la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, o el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes (Urzúa, 2010).

La CVRS se preocupa por los aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud (Baldí & García, 2005).

En el concepto de calidad de vida se incluye la categoría psicológica con los factores perceptuales, emocionales, cognoscitivos y conductuales. Los cuales tienen una significativa participación en la calidad de vida percibida (Núñez et al., 2010). La salud mental de una persona es un sistema complejo en el que están interrelacionados aspectos de orden subjetivo y objetivo que se dimensionan desde factores sociales, culturales, biológicos y cognoscitivos. Con tales criterios es preciso notar que se hace referencia a un modelo de salud mental constituido en la dinámica bio-psico-socio-cultural, motivo por el cual, cualquier tendencia que se relacione con la salud mental debe, necesariamente, incluir los elementos ya planteados (Núñez et al., 2010).

En 1991, la OMS crea un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de calidad de vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo cierta unidad. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-100) que, a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción y desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas. La OMS define calidad de vida como “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (WHOQoL Group, 1995 en Schwartzmann, 2003, p. 15).

El concepto ha seguido evolucionando y se le han incorporado distintas clasificaciones como las planteadas por Eric Allardt (1998 en Cardona & Agudelo, 2005): tener, amar y ser. El tener hace referencia a las condiciones materiales necesarias para sobrevivir y evitar la miseria, como son los recursos económicos, vivienda, empleo, condiciones de trabajo, salud y educación; el amar se refiere a la necesidad de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales, como son el contacto con la familia y parientes, patrones activos de amistad, buena relación con los compañeros de trabajo y compañeros de organizaciones; y el ser alude a la necesidad del ser humano de integrarse a la sociedad y de vivir en armonía con su entorno, participar en las actividades políticas, actividades recreativas y tener una vida y trabajo significativos.

Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por psicólogos, filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, a pesar de sus diferencias teóricas incluyen las siguientes categorías de necesidades (Angermeyer & Killian, 2000 en Schwartzmann, 2003):

1. Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).
2. Necesidad de relación emocional con otras personas.

3. Necesidad de aceptación social.
4. Necesidad de realización y de sentido.

Definiciones

Las publicaciones sobre calidad de vida se han incrementado exponencialmente desde los años 70s, Ilić, Milić y Arandjelović (2010) reportan lo siguiente:

Número de Publicaciones que Mencionaron el Concepto de Calidad de Vida en Distintos Años	
Año	Número de publicaciones
1974	8
1984	284
1994	1,209
2003	3,519
2008	66,592

Figura 1. Número de Publicaciones que Mencionaron el Concepto de Calidad de Vida en Distintos Años.

Fuente: Assessing Quality of Life: Current Approaches. (Ilić et al., 2010).

Número de publicaciones que tienen como tema principal la Calidad de Vida en Distintos Años	
Año	Número de publicaciones
1974	2
1984	93
1994	502
2003	1060
2008	20,355

Figura 2. Número de Publicaciones que Tienen como Tema Principal la Calidad de Vida en Distintos Años.

Fuente: Assessing Quality of Life: Current Approaches. (Ilić et al., 2010).

Sin embargo, la calidad de vida es un concepto vago y difícil de definir, ampliamente utilizado pero con poca consistencia. Incluso para los expertos, el uso del término es extremadamente variable. Por ejemplo, algunos indicadores socioeconómicos se han utilizado para evaluar la calidad de vida de ciertas regiones o naciones, mientras que se han desarrollado indicadores psicológicos para evaluar la calidad de vida de los individuos o grupos de individuos con características comunes (Ilić et al., 2010).

Ilic y colaboradores (2010) indican que algunos autores han utilizado indistintamente el término de calidad de vida con otros conceptos como “Bienestar Subjetivo”, “Satisfacción con la Vida” o “Estado Funcional”; sin embargo, dichas autoras hacen notar que estos conceptos representan diferentes aspectos del amplio constructo de calidad de vida; de tal forma que si se opta por enfocarse en los aspectos subjetivos de la calidad de vida, se está haciendo referencia al "Bienestar Subjetivo" o “Satisfacción con la Vida”. Los que optan por centrarse en indicadores objetivos del constructo se refieren al “Estado Funcional”. Y los que pretenden investigar la calidad de vida en general, deberán proporcionar indicadores subjetivos y objetivos; pues si no lo hacen, deben reconocer que se está abordando un aspecto en particular de dicho constructo.

Según Ilic y colaboradores (2010) existen más de 100 definiciones de calidad de vida. Las mismas autoras mencionan que las publicaciones sobre calidad de vida de la literatura médica a menudo no definen el constructo; reportan que 16 de 68 modelos de calidad de vida relacionada con la salud evaluados no proporcionaron una definición del concepto y, no definir lo que se está midiendo, aumenta considerablemente la confusión conceptual.

Taillefer (2003 en Ilic et al., 2010) menciona tres diferentes modelos sobre calidad de vida:

1. Modelo conceptual:

Un modelo que especifica dimensiones y propiedades de la calidad de vida (el modelo menos sofisticado).

2. Marco conceptual:

Un modelo que describe, explica o predice la naturaleza de las relaciones entre los elementos o dimensiones de la calidad de vida

3. Marco Teórico:

Un modelo que describe la estructura de los elementos de dicho constructo y su relación, fundamentado en una teoría que anticipa estas relaciones (el modelo más sofisticado).

La forma en que se mida la calidad de vida, evidentemente, dependerá de cómo se define el término. Por lo tanto, los tipos de medidas desarrolladas y el enfoque metodológico variarán entre las diferentes disciplinas, en función de sus objetivos y perspectiva filosófica. De esta forma, las cuestiones clave en torno a la medición de la calidad de vida se relacionan estrechamente con los principales debates con respecto a las definiciones (Ilic et al., 2010).

Farquhar (1995 en Ilić et al., 2010) distingue una taxonomía de definiciones sobre calidad de vida:

I. Definiciones Globales:

El tipo de definición más común, por lo general, dan poca información acerca de los posibles componentes de la calidad de vida e incorporan ideas de satisfacción/insatisfacción o felicidad/infelicidad.

II. Definiciones de Componentes:

Se divide a la calidad de vida en una serie de componentes, dimensiones o dominios, y se identifican sus características esenciales.

II a. Definiciones de Componentes (no específicas):

Identifican un número de dimensiones de la calidad de vida pero no necesariamente describen todas las dimensiones.

II b. Definiciones de Componentes (específicas):

Son explícitamente diseñadas para satisfacer los objetivos de un área específica de investigación. Por lo tanto, pueden excluir ciertas dimensiones de la calidad de vida consideradas menos relevantes para los objetivos de la investigación.

III. Definiciones Focalizadas:

Se refieren solamente a un pequeño número de dimensiones de la calidad de vida.

III a. Definiciones Focalizadas Explícitas:

Se centran explícitamente en un pequeño número de dimensiones de la calidad de vida consideradas esenciales para dicho constructo.

III b. Definiciones Focalizadas implícitas:

Se centran en una o dos dimensiones del concepto de calidad de vida, sin especificar por qué lo están haciendo.

A continuación se presenta una recopilación de definiciones de calidad de vida aportadas por distintos autores, integrada a partir de Cervantes y Santana (2014) e Ilić y colaboradores (2010):

- ✓ Levi y Anderson (1980): La calidad de vida la entendemos como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo y, de felicidad, satisfacción y recompensa.
- ✓ Hornquist (1982): Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

- ✓ Calman (1987): Medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
- ✓ Ferrans (1990): Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
- ✓ Giusti (1991): Es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.
- ✓ Meeberg (1993): La calidad de vida es un sentimiento de satisfacción general de vida, según lo determinado por el individuo cuya vida se está evaluando. Otras personas (jueces externos) deberán coincidir con él en que las condiciones de vida del individuo son adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas.
- ✓ “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (WHOQoL Group, 1995 en Schwartzmann, 2003, p. 15).
- ✓ Felce y Perry (1995): La calidad de vida se define como un bienestar general global que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas del bienestar físico, material, social y emocional. Estos indicadores, junto con el grado de desarrollo personal y actividades significativas, se ponderan con la escala de valores del individuo.
- ✓ Lane (1996): La calidad de vida está definida por la relación entre elementos subjetivos o basados en la persona y un conjunto de circunstancias objetivas. Los elementos subjetivos de una alta calidad de vida comprenden una sensación de bienestar, desarrollo personal y desarrollo del aprendizaje. El elemento objetivo se concibe como la calidad de las condiciones en las que vive el individuo.
- ✓ Martin y Stockler (1998): Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad, a menor intervalo mejor calidad de vida.
- ✓ Cummins (1998): La calidad de vida es objetiva y subjetiva y, cada dimensión procede de los dominios: bienestar material, salud, productividad, intimidad, comunidad y bienestar emocional. Los dominios objetivos contienen las medidas objetivas de bienestar; en cambio, los

dominios subjetivos son aquellos que abarcan la satisfacción ponderada por la importancia del individuo.

- ✓ Haas (1999): Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
- ✓ Katschnig (2000): La calidad de vida debe estar relacionada con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.
- ✓ Schalock (2000): La calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones deseadas de vida de una persona, en relación con ocho dimensiones fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.
- ✓ Rejeski y Mihalko (2001): Una evaluación consciente de la satisfacción con la propia vida.
- ✓ Hagerty y colaboradores (2001): La calidad de vida es un término que implica la calidad de la vida entera de una persona, y no sólo algunos de sus componentes. De ello se deduce que si la calidad de vida es segmentada en sus dominios, aquellos dominios en su conjunto deben representar el concepto en su totalidad.
- ✓ Lawton (2001): Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
- ✓ Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002): Estado de bienestar influido por factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social.
- ✓ Schwartzmann (2003): Es un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal pero, también, este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

- ✓ Janse y colaboradores (2004): La calidad de vida es un constructo multidimensional que incluye los componentes físico, emocional, mental, social, y de comportamiento.
- ✓ Vinaccia y Orozco (2005): La calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

Líneas de Discusión sobre la Calidad de Vida

a) Multidimensionalidad vs Unidimensionalidad

La calidad de vida es un concepto multidimensional, cualquier reducción (frecuente entre los instrumentos de calidad de vida desarrollados desde la medicina) a un concepto mono factorial de salud resulta inadmisible y atenta contra los a priori del concepto. Es decir, la vida es ontológicamente multidimensional y su calidad habrá de serlo también (Blanco, 1985; Fernández-Ballesteros, 1992 en Fernández-Ballesteros, 1993). Ello implica que habrán de contemplarse factores personales como la salud, autonomía y satisfacción, así como factores socio ambientales o externos como relaciones interpersonales, redes de apoyo, servicios sociales, etc. (Fernández-Ballesteros, 1993).

b) Subjetividad vs Objetividad:

Desde el punto de vista objetivo, la definición operacional de calidad de vida debe incluir indicadores de aspectos reales y observables que contribuyan al bienestar de la persona (Fernández-Ballesteros, 1993).

Indicadores cuantificables en dimensiones como: salud (cuántas veces ha ido al médico en el último mes); autonomía (el número de actividades que el sujeto es capaz de realizar en la vida cotidiana); hábitos (frecuencia de actividades de esparcimiento como leer, ir a espectáculos, viajar); apoyo social (frecuencia de su relación con familiares, vecinos, amigos); ingresos económicos de los sujetos, recursos culturales disponibles, etc. (Fernández-Ballesteros, 1993).

Sin embargo, los indicadores objetivos aislados no podrían reportar la calidad de vida de una persona, pues no incluyen los sentimientos y las percepciones sobre

cada dimensión del concepto, los cuales repercuten indudablemente en su bienestar general (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Bajo el marco subjetivo se considera a la calidad de vida como un sinónimo de satisfacción personal. Así, la calidad de vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida. Este tipo de definiciones también tiene sus detractores, ya que, al otorgar el principal foco de interés al bienestar subjetivo y dejar de lado las condiciones externas/objetivas de vida, se está asumiendo que la gente tiene conciencia de absolutamente todo lo que hace incrementar o decaer su calidad de vida y se desconoce cuál es el punto de referencia que el individuo toma para evaluar su bienestar (Michalos, 2004 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Una perspectiva de calidad de vida reduccionista, ya sea exclusivamente subjetiva o exclusivamente objetiva, únicamente logrará empobrecer e invalidar un concepto que, por propia naturaleza, es extraordinariamente diverso. La vida establece condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad. Un mismo factor puede incluir tanto aspectos objetivos como subjetivos de la calidad de vida. Por ejemplo, las "redes de apoyo social", este constructo mantiene una dimensión subjetiva (el grado de satisfacción que siente una persona en sus relaciones familiares y sociales) y una dimensión objetiva (la frecuencia de contactos sociales o la existencia de apoyos sociales brindados por la comunidad) (Fernández-Ballesteros, 1993).

El componente objetivo se refiere a factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto sobre su bienestar, al componente subjetivo le corresponden definiciones globales basadas en el bienestar y sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad (Arita, 2005; Lugo, Barroso, & Fernández, 1996; Trujillo, Tovar, & Lozano, 2004 en Verdugo, Meda, Moy, Guzmán, & Monroy, 2007).

Las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a las percepciones del individuo sobre cada dimensión de la calidad de vida pueden ser reflejados en el bienestar general. Este grupo de definiciones intentaría conciliar la discusión acerca de considerar a la calidad de vida desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno puramente subjetivo. Un punto importante a destacar es el significado de cada una de las evaluaciones, en cada dominio de vida en particular; ya que éstas son interpretables en relación con el lugar de importancia que toma para la persona en cuestión (Felce & Perry, 1995 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

En el 2003, tanto Wrosch y Scheier como Huppert y Whittington plantean que se ha investigado la calidad de vida relacionándola con indicadores objetivos (condiciones de vida, estado de salud) e indicadores subjetivos (satisfacción con la vida, bienestar). Ambos asumen que explican parte de la varianza de la calidad de vida reportada por las personas y que las personas pueden valorar más una cosa que otra, dependiendo del significado que le otorguen y los estándares de comparación que utilicen (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

González-Celis (2010) define la calidad de vida como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva. La primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico. La interacción entre ambas es lo que determina la calidad de vida.

Sánchez-Sosa y González-Celis (2006 en González-Celis, 2010) señalan que el concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales:

1. El estado funcional, aquello que la persona es capaz de hacer.
2. El acceso a los recursos y las oportunidades.
3. La sensación de bienestar.

Las dos primeras dimensiones caen en la categoría de calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva.

Tonón (2008 en Núñez et al., 2010) apoya esta perspectiva especificando que la calidad de vida se define ampliamente incluyendo la descripción de las circunstancias de una persona (condición objetiva) así como sus percepciones y sentimientos, considerados ambos como las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva).

Actualmente existe un consenso respecto a que la calidad de vida debe tomar en consideración las condiciones de vida y las evaluaciones subjetivas (Noll, 2002 en Fernández-Mayoralas & Rojo, 2005). La mayoría de las agencias que recogen datos de bienestar nacional incluyen tanto indicadores objetivos como subjetivos en sus sistemas de estadísticas sociales. (Rapley, 2003 en Fernández-Mayoralas & Rojo, 2005)

Así, como apunta Browne en 1994, la calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones (Browne, 1994 en Aranibar, s.f.)

c) Aspectos Individuales vs Elementos Culturales:

En 1995, Felce y Perry agregan la necesidad de considerar los valores personales, aspiraciones y expectativas. La calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas del bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal, todos estos factores mediados por los valores culturales y personales. En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la OMS (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

El modelo presentado por la OMS no es el único, ni ha logrado el consenso de todos los investigadores. Pese a esto, cabe destacar la importante contribución de dicho modelo, pues plantea la influencia que ciertos factores tienen en la percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares, intereses y valores culturales (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

La esencia del concepto de calidad de vida está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual depende, en gran parte, de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Sin embargo, es frecuente que las investigaciones de calidad de vida dejen de lado estos aspectos antropológicos y culturales, asumiendo un sistema único globalizado de valores (Schwartzmann, 2003).

En el 2000, Minayo, Hartz y Buss señalan la relatividad del concepto de calidad de vida que, si bien en última instancia remite al plano individual (es cómo la persona siente y se ve a sí misma, independientemente de que esta evaluación sea o no compartida por los demás) tiene, al menos, tres marcos de referencia (Schwartzmann, 2003):

1. Histórico: Cada sociedad tiene parámetros diferentes de calidad de vida en distintos momentos históricos (Schwartzmann, 2003).
2. Cultural: Los distintos pueblos tienen parámetros diferentes de calidad de vida en virtud de sus tradiciones culturales, a partir de las cuales se van construyendo los valores y las necesidades (Schwartzmann, 2003).

El estudio transcultural de la OMS, durante el desarrollo del instrumento de evaluación de calidad de vida (WHOQOL-100), mostró el distinto valor cultural atribuido a mantener un nivel de independencia física entre personas de EE.UU. donde la importancia de la autonomía personal, de valerse por sí mismo y no depender de nadie, es un valor en sí mismo, en relación a países orientales donde tal concepción sería considerada “egoísta”. Igualmente, los estudios clásicos sobre la percepción del dolor en distintos grupos en los EE.UU. mostraron una mayor

tolerancia al dolor en los anglosajones, con respecto a italianos y judíos, donde culturalmente está más “permitido” expresar el dolor físico y psicológico (Schwartzmann, 2003).

Los instrumentos de evaluación de calidad de vida deben combinar características que les den sustento conceptual, confiabilidad y validez pero, es fundamental además, que sean relevantes culturalmente, es decir que pregunten sobre las cosas que realmente le importan a las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado (Schwartzmann, 2003).

3. Clase social a la que se pertenece: Las expectativas que cada uno tiene en relación a su propia vida tienen una estrecha relación con la clase social a la que pertenece. Este aspecto merece una reflexión aparte, pues, como se mencionó anteriormente, tanto los indicadores subjetivos (percepción), como los llamados “objetivos” (ingresos, empleo, oportunidades de acceso a la salud) son igualmente valiosos, dependiendo del objetivo de la evaluación. Cuando nos referimos exclusivamente al individuo es válido evaluar la percepción de su nivel de bienestar pero, cuando estamos pensando en términos sociales más amplios o de políticas de estado, no sería ético considerar que, si alguien que vive en la pobreza está satisfecho con su situación en la vida (porque no tiene mayores expectativas, porque nunca conoció otra realidad), la sociedad en su conjunto y el estado, en particular, no sean responsables de la modificación de esa situación (Schwartzmann, 2003).

d) Condición Ideal vs Condición Actual:

Entre los agentes que modulan la percepción de un individuo sobre su calidad de vida, el proceso de comparación se constituye en un elemento esencial, pues los estándares y referencias que se utilicen van a modelar el tipo de respuesta y la valoración otorgada a cada uno de los dominios evaluados (Norman, 2003 en Urzúa & Caqueo-Úrizar, 2012). En 1981, Campbell propone que las personas juzgan su situación particular en cada uno de los dominios evaluados de acuerdo a estándares de comparación basados en aspiraciones, expectativas, valores y sentimientos tomando como referencia a un grupo de comparación. Bajo este planteamiento, la calidad de vida resulta de la discrepancia entre un estado ideal y uno real, siendo alta cuando la discrepancia es pequeña, y baja cuando la brecha es grande (Felce & Perry, 1995 en Urzúa & Caqueo-Úrizar, 2012).

Para Skevington, O`Connell y WHOQoL Group (2004) la evaluación de la calidad de vida dependerá de la relación establecida entre dos factores: Por un lado, la valoración del dominio como tal, la cual lleva implícita la comparación social y, por otro lado, la importancia que la persona otorgue a este dominio. Bajo este marco,

la evaluación sería un proceso permanente y cambiante, pues los estándares o patrones de comparación utilizados pueden variar en el tiempo, otorgando así a la evaluación de la calidad de vida un carácter dinámico (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

El reporte de satisfacción está en función de las discrepancias percibidas entre lo que uno tiene y quiere, lo cual es directamente e indirectamente afectado por el sexo, edad, educación, raza, ingreso, autoestima y apoyo social (Michalos, 1985 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Al momento de compararse, la persona podría usar como estándares distintas medidas de tiempo o de sujeto, pudiendo compararse consigo mismo a través del tiempo o con su grupo de referencia. Bajo esta última línea de discusión es posible encontrar elementos que aporten a la reflexión desde la teoría de la comparación social. En 1954, Festinger introduce el término de comparación social, que hace referencia a las comparaciones que realiza un individuo de sus opiniones y habilidades en relación con las de su grupo, lo que le permite evaluar el propio ajuste a nuevas situaciones (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Esta necesidad de compararse, como postularon Gilbert, Price y Allan en 1995, es filogenéticamente muy antigua, biológicamente muy poderosa y reconocible en muchas especies. Así, también, es relevante para el estudio de la cognición, conducta y procesos afectivos de la vida psíquica del individuo, influyendo en su autoestima y bienestar subjetivo (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Estas comparaciones parecieran ser, la mayoría de las veces, un proceso inconsciente (Buunk, Belmonte, Peiró, Zurriaga & Gibbons, 2005 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012), pero podrían determinar el tipo de respuesta que la persona puede generar frente a un determinado suceso (evaluar su estado de salud, por ejemplo). Tal como plantean Mette y Smith en 1977, es una teoría sobre nuestras preguntas para conocernos a nosotros mismos, sobre la búsqueda de información relevante para el autoconocimiento (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

En la teoría de la Comparación Social, las opiniones y las habilidades de un individuo constituyen una auto-descripción de la persona en un momento en el tiempo, en comparación con otro. Las comparaciones son esenciales para la autoevaluación, pudiendo ser empleadas para recopilar información sobre atributos muy valorados como las expectativas sociales y las normas, de modo que las comparaciones pueden ser realizadas con distintas finalidades, siendo clave el contexto social, donde el grupo de pares participa en un proceso dinámico

en el que se dedican a compararse y ser objeto de comparación para otros (Jones, 2001 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012)

Al analizar estas líneas de discusión sobre el concepto de calidad de vida, se pueden identificar cuatro modelos conceptuales para dicho concepto (Gómez-Vela & Sabeh, 2001 en Aranibar, s.f.):

- 1.- Se define como la calidad de las condiciones de vida de una persona.
- 2.- Como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales.
- 3.- Como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
- 4.- Como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales derivadas de la comparación con su grupo de referencia (Gómez-Vela & Sabeh, 2001 en Aranibar, s.f.).

A pesar de que los dominios que componen el concepto de calidad de vida son similares en distintos grupos sociodemográficos, la ponderación que se le otorga a cada uno variará dependiendo del individuo, lo que amerita la necesidad de considerar la importancia que le atribuye cada uno de los sujetos a la dimensión evaluada, ya que ésta variará de acuerdo a su grupo de referencia, momento evolutivo, su escala de valores, historia de vida y su contexto socio-cultural (Urzúa, Caqueo-Urizar, & Albornoz, 2013a). En este sentido, los estudios sobre calidad de vida no han logrado comprender de qué manera los procesos socio cognoscitivos pueden influir en la autoevaluación de las personas (Urzúa & Cortés, 2013b).

Medición de la Calidad de Vida

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. Los instrumentos de evaluación de calidad de vida deben combinar características que tengan sustento conceptual, confiabilidad y validez, pero es fundamental, además, que sean relevantes culturalmente, es decir; que pregunten sobre las cosas que realmente les importan a las personas en un lugar y tiempo determinado (Schwartzmann, 2003).

Se tiene evidencia de la medición de calidad de vida a partir de los años 60. Los trabajos iniciales provienen de dos elementos: el primero fue considerar la evaluación a partir de un sistema de indicadores y, el segundo consistió en la incorporación de elementos objetivos y subjetivos en su medición. A nivel internacional se han desarrollado diversos índices con el propósito de medir la calidad de vida. Esto resulta importante por la forma en que distintos países e investigadores abordan su medición (Aguilera, Perón, & Hormía, 2014).

Según Flanagan (1978 en Nieto, Abad, Esteban, & Tijerina, 2004) los primeros análisis de la calidad de vida pueden clasificarse en dos grupos. El primero puede denominarse el mayoritario, el cual se centraba en confeccionar listados (lo más amplio posible) de los rasgos que se incluían en el constructo de calidad de vida. El segundo enfoque era minoritario y, pretendía comprender cómo construye el individuo su concepto personal de calidad de vida; para ello se basaba en los modelos dinámicos. A partir de estos enfoques se elaboraron modelos basados en la distinción de criterios subjetivos y objetivos al abordar la calidad de vida.

Antes de enumerar los instrumentos existentes y sus características principales, es importante mencionar los posibles objetivos de medir la calidad de vida (Fernández Ballesteros, 1996 en Cervantes & Santana, 2014):

1. Entender las causas y consecuencias de las diferencias en la calidad de vida entre individuos o grupos de individuos.
2. Conocer el impacto de las condiciones sociales y ambientales en la calidad de vida.
3. Estimar las necesidades de una población determinada.
4. Evaluar la eficiencia y eficacia de intervenciones en salud y/o la calidad del sistema de salud.
5. Tomar decisiones clínicas.

Cervantes y Santana (2014) mencionan los siguientes instrumentos de Medición de calidad de vida:

a) *The Quality of Life Questionnaire QLQ*

El Cuestionario de Calidad de Vida. Evans y colaboradores (1985 en Cervantes & Santana, 2014) construyeron un cuestionario auto aplicado. El cuestionario conceptualiza una estructura de calidad de vida en cinco áreas principales, constituidas, a su vez, por una serie de sub-áreas. Además, incluyeron una escala

de discapacidad social para permitir valorar la influencia de la misma en las respuestas de los sujetos.

Los principales dominios de esta escala son:

1. Bienestar general: constituido por bienestar material, bienestar físico y desarrollo personal.
2. Relaciones interpersonales: relaciones maritales, relaciones padre-hijo, relaciones extramatrimoniales.
3. Actividad organizacional: conducta altruista, conducta política.
4. Actividad ocupacional: características de trabajo, relaciones laborales, satisfacciones del trabajo.
5. Ocio y actividad recreativa: actividad deportiva, vacaciones.

b) *Quality of Life Inventory*

Inventario de Calidad de Vida, Frisch y colaboradores (1988 en Cervantes & Santana, 2014), utilizaron como sinónimos los conceptos de satisfacción vital y calidad de vida para referirse a la evaluación subjetiva del grado de satisfacción de necesidades, metas y deseos más importantes. En el cuestionario se evalúan diecisiete áreas:

1. Salud
2. Auto-consideración
3. Filosofía de vida
4. Nivel de vida
5. Trabajo
6. Tiempo de ocio
7. Aprendizaje
8. Creatividad
9. Servicio Social
10. Acciones cívicas
11. Relaciones de afecto
12. Amistad
13. Relaciones con los hijos
14. Relaciones familiares
15. Hogar
16. Vecindad
17. Comunidad

c) El cuestionario EQ-5D

Es un instrumento que mide la calidad de vida en relación con la salud y está compuesto por cinco dimensiones (The EuroQoL Group, 1990 en Acosta, Vales, Echevarría, Serrano, & García, 2013):

1. Movilidad
2. Cuidado personal
3. Actividades cotidianas
4. Dolor
5. Estado de ánimo

d) Cuestionario de Calidad de Vida

El cuestionario de Calidad de Vida de Ruiz y Baca (1991 en Cervantes & Santana, 2014) consta de 35 reactivos y evalúa la satisfacción del individuo en las siguientes dimensiones:

1. Apoyo social (9 reactivos)
2. Satisfacción general (13 reactivos)
3. Bienestar físico/psíquico (7 reactivos)
4. Distensión laboral/tiempo libre (6 reactivos)

El instrumento permite obtener puntuaciones en cada una de las cuatro subescalas, así como una puntuación global.

e) MOS SF-36

El *Medical Outcomes Study*, de 36 reactivos; “Estudio de Indicadores de Salud”, fue realizado por Ware (1992 en Nieto et al., 2004) es uno de los instrumentos genéricos de calidad de vida más utilizados en pacientes crónicos en el mundo. Consta de 36 apartados, agrupados en 8 escalas:

1. Salud general
2. Vitalidad
3. Función física
4. Salud física
5. Dolor corporal
6. Función social
7. Salud emocional
8. Salud mental

Ofrece además dos medidas globales: el componente físico y el componente mental, que se obtienen sumando las puntuaciones de ambas escalas. El SF-36

requiere unos 5-10 minutos para completarse, proporcionando un perfil de estado de salud basado en la puntuación alcanzada en cada una de las 8 escalas o conceptos de salud.

f) *The Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life, SEIQoI*

Agenda para la evaluación de la Calidad de Vida Individual. Elaborada por O'Boyle y colaboradores (O'Boyle et al., 1995 en Fernández-Mayoralas & Rojo, 2005). Su propósito es evaluar la calidad de vida desde una perspectiva individual. Está diseñada para ser aplicada en adultos (18 a 95 años) enfermos o sanos. No se puede aplicar a personas con discapacidad cognoscitiva. La primera parte del SEIQoI es una entrevista semiestructurada, donde el individuo nombra las cinco áreas de vida que considera más importante para su calidad de vida general. Para ponderar la importancia dada por el individuo a cada área de vida seleccionada se utilizan 30 reactivos.

g) *Comprehensive Quality of Life Scale (ComQoI-A5)*

Escala Integral de Calidad de Vida (Rapley, 2003 en Fernández-Mayoralas & Rojo, 2005). Desarrollada por Cummins, la ComQoI-A5 es un instrumento autoadministrado que teoriza la calidad de vida como un constructo multidimensional, descrito en términos objetivos y subjetivos. Selecciona siete dominios:

1. Bienestar material,
2. Salud,
3. Productividad,
4. Intimidad,
5. Seguridad,
6. Lugar en la comunidad,
7. Bienestar emocional.

En Colima, Verdugo y colaboradores (2007) buscaron obtener un instrumento sobre calidad de vida, construido, validado y confiabilizado en una muestra mexicana de adultos; diseñaron una escala tipo Likert, constituida por 24 reactivos y siete factores.

A continuación se muestran los factores con los reactivos correspondientes:

Factores Verdugo y colaboradores (2007)	
Factores	Reactivos
1. Satisfacción laboral	1. Me satisfacen las actividades que realizo en mi tiempo libre 2. Generalmente me resulta fácil resolver los problemas que se me presentan 3. Estoy satisfecho(a) con mis labores diarias 4. Mis recursos económicos satisfacen mis necesidades 5. Estoy satisfecho(a) de mi desempeño en mis labores diarias 6. Estoy satisfecho(a) con el reconocimiento social hacia mi labor como trabajador 7. Considero que mi vida es productiva 8. Me agrada la forma en que vivo
2. Satisfacción con la vivienda	9. Estoy satisfecho(a) con la situación legal de mi vivienda 10. Estoy satisfecho(a) con los servicios de mi vivienda 11. Estoy satisfecho(a) con las condiciones generales de mi vivienda
3. Satisfacción familiar	12. Mi familia es agradable 13. Me agrada estar con mi familia
4. Salud	14. Me agrada mi apariencia física 15. Mi estado de salud es óptimo 16. Mi alimentación es adecuada
5. Relaciones sociales y personalidad	17. Me considero una persona amable 18. Me gusta mi carácter 19. Me gusta vivir 20. Me agrada tener amigos
6. Satisfacción comunitaria	21. Estoy satisfecho(a) con las zonas de esparcimiento de mi comunidad 22. Estoy satisfecho(a) con los servicios públicos de mi comunidad
7. Relaciones vecinales	23. Me gusta convivir con mis vecinos 24. Me agrada como me tratan en mi comunidad

Figura 3. Factores Verdugo y colaboradores (2007).

Fuente: Validez y Confiabilidad de una Escala para Evaluar la Calidad de Vida en Adultos (Verdugo et al., 2007).

En la Ciudad de México, se elaboró el Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA), el cual está compuesto por 53 reactivos tipo Likert que evalúan 12 áreas de la calidad de vida relacionada con la salud: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognoscitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica, y relación con el médico (Riveros, Sánchez-Sosa, & Del Águila, 2009 en Garduño, Sánchez-Sosa, & Riveros, 2010).

En la recopilación de más de cien instrumentos de calidad de vida que realizan Velarde y Ávila (2002) se puede apreciar que la mayoría son realizados en Estados Unidos y están enfocados en la calidad de vida relacionada con la salud:

No.	Instrumento	País	Idioma	Año
1	The Sickness Impact Profile: SIP	EUA	Inglés	1981
2	The McMaster Health Index Questionnaire	EUA	Inglés	1982
3	The Sickness Impact Profile: SIP	EUA	Inglés-español	1984
4	The MOS- Short-form General Health Survey	EUA	Inglés	1988
5	The Quality of Life Survey	EUA	Inglés	1989
6	Quality of Life Index: QL-Index	EUA	Inglés	1989
7	The Nottingham health Profile: NHP	Reino Unido	Inglés	1987
8	The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: MOS	EUA	Inglés	1990
9	The Dartmouth – COOP EUA	EUA	Inglés	1990
10	The Dartmouth – COOP EUA	EUA	Español	1990
11	The Duke Health Profile: DUKE	EUA	Inglés	1990
12	The Functional Status Index	EUA	Inglés	1990
13	The Karnofsky Performance Scale	EUA	Inglés	1991
14	The General Health Questionnaire: GHQ-28	EUA	Inglés	1992
15	The Health Assessment Questionnaire: HAQ	EUA	Inglés	1992

16	The Medical Outcomes Study (MOS) Short-Form Health Survey: MOS	EUA	Inglés	1992
17	The Sickness Impact Profile: SIP 68 Short Generic Version	EUA	Inglés	1994
18	The Quality of Wellbeing Scale: QWB	EUA	Inglés	1994
19	The MOS-36-item Short-Form Health Survey:SF-36	EUA	Inglés	1994
20	Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (SIP)	España	Español	1995
21	The Quality of Life Health Questionnaire: QLHQ	EUA	Inglés	1995
22	Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV	México	Español	1996
23	The McGill Pain Questionnaire: MPQ	EUA	Español	1996
24	The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C36	Suiza	Inglés	1996
25	The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C30	Dinamarca	Inglés	1997
26	The Short form Health Related Quality of Life: HRQL	EUA	Inglés	1997
27	The General Health Perception: GHP	Canadá	Inglés	1997
28	The Wisconsin Quality of Life Index Canadian Version: CaW-QLI	Canadá	Inglés	1999
29	The European Research Questionnaire Quality of Life: EUROQOL 5D	Canadá	Inglés	1999
30	Encuesta: SF-36	México	Español	1999
31	The Modified Health Assessment Questionnaire: M-HAQ	EUA	Inglés	1999
32	The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL	EUA	Inglés	1999

33	The Health Related Quality of Life Short Form: HRQL	EUA	Inglés	2000
34	The RAND 36-Item Health Survey Questionnaire: RAND- SF-36	EUA	Inglés	2000
35	The Perceived Quality of Life Scale: PQoL	EUA	Inglés	2000
36	The Index of Wellbeing: IWB	EUA	Inglés	2000
37	The Health and Activities Limitations Index: HALEX	EUA	Inglés	2000
38	The Medical Outcomes Study Short-form Health Survey: MOS 6A	Reino Unido	Inglés	2000
39	The QL-Index, LASA Scales	Canadá	Inglés	2000
40	The Goldman Specific Activity Scale	EUA	Inglés	1981
41	The Rose Questionnaire	EUA	Inglés	1994
42	The Seattle Questionnaire SAQ	EUA	Inglés	1994
43	The Mild Hypertension Vital Signs Quality of Life Questionnaire: VSQLQ	EUA	Inglés	2000
44	The Chronic Venous Insufficiency Questionnaire: CIVIQ	Francia	Francés	1996
45	The Diabetes Quality of Life: DQOL	EUA	Inglés	1993
46	The Diabetes Specific Quality of Life Scale for patients With Type I Diabetes: DSQOLS	Alemania	Inglés	1998
47	Quality of Life Questionnaire for Graves Ophthalmopathy: GO-QOL	Países Bajos	Inglés	1999
48	Quality of Life Parkinson's Disease Questionnaire: PDQ-39	EUA	Inglés	1999
49	The Quality of Life Questionnaire for Multiple Sclerosis: QOLQ for MS	EUA	Inglés	1997
50	The Epilepsy Surgery Inventory-55: ESI-55	EUA	Inglés	1992

51	The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 10	EUA	Inglés	1996
52	The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 31	EUA	Inglés	1999
53	The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 89	EUA	Inglés	2000
54	The Assessment of Quality of Life in Adults with Growth Hormone deficiency: QoL-AGHDA	Suiza	Inglés	1999
55	The Migraña Disability Assessment Score	EUA	Inglés	1999
56	The Oral Health-Related Quality	Alemania	Alemán	2000
57	The Chronic Ear Survey: CES	EUA	Inglés	2000
58	The Chronic Respiratory Disease Questionnaire: CRQ	EUA	Inglés	2000
59	The Measure Yourself Medical Medical Outcome Profile: MYMOP	Reino Unido	Inglés	2000
60	The Marks Asthma Quality of Life Questionnaire: AQLQ	EUA	Inglés	1999
61	The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: IBDQ	Canadá	Inglés	2000
62	The Urge-Urinary Distress Inventory: U –UDI	EUA	Inglés	1999
63	The Urge-Incontinence Impact Questionnaire: U –IIQ	EUA	Inglés	1999
64	The Dermatology-Specific Quality of Life instrument: DSQL	EUA	Inglés	1998
65	The Dermatology Life Quality Index	Reino Unido	Inglés	1999
66	The quality of Life Measurement for Chronic Skin Disorders: The VQ-Dermato	Francia	Francés	1999
67	The Psoriasis Disability Index PDI- 15Q	Noruega	Inglés	1999
68	The recurrent Genital Herpes Quality of Life	Francia	Francés	1999

	Questionnaire: RGHQoL			
69	The Spanish Version of Skindex-29	España	Español	2000
70	The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS	EUA	Inglés	1989
71	The Health Assessment Questionnaire Disability Index: HAQ-FDI	Italia	Italiano	1993
72	The Health Assessment Questionnaire Disability Index: HAQ-DI	México	Español	1993
73	The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS	México	Español	1994
74	The Shoulder Disability Questionnaire: SDQ	Países Bajos	Inglés	2000
75	Play Performance Scale for Children: PPSC	EUA	Inglés	1985
76	The Functional Status Measure of Child Health: FS II (R)	EUA	Inglés	1990
77	The Physical Health Status Instrument	EUA	Inglés	1991
78	The Quality of Wellbeing Scale: QWB	EUA	Inglés	1994
79	The Dartmouth – COOP	México	Español	1996
80	The Childhood Health Questionnaire: CHAQ	Brasil	Portugués	1994
81	The Childhood Health Assessment Questionnaire: CHAQ	EUA	Inglés	1997
82	The Childhood Health Assessment Questionnaire: CHAQ	México	Español	1997
83	The Costa Rica Childhood Health-Assessment Questionnaire: CR- CHAQ	Costa Rica	Español	1997
84	The Short form Health Related Quality of Life: HRQL	EUA	Inglés	1997
85	The Pediatric Quality of Life Inventory: PedsQL	EUA	Inglés	1999
86	The Health Related Quality of Life: HRQOL	EUA	Inglés	2000
87	The Childhood Health	Canadá	Inglés	2000

	Childhood Assessment Questionnaire Disability Index: CHAQ-DI			
88	The "How are you" questionnaire: HAY	Países Bajos	Inglés	2000
89	The Activities Scale for Kids Questionnaire: ASK	Canadá	Inglés	2000
90	The Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index: SLEADI	Canadá	Inglés	1997
91	The Prostate Cancer Specific Quality of Life Instrument: PROSQOLI	Canadá	Inglés	1998
92	The Schwartz Cancer Fatigue Scale: SCFS	EUA	Inglés	1999
93	The Patient-Oriented Prostate Utility Scale: PORPUS	Canadá	Inglés	2000
94	The Fatigue Severity Scale: FSS Hepatitis C	EUA	Inglés	2000
95	The Medical Outcomes Study (MOS) Short Form Health Survey: MOS-HIV HIV-SIDA	EUA	Inglés	1992
96	The Self Report HIV-Specific Quality of Life HOPES : HIV-SIDA	EUA	Inglés	1996
97	The HIV- QL31 HIV- SIDA	EUA	Inglés	1997
98	The Mc Gill Quality of Life Questionnaire for HIV: MOQL-HIV HIV- SIDA	EUA	Español	1999
99	The Medical Outcomes Study HIV Health Survey: MOS - HIV HIV- SIDA	EUA	Inglés	1999
100	The HIV- AIDS-Targeted Quality of Life: HAT-QoL HIV- SIDA	EUA	Inglés	1999
101	The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL HIV- SIDA	EUA	Inglés	1999
102	The Medical Outcomes Study HIV Health Survey: (MOS-HIV-30) HIV- SIDA	Canadá	Inglés	2000
103	The Severity Classification System for ADIS: SCSAH HIV-SIDA	EUA	Inglés	2000

104	Calidad de Vida del Niño con Epilepsia: test CAVE	España	Español	1997
105	The Quality of Life in Epilepsy Inventory for Adolescents: QOLIE-AD-48	EUA	Inglés	1999
106	The quality of Life in Newly Diagnosed Epilepsy Instrument: NEWQOL	Reino Unido	Inglés	2000
107	The Quality of Life in Pediatric Epilepsy Scale (Child Form)	EUA	Inglés	2000
108	The Quality of Life in Pediatric Epilepsy Scale (Parent Form)	EUA	Inglés	2000
109	The Quality of Life in Childhood Epilepsy Questionnaire: QOLCE	Australia	Inglés	2000
110	The Oral Health-Related Quality of Life	Nueva Zelandia	Inglés	2000
111	The Sinus Symptom Questionnaire: SSQ	EUA	Inglés	1999
112	The Canadian Acute Respiratory Illness	Canadá	Inglés	2000
113	The Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire: PAQLQ	EUA	Inglés	1996
114	The Modified and Shortend Version on the Living with Asthma Questionnaire: MS-LWAQ	Canadá	Inglés	1999
115	The Caregiver Quality of Life-Questionnaire: PACQLQ	Canadá	Inglés	2000
116	The Juvenile Arthritis Functional Status Index: JASI	Canadá	Inglés	1996
117	The Juvenile Arthritis Quality of Life	EUA	Inglés	1997
118	The Childhood Arthritis Health Profile: CHAP	EUA	Inglés	1999
119	Escala de Actividades del Niño con Leucemia	México	Español	1996
120	The Pediatric Oncology Quality of Life Scale:	EUA	Inglés	1996

	POQOLS			
121	The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory: PCQL	EUA	Inglés	1998
122	The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory: PCQL-32	EUA	Inglés	1999

Figura 4. Evaluación de la Calidad de Vida de Velarde y Ávila.

Fuente: Evaluación de la Calidad de Vida (Velarde & Ávila, 2002).

Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud

En 1991 la OMS conformó un equipo multicultural de trabajo en calidad de vida (World Health Organization Quality of Life Group: WHOQOL-Group). En 1995, este grupo propuso una definición que amplía el término explicándolo como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (Urzúa & Caqueo, 2012).

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Urzúa & Caqueo, 2012).

El Grupo WHOQOL establece una serie de consensos básicos en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores (Grupo WHOQOL, 1995 en Schwartzmann, 2003). Estos consensos básicos son los siguientes:

Las medidas de calidad de vida deben ser:

- Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
- Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.
- Incluir sentimientos positivos y negativos.
- Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Esta definición y puntos de consenso fueron la base para la creación del instrumento de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-100) (Schwartzmann, 2003).

Dicho instrumento se basó en los siguientes postulados:

- a) Se observa una amplia entidad englobada bajo el término “calidad de vida”.
- b) Puede construirse una medida cuantitativa de calidad de vida que sea confiable, válida y sensible.
- c) Esta medida de calidad de vida puede ser aplicada a distintas poblaciones.
- d) Cualquier factor que afecte a la calidad de vida debería influir sobre varios de los componentes del instrumento, y el instrumento debería, por tanto, servir como medida del efecto de las enfermedades y de las intervenciones de salud específicas sobre la calidad de vida (Aranibar, s.f.).

En este contexto, se diseñó un instrumento que:

- 1) Se desarrolló transculturalmente (15 centros alrededor del mundo colaboraron en este desarrollo).
- 2) Pudiera aplicarse tanto para medir la calidad de vida en una determinada cultura como para comparar la calidad de vida entre diferentes culturas.
- 3) Concediera importancia a la percepción del individuo.
- 4) Tuviera una aplicación potencial alta para la evaluación de la calidad de vida en distintas situaciones y diferentes grupos de población.
- 5) Mantuviera un rigor psicométrico y un desarrollo sistemático (Aranibar, s.f.).

El instrumento evalúa globalmente la calidad de vida a través de 100 preguntas, y analiza 6 dimensiones (factores) y 24 sub-dimensiones (subfactores). Los sujetos contestan a las preguntas a través de una escala de cinco puntos, referidos a la intensidad o la frecuencia, la satisfacción o la capacidad (Nieto et al., 2004).

Por otro lado, el WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998 en Acosta et al., 2013) de 26 reactivos se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos), para evaluar la calidad de vida de forma que permitiera reducir el número de dimensiones sin perder sus propiedades psicométricas. Las cuatro áreas que cubre este cuestionario son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

Tanto el WHOQOL-100 como el WHOQOL-BREF tienen una buena validez discriminante, de contenido y una adecuada confiabilidad test-retest. Las puntuaciones en las áreas del WHOQOL-BREF se correlacionan con un coeficiente de 0,9 con las del WHOQOL-100. Ambos instrumentos están disponibles en más de 20 idiomas diferentes (Acosta et al., 2013).

Factores del WHOQOL-100	
Dimensión	Factores
	Calidad de Vida en General
	Salud en General
Salud física:	1. Dolor y malestar 2. Energía y fatiga 3. Sueño y descanso
Salud Psicológica:	4. Sentimientos positivos 5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración 6. Autoestima 7. Imagen corporal 8. Sentimientos negativos
Grado de Independencia	9. Movilidad 10. Actividades cotidianas 11. Dependencia de medicación o tratamientos 12. Capacidad de trabajo
Relaciones sociales:	13. Relaciones personales 14. Apoyo social 15. Actividad sexual
Medio Ambiente:	16. Seguridad física 17. Medio doméstico

	18. Recursos económicos 19. Salud y atención social: disponibilidad y calidad 20. Oportunidades para obtener y adquirir nueva información 21. Participación y oportunidades para el ocio 22. Medio físico (contaminación/ruido/tráfico/clima) 23. Transporte
Espiritualidad:	24. Espiritualidad/religión/creencias personales

Figura 5. Factores del WHOQOL-100.

Fuente: The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties (WHOQOL, 1998).

WHOQOL-BREF

Se compone de 26 preguntas, de las cuales, una indaga sobre la evaluación de la calidad de vida en general, una sobre la satisfacción con la salud en general y las 24 restantes son agrupadas en cuatro dominios: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004).

Este instrumento surge a partir del WHOQOL-100, después de 10 años de investigación sobre la calidad de vida en 23 países diferentes, y está diseñado para uso genérico como un perfil multidimensional. Sus puntos fuertes conceptuales y metodológicos, sumados a sus propiedades psicométricas, sugieren que el WHOQOL-BREF podría tener un lugar entre los principales instrumentos de calidad de vida genéricos multidimensionales (Skevington et al., 2004).

Factores del WHOQOL-BREF	
Dimensión	Factores
	Calidad de Vida en General
	Salud en General
Salud física:	1. Malestar Físico 2. Energía 3. Sueño 4. Dependencia a algún Medicamento 5. Movilidad 6. Actividades de la Vida Diaria 7. Capacidad de Trabajo.
Salud Psicológica:	8. Sentimientos Positivos 9. Sentimientos Negativos 10. Autoestima 11. Cogniciones 12. Imagen Corporal 13. Espiritualidad, religión y creencias personales.
Relaciones sociales:	14. Relaciones Personales 15. Sexo 16. Apoyo Social.
Medio Ambiente:	17. Recursos Financieros 18. Información 19. Recreación y Medio Ambiente 20. Entorno en el Hogar 21. Acceso a la Atención Sanitaria y Social 22. Seguridad física 23. Entorno Físico 24. Transporte.

Figura 6. Factores del WHOQOL-BREF.

Fuente: The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report From the WHOQOL Group (Skevington et al., 2004).

Bienestar Subjetivo

El bienestar subjetivo se refiere a las evaluaciones que las personas hacen de sus vidas, evaluaciones que son cognoscitivas y afectivas. Las personas experimentan altos índices de bienestar cuando se perciben muchas emociones agradables y pocas desagradables, cuando participan en actividades significativas e interesantes, cuando experimentan muchos placeres y pocos dolores, y cuando están satisfechos con sus vidas (Diener, 2000).

Diener y Suh (1997) indican que, para entender el bienestar, es necesario examinar directamente cómo se siente una persona con respecto a su vida en el contexto de sus propios estándares. Según estos autores, el bienestar subjetivo consiste en tres componentes interrelacionados:

- 1. Satisfacción con la vida:** Evaluación cognoscitiva sobre qué tan satisfecho se encuentra el individuo con su propia vida.
- 2. Afectos positivos:** Emociones o estados de ánimo positivos
- 3. Afectos negativos:** Emociones o estados de ánimo negativos

En contraste con los modelos clínicos tradicionales de salud mental, el bienestar subjetivo incluye tanto experiencias afectivas positivas como negativas. Es decir; el concepto de bienestar subjetivo no se refiere únicamente a la ausencia de experiencias negativas, también incluye la presencia de afecto positivo y satisfacción con la vida. Debido a que un individuo puede presentar altos niveles de bienestar subjetivo en uno de sus factores y bajos niveles en otros, cada uno de los tres componentes deben evaluarse por separado (Diener & Suh, 1997).

Para Diener, Sandvik y Pavot (1991 en Velasco, 2015), la dimensión afectiva puede medirse a través de frecuencia o intensidad del afecto.

La frecuencia es una forma más fácil y precisa para medir afecto que la intensidad, puesto que la información referente a ella puede ser recordada y codificada de manera más puntual. La evidencia empírica ha demostrado que las personas recuerdan mejor la frecuencia de sus emociones y que dicho recuerdo es menos ambiguo, o sesgado que el de la intensidad. Por otro lado, las experiencias positivas muy intensas pueden ir seguidas de un periodo de privación o sufrimiento, o causar que experiencias posteriores sean evaluadas de manera menos positiva, por lo que la relación entre bienestar a largo plazo y frecuencia de emociones positivas es más fuerte que la relación entre bienestar a largo plazo e intensidad de emociones positivas (Velasco, 2015).

La evaluación subjetiva del bienestar se deriva del contexto, valores y objetivos personales: si la persona valora el altruismo o el trabajo duro, los comportamientos congruentes con estos valores pueden llevarlo a un sentimiento de satisfacción a largo plazo. Es más probable que el bienestar subjetivo se experimente cuando las personas trabajan hacia las metas personales que se derivan de sus valores importantes (Diener & Suh, 1997).

Diener y Fujita (1995 en Velasco, 2015) encontraron que los recursos correlacionaban más fuerte con el bienestar cuando eran relevantes para las necesidades del individuo (por ejemplo, el poseer mucho dinero influye fuertemente en el bienestar de aquellos cuyas necesidades personales incluyen la adquisición de riquezas), es decir, los recursos afectan al bienestar en función de las metas o valores del individuo.

Diener (2000) indica que, la felicidad duradera puede venir, en parte, de actividades tales como trabajar para las propias metas, tener relaciones sociales cercanas y participar en actividades que permitan entrar en estado de flujo.

Arita (2005) indica que, el propósito de la homeostasis es mantener un sentido de bienestar personal, y la influencia de los mecanismos psicológicos como la necesidad de proteger al yo de apreciaciones negativas, disminuye al ir de lo personal (proximal), hacia la familia, los amigos y la sociedad (distales).

De esta manera, si las evaluaciones de la satisfacción van de lo proximal (personal) a lo distal (social), el nivel de manejo homeostático de la satisfacción disminuye y la sensibilidad incrementa: de manera que encontramos baja sensibilidad para las evaluaciones personales, mediana sensibilidad para las evaluaciones referentes a la familia y amigos, y alta sensibilidad para la evaluación de la satisfacción con las dimensiones de la sociedad (Arita, 2005).

Es decir; si los dominios están distantes de la influencia homeostática, se vuelven más distales o más específicos y, pueden mostrar mayor sensibilidad a las condiciones actuales de vida. La sensibilidad es inversa al control homeostático, manifestándose baja sensibilidad en las medidas de lo personal/abstracto y alta sensibilidad para lo social/específico. Lo anterior se observa en los resultados obtenidos por Cummins y sus colaboradores (2002 en Arita, 2005), donde el índice de bienestar personal fluctuó entre 7.3 y 7.5 y el de bienestar nacional entre 5.7 y 6.2 en las tres encuestas realizadas. La evaluación más baja para la dimensión personal fue de 6.8 (satisfacción con la comunidad), en tanto que la más baja para la dimensión nacional fue de 4.9 (satisfacción con la distribución de la riqueza). El bienestar personal es proximal y sujeto al control homeostático, mientras que el

bienestar nacional es más distal y por lo tanto más sensible y específico en su evaluación (Arita, 2005).

Bienestar Subjetivo		
Áreas de incidencia/ Dimensiones	Afectiva	Cognoscitiva
Satisfacción con la vida	✓	✓
Afectos positivos	✓	✓
Afectos negativos	✓	✓

Figura 7. Áreas de Incidencia y Dimensiones del Bienestar Subjetivo.

Calidad de Vida			
Áreas de incidencia/ Dimensiones	Afectiva	Cognoscitiva	Conductual
Salud física	✓	✓	✓
Salud psicológica	✓	✓	✓
Relaciones interpersonales	✓	✓	✓
Recursos/Entorno	✓	✓	✓

Figura 8. Áreas de Incidencia y Dimensiones de la Calidad de Vida.

➤ Teoría del Equilibrio Dinámico:

La Teoría del Equilibrio Dinámico del Bienestar Subjetivo se propuso, inicialmente, para dar cuenta de los vínculos entre la personalidad, las experiencias, el bienestar y el malestar (Headey & Wearing, 1989 en Headey, 2006). Antes de eso, Brickman y Campbell (1971 en Headey, 2006) habían demostrado que las personas suelen volver a una línea base o punto de equilibrio de la felicidad después de eventos importantes en la vida como convertirse en un parapléjico o ganar la lotería. La teoría del Equilibrio Dinámico propone un punto de referencia, alrededor del cual, los niveles del bienestar subjetivo de las personas parecen oscilar continuamente (Headey, 2006).

La teoría depende de encontrar que, la mayoría de personas, en la mayoría de las ocasiones, tengan niveles estables de Bienestar Subjetivo (Headey, 2006).

Headey y Wearing (1989 en Headey, 2006) han estudiado ciertos factores que tienden a mantener a la gente cerca de su punto de equilibrio de felicidad o bienestar subjetivo, ellos atribuyen la estabilidad a largo plazo a los rasgos de extroversión (E) y neuroticismo (N).

Otros investigadores han estudiado los efectos que ciertas experiencias pueden tener a mediano plazo o de forma permanente en el punto de equilibrio. Estos eventos incluyen la muerte inesperada de un hijo (Wortman & Plata, 1987 en Headey, 2006), desempleo (Clark et al., 2004 en Headey, 2006), enviudar o el matrimonio (Lucas et al., 2003 en Headey, 2006).

-Aspectos centrales de la teoría del Equilibrio Dinámico (Headey, 2006):

1. Cada persona tiene sus propios niveles estables de bienestar y malestar.
2. Los niveles de bienestar y malestar dependerán en parte de Extroversión (E) y Neuroticismo (N). Las personas que califican alto en (E) y bajo en (N) tienen altos niveles de bienestar y bajos de malestar, las que puntúan bajo en (E) y alto en (N) tendrán bajos niveles de bienestar y altos de malestar. Las personas que puntúan alto en ambos (E y N) puntúan alto en tanto en bienestar como en malestar. Las personas que califican bajo en ambos (E y N) puntúan bajos en bienestar y malestar.
3. Cada persona tiene una tendencia a mostrar ciertos patrones repetitivos de experiencias y acontecimientos en la vida.
4. Los patrones repetitivos de eventos que experimentan las personas son promovidos por la etapa del ciclo de vida y tres rasgos de la personalidad:

Neuroticismo, Extroversión y Apertura a la experiencia (A). Las personas que experimentan muchos acontecimientos positivos y pocos negativos puntúan altos en (E), bajos en (N), altos en (A) y son relativamente jóvenes. Las personas que experimentan pocos acontecimientos positivos y muchos negativos puntúan bajos en (E), altos en (N), altos en (A) y son relativamente jóvenes. Las personas que experimentan muchos acontecimientos negativos y muchos positivos puntúan altos en (E), altos en (N), y altos en (A) y son relativamente jóvenes. Las personas que experimentan pocos eventos negativos y pocos positivos puntúan bajos en (E), bajos en (N), bajos en (A), y son relativamente viejos.

5. En la medida que una persona repite el patrón de experiencias positivas y negativas, los niveles de bienestar y malestar se mantendrán cercanos al punto de equilibrio. Por otro lado, mientras una persona se desvíe del patrón de experiencias, los niveles de bienestar y malestar se desviarán del punto de equilibrio.

Headey (2006) propone que, los puntajes de satisfacción de las personas que son más extrovertidas, neuróticas y abiertas a la experiencia, oscilan más ampliamente que los de otros individuos. También, menciona que es poco probable que una persona que puntúa cerca de la media o por debajo de ella en estos rasgos, experimente acontecimientos lo suficientemente significativos como para alterar drásticamente sus niveles de bienestar o malestar de forma permanente en más de una ocasión. Por supuesto, podría suceder; como se señaló anteriormente, se ha demostrado que algunos eventos, sobre todo la muerte de un hijo, son tan terribles que pueden alterar permanentemente los niveles de bienestar subjetivo.

Calidad de Vida en México

-BIARE, INEGI:

El módulo de Bienestar Auto-reportado (BIARE) del INEGI tiene como propósito captar los aspectos centrales de bienestar subjetivo que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) recomienda (INEGI, 2015).

El concepto de bienestar subjetivo, cuyo principal instrumento operativo en el INEGI son los módulos BIARE, se refiere a las percepciones de los individuos sobre su propia situación y contexto. Para el INEGI, estas percepciones comprenden tres aspectos (INEGI, 2015):

- a) Satisfacción con la vida en general y con aspectos particulares de la misma (dominios de satisfacción)
- b) Enunciados referidos a fortaleza anímica y sentido de vida (eudaimonia)
- c) Balance afectivo, el cual explora la prevalencia relativa de estados anímicos positivos o negativos

En una escala de 0 a 10 el promedio de satisfacción con su vida por parte de la población adulta urbana se situó en enero de 2015 en 8.2; los promedios más altos los presentó el grupo poblacional de entre 18 y 29 años de edad (8.4) y los más bajos los obtuvo el grupo de 60 a 74 años (7.8) (INEGI, 2015).

En lo que concierne a aspectos específicos de la vida, los mayores promedios de satisfacción se refieren a las relaciones personales (8.7) mientras que, aspectos que van más allá de la esfera privada de interacción, tales como el país y la seguridad ciudadana, registraron satisfacción de 6.9 y 5.6, respectivamente (INEGI, 2015).

En enero de 2015, un 4.1% de la población adulta urbana se ubicó con un balance anímico negativo; 30.1% en un balance ligeramente positivo y 65.8% en un balance inequívocamente positivo (INEGI, 2015).

BIARE se aplica en el primer mes de cada trimestre a una muestra de 2,336 viviendas distribuidas en 32 ciudades del país (una por Entidad Federativa), considerando un adulto, seleccionado al azar, por vivienda (INEGI, 2015).

-SAVISO:

En septiembre de 2013 se crea el Seminario de Satisfacción Subjetiva con la Vida y la Sociedad (SAVISO). El objetivo del Seminario es comprender y analizar los factores determinantes del bienestar subjetivo de la población en México e identificar qué políticas lo favorecen; integrado por profesores e investigadores de diferentes facultades y escuelas de la UNAM (Ciencias Políticas y Sociales; Economía; Psicología; Trabajo Social), de otras universidades e instituciones (FLACSO; Instituto Mora; INEGI). El seminario pretende medir el bienestar subjetivo como una forma complementaria de medir y comprender el progreso de las naciones (SAVISO, 2015).

La Encuesta Nacional sobre Satisfacción Subjetiva con la Vida y la Sociedad (ENSAVISO) trabaja con personas de 18 años en adelante, realiza 1,200 entrevistas, 300 en cada una de las 4 regiones consideradas (SAVISO, 2015):

Norte: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Durango y Zacatecas.

Centro: Jalisco, Colima, Michoacán, Guanajuato, Aguascalientes, Querétaro, San Luis Potosí, Hidalgo, Tlaxcala, Puebla y Morelos.

Sur-Sureste: Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Tabasco, Campeche, Yucatán y Quintana Roo. – ZMCM: Ciudad de México y Estado de México.

Algunos de los rubros de la ENSAVISO se mencionan a continuación (SAVISO, 2015):

- a) Satisfacción con la vida en general
- b) Felicidad
- c) Sentimientos experimentados: de alegría, tranquilidad, plenitud, enojo, angustia o tristeza.
- d) Problemas graves experimentados: Afectivo o emocional, económico, de salud, algún conflicto con otras personas, algún conflicto con la ley.
- e) Hacer actividades valiosas
- f) Propósito de vida y satisfacción vital: darse gustos y placeres, compartir la vida con los demás, ir tomando lo que la vida ofrece, seguir el modo de vida que uno eligió, tener dinero. Ser reconocido socialmente
- g) Libertad para decidir
- h) Percepción de control (de su vida)
- i) Resiliencia
- j) Ayuda para la vida: Su relación con la familia, personalidad y actitud individual., dios, sus relaciones personales, su vida espiritual, su situación económica, la suerte, los apoyos o servicios que da el gobierno
- k) Satisfacción en dominios vitales: Satisfacción con la vida afectiva, vida familiar, relaciones con amigos, situación económica, trabajo, vida social, salud, educación, ciudad/localidad y el país (SAVISO, 2015).

Rojas (2007 en Rojas & Martínez, 2012) encuentra siete dominios de vida en un estudio hecho para México. Las siete dimensiones de vida relevantes pueden catalogarse como: Salud, Económica, Laboral, Familiar, Amistades, Disponibilidad y Uso del Tiempo Libre, y Comunidad. Los dominios de vida que más peso tienen para explicar la satisfacción de vida de personas casadas y con trabajo son el familiar, el de la salud, y el de disponibilidad y uso gratificante del tiempo libre.

García y colaboradores (2006 en Rojas & Martínez, 2012) analizan los determinantes de la felicidad en Monterrey con datos de 2002; entre sus hallazgos, encuentran que un índice compuesto por varias preguntas sobre

felicidad se correlaciona con la educación: la gente que no cuenta con educación es más infeliz en promedio. Investigaciones realizadas en otros países (Argyle, 1999; Sandvik et al., 1993 en Rojas & Martínez, 2012), también encuentran un efecto positivo de los años de escolaridad en la satisfacción de vida; en específico, en la satisfacción en dominios como la relación de pareja y con los hijos, el tiempo libre y la salud. Este efecto incrementa al incorporar el ingreso y características socio-demográficas de la persona.

En un estudio llevado a cabo en Monterrey, García y colaboradores (2008 en Rojas & Martínez, 2012) encuentran que la felicidad se asocia con un conjunto de valores personales. En especial, con valores como el ser justo, respetuoso, honesto, servicial y sincero con los demás.

Al analizar el papel de los valores materialistas, Rojas e Ibarra-López (2014) plantean la importancia de los “bienes relacionales”: aquellas relaciones humanas que contribuyen directamente al bienestar de las personas, satisfaciendo algunas necesidades psicológicas y económicas. Según estos autores, las personas materialistas tienden a trabajar más y relacionarse menos con otras personas. Y en sociedades donde se valoran más las relaciones sociales, las personas pasan menos horas trabajando y dedican más tiempo a las relaciones humanas, generando más bienes relacionales.

En ciertas sociedades no se valora mucho a los bienes relacionales y se da mayor importancia al consumo que a las relaciones humanas; sin embargo, en México, las relaciones interpersonales (en especial las relaciones familiares y la amistad) juegan un papel importante en la explicación de los niveles relativamente altos de felicidad (Rojas & Ibarra-López, 2014).

Estudios Relacionados con Calidad de Vida

La literatura académica sobre calidad de vida es abundante y trasciende distintas disciplinas; la mayoría de las publicaciones provienen de la medicina, donde se suele estudiar el impacto de alguna enfermedad sobre la calidad de vida relacionada con la salud; a continuación se presentan síntesis de algunos artículos provenientes de diversas partes del mundo:

-Un estudio realizado por Rojas, Pérez, Hernández, Watemberg y Legido (2010) en la ciudad de México tuvo por objetivo evaluar la calidad de vida de los

pacientes adolescentes con epilepsia. A 60 pacientes adolescentes entre 12 y 17 años del Hospital Infantil “Federico Gómez” se les aplicó el cuestionario *Quality of Life In Epilepsy Inventory* (QOLIE-31). Los resultados obtenidos reportaron una mala calidad de vida, siendo más afectadas las dimensiones de calidad de vida en general y función cognoscitiva. Los factores más influyentes fueron la ocurrencia de epilepsias parciales, el inicio temprano y el uso de politerapia.

-Un estudio realizado por Estrella, González y Moreno (2008) en la ciudad de México tuvo por objetivo determinar la relación entre el deterioro cognoscitivo y la calidad de vida relacionada con la salud. Para esto, llevaron a cabo un estudio descriptivo, transversal en 140 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, con un promedio de edad de 74.2 años. Reportan una relación entre la presencia de deterioro cognoscitivo leve y mala calidad de vida.

Muchas investigaciones sobre calidad de vida relacionada con la salud han llegado a la conclusión de que los estilos de enfrentamiento al estrés son un factor influyente en varias dimensiones de la calidad de vida, un ejemplo de ello, es el estudio realizado por Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) en Bogotá, Colombia. Dicho estudio tuvo por objetivo observar si los estilos de enfrentamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica tienen relación con su calidad de vida. Para ello, utilizaron el Cuestionario de Salud SF-36 y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés CAE. De acuerdo con sus resultados, el enfrentamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

En este mismo sentido, un estudio realizado por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) en Medellín, Colombia tuvo por objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, las estrategias de enfrentamiento al estrés y las emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Utilizaron los cuestionarios: EORTC QLQ-C30 para calidad de vida; el CAE para Enfrentamiento al Estrés, y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Sus resultados indicaron una calidad de vida favorable tanto en las dimensiones funcionales como en la de síntomas de la enfermedad. En cuanto a las estrategias de enfrentamiento, encontraron que la Evitación y la Reevaluación Positiva fueron las más utilizadas, a diferencia de la Expresión Emocional Abierta que fue la menos empleada. Por otro lado, observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión en los pacientes con cáncer.

-Un estudio realizado por Zapata y Romero (2010) en Antioquia, Colombia tuvo por objetivo determinar ciertos factores asociados a la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritas en programas de tratamiento

oncológico. Para esto, llevaron a cabo un estudio transversal donde analizaron los resultados obtenidos en el WHOQOL-BREF de 220 mujeres con cáncer de mama que estaban en tratamiento. La calidad de vida fue mejor en las mujeres con mayor nivel de escolaridad, las que recibían apoyo por parte de familiares, las que provenían del nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para enfrentar la enfermedad a sus creencias personales (religiosas o espirituales). Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y ser escéptica constituyeron factores de riesgo para obtener puntajes menores en la calidad de vida según lo reportado por los autores.

-En Chía, Colombia; Triviño y Sanhueza (2005) llevan a cabo un análisis sobre las dimensiones de la calidad de vida para el paciente con cáncer. Mencionan que dicho concepto incluye las siguientes dimensiones: física, social, psicológica y espiritual. Desde la dimensión física, reportan los autores, se incluyen los factores de manejo del dolor, fatiga, cansancio, sueño, náuseas, vómitos y otros síntomas como respuestas individuales del paciente. El bienestar social incluye afecto, relación con sus familiares, amigos, preocupaciones del trabajo, aceptación y apoyo familiar. Las medidas de bienestar psicológico se relacionan con el control de la ansiedad, estrés y angustia que genera la enfermedad. El bienestar espiritual lo relacionan con la fe, las creencias y los significados para cada paciente.

-Por su parte, en Santiago, Chile; Montes, Mullins, y Urrutia (2006) revisan la literatura con respecto a la calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. Encuentran que existe una gran cantidad de instrumentos utilizados para medir calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino, indican que su calidad de vida se ve afectada en todas las dimensiones, principalmente en la dimensión sexual y, también resaltan la importancia de considerar la calidad de vida como un parámetro útil de evaluación para brindar una intervención oportuna, centrada en la necesidad que presentan las pacientes.

-En un análisis llevado a cabo por Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2010) en Oviedo, España, se menciona que la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) constituye el marco conceptual de la OMS para la comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Estos autores indican que la CIF supone la base para la clarificación de conceptos como bienestar, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. Para ellos, el concepto de bienestar es intercambiable con el de calidad de vida con sólo invertir el punto de vista: de subjetivo a objetivo, también indican que CVRS es a CV como funcionamiento es a bienestar.

-Un análisis llevado a cabo en Granada, España, realizado por Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal (2005) tuvo por objetivo describir la importancia del sueño en la

calidad de vida. Los autores señalan que el sueño es un indicador del estado de salud general, bienestar y calidad de vida de las personas tanto en muestras clínicas como en la población general. Según dichos autores, mejorar la calidad del sueño redundará en una mejor calidad de vida, y mantener un buen sueño en los ancianos contribuye a prevenir el deterioro cognoscitivo, el declive en su estatus funcional y morbilidad.

-Un estudio realizado por Lachapelle y colaboradores (2005) en Canadá, Estados Unidos, Francia y Bélgica tuvo por objetivo evaluar la relación entre la calidad de vida y la autodeterminación en personas con discapacidades intelectuales. La calidad de vida se midió con el Cuestionario de Calidad de Vida (QLQ) y la autodeterminación se midió utilizando la versión adulta de la Escala de Autodeterminación *Arc's Self-Determination Scale*. Los autores encontraron una correlación positiva entre calidad de vida y autodeterminación.

-Un Metanálisis realizado por Olatunji, Cisler y Tolin (2007) en Estados Unidos tuvo por objetivo examinar el impacto de los trastornos de ansiedad en la calidad de vida.

Dichos autores reportan diferencias significativas entre la calidad de vida percibida por los pacientes con trastornos de ansiedad y la calidad de vida del grupo control en los siguientes factores: salud, relaciones sociales, hogar y vida familiar. Por otro lado, indican que no muchos estudios han examinado las diferencias en la calidad de vida entre los trastornos de ansiedad. Reportan que la calidad de vida en pacientes con trastornos de ansiedad puede ser multidimensional (Mendlowicz & Stein, 2000 en Olatunji et al., 2007). Por ejemplo, los síntomas del trastorno de pánico podrían predecir un mayor deterioro en los dominios relativos a la medicación o la movilidad fuera del hogar (agorafobia), sin embargo, los síntomas de la fobia social puede revelar más deterioro en las relaciones sociales (Olatunji et al., 2007).

Olatunji y colaboradores (2007) reportan que es necesario considerar la conceptualización de la calidad de vida y su instrumento de medición; ya que algunas de las medidas de calidad de vida se centran más en los problemas de salud, en tanto que otros instrumentos consideran el grado de satisfacción con la vida, y estas diferencias en la medición deben ser tomadas en consideración al reportar las diferencias en la calidad de vida de los pacientes con trastornos de ansiedad.

-Un análisis llevado a cabo por Mitchell, Benito-León, González y Rivera-Navarro (2005) en el hospital general de Leicester, Reino Unido tuvo por objetivo integrar los componentes físicos y psicológicos del bienestar en pacientes con esclerosis múltiple. Estos autores indican que la calidad de vida relacionada con la salud se

ha estudiado con mayor intensidad en la esclerosis múltiple que en cualquier otro trastorno neurológico. Llegan a la conclusión de que muchos factores psicosociales, incluyendo estilos de enfrentamiento, estado de ánimo, autoeficacia y apoyo social percibido, pueden influir en la calidad de vida de los pacientes con esclerosis múltiple, inclusive más que variables biológicas. Por lo tanto, las medidas subjetivas de la calidad de vida relacionada con la salud pueden servir para informar a los médicos sobre cuestiones que, de otro modo, se pasarían por alto, y nuevas intervenciones deberán incluir evaluaciones de calidad de vida relacionada con la salud y no sólo de deficiencias o discapacidades.

El grupo etario en donde se puede encontrar la mayor cantidad de publicaciones sobre calidad de vida es el correspondiente al adulto mayor, debido al impacto que tiene el paso del tiempo en diferentes dimensiones de su calidad de vida, a continuación se muestran algunos artículos referentes al tema:

-Un estudio realizado por Acevedo, González, Trujillo y López (2014) en Saltillo Coahuila tuvo por objetivo analizar los eventos más relevantes de la vida del adulto mayor y su relación con la calidad de vida.

Participaron diez adultos mayores con una edad mínima de 75 años, que acudían a los centros del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM); el análisis cualitativo de la información indicó que, para el adulto mayor, el padecer una difícil situación económica no fue tan grave como la falta de la presencia y afecto familiares, la cual representa el aspecto central de su calidad de vida. El adulto mayor se concibe a sí mismo como un individuo que, si bien tranquilo y alegre, no tiene esperanza ni la necesidad de proyectar su vida a futuro.

Los autores mencionan que la persona adulta mayor es consciente de que sus hijos se encuentran con compromisos familiares y no pueden atender totalmente sus necesidades; sin embargo, esta situación determina su estado anímico, al grado de caer en depresión ante sentimientos relacionados con la soledad y el abandono. Sumado a ello, la persona adulta mayor que ha enfrentado la pérdida de un ser querido, sobre todo de un hijo, siente que la misión de su vida se quedó inconclusa, dejando en ellos un vacío existencial que no puede ser fácilmente superado.

-Un estudio realizado por Low y Molzahn (2007) en la Columbia Británica, Canadá tuvo por objetivo determinar los predictores de la calidad de vida en la vejez. A través de un modelo de regresión múltiple encontraron que, a diferencia de lo reportado en México, los recursos financieros, junto con la salud, y el significado de la vida influyen de forma directa y positiva en la calidad de vida durante la vejez; por otro lado, la salud, apoyo emocional y entorno físico, impactan, a su vez, de forma indirecta a través del factor “propósito en la vida”.

-En Cuba, un estudio realizado por Dueñas, Bayarre, Triana y Rodríguez (2009) tuvo por objetivo describir la calidad de vida percibida y su relación con otras variables en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Para esto, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, aplicando el Examen Mínimo del Estado Mental y la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida Percibida. Encontraron diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar cuando incrementa la edad y disminuye la escolaridad.

-Un estudio realizado por Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout (2011) en Santiago, Chile tuvo por objetivo evaluar las características psicométricas del WHOQOL-BREF en una muestra de adultos mayores de Santiago. Encontraron que, en personas inscritas en los Programas del Adulto mayor de distintos niveles socioeconómicos, el instrumento mantiene las dimensiones: Salud física, Psicológica, Relaciones Sociales y Entorno que fueron descritas por la OMS. Destacan que el alfa de Cronbach encontrado en relaciones sociales, al tener sólo tres preguntas, es la dimensión que muestra la menor confiabilidad.

-Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery y Blane (2006) estudiaron la calidad de vida en personas de edad avanzada en Inglaterra, recolectando información sobre características personales, económicas y sociales del envejecimiento en una muestra de adultos no institucionalizados de 50 años o más, que vivían en Inglaterra durante el 2002. Estos autores encontraron que la influencia de diferentes factores variaba entre los grupos de edad y de género:

En el grupo de 50-64 años, estar retirado o vivir solo afectaba significativamente a la calidad de vida. En el grupo de 65-74 años, la frecuencia de los contactos con los hijos y la familia impactaba significativamente. Para el grupo de mayor edad (75 en adelante) tuvo un mayor impacto positivo la realización de trabajo voluntario y un impacto negativo el hecho de ser jubilado.

Para las mujeres la calidad de vida se redujo por ser un cuidador y no estar en el empleo a causa de cuidar el hogar y la familia, tuvieron una mejor calidad de vida al vivir solas. Para los hombres, la jubilación aumentó significativamente la calidad de vida, y las enfermedades de larga duración la redujeron significativamente.

-Un estudio realizado por Oken y colaboradores (2006) en Oregón, Estados Unidos tuvo por objetivo analizar los efectos de un entrenamiento de yoga de seis meses en adultos mayores sanos.

Estos autores explican que las técnicas de Hatha yoga son un sistema para desarrollar el bienestar físico y mental a través de estiramientos, flexibilidad y equilibrio físico. La práctica del yoga hace hincapié en el conocimiento del cuerpo

y consiste en enfocar la atención en la respiración, músculos específicos o partes del cuerpo, por lo que es posible que el yoga pueda mejorar ciertas habilidades atencionales.

Asignaron al azar a los sujetos a uno de los tres grupos: la clase de yoga, ejercicio o, lista de espera. Los miembros del grupo de yoga calificaron su bienestar significativamente mejor que el grupo de ejercicio o lista de espera en varias medidas; el SF-36 demostró un efecto significativo positivo en el grupo de yoga en los factores de: vitalidad, rol físico, dolor corporal, función social y función física.

-Un estudio realizado por Vera (2007) en Lima, Perú tuvo por objetivo conocer el significado de la calidad de vida del adulto mayor para el propio adulto mayor y para su familia. Mediante entrevistas y grupos focales encontraron que, para el adulto mayor, su calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto y, tener satisfechas sus necesidades de expresión, decisión y comunicación. Para la familia, la calidad de vida del adulto mayor significa que éste satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

-Por otro lado, un estudio realizado por Cardona y Agudelo (2007) en Medellín, Colombia tenía por objetivo determinar la satisfacción personal como el principal componente de la calidad de vida de los adultos de 20 a 64 años de la ciudad de Medellín. Con un estudio descriptivo transversal, encontraron que la calidad de vida de la población adulta de la ciudad está dada principalmente por los aspectos personales; los que mayor satisfacción generan son las habilidades y capacidades y, en segundo lugar, la situación económica y la seguridad social.

Dentro de las publicaciones revisadas en el presente estado del arte, se puede encontrar un alto grado de consenso con respecto a la relación positiva entre actividad física y calidad de vida, a continuación se muestran algunos artículos que ejemplifican dicha relación:

-Un estudio realizado por Hidalgo-Rasmussen, Ramírez-López e Hidalgo-San Martín (2013) en Ciudad Guzmán, Jalisco tuvo por objeto evaluar la asociación de la actividad física y conductas sedentarias con la calidad de vida de universitarios. Para esto, participaron 881 adolescentes de 17 a 19 años de edad, utilizaron los cuestionarios: *Youth Quality of Life Instrument* y *Youth Risk Behavior Survey*. Según los autores, realizar actividad física 4 o más días a la semana, participar en dos o más equipos deportivos y pasar menos de 2 horas diarias frente a pantallas se asoció con indicadores de una mejor calidad de vida.

-En este mismo sentido, un estudio realizado por Jürgens (2006) en Entre Ríos, Argentina tuvo por objetivo determinar si existen diferencias significativas en la

calidad de vida de los individuos sedentarios en comparación con aquellos que practican deporte. El diseño fue de tipo ex post facto, utilizó el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), en su versión Argentina (Bonicatto & Soria, 1998 en Jürgens, 2006). Los resultados del estudio arrojaron diferencias significativas en la calidad de vida entre los sujetos deportistas y los sedentarios, los primeros obtuvieron puntajes más altos en los dominios Relaciones Sociales y Entorno. En cuanto a las diferencias según el nivel de deporte practicado, éstas también resultaron significativas (mientras más intensa es la práctica deportiva, se percibe una mejor calidad de vida), especialmente en los dominios Relaciones Sociales, Entorno y Bienestar Psicológico.

-Un estudio realizado por Martin, Church, Thompson, Earnest y Blair (2009) en Texas, Estados Unidos tuvo por objetivo analizar la relación entre el ejercicio y la calidad de vida. Para esto, observaron los efectos del 50%, 100% y 150% de la actividad física recomendada sobre la calidad de vida. Los participantes fueron 430 mujeres posmenopáusicas sedentarias. Midieron ocho aspectos de la calidad de vida física y mental al inicio y después de 6 meses de ejercicio con el instrumento *Medical Outcomes Study*, de 36 reactivos (MOS SF-36). Encontraron que todos los aspectos psicológicos y físicos de la calidad de vida, excepto el dolor corporal, eran dependientes de la dosis de ejercicio; las dosis más elevadas de ejercicio se asociaron con mayores mejoras en los aspectos físicos y psicológicos de la calidad de vida.

-Un estudio realizado por Reid y colaboradores (2010) en Chicago, Estados Unidos tuvo por objetivo analizar las mejoras del ejercicio aeróbico sobre el sueño y la calidad de vida en adultos mayores con insomnio. Para esto, asignaron a los participantes al azar a un grupo con actividad física aeróbica o a un grupo sin actividad física; las mediciones se efectuaron al inicio y después del tratamiento (16 semanas de actividad física aeróbica).

El ejercicio se asoció con mejoras en distintos dominios de calidad de vida del instrumento MOS SF-36, entre ellos, la vitalidad, función física rol emocional y salud mental.

También se pueden encontrar investigaciones relacionadas con calidad de vida en niños, adolescentes, población estudiantil y profesores universitarios:

-Un estudio realizado por Urzúa, Cortés, Prieto, Vega y Tapia (2009) en Antofagasta, Chile tuvo por objetivo reportar valores de calidad de vida en niños y adolescentes chilenos. Para esto, evaluaron a 1, 678 niños y adolescentes de entre 8 y 18 años a través del cuestionario KIDSCREEN-27 de cinco dimensiones (bienestar físico, bienestar psicológico, relación con los padres y autonomía, apoyo social y pares, ambiente escolar). Los autores indican que los valores

hallados en su muestra pueden ser utilizados como valores de referencia en población infantil y juvenil chilena.

-Un estudio realizado por Durán y Castillo (2009) en Santiago, Chile tuvo por objetivo comparar a estudiantes de primer año con estudiantes de tercer año en la Universidad de Chile en la valoración de su calidad de vida y estado nutricional. Después de aplicar una encuesta de calidad de vida y evaluación nutricional, encontraron que los estudiantes de primer año presentaron una percepción más positiva de su vida sexual, pareja, bienestar, un menor consumo de alcohol y un estado nutricional más adecuado que los estudiantes de tercer año.

-Un estudio realizado por Albanesi de Nasetta, Garelli, y Casari (2009) en Cuyo, Argentina tuvo por objetivo indagar la posible relación entre estilos de personalidad y calidad de vida en estudiantes de la carrera de psicología. Los autores aplicaron el Cuestionario de Estilos de Personalidad (CEPER) y el Cuestionario de Calidad de Vida (PECVEC) y detectaron correlaciones negativas entre la escala de bienestar social con los estilos de personalidad paranoide y esquizoide.

-Un estudio realizado por Verdugo y colaboradores (2007) en Colima, México tuvo por objetivo evaluar los factores que modifican la calidad de vida en profesores universitarios. Realizaron un estudio transversal para analizar factores relativos al sexo, salario, estatus laboral y estado de salud. Según los resultados que obtuvieron, el factor que modifica la mayor cantidad rubros de la calidad de vida en los profesores fue la salud.

Por otro lado, en San José, Costa Rica, Durán (2010) indica que la calidad de vida laboral (CVL) puede concebirse desde dos perspectivas:

1. Desde la perspectiva de la empresa u organización, es una filosofía cuyo fin es mejorar la vida del empleado en su trabajo, más allá del dinero. Desde este enfoque Rodríguez (1998 en Durán, 2010) define la CVL como “un conjunto de estrategias de cambio con objeto de optimizar las organizaciones, los métodos de gerencia y/o los puestos de trabajo, mediante la mejora de habilidades y aptitudes de los trabajadores, fomentando trabajos más estimulantes y satisfactorios y traspasando poder, responsabilidad y autonomía a los niveles inferiores” (p. 268). También se incluyen una compensación razonable y participación en los beneficios de las empresas; la seguridad del empleo; la seguridad e higiene en el trabajo; el reconocimiento del progreso profesional; acuerdos de tiempo flexible; el uso de formas no burocráticas de organización del trabajo, comunicación abierta y retroalimentación, entre otros.

2. Desde el punto de vista del trabajador es la combinación de percepciones acerca de su empresa y las condiciones de ambiente cotidiano y de trabajo: La percepción favorable de apoyo y promoción de su satisfacción, por medio de los sistemas de recompensas, seguridad laboral y oportunidades de crecimiento y, el sentirse respaldado y cuidado por la organización, contar con las condiciones óptimas que faciliten la realización de las labores, la necesidad de satisfacer los deseos y expectativas personales, además de la necesidad de mantener buenas relaciones personales. Estos aspectos tienen repercusiones significativas en la calidad de vida y bienestar psicológico del trabajador, e impactan en la productividad y la perpetuación de la compañía.

Según Segurado y Agulló (2002, p. 831 en Durán, 2010) el objetivo primordial de la CVL estriba en “alcanzar una mayor humanización del trabajo a través del diseño de puestos de trabajo más ergonómicos, unas condiciones de trabajo más seguras y saludables, y unas organizaciones eficaces, más democráticas y participativas, capaces de satisfacer las necesidades y demandas de sus miembros además de ofrecerles oportunidades de desarrollo profesional y personal”, aspectos que generan compromiso y satisfacción con el trabajo, con una sensación de propiedad, autocontrol, responsabilidad y dignidad del trabajador, que propicia una mejor condición de vida en general.

La CVL se traduce en términos operativos mediante programas tanto específicos, de alcance limitado, como de carácter más amplio dentro de la organización que pueden incluir: seguridad e higiene en el trabajo, procedimientos y sistemas de seguridad, entrenamiento y capacitación para el desempeño de la profesión u oficio, instalaciones adecuadas y agradables, desarrollo social y personal, remuneración justa, integración familiar, recreación y deporte, ergonomía, comunicación individuo-empresa, estabilidad laboral, el balance adecuado de trabajo y vida personal, entre otros (Durán, 2010).

-Un estudio realizado por Herrera-Sánchez y Cassals-Villa (2005) en La Habana, Cuba tuvo por objetivo evaluar la calidad de vida laboral de enfermeros del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí. Para esto, realizaron un estudio descriptivo de diferentes factores que influyen en la calidad de vida en el trabajo en el área de enfermería; emplearon instrumentos para medir estrés laboral, satisfacción y autoestima. La muestra fue conformada con 20 enfermeros escogidos al azar del Instituto. Encontraron una buena calidad de vida laboral basada en bajos índices de riesgo de estrés laboral, elevada autoestima y satisfacción, contrario a los resultados de investigaciones similares alrededor del mundo.

Con respecto a la calidad de vida urbana, Leva (2005) realiza una compilación de indicadores en Buenos Aires, Argentina, con el objetivo de aportar una herramienta que permita tomar mejores decisiones para los ciudadanos. Algunos de los indicadores que reporta el autor son los siguientes:

- Sostenibilidad ambiental: aguas residuales tratadas, área de reserva no urbanizable, etc.
- Espacios verdes.
- Ruido.
- Calidad del aire.
- Infraestructura: población urbana con acceso a servicios, porcentaje del presupuesto municipal destinado a la obra pública de uso colectivo.
- Equipamiento cultural: bibliotecas de acceso público por cada 1,000 habitantes, museos por cada 1,000 habitantes.
- Equipamiento deportivo: piscinas por cada 1,000 habitantes, otras instalaciones deportivas por cada 1,000 habitantes.
- Patrimonio: áreas clasificadas como "Patrimonio Mundial de la Humanidad".
- Equipamiento educativo: computadoras conectadas a internet en establecimientos de enseñanza básica o secundaria por cada 100 alumnos.
- Equipamiento social y de salud: médicos por cada 1,000 habitantes, capacidad de hogares de ancianidad por cada 1,000 habitantes.
- Movilidad: porcentaje de vehículos de transporte público masivo, velocidad media en transporte público, velocidad media en transporte individual.
- Dotación de comercios y servicios: comercios minoristas por cada 1,000 habitantes, hoteles y restaurantes por cada 1,000 habitantes, instituciones bancarias y servicios financieros por cada 1,000 habitantes.
- Vivienda: porcentaje de hacinamiento, viviendas localizadas en sectores no residenciales, porcentaje de inversión municipal destinada a programas de mejoramiento de la vivienda.
- Dinámica cultural: funciones de espectáculos culturales, usuarios de bibliotecas públicas, visitantes de museos.
- Educación: tasa de analfabetismo, alumnos en el ciclo superior por cada 1,000 habitantes, alumnos en ciclos post-graduales por cada 1,000 habitantes.
- Seguridad: Secuestros por mes, homicidios por mes, tasa de criminalidad por cada 1,000 habitantes.
- Participación ciudadana: asociaciones de voluntarios por cada 1,000 habitantes.
- Problemas sociales: suicidios por cada 1,000 habitantes, población con adicciones.
- Salud: tasa de mortalidad infantil.

- Economía y consumo: salario medio mensual.
- Mercado de trabajo: puestos de trabajo por cada 1,000 habitantes.

-En este mismo sentido, un análisis llevado a cabo por Steg y Gifford (2005) en la Columbia Británica, Canadá tuvo por objetivo remarcar la utilidad del concepto de calidad de vida para evaluar los efectos de medios de transporte sustentables. Los autores proponen evaluar los rubros donde la calidad de vida podría verse afectada más fuertemente; y, con base en ello, diseñar políticas de transporte sustentable. Esto, indican los autores, mejoraría en gran medida la situación actual, donde las minorías importantes ejercen el poder político suficiente que puede obstruir ciertas soluciones que beneficien la calidad de vida urbana de un mayor número de personas.

La calidad de vida también se ha analizado desde otras perspectivas, como los contextos de pobreza en Latinoamérica o la psicología positiva:

-Un estudio realizado por Ávila-Toscano (2009) en Cartagena, Colombia tuvo por objetivo analizar la función de la red social dentro de los contextos de pobreza así como su relación con la salud y la calidad de vida de las personas. Según su análisis, las redes sociales pueden convertirse en un sistema de apoyo psicosocial, el cual constituye en un factor relevante para la amortiguación del impacto de las condiciones sociales que afectan a los individuos de escasos recursos (Abello & Madariaga, 1999 en Ávila-Toscano, 2009), contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida física y psicológica.

-En Buenos Aires, Argentina; Tonon (2009) analiza la calidad de vida desde la perspectiva de la psicología positiva y señala que la calidad de vida puede operar en tres niveles (Boniwell, 2006 en Tonon, 2009): nivel subjetivo, nivel individual y nivel grupal. El nivel subjetivo incluye el estudio de experiencias positivas como el bienestar, la satisfacción, la felicidad, entre otras. El nivel individual se dedica a la identificación de los elementos constitutivos de una buena vida. En el tercer nivel se encuentran las virtudes cívicas, las responsabilidades sociales, la ética y otros factores que podrían contribuir al desarrollo de la ciudadanía y la comunidad.

Atención Plena

Antecedentes

Históricamente, la atención plena (*Mindfulness*) se ha denominado como el "corazón" de la meditación budista (Thera, 1962 en Kabat-Zinn, 2003) y reside en el núcleo de las enseñanzas del Buda (Gunaratana, 1992; Hanh, 1999; Nanamoli & Bodhi, 1995 en Kabat-Zinn, 2003).

Kabat-Zinn (2003) indica que todas las personas tienen, en menor o mayor grado, ciertas características de la atención plena, puesto que ésta es una capacidad inherente al ser humano. Según dicho autor, la contribución de las tradiciones budistas ha sido, en parte, para profundizar en las prácticas que permiten cultivar esta capacidad y llevarla a todos los aspectos de la vida cotidiana. En este sentido, *Mindfulness* ha sido conceptualizado y estructurado sistemáticamente dentro de la tradición budista en los últimos 2,500 años.

En dicha tradición, la atención plena se ha desarrollado dentro de un marco ético de no hacer daño a los demás ni a uno mismo, en el cuál, el papel de la atención plena es examinar las emociones y conductas propias para no hacer sufrir a otros ni a uno mismo (Kabat-Zinn, 2003).

Dos aspectos centrales de la doctrina budista son el sufrimiento y el cese del sufrimiento. Ambos, se incluyen en las "cuatro nobles verdades del Buda"; a saber: la verdad de la naturaleza del sufrimiento, la verdad de la causa del sufrimiento, la verdad del cese del sufrimiento y, la verdad del camino que conduce a la cesación del sufrimiento (Gethin, 1998).

Gethin (1998) explica que el "budista" es una persona que se compromete a seguir las enseñanzas del Buda para comprender el sufrimiento, su causa, su cesación y el camino que conduce a su cesación.

-Sufrimiento:

El punto de partida de las enseñanzas del Buda es la realidad del sufrimiento. La cual indica que el sufrimiento es un hecho básico de la existencia: que tarde o temprano, de una u otra forma, los seres vivos se tienen que lidiar con el sufrimiento o la insatisfacción (Gethin, 1998).

En el pensamiento budista se puede identificar al sufrimiento como dolor, como cambio o como condición (Gethin, 1998):

El primero, es el sufrimiento más evidente, es cuando una persona está en presencia de dolor físico o psicológico. Sin embargo, cualquier experiencia agradable o placentera está sujeta al cambio; algunas experiencias pueden cambiar rápidamente y otras lentamente pero aun así, todas son “impermanentes”, de esta forma, según el pensamiento budista, el mundo es un lugar con condiciones en constante cambio, y tratar de aferrarse a una experiencia positiva o negar una experiencia desagradable traerán insatisfacción o sufrimiento (Gethin, 1998).

Según las tradiciones budistas, la cesación del sufrimiento sólo puede fundamentarse en un sentimiento de empatía o compasión por el sufrimiento de uno mismo y de los demás. Este sentimiento de compasión por el sufrimiento de los seres es lo que motiva a todo aquel que trata de poner en práctica las enseñanzas del Buda (Gethin, 1998).

De esta forma, según Gethin (1998), el budismo se podría definir como un método práctico para hacer frente a la realidad del sufrimiento.

-El Origen del Sufrimiento:

La visión budista del mundo no se basa en el concepto de un Dios creador, la existencia del sufrimiento no está relacionada con el propósito de Dios. Para el pensamiento budista, el sufrimiento es simplemente un hecho de la existencia, y las personas deben tomar la responsabilidad de su sufrimiento, precisamente porque tienen la capacidad de hacer algo al respecto (Gethin, 1998).

Según la tradición budista, el aferrarse o apegarse a una fuente de placer es la causa de la insatisfacción y el sufrimiento. Ya que aferrarse a una fuente de placer en un mundo con condiciones “impermanentes”, eventualmente, generará un deseo insatisfecho y dicho deseo propiciará las condiciones para generar aversión, ira, depresión, odio y violencia, lo cual, a su vez, trae más sufrimiento (Gethin, 1998).

El budismo sostiene que el apego o aferramiento se basa en un error de juicio fundamental; una creencia que da por sentado que cuando el objeto de deseo se consigue, se extinguirá el deseo y se encontrará la satisfacción, pero tal juicio, a su vez, asume erróneamente un mundo en el cual las experiencias son permanentes, estables y predecibles. En otras palabras, según el pensamiento budista, el deseo va de la mano con una mala interpretación de la naturaleza impermanente del mundo (Gethin, 1998).

-El Cese del Sufrimiento:

Por naturaleza, los seres vivos tratan de satisfacer sus deseos. Sin embargo, siempre y cuando la fuente de satisfacción de dichos deseos sea inestable e impermanente, eventualmente regresará el estado de insatisfacción. El cese del deseo es el objetivo del pensamiento budista y, equivale a la cesación del sufrimiento y la insatisfacción (Gethin, 1998).

-El Camino que Conduce a la Cesación del Sufrimiento:

Las tres primeras verdades se refieren principalmente a cuestiones de la teoría budista; la cuarta verdad concierne a la práctica budista (Gethin, 1998).

Así como la codicia, el odio y la ignorancia generan las condiciones propicias para el sufrimiento, sus opuestos: el no-apego, la compasión y la sabiduría generan las condiciones propicias para el cese del sufrimiento, por lo tanto, el objetivo del budismo es desarrollar y cultivar estas cualidades (Gethin, 1998).

La doctrina budista sostiene que existe una relación básica entre el estado emocional, los pensamientos y las acciones del individuo: La mente debe estar clara y quieta; para lograr la quietud, la mente debe estar libre de remordimientos y culpa; para estar libre de culpa, la conciencia debe estar limpia, y las bases de una conciencia limpia son la generosidad y la buena conducta (Gethin, 1998).

De esta forma, todas las etapas en la práctica del camino budista están interrelacionadas y permiten sinergia: la sabiduría promueve una buena conducta, basada en los preceptos éticos, dicha conducta proporciona la base para el desarrollo de una conciencia tranquila y limpia, este tipo de conciencia permite la concentración y el entendimiento y estos últimos, a su vez, permiten el desarrollo de la sabiduría (Gethin, 1998).

-Crítica al Concepto del Yo:

La crítica budista de la noción del yo tiene sus raíces en un contexto histórico específico y dirigido, inicialmente, hacia la noción del yo como el controlador interno del ser; el cuál es inmortal en las personas, esta última entidad metafísica que es inmutable y subyace a todas las diversas experiencias individuales. Es en este marco conceptual que el pensamiento budista comienza a hacer cuestionamientos acerca de la naturaleza de este yo (Gethin, 1998).

El pensamiento budista sostiene que las experiencias individuales pueden ser clasificadas en sensaciones, emociones, deseos o pensamientos. Y debido a que dichas sensaciones corporales, emociones, deseos e ideas están cambiando constantemente de un momento a otro y no son permanentes, es más preciso

entender al individuo como un complejo flujo de fenómenos físicos y mentales en constante cambio, en lugar de entenderlo como un yo inmutable (Gethin, 1998).

Dentro del contexto de las tradiciones budistas, *Mindfulness* es considerado como un elemento de un sistema interconectado de prácticas necesarias para lograr la liberación del sufrimiento y necesita ser cultivado junto con otras prácticas como seguir un estilo de vida ético. Por otra parte, en las conceptualizaciones occidentales, la atención plena se considera independiente de cualquier filosofía, código ético, o sistema de prácticas (Keng, Smoski & Robins, 2011).

Definiciones

Con información de Baer (2003) y Parra-Delgado, Montañés-Rodríguez, Montañés-Sánchez y Bartolomé-Gutiérrez (2012):

- ✓ Thich Nhat Hanh (1975): Mantener viva la conciencia en la realidad del presente.
- ✓ Kabat-Zinn (1994): Prestar atención de una manera particular: de forma intencional, en el momento presente y, sin juzgar.
- ✓ Marlatt y Kristeller (1999): Llevar la atención, momento a momento, a la experiencia presente.
- ✓ Baer (2003): La observación, sin prejuicios, de la corriente continua de estímulos internos y externos que puedan surgir.
- ✓ Bishop y colaboradores (2004): Una forma de conciencia centrada en el presente, sin prejuicios, sin juzgar, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocida y aceptada tal y como es.
- ✓ Germer (2005): Conciencia de la experiencia presente con aceptación.
- ✓ Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt (2006): Se refiere a un modo de alerta en donde se perciben todos los contenidos mentales como percepciones, sensaciones, cogniciones y emociones. Otro elemento importante es una actitud cálida y amable, aceptando sin prejuicios aquellos elementos presentes en la conciencia. La suspensión de los juicios

categoricos que pueden acompañar cada contenido mental es una parte integral de la atención plena.

- ✓ Simón (2007): Es una capacidad humana universal y básica que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento.
- ✓ Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, y Farrow (2008): Mantener la atención en las experiencias internas y externas con una actitud de aceptación y sin prejuicios hacia dichas experiencias
- ✓ Parra-Delgado (2011): Ser plenamente consciente de los estímulos internos y externos que surgen en el momento presente, con aceptación, ecuanimidad, sin juzgar, sin expectativas o creencias, con serenidad, bondad y autocompasión, abiertos, de este modo, a la experiencia del aquí y ahora.
- ✓ Parra-Delgado y colaboradores (2012): Prestar conciencia plena a la realidad del momento presente con una actitud básica de aceptación.

El constructo de Atención Plena

Mindfulness es un constructo que presenta baja teoría y alto empirismo; aunque el concepto ha sido utilizado por varios investigadores para evaluar la eficacia de las intervenciones clínicas basadas en él (Shapiro et al., 2006), no se pueden encontrar muchos esfuerzos sistemáticos para definirlo, esclarecer sus diversos componentes o especificar los procesos psicológicos que están implicados (Bishop et al., 2004).

A grandes rasgos, el constructo de *Mindfulness* incluye centrar la atención en el momento presente, aceptando la experiencia que ocurre tal y como es (Kabat-Zinn, 1994; Linehan, 1993b; Marlatt & Kristeller, 1999 en Baer, Smith, & Allen, 2004).

Esto se opone al hecho de dispersar la atención en otros lugares, incluyendo la preocupación por recuerdos, fantasías o planes, y comportarse de forma automática sin estar conscientes de las propias acciones (Brown & Ryan, 2003). Kabat-Zinn (2003 en Baer et al., 2004) y Brown y Ryan (2003) señalan que,

mientras que la mayoría de la gente tiene habilidades de atención plena, siempre existirán diferencias individuales.

Mindfulness se ha descrito como un grado de atención sin prejuicios y centrado en el presente, en el que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el flujo de conciencia es reconocido y aceptado tal como es (Kabat-Zinn, 1990, 1998; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Shapiro & Schwartz, 1999, 2000; Teasdale, 1999b en Bishop et al., 2004). En el nivel de atención de *Mindfulness*, los pensamientos, sentimientos y sensaciones se observan como eventos en la mente, sin reaccionar de forma automática e irreflexiva ante ellos (Bishop et al., 2004).

La investigación de *Mindfulness* está todavía en su infancia y requiere un gran esfuerzo en sus enfoques teóricos y metodológicos para iluminar la riqueza y complejidad de este fenómeno (Shapiro et al., 2006).

Recientemente, *Mindfulness* ha recibido gran atención en las publicaciones científicas; la mayoría de la investigación se ha centrado en estudios clínicos para evaluar la eficacia de las intervenciones basadas en *Mindfulness*. Esta línea de investigación ha dado lugar a datos prometedores que sugieren que las intervenciones basadas en *Mindfulness* son eficaces para el tratamiento de síntomas psicológicos y físicos. Sin embargo, una línea de investigación igualmente importante es la relativa a los mecanismos de acción subyacentes a las intervenciones basadas en *Mindfulness*, la cual no ha sido estudiada a fondo (Shapiro et al., 2006).

Como mencionan Baer y colaboradores (2004) aunque la literatura sobre las intervenciones basadas en *Mindfulness* está creciendo rápidamente, su medición ha recibido mucha menos atención. La mayoría de los estudios reportan que los síntomas se reducen, pero no miden si los participantes han incrementado sus habilidades de atención plena

Mientras continúen existiendo lagunas relativas a la especificidad y definiciones operacionales del concepto, no será posible llevar a cabo investigaciones sobresalientes con respecto a los mecanismos de acción de *Mindfulness* ni se podrán desarrollar instrumentos de medición relevantes. Por lo tanto, es necesario avanzar hacia una definición precisa, específica y comprobable del constructo (Bishop et al., 2004).

Varios autores conceptualizan *Mindfulness* como un constructo multidimensional, por ejemplo, Dimidjian y Linehan (2003b en Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) describen seis dimensiones: tres de ellas relacionadas con lo que

uno hace al estar consciente (observar, describir y participar) y tres relacionadas con la forma en la que uno lo hace (sin juzgar, con atención plena y eficazmente).

Por su parte, Segal y colaboradores (2002 en Baer et al., 2006) también tienen una perspectiva multidimensional de la atención plena, mencionando que, en ella, se abre el foco de atención de una persona para admitir lo que entra en la experiencia, mientras que, al mismo tiempo, se toma una postura de amable curiosidad que permite a la persona analizar lo que se le presenta sin caer en reacciones o juicios automáticos. Esta descripción incluye varios elementos: la observación de la experiencia en el momento presente, la aceptación, no juzgar y, no reaccionar en automático (Baer et al., 2006).

Pocos son los autores que consideran *Mindfulness* como un constructo unidimensional, como Brown y Ryan (2004 en Baer et al., 2006), quienes argumentan que la atención plena consiste en un sólo factor descrito como atención y conciencia de lo que está ocurriendo en el presente. Según ellos, a pesar de que la aceptación es fundamental en *Mindfulness*, ésta se incluye en la capacidad de poner la atención en el momento presente (Baer et al., 2006). Sin embargo, Cardaciotto (2005 en Pérez & Botella, 2007) señala que el incremento de atención no siempre va acompañado de mayor aceptación y viceversa, por lo que considera que se trata de componentes diferentes.

A partir del año 2002, los investigadores han mostrado un extraordinario interés por el constructo de *Mindfulness*, constatable con un fuerte incremento del número anual de trabajos de atención plena aparecidos en publicaciones científicas (Pérez & Botella, 2007). Según datos de Parra-Delgado y colaboradores (2012) existe un gran aumento en las publicaciones indexadas relacionadas con *Mindfulness*. Por ejemplo, entre los años 1980 y 2000 aparecen 976 referencias a la atención plena, mientras que, entre el año 2000 y 2012, las referencias han aumentado a 12,687.

Modelos Teóricos

La popularidad creciente del programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* llevó a los investigadores a interesarse por el fundamento científico de este programa y a señalar que no se disponía de una definición operacional de la atención plena. A partir de ese momento, se ha hecho un esfuerzo notable para definirla, formulando varias propuestas que coinciden parcialmente (Pérez & Botella, 2007).

Autores	Componentes del Modelo Teórico
Kabat-Zinn (1990) <i>University of Massachusetts Medical School</i>	1.-No juzgar 2.-Paciencia 3.-Mente del Principiante 4.-Confianza 5.-No Esforzarse <u>6.-Aceptación</u> 7.-Ceder
Buchheld, Grossman y Walach (2001) <i>University of Freiburg</i>	1.-No identificarse con los estados mentales <u>2.-Acepta sin juzgar</u> 3.-Apertura a la experiencia 4.-Entendimiento de la experiencia
Brown y Ryan (2003) <i>University of Rochester</i>	<u>1.-Autorregulación de la atención</u>
Bishop y colaboradores (2004) <i>University of Toronto</i>	<u>1.-Autorregulación de la atención</u> 2.-Actitud de curiosidad, apertura y <u>aceptación</u>
Baer y colaboradores (2004) <i>University of Kentucky</i>	1.-Observar 2.-Describir <u>3.-Actuar con atención</u> <u>4.-Acepta sin juzgar</u>
Baer y colaboradores (2006) <i>University of Kentucky</i>	1.-Describir 2.-Observar <u>3.-Actuar con atención</u> 4.-No juzgar experiencias internas 5.-No reaccionar ante la experiencia interna
Cardaciotto y colaboradores (2008) <i>La Salle University Philadelphia</i>	<u>1.-Atención en el momento presente</u> <u>2.-Aceptación</u>

Figura 9. Modelos Teóricos de Mindfulness.

Fuente: Baer y colaboradores (2004); Baer y colaboradores (2006); Bishop y colaboradores (2004); Brown y Ryan (2003); Buchheld y colaboradores (2001); Cardaciotto y colaboradores (2008); Kabat-Zinn (1990).

Modelo de Kabat-Zinn (1990):

Para Jon Kabat-Zinn (1990) existen siete factores relacionados con la actitud de *Mindfulness*, los cuales constituyen los principales soportes de la atención plena. A continuación se describe cada uno de ellos (Parra-Delgado et al., 2012):

- No juzgar:

No enjuiciar los estímulos internos o externos que se estén experimentando. Si se empiezan a juzgar las experiencias, lo importante es darse cuenta de lo que se está haciendo y detenerse.

- Paciencia:

Comprender que las cosas suceden cuando tienen que suceder, sin acelerar el proceso.

- Mente del Principiante:

Observar los acontecimientos como si se estuvieran experimentando por primera vez, quitando el velo de las propias ideas, prejuicios, impresiones, creencias, etc. Como si ningún momento fuera igual a otro, o ninguna experiencia fuera igual a otra.

- Confianza:

Creer en uno mismo, en que se puede lograr la atención plena.

- No Esforzarse:

Practicar la atención plena sin tener la intención de obtener algún resultado por la práctica, teniendo en cuenta que la práctica misma es el resultado.

- Aceptación:

Percibir cada momento tal y como es, sin tratar de cambiarlo.

- Ceder:

Dejar de lado, deliberadamente, la tendencia de anhelar determinados aspectos de la experiencia y rechazar otros, permitiendo que las cosas sean como son, sin aferrarse a ellas. Permitiendo dejar ir la experiencia, sea positiva o negativa.

Modelo de Buchheld y colaboradores (2001)

Los autores consideran que este modelo sólo puede emplearse de forma válida en las personas que tienen experiencia en la práctica de la meditación (Buchheld et al., 2001).

Buchheld y colaboradores (2001) sugieren que, debido a las extensas implicaciones psicológicas del concepto, la atención plena puede constituir un puente fundamental entre el budismo y la psicología occidental. De hecho, la noción de atención plena ha incursionado en diferentes psicoterapias (Bohus & Wagner, 2000; Boorstein, 1997; Epstein, 1996; Galuska & Galuska, 1999; Linehan, 1996; Teasdale, 1999; Welwood, 1983 en Buchheld et al., 2001).

Según Buchheld y colaboradores (2001) las habilidades atencionales de *Mindfulness* incluyen la observación de cualquier experiencia sensorial, cognoscitiva o emocional sin distorsiones intelectuales o emocionales; sin intentar suprimir la experiencia inmediata o aferrarse a ella.

Lo que caracteriza a la atención plena es la observación de los estados mentales, sin caer en las conceptualizaciones sobre su contenido o dejarse llevar por las reacciones emocionales. Por lo tanto, se trata únicamente de atender a los fenómenos presentes en la conciencia, sin juzgarlos, interpretarlos o reaccionar ante ellos: se siguen muy de cerca los fenómenos mentales a medida que surgen y se alejan y, esta observación se lleva a cabo con curiosidad, sin prejuicios ni expectativas. Por definición, la atención plena sólo se puede llevar a cabo en el momento presente; uno no puede ser consciente del pasado, que reside en la memoria, ni del futuro, que aún no está en el ámbito de la experiencia real (Buchheld et al., 2001).

La mente tiende a distraerse rápidamente del objeto de atención inmediata y se ve atrapada en pensamientos y emociones relacionadas con el pasado y/o el futuro. Las habilidades atencionales de *Mindfulness* implican, de acuerdo con la psicología budista, un estado de alerta y curiosidad por cualquier experiencia y la observación del surgir y desaparecer de los objetos de conciencia, sin distraerse o ser absorbido por el contenido de los eventos mentales; esto conduce a la apertura, aceptación y no evitación de cualquier experiencia que surja en la conciencia (Buchheld et al., 2001).

Buchheld y colaboradores (2001) desarrollaron un modelo multidimensional que se compone de cuatro factores, los cuales reflejan las características teóricas y conceptuales del constructo, dichos factores se pueden medir a través del *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI):

- No identificarse con los estados mentales:

El primer factor describe una forma de atención centrada en el momento presente, sin distraerse o perderse en los pensamientos y emociones. En esta forma de atención, los acontecimientos mentales son vistos simplemente como fenómenos mentales pasajeros en lugar de identificarse con ellos y concebirlos como aspectos estáticos del yo. Esto se ha denominado a veces como desidentificación, o no identificación, según la psicología budista, el desarrollo de esta forma de no identificarse con los estados mentales conduce a respuestas más apropiadas ante estímulos afectivos (Buchheld et al., 2001) (por ejemplo: “en estos momentos estoy enojado pero este enojo no soy yo”).

- Aceptar sin juzgar:

El segundo factor implica tomar una actitud en donde no se critique o evalúe a uno mismo ni a los demás. Esto incorpora la aceptación incondicional de uno mismo, incluyendo las propias debilidades, fracasos y experiencias desafortunadas. De acuerdo con las tradiciones budistas, este enfoque se caracteriza por la paciencia, la tolerancia y la apertura ante los demás y ante las propias experiencias. Esta aceptación no evaluativa permite a la persona enfrentar con mayor ecuanimidad ciertas experiencias inevitables de sufrimiento y pérdida (Buchheld et al., 2001).

- Apertura a la experiencia:

Este factor refleja una actitud de apertura ante las sensaciones, percepciones, estados de ánimo, emociones y pensamientos ya sean positivos o negativos. Esto incluye una curiosidad por identificar y observar los estados mentales, incluso cuando son desagradables o aversivos. La psicología budista sostiene que esta forma no evaluativa de experimentar estados mentales negativos y positivos es esencial para el desarrollo personal.

- Entendimiento de la experiencia:

El cuarto factor se compone de una serie de habilidades que reflejan una comprensión de la experiencia con mayor perspectiva. Este factor indica un entendimiento de la naturaleza misma de la experiencia como multidimensional y en constante cambio.

Modelo de Brown y Ryan (2003)

Brown y Ryan (2003) señalan que *Mindfulness* reside en un sólo factor que consiste en poner atención y ser consciente del momento presente, dicho factor se mide a través de la escala *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS):

- Autorregulación de la Atención:

Mindfulness implica ser consciente de las situaciones actuales del organismo; internas y externas, incluyendo los pensamientos, emociones, sensaciones, conductas o el entorno (Mishra, 2004 en Brown, Ryan, & Creswell, 2007).

En el contexto de *Mindfulness*, la conciencia implica dos procesos; darse cuenta y poner atención: darse cuenta es el constante monitoreo del propio organismo y del entorno. Uno puede darse cuenta de los estímulos sin que estos se encuentren en el centro de atención. En cambio, centrar la atención implica no sólo darse cuenta, sino enfocarse voluntariamente en un estímulo, de manera que se proporciona una mayor sensibilidad a dicha parte de la experiencia (Westen, 1999 en Brown & Ryan, 2003).

Mindfulness implica una intensificación de ambos procesos de la conciencia, de manera que se pueda atender de forma más constante y precisa a los acontecimientos y experiencias del presente (Brown & Ryan, 2003).

Estar absorto en el pasado, en fantasías, ansioso por eventos futuros, u ocupado en múltiples tareas puede conducir a una persona a reaccionar automáticamente ante los estímulos que se le presentan, sin darse cuenta ni poner atención en lo que siente, piensa, dice y hace (Brown & Ryan, 2003).

Muchas experiencias del presente pueden estar soslayadas por un sesgo basado en las experiencias previas, expectativas o emociones. La atención consciente permite percibir las situaciones que ocurren, evitando posibles sesgos provenientes de los esquemas cognoscitivos; atendiendo al evento presente sin realizar un juicio al respecto (Brown et al., 2007).

El concepto de atención utilizado en *Mindfulness* es perceptivo y no evaluativo; se atiende abiertamente a lo que hay, incluyendo el entorno, emociones, cogniciones y conductas (Bodner & Langer, 2001 en Brown & Ryan, 2003).

En estado de *Mindfulness*, los pensamientos; incluyendo narraciones, imágenes mentales y otros fenómenos cognoscitivos pueden ser considerados como objetos de atención y contemplación, al igual que los sonidos y otros fenómenos sensoriales (Brown et al., 2007). Estar atento y abierto a la experiencia presente revela lo que está ocurriendo en un momento dado de forma clara, sin la

intervención de ideas, comparaciones, categorizaciones o juicios al respecto. (Welwood, 1996 en Brown et al., 2007).

Varias intervenciones terapéuticas que incorporan el entrenamiento en *Mindfulness* estimulan actitudes de aceptación hacia la situación actual, de esta forma se puede facilitar el contacto directo y reinterpretar las experiencias incómodas o desagradables (Ryan, 2005).

Modelo de Bishop y colaboradores (2004)

Bishop y colaboradores (2004) proponen un modelo de *Mindfulness* de dos componentes. El primer componente consiste en la autorregulación de la atención, en la que el individuo mantiene su atención en la experiencia inmediata, permitiendo así un mejor reconocimiento de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones en el momento presente. El segundo componente consiste en la adopción de una orientación particular hacia dichos pensamientos, sentimientos y sensaciones, una orientación que se caracteriza por la curiosidad, apertura y aceptación. Este modelo se mide a través del *Toronto Mindfulness Scale* (TMS).

- Autorregulación de la Atención:

El primer elemento de *Mindfulness* consiste en dirigir la atención a la experiencia presente, observando y atendiendo al flujo de pensamientos, sentimientos y sensaciones (Bishop et al., 2004).

Se requieren habilidades de atención sostenida para mantener la atención en la experiencia actual, por lo que el entrenamiento en *Mindfulness* estaría asociado con mejoras en la atención sostenida que pueden medirse objetivamente mediante pruebas estandarizadas (Bishop et al., 2004).

Mindfulness no es una práctica de supresión del pensamiento; todos los pensamientos, sentimientos y sensaciones se consideran como objeto de observación, no como una distracción. Sin embargo, una vez reconocidos los pensamientos, sentimientos y sensaciones, se dirige la atención nuevamente a la respiración, lo que impide una elaboración de juicios y divagaciones acerca de las experiencias que surgen en el flujo de la conciencia (Bishop et al., 2004).

El incremento en las habilidades de inhibición y selección de estímulos asociado al entrenamiento en *Mindfulness*, se puede medir objetivamente utilizando tareas que requieren la inhibición de estímulos como Stroop emocional (Bishop et al., 2004).

Debido a que la atención tiene una capacidad limitada (Schneider & Shiffrin, 1977 en Bishop et al., 2004), cuando se enfoca en el presente, más recursos atencionales están a disposición para procesar la información relacionada con la experiencia actual. Esto aumenta el acceso a la información que de otro modo podría quedar fuera de la conciencia (Bishop et al., 2004).

Mindfulness implica una observación directa y minuciosa de diversos estímulos. Esta capacidad se puede medir en tareas en las que el desempeño exitoso depende de la detección de estímulos en entornos donde no son esperados (Henderson, Semanas, & Hollingworth, 1999 en Bishop et al., 2004). De esta forma, la práctica de *Mindfulness* podrá facilitar la identificación de objetos en contextos inesperados, ya que disminuye las creencias preconcebidas sobre lo que debe o no debe estar presente (Bishop et al., 2004).

- Orientación a la Experiencia

Esta orientación incluye una actitud de curiosidad por el contenido de la conciencia que se presenta en un momento dado; todos los pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen son vistos, inicialmente, como relevantes y, por tanto, merecedores de atención (Bishop et al., 2004).

De esta forma, no se está tratando de producir un estado de ánimo en particular como en la relajación, simplemente se realiza un esfuerzo por observar cada pensamiento, sentimiento, y sensación que surja en el flujo de conciencia. Así, se toma una actitud de aceptación hacia la experiencia subjetiva. La aceptación se define como mantener una actitud de apertura hacia la realidad del momento presente (Roemer & Orsillo, 2002 en Bishop et al., 2004); se trata de no rechazar a los pensamientos, sentimientos y sensaciones actuales (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999 en Bishop et al., 2004). Es un proceso activo en el que se opta por tomar la experiencia subjetiva con una actitud de apertura y receptividad (Bishop et al., 2004).

La adopción de una postura de curiosidad y aceptación durante el entrenamiento en *Mindfulness*, finalmente, puede conducir a reducciones en el uso de estrategias cognoscitivas y conductuales para evitar la experiencia subjetiva. Medidas de estilos de enfrentamiento represivos, así como las medidas de estilos de enfrentamiento más generales, pueden tener alguna utilidad para poner a prueba esta posibilidad (Bishop et al., 2004).

El entrenamiento en *Mindfulness* resulta en una mayor capacidad de distinguir claramente las diferentes emociones, y comprender y describir los sentimientos experimentados (Bishop et al., 2004).

La adopción de una postura de aceptación hacia los pensamientos y sentimientos dolorosos o desagradables puede cambiar su significado, de manera que estas experiencias se perciban de manera menos desagradable. *Mindfulness*, de este modo, se puede conceptualizar como un proceso de investigación y autoconocimiento para obtener una mayor comprensión de la naturaleza de los propios pensamientos y sentimientos. El individuo hace un esfuerzo por identificar cada elemento contenido en la conciencia y observar cómo una cognición da lugar a otra (Bishop et al., 2004).

Modelo de Baer y colaboradores (2004)

El modelo de Baer y colaboradores (2004) está diseñado para explicar la tendencia general a utilizar las habilidades de atención plena en la vida diaria, en población general y población clínica, independientemente si se tiene o no experiencia en meditación. La conceptualización de los componentes de *Mindfulness* en este modelo está fuertemente influenciada por la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan (1993a, 1993b en Baer et al., 2004) y Dimidjian y Linehan (2003a, 2003b en Baer et al., 2004).

Baer y colaboradores (2004) indican que el modelo puede ser una herramienta útil tanto para los investigadores como para los clínicos que trabajen con atención plena.

Aunque el modelo de Baer y colaboradores (2004) se basa en gran medida en la conceptualización de *Mindfulness* de la Terapia Dialéctica Conductual, el modelo es consistente con otras intervenciones basadas en *Mindfulness*, especialmente con el programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* y con la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*. En la Terapia Dialéctica Conductual, las dimensiones se organizan de forma particular, clasificando las habilidades de atención plena en lo que el individuo hace (observar y describir) y cómo lo hace (con atención y sin juzgar), sin embargo, las habilidades son muy similares a las de las demás intervenciones basadas en *Mindfulness*; habilidades como la regulación de la atención, describir o identificar, y aceptar sin juzgar (Baer et al., 2004).

Los componentes del modelo de Baer y colaboradores (2004) son observar, describir, actuar con atención y aceptar sin juzgar, y se miden a través del instrumento Kentucky Inventory of *Mindfulness* Skills (KIMS). A continuación se explica cada uno de ellos:

- Observar:

La gran mayoría de los autores en *Mindfulness* hace hincapié en la importancia de observar, notar o identificar los estímulos, ya sean fenómenos internos como sensaciones corporales, cogniciones y emociones, o fenómenos externos como sonidos y olores (Dimidjian & Linehan, 2003b; Kabat-Zinn, 1990; Segal et al., 2002 en Baer et al., 2004). Observar implica prestar atención a elementos tales como la ubicación, intensidad y duración de las sensaciones, así como el tono y volumen de los sonidos.

- Describir:

Aunque algunos expertos en *Mindfulness* indican que lo correcto es la observación de las cogniciones sin etiquetarlas o describirlas (Gunaratana, 2002 en Baer et al., 2004), muchos otros prefieren la identificación o descripción de los fenómenos observados (Goldstein, 2002; Linehan, 1993b; Segal et al., 2002 en Baer et al., 2004). Las etiquetas o descripciones de los pensamientos pueden ser palabras sueltas como [*tristeza*] o simplemente [*pensando*]. Este tipo de descripciones se realiza sin juzgar y sin un análisis conceptual, es decir, absteniéndose de juicios como [*no tiene sentido pensar de esta manera*], y de especulaciones sobre el origen de estos pensamientos. En su lugar, se etiqueta brevemente y se continúa atendiendo al momento presente (Baer et al., 2004).

- Actuar con Atención:

Actuar con atención se refiere a la capacidad de concentrarse en una sola cosa a la vez, o participar plenamente en una actividad sin dividir la atención en otras cosas (Hanh, 1976 en Baer et al., 2004) esta capacidad se contrapone al concepto de piloto automático en el que se actúa sin poner atención en lo que se está haciendo (Segal et al., 2002 en Baer et al., 2004). Para desarrollar esta habilidad, los expertos en *Mindfulness* recomiendan la realización de actividades rutinarias como cepillarse los dientes o lavar los platos, concentrando toda la atención únicamente en la actividad que se está llevando a cabo (Baer et al., 2004).

- Aceptar sin Juzgar:

Muchos autores indican que un componente fundamental de la atención plena es la capacidad de aceptar la experiencia del momento presente sin intentar cambiarla, evitarla o escapar de ella (Dimidjian & Linehan, 2003a, 2003b; Linehan, 1993b, Marlatt & Kristeller, 1999; Segal et al., 2002 en Baer et al., 2004). Esta habilidad resulta importante cuando el individuo se enfrenta a experiencias no deseadas como sensaciones o pensamientos desagradables (Segal et al., 2002 en Baer et al., 2004).

Para lograr esta aceptación, es necesario abstenerse de evaluar, juzgar o calificar las experiencias como buenas o malas, correctas o incorrectas, con sentido o sin sentido. La capacidad de identificar y reconocer estas sensaciones, emociones y cogniciones sin intentar evitarlas, cambiarlas o escapar de ellas es la base de la aceptación. Cuando el individuo se enfrenta a una experiencia no deseada, debe procurar observarla e identificarla, sin juzgarla o criticarse así mismo por tener esta experiencia. No juzgar, no se equipara con la pasividad o resignación, más bien, promueve una mayor adaptación ante experiencias desagradables mediante la reducción de conductas automáticas, impulsivas y desadaptativas (Segal et al., 2002 en Baer et al., 2004)

Modelo de Baer y colaboradores (2006)

Los instrumentos de medición de *Mindfulness*: *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI), *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS), *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS), *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (CAMS) y *Mindfulness Questionnaire* (MQ) han demostrado tener cualidades psicométricas prometedoras. Considerando esto, Baer y colaboradores (2006) realizaron un análisis factorial exploratorio en una muestra que había respondido a estos cinco cuestionarios para integrar diferentes enfoques de la atención plena. Los hallazgos sugirieron una solución de cinco factores que puede ser medida a través del *Five Factor Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2008):

1. Observar: incluye notar o atender a las experiencias internas y externas, como sensaciones, cogniciones, emociones, sonidos y olores.
2. Describir: se refiere la capacidad de nombrar las experiencias internas, como sensaciones, cogniciones y emociones.
3. Actuar con atención: incluye poner atención en las actividades que se están realizando en el momento, se ha definido como lo opuesto a comportarse de manera automática mientras la atención se centra en otro lugar.
4. No juzgar la experiencia interna: se refiere a tomar una postura no-evaluativa hacia pensamientos y sentimientos.
5. No reaccionar ante la experiencia interna: es la tendencia a permitir que los pensamientos y sentimientos vayan y vengan, sin dejarse llevar o quedar atrapados en ellos.

La combinación de los cinco cuestionarios de *Mindfulness* (MAAS, FMI, KIMS, CAMS, MQ) integró 112 reactivos y cinco factores. En el análisis factorial

exploratorio, cuatro de los cinco factores fueron prácticamente idénticos a los identificados en el desarrollo del KIMS (Baer et al., 2004) y la mayoría de los reactivos del KIMS cargó en estos factores, junto con muchos reactivos de los demás cuestionarios. También surgió un factor adicional, con reactivos del FMI y del MQ: no reaccionar ante la experiencia interna (Baer et al., 2006).

Para crear dimensiones de *Mindfulness* con consistencia interna adecuada y una longitud moderada, se seleccionaron los reactivos que tuvieron las cargas más altas en el AFE: para la dimensión de no reaccionar ante la experiencia interna, se seleccionaron los siete reactivos, para las otras cuatro dimensiones (observar, describir, actuar con atención y no juzgar la experiencia interna), se seleccionaron los ocho reactivos que tuvieron las cargas más altas en el AFE, creando así una subescala para cada dimensión del modelo de *Mindfulness* (Baer et al., 2006).

Baer y colaboradores (2006) mencionan que desarrollar instrumentos de medición de atención plena basados en modelos multidimensionales es necesario para incrementar la validez de las pruebas. También indican que, si las puntuaciones de cada factor se pueden introducir por separado en los análisis de regresión, entonces se podrá examinar por separado la relación entre cada factor y la variable dependiente, pudiéndose identificar si algunos factores tienen mayor capacidad predictiva que otros sobre la variable dependiente en cuestión.

Las investigaciones de Baer y colaboradores (2006) muestran que los factores de atención plena están diferencialmente relacionados con otros constructos, por ejemplo, reportan que el factor “describir” es el que tiene un mayor peso en la relación de atención plena y el constructo de inteligencia emocional. Por otro lado, los autores señalan un caso particular con el factor “observar”; el cual se correlacionó positivamente con la apertura a la experiencia, inteligencia emocional y auto-compasión (según lo predicho), sin embargo, también se correlacionó positivamente con la disociación, la distracción y la supresión de pensamientos (en contra de las predicciones). Al recalcular los datos en la sub-muestra de participantes con experiencia en la meditación las correlaciones positivas inesperadas con el factor “observar” desaparecieron, lo cual sugiere que las relaciones entre este factor en particular y otras variables pueden cambiar en función de la experiencia de la meditación.

Con respecto a la aceptación, un componente central de la atención plena, Baer y colaboradores (2006) sugieren que los factores “no reaccionar” y “no juzgar” pueden ser vistos como formas de operacionalizar la aceptación. Es decir, aceptar una experiencia, por ejemplo, la ansiedad, podría incluir abstenerse de juicios o autocrítica acerca de tener esta experiencia (no juzgar) y la abstención de las reacciones impulsivas a la experiencia (no reaccionar).

Modelo de Cardaciotto y colaboradores (2008)

La mayoría de las definiciones de la atención plena destacan dos componentes principales: 1. la conducta que se lleva a cabo, la cual se puede definir como atención permanente. 2. La forma en que se lleva a cabo dicha conducta, es decir, con aceptación. Por lo tanto, *Mindfulness* se puede conceptualizar como la tendencia a mantener la atención en las experiencias internas y externas en el contexto de una actitud de aceptación y sin prejuicios hacia dichas experiencias (Cardaciotto et al., 2008).

Basándose en una revisión de la literatura existente, Cardaciotto y colaboradores (2008) definen la atención como el seguimiento continuo de los estímulos internos y externos que surjan. Y la aceptación como una actitud, sin prejuicios, hacia la propia experiencia. Los componentes de este modelo se miden a través del Philadelphia *Mindfulness Scale* (PHILMS).

- Atención:

El primer componente de *Mindfulness*, la atención, se caracteriza como un seguimiento continuo de la experiencia; enfocarse en la experiencia actual en lugar de en acontecimientos pasados o futuros. Este componente también se ha caracterizado como una capacidad de regular la atención en el presente. Dicha capacidad permite una mayor sensibilidad a una gama restringida de la experiencia (Cardaciotto et al., 2008).

- Aceptación:

El segundo componente de *Mindfulness* es la forma en que se atiende a la experiencia del momento presente: sin juzgar, con una actitud de aceptación, apertura, e incluso compasión hacia la propia experiencia (Cardaciotto et al., 2008).

Con una actitud de aceptación, se deja de lado el juicio y la interpretación de las experiencias. No se realizan intentos de cambiar, evitar, criticar o escapar de las experiencias. Aceptación, en este contexto, no se debe confundir con pasividad o resignación. Se está presente en la experiencia, en lugar de juzgarla o estar preocupado por evitarla; esto permite un mayor contacto con los estímulos angustiantes (Cardaciotto et al., 2008).

Brown y Ryan (2003, 2004 en Cardaciotto et al., 2008) sostienen que el componente de la aceptación es redundante y se incluye en el componente de la atención. Sin embargo, no se puede suponer que el aumento de la atención necesariamente implique una actitud de mayor aceptación, ni que una mayor aceptación lleve necesariamente a una mayor atención (Cardaciotto et al., 2008).

Cardaciotto y colaboradores (2008) encontraron que las subescalas de atención y de aceptación no se correlacionaban, lo cual sugiere que no se debe suponer que los dos componentes están íntimamente relacionados. Los autores sugieren que, en algunos casos, puede ser perjudicial el aumento de la atención ante las experiencias internas, por ejemplo, el trastorno de pánico a menudo se asocia con una mayor atención a las señales fisiológicas (Ehlers & Breuer, 1992, 1996 en Cardaciotto et al., 2008), pero esto ocurre únicamente cuando se atiende a las experiencias internas sin una actitud de aceptación. Centrar la atención en las experiencias internas sin una actitud de aceptación puede contribuir a exacerbar muchos trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, esquizofrenia y psicopatía (Ingram, 1990 en Cardaciotto et al., 2008).

Por lo tanto, hay pruebas sustanciales de que el aumento de la atención no es necesariamente adaptativo o saludable. Los efectos positivos de la atención pueden estar relacionados con el grado en que dicha atención se vincula con una actitud de no juzgar y de aceptación ante la experiencia (Cardaciotto et al., 2008).

Como sostienen Roemer y Orsillo (2003 en Cardaciotto et al., 2008) y Baer y colaboradores (2006), la atención plena es un constructo multifacético y, evaluar de forma independiente sus componentes puede ayudar a determinar los mecanismos que contribuyen a la eficacia de los tratamientos basados en *Mindfulness* (Cardaciotto et al., 2008).

Cardaciotto y colaboradores (2008) sostienen el modelo bidimensional de la atención plena únicamente con los componentes de atención y aceptación. Sugieren que la evaluación de otros componentes como “describir” los estados internos puede ser útil pero no es fundamental para el constructo de *Mindfulness*. Por lo tanto, según los autores, una posible deficiencia de los modelos de Baer y colaboradores (2004) y Baer y colaboradores (2006) es la inclusión de subescalas que son redundantes entre sí y no necesariamente reflejan los componentes esenciales de la atención plena.

Comunes Denominadores entre los Modelos

Común Denominador	Autores	Definición de los Autores
Atención	-Buchheld, Grossman y Walach (2001)	Centrarse en el momento presente, sin distraerse o perderse.
	-Brown y Ryan (2003)	Ser consciente de las situaciones actuales del organismo; internas y externas, incluyendo los pensamientos, emociones, sensaciones, conductas o el entorno.
	-Bishop y colaboradores (2004)	Observar los estímulos externos y el flujo de pensamientos, sentimientos y sensaciones.
	-Baer y colaboradores (2004)	La capacidad de concentrarse en una sola cosa a la vez, o participar plenamente en una actividad.
	-Baer y colaboradores (2006)	Concentrarse en las actividades que se están realizando en el momento.
	-Cardaciotto y colaboradores (2008)	El seguimiento continuo de los estímulos internos y externos que surjan.
Aceptación	Kabat-Zinn (1990)	Percibir cada momento tal y como es, sin tratar de cambiarlo.
	Buchheld, Grossman y Walach (2001)	Una actitud en donde no se critica o evalúa a uno mismo ni a los demás.

	Bishop y colaboradores (2004)	Una actitud de apertura hacia la realidad del momento presente; se trata de no rechazar a los pensamientos, sentimientos y sensaciones actuales.
	Baer y colaboradores (2004)	Identificar y reconocer las sensaciones, emociones y cogniciones sin intentar evitarlas, cambiarlas o escapar de ellas.
	Baer y colaboradores (2006)	Abstenerse de juicios o autocrítica acerca de tener una experiencia y abstenerse de las reacciones impulsivas ante la experiencia.
	Cardaciotto y colaboradores (2008)	Una actitud, sin prejuicios, hacia la propia experiencia.

Figura 10. Comunes Denominadores de *Mindfulness*.

Fuente: Baer y colaboradores (2004); Baer y colaboradores (2006); Bishop y colaboradores (2004); Brown y Ryan (2003); Buchheld y colaboradores (2001); Cardaciotto y colaboradores (2008); Kabat-Zinn (1990).

Conceptos Relacionados con Atención Plena

Inteligencia Emocional:

Según lo descrito por Brown y Ryan (2003), la inteligencia emocional se relaciona con la atención plena en el hecho de que ambas incluyen percibir claramente las emociones que uno experimenta. Sin embargo, una gran diferencia entre la inteligencia emocional y la atención plena es que en la primera se busca llevar a cabo un control o dominio sobre las emociones y en la segunda sólo se busca poder ser conscientes de ellas e identificar sus causas y consecuencias.

Fernández-Berrocal y Extremera (2002) mencionan que la inteligencia emocional implica cuatro componentes:

1. Percepción y expresión emocional: Reconocer de forma consciente las emociones y sentimientos. Al reconocer los sentimientos se establece la base para aprender a moderar las reacciones emocionales y no dejarse arrastrar por impulsos.
2. Facilitación emocional: Las emociones guían la atención a los problemas realmente importantes y facilitan el recuerdo de eventos emotivos.
3. Comprensión emocional: Comprender los sentimientos propios y de los demás; empatizar consiste en situarse en el lugar del otro y ser consciente de sus sentimientos, causas e implicaciones.
4. Regulación emocional: Consiste en la habilidad de controlar las reacciones emocionales ante situaciones intensas, ya sean positivas o negativas. La regulación emocional se ha considerado como la capacidad para evitar respuestas emocionales descontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo. Sin embargo, la regulación supone un paso más allá, consiste en percibir, sentir y vivenciar el estado afectivo, sin ser abrumado o dominado por él, de forma que no llegue a nublar la razón, para alcanzar un pensamiento claro y eficaz, y no basado en el arrebató y la irracionalidad (Fernández-Berrocal & Extremera, 2002).

Apertura a la Experiencia:

Mindfulness parece relacionarse con aspectos de la dimensión de personalidad de apertura a la experiencia, debido a que ambos implican receptividad e interés por nuevas experiencias (Brown & Ryan, 2003).

La dimensión de apertura a la experiencia incluye la búsqueda y apreciación por nuevas experiencias y el gusto por lo desconocido. Considera la facultad para abrirse a la novedad, a la tolerancia por diferentes valores y estilos de vida, por diferentes costumbres y hábitos. Valora la preferencia por lo novedoso frente a la familiaridad y la rutina (Mestre, Tur, Samper, Nácher, & Cortés, 2007).

Correlaciones entre Medidas de <i>Mindfulness</i> con Apertura a la Experiencia e Inteligencia Emocional					
	MAAS	FMI	KIMS	CAMS	MQ
Apertura a la Experiencia	.23*	.30*	.47**	.22*	.14
Inteligencia Emocional	.22*	.54**	.61**	.50**	.27**

* p<.05. **p<.01

Figura 11. Correlaciones entre Medidas de *Mindfulness* con Apertura a la Experiencia e Inteligencia Emocional.

Fuente: Using Self-report Assessment Methods to Explore Facets of *Mindfulness* (Baer et al., 2006).

MAAS = Mindful Attention Awareness Scale; FMI = Freiburg Mindfulness Inventory; KIMS = Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; CAMS = Cognitive Affective Mindfulness Scale; MQ= Mindfulness Questionnaire.

Medición de la Atención Plena

La disponibilidad de medidas de atención plena puede conducir a un mayor consenso sobre la definición operacional del constructo y sus relaciones con otras variables (Baer et al., 2004). Cada instrumento de medición representa un intento de operacionalizar *Mindfulness* y de redactar reactivos que capten su esencia. Una revisión minuciosa de estos instrumentos podría proporcionar información importante acerca de cómo debe conceptualizarse (Baer et al., 2006).

Instrumentos de Medición de <i>Mindfulness</i>						
Instrumento	Factores	Reactivos	Alfa de Cronbach	Autores	Países	Sujetos
Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)	1.-No identificarse con los estados mentales 2.-Aceptar sin juzgar 3.-Apertura a la experiencia 4.-Entendimiento de la experiencia	30	1.-No identificarse .90 2.-Aceptar .82 3.-Apertura .81 4.-Entendimiento .76	Buchheld, Grossman y Walach (2001)	Alemania, Reino Unido	<u>Meditadores</u>
The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)	1.-Regulación de la atención	15	.82	Brown y Ryan (2003)	E.E.U.U., México, España, Turquía, Italia, Francia, Suecia	No meditadores
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)	1.-Observar 2.-Describir 3.-Actuar con atención 4.-Aceptar sin juzgar	39	Observar .91 Describir .84 Actuar con atención .83 Aceptar sin juzgar .87	Baer y colaboradores (2004)	E.E.U.U., Suecia	No meditadores
Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ)	1.-Observación consciente 2.-Dejar ir 3.-No aversión 4.-No juicio	16	.89	Chadwick, Hember, Mead, Lilley, y Dagnan (2008)	Reino Unido	No meditadores
Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) (Versión para no meditadores)	1.-Atención en el presente 2.-Aceptar sin juzgar 3.-Apertura a la experiencia 4.-Entendimiento de la experiencia	14	.86	Walach y colaboradores (2006)	Alemania, Reino Unido	No meditadores

Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	1.-Describir 2.-Observar 3.-Actuar con atención 4.-No juzgar experiencias internas 5.-No reaccionar ante la experiencia interna	39	Describir .91 Observar .83 Actuar con atención .87 No juzgar .87 No reaccionar .75	Baer y colaboradores (2006)	E.E.U.U., China, Japón, España, Francia, Suecia, Holanda	No meditadores
Toronto Mindfulness Scale (TMS)	1.-Curiosidad 2.-Regulación de la atención	13	.95	Lau y colaboradores (2006)	Canadá, China, Corea del Sur	No meditadores
Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS-R)	1.-Atención 2.-Enfoque en el presente 3.-Darse cuenta de la experiencia 4.-Aceptar sin juzgar	12	.78	Feldman y colaboradores (2007)	E.E.U.U., Italia	No meditadores
Philadelphia Mindfulness Scale (PHILMS)	1.-Atención en el momento presente 2.-Aceptación	20	Atención .86 Aceptación .91	Cardaciotto y colaboradores (2008)	E.E.U.U., España, Brasil	No meditadores

Figura 12. Instrumentos de Medición de *Mindfulness*.

Fuente: Using Self-report Assessment Methods to Explore Facets of *Mindfulness* (Baer et al., 2006), Measuring *Mindfulness* (Hill & Labbé, 2014).

Correlaciones entre Diferentes Medidas de <i>Mindfulness</i>				
	FMI	KIMS	CAMS	MQ
MAAS	.31**	.51**	.51**	.38**
FMI	-	.57**	.60**	.45**
KIMS		-	.67**	.45**
CAMS			-	.55**

**p<.01

Figura 13. Correlaciones entre Instrumentos de Medición de *Mindfulness*.

Fuente: Using Self-report Assessment Methods to Explore Facets of *Mindfulness* (Baer et al., 2006).

MAAS = Mindful Attention Awareness Scale; FMI = Freiburg Mindfulness Inventory; KIMS = Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; CAMS = Cognitive Affective Mindfulness Scale; MQ= Mindfulness Questionnaire.

Freiburg Mindfulness Inventory (FMI):

El FMI fue desarrollado por Buchheld, Grossman y Walach (2001) como un inventario de 30 reactivos para medir los siguientes factores (Buchheld et al., 2001):

- 1.-No identificarse con los estados mentales
- 2.-Aceptar sin juzgar
- 3.-Apertura a la experiencia
- 4.-Entendimiento de la experiencia

Esta medida utiliza una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (desde raramente hasta casi siempre). Los autores consideran que sólo se puede emplear de forma válida en las personas que tienen experiencia en la práctica de la meditación (Hill & Labbé, 2014).

Los treinta reactivos explican más del cincuenta por ciento de la varianza, la validez aparente se aseguró teniendo un grupo de expertos en meditación que realizó correcciones y seleccionó los reactivos más adecuados. El hecho de que las puntuaciones de *Mindfulness* aumentaron considerablemente en los participantes después de un retiro de meditación, apoyó la validez de constructo del FMI (Buchheld et al., 2001). A continuación se presentan los reactivos en una versión de traducción propia:

- No identificarse con los estados mentales (alfa de Cronbach de .90).
1. Cuando percibo que mi mente se ausenta, vuelvo gentilmente a la experiencia del aquí y ahora.
 2. Me pierdo fácilmente en mis pensamientos y sentimientos.
 3. Me dejo llevar por lo que estoy pensando en el momento.
 4. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.
 5. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.
 6. Observo mis pensamientos sin identificarme con ellos.
 7. Me siento conectado con mi experiencia en el aquí y ahora.

8. Observo cómo mis pensamientos vienen y van.
9. Sé que no soy idéntico a lo que estoy pensando.
10. Siento mi cuerpo, ya sea comiendo, cocinando, limpiando o hablando.
11. Noto cómo mis emociones se expresan a través de mi cuerpo.
12. En situaciones difíciles, puedo hacer una pausa y no reaccionar de inmediato.

➤ Aceptar sin juzgar (alfa de Cronbach de .82).

1. Me acepto a mí mismo tal y como soy
2. Soy amigable conmigo mismo cuando las cosas salen mal.
3. Puedo apreciarme a mí mismo.
4. Soy capaz de sonreír cuando me doy cuenta de que, en ocasiones, me complico la vida.
5. Puedo ver mis errores y dificultades sin juzgarlos.
6. Estoy abierto a la experiencia del momento presente.
7. Soy impaciente conmigo mismo y con otros.

➤ Apertura a la experiencia (alfa de Cronbach de .81).

1. Examino tanto mis sensaciones placenteras como las no placenteras
2. Sigo atendiendo mis sensaciones y sentimientos aun cuando estos son aversivos o dolorosos.
3. Noto cuando estoy creando mi propio sufrimiento
4. Pongo atención a lo que está detrás de mis acciones.
5. Evito sentimientos desagradables
6. Acepto experiencias desagradables
7. Experimento momentos de paz interior, incluso en situaciones estresantes.

➤ Entendimiento de la experiencia (alfa de Cronbach de .76).

1. Analizo las cosas desde diferentes puntos de vista.
2. Me doy cuenta de que no tengo que reaccionar ante lo que pasa por mi mente.

3. Soy consciente de lo breves y pasajeras que son mis experiencias.
4. Observo cómo las experiencias surgen y se desvanecen.

The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS):

Es una escala unidimensional que mide indirectamente si la persona está atenta y se da cuenta de lo que está ocurriendo en el presente. Los reactivos se redactaron para reflejar la presencia o ausencia de atención plena en términos generales, así como en circunstancias específicas de un día cotidiano, se distribuyen en dominios cognoscitivos, emocionales, físicos, de relaciones interpersonales y aspectos generales. A continuación se presentan los 15 reactivos de la escala de Brown y Ryan (2003) en una versión de traducción propia:

1. Podría estar experimentando una emoción y no ser consciente de ello hasta algún tiempo después.
2. Rompo o tiro cosas por estar descuidado, no prestar atención, o por estar pensando en otra cosa.
3. Me resulta difícil mantener la concentración en lo que está sucediendo en el presente.
4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde voy sin prestar atención en lo que experimento durante el camino.
5. Tiendo a no darme cuenta de las sensaciones de tensión física o malestar hasta que resultan muy notorias.
6. Me olvido fácilmente del nombre de las personas que acabo de conocer.
7. A veces siento estar "funcionando en automático" sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo.
8. Me apresuro a realizar mis actividades sin estar muy atento a ellas.
9. Estoy tan enfocado en la meta que quiero lograr que no me concentro en lo que estoy haciendo en este momento para llegar ahí.
10. Hago trabajos o tareas de forma automática, sin ser consciente de lo que estoy haciendo.

11. A veces me encuentro oyendo a una persona y haciendo otra cosa al mismo tiempo.

12. A veces me dirijo en "piloto automático" a ciertos lugares y luego me pregunto por qué me fui para allá.

13. Me encuentro preocupado por el futuro o el pasado.

14. En ocasiones me encuentro haciendo cosas sin prestar atención.

15. Como si no fuera consciente de qué estoy comiendo.

Baer y colaboradores (2006) indican que el MAAS tiene un alfa de Cronbach de .82.

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer et al., 2004)

Este instrumento de 39 reactivos fue diseñado para medir cuatro elementos de la atención plena con cuatro escalas:

- 1.- Observar
- 2.- Describir
- 3.- Actuar con atención
- 4.- Aceptar sin juzgar

El instrumento utiliza una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde nunca o muy raramente hasta casi siempre), está basado en gran parte en la terapia dialéctica conductual. Para responder este instrumento no se requiere experiencia en meditación. El KIMS mide la tendencia general a utilizar habilidades atencionales en la vida diaria (Hill & Labbé, 2014).

La estructura de cuatro factores se demostró en una muestra inicial y se confirmó en una segunda muestra, y dicha estructura presentó mucho mejor ajuste de datos que una estructura alternativa de un solo factor. Las relaciones con otros constructos fueron en gran medida como se esperaba, ya que las puntuaciones del KIMS a menudo se asociaron positivamente con puntuaciones relacionadas con salud mental (Baer et al., 2004). A continuación se presentan los reactivos en una versión de traducción propia:

➤ Escala de Observar (alfa de .91):

Los reactivos de la escala de observar se refieren a notar, observar, o prestar atención a una variedad de estímulos o fenómenos internos y externos, incluyendo las sensaciones corporales, cogniciones, emociones, imágenes, sonidos y olores.

1. Noto algunos cambios en mi cuerpo, como cuando mi respiración se acelera o se vuelve más lenta.
2. Pongo atención a mis músculos para saber si están tensos o relajados.
3. Cuando estoy caminando noto, intencionalmente, las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.
4. Cuando me baño, pongo atención en las sensaciones que produce el agua en mi cuerpo.
5. Noto cómo los alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones y emociones.
6. Pongo atención a las sensaciones que produce el viento en mi cabello o el sol en mi cara.
7. Pongo atención a los sonidos de relojes marcando la hora, el canto de los pájaros, o de los coches que pasan.
8. Me doy cuenta de los olores y aromas de las cosas.
9. Soy consciente de mis sentimientos.
10. Noto elementos visuales en el arte o la naturaleza, tales como colores, formas, texturas o patrones de luz y sombra.
11. Me doy cuenta de cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mis acciones.
12. Noto cuando mis estados de ánimo comienzan a cambiar.

➤ Escala de Describir (alfa de .84):

Los reactivos de la escala de describir se refieren a una tendencia o capacidad de poner en palabras a las sensaciones, percepciones, pensamientos, sentimientos, emociones o experiencias.

1. Soy bueno(a) para encontrar las palabras que describen mis sentimientos.
2. Me es fácil poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.
3. Soy bueno(a) para describir con palabras los sabores, olores y sonidos.
4. Es difícil para mí encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.

5. Tengo dificultad para encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos.
6. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, es difícil para mí describirla porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.
7. Incluso cuando me siento muy molesto(a), puedo encontrar una manera de expresarlo con palabras.
8. Normalmente puedo describir mis experiencias con palabras.

➤ Escala de Actuar con Atención (alfa de .83):

Los reactivos de la escala de actuar con atención se refieren a la capacidad de centrar la atención en la actividad actual y evitar actuar en automático.

1. Cuando hago las cosas, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.
2. Cuando estoy haciendo algo, sólo estoy concentrado en lo que estoy haciendo, en nada más.
3. Hago las cosas en "piloto automático", sin prestar atención a lo que estoy haciendo.
4. Cuando estoy leyendo, concentro toda mi atención en lo que estoy leyendo.
5. Cuando estoy haciendo algo, logro involucrarme en lo que estoy haciendo y no pienso en otra cosa
6. No pongo atención en lo que estoy haciendo porque estoy soñando despierto(a), preocupado(a), o distraído(a) de otra forma.
7. Cuando estoy haciendo la limpieza o la lavandería, tiendo a soñar despierto(a) o pensar en otras cosas.
8. Tiendo a hacer varias cosas al mismo tiempo en lugar de concentrarme en una sola cosa a la vez.
9. Cuando estoy trabajando en algo, parte de mi mente está pensando en otras cosas, como lo que voy a hacer después, o cosas que preferiría estar haciendo en ese momento.
10. Consigo involucrarme completamente en lo que estoy haciendo, de manera que toda mi atención se centra en ello.

➤ Escala de Aceptar sin Juzgar (alfa de .87):

Los reactivos de la escala de aceptar sin juzgar miden los juicios o autocríticas con respecto a las experiencias, pensamientos o sentimientos de uno mismo.

1. Me critico a mí mismo por tener emociones irracionales o inapropiadas.
2. Tiendo a evaluar si la forma en que percibo las cosas es correcta o incorrecta.
3. Me digo a mí mismo que no debería de estarme sintiendo así.
4. Considero que algunos de mis pensamientos son anormales o malos y que no debería de pensar de esa manera.
5. Juzgo si mis pensamientos son buenos o malos.
6. Tiendo a juzgar si mis experiencias valen o no la pena.
7. Me digo a mí mismo que no debería de estar pensando de la forma en la que estoy pensando.
8. Considero que algunas de mis emociones son malas o inadecuadas y que no debería de estarlas sintiendo.
9. Me desapruedo a mí mismo cuando tengo ideas irracionales.

Southampton Mindfulness Questionnaire (Chadwick et al., 2008)

Es un instrumento de 16 reactivos (8 positivos y 8 negativos) diseñado para evaluar la forma de encarar pensamientos o imágenes angustiantes con atención plena. Todos los reactivos empiezan con: "Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes..." y continúan con una respuesta relacionada con la atención plena como: "Puedo simplemente identificarlos sin reaccionar ante ellos" o "Soy capaz de aceptar la experiencia." Utiliza una escala tipo Likert de siete opciones (desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo). Los autores señalan que los reactivos representan cuatro aspectos de *Mindfulness*: observación consciente, dejar ir, no aversión y no juicio. Reportan una buena consistencia interna (alfa de 0.89), una correlación significativa con la MAAS ($r = 0.57$), diferencias significativas en la dirección esperada entre meditadores y no meditadores, así como entre participantes en un curso de MBSR y no participantes (Baer et al., 2006).

A continuación se presentan los 16 reactivos de la escala de Chadwick y colaboradores (2008) en una versión de traducción propia:

"Por lo general, cuando experimento pensamientos o imágenes angustiantes...:"

1. Puedo simplemente notarlos sin reaccionar ante ellos.
2. Se mantienen en mi mente durante mucho tiempo.
3. Los juzgo como buenos o malos.
4. Me puedo tranquilizar poco tiempo después.
5. Soy capaz de aceptar la experiencia.
6. Me enojo por lo que me está pasando.
7. Me doy cuenta de lo breves que son en realidad.
8. Me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo de lo que estoy pensando o imaginando.
9. Puedo ser consciente de la idea o imagen sin ser absorbido por ella.
10. Simplemente los identifico y los dejo ir.
11. Me acepto a mí mismo sin importar sobre qué sea el pensamiento o la imagen.
12. Trato de empujarlos afuera de mi mente.
13. Sigo pensando en el pensamiento o la imagen después de que se ha ido.
14. Me resultan tan desagradables que tengo que distraerme con algo y no notarlos.
15. Trato de solamente experimentar los pensamientos o imágenes sin juzgarlos.
16. Me pierdo en los pensamientos o imágenes.

Freiburg Mindfulness Inventory (Walach et al., 2006) (Versión para no meditadores)

Resulta útil medir *Mindfulness*, ya sea como la variable objetivo de las intervenciones clínicas, como una variable moderadora, e incluso como un rasgo de personalidad, por lo tanto, se construyó este instrumento de medición (Walach et al., 2006).

Los objetivos del estudio de Walach y colaboradores (2006) fueron construir una versión corta del FMI y determinar si dicha versión puede aplicarse con éxito a personas que no tengan conocimientos previos sobre atención plena.

Los factores de este instrumento pueden identificarse tentativamente como “atención en el presente”, “aceptar sin juzgar”, “apertura a la experiencia” y “entendimiento de la experiencia”. Sin embargo, debido a las elevadas correlaciones entre los factores, las altas cargas secundarias en el factor común, y las sustanciales dobles cargas en la solución ortogonal, los autores no recomiendan dividir el constructo en distintos componentes (Walach et al., 2006).

Los resultados arrojaron una versión corta de 14 reactivos independiente del contexto budista y de la meditación. Esta versión corta correlaciona casi perfectamente con la escala completa. Los 14 reactivos cubren todos los aspectos de la atención plena y el alfa de Cronbach es de .86 (Walach et al., 2006).

Para fines de investigación en contextos donde existan conocimientos previos sobre atención plena los autores recomiendan utilizar la versión completa de 30 reactivos y, en contextos donde no se esperen conocimientos previos de atención plena recomiendan utilizar la forma corta del FMI. A continuación se presentan los 14 reactivos de la versión corta para no meditadores de Walach y colaboradores (2006) en una versión de traducción propia:

1. Siento mi cuerpo, ya sea comiendo, cocinando, limpiando o hablando.
2. Cuando percibo que mi mente se ausenta, vuelvo gentilmente a la experiencia del aquí y ahora.
3. Me siento conectado con mi experiencia en el aquí y ahora.
4. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.
5. En situaciones difíciles, puedo hacer una pausa y no reaccionar de inmediato.
6. Estoy abierto a la experiencia del momento presente.
7. Puedo apreciarme a mí mismo.
8. Puedo ver mis errores y dificultades sin juzgarlos.
9. Soy amigable conmigo mismo cuando las cosas salen mal.
10. Soy impaciente conmigo mismo y con otros.
11. Soy capaz de sonreír cuando me doy cuenta de que, en ocasiones, me complico la vida.
12. Pongo atención a lo que está detrás de mis acciones.
13. Acepto experiencias desagradables

14. Experimento momentos de paz interior, incluso en situaciones estresantes.

Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006)

Para construir un instrumento de medición multidimensional, Baer y colaboradores (2006) integraron cinco cuestionarios de atención plena (FMI, MAAS, KIMS, CAMS y MQ) mediante un análisis factorial exploratorio, generando así, un cuestionario de auto reporte que consta de 39 reactivos llamado FFMQ (Hill & Labbé, 2014).

Las cinco escalas del instrumento son: describir, observar, actuar con atención, no juzgar experiencias internas y, no reaccionar ante la experiencia interna. Todas estas escalas se componen de 8 reactivos, con excepción de la escala no reaccionar ante la experiencia interna que cuenta con 7 (Hill & Labbé, 2014).

Los resultados de los estudios del FFMQ apoyan la conclusión de que las cinco escalas miden habilidades de la atención plena, tanto para no meditadores, como para meditadores. El FFMQ ha sido traducido y validado en chino, japonés, sueco y español (Hill & Labbé, 2014). La consistencia interna, mediante los coeficientes de alfa de Cronbach, de las cinco escalas del FFMQ es la siguiente (Baer et al., 2006): Describir .91, observar .83, actuar con atención .87, no juzgar .87 y no reaccionar .75. A continuación se presentan los reactivos en una versión de traducción propia:

➤ No Reaccionar ante la Experiencia Interna:

1. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos (FMI).
2. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos (FMI).
3. En situaciones difíciles, puedo hacer una pausa y no reaccionar de inmediato (FMI).
4. Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, puedo simplemente notarlos sin reaccionar ante ellos (MQ).
5. Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, me puedo tranquilizar poco tiempo después (MQ).
6. Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, puedo ser consciente de la idea o imagen sin ser absorbido por ella (MQ).
7. Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, simplemente los identifico y los dejo ir (MQ).

➤ Observar:

1. Cuando estoy caminando, noto intencionalmente las sensaciones de mi cuerpo en movimiento (KIMS).
2. Cuando me baño, pongo atención en las sensaciones que produce el agua en mi cuerpo (KIMS).
3. Noto cómo los alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones y emociones (KIMS).
4. Pongo atención a las sensaciones que produce el viento en mi cabello o el sol en mi cara (KIMS).
5. Pongo atención a los sonidos de relojes marcando la hora, el canto de los pájaros, o de los coches que pasan (KIMS).
6. Me doy cuenta de los olores y aromas de las cosas (KIMS).
7. Noto elementos visuales en el arte o la naturaleza, tales como colores, formas, texturas o patrones de luz y sombra (KIMS).
8. Me doy cuenta de cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mis acciones (KIMS).

➤ Actuar con Atención:

1. Me resulta difícil mantener la concentración en lo que está sucediendo en el presente (MAAS).
2. A veces siento estar "funcionando en automático" sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo (MAAS).
3. Me apresuro a realizar mis actividades sin estar muy atento a ellas (MAAS).
4. Hago trabajos o tareas de forma automática, sin ser consciente de lo que estoy haciendo (MAAS).
5. En ocasiones me encuentro haciendo cosas sin prestar atención (MAAS).
6. Cuando hago las cosas, mi mente divaga y me distraigo fácilmente (KIMS).
7. No pongo atención en lo que estoy haciendo porque estoy soñando despierto(a), preocupado(a), o distraído(a) de otra forma. (KIMS).
8. Me distraigo fácilmente (CAMS).

➤ Describir:

1. Soy bueno(a) para encontrar las palabras que describen mis sentimientos (KIMS).
2. Me es fácil poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas (KIMS).
3. Es difícil para mí encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando (KIMS).
4. Tengo dificultad para encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos (KIMS).
5. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, es difícil para mí describirla porque no puedo encontrar las palabras adecuadas (KIMS).
6. Incluso cuando me siento muy molesto(a), puedo encontrar una manera de expresarlo con palabras (KIMS).
7. Normalmente puedo describir mis experiencias con palabras (KIMS).
8. Normalmente puedo describir con detalle lo que estoy sintiendo (CAMS).

➤ No Juzgar la Experiencia Interna:

1. Me critico a mí mismo por tener emociones irracionales o inapropiadas (KIMS).
2. Me digo a mí mismo que no debería de estar sintiendo así (KIMS).
3. Considero que algunos de mis pensamientos son anormales o malos y que no debería de pensar de esa manera (KIMS).
4. Juzgo si mis pensamientos son buenos o malos (KIMS).
5. Me digo a mí mismo que no debería de estar pensando de la forma en la que estoy pensando (KIMS).
6. Considero que algunas de mis emociones son malas o inadecuadas y que no debería de estar sintiendo (KIMS).
7. Me desapruedo a mí mismo cuando tengo ideas irracionales (KIMS).
8. Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo de lo que estoy pensando o imaginando (MQ).

Toronto Mindfulness Scale (TMS; Lau et al., 2006)

Esta es la primera escala que mide *Mindfulness* como estado y no como rasgo, cuenta con 13 reactivos que evalúan la capacidad del participante para evocar atención plena dentro de un breve período de tiempo. Cada reactivo se califica en una escala de tipo Likert de 5 opciones de respuesta (desde nada hasta mucho) (Hill & Labbé, 2014).

El TMS tiene dos factores: curiosidad y regulación de la atención. La curiosidad se refiere a una actitud de aceptación y apertura con cada objeto de la experiencia subjetiva y, la regulación de la atención se refiere a un estado de autorregulación intencional en el que una persona observa los pensamientos, sentimientos y sensaciones con mayor conciencia. La subescala de curiosidad se compone de 7 reactivos y la subescala de regulación de la atención tiene 6 reactivos. Los resultados iniciales en individuos con y sin experiencia en la meditación demuestran una buena consistencia interna para ambos factores (Hill & Labbé, 2014).

Los creadores de la escala mencionan buena validez convergente y divergente. La experiencia con la meditación correlacionó positivamente con las puntuaciones del TMS. Los puntajes de consistencia interna fueron buenos, con un alfa de Cronbach de .95 (Hill & Labbé, 2014).

A continuación se presentan los 13 reactivos de la escala de Lau y colaboradores (2006) en una versión de traducción propia:

1. Me percibí a mí mismo como algo separado de mis cambiantes pensamientos y sentimientos.
2. Estaba más ocupado en estar abierto a mis experiencias que en controlarlas o cambiarlas.
3. Tenía curiosidad acerca de lo que podría aprender acerca de mí mismo, notando cómo reacciono ante ciertos pensamientos, sentimientos o sensaciones.
4. Experimenté mis pensamientos más como eventos en mi mente que como un reflejo necesariamente preciso de la realidad.
5. Tenía curiosidad por ver lo que estaba en mi mente en cada momento.
6. Tenía curiosidad acerca de cada uno de los pensamientos y sentimientos que estaba teniendo.
7. Era receptivo a observar los pensamientos y sentimientos desagradables sin interferir con ellos.

8. Estaba más interesado en simplemente ver mis experiencias a medida que surgían, que en averiguar lo que podría significar.
9. Me acerqué a cada experiencia tratando de aceptarla, sin importar si era agradable o desagradable.
10. Me daba curiosidad la naturaleza de cada una de las experiencias que iban surgiendo.
11. Fui consciente de mis pensamientos y sentimientos sin identificarme demasiado con ellos.
12. Sentía curiosidad por mi reacción ante las experiencias
13. Tenía curiosidad acerca de lo que podría aprender de mí mismo con sólo tomar nota de lo que atendía mi mente.

Cognitive and Affective Mindfulness Scale (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007)

Esta escala fue desarrollada originalmente por Kumar (2005 en Hill & Labbé, 2014) como un instrumento de medición de 18 reactivos. La versión revisada de 12 reactivos (CAMS-R, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por Feldman y colaboradores (2007) y se utiliza con más frecuencia. Dicha escala ha sido desarrollada específicamente para su uso con personas que no practican meditación. Evalúa los siguientes componentes: atención, enfoque en el presente, darse cuenta de la experiencia y aceptación. Cada componente se mide utilizando 3 reactivos. La escala presenta un alfa de Cronbach de .78. El CAMS-R ha demostrado buena validez convergente y discriminante (Hill & Labbé, 2014).

A continuación se presentan los 12 reactivos de la escala de Feldman y colaboradores (2007) en una versión de traducción propia:

1. Es fácil para mí concentrarme en lo que estoy haciendo.
2. Estoy preocupado por el futuro.
3. Puedo tolerar el dolor emocional.
4. Puedo aceptar las cosas que no puedo cambiar.
5. Por lo general puedo describir con detalle lo que estoy sintiendo.
6. Me distraigo fácilmente.

7. Estoy preocupado por el pasado.
8. Es fácil para mí permanecer atento de mis pensamientos y sentimientos.
9. Trato de observar mis pensamientos sin juzgarlos.
10. Soy capaz de aceptar mis pensamientos y sentimientos.
11. Soy capaz de concentrarme en el momento presente.
12. Soy capaz de poner mucha atención en una cosa durante un largo periodo de tiempo.

Philadelphia Mindfulness Scale (Cardaciotto et al., 2008)

El PHILMS se compone de 20 reactivos en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Los reactivos se crearon para evaluar la atención en el momento presente y la aceptación y se agrupan en dos subescalas: atención y aceptación. Los puntajes de consistencia interna fueron buenos, con alfa de .86 para atención y .91 para aceptación. Se obtuvo buena validez convergente y concurrente en muestras clínicas y no clínicas. Las dos dimensiones fueron apoyadas mediante análisis exploratorios y confirmatorios (Hill & Labbé, 2014).

A continuación se presentan los 20 reactivos de la escala de Cardaciotto y colaboradores (2008) en una versión de traducción propia:

➤ Atención en el momento presente:

1. Soy consciente de qué pensamientos están pasando por mi mente.
2. Al hablar con otras personas, soy consciente de sus expresiones faciales y corporales.
3. Cuando me baño, me doy cuenta de cómo se desliza el agua sobre mi cuerpo.
4. Cuando me sobresalto, me doy cuenta de lo que está pasando dentro de mi cuerpo.
5. Cuando camino, estoy consciente de los olores o de cómo el aire se siente en mi cara.
6. Cuando alguien me pregunta cómo me siento, puedo identificar mis emociones fácilmente.

7. Soy consciente de los pensamientos que estoy teniendo durante mis cambios de humor.

8. Puedo notar ciertos cambios dentro de mi cuerpo, como cuando mi corazón late más rápido o cuando mis músculos se tensan.

9. Cada vez que mis emociones cambian, inmediatamente, soy consciente de ellas.

10. Al hablar con otras personas, soy consciente de las emociones que estoy experimentando.

➤ Aceptación:

1. Intento distraerme cuando siento emociones desagradables.

2. Hay aspectos de mí en los que no quiero pensar.

3. Trato de mantenerme ocupado para mantener ciertos pensamientos o sentimientos alejados de mi mente.

4. Ojalá pudiera controlar mis emociones más fácilmente.

5. Me digo a mí mismo que no debería tener ciertos pensamientos.

6. Hay cosas en las que trato de no pensar.

7. Me digo a mí mismo que no debería sentirme triste.

8. Si hay algo en lo que no quiero pensar, intento muchas cosas para sacarlo de mi mente.

9. Trato de sacar los problemas de mi mente.

10. Cuando tengo un mal recuerdo, trato de distraerme para hacer que desaparezca.

Terapias Relacionadas con Atención Plena

Mindfulness es una habilidad que se puede desarrollar con la práctica. Su desarrollo y mantenimiento dependen de un riguroso entrenamiento para lograr la regulación de la atención y una orientación particular a la propia experiencia. Aunque las intervenciones basadas en *Mindfulness* se basan en técnicas de

meditación para desarrollar estas capacidades atencionales, dichas capacidades no se limitan a la meditación; una vez que las habilidades se adquieren, la atención se puede regular en muchas situaciones de la vida cotidiana, lo que permite responder ante diversas circunstancias que provoquen reacciones emocionales (Bishop et al., 2004).

Los entrenamientos basados en la concentración capacitan a los participantes para restringir el foco de atención a un sólo estímulo, como una palabra, sonido, objeto o sensación. Cuando se pierde la atención, se redirige al objeto de concentración y no se presta atención a la naturaleza de la distracción. El entrenamiento en *Mindfulness*, por el contrario, implica la observación de los estímulos internos y externos que puedan surgir (Baer, 2003).

La rumiación de pensamientos desempeña un papel central en la exacerbación del malestar. La tendencia a preocuparse parece reflejar los intentos de planificar y desarrollar estrategias posibles para evitar futuros acontecimientos negativos, pero puede conducir al mantenimiento o intensificación de la ansiedad (Borkovec, Shadick, & Hopkins, 1991; Wells, 1999 en Bishop et al., 2004). Del mismo modo, la rumiación depresiva parece reflejar los intentos de cambiar creencias sobre errores de uno mismo (Nolen-Hoeksema, 1991 en Bishop et al., 2004), o para recuperar algo de vital importancia que se ha perdido (Pyszczynski & Greenberg, 1987 en Bishop et al., 2004), sin embargo, estos patrones de pensamiento pueden conducir finalmente a un episodio depresivo mayor (Bishop et al., 2004).

Los enfoques clínicos basados en *Mindfulness* implican un programa de entrenamiento para desarrollar y aplicar habilidades atencionales que permitan mejorar el bienestar emocional y la salud mental. Dichos enfoques no son técnicas de relajación o de promoción de ciertos estados de ánimo, más bien se consideran como una forma de entrenamiento mental para desarrollar habilidades de atención que permitan reducir cogniciones que fomenten estrés, angustia o incluso psicopatologías (Bishop et al., 2004).

Programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1982, 1990):

Esta intervención fue diseñada para llevarse a cabo fuera del marco cultural, religioso e ideológico budista, ya que el objetivo no es enseñar budismo o meditación (Kabat-Zinn, 2003).

Fue desarrollado en pacientes de medicina conductual que tenían dolor crónico y trastornos relacionados con estrés. El programa se lleva a cabo en un periodo de 8 a 10 semanas, para grupos de hasta 30 participantes que se reúnen

semanalmente para la instrucción y práctica de habilidades *Mindfulness* (Baer, 2003).

Gran parte del interés en las aplicaciones clínicas de *Mindfulness* ha sido motivado por la introducción del programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR por sus siglas en inglés). En la actualidad, este programa es muy utilizado para reducir el malestar asociado con enfermedades crónicas y para tratar trastornos emocionales y conductuales (Kabat-Zinn, 1998 en Bishop et al., 2004).

Se enseñan diversas habilidades de *Mindfulness* en el programa. Por ejemplo, la exploración del cuerpo es un ejercicio de 45 minutos en el que la atención se dirige secuencialmente a numerosas áreas del cuerpo, las sensaciones de cada área se observan detenidamente. Los participantes, también son instruidos para dirigir la atención a la respiración. Posturas de Hatha yoga se utilizan para lograr la atención plena a las sensaciones corporales durante movimientos suaves y estiramientos. Los participantes también practican estas habilidades durante actividades cotidianas como caminar y comer. Durante el programa, se pide a los participantes practicar estas habilidades fuera de las reuniones durante, al menos, 45 minutos por día, seis días por semana (Baer, 2003).

Cuando surgen emociones, sensaciones, o cogniciones, se pide a los participantes que las observen sin juzgar. Cuando el participante se percata de que la atención ha vagado en pensamientos, recuerdos o fantasías, su contenido es brevemente observado y luego se redirige la atención al momento presente. De este modo, los participantes son instruidos a notar sus pensamientos y sentimientos, pero no se ven absortos en su contenido (Kabat-Zinn, 1982 en Baer, 2003). Incluso los pensamientos evaluativos como "esto es una pérdida de tiempo" se deben observar sin juzgar; al identificar dicho pensamiento, el participante puede regresar su atención al momento presente. Una consecuencia importante del entrenamiento es la comprobación de que la mayoría de las sensaciones, pensamientos y emociones fluctúan y son transitorios (Baer, 2003).

Los hallazgos obtenidos en este programa son alentadores para muchos investigadores, muchos estudios controlados muestran reducciones significativas en el malestar psicológico asociado a enfermedades crónicas (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Speca, 2001; Reibel, Greenson, Brainard, & Rosenzweig, 2001; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000; en Bishop et al., 2004), disminución del estrés e incremento del bienestar emocional en muestras no clínicas (Astin, 1997; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001 en Bishop et al., 2004).

Diversas investigaciones han demostrado que el entrenamiento en *Mindfulness* promueve el bienestar en distintos pacientes. Kabat-Zinn y sus colegas han demostrado que el programa de 8 semanas de reducción del estrés basado en *Mindfulness* puede ser eficaz en la reducción de síntomas psicológicos en pacientes con ansiedad (Kabat-Zinn et al., 1992 en Brown & Ryan, 2003) y dolor (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985 en Brown & Ryan, 2003).

Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (Teasdale et al., 1995):

Es una intervención grupal de 8 semanas fundamentada en gran parte en el programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness*. Incorpora elementos que facilitan una visión independiente o descentralizada de los pensamientos. Este enfoque está diseñado para evitar la recaída depresiva, enseñando a los participantes a observar sus pensamientos y sentimientos sin juzgarlos, para verlos simplemente como acontecimientos mentales que van y vienen, y no como aspectos de sí mismos, o reflexiones necesariamente precisas sobre la realidad. Se cree que esta actitud hacia las cogniciones relacionadas con la depresión reduce la rumiación de pensamientos negativos (Teasdale et al., 1995 en Baer, 2003).

La intervención se basa en la idea de tomar perspectiva ante la cascada de pensamientos automáticos asociados con los estados de ánimo depresivos. En este modelo, la práctica de la atención plena permite a las personas tomar conciencia de los pensamientos y sentimientos que significan una potencial recaída. Los participantes aprenden a observar sus pensamientos simplemente como pensamientos. En este sentido, el objetivo no es el contenido de las cogniciones per se, sino su relación con el individuo. Las cogniciones se dejan de evaluar como dañinas y peligrosas, para interpretarlas como parte de un espectáculo pasajero (Shapiro et al., 2006).

Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993a, 1993b en Baer, 2003):

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) es un enfoque multifacético para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993a, 1993b en Baer, 2003).

Se basa en una visión dialéctica del mundo que postula que la realidad se compone de fuerzas opuestas. La síntesis de estas fuerzas da lugar a una nueva realidad que, a su vez, se compone de fuerzas opuestas, en un proceso continuo de cambio. En la terapia, la principal dialéctica se da en la relación entre la aceptación y el cambio, se promueve que el paciente se acepte a sí mismo, sus historias y sus situaciones actuales tal y como son, mientras se trabaja

intensamente para cambiar sus comportamientos con el fin de construir una vida mejor (Baer, 2003).

Habilidades *Mindfulness* se imparten en la terapia dentro del contexto de aceptación y cambio. Estas habilidades, como la observación, sin prejuicios, de pensamientos, emociones, sensaciones y estímulos ambientales, son similares a las contempladas en el programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (Baer, 2003).

Los pacientes aprenden las habilidades *Mindfulness* en sesiones grupales semanales (durante un año), y trabajan de manera individual con sus terapeutas en la aplicación de las habilidades aprendidas en actividades de su vida cotidiana. Linehan (1994 en Baer, 2003) señala que algunos pacientes pueden ser incapaces o no estar dispuestos a meditar tan extensamente como en el programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness*, por lo tanto, esta terapia no prescribe una duración específica de la práctica. En lugar de ello, los objetivos del entrenamiento son establecidos individualmente por el paciente y su terapeuta (Baer, 2003).

La Terapia Dialéctica Conductual ofrece numerosos ejercicios para entrenar habilidades de atención plena como observar la respiración, contar las inhalaciones o exhalaciones, coordinar la respiración con los pasos al caminar, poner atención en la respiración mientras se escucha música, llevar la atención a las actividades cotidianas, como lavar los platos o la ropa, limpiar la casa, o tomar un baño (Baer, 2003).

Esta terapia ha demostrado reducir la automutilación y la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Linehan, Armstrong, Saurez, Allmon, & Heard, 1991 en Bishop et al., 2004).

Al combinar la formación en meditación de atención plena con la terapia cognoscitiva, el enfoque de la Terapia Dialéctica Conductual puede reducir significativamente la tasa de recaída en la depresión mayor recurrente. Muchos investigadores han proporcionado fundamentos teóricos para la integración de este enfoque en el tratamiento de una variedad de síndromes clínicos, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada (Roemer & Orsillo, 2002; Wells, 1999; 2002 en Bishop et al., 2004), trastorno de estrés postraumático (Wolfsdorf & Zlotnick, 2001 en Bishop et al., 2004), el abuso de sustancias (Breslin, Zack, & McMMain, 2002; Marlat, 2002 en Bishop et al., 2004), y trastornos de la alimentación (Kristeller & Hallett, 1999; Telch, Agras, & Linehan, 2001 en Bishop et al., 2004).

Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999 en Baer, 2003):

(ACT, por sus siglas en inglés), desarrollada por Hayes, Strosahl, y Wilson (1999 en Baer, 2003). Muchos de los métodos utilizados en esta terapia son consistentes con los enfoques descritos en *Mindfulness*, puesto que a los pacientes se les enseña a poner atención en sus pensamientos, sensaciones y emociones, sin juzgarlos, evaluarlos o intentar cambiarlos o evitarlos (Baer, 2003).

La tarea del paciente es observar su flujo de pensamientos sin llegar a ser absorbido por ninguno de ellos. La terapia enseña a abandonar los intentos de controlar los pensamientos y sentimientos, sin embargo, a diferencia de otros entrenamientos para desarrollar habilidades *Mindfulness*, busca, intencionalmente, cambiar comportamientos de manera constructiva para mejorar las vidas de los pacientes (Hayes, 1994 en Baer, 2003).

Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985):

La prevención de recaídas (RP, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por Marlatt y Gordon (1985), es un tratamiento cognitivo-conductual diseñado para prevenir las recaídas en personas tratadas por abuso de sustancias. Habilidades *Mindfulness* se incluyen como una técnica para hacer frente a los impulsos de consumir distintos tipos de sustancias. Mientras que la adicción es una incapacidad para aceptar el momento presente y una búsqueda persistente del bienestar asociado al consumo de la sustancia, habilidades en *Mindfulness* permiten la aceptación de las experiencias del momento presente Marlatt (1994 en Baer, 2003).

El paciente también aprende que van a surgir nuevos impulsos y que éstos no pueden ser fácilmente eliminados. En lugar de ello, se da cuenta de que deberá aceptarlos como respuestas normales ante ciertas señales. Habilidades *Mindfulness* permiten al paciente observar los impulsos tal como aparecen, aceptarlos sin juzgarlos, y hacer frente a ellos en formas adaptativas (Baer, 2003).

Enfoques cognitivo-conductuales:

Una de las diferencias entre estos programas y los enfoques cognitivo-conductuales tradicionales es que los últimos incluyen la evaluación de los pensamientos como racionales o distorsionados, además de que intentan, sistemáticamente, cambiar los pensamientos juzgados como irracionales. En cambio, en los programas basados en *Mindfulness*, se enseña a los participantes a observar sus pensamientos, observar su no permanencia, y abstenerse de evaluarlos (Baer, 2003).

Otra importante diferencia es que los procedimientos cognitivo-conductuales tradicionales suelen tener un objetivo claro para cambiar un patrón de

comportamiento o de pensamiento. Por el contrario, las prácticas de atención plena promueven una actitud sin una meta específica. Los participantes no deben esforzarse para relajarse, reducir el dolor, o cambiar sus pensamientos o emociones, simplemente deben observar lo que está sucediendo en cada momento sin juzgarlo. Sin embargo, es necesario tener presente que, aunque el entrenamiento en atención plena implica la aceptación de la realidad actual, en lugar de intentos sistemáticos para cambiarla, los participantes pueden experimentar reducciones en una gran variedad de síntomas (Baer, 2003).

Por último, la enseñanza de habilidades *Mindfulness* por profesionales de salud mental requiere que ellos mismos realicen el entrenamiento (Segal et al., 2002 en Baer, 2003). En cambio, no se espera que los profesionales que utilizan las estrategias cognitivo-conductuales más tradicionales participen en la práctica regular de las habilidades que se enseñan (Baer, 2003).

Teoría de Autodeterminación (Deci & Ryan, 1985 en Brown & Ryan, 2003):

Varias teorías de autorregulación aceptan la participación de la atención en el mantenimiento y mejora del funcionamiento psicológico y conductual. Una de ellas es la teoría de la autodeterminación (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000 en Brown & Ryan, 2003), la cual postula que la atención plena puede ser especialmente valiosa para facilitar la elección de comportamientos que sean coherentes con las propias necesidades, valores, e intereses (Deci & Ryan, 1980 en Brown & Ryan, 2003). Según esta teoría, cuando los individuos actúan conscientemente, son congruentes con sus valores e intereses (Brown & Ryan, 2003).

Estudios relacionados con Atención Plena y Calidad de Vida

Muchas tradiciones filosóficas, espirituales y psicológicas hacen hincapié en la importancia de la conciencia para el mantenimiento y la mejora del bienestar (Wilber, 2000 en Brown & Ryan, 2003).

La atención plena se ha asociado teórica y empíricamente con el bienestar psicológico. La atención y aceptación sin prejuicios de la propia experiencia se han considerado como antídotos potencialmente eficaces contra formas comunes de estrés, rumiación de pensamientos, ansiedad, preocupación, miedo e ira (Hayes & Feldman, 2004; Kabat-Zinn, 1990 en Keng et al., 2011).

Brown y Ryan (2003) recalcan que la atención plena es un atributo de la conciencia que promueve el bienestar; ya que *Mindfulness*, ya sea como rasgo o como estado, predice el comportamiento autorregulado y estados emocionales positivos. Por otro lado, el aumento de la atención plena está relacionado con la disminución de alteraciones en el estado de ánimo y del estrés.

Mindfulness puede ser importante para desenganchar a individuos de pensamientos automáticos, hábitos y patrones de comportamiento poco saludables y, por lo tanto, podría jugar un papel clave en la regulación del comportamiento y el incremento indirecto del bienestar (Ryan & Deci, 2000 en Brown & Ryan, 2003).

Mindfulness puede incrementar el bienestar de manera directa al permitir percibir con mayor claridad las experiencias positivas. Un experimento realizado por LeBel y Dube (2001 en Brown & Ryan, 2003) encontró que los individuos cuya atención se centró en la experiencia sensorial de comer chocolate reportaron más placer que las personas que participaron en una tarea de distracción mientras comían chocolate. En términos más generales, otras investigaciones han encontrado que las actividades intrínsecamente motivantes y el estado de flujo, que se caracterizan por el compromiso y la atención en lo que está ocurriendo, producen un nivel considerable de satisfacción y una sensación de vitalidad (Csikszentmihalyi, 1990; Deci & Ryan, 1985 en Brown & Ryan, 2003).

La investigación en Biofeedback ha demostrado que la atención puede ser un componente clave en la reducción de síntomas de la enfermedad (Basmajian, 1989 en Brown & Ryan, 2003). Cuando se suprimen o ignoran las señales clínicas, como sucede cuando se toman analgésicos, alcohol o drogas, o cuando son exageradas, como puede ocurrir en estados de pánico, es probable que existan consecuencias negativas a corto, mediano o largo plazo. Por el contrario, la atención plena implica trabajar para poder percibir las señales clínicas "tal como son"; en este sentido, diversas investigaciones parecen indicar que terapias basadas en la práctica de *Mindfulness* han tenido resultados psicológicos y físicos positivos (Kabat-Zinn, 1990; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998 en Brown & Ryan, 2003).

La rumiación de los pensamientos se ha asociado con la depresión (Nolen, Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993 en Brown & Ryan, 2003), con la ansiedad y con el afecto negativo (Trapnell & Campbell, 1999 en Brown & Ryan, 2003). En cambio, la disposición para regular los propios estados emocionales, se ha asociado con afecto positivo, bajos niveles de depresión (Salovey et al., 1995 en Brown & Ryan, 2003) y menor ansiedad (Goldman, Kraemer, & Salovey, 1996 en Brown & Ryan, 2003).

-En Nueva York, Estados Unidos, Brown y Ryan (2003) llevaron a cabo una serie de investigaciones para estudiar la relación entre *Mindfulness* y bienestar psicológico, a continuación se sintetizan algunos de los hallazgos de estos autores:

Encontraron correlaciones negativas entre los puntajes del MAAS y las escalas de depresión: CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) y BDI (*Beck Depression Inventory*), así como con las medidas de ansiedad: STAI (*State Trait Anxiety Inventory*) y POMS (*Profile of Mood States*). Por otro lado, el MAAS correlacionó positivamente con el afecto positivo medido por el PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) y negativamente con el afecto negativo de este mismo instrumento en estudiantes universitarios y adultos. Las puntuaciones de autoestima, tanto en el MSEI (*Multidimensional Self-Esteem Inventory*) como en el RSE (*Rosenberg Self-Esteem Scale*), a su vez, correlacionaron positivamente con el MAAS (Brown & Ryan, 2003).

Brown y Ryan (2003) mencionan que, aunque su interés principal era estudiar las relaciones entre el MAAS y el bienestar psicológico, porque la salud física está influida por la salud psicológica, evaluaron si el MAAS estaba relacionado con indicadores subjetivos y objetivos de la salud física. En muestras de universitarios y adultos, encontraron que el MAAS estaba inversamente relacionado con el auto reporte de síntomas físicos. En la muestra de adultos en particular, el MAAS estaba inversamente relacionado con el número de visitas al médico en los últimos 21 días.

Las correlaciones de la MAAS con diversas medidas de bienestar apoyaron la hipótesis de Brown y Ryan (2003) de que la atención plena se asocia con un mayor bienestar. Las puntuaciones del MAAS se relacionaron, entre otras medidas, con menor neuroticismo, ansiedad, depresión, y afecto negativo; por el contrario, el MAAS se asoció con mayor afecto positivo, vitalidad, satisfacción con la vida, autoestima, optimismo y autorrealización. También se relaciona con mayor autonomía, competencia y satisfacción en las relaciones interpersonales: las necesidades básicas de relación dentro de la Teoría de Autodeterminación.

Otro estudio llevado a cabo por Brown y Ryan (2003) tuvo por objetivo analizar si las puntuaciones elevadas en el MAAS predecían mayor autonomía y niveles más altos de bienestar a través del tiempo. Para esto, tomaron medidas de comportamiento autorregulado (autonomía) y del estado emocional de los participantes en múltiples ocasiones durante el día, en un periodo de varias semanas. El valor predictivo que tuvieron las puntuaciones elevadas del MAAS, tanto en su versión de rasgo como en su versión de estado, indica, según los autores, que la atención juega un papel importante en la autorregulación y la

experiencia emocional, sin embargo, es necesario precisar que *Mindfulness* produjo cambios más significativos como estado que como rasgo.

Brown y Ryan (2003) llevaron a cabo una investigación que tuvo por objetivo reducir el estrés en pacientes con cáncer de mama y de próstata en etapas tempranas.

Los pacientes participaron en el programa MBSR de 8 semanas; el entrenamiento fue integrado por tres componentes principales: a) el material teórico de relajación, atención plena y conexiones cuerpo-mente; b) la práctica vivencial de atención plena, en reuniones de grupo y en el hogar y, c) el proceso de grupo centrado en la resolución de problemas relacionados con la práctica de *Mindfulness*, aplicaciones de la atención plena en el día a día y apoyo entre los participantes. Los resultados del estudio mostraron que los niveles más altos de atención plena, medidos por el MAAS, se relacionaron con niveles más bajos de estrés.

Brown y Ryan (2003) indican que, en conjunto, estos hallazgos muestran que la atención plena medida con el MAAS tiene estrechas relaciones con el bienestar psicológico. El esclarecimiento de los procesos mediante los cuales la práctica de *Mindfulness* facilita comportamientos autorregulados y tiene efectos positivos sobre el bienestar es el siguiente paso lógico dentro de esta línea de investigación.

-Un Meta análisis llevado a cabo por Baer (2003) en Kentucky, Estados Unidos, tuvo por objetivo realizar una revisión sistemática de la literatura empírica sobre *Mindfulness*, a continuación se presentan los hallazgos de la autora:

En pacientes que sufrían de dolor crónico, las investigaciones mostraron mejoras estadísticamente significativas en las puntuaciones de dolor, otros síntomas médicos y síntomas psicológicos generales. Muchos de estos cambios se mantuvieron en evaluaciones de seguimiento. La mayoría de estas comparaciones utilizaron diseños pre-post sin grupo control.

Kabat-Zinn y colaboradores (1992 en Baer, 2003) examinaron una muestra de 22 pacientes con ansiedad generalizada y trastornos de pánico, hallaron mejoras significativas en varias medidas de ansiedad y depresión, tanto en las evaluaciones posteriores al tratamiento, como en los 3 meses de seguimiento. Miller, Fletcher y Kabat-Zinn (1995 en Baer, 2003) informaron de un seguimiento de 3 años en el mismo tipo de pacientes y encontraron que habían mantenido los resultados positivos del tratamiento. Kristeller y Hallett (1999 en Baer, 2003) examinaron los efectos del programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* sobre comedores compulsivos. En un diseño pre-post con grupo de control, 18 pacientes de sexo femenino mostraron mejoras estadísticamente significativas en varias medidas de alimentación y estado de ánimo.

Baer (2003) reporta dos investigaciones sobre los efectos del programa de reducción del estrés basado en *Mindfulness* en fibromialgia; ambos estudios reportaron mejoras en una variedad de síntomas. En un estudio de pacientes con psoriasis, Kabat-Zinn y colaboradores (1998 en Baer, 2003) encontraron que los pacientes que escucharon cintas de audio basadas en *Mindfulness* durante las sesiones individuales de fototerapia, mostraron una recuperación más rápida de la piel que los pacientes que recibieron la fototerapia sola. Speca, Carlson, Goodey y Angen (2000 en Baer, 2003) examinaron los efectos del programa de reducción del estrés basado en *Mindfulness* en un grupo de pacientes con cáncer y reportaron reducciones significativas en los niveles de estrés, posteriormente, Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen y Speca (2001 en Baer, 2003) informaron que se mantuvieron estos efectos a los 6 meses de seguimiento.

En poblaciones no clínicas, Massion, Tés, Hebert, Wertheimer y Kabat-Zinn (1995 en Baer, 2003) analizaron los niveles de orina de un metabolito de la melatonina en dos grupos de mujeres. Los autores citan hallazgos previos que sugieren que el nivel de melatonina puede estar relacionado con la función inmune (Bartsch et al., 1992; Guerrero & Reiter, 1992 en Baer, 2003). Los niveles fueron significativamente mayores en las mujeres previamente entrenadas con el programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness*. En poblaciones estudiantiles, Astin (1997 en Baer, 2003) y Shapiro y colaboradores (1998 en Baer, 2003) encontraron que los estudiantes que completaron el programa de reducción del estrés basado en *Mindfulness*, tuvieron puntuaciones significativamente más positivas en distintos síntomas psicológicos y en empatía. Ambos estudios utilizaron grupos control y lista de espera. Williams, Kolar, Reger, y Pearson (2001 en Baer, 2003) estudiaron voluntarios que completaron el programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* para reducir sus niveles de estrés, reportando mejoras significativas en los síntomas fisiológicos y psicológicos.

Baer (2003) indica que, aunque estos hallazgos sugieren que los participantes en las intervenciones basadas en *Mindfulness* parecen mejorar significativamente, los resultados deben interpretarse con cautela. Pues derivan sólo de los participantes que completaron sus programas de tratamiento; los participantes que abandonaron podrían haber obtenido mejoras menos considerables. Por otro lado, los participantes que han invertido mucho tiempo y esfuerzo en un programa de tratamiento pueden no estar dispuestos a reportar algunos síntomas negativos.

La autora comenta que muchos de estos estudios tienen debilidades metodológicas que dificultan obtener conclusiones sólidas sobre los efectos de las intervenciones basadas en *Mindfulness*. Estas cuestiones se resumen a continuación:

Grupos control: Varios de los estudios revisados tuvieron un diseño pre-post y ningún grupo control. Aunque la mayoría de estos estudios reportaron mejoras estadísticamente significativas en una amplia gama de variables dependientes, ninguno controló los efectos del paso de tiempo, características de la demanda, o efectos placebo. Otros estudios utilizaron comparaciones con grupos control; ya sea con terapias alternativas o con lista de espera, proporcionando así un mejor control sobre las características de la demanda y efectos placebo, y permitiendo comparaciones entre distintas terapias. Sin embargo, en los estudios revisados las terapias alternativas consistían en enfoques médicos o enfoques no especificados sobre salud mental. Por lo tanto, estos estudios no permiten la comparación del entrenamiento en *Mindfulness* con otros enfoques psicológicos establecidos.

Tamaños de muestra: Algunos de los estudios revisados aquí reportan tamaños de muestra pequeños.

Integridad de la aplicación del tratamiento: La integridad de la aplicación del tratamiento se puede mejorar, a través de un riguroso entrenamiento y supervisión regular de los terapeutas, con procedimientos como la observación directa, revisión de audio o cintas de vídeo de las sesiones, y la retroalimentación. Los estudios revisados aquí no describen los procedimientos utilizados para entrenar a terapeutas o para evaluar el entrenamiento que dieron en habilidades *Mindfulness*. Teasdale y colaboradores (2000 en Baer, 2003) informan que las sesiones de la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* eran grabadas para permitir la supervisión de la integridad del tratamiento, pero el análisis de estas cintas no se describe. Además, en varios estudios, los terapeutas se describen como "experimentados", pero el término no está bien definido.

A pesar de las debilidades metodológicas, la literatura empírica sugiere que las intervenciones basadas en *Mindfulness* pueden ayudar a aliviar una variedad de problemas de salud mental y mejorar el funcionamiento psicológico. Estos estudios también sugieren que muchos pacientes que se inscriben en los programas basados en *Mindfulness* completarán el programa y que un número sustancial de ellos continuará practicando habilidades *Mindfulness* mucho después de que el programa de tratamiento haya terminado. De esta forma, estudios metodológicamente sólidos de las intervenciones basadas en *Mindfulness*, aportarían mucho a esta reciente línea de investigación (Baer, 2003).

La investigación adicional podría estudiar los efectos de la práctica de la atención plena en una gama más amplia de variables, como el bienestar subjetivo y la calidad de vida. Los mecanismos por los que el entrenamiento en *Mindfulness* puede crear cambios en el bienestar también deben ser examinados (Baer, 2003).

La literatura empírica sobre los efectos del entrenamiento en *Mindfulness* contiene muchas debilidades metodológicas, pero sugiere que las habilidades desarrolladas en él pueden dar lugar a reducciones significativas en una variedad de condiciones problemáticas, incluyendo dolor, estrés, ansiedad, depresión, desórdenes alimenticios, entre otros (Baer, 2003).

Keng y colaboradores (2011) publicaron un artículo en donde revisaron una gran cantidad de estudios empíricos sobre los efectos de la atención plena en la salud psicológica, los autores diferencian tres áreas de investigación sobre el constructo:

1. Estudios correlacionales entre la atención plena y diversos indicadores de salud psicológica.
2. Estudios de los efectos de intervenciones basadas en *Mindfulness* sobre la salud psicológica.
3. Estudios experimentales de laboratorio para analizar los efectos inmediatos de intervenciones en *Mindfulness* sobre aspectos emocionales y conductuales.

Después de la extensa revisión, Keng y colaboradores (2011) llegan a la conclusión de que la atención plena provoca varios efectos psicológicos positivos, incluyendo un mayor bienestar subjetivo, menor reactividad emocional y una mejor regulación de las emociones y del comportamiento.

1. Estudios correlacionales entre atención plena y salud psicológica:

Existen muchos estudios correlacionales entre *Mindfulness* y salud psicológica; las correlaciones se han reportado en muestras de estudiantes universitarios (por ejemplo, Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003 en Keng et al., 2011), adultos (por ejemplo, Brown & Ryan, 2003; Chadwick et al., 2008 en Keng et al., 2011) y poblaciones clínicas (por ejemplo, Baer et al., 2004; Chadwick et al., 2008; Walach et al., 2006 en Keng et al., 2011).

Se ha examinado la relación entre la meditación de atención plena y el bienestar psicológico. Lykins y Baer (2009 en Keng et al., 2011), compararon meditadores y no meditadores en varios índices de bienestar psicológico. Los meditadores mostraron niveles significativamente más altos de bienestar y niveles significativamente más bajos de rumiación de pensamientos, supresión de pensamientos, miedo y dificultades con la regulación de las emociones, en comparación con los no meditadores.

Muchos estudios también han demostrado correlaciones negativas entre *Mindfulness* y depresión (Cash & Whittingham, 2010 en Keng et al., 2011), neuroticismo (Dekeyser et al., 2008; Giluk, 2009 en Keng et al., 2011), distracción

(Herndon, 2008 en Keng et al., 2011), disociación (Baer et al., 2006; Walach et al., 2006 en Keng et al., 2011), rumiación de pensamientos (Raes & Williams, 2010 en Keng et al., 2011), ansiedad social (Dekeyser et al., 2008; Rasmussen & Pidgeon, 2010 en Keng et al., 2011), dificultades en la regulación de las emociones (Baer et al., 2006), evitación experiencial (Baer et al., 2004 en Keng et al., 2011) y alexitimia (Baer et al., 2004 en Keng et al., 2011).

Se ha estudiado la relación entre la atención plena y procesos cognoscitivos que tienen implicaciones en la salud psicológica. Por ejemplo, Frewen, Evans, Maraj, Dozois, y Partridge (2008 en Keng et al., 2011) encontraron que, en estudiantes universitarios, *Mindfulness* se relacionó con una menor frecuencia de pensamientos automáticos negativos y con una mayor capacidad para dejar pasar esos pensamientos. Por otro lado, se han demostrado asociaciones entre la atención plena y un mejor rendimiento en las tareas de atención sostenida (Schmitz, Anderson, & Robins, 2009 en Keng et al., 2011) y de persistencia (Evans, Baer, & Segerstrom, 2009 en Keng et al., 2011).

Estudios que compararon meditadores y no meditadores sugieren que la práctica de la meditación está asociada con una mayor atención y flexibilidad cognoscitiva (Hodgins & Adair, 2010; Moore & Malinowski, 2009 en Keng et al., 2011).

La evidencia de la investigación correlacional sugiere que la atención plena se asocia positivamente con una variedad de indicadores de salud psicológica, tales como niveles más altos de afecto positivo, satisfacción con la vida, vitalidad, regulación emocional, niveles más bajos de afecto negativo y menores síntomas psicopatológicos. También hay evidencia creciente en la investigación del comportamiento neurobiológico que indica la posible función de la atención plena en la reducción de la reactividad ante los estímulos emocionales y el incremento del bienestar psicológico. Sin embargo, dada la naturaleza correlacional de estos datos, se necesitan estudios experimentales para aclarar la direccionalidad de las asociaciones entre *Mindfulness* y el bienestar psicológico (Keng et al., 2011).

2. Efecto de las intervenciones basadas en atención plena:

Varias intervenciones basadas en *Mindfulness* han recibido mucha atención por parte de los investigadores en las últimas dos décadas, incluyendo las terapias: programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness*, Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*, Terapia Dialéctica Conductual y Terapia de Aceptación y Compromiso. Keng y colaboradores (2011) limitaron su revisión de publicaciones a aquellas que presentaban estudios aleatorios controlados con estas terapias.

-Programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR):

Se han publicado varios estudios aleatorios controlados de MBSR en poblaciones clínicas y no clínicas, sobre todo utilizando un grupo experimental y un grupo control de lista de espera (Keng et al., 2011).

En general, estos estudios han encontrado que MBSR reduce los niveles de ansiedad (Anderson, Lau, Segal, & Bishop, 2007; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998 en Keng et al., 2011), depresión (Anderson et al., 2007; Grossman et al., 2010; Koszycki, Bengler, Shlik, & Bradwejn, 2007; Sephton et al., 2007; Shapiro et al., 1998; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000 en Keng et al., 2011), ira (Anderson et al., 2007 en Keng et al., 2011), rumiación de pensamientos. (Anderson et al., 2007; Jain et al., 2007 en Keng et al., 2011), trastornos psicológicos en general, incluyendo el estrés percibido (Astin, 1997; Branstrom, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Nyklíček, & Kuipers, 2008; Omán, Shapiro, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008; Shapiro, Astin, Obispo, & Córdoba, 2005; Speca et al., 2000; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001 en Keng et al., 2011), desorganización cognitiva (Speca et al., 2000 en Keng et al., 2011) y síntomas de evitación postraumática (Branstrom et al., 2010 en Keng et al., 2011).

Se ha encontrado que incrementa el afecto positivo (Anderson et al., 2007; Branstrom et al., 2010, Nyklíček, & Kuipers, 2008 en Keng et al., 2011), empatía (Shapiro et al., 1998 en Keng et al., 2011), sentido de cohesión (Weissbecker et al., 2002 en Keng et al., 2011), el perdón (Omán et al., 2008 en Keng et al., 2011), autocompasión, satisfacción con la vida y calidad de vida (Grossman et al., 2010; Shapiro et al., 2005; Koszycki et al., 2007; Nyklíček, & Kuipers, 2008 en Keng et al., 2011) en poblaciones clínicas y no clínicas.

-Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT):

Diversos estudios aleatorios controlados han evaluado los efectos de MBCT en prevención de recaídas y otros aspectos relacionados con la depresión. Los estudios iniciales encontraron que MBCT reduce las tasas de recaída entre los pacientes con tres o más episodios de depresión, pero no entre los que tienen dos o menos episodios anteriores (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000 en Keng et al., 2011). Estudios posteriores seleccionaron sólo a los pacientes con tres o más episodios y han reproducido el efecto de la MBCT en la reducción de las tasas de recaída (Goldfein & Heeringen, 2010; Kuyken et al., 2008 en Keng et al., 2011) y la prolongación del tiempo hasta la recaída (Bondolfi et al., 2010 en Keng et al., 2011). Por otra parte, también se ha encontrado que MBCT mejora una serie de aspectos psicosociales entre los pacientes deprimidos, tales como síntomas depresivos residuales y calidad de vida (Goldfein & Heeringen, 2010; Kuyken et al., 2008 en Keng et al., 2011).

Por último, MBCT ha sido adaptada para el tratamiento del trastorno bipolar (Williams et al., 2008 en Keng et al., 2011), fobia social (Piet, Hougaard, Heckscher, & Rosenberg, 2010 en Keng et al., 2011), y síntomas depresivos en las personas con epilepsia (Thompson et al., 2010 en Keng et al., 2011).

-Terapia Dialéctica Conductual (DBT):

Estudios aleatorios controlados han encontrado que la DBT es eficaz para tratar el trastorno límite de la personalidad, ya que ha mostrado reducciones en la frecuencia y severidad de los intentos de suicidio, autolesiones, el número de días de hospitalización psiquiátrica y número de visitas a urgencias (Koons et al., 2001; Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan et al., 2006; Verheul et al., 2003 en Keng et al., 2011), también se han demostrado reducciones en el consumo de sustancias entre individuos con trastorno límite de la personalidad (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002 en Keng et al., 2011). En los estudios que incluyeron evaluaciones de seguimiento, se encontró que los efectos de la DBT pueden durar hasta un año en los siguientes resultados: número de comportamientos suicidas, funcionamiento global y ajuste social (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Linehan et al., 1999; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong, 1994 en Keng et al., 2011).

Por último, se ha encontrado que la DBT es eficaz para tratar trastornos alimentarios compulsivos (Telch, Agras, & Linehan, 2001 en Keng et al., 2011), la bulimia (Safer, Telch, & Agras, 2001 en Keng et al., 2011), y la depresión crónica en el anciano (Lynch, Morse, Mendelson & Robins, 2003 en Keng et al., 2011).

-Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):

Se ha evaluado la eficacia de la ACT en el tratamiento de depresión, ansiedad, trastornos del control de impulsos, esquizofrenia, abuso de sustancias y estrés en el trabajo (Hayes et al., 2006; Powers, zum Vorde Sive Vording, & Emmelkamp, 2009 en Keng et al., 2011).

La ACT se ha encontrado eficaz en la mejora de los síntomas afectivos, funcionamiento social y reducción de tasas de re-hospitalización en pacientes psiquiátricos con síntomas psicóticos (Bach & Hayes, 2002; Gaudio & Herbert, 2006 en Keng et al., 2011). Entre poblaciones con síntomas depresivos y de ansiedad, ACT es tan eficaz como otro tratamiento establecido en la reducción de los niveles de depresión y ansiedad (Bond & Bunce, 2000; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007; Lappalainen et al., 2007; Zettle, 2003; Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989 en Keng et al., 2011). Además, ACT ha demostrado ser eficaz en la reducción del uso de sustancias y la dependencia de nicotina (Gifford et al., 2004; Hayes et al., 2004 en Keng et al., 2011). Finalmente,

existe evidencia preliminar que indica la eficacia de ACT en el tratamiento de la tricotilomanía (Woods, Wetterneck, & Flessner, 2006 en Keng et al., 2011).

3. Estudios de laboratorio:

Además de las investigaciones correlacionales y clínicas sobre la atención plena, una tercera línea de investigación empírica ha examinado los efectos inmediatos de las intervenciones breves de *Mindfulness* en entornos controlados de laboratorio. Tales estudios tienen la ventaja de aislar más fácilmente la práctica de la atención plena de otros elementos normalmente presentes en las intervenciones clínicas, lo que permite un mayor control sobre las variables independientes y conclusiones con mayor validez interna sobre la direccionalidad de los efectos (Keng et al., 2011).

Varios estudios han examinado los efectos inmediatos de las intervenciones de *Mindfulness* sobre la disforia. Instrucciones de atención plena después de la inducción del estado de ánimo negativo resultaron ser más eficaces que la rumiación de pensamientos o que ninguna instrucción para el alivio de los estados de ánimo negativos en estudiantes universitarios sanos (Broderick, 2005 en Keng et al., 2011), individuos que acababan de superar un episodio depresivo (Singer & Dobson, 2007 en Keng et al., 2011), y en individuos deprimidos (Hufziger & Kuehner, 2009 en Keng et al., 2011).

Existen estudios de laboratorio que han examinado los efectos de las intervenciones breves en atención plena sobre las respuestas emocionales. En un estudio realizado por Arco y Craske (2006 en Keng et al., 2011), los estudiantes universitarios que recibieron una intervención breve en atención plena reportaron un menor efecto en respuesta a diapositivas con contenido emocional negativo y una mayor disposición para ver estas diapositivas que los estudiantes que no recibieron esta breve intervención. Los hallazgos de este estudio se replicaron en la investigación de Erisman y Roemer (2010 en Keng et al., 2011), que encontró que el grupo que recibió una intervención breve de *Mindfulness*, en comparación con el grupo control, dio lugar a una mayor regulación de las emociones en respuesta a una película con alto contenido emocional.

Campbell-Sills, Barlow, Brown, y Hoffman (2006 en Keng et al., 2011) asignaron aleatoriamente a pacientes con trastornos de ansiedad a dos grupos: en un grupo, a los participantes se les daban instrucciones de suprimir sus emociones y, en el otro grupo, se les daban instrucciones de aceptar sus emociones, mientras veían una película con alto contenido emocional. Los dos grupos presentaron niveles similares de malestar mientras veían la película, pero el grupo que recibió

instrucciones de aceptación mostró una frecuencia cardíaca más baja mientras veía la película y reportó menos emociones negativas durante el período de recuperación después de la película.

Bowen y Marlatt (2009 en Keng et al., 2011) reportan que una intervención breve en atención plena resultó en una disminución significativa en el comportamiento de fumar durante los próximos 7 días; los autores señalan que el entrenamiento mental modifica las respuestas ante los impulsos de fumar, pero no necesariamente reduce dichos impulsos. Estos hallazgos son congruentes con otro estudio que comparó la efectividad del uso de una estrategia basada en *Mindfulness* frente a la estrategia de supresión para hacer frente a la necesidad de fumar (Rogozinski, Vettese, & Antony, 2011 en Keng et al., 2011); el estudio encontró que ambas estrategias redujeron el número de cigarrillos fumados pero sólo aquellos en la condición de la atención plena reportaron disminuciones significativas en el afecto negativo y los síntomas depresivos característicos del síndrome de abstinencia de la nicotina.

La investigación también ha examinado la eficacia de *Mindfulness* como una estrategia de regulación de las emociones en respuesta a la inhalación de aire enriquecido en dióxido de carbono, un procedimiento que a menudo se ha utilizado para simular ataques de pánico en el laboratorio (Sanderson, Rapee, & Barlow, 1988 en Keng et al., 2011):

En un estudio realizado por Levitt, Brown, Orsillo, y Barlow (2004 en Keng et al., 2011), los participantes fueron asignados a tres grupos: en un grupo se les daban instrucciones de suprimir sus respuestas emocionales ante la inhalación de CO₂, en otro grupo se les daban instrucciones de observar y aceptar dichas respuestas emocionales y en el tercer grupo no se les daban instrucciones. El grupo con instrucciones de aceptación reportó los niveles significativamente más bajos de ansiedad durante la inhalación de CO₂ en comparación con los otros dos grupos y una mayor disposición a participar en un segundo experimento.

Un estudio similar realizado por Eifert y Heffner (2003 en Keng et al., 2011) trabajó con estudiantes que obtuvieron puntuaciones altas en una medida de ansiedad. Los estudiantes que recibieron instrucciones de aceptación durante la inhalación de CO₂ reportaron un miedo menos intenso, menos pensamientos catastróficos y, menor evitación experiencial que los otros estudiantes, además, indicaron una mayor disposición a volver a participar en otra sesión experimental.

En conjunto, estos estudios sugieren que la aceptación de las respuestas emocionales puede ser una estrategia eficaz para reducir la ansiedad frente a la

activación fisiológica, en población normal y personas con altos niveles de ansiedad (Keng et al., 2011).

Actualmente, se está publicando un importante número de investigaciones con respecto al impacto de *Mindfulness* sobre la calidad de vida desde la perspectiva médica:

Un estudio realizado por Hölzel y colaboradores (2011 en Singleton et al., 2014), reporta que algunas regiones cerebrales que incrementaron la concentración de materia gris después del programa de reducción del estrés basado en *Mindfulness*, (MBSR por sus siglas en inglés) fueron el locus coeruleus, núcleos de rafé, tegmento pontino, y el núcleo trigémino sensorial. Dado que estas regiones sirven para modular varios sistemas, incluyendo el de la serotonina, dopamina, y norepinefrina, y tienen papeles centrales en el estado de ánimo y la atención, los autores pronosticaron que los incrementos de la materia gris en estas regiones podrían contribuir a un mayor bienestar después del programa MBSR.

Dando continuidad al estudio anterior, Singleton y colaboradores (2014) reportaron que el incremento en la concentración de materia gris de dos áreas del tallo cerebral se correlacionó positivamente con el incremento del bienestar psicológico: estas áreas incluyen el tegmento pontino, locus coeruleus, núcleo del rafé y núcleo trigémino sensorial. Lo que sugiere, según los autores, que estos cambios morfológicos pueden ser parte de un mecanismo que subyace a los cambios en el bienestar psicológico durante el programa de reducción del estrés basado en *Mindfulness*.

La eficacia de programas basados en *Mindfulness* para incrementar el bienestar se continúa probando en distintas poblaciones, tales como: mujeres con distrés que han sobrevivido al cáncer de mama (Carlson et al., 2013), personas con prehipertensión (Hughes et al., 2013), pacientes con insomnio comórbido con cáncer (Garland et al., 2014), pacientes con diabetes tipo 1 o 2 comórbido con distrés (Van Son et al., 2013), pacientes con VIH (Gonzalez-Garcia et al., 2014), pacientes cardíacos con una intervención coronaria percutánea (Nyklíček, Dijkman, Lenders, Fonteijn, & Koolen, 2014), pacientes con traumatismo craneoencefálico leve (Azulay, Smart, Mott, & Cicerone, 2013), personas con Alzheimer (Quintana et al., 2014), docentes de educación primaria (Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Rosado, & Länger, 2016), médicos de atención primaria (Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska, & Rakel, 2013), adolescentes (H. Zare, Khaleghi, M. Zare, & Shayeghian, 2016), trabajadores que presentaron quejas de estrés y agotamiento relacionados con el trabajo (De Bruin, Formsma, Frijstein, & Bögels, 2016), mujeres embarazadas (Shirazi, 2016), personas de edad avanzada (Kurmi, Bhagyalakshmi, Rekha, & Sheila, 2016) entre otros.

Posibles Mecanismos de la Atención Plena

La literatura empírica proporciona un fuerte apoyo a la eficacia del entrenamiento en habilidades *Mindfulness* (Baer, 2003), se han reportado reducciones en muchos de los síntomas médicos y psicológicos. Varios autores han analizado los mecanismos que pueden explicar los cambios producidos por estas intervenciones, por ejemplo, la práctica de la atención plena puede funcionar como un procedimiento de exposición en el que la observación sostenida de los pensamientos y sentimientos aversivos conduce a la reducción de la reactividad emocional a estos estímulos, así como a la reducción de conductas de escape y evitación (Kabat-Zinn, 1982; Linehan, 1993a, 1993b en Baer et al., 2004).

La práctica de atención plena también puede ayudar a tomar perspectiva sobre la experiencia interna, considerando que los pensamientos no son permanentes, asimismo puede dar lugar a mejoras en las habilidades de auto-observación, que pueden conducir a un mejor reconocimiento de sensaciones, cogniciones y estados emocionales.

Shapiro y colaboradores (2006) proponen un modelo teórico de *Mindfulness* para dilucidar los posibles mecanismos mediante los que la atención plena impacta positivamente en el bienestar. Para esto, postulan tres componentes (axiomas) de *Mindfulness*: (1) la intención, (2) la atención y, (3) actitud (IAA), un cambio de perspectiva y cuatro mecanismos posibles, que pueden derivarse del cambio de perspectiva.

- Axiomas:

Una definición frecuentemente citada de la atención plena es: "Prestar atención de una manera particular: a propósito, en el momento presente, y sin juzgar." (Kabat-Zinn, 1994, p. 4), basándose en esta definición surgen los tres axiomas de *Mindfulness* (Shapiro et al., 2006):

1. "A propósito" o intención
2. "Prestar atención" o atención
3. "En un modo particular" o actitud

La intención, atención y actitud no son procesos separados o etapas, son aspectos de un mismo proceso cíclico que se producen de forma simultánea.

Axioma I. Intención: Según Shapiro y colaboradores (2006), cuando la psicología occidental trató de extraer la esencia de la práctica de la atención plena de sus raíces culturales y religiosas originales se perdió, en cierta medida, el aspecto de

la intención, que para el budismo era la iluminación y la compasión por todos los seres; y parece importante llevar explícitamente este aspecto de nuevo al modelo de *Mindfulness*.

Axioma II. Atención: Un segundo componente fundamental de *Mindfulness* es la atención. Esto implica observar, momento a momento, las experiencias internas y externas sin interpretarlas (Shapiro et al., 2006).

Como componente fundamental de *Mindfulness*, se encuentra la práctica de prestar atención. La psicología cognoscitiva delinea muchos aspectos de las habilidades atencionales, incluyendo la capacidad de atender, durante largos períodos de tiempo, a un objeto (vigilancia o atención sostenida) (Parasuraman, 1998; Posner & Rothbart, 1992 en Shapiro et al., 2006), la capacidad de cambiar el foco de atención entre los estímulos (Posner, 1980 en Shapiro et al., 2006), y la capacidad de inhibir el procesamiento de pensamientos, sentimientos y sensaciones (inhibición cognitiva) (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996 en Shapiro et al., 2006). Se prevé que la autorregulación de la atención resultará en la mejora de estas tres habilidades (Shapiro et al., 2006).

Axioma III. Actitud: Las personas pueden aprender a atender a sus propias experiencias internas y externas, sin una evaluación o interpretación al respecto y con apertura y aceptación, incluso cuando la experiencia es contraria a sus deseos o expectativas profundamente arraigadas (Shapiro et al., 2006).

Con el entrenamiento en *Mindfulness*, el participante aumenta la capacidad de interesarse por cada experiencia que surja y aceptar que ésta, eventualmente, desaparecerá. Mediante las actitudes de paciencia, compasión y no-esfuerzo, se desarrolla la capacidad de no aferrarse a las experiencias agradables y no necesitar ignorar las experiencias aversivas (Shapiro et al., 2006).

- Cambio de Perspectiva:

Las habilidades de atención plena permiten al individuo dejar de identificarse con los contenidos de su conciencia y ver su experiencia con mayor objetividad. "La primera realización, en meditación, es que los fenómenos contemplados son distintos a la mente que los contempla" (Goleman, 1980, p. 146 en Shapiro et al., 2006).

Este cambio de perspectiva se ha señalado como clave para el desarrollo (Kegan, 1982 en Shapiro et al., 2006). A los tres años de edad, el niño está atrapado dentro de los límites de su propia perspectiva. Para él, el mundo es todavía, en gran parte, una extensión de su yo. Y como resultado, no puede diferenciar claramente sus propios deseos de los de otra persona. Sin embargo, durante el

desarrollo, se produce un cambio de perspectiva de tal manera que existe una capacidad, cada vez mayor, de tomar la perspectiva de otra persona. Este es un aspecto central en el desarrollo de la empatía (Shapiro et al., 2006).

El cambio de perspectiva permite a un individuo diferenciar las sensaciones, sentimientos o emociones de su identidad; el individuo deja de identificarse con el dolor, la depresión o el miedo y simplemente los contempla en lugar de ser definido por ellos. Surgen concepciones como "este dolor no soy yo", "esta depresión no soy yo", "estos pensamientos no son yo," como resultado de poder observar las experiencias con mayor perspectiva (Shapiro et al., 2006).

Al incrementar la capacidad de observar a la actividad mental, el yo comienza a ser visto como un sistema de conceptos, imágenes, sensaciones y creencias en constante cambio. Estos agregados, o construcciones del yo, eventualmente, son vistos como transitorios y fugaces. Mediante el cambio de perspectiva, no sólo se aprende a dar un paso atrás y observar a las experiencias, también se contemplan las creencias y las historias acerca de quién y qué es la identidad en última instancia. A través de este cambio de perspectiva, la identidad comienza a ser la conciencia misma en vez de los contenidos de la conciencia. Hayes y colaboradores (1999 en Shapiro et al., 2006) distinguen el "yo como contenido" (contenido de la conciencia) del "yo como observador o testigo" (observador de lo que pasa por la conciencia). Este cambio de perspectiva del yo puede ser el responsable de muchas transformaciones obtenidas durante la práctica de *Mindfulness* (Shapiro et al., 2006).

El cambio de perspectiva puede ser fácilmente confundido con un intento de desconectarse de la propia experiencia, lo cual genera apatía o desinterés. Sin embargo, a diferencia de la desconexión, el cambio de perspectiva permite mayor conocimiento e interés por lo que surge momento a momento. Al tomar perspectiva, el individuo deja de estar inmerso en su experiencia, lo cual proporciona una mayor claridad a lo que está experimentando, pero sin desconectarse de las experiencias. De esta forma, el cambio de perspectiva permite experimentar profundamente cada evento, sin identificarse con o aferrarse a él (Shapiro et al., 2006).

Se experimenta lo que es, en lugar de escuchar un comentario o historia acerca de lo que es. Por lo tanto, el cambio de perspectiva, no genera apatía o indiferencia, sino que permite experimentar con mayor riqueza, textura y profundidad, la experiencia momento a momento (Shapiro et al., 2006).

El cambio de perspectiva puede dar lugar a mecanismos adicionales que, a su vez, contribuyen a formar los resultados positivos producidos por el entrenamiento

en *Mindfulness*: (1) autorregulación (2) congruencia con valores y metas, (3) flexibilidad emocional, cognoscitiva y conductual, (4) exposición.

Autorregulación:

El cambio de perspectiva interrumpe hábitos des adaptativos automáticos. El individuo es menos controlado por las emociones y los patrones de conductas condicionadas habituales. De esta forma, cuando surge un estado emocional, la persona es capaz de observar, con claridad, que es simplemente un estado emocional que surge y que con el tiempo pasará. Este conocimiento de la impermanencia de los fenómenos mentales permite un mayor nivel de tolerancia de las sensaciones o emociones desagradables, de manera que el individuo incrementa la capacidad de responder ante ellos con ecuanimidad y sin los patrones de comportamiento automáticos (Shapiro et al., 2006).

Congruencia con valores y metas:

El cambio de perspectiva también puede ayudar a las personas a reconocer lo que es realmente significativo para ellas. Normalmente, la gente acepta y adopta los valores de su familia, cultura y sociedad, sin reflexionar si los valores adoptados son verdaderamente congruentes con el contexto particular de su propia vida. Sin embargo, cuando el individuo es capaz de observar sus propios valores y reflexionar sobre ellos con mayor objetividad, tiene la oportunidad de redescubrir y elegir los valores que pueden ser más relevantes para él (Shapiro et al., 2006).

Flexibilidad emocional, cognoscitiva y conductual:

Con el cambio de perspectiva, la persona puede responder con una mayor flexibilidad. Ha desarrollado la capacidad de observar su, siempre cambiante, experiencia interna y con ello ver más claramente su contenido cognoscitivo y emocional, lo cual fomenta una mayor flexibilidad cognoscitiva y conductual, y menos automaticidad o reactividad (Shapiro et al., 2006).

Exposición:

El cambio de perspectiva permite reducir la tendencia habitual de evitar o negar los estados emocionales difíciles, lo cual aumenta la exposición a dichos estados. A través de la exposición directa, el individuo aprende que sus emociones, pensamientos o sensaciones no son tan abrumadores o atemorizantes. Aprende que estas emociones no tienen por qué ser temidas o evitadas, puesto que, finalmente, desaparecen (Segal, Williams, & Teasdale, 2002 en Shapiro et al., 2006). Goleman (1971 en Shapiro et al., 2006) sugiere que la meditación proporciona una "desensibilización global" en la medida en que la atención plena

se puede aplicar a todos los aspectos de la propia experiencia (Shapiro et al., 2006).

Posible Mecanismo de acción de *Mindfulness*:

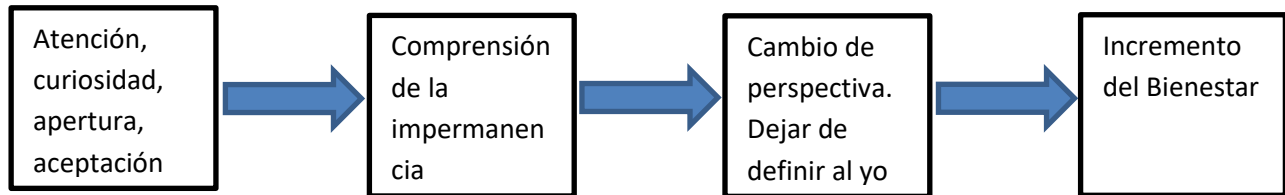


Figura 14. Posible Mecanismo de *Mindfulness*.

Con información de Bishop y colaboradores (2004) y Shapiro y colaboradores (2006).

Por otro lado, Baer (2003) identifica algunos de los mecanismos que pueden explicar el vínculo entre *Mindfulness* y bienestar, a continuación se mencionan:

-Exposición:

En el entrenamiento para desarrollar habilidades *Mindfulness*, aunque se adopta una postura relajada, la inmovilidad prolongada puede causar dolor en los músculos y las articulaciones. Los Instructores alientan a los estudiantes a no cambiar de posición para aliviar el dolor, en vez de ello les piden enfocar la atención directamente sobre las sensaciones de dolor, y asumir una actitud no prejuiciosa hacia estas sensaciones, así como hacia las distintas cogniciones ("esto es insoportable"), emociones (ansiedad, ira), o impulsos (para cambiar de posición), que a menudo acompañan dichas sensaciones de dolor. Se cree que la capacidad de observar las sensaciones de dolor sin juzgarlas reduce el malestar asociado (Baer, 2003).

La práctica de habilidades *Mindfulness* podría conducir a la capacidad de experimentar las sensaciones de dolor sin excesiva reactividad emocional; Kabat-Zinn y colaboradores (1992 en Baer, 2003) describen un mecanismo similar para la ansiedad y el pánico: la observación de sensaciones relacionadas con la ansiedad, sin emitir juicios o intentar de evadir dichas sensaciones, puede conducir a la reducción de la reactividad emocional normalmente provocada por los síntomas de ansiedad (Baer, 2003).

Este entrenamiento no incluye la inducción deliberada de los síntomas de pánico; los participantes únicamente son instruidos para observar estas sensaciones cuando surgen naturalmente, sin juzgarlas o evaluarlas como negativas (Baer, 2003).

-Cambio Cognoscitivo:

Varios autores han señalado que la práctica de la atención plena puede conducir a cambios en los patrones de pensamiento, o en las actitudes acerca de los pensamientos. Por ejemplo, Kabat-Zinn (1990 en Baer, 2003) sugiere que la observación, sin prejuicios, de pensamientos relacionados con la ansiedad, puede conducir a la comprensión de que son sólo pensamientos y no aspectos verdaderos de la realidad. Del mismo modo, Linehan (1993a, 1993b en Baer, 2003) señala que la observación e identificación de los pensamientos y sentimientos promueve el entendimiento de que no siempre son reflexiones precisas de la realidad; por ejemplo, la sensación de miedo, no significa necesariamente que el peligro sea inminente, o pensamientos como: "soy un fracaso" no significan que esto sea cierto (Baer, 2003).

El entrenamiento en habilidades de atención plena puede permitir a las personas deprimidas identificar pensamientos depresivos y redirigir la atención a otros aspectos del momento presente; como respirar, caminar, o sonidos ambientales, evitando así la rumiación de dichos pensamientos (Baer, 2003).

-Aceptación:

Hayes (1994 en Baer, 2003) sugiere que ciertas orientaciones clínicas pueden haber exagerado la importancia de cambiar todos los síntomas desagradables, sin reconocer el valor de la aceptación. Por ejemplo, un individuo que experimenta ataques de pánico puede llevar a cabo algunas conductas desadaptativas en su intento por prevenir futuros ataques; incluyendo abuso de drogas y alcohol, la evitación de actividades importantes, y la preocupación excesiva por sus estados fisiológicos. Si el individuo acepta que los ataques de pánico pueden ocurrir ocasionalmente, que tienen una duración limitada y no son peligrosos, los ataques de pánico se convertirán en experiencias desagradables pero breves y tolerables, en lugar de experiencias temibles y peligrosas que deben evitarse (Baer, 2003).

Todos los programas de tratamiento basados en *Mindfulness* incluyen la aceptación del dolor, pensamientos, sentimientos, impulsos, cogniciones y emociones, sin tratar de cambiarlos o evitarlos. Por lo tanto, parece que el entrenamiento en habilidades de atención plena puede proporcionar un método para desarrollar capacidades de aceptación (Baer, 2003).

Por su parte, Brown y colaboradores (2007) presentan ocho aspectos clave, a través de los cuales, las cualidades de *Mindfulness* impactan de manera positiva sobre el bienestar:

1. Desarrolla la capacidad de mantener la atención en la situación actual, particularmente cuando es cognoscitiva o emocionalmente desafiante (Brown et al., 2007):

En un experimento realizado por Broderick (2005 en Brown et al., 2007), el grupo que recibió una inducción en *Mindfulness*, mostró una mayor disposición para mantener el contacto visual con estímulos aversivos que los grupos que presentaban rumiación de pensamientos y distracciones, así como una recuperación más rápida de un estado de tristeza inducido. Estos hallazgos sobre la reducción en la intensidad de las reacciones emotivas negativas y la aceleración del proceso de recuperación en las experiencias emocionales desagradables ofrecen una línea de investigación clínica que propone al *Mindfulness* como una estrategia de enfrentamiento ante las emociones negativas (Brown et al., 2007).

Mindfulness se ha asociado con una mayor capacidad de autorregulación, incluyendo una mayor conciencia, entendimiento y aceptación de las emociones, así como una mayor capacidad para corregir o reparar los estados de ánimo desagradables (Brown & Ryan, 2003).

En un estudio de laboratorio, Vohs y Baumeister (2004 en Brown et al., 2007) reportan que el grupo con una inducción en *Mindfulness* mostró una recuperación más rápida ante un estímulo doloroso que el grupo que no recibió el entrenamiento (Brown et al., 2007)

2. Estudios controlados acerca de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), la cual se basa en el *Mindfulness*, han demostrado que reduce los síntomas del estrés (Bohus et al., 2004; Turner, 2000 en Brown et al., 2007), pensamientos suicidas (Koons, Robins, Tweed, Lynch, González, Morse et al., 2001 en Brown et al., 2007) y hospitalizaciones psiquiátricas (Linehan, Armstrong, Suarez, Allman, & Heard, 1991 en Brown et al., 2007), y mejora el ajuste o adaptación social (Bohus et al., 2004; Linehan, Schmidt, Dimeff, Artesanía, Kanter, & Comtois, 1999 en Brown et al., 2007).

3. La práctica de *Mindfulness* promueve cierta madurez psicológica porque implica una reducción en la importancia que se le da a las opiniones de los demás durante la formación del autoconcepto, incrementando la capacidad de acceder a los valores y necesidades personales, y formando la opinión acerca de uno mismo de manera más consciente, a través de un análisis crítico (Baumann & Kuhl, 2005 en Brown et al., 2007).

Existe evidencia de que *Mindfulness* puede proteger contra el estrés que se experimenta comúnmente ante la exclusión social. Si el autoconcepto se ve fuertemente influido por las opiniones y las reacciones de los demás, las

evaluaciones negativas del rechazo surgirán porque el autoestima de la persona depende de la validación de los demás, en cambio, la atención plena promueve un procesamiento de las experiencias difíciles más abierto y menos defensivo (Allen & Knight, 2005 en Brown et al., 2007).

Estudiantes universitarios participaron en un juego virtual con otros dos "participantes" (que en realidad eran una computadora), mientras eran sometidos a una resonancia magnética funcional. En el primer bloque de la tarea, el participante se incluyó en el juego de lanzamiento de pelota, mientras que en el segundo bloque, el participante fue excluido en la mayoría de los tiros. Después de la tarea, los participantes informaron sus percepciones de rechazo social durante la exclusión, los resultados mostraron que quienes puntuaban más alto en las escalas de *Mindfulness* percibían menos rechazo, lo cual concuerda con el hecho de que presentaron menor actividad en la corteza cingulada dorsal anterior, una región que se activa durante el estrés social (Eisenberger, Lieberman, & Williams, 2003 en Brown et al., 2007).

4. La mayor atención desarrollada por un entrenamiento basado en *Mindfulness*, facilita respuestas más flexibles y adaptativas ante estímulos del entorno, minimizando las reacciones automáticas, habituales o impulsivas (Bishop et al., 2004):

Llevar la atención al presente y enfocarse en la tarea que se está realizando ayuda a no distraerse con juicios o ideas acerca de la tarea, ni preocuparse por otros problemas que pueden interferir con la realización exitosa de la misma. También reduce o elimina la ansiedad y otras emociones que pueden afectar en el rendimiento de la tarea. Brown y colaboradores (2007) reportan que, al estudiar conductas de apuesta en un estudio de laboratorio, las personas que puntuaron más altas en las pruebas de *Mindfulness* tomaron decisiones más seguras en las tareas, lo que indica una mayor conciencia de las posibles ganancias o pérdidas y un mejor reconocimiento del riesgo.

5. Se ha investigado la eficacia del *Mindfulness* en la reducción de síntomas médicos y en el aumento de la calidad de vida relacionada con la salud en personas estresadas con cáncer (Carlson, Speca, & Patel, 2003; Williams et al., 2001 en Brown et al., 2007).

6. La atención receptiva que caracteriza a *Mindfulness* puede promover una mayor disposición a interesarse por los pensamientos, emociones y bienestar de la pareja. También permite ser más consciente de los pensamientos, emociones y palabras de uno mismo, mejorando la comunicación y la calidad de las relaciones de pareja. Según Brown y colaboradores (2007), puntuaciones altas en escalas de

Mindfulness predicen menor estrés ante el conflicto en el contexto de las relaciones de pareja. Por su parte, Brown y Ryan (2003) han encontrado correlaciones entre *Mindfulness* y componentes de la inteligencia emocional.

En un estudio realizado por Shapiro y colaboradores (1998 en Brown et al., 2007), los participantes que recibieron un programa de *Mindfulness* mostraron un incremento en la empatía a través del tiempo. Estos hallazgos sugieren la posibilidad de que la atención plena puede mejorar la calidad de las relaciones interpersonales (Shapiro et al., 1998 en Brown et al., 2007).

7. El hecho de que *Mindfulness* se asocie con un mejoramiento en el funcionamiento ejecutivo, la autorregulación, la autonomía y la capacidad de relacionarse con otras personas, es congruente con el hecho de que cuando las personas son más conscientes de su capacidad de actuar y tomar decisiones, pueden tomar mejores decisiones con respecto a sí mismos y a su entorno (Brown et al., 2007).

8. *Mindfulness* también puede predisponer a las personas a experimentar un crecimiento después de sufrir episodios traumáticos, por dos razones (Brown et al., 2007):

En primer lugar, las experiencias traumáticas suelen ir acompañadas de evitación experiencial o rumiación de pensamientos. Sin embargo, la evidencia revisada aquí sugiere que el *Mindfulness* se asocia con menos rumiación de pensamientos y evitación experiencial.

En segundo lugar, porque el crecimiento postraumático a menudo depende de una reconstrucción de esquemas sobre el yo y el mundo, este proceso puede verse afectado por el apego a los esquemas cognoscitivos no adaptativos. Sin embargo, las prácticas de *Mindfulness* facilitan la reestructuración de estos esquemas acerca de uno mismo, los demás y el mundo, de modo que las experiencias pueden ser abordadas con mayor ecuanimidad.

El entrenamiento en *Mindfulness* permite reconsiderar los objetivos personales que dejan de ser adaptativos y facilita el desarrollo de nuevos objetivos basados en la realidad actual, lo que sugiere que la incorporación de las habilidades de *Mindfulness* en el tratamiento del trauma puede ser benéfica (Becker & Zayfert, 2001 en Brown et al., 2007).

Atención Plena en México

-En Guadalajara, Meda, Herrero, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez y Palomera (2015), realizaron la validación del cuestionario de cinco facetas de la conciencia plena (FFMQ por sus siglas en inglés).

Los autores diseñaron una nueva versión del FFMQ para población mexicana sin experiencia en meditación. Esta versión quedó formada por seis reactivos en la dimensión de “Descripción”, cuatro en la dimensión de “Actuar Consciente”, tres en la dimensión de “No Juicio” y seis en la dimensión de “No Reaccionar”. Los autores encontraron que el modelo factorial con mejor ajuste incluía las dimensiones de “Descripción de la Experiencia”, “Ausencia de Juicio”, “Ausencia de Reacción” y “Actuación Consciente” agrupadas en un factor de segundo orden.

La exclusión del factor de “Observación”, según Meda y colaboradores (2015), mejoró considerablemente el ajuste del modelo. Estos resultados son congruentes con lo explicado por Baer y colaboradores (2006), donde se menciona que dicho factor puede ser inconsistente en personas que no tengan experiencia en meditación. Meda y colaboradores (2015) indican que el factor “Observación” no suele estar exento de elementos como rumiación, malestar o emisión de juicios negativos, razón por la cual, en personas que no tengan experiencia con la meditación, suele ser un factor que no manifiesta una fuerte relación con los otros factores de *Mindfulness* ni con indicadores del bienestar psicológico.

Meda y colaboradores (2015) indican que la dimensión de “Ausencia de Reacción” presenta muchas similitudes con la de “Observación” en personas que no tienen experiencia con la meditación, puesto que ambas dimensiones no necesariamente implican una actitud de aceptación hacia las experiencias. En estas dos dimensiones, la persona podría prestar atención a elementos específicos del presente pero sin aceptar dichas experiencias dejando a un lado los juicios negativos, como sí lo harían las personas con experiencia en meditación.

Dichos autores mencionan que las inconsistencias obtenidas en la dimensión de “Ausencia de Reacción” podrían ser debidas a una mala interpretación de los reactivos de esta dimensión. De manera que las personas podrían estar entendiendo como “Ausencia de Reacción” respuestas evitativas como huir de la experiencia o respuestas de supresión como ejercer control para reprimir una conducta pero sin dejar de emitir juicios negativos sobre lo que están viviendo, cuando, en realidad, emitir juicios negativos ante una experiencia ya implica estar reaccionando ante ella.

Por otro lado, los autores mencionan que las dimensiones de “Ausencia de Juicio” y “Actuación Consciente” han mostrado, consistentemente, relaciones negativas fuertes con sintomatología depresiva, ansiedad, rumiación de pensamientos o alexitimia.

-López-Maya y colaboradores (2015) realizaron una traducción de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) al español mexicano.

Su estudio incluyó un análisis factorial exploratorio, donde encontraron una solución unifactorial que explicó el 43.62% de la varianza, con reactivos cuyas saturaciones oscilaban entre .374 y .732. Posteriormente, los autores llevaron a cabo un análisis factorial confirmatorio para evaluar el ajuste del modelo original de Brown y Ryan (2003), según López-Maya y colaboradores (2015) los resultados sugirieron que la estructura de un solo factor de la MAAS mexicana era adecuada.

Con respecto a la consistencia interna de la MAAS mexicana, se reporta un coeficiente alfa de Cronbach de .89 (López-Maya et al., 2015).

Por último, López-Maya y colaboradores (2015) reportan que las puntuaciones de la MAAS se correlacionaron significativamente con la puntuación total del FFMQ y, en particular, con tres de sus cinco subescalas (Describir, Actuar Consciente y No Juicio).

-En la tesis doctoral de López-Maya (2014) se analizan, entre otras cosas, los efectos del programa de reducción del estrés basado en *Mindfulness* en el bienestar subjetivo y el distrés psicológico.

López-Maya (2014) reporta que los niveles de atención plena disminuyeron en el grupo control de la línea base a la segunda evaluación, mientras que en el experimental (las personas que sí recibieron la intervención basada en *Mindfulness*) los niveles de atención plena aumentaron. Para llevar a cabo las mediciones de los niveles de atención plena, el autor llevó a cabo una validación del cuestionario de cinco facetas de la atención plena (FFMQ) para población mexicana adulta.

Por otro lado, los niveles de afecto positivo en la línea base de ambos grupos fueron similares, y dicha variable, según el autor, también aumentó después de la intervención en el grupo experimental y disminuyó en el grupo control. Por último, López-Maya (2014) indica que, a pesar de que los niveles de miedo fueron mayores en el grupo experimental después de la intervención, su percepción no estuvo acompañada de incrementos en los niveles de ansiedad, lo cual sí sucedió en el grupo control. Según el autor, este hallazgo puede interpretarse de manera

que, en personas que han trabajado la habilidad de atención plena, una mayor sensibilidad a sus estados internos tanto agradables como desagradables no va acompañada de una sensación de distrés o ansiedad.

CAPÍTULO II

EVALUACIÓN DEL SIGNIFICADO DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS JÓVENES

Justificación

A pesar de que las publicaciones sobre calidad de vida se han incrementado exponencialmente desde los años 70s, se ha demostrado que éste es un concepto vago y difícil de definir, ampliamente utilizado pero con poca consistencia entre los investigadores (Ilić, Milić & Arandjelović, 2010).

Según Ilić y colaboradores (2010) existen más de 100 definiciones de calidad de vida. Las mismas autoras mencionan que las publicaciones sobre calidad de vida de la literatura médica a menudo no definen el constructo; reportan que 16 de 68 modelos de calidad de vida relacionada con la salud evaluados no proporcionaron una definición del concepto.

El grupo multicultural de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) busca establecer algunos puntos de convergencia básicos con respecto a la calidad de vida en distintas culturas (WHOQOL Group, 1995 en Schwartzmann, 2003), sin embargo, a pesar de su importante contribución, el modelo de la OMS no es el único, ni ha logrado el consenso de todos los investigadores (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

La esencia del concepto de calidad de vida está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psicológico y social depende, en gran parte, de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Sin embargo, es frecuente que las investigaciones sobre calidad de vida dejen de lado estos aspectos antropológicos y culturales, asumiendo un sistema único globalizado de valores (Schwartzmann, 2003).

La evaluación del significado psicológico de la calidad de vida en adultos jóvenes en México es un paso importante para delimitar los aspectos culturales de dicho constructo, generando así, información local en una temática que, aún en la actualidad, puede considerarse como tema de debate.

Por otro lado, trabajar en la conceptualización del constructo de calidad de vida resulta relevante debido a que, a diferencia de los indicadores de salud tradicionales ligados a la enfermedad y la muerte (la morbilidad y la mortalidad), que no expresan, en toda su extensión, la salud. (Fernández-Ballesteros, 1993), el concepto de calidad de vida hace referencia a un modelo de salud mental constituido desde una dinámica bio-psico-socio-cultural (Núñez et al., 2010).

En el presente estudio también se busca indagar si la edad y el sexo son variables que influyen en el significado de la calidad de vida, como proponen Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery y Blane (2006).

Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es el significado de la calidad de vida para adultos jóvenes?
- ¿Cuáles son las diferencias en el significado de calidad de vida por grupos de edad en adultos jóvenes?
- ¿Cuáles son las diferencias en el significado de calidad de vida por sexo en adultos jóvenes?

Objetivos

- Conocer el significado de la calidad de vida para adultos jóvenes.
- Diferenciar el significado de calidad de vida por grupos de edad en adultos jóvenes.
- Diferenciar el significado de calidad de vida por sexo en adultos jóvenes

Definición de Variables

-Conceptual: Condición de bienestar global (Felce & Perry, 1995) que comprende las dimensiones de salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y recursos materiales disponibles (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004).

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico de 100 personas (50% hombres y 50% mujeres) de 18 a 35 años de edad (\bar{x} =24.36 D.E.=4.85), residentes de la Ciudad de México. A continuación se presentan los datos sociodemográficos de la muestra:

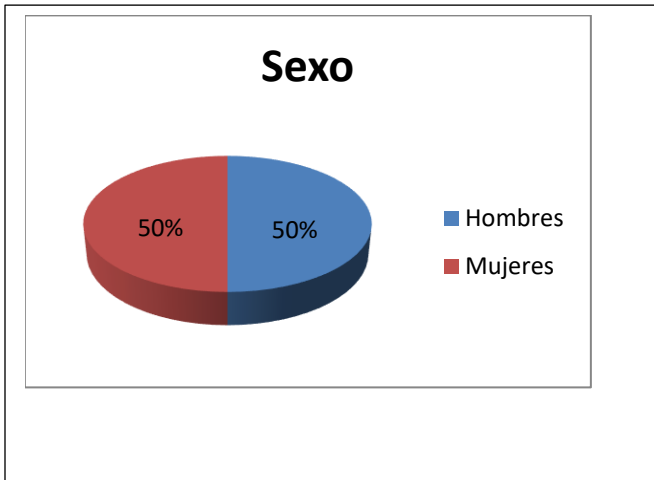


Figura 15. Porcentaje de Hombres y Mujeres

Tabla 1
Participantes por Grupos de Edad

Grupo de Edad	N
Hombre 18 a 24 años	25
Mujer 18 a 24 años	25
Hombre 25 a 35 años	25
Mujer 25 a 35 años	25
Total	100

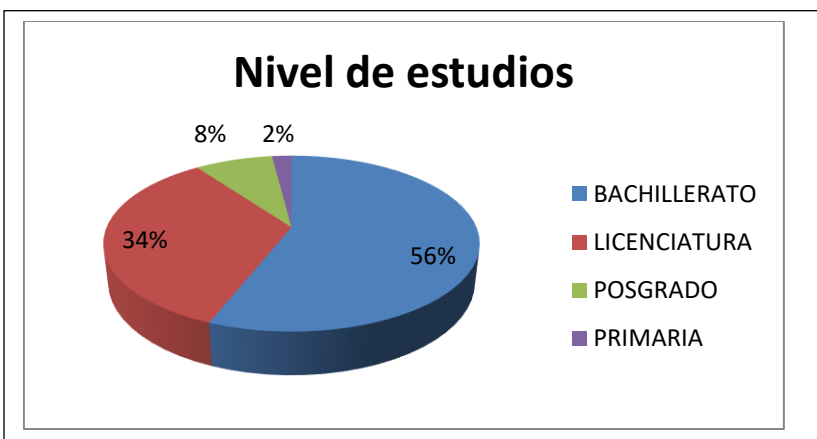


Figura 16. Nivel de Estudios

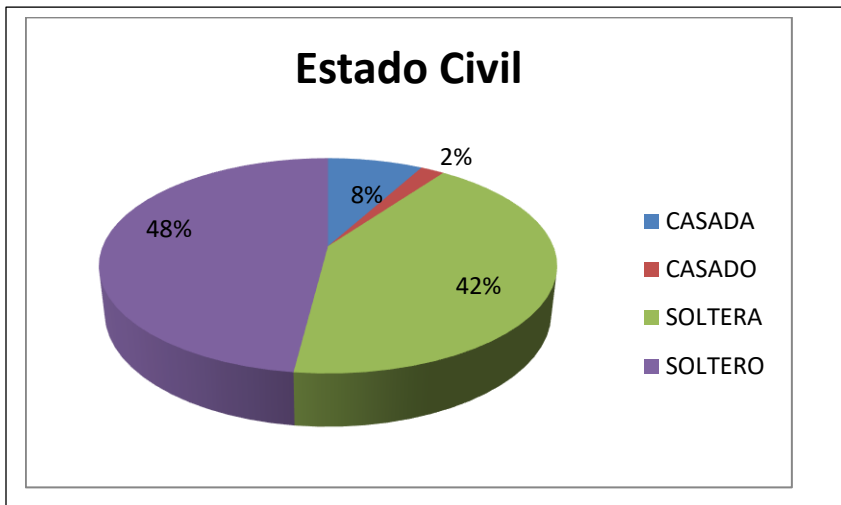


Figura 17. Estado Civil

Tipo de Estudio

Exploratorio

Instrumento

Se aplicó la técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes-Lagunes, 1993).

Se utilizó esta técnica para encontrar las principales definidoras de calidad de vida para adultos jóvenes, de esta forma se conocieron las palabras que se asocian con calidad de vida para la muestra utilizada.

El estímulo utilizado fue “Calidad de Vida” y el estímulo distractor “Calidad de Vida Ambiental”.

Para controlar los efectos de orden, se llevó a cabo un contrabalanceo donde a la mitad de los participantes se les presentó primero el estímulo meta y después el estímulo distractor y a la otra mitad se le presentaron los estímulos de forma contraria.

Procedimiento

Se aplicó el instrumento de forma colectiva en centros de esparcimiento y universidades.

- Se entregó el instrumento a los participantes y se pidió que lean las instrucciones.
- Se respondieron las dudas que presentaron los participantes
- Se revisó que el cuadernillo estuviera debidamente contestado.
- Se recogió el instrumento agradeciendo su participación.

Toda la información recabada durante la investigación se utilizó únicamente con fines estadísticos, con la participación voluntaria y consentimiento de los participantes.

Tratamiento de los Datos

En cada uno de los cuatro grupos de la muestra, se siguieron los pasos propuestos por Reyes-Lagunes (1993) para el análisis de Redes Semánticas Naturales Modificadas para obtener:

- Tamaño de la Red (TR)
- Peso Semántico (PS)
- Núcleo de la Red (NR)
- Distancia Semántica Cuantitativa (DSC)
- Índice de Consenso Grupal (ICG).

Resultados

-Red Semántica Hombres 18 a 24 años:

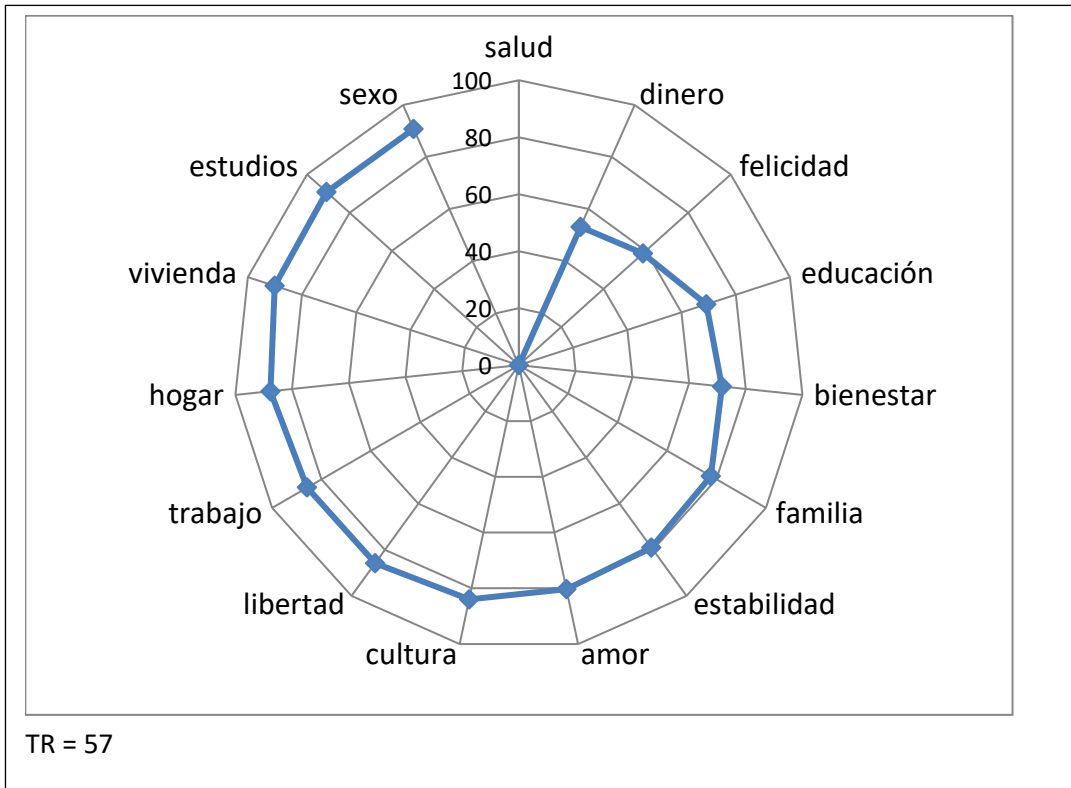
En la tabla 2 y en la figura 4 se presenta el núcleo de red de definidoras de la calidad de vida para los hombres de 18 a 24 años de edad. En este núcleo, se puede observar que la palabra “salud” es la principal definidora y tiene un peso semántico significativamente mayor que el resto de las palabras, lo que permite afirmar que esta definidora está fuertemente asociada con el concepto de calidad de vida para este grupo de personas. “Dinero” ocupa el segundo lugar y “Felicidad” se mantiene en el tercer puesto del núcleo de red.

Tabla 2

Núcleo de Red Calidad de Vida Hombres 18 a 24 años

Definidoras	PS	DSC
salud	162	100
dinero	76	46.9135802
felicidad	67	41.3580247
educación	50	30.8641975
bienestar	46	28.3950617
familia	36	22.2222222
estabilidad	34	20.9876543
amor	32	19.7530864
cultura	26	16.0493827
libertad	23	14.1975309
trabajo	23	14.1975309
hogar	20	12.345679
vivienda	16	9.87654321
estudios	15	9.25925926
sexo	15	9.25925926

Nota: PS = Peso Semántico; DSC = Distancia Semántica Cuantitativa



-Red Semántica Mujeres 18 a 24 años:

En la tabla 3 y en la figura 5 se presenta el núcleo de red de definidoras de la calidad de vida para las mujeres de 18 a 24 años de edad. En este núcleo, se puede observar que la palabra “salud” nuevamente es la principal definidora y tiene un peso semántico significativamente mayor que el resto de las palabras, del mismo modo, “Felicidad” se mantiene en el tercer puesto del núcleo de red. A diferencia de lo ocurrido en el núcleo de red anterior, “Bienestar” es la definidora que ocupa el segundo lugar.

Tabla 3

Núcleo de Red Calidad de Vida Mujeres 18 a 24 años

Definidoras	PS	DSC
salud	151	100
bienestar	81	53.6423841
felicidad	79	52.3178808
familia	40	26.4900662
amor	38	25.1655629
dinero	36	23.8410596
paz	28	18.5430464
libertad	26	17.218543
trabajo	25	16.5562914
seguridad	23	15.2317881
estabilidad	22	14.5695364
economía	22	14.5695364
educación	21	13.9072848
comida	19	12.5827815
risa(s)	16	10.5960265

Nota: PS = Peso Semántico; DSC = Distancia Semántica Cuantitativa

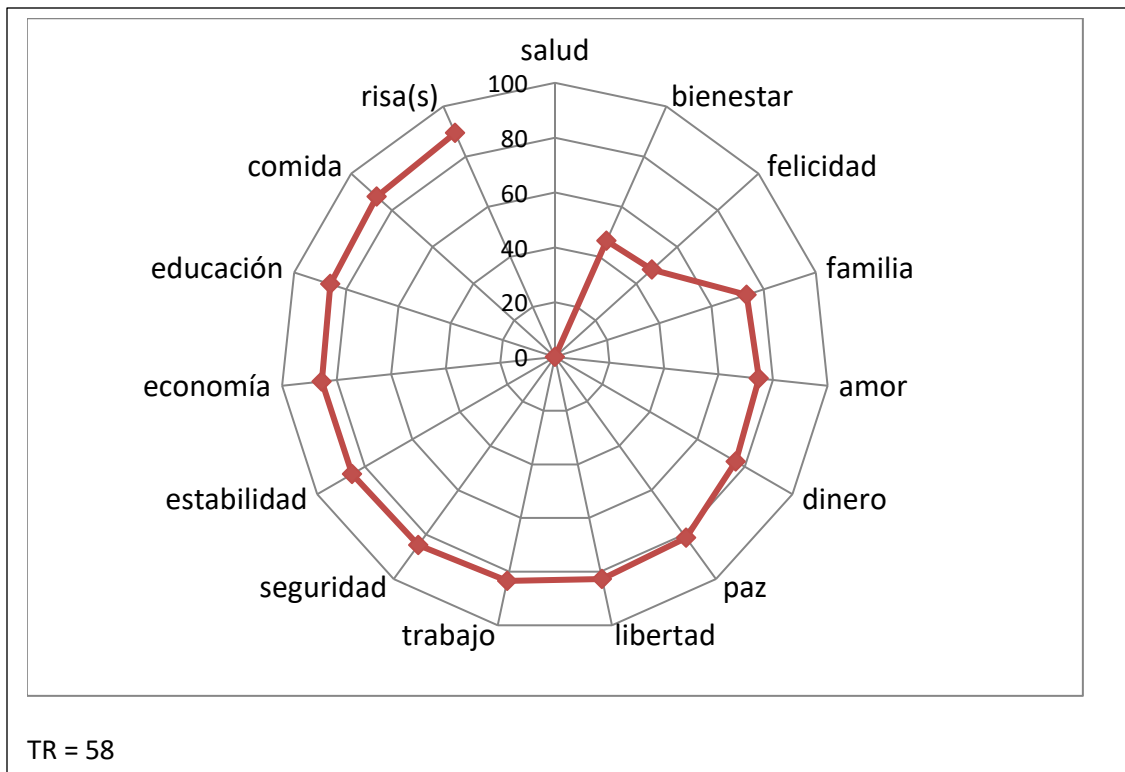


Figura 19. Red Semántica Mujeres 18 a 24 años

-Red Semántica Hombres 25 a 35 años:

En la tabla 4 y en la figura 20 se presenta el núcleo de red de definidoras de la calidad de vida para los hombres de 25 a 35 años de edad. En este núcleo, se puede observar que la palabra “salud” se mantiene como la principal definidora y tiene un peso semántico significativamente mayor que el resto de las palabras, “Felicidad” se coloca en el segundo puesto del núcleo de red y “Bienestar” es la definidora que ocupa el tercer lugar.

Tabla 4

Núcleo de Red Calidad de Vida Hombres 25 a 35 años

Definidoras	PS	DSC
salud	117	100
felicidad	85	72.6495726
bienestar	63	53.8461538
familia	32	27.3504274
tranquilidad	29	24.7863248
dinero	28	23.9316239
ejercicio	27	23.0769231
trabajo	23	19.6581197
buena	17	14.5299145
importante	17	14.5299145
dignidad	16	13.6752137
empleo	16	13.6752137
desatendida	16	13.6752137
paz	15	12.8205128
tiempo libre	15	12.8205128

Nota: PS = Peso Semántico; DSC = Distancia Semántica Cuantitativa

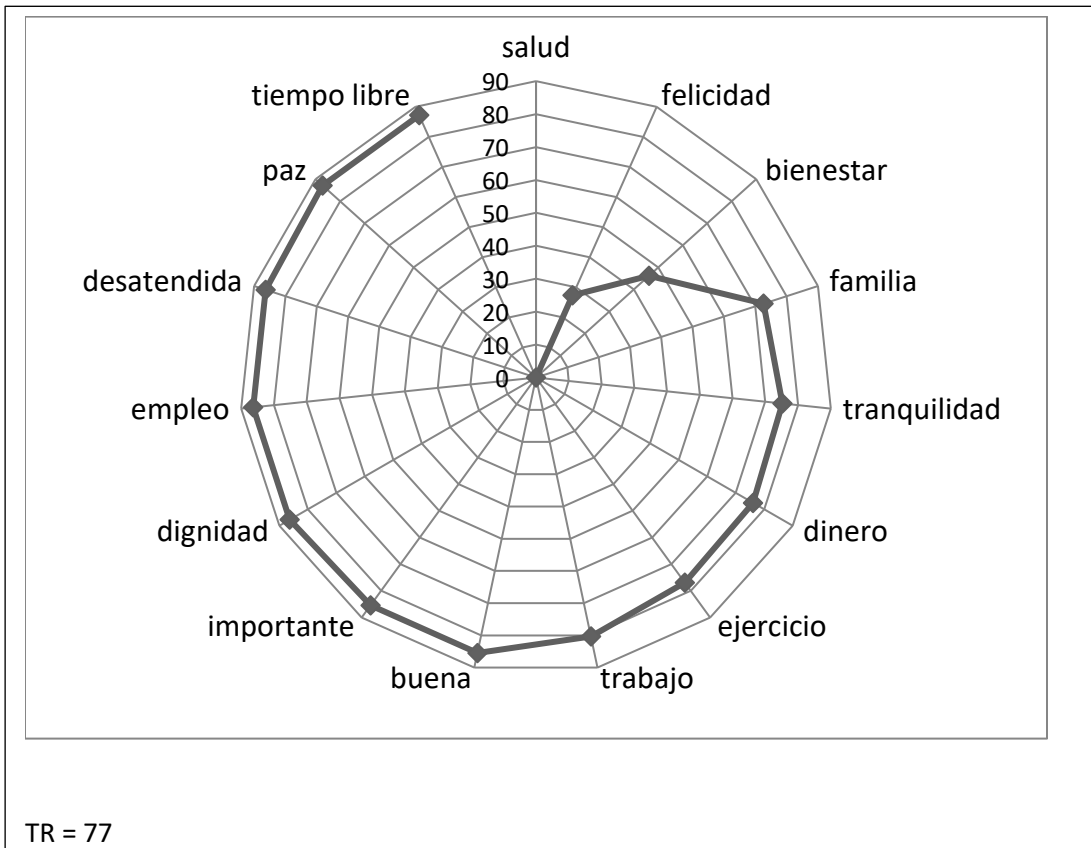


Figura 20. Red Semántica Hombres 25 a 35 años

-Red Semántica Mujeres 25 a 35 años:

En la tabla 5 y en la figura 7 se presenta el núcleo de red de definidoras de la calidad de vida para las mujeres de 25 a 35 años de edad. En este último núcleo, se puede observar que la palabra “salud” permanece como la principal definidora y tiene un peso semántico significativamente mayor que el resto de las palabras. Al igual que lo ocurrido con las mujeres de 18 a 24 años, “Bienestar” es la definidora que ocupa el segundo lugar y “Felicidad” se mantiene en el tercer puesto del núcleo de red.

Tabla 5

Núcleo de Red Calidad de Vida Mujeres 25 a 35 años

Definidoras	PS	DSC
salud	139	100
bienestar	59	42.4460432
felicidad	42	30.2158273
tranquilidad	38	27.3381295
familia	36	25.8992806
estabilidad	34	24.4604317
amor	32	23.0215827
satisfacción personal	29	20.8633094
buena	27	19.4244604
tiempo	27	19.4244604
alimentación	23	16.5467626
dinero	22	15.8273381
plenitud	21	15.1079137
comodidad	21	15.1079137
estrés	21	15.1079137

Nota: PS = Peso Semántico; DSC = Distancia Semántica Cuantitativa

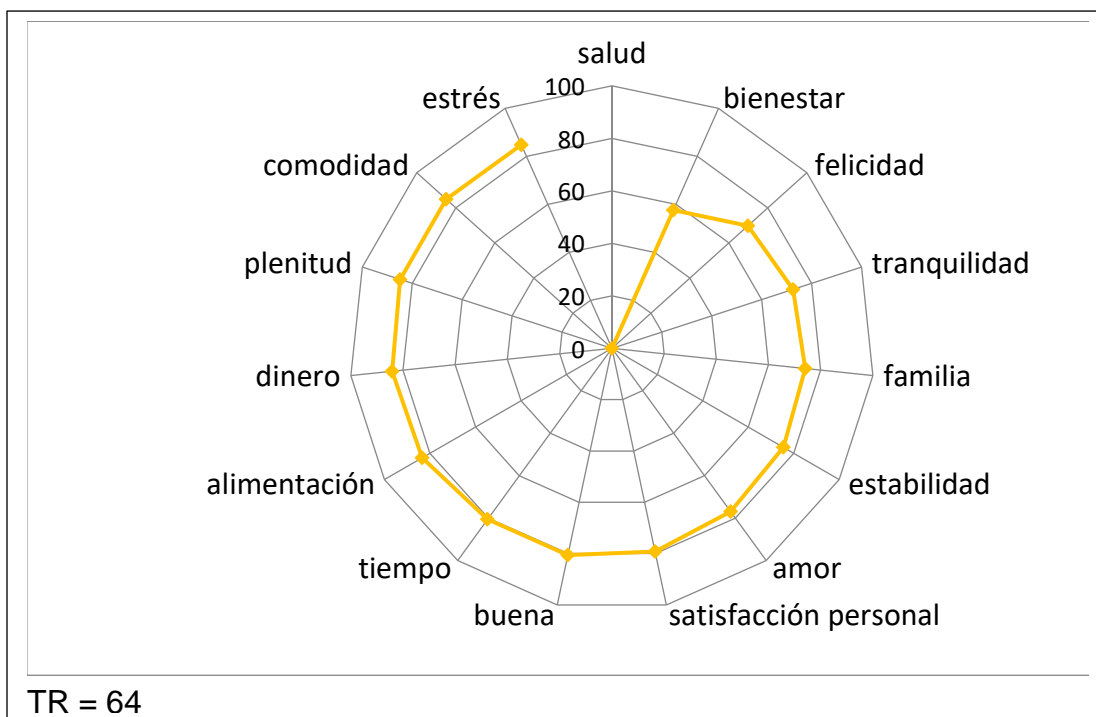


Figura 21. Red Semántica Mujeres 25 a 35 años

En la tabla 6, se presentan las palabras que se repitieron en los núcleos de red; se resaltan con color rojo las definidoras que se repitieron en los cuatro núcleos y con azul las palabras que se repitieron en tres núcleos. Siendo “salud”, “felicidad”, “bienestar”, “dinero” y “familia” las palabras que se encuentran presentes en todos los núcleos de red y “estabilidad”, “amor” y “trabajo” las palabras que se encuentran presentes en tres, de los cuatro núcleos de red. Cabe recordar que la palabra “salud” permanece como la principal definidora en todos los grupos.

Tabla 6
Palabras Repetidas en los Cuatro Núcleos

Núcleos				
Jerarquía	Hombres 18-24	Mujeres 18-24	Hombres 25-35	Mujeres 25-35
1	salud	salud	salud	salud
2	dinero	bienestar	felicidad	bienestar
3	felicidad	felicidad	bienestar	felicidad
4	educación	familia	familia	tranquilidad
5	bienestar	amor	tranquilidad	familia
6	familia	dinero	dinero	estabilidad
7	estabilidad	paz	ejercicio	amor
8	amor	libertad	trabajo	satisfacción personal
9	cultura	trabajo	buena	buena
10	libertad	seguridad	importante	tiempo
11	trabajo	estabilidad	dignidad	alimentación
12	hogar	economía	empleo	dinero
13	vivienda	educación	desatendida	plenitud
13	estudios	comida	paz	comodidad
15	sexo	risa(s)	tiempo libre	estrés

- Se repite en los cuatro grupos
- Se repite en tres grupos

En la tabla 7 se presenta el Índice de Consenso Grupal de la red para cada uno de los cuatro grupos (hombres de 18 a 24 años, mujeres de 18 a 24 años, hombres de 25 a 35 años y mujeres de 25 a 35 años), siendo éste de 59.38% al incluir 152 definidoras repetidas del total de 256 palabras.

Tabla 7

Índice de Consenso Grupal

Repetidas	No repetidas	Total	ICG
152	104	256	59.38%

En la tabla 8 se presenta el Índice de Consenso Grupal de los núcleos de la red, siendo éste de 65% al incluir 39 definidoras repetidas del total de 60 palabras.

Tabla 8

Índice de Consenso Grupal entre Núcleos

Repetidas	No repetidas	Total	ICG núcleos
39	21	60	65%

En la tabla 9 se presentan las correlaciones entre los núcleos de red de cada grupo. En ella, se puede observar que entre los grupos de mujeres jóvenes, hombres y mujeres existen correlaciones altas y significativas. Sin embargo, el grupo de hombres jóvenes presenta correlaciones medianas y no significativas con los demás grupos.

Esto podría estar relacionado con el hecho de que el desarrollo y la maduración de las mujeres tiende a ser más rápido que el de los hombres (Papalia, Olds, & Feldman, 2009) y, por lo tanto, el grupo de las mujeres de 18 a 24 años tiene más en común con los otros dos grupos de mayor edad que el grupo de hombres de 18 a 24.

Tabla 9

Correlaciones entre Grupos

Grupo 1	Grupo 2	Correlación
Mujeres Jóvenes	Hombres	.929**
Mujeres Jóvenes	Mujeres	.893**
Hombres	Mujeres	.886*
Hombres Jóvenes	Mujeres Jóvenes	.479
Hombres Jóvenes	Hombres	.657
Hombres Jóvenes	Mujeres	.429

Discusión

En el presente estudio se obtuvo la red cognoscitiva de palabras asociadas al constructo de calidad de vida por medio de la técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes-Lagunes, 1993). Es importante recalcar que “salud” es considerablemente la mejor definidora de la calidad de vida en todos los grupos evaluados.

Se ha establecido que la estructura de la calidad de vida se compone de cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y recursos/entorno (Felce & Perry, 1995; Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004); al analizar las definidoras de la calidad de vida que se presentan en los núcleos de las redes, se puede notar que están incluidas en las cuatro categorías propuestas en la literatura, lo cual resulta útil para considerar en fases posteriores de la investigación donde se incluya la construcción de una escala de calidad de vida.

- a) **Salud física:** alimentación, comida, ejercicio, salud
- b) **Salud psicológica:** bienestar, dignidad, estrés, felicidad, plenitud, risa(s), satisfacción personal, tranquilidad, paz
- c) **Relaciones interpersonales:** amor, familia, sexo
- d) **Recursos/Entorno:** comodidad, cultura, dinero/economía, educación/estudios, empleo/trabajo, estabilidad, hogar/vivienda, libertad, seguridad, tiempo/tiempo libre

Cuando se analizan las áreas de incidencia de la calidad de vida, es posible observar que el constructo se manifiesta en una amplia abanico de situaciones, incluyendo aspectos conductuales (alimentación, comida, ejercicio, etc.) cognoscitivos (comodidad, cultura vivienda, etc.) y afectivos (amor, felicidad, plenitud, etc.).

Esta investigación empírica es congruente con las consideraciones teóricas propuestas por Fernández-Ballesteros (1993), donde se indica que la calidad de vida es un concepto multidimensional y cualquier reducción a un concepto mono factorial resulta inadmisible y atenta contra los a priori del concepto, ya que la vida es ontológicamente multidimensional y su calidad habrá de serlo también. Del mismo modo, la autora menciona que habrán de contemplarse factores personales como la salud, autonomía y satisfacción, así como factores socio-ambientales o externos como relaciones interpersonales, redes de apoyo, servicios sociales, etc.

Resulta interesante el hecho de que “salud” “bienestar” y “felicidad” se mantuvieron dentro de los primeros lugares de los núcleos en tres de los cuatro

grupos estudiados. En el caso de los hombres de 18 a 24 años de edad se encontró que la definidora “dinero” reemplazó a “bienestar”, esto podría estar relacionado con lo siguiente: a) el desarrollo y la maduración de las mujeres tiende a ser más rápido que el de los hombres (Papalia et al., 2009) y, por lo tanto, el grupo de las mujeres de 18 a 24 años tiene más en común con los otros dos grupos de mayor edad que con el grupo de hombres de 18 a 24. b) Es probable que en el grupo de edad que se encuentra entre los 18 y 24 años de edad se incluya a una gran cantidad de personas que están terminando la preparatoria o la universidad y comienzan a incursionar en el mundo laboral, lo cual implica un incremento en la concientización, e incluso preocupación, por aspectos laborales y financieros (Cote´, 2000; Hamilton & Hamilton, 2006). El hecho de que los hombres valoraran más el dinero con respecto a su calidad de vida podría estar reflejando parte de la cultura mexicana donde, aún en pleno siglo XXI, se considera que el hombre tiene más responsabilidad de conseguir un trabajo remunerado que la mujer, lo cual es reflejado en las cifras que presenta el INEGI (2015b).

El hallazgo de ocho definidoras clave que se mantienen en, al menos tres de los cuatro grupos estudiados; (“salud”, “felicidad”, “bienestar”, “dinero”, “familia” “estabilidad”, “amor” y “trabajo”), forma parte de la evaluación del significado psicológico de la calidad de vida en adultos jóvenes mexicanos y sirve como una aportación empírica para delimitar los aspectos culturales de dicho constructo, del mismo modo, funciona como un primer paso para la construcción de una escala de calidad de vida culturalmente relevante.

CAPÍTULO III

EVALUACIÓN DE ASPECTOS CULTURALES DE LOS COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PLENA EN ADULTOS JÓVENES

Justificación

En México se han adaptado algunos instrumentos norteamericanos de atención plena como el FFMQ (Meda, Herrero, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez, & Palomera, 2015) y se han traducido otros como el MAAS (López-Maya et al., 2015). Sin embargo, no se han llevado a cabo estudios exploratorios previos para elaborar un instrumento culturalmente relevante para este país.

Incluso, muchos de los instrumentos existentes en la literatura internacional solamente incluyen reactivos formulados a partir de la teoría pero carecen de un estudio exploratorio previo que permita generar reactivos para una cultura específica, como se puede apreciar en Hill y Labbé (2014).

Por lo tanto, lo que se pretende en este estudio es evaluar aquellos aspectos culturales de la atención plena y de sus componentes en adultos jóvenes mexicanos. De manera que, en el instrumento elaborado a partir de esta investigación, se cuente no sólo con reactivos teóricos, sino, también, con reactivos culturales elaborados a partir de un estudio exploratorio previo.

Se decidió utilizar la técnica de grupos focales en este estudio considerando lo siguiente:

- a) El propósito de los grupos focales es hacer que surjan actitudes y creencias, en los participantes (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009).
- b) Los grupos focales son útiles para elaborar instrumentos de medición (Beck, Bryman & Futing, 2004 en Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009).
- c) Los grupos focales son particularmente sensibles a las variables culturales. Kitzinger (1995).

Preguntas de Investigación

-¿Cuál es la percepción de los componentes de *Mindfulness* en adultos jóvenes después de una sesión de atención plena?

-¿Cuáles son las diferencias en la percepción de los componentes de *Mindfulness* por sexo en adultos jóvenes después de una sesión de atención plena?

-¿Cuáles son las diferencias en la percepción de los componentes de *Mindfulness* por edad en adultos jóvenes después de una sesión de atención plena?

Objetivos

- Conocer la percepción de los componentes de *Mindfulness* en adultos jóvenes después de una sesión de atención plena.
- Diferenciar la percepción de adultos jóvenes acerca de los componentes de *Mindfulness* por sexo después de una sesión de atención plena.
- Diferenciar la percepción de adultos jóvenes acerca de los componentes de *Mindfulness* por edad después de una sesión de atención plena.

Definición Conceptual de Variables

- Atención:** Observar las conductas, sensaciones, emociones y cogniciones propias que surgen en el momento presente (Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004; Brown & Ryan, 2003; Cardaciotto et al., 2008).
- Aceptación:** Una actitud sin prejuicios ni críticas hacia las conductas, sensaciones, emociones y cogniciones propias (Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004; Brown & Ryan, 2003; Cardaciotto et al., 2008).
- Atención Plena:** Observar las conductas, sensaciones, emociones y cogniciones propias que surgen en el momento presente sin prejuicios ni críticas (Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004; Brown & Ryan, 2003; Cardaciotto et al., 2008).

Participantes

28 participantes (54% mujeres y 46% hombres) de 18 a 35 años de edad (\bar{x} =24.82 D.E.=3.07), residentes de la Ciudad de México. La muestra se dividió en cuatro grupos:

Tabla 10
Participantes por Grupos de Edad

Grupo de Edad	N
Hombre 18 a 24 años	5
Mujer 18 a 24 años	6
Hombre 25 a 35 años	8
Mujer 25 a 35 años	9
Total	28

A continuación se presentan los datos sociodemográficos de la muestra:

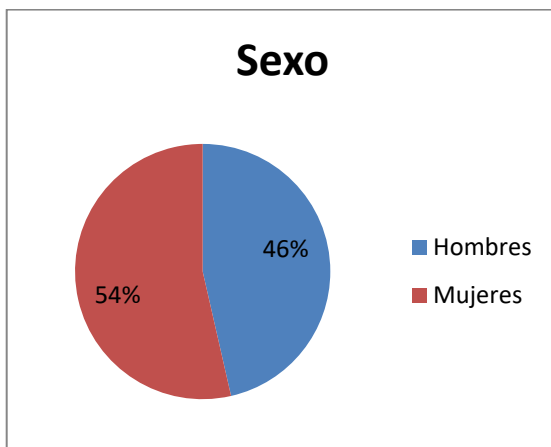


Figura 22. Porcentaje de Hombres y Mujeres

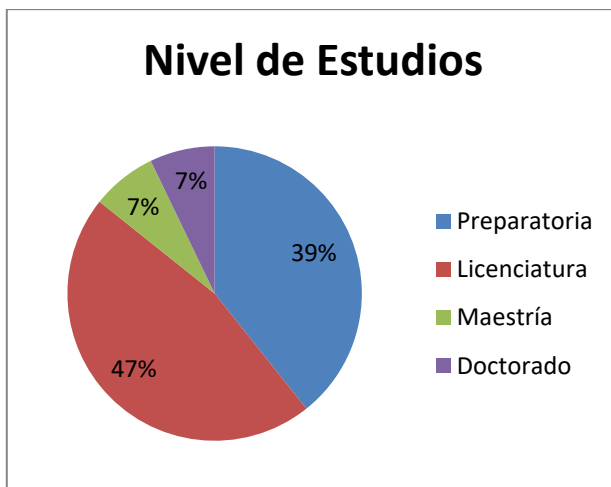


Figura 23. Nivel de Estudios

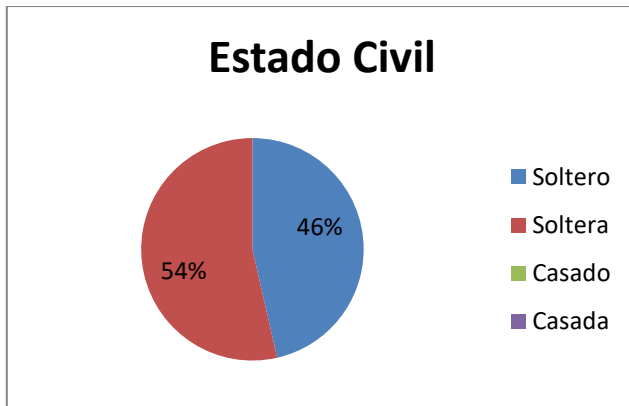


Figura 24. Estado Civil

Tipo de Estudio

Exploratorio

Instrumento

-Se empleó la técnica de Grupos Focales (Krueger & Casey, 2014).

El experto en atención plena y el moderador trabajaron de la misma forma en cada uno de los cuatro grupos:

-Primero, el experto en Mindfulness guio una sesión breve de una atención plena de 30 minutos.

-Posteriormente, el moderador dirigió el grupo focal durante aproximadamente una hora, utilizando una guía de seis preguntas abiertas y encaminando la discusión de lo general a lo particular. Al final, se utilizó una pregunta más que sirvió como un cierre para llevar al grupo a conclusiones finales y a resumir sus comentarios.

A continuación se presenta el día y la hora de cada sesión:

Tabla 11

Día y Hora de Cada Sesión

Grupo	Fecha	Hora
Hombre 18 a 24 años	05/02/2017	2p.m.
Mujer 18 a 24 años	05/02/2017	11:30a.m.
Hombre 25 a 35 años	29/01/2017	11:30a.m.
Mujer 25 a 35 años	29/01/2017	2p.m.

Preguntas:

¿Qué observaste durante la práctica?

¿Qué pensamientos pasaron por tu mente durante la práctica?

¿Qué sentimientos o emociones surgieron durante la práctica?

¿En qué sensaciones físicas o corporales ponías tu atención durante la práctica?

¿Qué actitud tuviste durante la práctica?

¿Qué actitud tienes ya que finalizó la práctica?

¿Qué concluyo acerca de esta práctica?

Procedimiento

Antes de iniciar la sesión de atención plena, el experto en *Mindfulness* explicó a los participantes el protocolo de la sesión y resolvió las dudas de los participantes.

Antes de iniciar el grupo focal, el moderador describió el protocolo de la discusión y los objetivos de la sesión, resolvió las dudas de los participantes, indicó que la conversación sería audio-grabada y aseguró a los participantes que habría confidencialidad y que los nombres no serían revelados en el reporte del estudio.

Se les recordó a los participantes que en la dinámica no hay respuestas “correctas” o “incorrectas” y que se sintieran libres de expresar su opinión, aun cuando ésta difiera de lo que puedan expresar los demás participantes. Del mismo modo, se les pidió que expresaran tanto sus comentarios positivos, como sus comentarios negativos acerca de la experiencia. Se acordó que durante la sesión se apagarían los celulares y se respetaría la opinión de los demás.

Durante la discusión, los participantes rodearon al moderador en una configuración en U (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009), y se grabó el audio de la sesión. En los últimos 20 minutos se establecieron las conclusiones personales de la sesión y se resolvieron las dudas de los participantes, al finalizar, se les otorgó un refrigerio y se agradeció su participación.

Al transcribir el audio de las sesiones, fue asignado un código a cada participante para mantener el anonimato en el posterior análisis de los resultados (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009).

Tratamiento de los Datos

La información recabada durante los grupos focales se sometió a un análisis de contenido temático (Bardin, 2002) mediante el programa Microsoft Excel 2010. Y se triangularon los resultados del estudio cualitativo con los aspectos teóricos del constructo.

Resultados

A continuación se presentan las categorías observadas en cada uno de los cuatro grupos del estudio, incluyendo las sub-categorías que las componen y la frecuencia con la que éstas se presentaron:

Hombres 18-24:

Categoría	Sub-categoría	Frecuencia
Atención en el Presente	Poner Atención	30
	Concentración	14
	Darse Cuenta	15
	Me iba (a otros pensamientos)	6
	Regresar (la atención a la actividad)	4
	Distraerse	4
	Enfocarse	11
	Retomar la Atención	2
	Fijarse	1
	No Distraerse	2
	Percatarse	1
	Aquí y Ahora	2
	Observar mi Cuerpo	1
Apertura a la Experiencia	Curiosidad	4
	Dispuesto	2
	Apertura (a la Experiencia)	9
	Sin Juicios	1
	Aceptación (de la Experiencia)	1
Autoconocimiento	Atención a Nosotros Mismos	1
	Poner Atención a ti Mismo	1
Relajación	Relajación	8
	Des-estresar	1
	Tranquilidad	4

Figura 25. Grupo Focal Hombres 18-24

Hombres 25-35

Categoría	Sub-categoría	Frecuencia
Atención en el Presente	Concentración	35
	Regresar (la atención a la actividad)	27
	Poner Atención	19
	Enfocarse	13
	Irse (a pensamientos del pasado o del futuro)	8
	Darse cuenta	8
	Distraerse	8
	Ser consciente	3
	Actuar en Automático	2
	Autoconocimiento	4
Apertura a la Experiencia	Disponibilidad	7
	Apertura (a la Experiencia)	6
	Curiosidad (por la Experiencia)	2
	Aceptación (de la Experiencia)	1
Autoconocimiento	Conocerse a Uno Mismo	4
Relajación	Relajación	33
	Tranquilidad	10

Figura 26. Grupo Focal Hombres 25-35

Mujeres 18-24

Categoría	Sub-categoría	Frecuencia
Atención en el Presente	Concentración	16
	Consciente	18
	Poner Atención	4
	No distraerme	1
	Estar en el Aquí y Ahora	1
	Focalizada	1
	Centrarme	1
	Regresar (la atención a la actividad)	7
	Notar	1
	Percatar	1
	Darse Cuenta	1
Apertura a la Experiencia	Apertura (a la Experiencia)	5
	Disposición (a la Experiencia)	2
	Curiosidad (por la experiencia)	1
Autoconocimiento	Conocimiento Introspectivo	1
	Consciente de mí	3
	Conectar Conmigo Misma	4
	Conocerse a Sí Misma	6
	Concentrarse en Sí Misma	4
Relajación	Relajación	29
	Tranquilidad	25

Figura 27. Grupo Focal Mujeres 18-24

Mujeres 25-35

Categoría	Sub-categoría	Frecuencia
Atención en el Presente	Prestar atención	5
	En automático	3
	Consciente	5
	Poner atención	9
	Concentración	31
	Contemplar	2
	Regresar (la atención a la actividad)	15
	Darse Cuenta	14
	Me iba (a otros pensamientos)	6
	Enfocarse	3
	Me distraía	2
	Estar Aquí y Ahora	2
	Apertura a la Experiencia	Dejar ir
Curiosidad (por la Experiencia)		5
Apertura (a la Experiencia)		5
Autoconocimiento	Introspección	1
Relajación	Relajación	31
	Tranquilidad	20
	Sentir Paz	2
	Calmar	3

Figura 28. Grupo Focal Mujeres 25-35

Al comparar las categorías de los cuatro grupos se pueden observar dos aspectos importantes:

1. En todos los grupos se puede observar la presencia de las mismas cuatro categorías: dos categorías teóricas que se incluyen en los distintos modelos de *Mindfulness* (Atención en el Presente y Apertura a la Experiencia). Y dos categorías emergentes que no se encuentran especificadas en los modelos teóricos del constructo (Autoconocimiento y Relajación).

2. La categoría predominante en todos los grupos es la de Atención en el Presente.

Para cada una de las categorías teóricas se identificaron sub-categorías con la intención de identificar indicadores de lenguaje útiles para elaborar reactivos en un instrumento de medición culturalmente relevante.

Por otro lado, se analizó la posibilidad de considerar a las categorías emergentes como componentes del constructo para la muestra que participó en este estudio. Sin embargo, al considerar el contexto en el que se utilizaron estas categorías, se llegó a la conclusión de que son consecuencias o resultados de la atención plena y no forman parte de sus componentes.

A continuación se analizan los puntos centrales de este estudio y se comparan con los planteamientos teóricos del constructo:

-Atención:

Como mencionan Cardaciotto y colaboradores (2008), el primer componente de *Mindfulness*, la atención, se caracteriza como un seguimiento continuo de la experiencia; en donde el individuo se enfoca en la experiencia actual en lugar de en acontecimientos pasados o futuros. Este enfoque en la experiencia presente se reportó también en este estudio, a continuación se presenta una transcripción de lo mencionado al respecto por un participante del grupo de hombres de entre 25 y 35 años de edad:

“Te das cuenta de que no le ponemos esa atención necesaria a nuestro cuerpo; siempre estamos pensando en qué va a pasar mañana o qué tengo que hacer al rato y no nos ponemos atención a nosotros mismos”.

Buchheld y colaboradores (2001) indican que, si bien la mente tiende a distraerse rápidamente con pensamientos y emociones relacionadas con el pasado y/o el futuro, las habilidades atencionales de *Mindfulness* implican, un estado de alerta y curiosidad por cualquier experiencia sin distraerse o ser absorbido por el contenido de los eventos mentales. A continuación se presenta una transcripción de lo mencionado al respecto por un participante del grupo de hombres de entre 18 y 24 años de edad:

“Pasé de tener 20 ideas en la cabeza mientras estábamos trabajando a, de repente, estar en mi respiración y, de repente alguno, que otro pensamiento pero regresaba a la respiración”.

Debido a que la atención tiene una capacidad limitada (Schneider & Shiffrin, 1977 en Bishop et al., 2004), cuando se enfoca en el presente, más recursos

atencionales están a disposición para procesar la información relacionada con la experiencia actual. Esto aumenta el acceso a la información que, de otro modo, podría quedar fuera de la conciencia (Bishop et al., 2004). Este aumento en el acceso a la información de la experiencia presente se reportó también en este estudio, a continuación se presenta una transcripción de lo mencionado al respecto por un participante del grupo de hombres de entre 18 y 24 años de edad:

“Ahorita me di cuenta de que tengo cierto dolor que regularmente no me doy cuenta, pues ya puedo hacer algo al respecto”.

Del mismo modo, una mujer en el grupo de 25 a 35 años de edad, reporta lo siguiente:

“El ir poniendo atención a cada una de las partes del cuerpo hace que te des cuenta desde dolencias que tienes, hasta que te sientas chueco o algo así, o sea cosas muy leves que te pueden llevar a grandes repercusiones y que puedes corregirlas fácilmente. Entiendo ahora que esta práctica tiene una utilidad muy buena, porque te ayuda muchísimo a poner atención y eso te ayuda a que puedas resolver prácticamente muchas cosas que se te presenten”.

-Apertura a la Experiencia:

Con respecto a la apertura a la experiencia, Bishop y colaboradores (2004) mencionan que esta orientación incluye una actitud de curiosidad por el contenido de la conciencia; todos los pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen son vistos, inicialmente, como relevantes y, por tanto, merecedores de atención. En el estudio presente se encontró, que esta apertura a la experiencia conducía, en la gran mayoría de los casos, a un estado de tranquilidad en los participantes. Una mujer del grupo de 18 a 24 años de edad menciona lo siguiente:

“Hay veces que no vengo con mucha apertura digo: ay que flojera, pero ahorita como que venía con mucha disposición como para aprender de esto y creo que eso me ayudó mucho a estar tranquila, a no pensar mucho en otro tipo de cosas”.

Muchos autores indican que un componente fundamental de la atención plena es la capacidad de aceptar la experiencia del momento presente sin intentar cambiarla, evitarla o escapar de ella (Dimidjian & Linehan, 2003a, 2003b; Linehan, 1993b, Marlatt & Kristeller, 1999; Segal et al., 2002 en Baer et al., 2004). Para lograr esta aceptación, es necesario abstenerse de evaluar, juzgar o calificar las experiencias como buenas o malas, correctas o incorrectas, con sentido o sin sentido (Segal et al., 2002 en Baer et al., 2004).

La práctica de la atención plena puede funcionar como un procedimiento de exposición en el que la observación sostenida de los pensamientos y sentimientos

aversivos conduce a la reducción de conductas de escape y evitación (Kabat-Zinn, 1982; Linehan, 1993a, 1993b en Baer et al., 2004). Con respecto a este componente, un hombre del grupo de entre 25 y 35 años menciona la importancia de aceptar y no evitar la experiencia:

“Cuando surge un pensamiento que causa ansiedad buscamos distraernos, entonces, no dejar que se vaya ese pensamiento sino observar ese pensamiento porque es importante analizar lo que está pasando en tu vida y no distraerte. Entonces evitar no pensar en el problema, me percató de que estos ejercicios sirven también para analizar lo que te está pasando y observarlo, no irte, no distraerte del problema.”

Buchheld y colaboradores (2001) mencionan que lo que caracteriza a la atención plena es la observación de los estados mentales, sin caer en las conceptualizaciones sobre su contenido o dejarse llevar por las reacciones emocionales. Que se trata únicamente de atender a los fenómenos presentes en la conciencia, sin juzgarlos, interpretarlos o reaccionar ante ellos. A continuación se presenta una transcripción de lo mencionado al respecto por un participante del grupo de hombres de entre 18 y 24 años de edad:

“Podría ser una gran herramienta en tu vida diaria para poder discriminar entre lo que haces en el presente y las ideas que tengas al respecto y focalizarse únicamente en lo que estás haciendo.”

Del mismo modo, en el grupo de mujeres de 18 a 24 años de edad, una participante comentó: *“Está padre porque escuchamos a los demás sin juicios ni nada, parece haber mucha aceptación a escuchar lo que dice la otra persona. Se siente buena vibra en el grupo”*.

➤ Categorías Emergentes:

-Autoconocimiento:

A pesar de que el autoconocimiento se puede identificar como una consecuencia de la atención plena, Bishop y colaboradores (2004) mencionan que *Mindfulness* se puede conceptualizar como un proceso de investigación y autoconocimiento para obtener una mayor comprensión de la naturaleza de los propios pensamientos y sentimientos. El individuo hace un esfuerzo por identificar cada elemento contenido en la conciencia y observar cómo una cognición da lugar a otra. Relacionado con esto, una mujer del grupo de 25 a 35 años de edad menciona:

“Rescato mucho que es importante hacernos conscientes de nosotras mismas y ser muy objetivas. Porque puede ser que en el día a día no seamos conscientes de algo que nos duela porque realmente no nos conocemos a nosotras mismas, es importante conocer cómo te sientes y entender, con eso, muchas cosas de las que están pasando o de las que estás viviendo”.

-Relajación:

La categoría emergente que se repitió con mayor frecuencia fue la de relajación. La mayoría de los participantes reportó llegar con cierta ansiedad por la situación poco usual en la que se presentaban, e irse relajando conforme llevaban a cabo la práctica. Como se mencionó anteriormente, se analizó la posibilidad de considerar esta categoría emergente como componente del constructo, sin embargo, al considerar el contexto en el que se utilizaron estas categorías, se llegó a la conclusión de que son consecuencias o resultados de la atención plena y no forman parte de sus componentes, como menciona un hombre del grupo de 25 a 35 años de edad:

“Dependiendo del pensamiento que tenía, era como me sentía en el momento: presionado, supongamos por el trabajo, me salía de eso por el guía o por mí, regresaba a eso con atención, me duraba bien poco, me iba otra vez. Pensaba, supongamos, en la playa, me sentía feliz, con bienestar, regresaba... atención. Y ya cuando acabó ese como que sube y baja de emociones, no presté atención, a partir de ahí empecé a relajarme.”

Lo anterior resulta de gran interés con respecto al mecanismo por el cuál la atención plena reduce el estrés. Se puede interpretar que, posiblemente, las emociones están vinculadas a los pensamientos de una persona, y cuando los participantes enfocan su atención en el presente, se reduce el número de pensamientos que tienen con respecto al pasado o al futuro, y también se reduce el número de emociones vinculadas a dichos pensamientos y la intensidad de éstas.

En conjunto con el primer componente de *Mindfulness* (la atención en el presente), el segundo componente (la apertura a la experiencia), también condujo a los participantes a una sensación de relajación y tranquilidad. Como reporta una mujer del grupo de 25 a 35 años de edad:

“Generalmente mi mente siempre está pensando en el futuro o en lo que va a pasar y planeando, y planeando... y, ahorita, por primera vez en mi vida o de las pocas veces que no pienso en nada, no estoy ansiosa de: y mañana voy a hacer, y dentro de cinco años y en un año. O sea estaba yo aquí y punto, entonces creo que fue bueno eso de venir con una postura abierta, de pues bueno a ver qué

pasa con esta situación y la verdad es que me gustó porque me relajé de tal forma que ni en las cosas buenas de mi vida ni en las malas estaba pensando; solamente estaba aquí y ya."

Con respecto al posible mecanismo por el cual la atención plena incrementa el bienestar, Baer (2003) identifica tres aspectos importantes:

-Exposición:

En el entrenamiento para desarrollar habilidades *Mindfulness*, aunque se adopta una postura relajada, la inmovilidad prolongada puede causar dolor en los músculos y las articulaciones. Los Instructores alientan a los estudiantes a no cambiar de posición para aliviar el dolor, en vez de ello les piden enfocar la atención directamente sobre las sensaciones de dolor, y asumir una actitud sin prejuicios hacia estas sensaciones, así como hacia las distintas cogniciones ("esto es insoportable"), emociones (ansiedad, ira), o impulsos (para cambiar de posición), que a menudo acompañan dichas sensaciones de dolor. Se cree que la capacidad de observar las sensaciones de dolor sin juzgarlas reduce el malestar asociado (Baer, 2003).

Kabat-Zinn y colaboradores (1992 en Baer, 2003) indican que la observación de sensaciones relacionadas con la ansiedad, sin emitir juicios o intentar de evadir dichas sensaciones, puede conducir a la reducción de consecuencias relacionadas con dichos síntomas de ansiedad (Baer, 2003).

-Cambio Cognoscitivo:

Linehan (1993a, 1993b en Baer, 2003) señala que la observación e identificación de los pensamientos y sentimientos promueve el entendimiento de que no siempre son reflexiones precisas de la realidad; por ejemplo, la sensación de miedo, no significa necesariamente que el peligro sea inminente, o pensamientos como: "soy un fracaso" no significan que esto sea cierto (Baer, 2003).

El entrenamiento en habilidades de atención plena puede permitir a las personas deprimidas identificar pensamientos depresivos y redirigir la atención a otros aspectos del momento presente; como respirar, caminar, o sonidos ambientales, evitando así la rumiación de dichos pensamientos (Baer, 2003).

-Aceptación:

Hayes (1994 en Baer, 2003) sugiere que ciertas orientaciones clínicas pueden haber exagerado la importancia de cambiar todos los síntomas desagradables, sin reconocer el valor de la aceptación. Por ejemplo, un individuo que experimenta ataques de pánico puede llevar a cabo algunas conductas desadaptativas en su

intento por prevenir futuros ataques; incluyendo abuso de drogas y alcohol, la evitación de actividades importantes, y la preocupación excesiva por sus estados fisiológicos. Si el individuo acepta que los ataques de pánico pueden ocurrir ocasionalmente, que tienen una duración limitada y no son peligrosos, los ataques de pánico se convertirán en experiencias desagradables pero breves y tolerables, en lugar de experiencias temibles y peligrosas que deben evitarse (Baer, 2003).

Todos los programas de tratamiento basados en *Mindfulness* incluyen la aceptación del dolor, pensamientos, sentimientos, impulsos, cogniciones y emociones, sin tratar de cambiarlos o evitarlos. Por lo tanto, parece que el entrenamiento en habilidades de atención plena puede proporcionar un método para desarrollar capacidades de aceptación (Baer, 2003).

Discusión

A pesar de que las sub-categorías se manifestaron con distinta frecuencia en cada grupo, se pueden observar las mismas cuatro categorías generales en todos los grupos que participaron en esta investigación: dos categorías teóricas que se incluyen en los distintos modelos de *Mindfulness* (Atención en el Presente y Apertura a la Experiencia). Y dos categorías emergentes que no se encuentran especificadas en los modelos teóricos del constructo (Autoconocimiento y Relajación). Otra similitud encontrada en todos los grupos participantes es que la categoría predominante en todos los grupos es la de Atención en el Presente.

Con respecto a las sub-categorías encontradas en el estudio, éstas presentaron diversos indicadores del lenguaje utilizados por los participantes, los cuales pueden servir para la elaboración de reactivos de un instrumento de medición de atención plena para individuos con características similares a los de esta muestra.

-En cuanto a la percepción de los componentes de *Mindfulness*, se resaltan algunos puntos centrales, que son congruentes con lo planteado en distintos modelos teóricos de atención plena:

- a) *Mindfulness* implica enfocar la atención en la experiencia presente, en lugar de acontecimientos pasados o futuros.
- b) La atención plena incluye un estado de alerta y curiosidad por cualquier experiencia, sin embargo, se procura evitar distraerse o ser absorbido por el contenido de estos eventos mentales.

- c) En la atención plena, más recursos atencionales se encuentran disponibles para procesar la información relacionada con la experiencia presente. Lo cual aumenta el acceso a la información que de otro modo podría quedar fuera de la conciencia.
- d) Mindfulness implica atender a los fenómenos presentes en la conciencia, sin juzgarlos o elaborar interpretaciones de ellos.
- e) La práctica de la atención plena puede funcionar como un procedimiento de exposición en el que la observación sostenida de los pensamientos y sentimientos aversivos conduce a la reducción de conductas de escape y evitación.
- f) En conjunto con el primer componente de *Mindfulness* (la atención en el presente), el segundo componente (la apertura a la experiencia), también condujo a los participantes a una sensación de relajación y tranquilidad.
- g) *Mindfulness* se puede conceptualizar como un proceso de investigación y autoconocimiento para obtener una mayor comprensión de la naturaleza de los propios pensamientos y sentimientos.

**CAPÍTULO IV: ELABORACIÓN DE PRUEBAS Y ANÁLISIS DE PROPIEDADES
PSICOMÉTRICAS**

Justificación

Es necesario emplear instrumentos elaborados y validados en la población meta a la que se quiera dirigir, de manera que se pueda obtener información válida para entender el fenómeno de la calidad de vida (Verdugo, Meda, Guzmán, Moy, & Monroy, 2007).

Sin embargo, la gran mayoría de los instrumentos utilizados para evaluar el constructo provienen de estudios realizados en población estadounidense, del campo de la medicina y son diseñados para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en una enfermedad específica, como se puede apreciar en la publicación de Velarde y Ávila (2002).

Por lo tanto, a pesar de la existencia de publicaciones teóricas e instrumentos psicométricos que evalúan el tema de estudio, resulta congruente abordar el constructo de calidad de vida en una muestra mexicana, desde el enfoque de la psicología y en población abierta.

Como se mencionó anteriormente, a nivel internacional, no existe un consenso por parte de los investigadores en cuanto a los componentes de *Mindfulness* (Shapiro et al., 2006), lo cual se ve reflejado en la diversidad de instrumentos existentes en la literatura (Hill & Labbé, 2014) donde *Mindfulness* se ha propuesto como constructo unidimensional y como constructo multidimensional.

En México, se han adaptado algunos instrumentos norteamericanos como el FFMQ (Meda et al., 2015) o el MAAS (López-Maya et al., 2015). Sin embargo, lo que se pretende en esta investigación es aportar un instrumento culturalmente relevante diseñado en México y considerando los componentes de *Mindfulness* que resultan como comunes denominadores en los distintos modelos teóricos existentes hasta el momento.

Así mismo, los instrumentos elaborados en esta investigación pueden servir para evaluar la eficacia de programas basados en *Mindfulness* para mejorar la calidad de vida de adultos jóvenes.

Preguntas

¿Cuáles son las dimensiones de la calidad de vida para adultos jóvenes?

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida para adultos jóvenes?

¿Cuáles son las dimensiones de la atención plena para adultos jóvenes?

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de atención plena para adultos jóvenes?

Objetivos

Elaborar, a partir del estudio 1a, una escala culturalmente relevante que evalúe calidad de vida en adultos jóvenes.

Analizar las propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida para adultos jóvenes.

Elaborar, a partir del estudio 1b una escala que evalúe atención plena en adultos jóvenes.

Analizar las propiedades psicométricas de la escala de atención plena para adultos jóvenes.

Definición de Variables

Calidad de vida:

Definición conceptual: Condición de bienestar global (Felce & Perry, 1995) que comprende las dimensiones de salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y recursos materiales disponibles (Skevington et al., 2004).

Mindfulness

Definición conceptual: *Mindfulness* se define como observar las conductas, sensaciones, emociones y cogniciones que surgen en el momento presente sin prejuicios ni críticas. (Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004; Brown & Ryan, 2003; Cardaciotto et al., 2008).

Participantes

300 participantes (41% hombres y 59% mujeres) de 18 a 35 años de edad ($\bar{x}=22.35$ D.E.=4.21), de nacionalidad mexicana, residentes de la Ciudad de México.

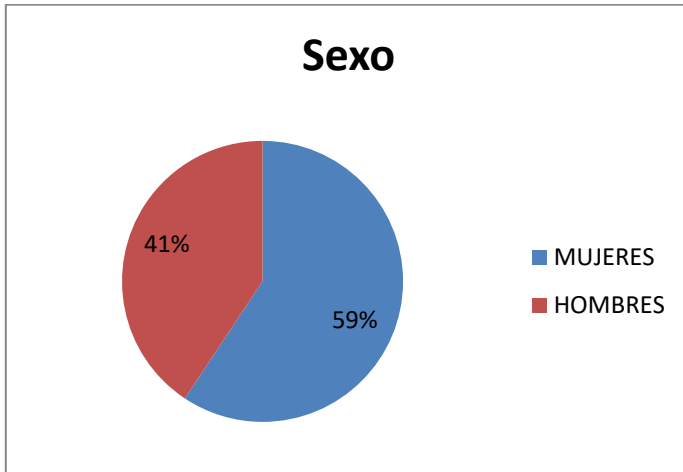


Figura 29. Porcentaje de Hombres y Mujeres

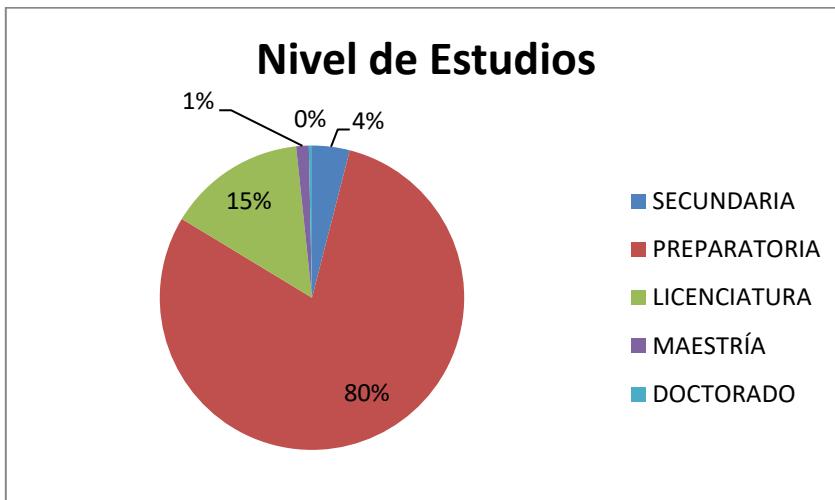


Figura 30. Nivel de Estudios

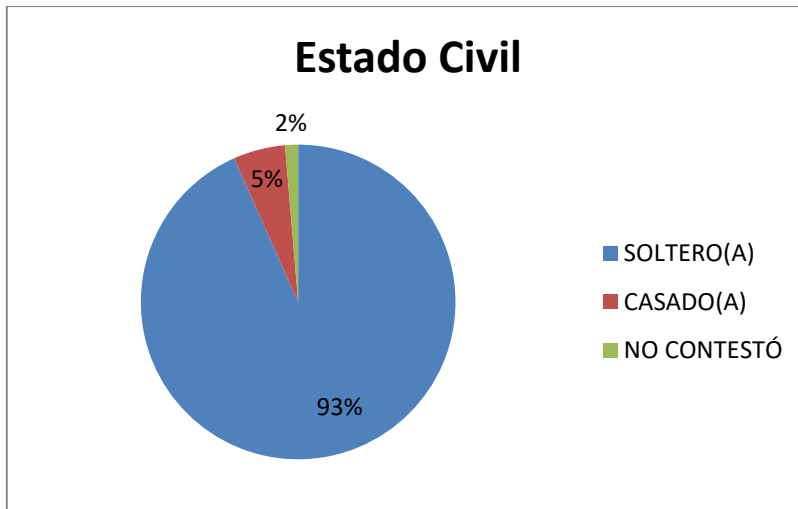


Figura 31. Estado Civil

Tipo de Estudio

Exploratorio

Instrumento

-A partir de una revisión teórica del constructo, el estudio 1a y considerando los instrumentos sobre calidad de vida revisados en el marco teórico, se elaboró una escala de calidad de vida con las siguientes características:

1. Primera sección: Dimensión de recursos disponibles.
2. Segunda sección: Dimensión de salud física.
3. Tercera sección: Dimensión de relaciones interpersonales
4. Cuarta sección: Dimensión de salud psicológica

Estas dimensiones son congruentes con las planteadas por Skevington y colaboradores (2004).

-A partir de los componentes de la atención plena que resultan como comunes denominadores entre los modelos teóricos, el estudio 1b y considerando los

instrumentos revisados en el marco teórico, se elaboró una escala de atención plena con las siguientes características:

1. Primera sección: Dimensión de Atención.
2. Segunda sección: Dimensión de Aceptación.

Estas dimensiones son congruentes con las planteadas por Cardaciotto y colaboradores (2008).

Procedimiento

Se aplicaron los instrumentos de forma colectiva en centros de esparcimiento y universidades.

-Se entregaron los instrumentos a los participantes y se pidió que leyeran las instrucciones.

-Se respondieron las dudas de los participantes.

-Se revisó que los instrumentos estuvieran completamente contestados.

-Se recogieron los instrumentos agradeciendo su participación.

Toda la información recabada durante la investigación se utilizó únicamente con fines estadísticos, con la participación voluntaria y consentimiento de los participantes.

Tratamiento de los Datos

Se siguieron los pasos propuestos por Reyes-Lagunes y García-y-Barragán (2008) para el procedimiento de validación psicométrica:

1. Revisión de reactivos.
2. Análisis de frecuencias incluyendo sesgos.
3. Discriminación de reactivos por grupos extremos
4. Análisis de Confiabilidad mediante Alpha de Cronbach
5. Validez de constructo mediante análisis factorial de componentes principales

Resultados

En la revisión inicial de los reactivos, se verificó que no hubiera valores fuera del rango adecuado y se remplazaron los valores perdidos. Para ello, se llevó a cabo una regresión con cada variable donde los valores perdidos fueron reemplazados por los valores predichos.

Escala de Calidad de Vida

Se realizó un análisis de frecuencias para los reactivos que conforman la escala con la finalidad de conocer el tipo de distribución de los reactivos y si todas las opciones de respuesta fueron atractivas para los participantes del estudio.

Se encontró que los reactivos 2, 3, 14, 45, 54 y 58 no tuvieron frecuencia en la opción de respuesta “nunca”, por lo que se consideró eliminarlos.

Posteriormente se calculó el sesgo y la curtosis de cada uno de los reactivos para conocer su tipo de distribución. Los resultados muestran que los reactivos de esta escala presentan una distribución sesgada, para corroborar este resultado, se hizo la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov y se encontró que ninguno tuvo una distribución normal, lo que se consideró para los siguientes análisis.

Los resultados se muestran a continuación en la tabla 12.

Tabla 12.

Análisis de Distribución de los Reactivos de la Escala de Calidad de Vida

Reactivo	% de respuestas por opción					Descriptivos				Prueba de normalidad	
	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Z de Kolmogorov Smirnov	p con corrección de Lilliefors
RECURSOS1	0.67	2.67	15.67	39.00	42.00	4.19	0.84	-0.90	0.57	0.25	p<0.001
RELACIONES2	0.00	1.67	17.00	55.00	26.33	4.06	0.71	-0.37	-0.10	0.28	p<0.001
RECURSOS3	0.00	1.33	9.00	35.00	54.67	4.43	0.71	-1.06	0.55	0.34	p<0.001
RELACIONES4	3.67	5.33	29.67	42.33	19.00	3.68	0.96	-0.66	0.43	0.24	p<0.001
S.FÍSICA5	8.00	10.33	44.67	32.00	5.00	3.16	0.96	-0.52	0.12	0.25	p<0.001
S.PSICOLÓGICA6	0.67	1.33	18.00	64.00	16.00	3.93	0.67	-0.72	2.05	0.34	p<0.001
S.PSICOLÓGICA7	2.00	3.33	15.33	46.67	32.67	4.05	0.89	-1.05	1.38	0.27	p<0.001
S.FÍSICA8	0.67	2.33	15.00	36.67	45.33	4.24	0.84	-0.97	0.69	0.27	p<0.001
RELACIONES9	0.67	1.33	14.33	45.67	38.00	4.19	0.78	-0.85	0.99	0.24	p<0.001
S.PSICOLÓGICA10	1.67	4.00	45.33	42.00	7.00	3.49	0.76	-0.33	0.84	0.25	p<0.001
RELACIONES11	9.33	11.67	24.33	35.33	19.33	3.44	1.20	-0.53	-0.56	0.23	p<0.001
RELACIONES12	0.67	0.67	4.33	47.00	47.33	4.40	0.67	-1.32	3.72	0.29	p<0.001
RECURSOS13	2.67	9.00	34.67	37.33	16.33	3.56	0.96	-0.37	-0.11	0.22	p<0.001
S.PSICOLÓGICA14	0.00	1.67	18.67	43.33	36.33	4.14	0.77	-0.47	-0.58	0.23	p<0.001
S.PSICOLÓGICA15	0.67	3.00	15.33	34.00	47.00	4.24	0.87	-1.00	0.56	0.28	p<0.001
RECURSOS16	0.33	5.00	28.67	41.67	24.33	3.85	0.86	-0.30	-0.48	0.23	p<0.001
S.PSICOLÓGICA17	0.33	5.33	30.67	54.67	9.00	3.67	0.73	-0.43	0.31	0.31	p<0.001
RELACIONES18	0.33	1.00	13.33	58.67	26.67	4.10	0.68	-0.58	1.12	0.29	p<0.001
S.FÍSICA19	6.33	12.33	48.33	27.67	5.33	3.13	0.92	-0.34	0.20	0.26	p<0.001
RELACIONES20	0.33	2.33	15.67	39.67	42.00	4.21	0.81	-0.80	0.23	0.26	p<0.001
RECURSOS21	0.33	1.33	10.33	46.33	41.67	4.28	0.73	-0.89	1.06	0.26	p<0.001
RELACIONES22	0.67	3.33	17.67	47.33	31.00	4.05	0.82	-0.73	0.52	0.26	p<0.001
S.PSICOLÓGICA23	6.67	20.67	50.67	18.00	4.00	2.92	0.90	-0.06	0.12	0.26	p<0.001
S.PSICOLÓGICA24	1.33	3.00	33.33	43.00	19.33	3.76	0.84	-0.36	0.22	0.24	p<0.001
S.FÍSICA25	5.00	5.33	17.00	19.67	53.00	4.10	1.16	-1.16	0.41	0.31	p<0.001
RECURSOS26	1.67	4.67	17.33	43.67	32.67	4.01	0.92	-0.90	0.72	0.26	p<0.001
RELACIONES27	0.00	1.67	11.00	62.00	25.33	4.11	0.65	-0.48	0.73	0.31	p<0.001
S.FÍSICA28	0.67	5.67	46.33	43.67	3.67	3.44	0.69	-0.27	0.36	0.27	p<0.001
S.FÍSICA29	74.33	15.00	8.67	1.67	0.33	1.39	0.74	1.97	3.46	0.44	p<0.001
RELACIONES30	5.67	6.33	17.67	38.67	31.67	3.84	1.11	-0.96	0.33	0.26	p<0.001
S.FÍSICA31	0.33	2.00	12.67	40.33	44.67	4.27	0.78	-0.93	0.65	0.27	p<0.001
S.FÍSICA32	0.33	1.33	15.33	63.00	20.00	4.01	0.66	-0.56	1.39	0.32	p<0.001
S.PSICOLÓGICA33	7.00	16.00	57.67	17.00	2.33	2.92	0.84	-0.32	0.55	0.31	p<0.001

RECURSOS34	6.33	19.00	31.67	27.33	15.67	3.27	1.13	-0.15	-0.75	0.17	p<0.001
RECURSOS35	8.33	19.33	34.00	24.00	14.33	3.17	1.15	-0.09	-0.73	0.17	p<0.001
S.FÍSICA36	3.00	7.00	36.00	39.33	14.67	3.56	0.93	-0.44	0.19	0.22	p<0.001
S.PSICOLÓGICA37	1.00	5.33	18.33	48.00	27.33	3.95	0.87	-0.75	0.49	0.27	p<0.001
RECURSOS38	2.67	8.67	33.67	33.33	21.67	3.63	1.00	-0.36	-0.32	0.20	p<0.001
S.FÍSICA39	17.67	19.67	51.00	8.67	3.00	2.60	0.97	-0.08	-0.21	0.29	p<0.001
S.PSICOLÓGICA40	0.33	1.67	17.33	59.33	21.33	4.00	0.70	-0.53	0.92	0.31	p<0.001
S.FÍSICA41	1.00	3.33	25.33	48.33	22.00	3.87	0.83	-0.54	0.42	0.27	p<0.001
S.FÍSICA42	0.33	8.33	35.67	47.33	8.33	3.55	0.78	-0.27	-0.13	0.28	p<0.001
S.PSICOLÓGICA43	0.33	2.67	12.33	46.67	38.00	4.19	0.78	-0.86	0.76	0.25	p<0.001
RECURSOS44	4.33	24.00	32.67	24.33	14.67	3.21	1.10	0.05	-0.82	0.19	p<0.001
S.FÍSICA45	0.00	3.33	20.33	56.33	20.00	3.93	0.73	-0.41	0.08	0.30	p<0.001
RELACIONES46	4.33	7.33	22.33	40.33	25.67	3.76	1.05	-0.77	0.17	0.25	p<0.001
S.PSICOLÓGICA47	0.67	1.67	9.33	44.00	44.33	4.30	0.76	-1.14	1.88	0.27	p<0.001
RELACIONES48	1.33	3.00	14.67	43.00	38.00	4.13	0.87	-1.03	1.19	0.25	p<0.001
RELACIONES49	7.00	5.33	18.00	32.33	37.33	3.88	1.18	-0.99	0.20	0.24	p<0.001
RECURSOS50	0.33	1.33	12.00	52.00	34.33	4.19	0.72	-0.72	0.93	0.26	p<0.001
S.PSICOLÓGICA51	0.67	3.00	11.67	39.00	45.67	4.26	0.83	-1.11	1.16	0.27	p<0.001
RECURSOS52	2.00	8.00	30.33	35.00	24.67	3.72	0.99	-0.42	-0.33	0.21	p<0.001
RECURSOS53	1.67	15.67	38.00	36.67	8.00	3.34	0.89	-0.18	-0.36	0.22	p<0.001
S.PSICOLÓGICA54	0.00	4.00	19.33	41.00	35.67	4.08	0.84	-0.56	-0.44	0.23	p<0.001
S.FÍSICA55	2.00	8.00	36.67	39.00	14.33	3.56	0.90	-0.32	0.00	0.22	p<0.001
RELACIONES56	1.33	2.00	17.33	50.00	29.33	4.04	0.82	-0.88	1.35	0.27	p<0.001
S.FÍSICA57	8.33	23.33	35.67	21.33	11.33	3.04	1.11	0.05	-0.66	0.19	p<0.001
CALIDAD.DE.VIDA.GENERAL58	0.00	0.67	11.33	63.00	25.00	4.12	0.61	-0.25	0.28	0.33	p<0.001

Posteriormente, se probó el poder discriminativo de los reactivos, es decir, su capacidad para detectar diferencias en las cantidades del atributo que se está midiendo, lo que de acuerdo con Magnusson (1998) puede hacerse al probar que existe una relación sistemática entre los puntajes del reactivo y el total de la prueba (el total de la prueba se obtuvo al sumar los puntajes obtenidos en cada uno de los reactivos positivos y negativos-recodificados de cada dimensión de la prueba).

Para esto, se hicieron dos análisis: En primer lugar, una comparación de grupos extremos con respecto al total de la prueba (puntajes inferiores al primer cuartil y puntajes superiores al tercer cuartil) con la prueba t de Student para muestras independientes, y se eliminaron los reactivos 29 y 39 por no discriminar significativamente.

El segundo análisis fue una correlación entre el total de la prueba y cada uno de los reactivos. También se hizo una versión corregida de la misma en la cual el total de la prueba no incluía al reactivo, sólo se conservaron aquellos con correlaciones superiores a .30 en ambos análisis y se decidió eliminar los reactivos 13, 25 y 28 por tener correlaciones menores a .30 (ver tabla 13).

Tabla 13.
Análisis de Discriminación de la Escala de Calidad de Vida

Reactivo	Análisis de comparación entre grupos extremos			Correlación reactivo total	Correlación reactivo total corregida	Decisión
	t	gl	p			
RECURSOS1	-7.75	140.67	p<0.001	0.48	0.45	Conservado
RELACIONES4	-8.32	147.00	p<0.001	0.48	0.45	Conservado
S.FÍSICA5	-5.62	147.00	p<0.001	0.38	0.34	Conservado
S.PSICOLÓGICA6	-11.09	147.00	p<0.001	0.66	0.64	Conservado
S.PSICOLÓGICA7	-9.36	115.00	p<0.001	0.56	0.53	Conservado
S.FÍSICA8	-8.39	119.48	p<0.001	0.42	0.39	Conservado
RELACIONES9	-8.51	128.85	p<0.001	0.50	0.47	Conservado
S.PSICOLÓGICA10	-8.86	147.00	p<0.001	0.55	0.53	Conservado
RELACIONES11	-6.37	141.12	p<0.001	0.38	0.34	Conservado
RELACIONES12	-8.83	101.30	p<0.001	0.55	0.53	Conservado
RECURSOS13	-5.76	147.00	p<0.001	0.30	0.26	Eliminado
S.PSICOLÓGICA15	-9.81	103.93	p<0.001	0.62	0.60	Conservado
RECURSOS16	-6.92	147.00	p<0.001	0.43	0.40	Conservado
S.PSICOLÓGICA17	-9.88	147.00	p<0.001	0.50	0.47	Conservado
RELACIONES18	-7.70	147.00	p<0.001	0.52	0.50	Conservado
S.FÍSICA19	-6.61	147.00	p<0.001	0.41	0.38	Conservado
RELACIONES20	-6.51	137.67	p<0.001	0.41	0.38	Conservado
RECURSOS21	-8.02	125.91	p<0.001	0.45	0.43	Conservado
RELACIONES22	-11.08	119.05	p<0.001	0.61	0.58	Conservado

S.PSICOLÓGICA23	-5.87	147.00	p<0.001	0.38	0.34	Conservado
S.PSICOLÓGICA24	-10.47	147.00	p<0.001	0.60	0.58	Conservado
S.FÍSICA25	-2.13	147.00	p<0.001	0.18	0.13	Eliminado
RECURSOS26	-10.43	135.69	p<0.001	0.55	0.52	Conservado
RELACIONES27	-9.72	134.95	p<0.001	0.60	0.58	Conservado
S.FÍSICA28	-3.88	147.00	p<0.001	0.25	0.22	Eliminado
S.FÍSICA29	1.26	144.47	0.25	-	-	Eliminado
RELACIONES30	-7.50	121.78	p<0.001	0.40	0.36	Conservado
S.FÍSICA31	-8.49	136.81	p<0.001	0.46	0.44	Conservado
S.FÍSICA32	-8.09	147.00	p<0.001	0.48	0.46	Conservado
S.PSICOLÓGICA33	-5.59	138.27	p<0.001	0.35	0.32	Conservado
RECURSOS34	-8.48	147.00	p<0.001	0.46	0.42	Conservado
RECURSOS35	-8.54	147.00	p<0.001	0.47	0.43	Conservado
S.FÍSICA36	-7.20	134.55	p<0.001	0.50	0.47	Conservado
S.PSICOLÓGICA37	-10.95	118.48	p<0.001	0.61	0.59	Conservado
RECURSOS38	-8.23	147.00	p<0.001	0.44	0.41	Conservado
S.FÍSICA39	0.04	147.00	0.94	-	-	Eliminado
S.PSICOLÓGICA40	-11.64	147.00	p<0.001	0.67	0.65	Conservado
S.FÍSICA41	-12.23	147.00	p<0.001	0.65	0.63	Conservado
S.FÍSICA42	-8.64	140.53	p<0.001	0.52	0.50	Conservado
S.PSICOLÓGICA43	-11.91	127.31	p<0.001	0.67	0.66	Conservado
RECURSOS44	-9.98	147.00	p<0.001	0.49	0.45	Conservado
RELACIONES46	-9.58	127.65	p<0.001	0.52	0.49	Conservado
S.PSICOLÓGICA47	-12.99	102.08	p<0.001	0.72	0.70	Conservado
RELACIONES48	-7.46	115.07	p<0.001	0.52	0.49	Conservado
RELACIONES49	-9.36	108.06	p<0.001	0.48	0.45	Conservado
RECURSOS50	-10.61	124.35	p<0.001	0.57	0.55	Conservado
S.PSICOLÓGICA51	-11.19	98.37	p<0.001	0.65	0.63	Conservado
RECURSOS52	-7.69	147.00	p<0.001	0.45	0.42	Conservado
RECURSOS53	-12.08	147.00	p<0.001	0.59	0.57	Conservado
S.FÍSICA55	-7.54	147.00	p<0.001	0.49	0.46	Conservado
RELACIONES56	-11.52	115.06	p<0.001	0.64	0.62	Conservado
S.FÍSICA57	-6.83	147.00	p<0.001	0.43	0.39	Conservado

Se realizó un análisis de confiabilidad inicial con los todos los reactivos conservados hasta el momento, el coeficiente Alpha de Cronbach fue de .93.

Posteriormente, para conocer la estructura de la escala, se hizo un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación oblicua, se eligió este tipo de rotación debido a que es adecuado en casos donde se puede esperar que las variables latentes que explican a los reactivos estén correlacionadas entre sí (Fabrigar, MacCallum, Wegener, & Strahan, 1999; Schmitt, 2011); lo que se puede suponer con base en las correlaciones de medias a altas entre algunos reactivos (.70>r<.80). El análisis extrajo cuatro factores que explican el 56.69% de la varianza con 26 reactivos, después de eliminar aquellos que no tuvieron cargas factoriales mayores o iguales a .40 en, al menos, uno de los factores (Nunnally & Bernstein, 1994). Los resultados se muestran en la tabla 14.

Se considera que el análisis factorial fue adecuado con base en dos análisis, la medida de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkin superior a .60 (KMO=.85), lo

que indica que la muestra de participantes fue suficiente y la prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($X^2(325) = 3906.10$, $p < .001$) lo que indica que la matriz de correlaciones de la que parte el análisis es apropiada.

Tabla 14.

Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Calidad De Vida

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
S.PSICOLÓGICA40	0.79	0.02	0.13	-0.11
S.PSICOLÓGICA51	0.78	0.04	-0.03	-0.06
S.PSICOLÓGICA10	0.77	-0.09	-0.07	0.03
S.PSICOLÓGICA47	0.76	0.03	0.13	0.05
S.PSICOLÓGICA15	0.74	0.00	0.14	-0.12
S.PSICOLÓGICA24	0.73	-0.11	0.04	0.03
S.PSICOLÓGICA43	0.70	0.04	0.17	0.00
S.PSICOLÓGICA6	0.69	0.05	-0.03	0.16
S.PSICOLÓGICA7	0.60	0.06	-0.10	0.21
S.PSICOLÓGICA37	0.55	0.16	-0.05	0.18
RELACIONES12	0.46	0.11	0.17	-0.01
RECURSOS44	-0.05	0.80	0.11	-0.01
RECURSOS34	-0.10	0.78	0.11	-0.01
RECURSOS26	0.21	0.73	-0.11	-0.09
RECURSOS35	-0.05	0.71	-0.07	0.15
RECURSOS38	-0.07	0.69	-0.03	0.15
RECURSOS1	0.19	0.56	0.04	-0.19
RELACIONES30	-0.04	-0.01	0.88	0.09
RELACIONES49	0.05	-0.01	0.87	0.07
RELACIONES46	0.12	0.01	0.80	0.08
RELACIONES4	0.14	0.06	0.72	-0.02
S.FÍSICA8	0.04	-0.08	0.14	0.75
S.FÍSICA31	-0.11	0.12	0.19	0.73
S.FÍSICA5	0.02	0.00	0.04	0.61
S.FÍSICA32	0.27	0.11	-0.14	0.51
S.FÍSICA36	0.36	0.01	-0.07	0.44
Valor Eigen	8.23	2.58	2.29	1.68
% de varianza	31.68	9.95	8.57	6.48
Media (Desviación estándar)	3.70(0.52)	3.57(0.73)	3.80(0.91)	3.84(0.56)
Número de reactivos	11	6	4	5
Alpha de Cronbach	.91	.81	.87	.70
Alpha de Cronbach total	.90			

A continuación se presentan los reactivos que componen la escala de calidad de vida, agrupados por factor.

Tabla 15

Reactivos de la Escala de Calidad de Vida

Reactivos que integran cada factor

Salud Psicológica:

Me siento feliz

Siento que soy una persona valiosa

Me siento triste

Me gusta mi vida

Siento que mi vida tiene sentido

Me siento deprimido(a)

Disfruto de la vida

Me siento bien

Acepto mi apariencia física

Me agrada mi apariencia física

La relación que tengo con mis amigos/amigas es buena

Recursos y Entorno:

El medio de transporte que uso es cómodo

Me siento satisfecho(a) con el transporte que uso

Me siento a gusto en el lugar donde vivo

Me gustan las áreas comunes que hay en mi colonia/barrio

Me siento seguro en el lugar en donde vivo

Me siento satisfecho(a) con las condiciones de mi vivienda

Relaciones de Pareja:

Mi vida sexual es buena

Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual

Estoy satisfecho(a) con mis relaciones de pareja

Mis relaciones de pareja son buenas

Salud Física:

Me cuesta trabajo mover mi cuerpo

Muevo mi cuerpo con facilidad

Me canso fácilmente

Tengo buena salud

Me duele alguna parte del cuerpo

Nota: Los reactivos negativos de la escala que fueron recodificados son los siguientes: Me siento triste, Me siento deprimido(a), Me cuesta trabajo mover mi cuerpo, Me canso fácilmente y Me duele alguna parte del cuerpo.

Escala de Atención Plena

Se realizó un análisis de frecuencias para los reactivos que conforman la escala, con la finalidad de conocer el tipo de distribución de los reactivos y si todas las opciones de respuesta fueron atractivas para los participantes.

Se encontró que los reactivos 1, 6, 19, 20 y 25 no tuvieron frecuencia en la opción nunca, por lo que se consideró eliminarlos.

Posteriormente, se calculó el sesgo y la curtosis de cada uno de los reactivos para conocer su tipo de distribución. Los resultados muestran que los reactivos tenían una distribución sesgada, para corroborar este resultado se hizo la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov, y se encontró que ninguno tuvo una distribución normal, lo que se consideró para los siguientes análisis.

Los resultados se muestran a continuación en la tabla 16.

Tabla 16.
Análisis de Distribución de los Reactivos de la Escala de Atención Plena

Reactivo	% de respuestas por opción					Descriptivos				Prueba de normalidad	
	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Z de Kolmogorov Smirnov	p con corrección de Lilliefors
ATENCION1	0.00	5.00	29.00	57.33	8.67	3.70	0.70	-0.40	0.12	0.33	p<0.001
ATENCION2	0.67	7.00	26.33	41.67	24.33	3.82	0.90	-0.43	-0.33	0.24	p<0.001
ATENCION3	1.01	11.74	51.34	31.54	4.36	3.27	0.76	-0.03	0.15	0.28	p<0.001
ATENCION4	3.68	24.75	51.51	17.73	2.34	2.90	0.81	0.03	0.13	0.26	p<0.001
ATENCION5	5.33	17.00	31.33	34.67	11.67	3.30	1.05	-0.30	-0.52	0.21	p<0.001
ATENCION6	0.00	3.67	26.33	56.33	13.67	3.80	0.71	-0.30	0.01	0.31	p<0.001
ATENCION7	0.33	6.35	30.43	49.16	13.71	3.70	0.80	-0.32	-0.09	0.28	p<0.001
ATENCION8	5.33	23.00	54.33	16.00	1.33	2.85	0.80	-0.20	0.24	0.29	p<0.001
ATENCION9	1.67	16.00	43.00	35.33	4.00	3.24	0.83	-0.22	-0.22	0.22	p<0.001
ATENCION10	4.33	22.67	43.00	25.00	5.00	3.04	0.92	-0.02	-0.29	0.22	p<0.001
ATENCION11	1.00	5.35	25.75	47.83	20.07	3.81	0.85	-0.53	0.23	0.27	p<0.001
ATENCION12	7.07	17.51	49.83	22.90	2.69	2.97	0.89	-0.30	0.05	0.27	p<0.001
ATENCION13	1.34	15.38	46.82	29.43	7.02	3.25	0.85	0.05	-0.16	0.25	p<0.001
ATENCION14	0.33	6.69	37.12	42.14	13.71	3.62	0.82	-0.10	-0.34	0.24	p<0.001
ACEPTACIÓN15	8.67	24.00	35.00	23.33	9.00	3.00	1.09	0.02	-0.65	0.18	p<0.001
ACEPTACIÓN16	1.00	4.35	21.74	47.16	25.75	3.92	0.86	-0.65	0.38	0.26	p<0.001
ACEPTACIÓN17	6.33	18.67	43.67	20.33	11.00	3.11	1.04	0.03	-0.34	0.23	p<0.001
ACEPTACIÓN18	7.02	17.73	36.12	23.75	15.38	3.23	1.12	-0.10	-0.66	0.19	p<0.001
ACEPTACIÓN19	0.00	3.67	19.33	42.33	34.67	4.08	0.83	-0.54	-0.43	0.23	p<0.001
ACEPTACIÓN20	0.00	4.33	21.67	47.00	27.00	3.97	0.81	-0.42	-0.38	0.26	p<0.001
ACEPTACIÓN21	0.67	4.67	32.67	39.00	23.00	3.79	0.87	-0.24	-0.41	0.22	p<0.001
ACEPTACIÓN22	0.67	2.67	24.67	45.00	27.00	3.95	0.83	-0.47	0.04	0.24	p<0.001
ACEPTACIÓN23	1.67	10.00	24.33	43.33	20.67	3.71	0.96	-0.54	-0.17	0.26	p<0.001
ACEPTACIÓN24	17.67	28.00	33.67	17.33	3.33	2.61	1.07	0.12	-0.72	0.19	p<0.001
ACEPTACIÓN25	0.00	1.33	19.33	44.67	34.67	4.13	0.76	-0.40	-0.66	0.23	p<0.001
ACEPTACIÓN26	17.39	32.44	29.43	17.39	3.34	2.57	1.07	0.23	-0.72	0.20	p<0.001
ACEPTACIÓN27	1.67	11.33	33.33	37.67	16.00	3.55	0.95	-0.27	-0.38	0.22	p<0.001
ACEPTACIÓN28	0.67	2.67	22.00	45.00	29.67	4.00	0.83	-0.57	0.16	0.25	p<0.001

Posteriormente, se probó el poder discriminativo de los reactivos. Es decir; su capacidad para detectar diferencias en las cantidades del atributo que se está midiendo, lo que de acuerdo con Magnusson (1998) puede hacerse al probar que existe una relación sistemática entre los puntajes del reactivo y el total de la prueba (el total de la prueba se obtuvo al sumar los puntajes obtenidos en cada uno de los reactivos positivos y negativos-recodificados de cada dimensión de la prueba).

Para esto, se hicieron dos análisis: En primer lugar, una comparación de grupos extremos con respecto al total de la prueba (puntajes inferiores al primer cuartil y puntajes superiores al tercer cuartil) con la prueba t de Student para muestras independientes y se conservaron todos los reactivos.

El segundo análisis fue una correlación entre el total de la prueba y cada uno de los reactivos. También se hizo una versión corregida de la misma en la cual el total de la prueba no incluía al reactivo, sólo se conservaron aquellos con correlaciones superiores a .30 en ambos análisis y se decidió eliminar los reactivos 5 y 15 por tener correlaciones menores a .30 (ver tabla 6).

Tabla 17.

Análisis de Discriminación de la Escala de Atención Plena

Reactivo	Análisis de comparación entre grupos extremos			Correlación reactivo total	Correlación reactivo total corregida	Decisión
	t	gl	p			
	ATENCION2	-11	141	p<0.001	0.57	
ATENCION3	-9.44	141	p<0.001	0.52	0.47	Conservado
ATENCION4	-9.61	140	p<0.001	0.59	0.54	Conservado
ATENCION5	-4.55	133.5	p<0.001	0.26	0.18	Eliminado
ATENCION7	-11.4	140	p<0.001	0.67	0.64	Conservado
ATENCION8	-8.66	141	p<0.001	0.53	0.49	Conservado
ATENCION9	-9.03	141	p<0.001	0.55	0.50	Conservado
ATENCION10	-7.31	141	p<0.001	0.51	0.46	Conservado
ATENCION11	-10.9	140	p<0.001	0.59	0.55	Conservado
ATENCION12	-10.1	140	p<0.001	0.64	0.59	Conservado
ATENCION13	-8.54	141	p<0.001	0.55	0.50	Conservado
ATENCION14	-14.1	141	p<0.001	0.71	0.67	Conservado
ACEPTACIÓN15	2.556	128.4	p<0.001	-0.15	-0.23	Eliminado
ACEPTACIÓN16	-9.98	141	p<0.001	0.58	0.53	Conservado
ACEPTACIÓN17	-6.3	141	p<0.001	0.43	0.35	Conservado
ACEPTACIÓN18	-7.78	140	p<0.001	0.46	0.38	Conservado
ACEPTACIÓN21	-11.5	141	p<0.001	0.60	0.55	Conservado
ACEPTACIÓN22	-12.6	118	p<0.001	0.63	0.59	Conservado
ACEPTACIÓN23	-8.44	141	p<0.001	0.50	0.44	Conservado
ACEPTACIÓN24	-5.72	141	p<0.001	0.32	0.30	Conservado
ACEPTACIÓN26	-6.1	120.2	p<0.001	0.36	0.31	Conservado
ACEPTACIÓN27	-11.6	141	p<0.001	0.64	0.59	Conservado
ACEPTACIÓN28	-12.8	114.2	p<0.001	0.67	0.63	Conservado

Se hizo un análisis de confiabilidad inicial con los reactivos conservados hasta el momento, el coeficiente Alpha de Cronbach fue de .88

Posteriormente, para conocer la estructura de la escala, se hizo un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación oblicua, se eligió este tipo de rotación debido a que es adecuado en casos donde se puede esperar que las variables latentes que explican a los reactivos estén correlacionadas entre sí (Fabrigar, MacCallum, Wegener, & Strahan, 1999; Schmitt, 2011) lo que se puede suponer con base en las correlaciones de medias a altas entre algunos reactivos (.70>r<.80). El análisis extrajo dos factores que explican el 56.99% de la varianza con 13 reactivos, después de eliminar aquellos que no tuvieron cargas factoriales mayores o iguales a .40 en, al menos, uno de los factores (Nunnally & Bernstein, 1994). Los resultados se muestran en la tabla 7.

Se consideró que el análisis factorial fue adecuado con base en dos análisis: La medida de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkin superior a .60 (KMO=0.87), lo

que indica que la muestra de participantes fue suficiente y la prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($X^2(78) = 1693.53$, $p < .001$) lo que indica que la matriz de correlaciones de la que parte el análisis es apropiada.

Tabla 18.
Resultados del Análisis Factorial Exploratorio de la Escala Atención Plena

Reactivo	Factor 1	Factor 2
ATENCION12	0.82	0.12
ATENCION8	0.81	0.05
ATENCION9	0.79	0.14
ATENCION4	0.79	0.09
ATENCION3	0.66	0.12
ATENCION10	0.65	0.12
ATENCION7	0.49	0.28
ACEPTACIÓN22	0.07	0.90
ACEPTACIÓN28	0.11	0.87
ACEPTACIÓN21	0.08	0.83
ACEPTACIÓN16	0.13	0.68
ACEPTACIÓN23	0.03	0.64
ACEPTACIÓN27	0.10	0.61
Valor Eigen	4.98	2.41
% de varianza	38.37	18.62
Media (Desviación estándar)	3.14(0.60)	3.82(0.67)
Número de reactivos	7	6
Alpha de Cronbach	0.85	0.85
Alpha de Cronbach total	0.86	

A continuación se presentan los reactivos que componen la escala de atención plena, agrupados por factor.

Tabla 19

Reactivos de la Escala de Atención Plena

Reactivos que integran cada factor
Atención: Me distraigo fácilmente Cuando estoy haciendo algo, me distraigo recordando otras cosas Me cuesta trabajo concentrarme en lo que estoy haciendo Cuando estoy trabajando en algo, me distraigo pensando en lo que voy a hacer después Hago cosas sin prestar atención Hago varias cosas al mismo tiempo en lugar de concentrarme en una sola cosa a la vez Mi atención está en el aquí y ahora
Aceptación: Acepto todos mis sentimientos tal y como son Soy capaz de aceptar todos mis sentimientos Cuando siento emociones desagradables las acepto tal y como son Soy capaz de aceptar mis emociones Soy capaz de aceptar las cosas que NO puedo cambiar Puedo darme cuenta de mis errores sin sentirme fracasado(a)

Nota: Todos los reactivos de la escala de atención en el presente, con excepción del reactivo: mi atención está en el aquí y ahora, son negativos, de tal manera que se recodificaron para obtener el puntaje total de la escala.

Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Participantes

El tamaño de la muestra se determinó con un análisis de poder estadístico calculado para RMSEA (MacCallum, Browne y Sugawara, 1996), que consideró el número de reactivos, grados de libertad, alfas y potencia deseada para cada instrumento, lo cual, resultó en 140 Participantes. Sin embargo, también se consideró la regla empírica de Cattell (1978), quien sugiere que no se debe realizar un análisis factorial con menos de 250 participantes.

Considerando la regla empírica de Cattell (1978), en este estudio participaron 250 personas (47% hombres y 53% mujeres) de 18 a 35 años de edad ($\bar{x}=20.58$ D.E.=2.68), de nacionalidad mexicana, residentes de la Ciudad de México.

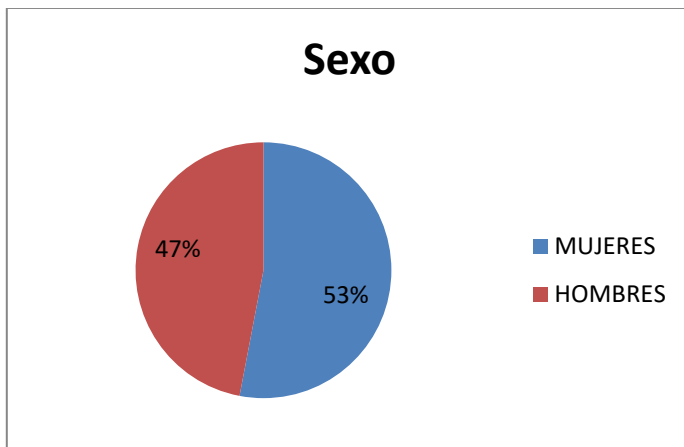


Figura 32. Porcentaje de Hombres y Mujeres

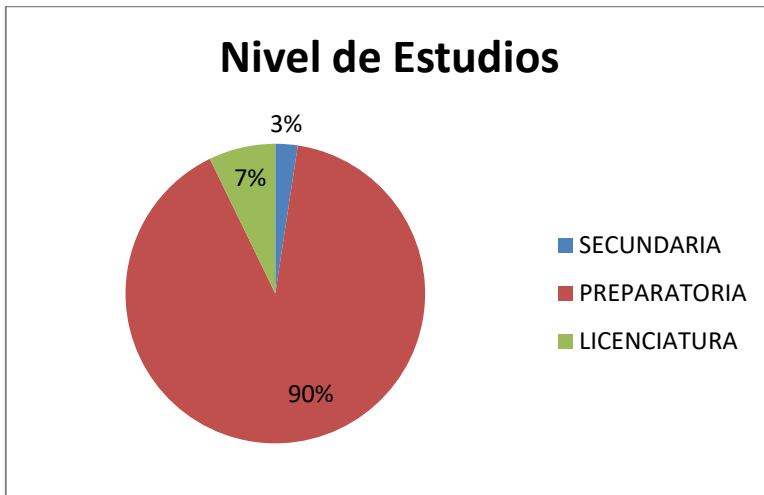


Figura 33. Nivel de Estudios

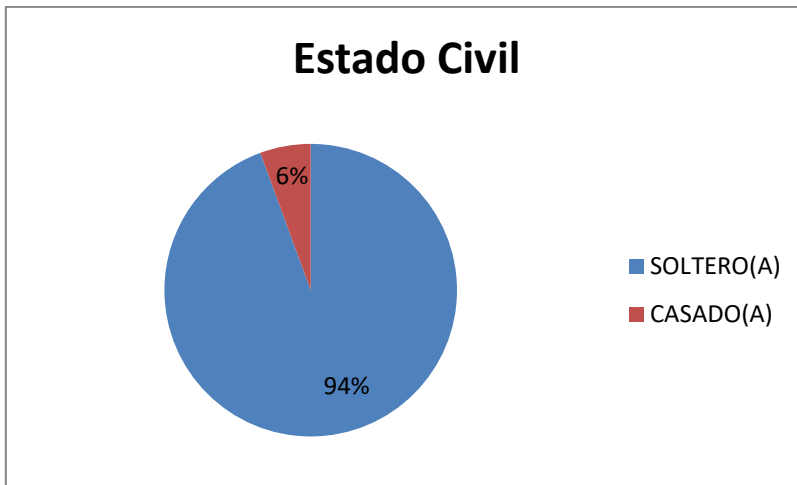


Figura 34. Estado Civil

Tipo de Estudio

Exploratorio

Instrumento

El instrumento de calidad de vida se compone de 26 reactivos que explican el 56.68% de la varianza y tienen un alfa de Cronbach de .90, estos reactivos se agrupan en 4 factores: 1. *Salud Psicológica*: alfa de Cronbach de .91, 2. *Recursos y Entorno*: alfa de Cronbach de .81, 3. *Relaciones de Pareja*: alfa de Cronbach de .87 y 4. *Salud Física*: alfa de Cronbach de .70.

El instrumento de *Mindfulness* se compone de 13 reactivos que explican el 56.99% de la varianza y tienen un alfa de Cronbach de .86, estos reactivos se agrupan en 2 factores: 1. *Atención en el Presente*: alfa de Cronbach de .85 y 2. *Aceptación de la Experiencia*: alfa de Cronbach de .85.

Procedimiento

Se aplicaron los instrumentos de forma colectiva en centros de esparcimiento y universidades.

-Se entregaron los instrumentos a los participantes y se pidió que leyeran las instrucciones.

-Se respondieron las dudas de los participantes.

-Se revisó que los instrumentos estuvieran completamente contestados.

-Se recogieron los instrumentos agradeciendo su participación.

Toda la información recabada durante la investigación se utilizó únicamente con fines estadísticos, con la participación voluntaria y consentimiento de los participantes.

Tratamiento de los Datos

Se compararon dos modelos, uno con todos los reactivos organizados en un factor único y otro con los factores obtenidos en el Análisis Factorial Exploratorio. La identificación del modelo se realizó al establecer la carga del factor del primer reactivo como 1 para definir la métrica de la variable latente (Kenny y Milan, 2012). Se seleccionó el método de estimación robusta de máxima verosimilitud debido a la falta de normalidad en los datos (West, Taylor y Wu, 2012) y se utilizó el

software R con el paquete Lavaan (Rosseel, 2012) para probar el ajuste del modelo.

Se examinaron tres índices de ajuste: el cociente de chi-cuadrada entre grados de libertad (chi cuadrada relativa) como una medida informal de ajuste para facilitar las comparaciones entre los modelos; el índice de ajuste comparativo (CFI) considerado como un índice de ajuste relativo; y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) como un índice basado en la no centralidad.

Para el cociente de chi cuadrada, se recomiendan valores inferiores a 3.00 (Kline, 1998); para el Índice de ajuste comparativo (CFI), valores mínimos de .90 indican un ajuste aceptable (Bentler y Bonett, 1980); y para el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), los valores menores a .05 indican ajuste del modelo (Browne y Cudeck, 1993).

Resultados

Calidad de Vida

En la Tabla 20 se presentan los resultados de tres estructuras factoriales alternativas: una con todos los reactivos organizados en un factor único, otra con los cuatro factores obtenidos del Análisis Factorial Exploratorio y otra con los cuatro factores obtenidos del Análisis Factorial Exploratorio pero con un menor número de reactivos.

Tabla 20.

Resumen del Análisis Factorial Confirmatorio de Calidad de Vida

Modelo	X^2	gl	p	X^2/gl	CFI	RMSEA	IC 90%	P
1 Factor	615.42	170	p<.01* *	3.62	.69	.11	[.10,.12]	p<.01**
4 Factores AFE	275.22	164	p<.01* *	1.67	.92	.05	[.04,.06]	p= .35
4 Factores Modificado	168.76	129	p=.02*	1.30	.97	.03	[.01,.05]	p= .97

Nota: X^2 = Chi cuadrada; gl = Grados de Libertad; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC = Intervalo de Confianza.

Primero, se probó un modelo de un solo factor en el que todos los reactivos son indicadores de un factor de calidad de vida global. El ajuste de este modelo fue pobre [chi cuadrada relativa = 3.62, $p < .01$; CFI = .69; y RMSEA = .11 (intervalo de confianza del 90%: .10 a .12, $P < .01$)], lo que sugiere que los reactivos no tienen una estructura factorial unidimensional.

Posteriormente, se probó el modelo de cuatro factores que se especificó a través del Análisis Factorial Exploratorio. A los cuatro factores se les permitió intercorrelacionar. Este modelo se ajustó mejor a la muestra, sin embargo, el ajuste no fue el mejor: [chi-cuadrada relativo = 1.67, $p = .01$; CFI = .92, RMSEA = .05 (intervalo de confianza del 90%: .04 a .06, $P = .35$)]. Este hallazgo replica los resultados del Análisis Factorial Exploratorio.

Como los resultados mostraron una falta de ajuste global para explicar los datos, se analizaron los errores de ajuste local utilizando índices de modificación y se encontró que estaban asociados con los reactivos 1, 7, 8, 12, 18, 21 y 22. A partir de estos resultados, se decidió modificar el modelo y eliminar estos reactivos, ya que, el hecho de lograr el ajuste al incluir correlaciones de error puede reflejar más la idiosincrasia de la muestra que la relación entre variables (MacCallum, Roznowski, y Necowitz, 1992).

El modelo de cuatro factores sin los reactivos 1, 7, 8, 12, 18, 21 y 22 se ajustó bien a la muestra [chi-cuadrada relativa = 1.30, $p = .02$ *; CFI = .97, RMSEA = .03 (intervalo de confianza del 90%: .01 a .05, $P = .97$)].

Como se puede apreciar en la Figura 35, el modelo que presentó un mejor ajuste cuenta con 18 reactivos agrupados de la siguiente manera: primer factor *recursos y entorno*: 4 reactivos, segundo factor *relaciones de pareja*: 3 reactivos, tercer factor *salud física*: 5 reactivos, cuarto factor *salud psicológica*: 6 reactivos.

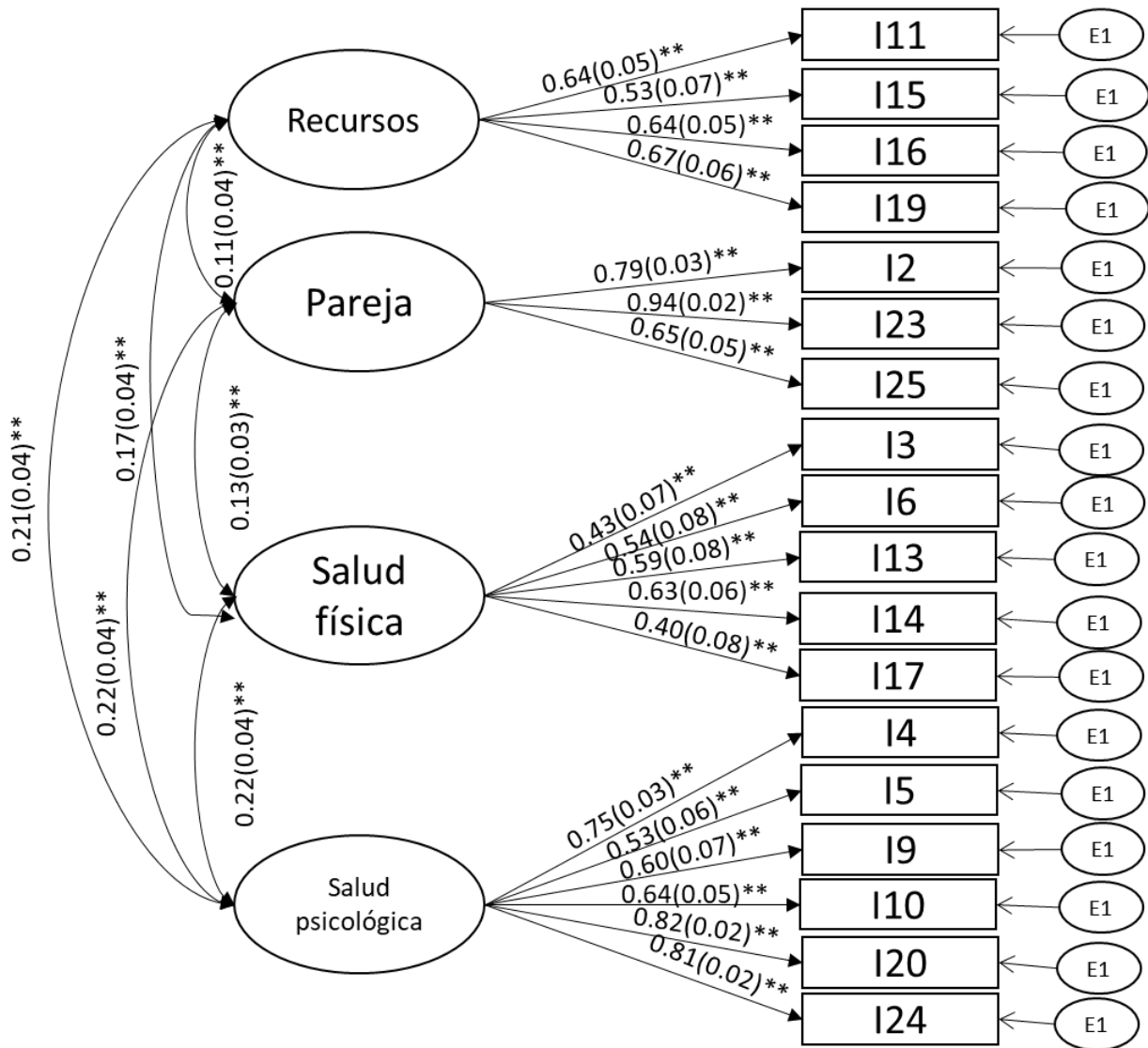


Figura 35. Modelo de Calidad de Vida Modificado

En la Tabla 21 se presentan los reactivos que componen la versión modificada de la escala de calidad de vida, agrupados por factor:

Tabla 21

Reactivos de la Versión Modificada de la Escala de Calidad de Vida

Reactivos que integran cada factor
Salud Psicológica:
Me siento bien
Acepto mi apariencia física
Siento que mi vida tiene sentido
Me siento deprimido(a)
Me siento feliz
Me gusta mi vida
Recursos y Entorno:
Me siento a gusto en el lugar donde vivo
Me siento satisfecho(a) con el transporte que uso
Me gustan las áreas comunes que hay en mi colonia/barrio
Me siento seguro en el lugar en donde vivo
Relaciones de Pareja:
Mis relaciones de pareja son buenas
Estoy satisfecho(a) con mis relaciones de pareja
Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual
Salud Física:
Me canso fácilmente
Me cuesta trabajo mover mi cuerpo
Muevo mi cuerpo con facilidad
Tengo buena salud
Me duele alguna parte del cuerpo

Nota: Los reactivos negativos de la escala que fueron recodificados son los siguientes: Me siento deprimido(a), Me cuesta trabajo mover mi cuerpo, Me canso fácilmente y Me duele alguna parte del cuerpo.

Atención Plena

En la Tabla 22 se presentan los resultados de tres estructuras factoriales alternativas: una con todos los reactivos organizados en un factor único, otra con los dos factores obtenidos del Análisis Factorial Exploratorio y otra con los dos factores obtenidos del Análisis Factorial Exploratorio pero con un menor número de reactivos.

Tabla 22.

Resumen del Análisis Factorial Confirmatorio de *Mindfulness*

Modelo	X^2	gl	p	X^2/gl	CFI	RMSEA	IC 90%	p
1 Factor	739.18	65	p<.01* *	11.37	.43	.21	[.20,.23]	p<.01**
2 Factores AFE	88.20	64	p=.02*	1.37	.97	.04	[.01,.06]	p= .84
2 Factores Modificado	63.58	53	p=.15	1.19	.99	.03	[.00,.05]	p= .95

Nota: X^2 = Chi cuadrada; gl = Grados de Libertad; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC = Intervalo de Confianza.

Primero, se probó un modelo de un solo factor en el que todos los reactivos son indicadores de un factor de atención plena global. El ajuste de este modelo fue pobre [chi cuadrada relativa = 11.37, $p < .001$; CFI = .43; y RMSEA = .21 (intervalo de confianza del 90%: .20 a .23, $P < .001$)], lo que sugiere que los reactivos no tienen una estructura factorial unidimensional.

Posteriormente, se probó el modelo de dos factores que se especificó a través del Análisis Factorial Exploratorio. A los dos factores se les permitió intercorrelacionar. Este modelo se ajustó mejor a la muestra, sin embargo, el ajuste no fue el mejor: [chi-cuadrada relativo = 1.37, $p = .02$; CFI = .97, RMSEA = .04 (intervalo de confianza del 90%: .01 a .06, $P = .84$)]. Este hallazgo replica los resultados del Análisis Factorial Exploratorio.

Como los resultados mostraron una falta de ajuste global para explicar los datos, se analizaron los errores de ajuste local utilizando índices de modificación y se encontró que estaban asociados con el reactivo 3. *Mi atención está en el aquí y ahora*. A partir de estos resultados, se decidió modificar el modelo y eliminar este

reactivo, ya que, el hecho de lograr el ajuste al incluir correlaciones de error puede reflejar más la idiosincrasia de la muestra que la relación entre variables (MacCallum, Roznowski, y Necowitz, 1992).

El modelo de dos factores sin el reactivo 3 se ajustó bien a la muestra [chi-cuadrada relativa = 1.19, $p = .15$; CFI = .99, RMSEA = .03 (intervalo de confianza del 90%: .00 a .05, $P = .95$)]. Los resultados de este modelo se pueden considerar como evidencia de validez de constructo porque todas las cargas factoriales son significativas y se encuentran en un rango que va de medias a altas (.50<.93), lo cual demuestra validez convergente. Las correlaciones entre los factores son menores que los pesos factoriales ($r = .17$, $p=.03$), lo que indica validez discriminante (Corral, Frías & González, 2001).

Como se puede apreciar en la Figura 36, el modelo que presentó un mejor ajuste cuenta con 12 reactivos agrupados de la siguiente manera: primer factor *atención en el presente*: 6 reactivos, segundo factor *aceptación de la experiencia*: 6 reactivos.

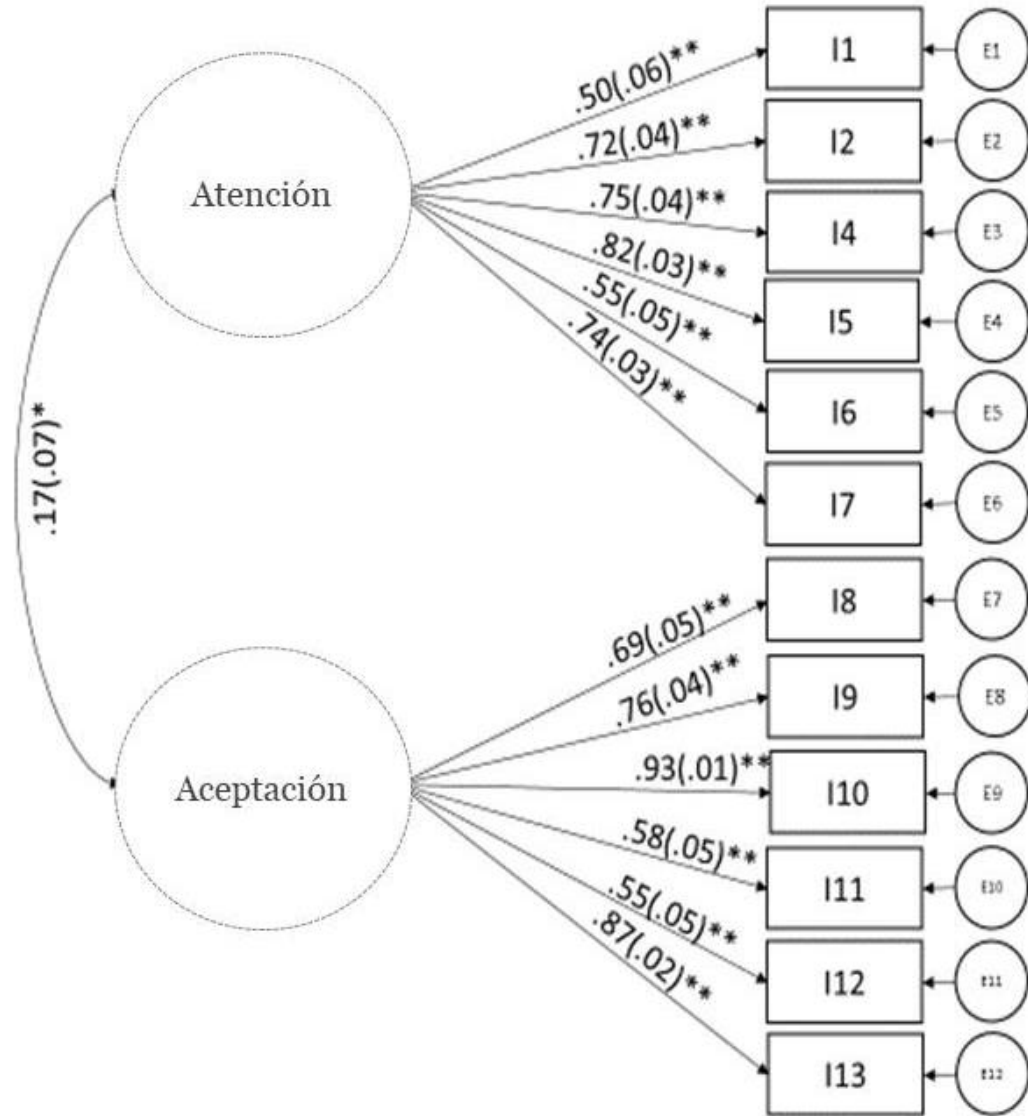


Figura 36. Modelo de Mindfulness Modificado

En la Tabla 23 se presentan los reactivos que componen la versión modificada de la escala de atención plena, agrupados por factor:

Tabla 23

Reactivos de la Versión Modificada de la Escala de Atención Plena

Reactivos que integran cada factor

Atención:

Me distraigo fácilmente

Cuando estoy haciendo algo, me distraigo recordando otras cosas

Me cuesta trabajo concentrarme en lo que estoy haciendo

Cuando estoy trabajando en algo, me distraigo pensando en lo que voy a hacer después

Hago cosas sin prestar atención

Hago varias cosas al mismo tiempo en lugar de concentrarme en una sola cosa a la vez

Aceptación:

Acepto todos mis sentimientos tal y como son

Soy capaz de aceptar todos mis sentimientos

Cuando siento emociones desagradables las acepto tal y como son

Soy capaz de aceptar mis emociones

Soy capaz de aceptar las cosas que NO puedo cambiar

Puedo darme cuenta de mis errores sin sentirme fracasado(a)

Es necesario recalcar que todos los reactivos de la escala de atención en el presente son negativos, de tal manera que están midiendo falta de atención en el presente, siguiendo la misma línea propuesta en los instrumentos de Brown y Ryan (2003) y Baer y colaboradores (2006).

Estudio 3: Desarrollo de un modelo explicativo

Introducción

Relación entre *Mindfulness* y calidad de vida:

Muchas tradiciones filosóficas, espirituales y psicológicas hacen hincapié en la importancia de la conciencia para el mantenimiento y la mejora del bienestar (Wilber, 2000 en Brown & Ryan, 2003).

Mindfulness puede ser importante para desenganchar a individuos de pensamientos automáticos, hábitos y patrones de comportamiento poco saludables y, por lo tanto, podría jugar un papel clave en la regulación del comportamiento y el incremento del bienestar (Ryan & Deci, 2000 en Brown & Ryan, 2003).

Se ha encontrado que el Programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR) incrementa el afecto positivo (Anderson et al., 2007; Branstrom et al., 2010, Nyklíček, & Kuijpers, 2008 en Keng et al., 2011), satisfacción con la vida y calidad de vida (Grossman et al., 2010; Shapiro et al., 2005; Koszycki et al., 2007; Nyklíček, & Kuijpers, 2008 en Keng et al., 2011) en poblaciones clínicas y no clínicas.

Del mismo modo, se ha encontrado que la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT) mejora la calidad de vida en pacientes deprimidos (Goldfein & Heeringen, 2010; Kuyken et al., 2008 en Keng et al., 2011).

Relación entre *Mindfulness* y salud psicológica:

La atención plena se ha asociado teórica y empíricamente con el bienestar psicológico. La atención y aceptación sin prejuicios de la propia experiencia se han considerado como antídotos potencialmente eficaces contra formas comunes de estrés, rumiación de pensamientos, ansiedad, preocupación, miedo e ira (Hayes & Feldman, 2004; Kabat-Zinn, 1990 en Keng et al., 2011).

Existen muchos estudios correlacionales entre *Mindfulness* y salud psicológica; las correlaciones se han reportado en muestras de estudiantes universitarios (por ejemplo, Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003 en Keng et al., 2011), adultos (por ejemplo, Brown & Ryan, 2003; Chadwick et al., 2008 en Keng et al., 2011) y poblaciones clínicas (por ejemplo, Baer et al., 2004; Chadwick et al., 2008; Walach et al., 2006 en Keng et al., 2011).

Se ha encontrado que el Programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR) reduce los niveles de ansiedad (Anderson, Lau, Segal, & Bishop, 2007; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998 en Keng et al., 2011), depresión (Anderson et al., 2007; Grossman et al., 2010; Koszycki, Benger, Shlik, & Bradwejn, 2007; Sephton et al., 2007; Shapiro et al., 1998; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000 en Keng et al., 2011), ira (Anderson et al., 2007 en Keng et al., 2011), rumiación de pensamientos. (Anderson et al., 2007; Jain et al., 2007 en Keng et al., 2011), trastornos psicológicos en general, incluyendo el estrés percibido (Astin, 1997; Branstrom, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Nyklíček, & Kuipers, 2008; Omán, Shapiro, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008; Shapiro, Astin, Obispo, & Córdoba, 2005; Speca et al., 2000; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001 en Keng et al., 2011), desorganización cognitiva (Speca et al., 2000 en Keng et al., 2011) y síntomas de evitación postraumática (Branstrom et al., 2010 en Keng et al., 2011).

Además de las investigaciones correlacionales y clínicas sobre la atención plena, una tercera línea de investigación empírica ha examinado los efectos inmediatos de las intervenciones breves de *Mindfulness* sobre la salud psicológica en entornos controlados de laboratorio (Keng et al., 2011).

Relación entre *Mindfulness* y salud física:

Salmoirago-Blotcher, Hunsinger, Morgan, Fischer y Carmody (2013) reportaron que la participación en el Programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR) se asoció con mejores hábitos de salud en general, tales como: hábitos alimenticios, de actividad física y de calidad del sueño. Del mismo modo, los autores mencionan que diversos estudios sobre intervenciones basadas en *Mindfulness* para dejar de fumar han mostrado resultados prometedores y asociaciones positivas entre el cumplimiento de la práctica de *Mindfulness* y la abstinencia de fumar.

La investigación en Biofeedback ha demostrado que la atención plena puede ser un componente clave en la reducción de síntomas de la enfermedad (Basmajian, 1989 en Brown & Ryan, 2003). Cuando se suprimen o ignoran las señales clínicas, como sucede cuando se toman analgésicos, alcohol o drogas, o cuando son exageradas, como puede ocurrir en estados de pánico, es probable que existan consecuencias negativas a corto, mediano o largo plazo. Por el contrario, la atención plena implica trabajar para poder detectar y percibir las señales clínicas *tal como son*; en este sentido, diversas investigaciones parecen indicar que terapias basadas en la práctica de *Mindfulness* han tenido resultados físicos

positivos (Kabat-Zinn, 1990; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998 en Brown & Ryan, 2003).

Relación entre *Mindfulness* y relaciones de pareja:

La atención receptiva que caracteriza a *Mindfulness* puede promover una mayor disposición a interesarse por los pensamientos, emociones y bienestar de la pareja. También permite ser más consciente de los pensamientos, emociones y palabras de uno mismo, mejorando la comunicación y la calidad de las relaciones de pareja. Según Brown y colaboradores (2007), puntuaciones altas en escalas de *Mindfulness* predicen menor estrés ante el conflicto en el contexto de las relaciones de pareja. Por su parte, Brown y Ryan (2003) han encontrado correlaciones entre *Mindfulness* y componentes de la inteligencia emocional.

En un estudio realizado por Shapiro y colaboradores (1998 en Brown et al., 2007), los participantes que recibieron un programa de *Mindfulness* mostraron un incremento en la empatía a través del tiempo. Estos hallazgos sugieren la posibilidad de que la atención plena puede mejorar la calidad de las relaciones interpersonales (Shapiro et al., 1998 en Brown et al., 2007).

Pepping y Halford (2016) indican que, teóricamente, la atención plena debería facilitar la aceptación uno mismo, de su pareja y de los retos y desafíos que se presentan en las relaciones de pareja, lo cual, podría permitir responder de forma adecuada, y no de forma impulsiva, ante el conflicto con la pareja.

Pepping y Halford (2016) reportan que *Mindfulness* se asocia con una mayor satisfacción de la relación romántica (Barnes, Brown, Krusemark, Campbell, & Rogee, 2007; Wachs & Córdova, 2007 en Pepping & Halford, 2016) y mayor satisfacción con las relaciones interpersonales en general (Pepping, O'Donovan, Zimmer-Gembeck, & Hanish, 2014 en Pepping & Halford, 2016).

Justificación

El modelo propuesto pretende explicar el impacto de los componentes de la atención plena sobre la calidad de vida, la salud psicológica, la salud física y las relaciones de pareja.

Por otro lado, el modelo busca aportar información con respecto a la controversia existente entre el modelo unidimensional de *Mindfulness* (Brown & Ryan, 2003) y el modelo bidimensional (Cardaciotto et al., 2008). De manera que se pueda esclarecer si el componente *Atención* de *Mindfulness* impacta de forma diferencial a las dimensiones de la calidad de vida cuando es mediado por el componente de *Aceptación* o si impacta de la misma manera que cuando no es mediado por el segundo componente.

Cardaciotto y colaboradores (2008) indican que existen pruebas sustanciales de que el aumento de la atención no es necesariamente adaptativo o saludable; que los efectos positivos de la atención pueden estar relacionados con el grado en que dicha atención se vincula con una actitud de no juzgar y de aceptación ante la experiencia.

Como sostienen Roemer y Orsillo (2003 en Cardaciotto et al., 2008) y Baer y colaboradores (2006), la atención plena es un constructo multifacético y, evaluar de forma independiente sus componentes puede ayudar a determinar los mecanismos que contribuyen a la eficacia de los tratamientos basados en *Mindfulness* (Cardaciotto et al., 2008).

Pregunta de Investigación

-¿Cómo se relacionan los componentes de la atención plena con las dimensiones de la calidad de vida en adultos jóvenes?

-¿Cuál es el efecto del componente de aceptación en la relación de la atención y la calidad de vida de adultos jóvenes?

Objetivos

-Evaluar las relaciones entre los componentes de la atención plena y las dimensiones de la calidad de vida en adultos jóvenes.

-Evaluar un modelo que explique el efecto del componente de aceptación en la relación de la atención y la calidad de vida de adultos jóvenes.

Hipótesis Conceptuales

-Atención Plena y Calidad de Vida:

Se han encontrado fuertes asociaciones positivas entre *Mindfulness* y calidad de vida a través de investigaciones correlacionales, estudios de los efectos de intervenciones basadas en *Mindfulness* e investigaciones controladas de laboratorio (Keng et al., 2011), por lo que se espera observar un efecto positivo de *Mindfulness* sobre la calidad de vida.

-Atención y Calidad de Vida:

Brown y Ryan (2003) recalcan que la atención puede promover el bienestar e incrementar la calidad de vida; puesto que se han encontrado correlaciones negativas entre atención y escalas de afecto negativo, depresión, ansiedad y estrés, del mismo modo se han encontrado correlaciones positivas entre atención y escalas de afecto positivo y autoestima, por lo que se espera observar un efecto positivo de la atención sobre la calidad de vida.

-Atención y Salud Física, Salud Psicológica y Relaciones de Pareja:

Brown, Ryan y Creswell (2007) reportan que los resultados de muchos estudios experimentales convergen en el hecho de que la atención tiene un impacto positivo en el bienestar psicológico, aspectos psicósomáticos de la salud física y en la calidad de las relaciones interpersonales, por lo que se espera observar un efecto positivo de la atención en estas tres dimensiones de la calidad de vida.

-Efecto Mediador de Aceptación:

El aumento de la atención no es necesariamente adaptativo o saludable. Los efectos positivos de la atención sobre el bienestar o la calidad de vida pueden estar relacionados con el grado en que dicha atención se vincula con una actitud de no juzgar y de aceptación ante la experiencia (Cardaciotto et al., 2008).

Hipótesis Estadísticas

-Atención Plena y Calidad de Vida:

H0: La atención plena no tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida de adultos jóvenes.

H1: La atención plena tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida de adultos jóvenes.

-Atención y Calidad de Vida:

H0: La atención no tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida de adultos jóvenes.

H1: La atención tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida de adultos jóvenes.

-Atención y Salud Psicológica:

H0: La atención no tiene un efecto positivo sobre la salud psicológica de adultos jóvenes.

H1: La atención tiene un efecto positivo sobre la salud psicológica de adultos jóvenes.

-Atención y Salud Física:

H0: La atención no tiene un efecto positivo sobre la salud física de adultos jóvenes.

H1: La atención tiene un efecto positivo sobre la salud física de adultos jóvenes.

-Atención y Relaciones de Pareja:

H0: La atención no tiene un efecto positivo sobre las relaciones de pareja de adultos jóvenes.

H1: La atención tiene un efecto positivo sobre las relaciones de pareja de adultos jóvenes.

-Efecto Mediador de Aceptación:

H0: El componente de aceptación no tiene un efecto mediador entre el componente de atención y la calidad de vida de adultos jóvenes.

H1: El componente de aceptación tiene un efecto mediador entre el componente de atención y la calidad de vida de adultos jóvenes.

H0: El componente de aceptación no tiene un efecto mediador entre el componente de atención y la salud psicológica de adultos jóvenes.

H1: El componente de aceptación tiene un efecto mediador entre el componente de atención y la salud psicológica de adultos jóvenes.

H0: El componente de aceptación no tiene un efecto mediador entre el componente de atención y la salud física de adultos jóvenes.

H1: El componente de aceptación tiene un efecto mediador entre el componente de atención y la salud física de adultos jóvenes.

H0: El componente de aceptación no tiene un efecto mediador entre el componente de atención y las relaciones de pareja de adultos jóvenes.

H1: El componente de aceptación tiene un efecto mediador entre el componente de atención y las relaciones de pareja de adultos jóvenes.

Definición de Variables

Calidad de vida:

-Definición conceptual: Condición de bienestar global (Felce & Perry, 1995) que comprende las dimensiones de salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y recursos materiales disponibles (Skevington et al., 2004).

-Definición operacional: Puntaje de la escala de calidad de vida desarrollada en la fase previa.

Mindfulness:

-Definición conceptual: *Mindfulness* se define como observar las conductas, sensaciones, emociones y cogniciones que surgen en el momento presente sin prejuicios ni críticas. (Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004; Brown & Ryan, 2003; Cardaciotto et al., 2008).

-Definición operacional: Puntaje de la escala de atención plena desarrollada en la fase previa.

Método

Participantes

350 participantes (50.3% hombres y 49.7% mujeres) de 18 a 35 años de edad (\bar{x} =21.51 D.E.=4.78), de nacionalidad mexicana, residentes de la Ciudad de México.

Tipo de Estudio

Correlacional Multivariado.

Instrumentos

La batería de instrumentos aplicada incluye 12 reactivos de la escala de atención plena y 18 reactivos de la escala de calidad de vida. Los cuales se encuentran

ordenados al azar y presentan cinco niveles de respuesta, que van desde “Nunca” hasta “Siempre”.

- Los coeficientes alfa de Cronbach de los factores del instrumento de atención plena son: atención .85, aceptación .85. Y el coeficiente de toda la escala es .86.

-Los coeficientes alfa de Cronbach de los factores del instrumento de calidad de vida son: salud psicológica .91, recursos .81, relaciones de pareja .87, salud física .70. Y el coeficiente de toda la escala es .90.

Procedimiento

Se aplicaron los instrumentos en centros de esparcimiento y universidades. Toda la información recabada durante la investigación fue utilizada únicamente con fines estadísticos, con la participación voluntaria y consentimiento de los participantes.

Tratamiento de los Datos

Se llevaron a cabo los cuatro pasos propuestos por Baron y Kenny (1986) para detectar la existencia de una relación de mediación entre las variables. Dichos autores indican que, considerando tres variables (independiente, mediadora y dependiente), se debe llevar a cabo los siguientes cuatro pasos para probar un efecto mediador:

1. Demostrar que la variable independiente es un predictor significativo de la variable dependiente.
2. Demostrar que la variable independiente es un predictor significativo de la variable mediadora.
3. Demostrar que la variable mediadora es un predictor significativo de la variable dependiente, cuando se controla la variable independiente.
4. Establecer si el efecto de mediación es total o parcial.

Resultados

Modelo de Mediación Parcial sobre Mindfulness y Calidad de Vida:

En primer lugar, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre los componentes de la atención plena y la calidad de vida (véase Tabla 24). Se puede observar que todas las correlaciones son significativas $p < .01$.

Las correlaciones más altas son las de la variable dependiente (calidad de vida) con la variable mediadora (aceptación) y con la variable independiente (atención): $.518^{**}$ y $.368^{**}$ respectivamente. La correlación más baja es la que se presenta entre la variable mediadora y la variable independiente: $.297^{**}$.

Tabla 24
Correlaciones entre las variables

	Atención	Aceptación	Calidad de Vida
Atención			
Aceptación	$.297^{**}$		
Calidad de Vida	$.368^{**}$	$.518^{**}$	

**La correlación es significativa al nivel $.01$

En segundo lugar, se probó si la variable independiente es un predictor significativo de la variable dependiente. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con calidad de vida como la variable dependiente y atención como la variable predictora.

Los resultados presentados en las Tablas 25, 26 y 27 muestran que el modelo explicó el 13.3% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(1,349) = 54.527$, $p < .001$. El componente de atención ($b = .778$, $p < .001$) fue un predictor significativo de la calidad de vida en adultos jóvenes.

Tabla 25
Resumen del modelo atención-calidad de vida

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	$.368$	$.135$	$.133$	8.435

Nota: variable dependiente: calidad de vida, variable predictora: atención.

Tabla 26

Significancia del modelo atención-calidad de vida.

ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	3879.383	1	3879.383	54.527	.000
	Residual	24758.62	348	71.145		
	Total	28638	349			

Nota: variable dependiente: calidad de vida, variable predictora: atención.

Tabla 27

Coefficientes del modelo atención-calidad de vida.

Coefficientes						
Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	41.898	1.338	31.315	.000	
	ATENCIÓN	.778	.105	.368	7.384	.000

Nota: variable dependiente: calidad de vida.

En tercer lugar, se probó si la variable independiente es un predictor significativo de la variable mediadora. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con aceptación como la variable dependiente y atención como la variable predictora.

Los resultados presentados en las Tablas 28, 29 y 30 muestran que el modelo explicó el 8.5% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(1,349) = 33.598$, $p < .001$. El componente de atención ($b = .292$, $p < .001$) fue un predictor significativo del componente de aceptación en adultos jóvenes.

Tabla 28

Resumen del modelo atención-aceptación

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.297	.088	.085	4.035

Nota: variable dependiente: aceptación, variable predictora: atención.

Tabla 29

Significancia del modelo atención-aceptación.

ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	546.929	1	546.929	33.598	.000
	Residual	5664.888	348	16.278		
	Total	6211.817	349			

Nota: variable dependiente: aceptación, variable predictora: atención.

Tabla 30

Coeficientes del modelo atención-aceptación.

Coeficientes						
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	13.245	.640	20.695	.000	
	ATENCIÓN	.292	.050	.297	5.796	.000

Nota: variable dependiente: aceptación.

En cuarto lugar, se probó si la variable mediadora es un predictor significativo de la variable dependiente, controlando la variable independiente. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con calidad de vida como la variable dependiente, y atención y aceptación como variables predictoras.

Los resultados presentados en las Tablas 31, 32 y 33 muestran que el modelo explicó el 31.5% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(2,349) = 81.250$, $p < .001$. El componente de atención ($b = .497$, $p < .001$) y el componente de aceptación ($b = .963$, $p < .001$) fueron predictores significativos de la calidad de vida en adultos jóvenes.

Para definir si la aceptación es un mediador completo o un mediador parcial entre la atención y la calidad de vida, se analizó el coeficiente de regresión de atención del primer modelo (donde atención era la única variable predictora de calidad de vida) y del tercer modelo (donde atención, junto con aceptación, eran variables predictoras de calidad de vida). En este análisis se observó que el coeficiente de regresión de atención en el tercer modelo (.497**) se redujo con respecto al coeficiente del primer modelo (.778**) pero no se eliminó, por lo que se concluye que el componente de aceptación es un mediador parcial entre atención y calidad de vida.

Tabla 31

Resumen del modelo atención, aceptación – calidad de vida.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.565	.319	.315	7.497

Nota: variable dependiente: calidad de vida, variables predictoras: atención, aceptación.

Tabla 32

Significancia del modelo atención, aceptación – calidad de vida.

ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	9133.770	2	4566.885	81.250	.000
	Residual	19504.230	347	56.208		
	Total	28638.000	349			

Nota: variable dependiente: calidad de vida, variables predictoras: atención, aceptación.

Tabla 33

Coefficientes del modelo atención, aceptación – calidad de vida.

Coeficientes					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	29.143	1.776		16.408	.000
1 ATENCIÓN	.497	.098	.235	5.065	.000
ACEPTACIÓN	.963	.100	.449	9.669	.000

Nota: variable dependiente: calidad de vida.

En quinto lugar, se determinó el efecto de la mediación. Para esto, se restó el coeficiente de regresión de atención del tercer modelo (.497**) al coeficiente del primer modelo (.778**), donde se obtuvo un efecto de mediación de .281. Posteriormente, se comprobó esta cifra al multiplicar el coeficiente de regresión de atención del segundo modelo (.292**) por el coeficiente de regresión de aceptación del tercer modelo (.963**), dando como resultado la misma cifra .281.

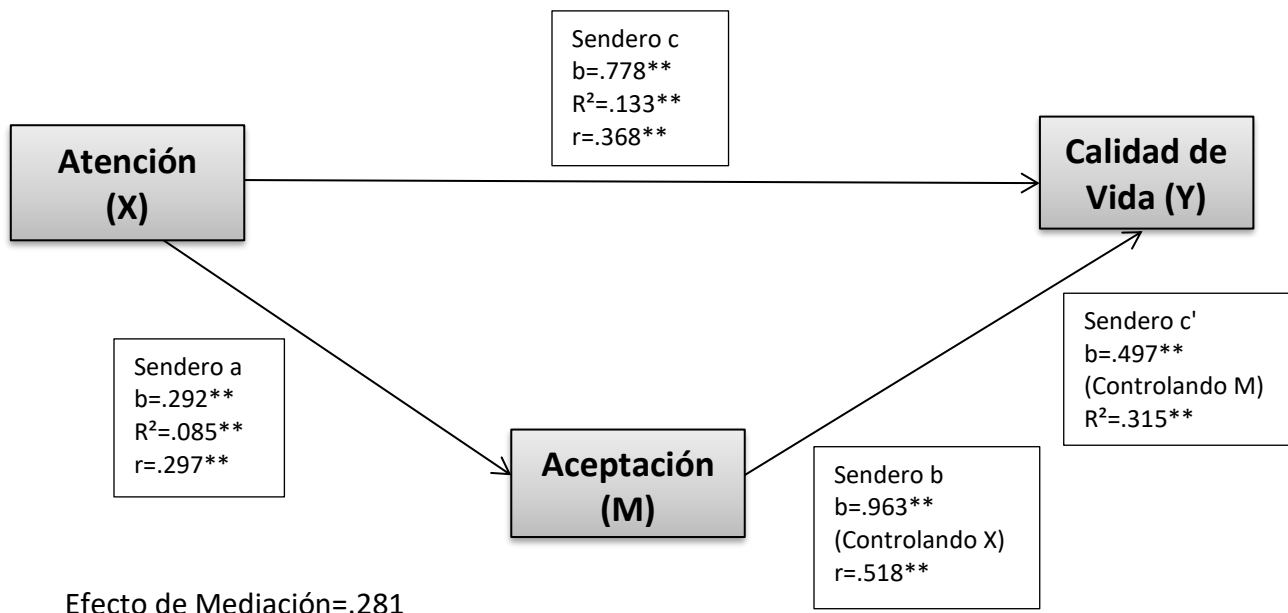


Figura 37. Modelo de Mediación de Aceptación entre Atención y Calidad de Vida en Adultos Jóvenes.

-Pruebas de Significancia del Efecto de Mediación

a) Prueba de significancia conjunta:

Baron y Kenny (1986) plantean que si la pendiente del sendero a y la pendiente del sendero b son significativas, se concluye que el efecto de mediación ($a*b$) también será significativo. En esta investigación, las pendientes de los senderos a y b resultaron significativas $p < .000$; lo cual, de acuerdo con estos autores, indica que el efecto de mediación (.281) también es significativo. Sin embargo, considerando que la prueba de significancia conjunta es un criterio muy liberal y la probabilidad de cometer el error de tipo I es alta, se realizaron también las pruebas de Sobel y de intervalos de confianza con re-muestreo.

b) Prueba de Sobel:

Sobel (1982) plantea una prueba más conservadora que la prueba de significancia conjunta, que si bien reduce la probabilidad de cometer el error de tipo I, incrementa la probabilidad de cometer el error de tipo II, la prueba consiste en llevar a cabo la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{a*b}{\sqrt{(b^2*S_a^2 + a^2*S_b^2)}}$$

Donde a es el valor de la pendiente para el sendero a (.292), b es el valor de la pendiente para el sendero b (.963), S_a es el valor del error estándar para el sendero a (.050) y S_b es el valor del error estándar para el sendero b (.100).

El valor obtenido después de llevar a cabo la fórmula de Sobel fue de 4.99, con un error estándar de .056 y una $p < .01$. Lo cual indica que el efecto de mediación (.281) es significativo.

c) Intervalos de confianza con re-muestreo (bootstrapping):

La prueba de Sobel puede ser inexacta debido a que se basa en el supuesto de una distribución normal, a pesar de que la distribución muestral de $a*b$ tiende a no ser normal. Por lo que se realizó, también, un re-muestreo con el macro para SPSS PROCESS (Hayes, 2012).

El intervalo de confianza obtenido fue de .173 a .423, lo cual indica que el efecto de mediación es significativo con una $p < .05$, debido a que cero no se encuentra dentro del intervalo. Por otro lado, el intervalo de confianza del efecto indirecto completamente estandarizado fue de .082 a .189, y el porcentaje del efecto total explicado por el efecto indirecto (P_M) fue de .361.

Lo anterior indica que hay un efecto indirecto significativo de la atención sobre la calidad de vida, a través de la aceptación, $a*b = .281$, IC [.173, .423], y el mediador explica el 36% del efecto total $P_M = .361$.

Modelo de Mediación Parcial sobre Mindfulness y Salud Psicológica:

En primer lugar, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre los componentes de la atención plena y la salud psicológica (véase Tabla 25). Se puede observar que todas las correlaciones son significativas $p < .01$.

Las correlaciones más altas son las de la variable dependiente (salud psicológica) con la variable mediadora (aceptación) y con la variable independiente (atención): .571** y .334** respectivamente. La correlación más baja es la que se presenta entre la variable mediadora y la variable independiente: .297**.

Tabla 34.

Correlaciones entre las variables.

	Atención	Aceptación	Salud psicológica
Atención			
Aceptación	.297**		
Salud Psicológica	.334**	.571**	

**La correlación es significativa al nivel .01

En segundo lugar, se probó si la variable independiente es un predictor significativo de la variable dependiente. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con salud psicológica como la variable dependiente y atención como la variable predictora.

Los resultados presentados en las Tablas 35, 36 y 37 muestran que el modelo explicó el 10.9% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(1,349) = 43.665$, $p < .001$. El componente de atención ($b = .287$, $p < .001$) fue un predictor significativo de la salud psicológica en adultos jóvenes.

Tabla 35

Resumen del modelo atención-salud psicológica.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.334	.111	.109	3.478

Nota: variable dependiente: salud psicológica, variable predictora: atención.

Tabla 36

Significancia del modelo atención-salud psicológica.

ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	528.077	1	528.077	43.665	.000
	Residual	4208.677	348	12.094		
	Total	4736.754	349			

Nota: variable dependiente: salud psicológica, variable predictora: atención.

Tabla 37

Coefficientes del modelo atención-salud psicológica.

Coefficientes						
Modelo	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	14.980	.552	27.155	.000	
	ATENCIÓN	.287	.043	.334	6.608	.000

Nota: variable dependiente: salud psicológica.

En tercer lugar, se probó si la variable independiente es un predictor significativo de la variable mediadora. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con aceptación como la variable dependiente y atención como la variable predictora.

Los resultados presentados en las Tablas 28, 29 y 30 muestran que el modelo explicó el 8.5% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(1,349) = 33.598$, $p < .001$. El componente de atención ($b = .292$, $p < .001$) fue un predictor significativo del componente de aceptación en adultos jóvenes.

En cuarto lugar, se probó si la variable mediadora es un predictor significativo de la variable dependiente, controlando la variable independiente. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con salud psicológica como la variable dependiente, y atención y aceptación como variables predictoras.

Los resultados presentados en las Tablas 41, 42 y 43 muestran que el modelo explicó el 35.2% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(2,349) = 95.907$, $p < .001$. El componente de atención ($b = .155$, $p < .001$) y el componente de aceptación ($b = .452$, $p < .001$) fueron predictores significativos de la salud psicológica en adultos jóvenes.

Para definir si la aceptación es un mediador completo o un mediador parcial entre la atención y la salud psicológica, se analizó el coeficiente de regresión de atención del primer modelo (donde atención era la única variable predictora de salud psicológica) y del tercer modelo (donde atención, junto con aceptación, eran variables predictoras de salud psicológica). En este análisis se observó que el coeficiente de regresión de atención en el tercer modelo ($.155^{**}$) se redujo con respecto al coeficiente del primer modelo ($.287^{**}$) pero no se eliminó, por lo que se concluye que el componente de aceptación es un mediador parcial entre atención y salud psicológica.

Tabla 38

Resumen del modelo atención, aceptación – salud psicológica.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.597	.356	.352	2.965

Nota: variable dependiente: salud psicológica, variables predictoras: atención, aceptación.

Tabla 39

Significancia del modelo atención, aceptación – salud psicológica.

ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	1686.252	2	843.126	95.907	.000
	Residual	3050.503	347	8.791		
	Total	4736.754	349			

Nota: variable dependiente: salud psicológica, variables predictoras: atención, aceptación.

Tabla 40

Coefficientes del modelo atención, aceptación – salud psicológica.

Coefficientes						
Modelo	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Error típ.	Beta			
	(Constante)	8.991	.702	12.800	.000	
1	ATENCIÓN	.155	.039	.180	3.996	.000
	ACEPTACIÓN	.452	.039	.518	11.478	.000

Nota: variable dependiente: salud psicológica.

En quinto lugar, se determinó el efecto de la mediación. Para esto, se restó el coeficiente de regresión de atención del tercer modelo (.155**) al coeficiente del primer modelo (.287**), donde se obtuvo un efecto de mediación de .132. Posteriormente, se comprobó esta cifra al multiplicar el coeficiente de regresión de atención del segundo modelo (.292**) por el coeficiente de regresión de aceptación del tercer modelo (.452**), dando como resultado la misma cifra .132.

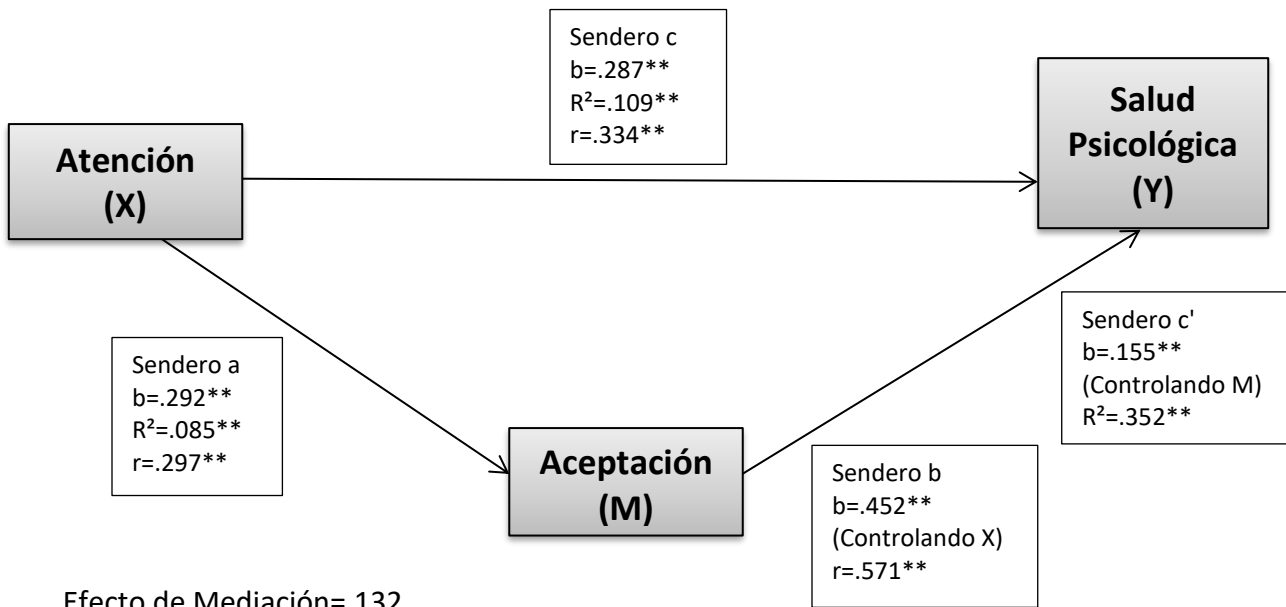


Figura 38. Modelo de Mediación de Aceptación entre Atención y Salud Psicológica en Adultos Jóvenes.

-Pruebas de Significancia del Efecto de Mediación

a) Prueba de significancia conjunta:

Baron y Kenny (1986) plantean que si la pendiente del sendero a y la pendiente del sendero b son significativas, se concluye que el efecto de mediación ($a*b$) también será significativo. En esta investigación, las pendientes de los senderos a y b resultaron significativas $p < .000$; lo cual, de acuerdo con estos autores, indica que el efecto de mediación (.132) también es significativo. Sin embargo, considerando que la prueba de significancia conjunta es un criterio muy liberal y la probabilidad de cometer el error de tipo I es alta, se realizaron también las pruebas de Sobel y de intervalos de confianza con re-muestreo.

b) Prueba de Sobel:

Sobel (1982) plantea una prueba más conservadora que la prueba de significancia conjunta, que si bien reduce la probabilidad de cometer el error de tipo I, incrementa la probabilidad de cometer el error de tipo II, la prueba consiste en llevar a cabo la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{a*b}{\sqrt{(b^2*S_a^2+a^2*S_b^2)}}$$

Donde a es el valor de la pendiente para el sendero a (.292), b es el valor de la pendiente para el sendero b (.452), S_a es el valor del error estándar para el sendero a (.050) y S_b es el valor del error estándar para el sendero b (.039).

El valor obtenido después de llevar a cabo la fórmula de Sobel fue de 5.21, con un error estándar de .025 y una p <.01. Lo cual indica que el efecto de mediación (.132) es significativo.

c) Intervalos de confianza con re-muestreo (bootstrapping):

La prueba de Sobel puede ser inexacta debido a que se basa en el supuesto de una distribución normal, a pesar de que la distribución muestral de a*b tiende a no ser normal. Por lo que se realizó, también, un re-muestreo con el macro para SPSS PROCESS (Hayes, 2012).

El intervalo de confianza obtenido fue de .088 a .191, lo cual indica que el efecto de mediación es significativo con una p<.05, debido a que cero no se encuentra dentro del intervalo. Por otro lado, el intervalo de confianza del efecto indirecto completamente estandarizado fue de .102 a .215, y el porcentaje del efecto total explicado por el efecto indirecto (P_M) fue de .460.

Lo anterior indica que hay un efecto indirecto significativo de la atención sobre la salud psicológica, a través de la aceptación, a*b = .132, IC [.088, .191], y el mediador explica el 46% del efecto total P_M = .460.

Modelo de Mediación Parcial sobre Mindfulness y Salud Física:

En primer lugar, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre los componentes de la atención plena y la salud física (véase Tabla 26). Se puede observar que todas las correlaciones son significativas $p < .01$.

Las correlaciones más altas son las de la variable dependiente (salud física) con la variable independiente (atención) y con la variable mediadora (aceptación): $.386^{**}$ y $.342^{**}$ respectivamente. La correlación más baja es la que se presenta entre la variable mediadora y la variable independiente: $.297^{**}$.

Tabla 41
Correlaciones entre las variables.

	Atención	Aceptación	Salud física
Atención			
Aceptación	$.297^{**}$		
Salud Física	$.386^{**}$	$.342^{**}$	

**La correlación es significativa al nivel $.01$

En segundo lugar, se probó si la variable independiente es un predictor significativo de la variable dependiente. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con salud física como la variable dependiente y atención como la variable predictora.

Los resultados presentados en las Tablas 45, 46 y 47 muestran que el modelo explicó el 14.7% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(1,349) = 61.029$, $p < .001$. El componente de atención ($b = .254$, $p < .001$) fue un predictor significativo de la salud física en adultos jóvenes.

Tabla 42
Resumen del modelo atención-salud física.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	$.386$	$.149$	$.147$	2.604

Nota: variable dependiente: salud física, variable predictora: atención.

Tabla 43

Significancia del modelo atención-salud física.

ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	413.712	1	413.712	61.029	.000
	Residual	2359.057	348	6.779		
	Total	2772.769	349			

Nota: variable dependiente: salud física, variable predictora: atención.

Tabla 44

Coefficientes del modelo atención-salud física.

Coefficientes						
Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.	
	B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	11.417	.413	27.644	.000	
	ATENCIÓN	.254	.033	.386	7.812	.000

Nota: variable dependiente: salud física.

En tercer lugar, se probó si la variable independiente es un predictor significativo de la variable mediadora. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con aceptación como la variable dependiente y atención como la variable predictora.

Los resultados presentados en las Tablas 28, 29 y 30 muestran que el modelo explicó el 8.5% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(1,349) = 33.598$, $p < .001$. El componente de atención ($b = .292$, $p < .001$) fue un predictor significativo del componente de aceptación en adultos jóvenes.

En cuarto lugar, se probó si la variable mediadora es un predictor significativo de la variable dependiente, controlando la variable independiente. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con salud física como la variable dependiente, y atención y aceptación como variables predictoras.

Los resultados presentados en las Tablas 51, 52 y 53 muestran que el modelo explicó el 20.1% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(2,349) = 45.034$, $p < .001$. El componente de atención ($b = .205$, $p < .001$) y el componente de aceptación ($b = .167$, $p < .001$) fueron predictores significativos de la salud física en adultos jóvenes.

Para definir si la aceptación es un mediador completo o un mediador parcial entre la atención y la salud física, se analizó el coeficiente de regresión de atención del primer modelo (donde atención era la única variable predictora de salud física) y del tercer modelo (donde atención, junto con aceptación, eran variables predictoras de salud física). En este análisis se observó que el coeficiente de regresión de atención en el tercer modelo ($.205^{**}$) se redujo con respecto al coeficiente del primer modelo ($.254^{**}$) pero no se eliminó, por lo que se concluye que el componente de aceptación es un mediador parcial entre atención y salud física.

Tabla 45

Resumen del modelo atención, aceptación – salud física.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.454	.206	.201	2.519

Nota: variable dependiente: salud física, variables predictoras: atención, aceptación.

Tabla 46

Significancia del modelo atención, aceptación – salud física.

ANOVA					
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1					
Regresión	571.392	2	285.696	45.034	.000
Residual	2201.376	347	6.344		
Total	2772.769	349			

Nota: variable dependiente: salud física, variables predictoras: atención, aceptación.

Tabla 47
 Coeficientes del modelo atención, aceptación – salud física.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	9.207	.597		15.429	.000
1 ATENCIÓN	.205	.033	.312	6.232	.000
ACEPTACIÓN	.167	.033	.250	4.985	.000

Nota: variable dependiente: salud física.

En quinto lugar, se determinó el efecto de la mediación. Para esto, se restó el coeficiente de regresión de atención del tercer modelo (.205**) al coeficiente del primer modelo (.254**), donde se obtuvo un efecto de mediación de .049. Posteriormente, se comprobó esta cifra al multiplicar el coeficiente de regresión de atención del segundo modelo (.292**) por el coeficiente de regresión de aceptación del tercer modelo (.167**), dando como resultado la misma cifra .049.

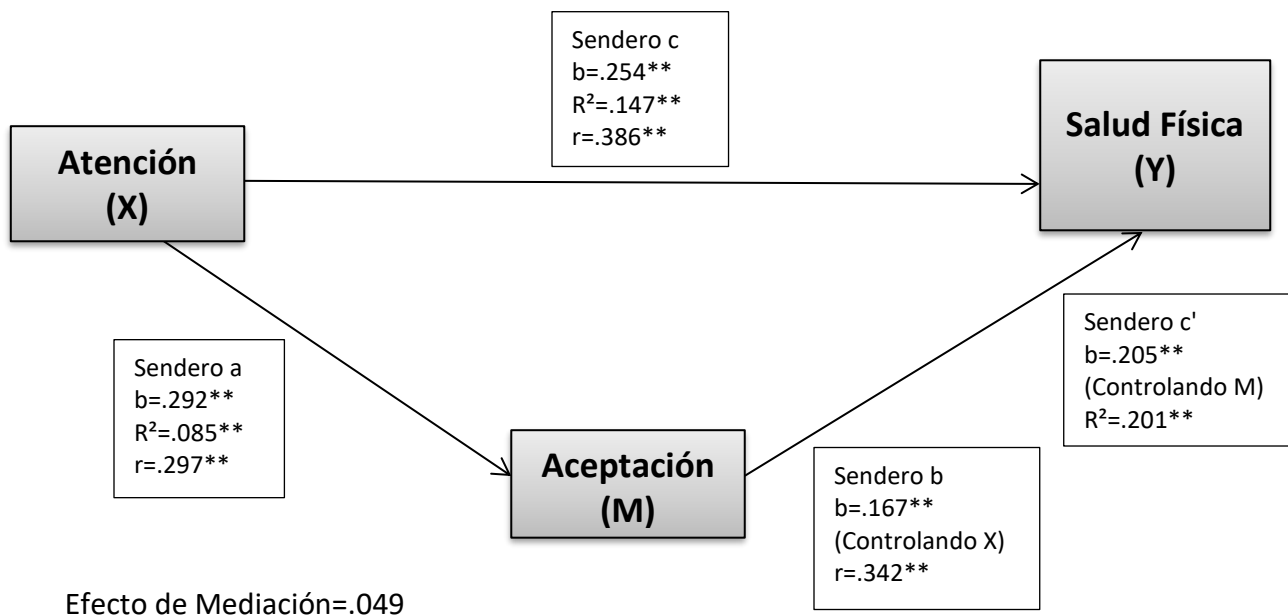


Figura 39. Modelo de Mediación de Aceptación entre Atención y Salud Física en Adultos Jóvenes.

-Pruebas de Significancia del Efecto de Mediación

a) Prueba de significancia conjunta:

Baron y Kenny (1986) plantean que si la pendiente del sendero a y la pendiente del sendero b son significativas, se concluye que el efecto de mediación ($a*b$) también será significativo. En esta investigación, las pendientes de los senderos a y b resultaron significativas $p < .000$; lo cual, de acuerdo con estos autores, indica que el efecto de mediación (.049) también es significativo. Sin embargo, considerando que la prueba de significancia conjunta es un criterio muy liberal y la probabilidad de cometer el error de tipo I es alta, se realizaron también las pruebas de Sobel y de intervalos de confianza con re-muestreo.

b) Prueba de Sobel:

Sobel (1982) plantea una prueba más conservadora que la prueba de significancia conjunta, que si bien reduce la probabilidad de cometer el error de tipo I, incrementa la probabilidad de cometer el error de tipo II, la prueba consiste en llevar a cabo la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{a*b}{\sqrt{(b^2*S_a^2 + a^2*S_b^2)}}$$

Donde a es el valor de la pendiente para el sendero a (.292), b es el valor de la pendiente para el sendero b (.167), S_a es el valor del error estándar para el sendero a (.050) y S_b es el valor del error estándar para el sendero b (.033).

El valor obtenido después de llevar a cabo la fórmula de Sobel fue de 3.82, con un error estándar de .012 y una $p < .01$. Lo cual indica que el efecto de mediación (.049) es significativo.

c) Intervalos de confianza con re-muestreo (bootstrapping):

La prueba de Sobel puede ser inexacta debido a que se basa en el supuesto de una distribución normal, a pesar de que la distribución muestral de $a*b$ tiende a no ser normal. Por lo que se realizó, también, un re-muestreo con el macro para SPSS PROCESS (Hayes, 2012).

El intervalo de confianza obtenido fue de .025 a .085, lo cual indica que el efecto de mediación es significativo con una $p < .05$, debido a que cero no se encuentra dentro del intervalo. Por otro lado, el intervalo de confianza del efecto indirecto completamente estandarizado fue de .039 a .125, y el porcentaje del efecto total explicado por el efecto indirecto (P_M) fue de .192.

Lo anterior indica que hay un efecto indirecto significativo de la atención sobre la salud física, a través de la aceptación, $a \cdot b = .049$, IC [.025, .085], y el mediador explica el 19% del efecto total $P_M = .192$.

Modelo de Mediación Parcial sobre Mindfulness y Relaciones de Pareja:

En primer lugar, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre los componentes de la atención plena y la relaciones de pareja (véase Tabla 27). Se puede observar que todas las correlaciones son significativas $p < .01$ y $p < .05$.

Las correlaciones más altas son la de la variable dependiente (relaciones de pareja) con la variable mediadora (aceptación) y la de la variable mediadora con la variable independiente (atención): .297**. La correlación más baja es la que se presenta entre la variable independiente y la variable dependiente: .105*.

Tabla 48
Correlaciones entre las variables.

	Atención	Aceptación	Relaciones de pareja
Atención			
Aceptación	.297**		
Relaciones de pareja	.105*	.322**	

**La correlación es significativa al nivel .01

*La correlación es significativa al nivel .05

En segundo lugar, se probó si la variable independiente es un predictor significativo de la variable dependiente. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con relaciones de pareja como la variable dependiente y atención como la variable predictora.

Los resultados presentados en las Tablas 55, 56 y 57 muestran que el modelo explicó el 0.8% de la varianza, con una significancia marginal, $F(1,349) = 3.878$, $p = .05$. El componente de atención ($b = .066$, $p = .05$) fue un predictor con una significancia marginal de la relaciones de pareja en adultos jóvenes.

Tabla 49

Resumen del modelo atención-relaciones de pareja.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.105	.011	.008	2.696

Nota: variable dependiente: relaciones de pareja, variable predictora: atención.

Tabla 50

Significancia del modelo atención-relaciones de pareja.

ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	28.192	1	28.192	3.878	.050
	Residual	2529.663	348	7.269		
	Total	2557.854	349			

Nota: variable dependiente: relaciones de pareja, variable predictora: atención.

Tabla 51

Coefficientes del modelo atención-relaciones de pareja.

Coefficientes						
Modelo	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	7.496	.428	17.527	.000	
	ATENCIÓN	.066	.034	.105	1.969	.050

Nota: variable dependiente: relaciones de pareja.

En tercer lugar, se probó si la variable independiente es un predictor significativo de la variable mediadora. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con aceptación como la variable dependiente y atención como la variable predictora.

Los resultados presentados en las Tablas 28, 29 y 30 muestran que el modelo explicó el 8.5% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(1,349) = 33.598, p < .001$. El componente de atención ($b = .292, p < .001$) fue un predictor significativo del componente de aceptación en adultos jóvenes.

En cuarto lugar, se probó si la variable mediadora es un predictor significativo de la variable dependiente, controlando la variable independiente. Para esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal con relaciones de pareja como la variable dependiente, y atención y aceptación como variables predictoras.

Los resultados presentados en las Tablas 61, 62 y 63 muestran que el modelo explicó el 9.9% de la varianza, lo cual resultó estadísticamente significativo, $F(2,349) = 20.092, p < .001$. El componente de aceptación ($b = .205, p < .001$) fue un predictor significativo de las relaciones de pareja en adultos jóvenes, pero el componente de atención ($b = .007, p = .846$) no lo fue. De esta forma se puede comprobar que, en la muestra participante en este estudio, no existe un efecto indirecto significativo de la atención sobre las relaciones de pareja, a través de la aceptación.

Tabla 52

Resumen del modelo atención, aceptación – relaciones de pareja.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.322	.104	.099	2.570

Nota: variable dependiente: relaciones de pareja, variables predictoras: atención, aceptación.

Tabla 53

Significancia del modelo atención, aceptación – relaciones de pareja.

ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	265.470	2	132.735	20.092	.000
	Residual	2292.385	347	6.606		
	Total	2557.854	349			

Nota: variable dependiente: relaciones de pareja, variables predictoras: atención, aceptación.

Tabla 54

Coefficientes del modelo atención, aceptación – relaciones de pareja.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Error típ.	Beta			
	(Constante)	4.785	.609	7.858	.000	
1	ATENCIÓN	.007	.034	.010	.194	.846
	ACEPTACIÓN	.205	.034	.319	5.993	.000

Nota: variable dependiente: relaciones de pareja.

Discusión

Relación entre Mindfulness y calidad de vida:

Los resultados de esta investigación son congruentes con lo encontrado en investigaciones que han evaluado los efectos del programa MBSR sobre la calidad de vida (Grossman et al., 2010; Shapiro et al., 2005; Koszycki et al., 2007; Nyklíček, & Kuijpers, 2008 en Keng et al., 2011), donde *Mindfulness* tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida.

Como mencionan Ryan y Deci (2000 en Brown & Ryan, 2003), la atención plena podría estar incrementado el bienestar y la calidad de vida de las personas al desenganchar a individuos de pensamientos automáticos, hábitos y patrones de comportamiento poco saludables (Ryan & Deci, 2000 en Brown & Ryan, 2003).

La práctica de la atención plena puede funcionar como un procedimiento de exposición en el que la observación sostenida y aceptación sin prejuicios de los pensamientos y sentimientos aversivos conduce a la reducción de la reactividad emocional a estos estímulos, así como a la reducción de conductas de escape y evitación (Kabat-Zinn, 1982; Linehan, 1993a, 1993b en Baer et al., 2004).

La práctica de atención plena también puede ayudar a tomar perspectiva sobre la experiencia interna, considerando que los pensamientos no son permanentes, asimismo puede dar lugar a mejoras en las habilidades de auto-observación, que pueden conducir a un mejor reconocimiento de sensaciones, cogniciones y estados emocionales (Shapiro et al., 2006).

Capacidades de atención plena muy elevadas permiten interrumpir hábitos desadaptativos automáticos; el individuo es menos controlado por las emociones y los patrones de conductas condicionadas habituales. De esta forma, cuando surge un estado emocional, la persona es capaz de observar, con claridad, que es simplemente un estado emocional que surge y que con el tiempo pasará. Este conocimiento de la impermanencia de los fenómenos mentales permite un mayor nivel de tolerancia de las sensaciones o emociones desagradables, de manera que el individuo incrementa la capacidad de responder ante ellos con ecuanimidad y sin los patrones de comportamiento automáticos (Shapiro et al., 2006).

Con respecto a la controversia entre el modelo unidimensional de *Mindfulness* (Brown & Ryan, 2003) y el modelo bidimensional (Cardaciotto et al., 2008), los resultados de la presente investigación indican que el componente de atención tiene un efecto sobre la calidad de vida, independientemente de la aceptación, como mencionan Brown y Ryan (2003), explicando un 13.3% de la varianza de

calidad de vida. Sin embargo, el mayor efecto de la atención sobre la calidad de vida es en presencia del componente de aceptación, como mencionan Cardaciotto y colaboradores (2008), explicando un 31.5% de la varianza de calidad de vida. Se comprobó que el componente de aceptación es un mediador parcial significativo entre atención y calidad de vida en adultos jóvenes.

Relación entre Mindfulness y salud psicológica:

Los resultados del presente estudio son congruentes con lo planteado por Hayes y Feldman (2004 en Keng et al., 2011) y Kabat-Zinn (1990 en Keng et al., 2011), quienes mencionan que la atención plena se ha asociado teórica y empíricamente con el bienestar psicológico.

Como indican Hayes y Feldman (2004 en Keng et al., 2011) y Kabat-Zinn (1990 en Keng et al., 2011), es posible que la atención y aceptación sin prejuicios de la propia experiencia sean antídotos potencialmente eficaces contra formas comunes de estrés, rumiación de pensamientos, ansiedad, preocupación, miedo e ira.

Así mismo, los resultados aquí presentados convergen con distintos reportes acerca de la eficacia de las intervenciones basadas en *Mindfulness* como el programa MBSR, donde se han reducido niveles de ansiedad (Anderson, Lau, Segal, & Bishop, 2007; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998 en Keng et al., 2011), depresión (Anderson et al., 2007; Grossman et al., 2010; Koszycki, Bengler, Shlik, & Bradwejn, 2007; Sephton et al., 2007; Shapiro et al., 1998; Specca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000 en Keng et al., 2011), ira (Anderson et al., 2007 en Keng et al., 2011), rumiación de pensamientos. (Anderson et al., 2007; Jain et al., 2007 en Keng et al., 2011), trastornos psicológicos en general, incluyendo el estrés percibido (Astin, 1997; Branstrom, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Nyklíček, & Kuipers, 2008; Omán, Shapiro, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008; Shapiro, Astin, Obispo, & Córdoba, 2005; Specca et al., 2000; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001 en Keng et al., 2011), desorganización cognitiva (Specca et al., 2000 en Keng et al., 2011) y síntomas de evitación postraumática (Branstrom et al., 2010 en Keng et al., 2011).

Investigaciones empíricas también han corroborado los efectos inmediatos de las intervenciones breves de *Mindfulness* sobre la salud psicológica en entornos controlados de laboratorio (Keng et al., 2011).

Con respecto a la controversia entre el modelo unidimensional de *Mindfulness* (Brown & Ryan, 2003) y el modelo bidimensional (Cardaciotto et al., 2008), los resultados de la presente investigación indican que el componente de atención

tiene un efecto sobre la salud psicológica, independientemente de la aceptación, como mencionan Brown y Ryan (2003), explicando un 10.9% de la varianza de la salud psicológica. Sin embargo, el mayor efecto de la atención sobre la salud psicológica es en presencia del componente de aceptación, como mencionan Cardaciotto y colaboradores (2008), explicando un 35.2% de la varianza de la salud psicológica. Se comprobó que el componente de aceptación es un mediador parcial significativo entre atención y la salud psicológica en adultos jóvenes.

Relación entre *Mindfulness* y salud física:

Los resultados de esta investigación son congruentes con lo encontrado por Salmoirago-Blotcher, Hunsinger, Morgan, Fischer y Carmody (2013), quienes reportaron que la participación en el programa MBSR se asoció con mejores hábitos de salud en general, tales como hábitos alimenticios, de actividad física y de calidad del sueño.

Como menciona Basmajian (1989 en Brown & Ryan, 2003), la atención plena puede ser un componente clave en la reducción de síntomas de la enfermedad; ya que, cuando se suprimen o ignoran las señales clínicas, como sucede cuando se toman analgésicos, alcohol o drogas, o cuando son exageradas, como puede ocurrir en estados de pánico, es probable que existan consecuencias negativas a corto, mediano o largo plazo. Por el contrario, la atención plena implica trabajar para poder detectar y percibir las señales clínicas tal como son.

Con respecto a la controversia entre el modelo unidimensional de *Mindfulness* (Brown & Ryan, 2003) y el modelo bidimensional (Cardaciotto et al., 2008), los resultados de la presente investigación indican que el componente de atención tiene un efecto sobre la salud física, independientemente de la aceptación, como mencionan Brown y Ryan (2003), explicando un 14.7% de la varianza de la salud física. Sin embargo, el mayor efecto de la atención sobre la salud física es en presencia del componente de aceptación, como mencionan Cardaciotto y colaboradores (2008), explicando un 20.1% de la varianza de la salud física. Se comprobó que el componente de aceptación es un mediador parcial significativo entre atención y la salud física en adultos jóvenes.

A diferencia de lo encontrado en los modelos de calidad de vida y salud psicológica de la presente investigación, en el modelo de salud física el componente más importante no es la aceptación sino la atención (β atención = .312, β aceptación = .250), esto puede deberse a que es la atención la que permite notar las señales que da el cuerpo para que la persona pueda reaccionar y tomar medidas pertinentes para mejorar sus hábitos de salud. A pesar de que aceptar sin juzgar también trae beneficios a la salud de forma indirecta, mediante

reducción de estrés, ansiedad, depresión y los síntomas psicósomáticos que conllevan, la atención trae beneficios de forma directa en cuanto a detección oportuna de problemas de salud y retroalimentación inmediata con respecto a conductas y hábitos de alimentación, sueño y actividad física (Basmajian, 1989 en Brown & Ryan, 2003; Salmoirago-Blotcher et al., 2013).

Relación entre *Mindfulness* y relaciones de pareja:

A diferencia de lo encontrado por Pepping y Halford (2016), quienes reportan que *Mindfulness* se asocia con una mayor satisfacción de la relación romántica, en el presente estudio, la atención plena no tuvo un efecto significativo sobre la satisfacción en las relaciones de pareja de adultos jóvenes.

Los resultados de la presente investigación subrayan la importancia de esclarecer si los componentes de atención en el presente y aceptación de la experiencia de *Mindfulness* tienen un impacto positivo en las relaciones de pareja o si son otras variables relacionadas al constructo de la atención plena, las que influyen de manera positiva en la dinámica de la pareja.

Posiblemente, los aspectos relacionados con *Mindfulness* que tienen un impacto positivo en las relaciones románticas, implican sentimientos de empatía hacia la pareja (Shapiro et al., 1998 en Brown et al., 2007), sin embargo; la empatía hacia la pareja no se encontraba dentro de los alcances del instrumento utilizado en esta investigación. Se recomienda que, para futuros estudios con respecto al impacto de *Mindfulness* en las relaciones de pareja, se utilice un instrumento que mida de forma más amplia aspectos relacionados con la empatía, los cuales pueden jugar un papel fundamental en la satisfacción dentro de las relaciones de pareja.

A diferencia de lo que ocurre en la evaluación de aspectos individuales como la calidad de vida, salud psicológica y salud física de una persona, la evaluación de una relación de pareja implica, no sólo aspectos que dependen del individuo, sino cuestiones que dependen también de la pareja. En este sentido, una posible limitación del estudio es que no se evaluaron las habilidades de atención plena de la pareja, de manera que se sugiere evaluar, en futuras investigaciones, si la interacción entre los distintos niveles de atención plena del individuo y de su pareja influye en la satisfacción que se tiene en la relación.

Referencias

- Acevedo, J., González, J., Trujillo, M., y López, M. (2014). El Adulto mayor usuario de centros del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM): percepciones sobre su calidad de vida en Saltillo, Coahuila, México. *Revista Perspectivas Sociales*, 16(1) pp. 73-97
- Acosta, C., Vales, J., Echevarría, S., Serrano, D., y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23 (2), pp. 241 -250.
- Aguilera, J., Perón, E. y Hormía, L. (2014). Instrumento para la medición de la calidad de vida percibida a escala local. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Recuperado de: <http://caribeña.eumed.net/calidad-vida/>
- Albanesi de Nasetta, S., Garelli, V., y Casari, L. (2009). Estilos de personalidad y calidad de vida en estudiantes de psicología. *Fundamentos en humanidades*, (19), 139-156.
- Aranibar, P. (s.f.). Calidad de vida y vejez. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Barcelona, España. Recuperado de: www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%5D.doc
- Arita Watanabe, B.Y. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- Ávila-Toscano, J. H. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2 (2), 65-73.
- Azulay, J., Smart, C. M., Mott, T., & Cicerone, K. D. (2013). A pilot study examining the effect of mindfulness-based stress reduction on symptoms of chronic mild traumatic brain injury/postconcussive syndrome. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(4), 323-331.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Baer, R.A., Smith, G.T. y Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191–206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and non-meditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.

- Baldí, G. L. y García, Q. E. (2005). Calidad de vida y medio ambiente. La psicología ambiental, *Universidades* (30) pp. 9-16.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido* (3a ed.). Madrid: Akal.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator–Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11, 230– 241.
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., y Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1(1), 11-34.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204-223.
- Cardona D. y Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 23, 79-90.
- Cardona, D., y Agudelo, H. (2007). Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín. *Rev. Salud pública*, 9(4), 541-549.
- Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E., & Speca, M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer (MINDSET). *Journal of Clinical Oncology*, JCO-2012.
- Cattell, R. B. (1978). *The scientific use of factor analysis*. New York: Plenum.
- Cervantes, E. Y Santana D. (2014). Validación de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida en una muestra de trabajadores

- mexicanos. (Tesis de Licenciatura). México, Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451-455.
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
- Corral, V., Frías, M. y González, D. (2001). *Análisis cuantitativos de variables Latentes*. Colección textos académicos. México: Universidad de Sonora
- Cote´, J. (2000). *Arrested adulthood: The changing nature of maturity and identity in the late modern world*. New York: New York University Press.
- De Bruin, E. I., Formsma, A. R., Frijstein, G., & Bögels, S. M. (2016). Mindful2Work: Effects of combined physical exercise, yoga, and mindfulness meditations for stress relieve in employees. A proof of concept study. *Mindfulness*, 1-14.
- Diener, E., y Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1-2), 189-216.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index 55(1), 34-43. *American Psychological Association*.
- Dueñas González, D., Bayarre Vea, H. D., Triana Álvarez, E., y Rodríguez Pérez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2), 0-0.
- Durán, M. M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84.
- Durán, S., y Castillo, M. (2009). Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus Antumapu. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(3), 200-209.
- Escobar, J., & Bonilla-Jimenez, F. I. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., y Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 579-586.
- Estadísticas de nupcialidad. Base de datos. México, INEGI, 2015.
- Estrella, A., González, A., y Moreno, Y. C. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(4), 127-132.
- Fabrigar, L. R., MacCallum, R.C., Wegener, D.T. & Strahan, E. J. (1999).

- Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190.
- Fernández-Ballesteros, R. Y Macia, A. (1993): Calidad de vida en la vejez. *Intervención Social*, 11(5) 77-94
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29(1), 1-6.
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
- Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, P. F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Revista del Departament de Ciències de la Terra* (5). pp. 117- 135.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: A pilot study. *The Annals of Family Medicine*, 11(5), 412-420.
- Gallego, J., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Rosado, A., & Länger, Á. I. (2016). Efecto de intervenciones mente/cuerpo sobre los niveles de ansiedad, estrés y depresión en futuros docentes de educación primaria: un estudio controlado. *Revista de Psicodidáctica*, 21(1).
- Garduño, C., Sánchez-Sosa, J. J., & Riveros, A. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 69-80.
- Garland, S. N., Carlson, L. E., Stephens, A. J., Antle, M. C., Samuels, C., & Campbell, T. S. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: A randomized, partially blinded, non-inferiority trial. *Journal of Clinical Oncology*, JCO-2012.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., y Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas

- en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20).
- Gethin, R. (1998). *The foundations of Buddhism*. Oxford, Reino Unido. Oxford University Press.
- González-Celis, A. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En Gutiérrez-Robledo y Gutiérrez-Ávila. (Eds.). (2010). *Envejecimiento Humano. Una Visión Transdisciplinaria*. (pp. 365- 378) México: Secretaría de Salud. Instituto de Geriatria.
- Gonzalez-Garcia, M., Ferrer, M. J., Borrás, X., Muñoz-Moreno, J. A., Miranda, C., Puig, J., Perez Alvarez, N., Soler, J., Feliu-Soler, A., Clotet, B., & Fumaz, C. R. (2014). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life, emotional status, and cd4 cell count of patients aging with HIV infection. *AIDS and Behavior*, 18(4), 676-685.
- Hamilton, S., & Hamilton, M. A. (2006). School, work, and emerging adulthood. In J. J. Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. Washington, DC: APA Books.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A Versatile Computational Tool for Observed Variable Mediation, Moderation, and Conditional Process Modeling [White paper]. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Headey, B. (2006). Happiness: Revising set point theory and dynamic equilibrium theory to account for long term change (No. 607). *DIW-Diskussions Papiere*.
- Herrera, M. R. (2012). Hacia una sociedad con alta calidad de vida. *Serie Documentos Estratégicos CIIE*, No.4
- Herrera Sánchez, R., y Cassals Villa, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de enfermería*, 21(1), 1-1.
- Hidalgo-Rasmussen, C. A., Ramírez López, G., e Hidalgo San Martín, A. (2013). Actividad física, conductas sedentarias y calidad de vida en adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México. *Ciência & Saúde Coletiva*.
- Hill, B. y Labbé, E. (2014). Measuring mindfulness. En Singh, N. (Editor.), *Psychology of Meditation* (pp. 11-28). Augusta, Georgia: Nova Science Publishers.
- Hughes, J. W., Fresco, D. M., Myerscough, R., van Dulmen, M. H., Carlson, L. E., & Josephson, R. (2013). Randomized controlled trial of Mindfulness Based Stress Reduction for prehypertension. *Psychosomatic Medicine*, 75(8), 721-728.
- Ilić, I., Milić, I., y Arandjelović, M. (2010). Assessing quality of life: Current approaches. *Acta Medica Medianae*, 49(4).52-60.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015). *Estadísticas a propósito del día internacional del trabajador doméstico (22 De Julio)*. Datos Nacionales 20 de Julio de 2015 Aguascalientes, Ags. Disponible En Línea En <http://www.Inegi.Org.Mx/Saladeprensa/Aproposito/2015/Domestico0.Pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015). Indicadores de bienestar autorreportado de la población urbana cifras del período de julio-2013 a enero-2015. Disponible en línea en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/biare/biare2015_02.pdf
- Jürgens, I. (2006). Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, (22), 1.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. *New York: Delta*
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. *New York: Hyperion*.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
- Kenny, D. A. & Milan, S. (2012). Identification: a nontechnical discussion of a technical issue. En Hoyle, R. H. (Ed.). *Handbook of structural equation modeling*. (pp. 145-163). New York: Guilford Press.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ: British Medical Journal*, 311(7000), 299.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications.
- Kurmi, Bhagyalakshmi K., Rekha D. K. and Sheila R. Pai (2016). Effect of mindfulness meditation on attention and executive functions in elderly people. *International Journal of Biomedical Research* ISSN: 0976-9633
- Lachapelle, Y., Wehmeyer, M. L., Haelewyck, M. C., Courbois, Y., Keith, K. D., Schalock, R., M. A. Verdugo y Walsh, P. N. (2005). The relationship between quality of life and self-determination: An international study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 740-744.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., & Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1445-1468.

- Leva, G. (2005). Indicadores de calidad de vida urbana. Teoría y Metodología. *Metrópolis hábitat*. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes. *Mar del Plata y partido de General Pueyrredón*, 283-306.
- López-Maya, E. (2014). *Atención plena (mindfulness) y bienestar psicológico: relación con una tarea de control ejecutivo*. (Tesis de Doctorado). México, Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- López-Maya, E., Hernández-Pozo, M., Méndez-Segundo, L., Gutiérrez-García, J., Araujo-Díaz, D., NuñezGazcón, A., Hölzel, B. (2015). Psychometric properties of the Mexican version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(1), 13-27.
- Low, G., y Molzahn, A. E. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross validation study. *Research in nursing & health*, 30(2), 141-150.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W. & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130-149.
- MacCallum, R. C., Roznowski, M. & Necowitz, L. B. (1992). Model modifications in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin*, 111(3), 490-504.
- Magnusson, D. (1998). *Teoría de los tests*. México: Trillas
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: A self-control strategy for the maintenance of behavior change. *New York: Guilford*, 85-101.
- Martin, C. K., Church, T. S., Thompson, A. M., Earnest, C. P., y Blair, S. N. (2009). Exercise dose and quality of life: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(3), 269-278.
- Meda, R. M., Herrero, M., Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, B., y Palomera, A. (2015). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de Cinco Facetas de la Conciencia Plena" (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-M) en México. *Psicología Conductual*, 23(3), 467.
- Mestre, M. V., Tur, A., Samper, P., Nácher, M. J., & Cortés, M. T. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 211-225.
- Miró, E., Cano-Lozano, M., y Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14(1), 11-27.
- Mitchell, A. J., Benito-León, J., González, J. M. M., & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: Integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology*, 4(9), 556-566.
- Montes, L. M., Mullins, M. J., & Urrutia, M. T. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 129-134.

- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357-363.
- Nieto, J., Abad, M. A., Esteban M. y Tijerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGrawHill/Interamericana.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.
- Núñez, R. A., Tobón, S., Arias, H, D., Hidalgo, R. C., Santoyo, T. F., Hidalgo, M. A. y Rasmussen, C. B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos *Perspectivas en Psicología* 15 (2). pp. 125-142.
- Nyklíček, I., Dijkman, S. C., Lenders, P. J., Fonteijn, W. A., & Koolen, J. J. (2014). A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in Percutaneous Coronary Intervention (PCI) patients: The mindfulheart randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (1), 135-144.
- Oken, B. S., Zajdel, D., Kishiyama, S., Flegal, K., Dehen, C., Haas, M., Kraemer, D., Lawrence, J & Leyva, J. (2006). Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: Effects on cognition and quality of life. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12(1), 40.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581.
- Papalia, D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. (Undécima edición).
- Parra-Delgado, M., Montañés-Rodríguez, J. Montañés-Sánchez, M. Y Bartolomé - Gutiérrez, R.(2012) Conociendo mindfulness, *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, N° 27.
- Pepping, C. A., & Halford, W. K. (2016). Mindfulness and couple relationships. En Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. (Eds.). (2016). *Mindfulness and Buddhist-derived approaches in mental health and addiction*. Switzerland: Springer.
- Pérez, M. A., Y Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 77-120.
- Quintana, D. J., Miró, M. T., Ibáñez. I., Santana, A., García J. Y Rojas, J. (2014). Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(4), 165-172.

- Reid, K. J., Baron, K. G., Lu, B., Naylor, E., Wolfe, L., & Zee, P. C. (2010). Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Medicine, 11*(9), 934-940.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad, 9*(1), 81-97.
- Reyes-Lagunes, I. & García-y-Barragán L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En Rivera-Aragón S., Díaz-Loving R., Sánchez-Aragón R., Reyes-Lagunes I. (Eds.), *La psicología social en México* (pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Rojas, M., Y Ibarra-López, I. (2014). Happiness and human relations: The role of materialistic values. An ABM Illustration. *IJIMAI, 2*(5), 24-31.
- Rojas, M., Y Martínez, I. (2012). Medición, investigación e incorporación a la política pública del bienestar subjetivo: américa latina. Reporte de la *Comisión para el Estudio y la Promoción del Bienestar e América Latina*. La medición del progreso y el bienestar. Propuestas desde América Latina. México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico, AC.
- Rojas, V. L., Pérez, E. B., Hernández, M. H., Watemberg, N., y Legido, S. (2010). Calidad de vida en pacientes adolescentes con epilepsia en México. *Consejo Editorial 2009-2010, 78*(4), 179.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software, 48*(2), 1-36. DOI: 10.18637/jss.v048.i02
- Ryan, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology, 17*, 987–1006.
- Salmoirago-Blotcher, E., Hunsinger, M., Morgan, L., Fischer, D., & Carmody, J. (2013). Mindfulness-based stress reduction and change in health-related behaviors. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 18*(4), 243-247. DOI: 10.1177/2156587213488600.
- Schmitt, T.A. (2011). Current methodological considerations in exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment, 29*(4), 304-321.
- Schwartzmann L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería 2003; 9*: 9-21.
- Seminario de Satisfacción Subjetiva con la Vida y la Sociedad (SAVISO, 2015) Encuesta Nacional sobre Satisfacción Subjetiva con la Vida y la Sociedad (ENSAVISO) febrero, 2015. Disponible en línea en http://www.wikiprogress.org/images//Presentaci%C3%B3n_ENSAVISO.pdf
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology, 62*(3), 373-386.

- Shirazi, M. A. (2016). Investigating the effectiveness of mindfulness training in the first trimester of pregnancy on improvement of pregnancy outcomes and stress reduction in pregnant women referred to Moheb Yas General Women Hospital. *International Journal of Humanities and Cultural Studies* ISSN 2356-5926, 2291-2301.
- Singleton, Omar, Britta K. Hölzel, Mark Vangel, Narayan Brach, James Carmody, and Sara W. Lazar. (2014). Change in brainstem gray matter concentration following a mindfulness-based intervention is correlated with improvement in psychological well-being. *Frontiers in Human Neuroscience* 8 (1): 33.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., y O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic Confidence Intervals for Indirect Effects in Structural Equation Models. *Sociological methodology*, 13, 290-312.
- Steg, L., y Gifford, R. (2005). Sustainable transportation and quality of life. *Journal of transport geography*, 13(1), 59-69.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25–39.
- Tonon, G. (2009). Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la psicología positiva. *Psicodebate* 10. *Psicología, Cultura y Sociedad*
- Triviño, Z. G., Y Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1), 20-31.
- Urzúa, A., (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica Chile* 138(3)
- Urzúa A, Caqueo-Urizar A. (2012) Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 2012; 30: 61-71.
- Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A. y Albornoz, N. (2013a). Calidad de vida en la infancia: estudio comparativo entre una zona rural y urbana en el norte de Chile. *Revista Infantil Pediatría*. 84(3) 276-284.
- Urzúa A, Cortés K, Maita C, Osorio K, Caqueo-Urizar A. (2013b). La valoración de la importancia en el autoreporte de la calidad de vida en la adultez. *Rev. Med Chile* 2013 141: 1010-1018
- Urzúa, A., Cortés, E., Prieto, L., Vega, S., y Tapia, K. (2009). Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(3), 238-244.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, P. F., Toorians, A., & Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and hba1c in outpatients with

- diabetes (DIAMIND) a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 36(4), 823-830.
- Velarde J., E. y Ávila F., C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, 349-361.
- Velasco, P.W. (2015). *Una aproximación bio-psico-socio-cultural al estudio del bienestar subjetivo en México: un modelo explicativo/predictivo*. (Tesis de Doctorado). México, Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina* 68(3), 284-290. UNMSM. Facultad de Medicina.
- Verdugo, J., Guzmán, J., Moy, N., Meda, R. y González, O. (2007). Factores que influyen en la calidad de vida de profesores universitarios. *Psicología y salud*, 18(1), 27-36.
- Verdugo, J., Meda, R., Moy, N., Guzmán, J. y Monroy, C. (2007). Validez y confiabilidad de una escala para evaluar la calidad de vida en adultos. *Psicología y Salud*, 1, 133-139
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543-1555.
- West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. In Hoyle, R. H. (Ed.), *Handbook of structural equation modeling*. (pp. 209-231). New York: Guilford Press.
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998a; 46: 1569–1585
- Zapata, C. S., y Romero, H. G. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*, 28(1), 9-18.
- Zare H, Khaleghi Delavar F, Zare M, Shayeghian Z., (2016). The efficacy of mindfulness in reducing aggression and impulsivity in adolescents. *J Research & Health* 2016; 6(1): 113-121.