

ATENCIÓN PLENA (*MINDFULNESS*) DISPOSICIONAL, AUTOCONCEPTO Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS: ASOCIACIONES PREDICTIVAS BIDIRECCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nerea Cortazar y Esther Calvete

Universidad de Deusto (España)

Resumen

Varios estudios han indicado que la atención plena (*mindfulness*) disposicional (APD) predice una mejor salud mental en los adolescentes. El presente estudio amplía la investigación previa al examinar las asociaciones longitudinales recíprocas entre las facetas de MD y los problemas psicológicos. Además, se examina el posible papel mediador de las dimensiones de autoconcepto (AC). 832 adolescentes de entre 11 y 18 años completaron medidas de MD, AC y problemas interiorizados y exteriorizados en dos tiempos de medida separados por seis meses. La APD no predijo cambios en problemas psicológicos. Sin embargo, los problemas psicológicos predijeron en general niveles más bajos de APD, algunas facetas de APD predijeron un aumento en las dimensiones de AC, y AC predijo mayores niveles de APD y menos problemas exteriorizados. Además, actuar con conciencia medió la relación entre los problemas exteriorizados y dos dimensiones de AC. Los resultados destacan el papel beneficioso de tener un AC positivo para algunas dimensiones de APD, y viceversa.

PALABRAS CLAVE: *atención plena disposicional, síntomas interiorizados, síntomas exteriorizados, autoconcepto, niños, adolescentes.*

Abstract

Several studies have indicated that dispositional mindfulness (DM) predicts better mental health in adolescents. The current study expands previous research by examining the reciprocal longitudinal associations between DM facets and psychological problems. In addition, the potential mediating role of self-concept (SC) dimensions is examined. A sample of 832 adolescents aged between 11 and 18 completed measures of DM, SC, and internalizing and externalizing problems in two waves six months apart. DM did not predict changes in psychological problems. However, in general, psychological problems predicted lower DM, some facets of DM predicted an increase in SC dimensions, and SC predicted higher scores on DM and fewer externalizing problems. In addition, acting with awareness mediated the relationship between externalizing problems and two SC dimensions. Findings highlight the beneficial role of having a positive SC for some dimensions of DM, and vice versa.

Correspondencia: Nerea Cortazar, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Deusto, Avenida de las Universidades, 24, 48007 Bilbao (España). E-mail: nerea.cortazar@deusto.es

KEY WORDS: *dispositional mindfulness, internalizing symptoms, externalizing symptoms, self-concept, children, adolescents.*

Introducción

La adolescencia es un periodo crítico de cambio, en el que algunos adolescentes desarrollan problemas psicológicos de carácter internalizante y externalizante (Compas *et al.*, 1989; Kim *et al.*, 2003). Por lo tanto, es importante identificar los factores de resiliencia que previenen el desarrollo de problemas psicológicos en los jóvenes.

La atención plena (*mindfulness*) disposicional (APD) se ha definido como la *conciencia que surge al prestar atención intencionadamente en el momento presente y de forma no valorativa a las cosas tal y como son* (Williams *et al.*, 2007, p. 47). La APD es una capacidad que todas las personas pueden tener en mayor o menor medida (Brown y Ryan, 2003). La APD puede ser beneficiosa y actuar como un factor protector frente al desarrollo de varios problemas psicológicos (p.ej., Tomlinson *et al.*, 2018; Valiente-Barroso *et al.*, 2021). Aunque hay pocos estudios con muestras de adolescentes, también se ha encontrado la naturaleza protectora de la APD en los jóvenes (p. ej., Calvete *et al.*, 2014; Calvete, Morea, *et al.*, 2018; Ciesla *et al.*, 2012; Cortazar y Calvete, 2019).

La APD es un constructo complejo que se compone de varias facetas (Baer *et al.*, 2006; Bishop *et al.*, 2004; Cortazar *et al.*, 2020). Por ejemplo, Baer *et al.* (2006) encontraron que la APD estaba compuesto por cinco dimensiones que involucran diferentes capacidades como: *Observar*: darse cuenta de las sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos; *Describir*: etiquetar la experiencia interna con palabras; *Actuar con conciencia*: centrarse en el presente sin distracciones; *No juzgar la experiencia interna*: no juzgar la propia experiencia interna; y *No reaccionar a la experiencia interna*: no reaccionar a la propia experiencia interna.

Siguiendo la conceptualización multifacética de la APD, unos pocos estudios longitudinales han examinado las asociaciones entre las dimensiones mencionadas y los problemas psicológicos en los adolescentes, con resultados mixtos. La mayoría de los estudios indican que Actuar con conciencia predice menos problemas interiorizados (p. ej., Calvete, Morea, *et al.*, 2018; Ciesla *et al.*, 2012; Cortazar y Calvete, 2019; Royuela-Colomer y Calvete, 2016) y problemas exteriorizados (p. ej., Cortazar y Calvete, 2019) y que la faceta No-reaccionar predice menos depresión a lo largo del tiempo (Royuela-Colomer y Calvete, 2016). Los resultados para Observar no son concluyentes. Un estudio previo indicó que esta faceta predice menos síntomas exteriorizados (Cortazar y Calvete, 2019). Sin embargo, varios estudios indican que la faceta Observar puede ser desadaptativa en muestras de jóvenes no meditadores/as (p. ej., Royuela-Colomer y Calvete, 2016). Por último, respecto a las facetas No-juzgar y Describir, ninguna de ellas predijo directamente menos depresión (Ciesla *et al.*, 2012; Cortazar y Calvete, 2019) ni menos síntomas exteriorizados (Cortazar y Calvete, 2019).

A pesar de que los estudios anteriores proporcionan resultados sobre el papel predictivo de la APD en los problemas psicológicos de los jóvenes, muy pocos estudios han evaluado las asociaciones recíprocas entre estas variables. Es decir, algunas facetas de la APD pueden predecir niveles más bajos de problemas psicológicos, pero, al mismo tiempo, los problemas psicológicos podrían predecir niveles más bajos de MD. Estas relaciones recíprocas pueden esperarse teniendo en cuenta los enfoques teóricos que destacan las influencias recíprocas entre los síntomas psicológicos, vulnerabilidades y factores de resiliencia (Hankin y Abramson, 2001; Masten *et al.*, 2005). Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en asociaciones bidireccionales entre vulnerabilidades y síntomas, también se han propuesto asociaciones bidireccionales entre problemas psicológicos y factores de resiliencia (Calvete, Las Hayas, *et al.*, 2018). Las investigaciones sobre este tema con relación a las facetas de la APD son escasas y mixtas. Por ejemplo, Petrocchi y Ottaviani (2016) examinaron las relaciones longitudinales entre las facetas de la APD y los síntomas depresivos en estudiantes universitarios, encontrando que los síntomas depresivos en la línea base estaban relacionados negativamente con algunas facetas de la APD en el seguimiento (es decir, Describir y No juzgar). En la misma línea, Raphiphatthana *et al.* (2016) evaluaron las predicciones recíprocas longitudinales de tres problemas psicológicos (es decir, afecto negativo, hiperactivación y anhedonia) y las facetas de la APD en estudiantes universitarios. Encontraron que, el afecto negativo predijo menos No reaccionar y No juzgar un mes después, además de un path predictivo negativo desde Actuar con conciencia a anhedonia. El estudio longitudinal de Elhai *et al.* (2018) encontró que la depresión y sensibilidad a la ansiedad predijeron menos Actuar con conciencia (medida con la escala *Mindful Attention Awareness Scale*; Brown y Ryan, 2003). Por último, Jury y Jose (2018) encontraron que los síntomas depresivos predijeron un aumento de la APD general del Tiempo 2 al Tiempo 3, pero no del Tiempo 1 al Tiempo 2. El conjunto de los resultados anteriores muestra una visión poco clara de la posible reciprocidad entre la APD y los problemas psicológicos.

Otra cuestión a esclarecer se refiere a los mecanismos por los cuales la APD protege frente a los problemas psicológicos. La rumiación y la regulación de las emociones han sido objeto de varios estudios. Por ejemplo, algunos estudios longitudinales han encontrado que la rumiación mediaba la relación entre algunas facetas de la APD y los síntomas depresivos en adultos (Jury y Jose, 2018) y adolescentes (Ciesla *et al.*, 2012; Royuela-Colomer y Calvete, 2016). Otra variable que podría mediar la relación entre la APD y los problemas psicológicos es el autoconcepto (AC) (Crescentini y Capurso, 2015). El AC es la percepción que una persona tiene de sí misma (Shavelson *et al.*, 1976) y es un componente potencial para la regulación afectiva y conductual (Markus y Wurf, 1987). El AC es un constructo complejo que tiene muchas dimensiones (Linville, 1987; Markus y Nurius, 1986), incluyendo el AC académico, físico y social (Esnaola *et al.*, 2008; García y Musitu, 1999; Shavelson *et al.*, 1976). En estudios anteriores, los adolescentes que habían recibido una intervención basada en atención plena obtuvieron mejores puntuaciones en varias dimensiones medidas de AC en comparación con los que no recibieron esta intervención (Franco *et al.*, 2011;

Gómez-Odriozola *et al.*, 2019). Los estudios sobre el papel mediador del AC en la relación entre la APD y los problemas psicológicos son más escasos. La autoestima es un componente afectivo o evaluativo del AC, que define cómo se siente la persona sobre sí misma. Los estudios transversales han encontrado que la autoestima medió parcialmente las relaciones entre Actuar con conciencia y los síntomas de ansiedad y depresión (Bajaj, Robins, *et al.*, 2016), entre Actuar con conciencia y el afecto positivo, el afecto negativo y el bienestar mental en estudiantes universitarios (Bajaj, Gupta, *et al.*, 2016), y entre la APD general y el comportamiento impulsivo (Dhandra, 2020). Sin embargo, se necesitan evidencias longitudinales para determinar el papel potencial del AC en la asociación entre la atención plena y los problemas psicológicos. Además, el rol del AC como predictor de atención plena sigue sin explorarse. Al igual que las relaciones entre la atención plena y los problemas psicológicos pueden ser recíprocas, la atención plena y el AC podrían mostrar relaciones bidireccionales, en las cuales la atención plena prediga un AC más positivo, y un AC más positivo prediga mejores habilidades de atención plena.

El primer objetivo de este estudio fue examinar longitudinalmente las relaciones bidireccionales entre las facetas de la APD y los problemas interiorizados y exteriorizados. De acuerdo con los hallazgos de estudios anteriores, se esperaba que las facetas de la APD predijeran menos problemas de ambos tipos. Además, se esperaba que los problemas interiorizados y exteriorizados predijeran menores puntuaciones en las facetas de la APD.

El segundo objetivo fue examinar si las asociaciones entre las facetas de la APD y los problemas psicológicos eran explicadas por las dimensiones del AC. Considerando la investigación previa que evaluó el papel de la autoestima, se esperaba que las dimensiones del AC mediaran la relación entre la APD y los problemas psicológicos. Finalmente, se exploraron las asociaciones predictivas recíprocas entre las facetas de la APD y las dimensiones del AC. Se hipotetizó que estas asociaciones serían bidireccionales.

Métodos

Participantes

La muestra inicial se compuso por 832 niños, niñas y adolescentes de entre 11 y 18 años ($M=14,6$ años; $DT=1,75$). De esta muestra, 655 participantes (338 chicas; 51,6%) completaron las medidas seis meses después (tasa de retención= 78,73%). Los participantes fueron alumnos de seis colegios urbanos (cuatro públicos y dos privados) de Álava y Vizcaya (España). Su nivel socioeconómico se calculó siguiendo el criterio recomendado por la Sociedad Española de Epidemiología (2000), con los siguientes resultados 13,3% bajo; 15,5% medio-bajo; 29,1% medio; 16,3% medio-alto y 25,7% alto.

Instrumentos

- a) "Cuestionario de las cinco facetas de atención plena" (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*, FFMQ; Baer et al., 2006). La APD se evaluó con la versión española del FFMQ adaptada a adolescentes (FFMQ-A; Royuela-Colomer y Calvete, 2016). El FFMQ es un cuestionario autoadministrado que mide las cinco facetas de la atención plena a través de 39 ítems, respondidos en una escala Likert de 5 puntos (1= *nunca o raramente verdad* a 5= *muy a menudo o siempre verdad*). Las facetas incluyen: Observar (8 ítems; p. ej., "Presto atención a sonidos, como el tic-tac de un reloj, el cantar de los pájaros, o el ruido de los coches"), Describir (8 ítems; p. ej., "Puedo poner fácilmente en palabras mis creencias, opiniones y las cosas que espero que vayan a pasar"), Actuar con conciencia (8 ítems; p. ej., ítem con puntuación inversa: "Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y distraerse"), No juzgar (8 ítems; p. ej., ítem inverso: "Me critico por tener emociones absurdas, irrationales"), y No reaccionar (7 ítems; p. ej., "Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que oponerme ante ellos"). Los coeficientes alfa de Cronbach fueron: Observar $\alpha = 0,75, 0,79$; Describir $\alpha = 0,75, 0,77$; No juzgar $\alpha = 0,86, 0,88$; Actuar con conciencia $\alpha = 0,82, 0,86$; No reaccionar $\alpha = 0,68, .72$, en el Tiempo 1 (T1) y Tiempo 2 (T2), respectivamente.
- b) "Autoconcepto forma 5" (AF5; García y Musitu, 1999). El AC se evaluó mediante el AF5 en la versión de Cerrato et al. (2011) que evalúa: AC académico (6 ítems; p. ej., "Hago bien los trabajos escolares"), AC social (6 ítems, con dos ítems inversos; p. ej., "Consigo fácilmente amigos/as"), AC familiar (6 ítems, con 2 ítems inversos; p. ej., "Me siento querido/a por mis padres"), y AC físico (6 ítems; p. ej., "Me cuido físicamente"). A pesar de que el cuestionario original utiliza una escala entre 1 y 99 puntos, en este estudio los ítems se respondieron en una escala Likert desde 1 (*nunca o casi nunca*) a 5 (*siempre o casi siempre*) para unificar el estilo de respuesta con el de los otros cuestionarios utilizados en el estudio. Los coeficientes alfa de Cronbach fueron: AC académico $\alpha = 0,88, 0,89$; AC social $\alpha = 0,66, 0,69$; AC familiar $\alpha = 0,86, 0,85$; AC físico $\alpha = 0,82, 0,82$, en T1 y T2, respectivamente.
- c) "Autoinforme juvenil" (*Youth Self-Report*, YSR; Achenbach y Rescorla, 2001). Los síntomas interiorizados y exteriorizados se evaluaron utilizando una adaptación al español del YSR (Sandoval et al., 2006). El YSR es un cuestionario autoadministrado que mide diferentes síntomas a través de 113 ítems, que se responden en una escala que va desde 0 (*no se ha dado en los últimos seis meses*) a 2 (*se ha dado muy a menudo o a menudo en los últimos seis meses*). Para llevar a cabo este estudio se utilizaron dos grandes subescalas: síntomas interiorizados (quejas somáticas y síntomas de ansiedad/depresión; 23 ítems), y síntomas exteriorizados (conducta agresiva y ruptura de normas; 32 ítems). En el presente estudio, los coeficientes α de Cronbach fueron: síntomas interiorizados $\alpha = 0,85$ (T1) y $0,84$ (T2), y síntomas exteriorizados $\alpha = 0,89$ (T1 y T2).

Procedimiento

Después de obtener la aprobación de los directores, se notificó a los padres de los estudiantes con un consentimiento informado para que autorizaran o rechazaran la participación de sus hijos en el estudio. Sólo 10 padres (1,21%) no dieron su consentimiento. Las respuestas fueron anónimas y se utilizó un código conocido sólo por el/la participante para relacionar sus respuestas en los dos tiempos del estudio. Los participantes completaron las medidas en el aula, tardando entre 40 y 60 minutos aproximadamente en completarlas. Para garantizar una comprensión clara de las preguntas, siempre había un/a investigador/a presente en el aula durante la recogida de datos. Se utilizó la calculadora de Preacher y Coffman (2006) para realizar un análisis de potencia. La potencia en el presente estudio fue del 99,8% para una muestra de 832 participantes. El Comité de Ética de la Universidad de Deusto aprobó este estudio.

Análisis de datos

Se realizó la prueba MCAR de Little e indicó que los valores perdidos no eran aleatorios, $\chi^2(265)= 429$; $p< 0,001$. Aquellos que no participaron en el T2 obtuvieron una puntuación más baja en Actuar con conciencia ($t= 3,09$; $p= 0,002$; $d= 0,26$), No juzgar ($t= 3,42$; $p< 0,001$; $d= 0,29$), AC académico ($t= 5,00$; $p< 0,001$; $d= 0,43$), y AC familiar ($t= 3,34$; $p= 0,001$; $d= 0,30$), y más alta en síntomas exteriorizados ($t= -5,54$; $p< 0,001$; $d= -0,52$), interiorizados ($t= -2,70$; $p= 0,007$; $d= -0,23$) y edad ($t= -9,11$; $p< 0,001$; $d= -0,77$). Por tanto, se utilizó el método de máxima verosimilitud con información completa (FIML) para manejar los valores perdidos con LISREL 8.8. El modelo hipotético incluyó asociaciones transversales entre todas las variables del estudio en el T1 y T2, paths autorregresivos desde las variables en el T1 a las mismas variables en el T2, y paths predictivos cruzados desde las variables del T1 a las variables del T2.

La bondad de ajuste del modelo se evaluó utilizando el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de ajuste no normativo (NNFI), y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Generalmente, valores de 0,90 o superiores de CFI y NNFI indican un buen ajuste, y valores inferiores a 0,06 de RMSEA reflejan un ajuste excelente (Hu y Bentler, 1999). Todos los datos están disponibles en *Open Science Framework* (<https://osf.io/9m3bv/>).

Resultados

Estadísticos descriptivos y coeficientes de correlación

La tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos, las correlaciones y los coeficientes de las covarianzas transversales entre todas las variables del estudio. Las facetas de la APD, en general, se asociaron negativamente con los síntomas interiorizados y exteriorizados en T1 y T2, excepto Observar, que se asoció positivamente con síntomas interiorizados. Al mismo tiempo, en general, las facetas de la APD se asociaron positivamente con las dimensiones del AC; y las

dimensiones del AC se asociaron negativamente con síntomas interiorizados y exteriorizados en T1 y T2.

Modelo predictivo

A nivel longitudinal, todos los paths autorregresivos fueron estadísticamente significativos, indicando la estabilidad de estas variables a lo largo de los seis meses de seguimiento, y fueron: 0,56; 0,50; 0,54; 0,55; 0,45; 0,81; 0,55; 0,57; 0,54; 0,54 y 0,68 para Observar, Describir, Actuar con conciencia, No juzgar, No reaccionar, Síntomas exteriorizados, Síntomas interiorizados, AC académico, AC social, AC familiar y AC físico, respectivamente. La figura 1 muestra los coeficientes predictivos cruzados estadísticamente significativos del modelo. Las facetas de la APD no predijeron directamente los problemas psicológicos a lo largo del tiempo. Sin embargo, los síntomas exteriorizados predijeron menos Actuar con conciencia y No juzgar, y los síntomas interiorizados predijeron menos Describir.

En cuanto al rol del AC, Actuar con conciencia predijo un aumento en el AC académico, social y familiar, y No reaccionar predijo un aumento en el AC físico. Al mismo tiempo, el AC académico predijo menos síntomas exteriorizados. Los síntomas exteriorizados predijeron menos AC académico y familiar, y los síntomas interiorizados predijeron más AC académico. Por último, el AC social predijo más Actuar con conciencia y No juzgar, y el AC familiar predijo más Observar y menos Describir. Se estimó un modelo más parsimonioso excluyendo los paths no significativos, con excelentes índices de ajuste: FIML $\chi^2(32, N= 832)= 71; p< 0,001$; RMSEA= 0,038 (90% CI [0,026; 0,050]); NNFI= 0,957; and CFI= 0,995. El modelo explicó el 34, 33, 44, 39, 23, 65, 43, 46, 35, 38, y 49% de la varianza, respectivamente de Observar, Describir, Actuar con conciencia, No juzgar, No reaccionar, síntomas exteriorizados, síntomas interiorizados, AC académico, AC social, AC familiar y AC físico en T2.

Además, los resultados anteriores sugieren que Actuar con conciencia podría mediar la relación entre los problemas exteriorizados y el AC académico y familiar, ya que los problemas exteriorizados predijeron menos Actuar con conciencia, y Actuar con conciencia predijo más AC académico y familiar. Los resultados del test de Sobel (1982) confirmaron la significación de estas asociaciones mediacionales ($z= -2,58; p= 0,01$; $z= -2,36; p= 0,02$; respectivamente, para el AC académico y familiar).

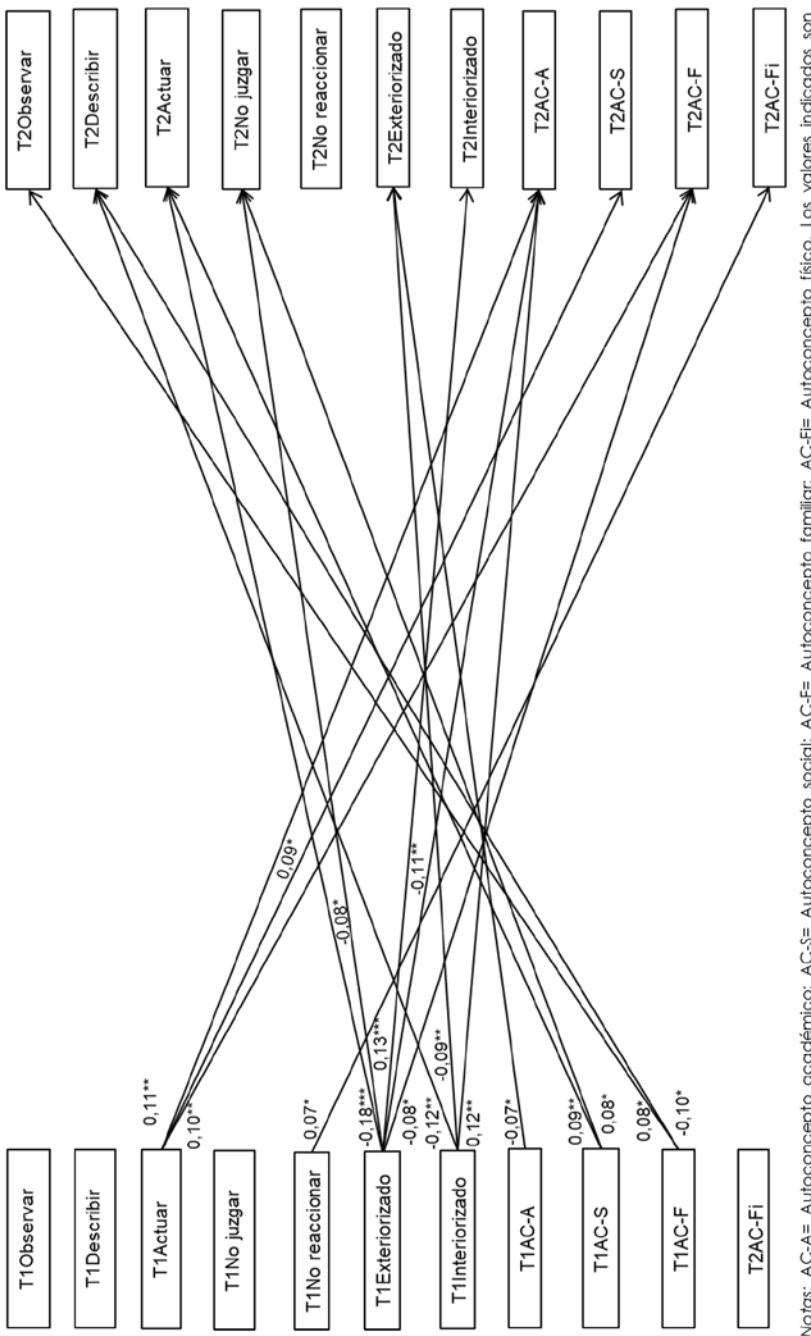
Tabla 1
Estadísticos descriptivos, correlaciones y coeficientes transversales de covarianza entre todas las variables del estudio

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | | |
|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----|--|
| 1.T1O | 1 | 0.22** | -0.10** | -0.27** | 0.41** | 0.04 | 0.13** | 0.11** | 0.05 | 0.06 | 0.06 | | | | | | | | | | | | | |
| 2.T1D | 0.23** | 1 | 0.26** | 0.16** | 0.36** | -0.09* | -0.17** | 0.22** | 0.23** | 0.15** | 0.27** | | | | | | | | | | | | | |
| 3.T1AA | -0.10** | 0.26** | 1 | 0.40** | -0.04 | -0.43** | -0.35** | 0.47** | 0.20** | 0.31** | 0.29** | | | | | | | | | | | | | |
| 4.T1NJ | -0.27** | 0.16** | 0.40** | 1 | -0.11** | -0.32** | -0.47** | 0.19** | 0.14** | 0.26** | 0.25** | | | | | | | | | | | | | |
| 5.T1NR | 0.41** | 0.36** | -0.04 | -0.11** | 1 | -0.02 | -0.02 | 0.15** | 0.10** | 0.09* | 0.17** | | | | | | | | | | | | | |
| 6.T1Ext | 0.04 | -0.09* | -0.43** | -0.33** | -0.02 | 1 | 0.46** | -0.44** | -0.09* | -0.45** | -0.24** | | | | | | | | | | | | | |
| 7.T1Inf | 0.14** | -0.17** | -0.35** | -0.47** | -0.02 | 0.46** | 1 | -0.17** | -0.27** | -0.31** | -0.36** | | | | | | | | | | | | | |
| 8.T1AC-A | 0.11** | 0.22** | 0.47** | 0.18** | 0.16** | -0.45** | -0.16** | 1 | 0.26** | 0.45** | 0.42** | | | | | | | | | | | | | |
| 9.T1AC-S | 0.05 | 0.23** | 0.20** | 0.14** | 0.11** | -0.08* | -0.27** | 0.26** | 1 | 0.35** | 0.43** | | | | | | | | | | | | | |
| 10.T1AC-CF | 0.06 | 0.15** | 0.31** | 0.26** | 0.09* | -0.44** | -0.30** | 0.45** | 0.35** | 1 | 0.36** | | | | | | | | | | | | | |
| 11.T1AC-FI | 0.07 | 0.27** | 0.28** | 0.24** | 0.18** | -0.24** | -0.35** | 0.41** | 0.43** | 0.36** | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 12.T2O | 0.60** | 0.14** | -0.05 | -0.19** | 0.30** | 0.02 | 0.12** | 0.11** | -0.01 | 0.07 | 0.06 | 1 | 0.12** | -0.13** | -0.25** | 0.24** | 0.04 | 0.15** | 0.01 | -0.01 | 0.02 | | | |
| 13.T2D | 0.15** | 0.57** | 0.24** | 0.19** | 0.29** | -0.15** | -0.23** | 0.21** | 0.19** | 0.10* | 0.24** | 0.20** | 1 | 0.02 | 0.01 | 0.20** | -0.03 | -0.04 | 0.07** | 0.05* | 0.04 | 0.04 | | |
| 14.T2AA | -0.02 | 0.19** | 0.64** | 0.32** | 0.03 | -0.41** | -0.30** | 0.37** | 0.19** | 0.23** | 0.23** | -0.15** | 0.21** | 1 | 0.22** | -0.12** | -0.10** | -0.11** | 0.12** | 0.06* | 0.11** | 0.06** | | |
| 15.T2NJ | -0.19** | 0.14** | 0.29** | 0.62** | -0.04 | -0.27** | -0.36** | 0.18** | 0.17** | 0.19** | 0.18** | -0.37** | 0.16** | 0.45** | 1 | -0.16** | -0.09** | -0.21** | 0.07** | 0.07** | 0.12** | 0.07** | | |
| 16.T2NR | 0.29** | 0.30** | 0.05 | 0.01 | 0.50** | -0.13** | -0.11** | 0.17** | 0.06 | 0.13** | 0.14** | 0.42** | 0.40** | -0.05 | -0.14** | 1 | 0.01 | 0.01 | -0.07** | -0.07** | -0.09** | -0.03 | | |
| 17.T2Ext | 0.01 | -0.09* | -0.37** | -0.22** | -0.07 | 0.78** | 0.29** | -0.39** | -0.07 | -0.35** | -0.19** | 0.05 | -0.14** | -0.43** | -0.29** | -0.10** | 1 | 0.20** | -0.12** | -0.07** | -0.11** | -0.08** | | |
| 18.T2Inf | 0.10* | -0.14** | -0.25** | -0.33** | -0.03 | 0.38** | 0.64** | -0.13** | -0.21** | -0.28** | -0.29** | 0.23** | -0.21** | -0.33** | -0.46** | -0.06 | 0.47** | 1 | -0.07** | -0.11** | -0.12** | -0.13** | | |
| 19.T2AC-A | 0.14** | 0.20** | 0.39** | 0.11** | 0.18** | -0.33** | -0.06 | 0.65** | 0.15** | 0.31** | 0.29** | 0.12** | 0.23** | 0.40** | 0.17** | 0.14** | -0.42** | -0.13** | 1 | 0.20** | 0.20** | 0.21** | | |
| 20.T2AC-S | 0.03 | 0.18** | 0.21** | 0.15** | 0.08* | -0.10* | -0.23** | 0.25** | 0.57** | 0.31** | 0.35** | -0.01 | 0.21** | 0.24** | 0.19** | 0.00 | -0.15** | -0.28** | 0.35** | 1 | 0.25** | 0.24** | | |
| 21.T2AC-CF | 0.04 | 0.13** | 0.27** | 0.15** | 0.08 | -0.34** | -0.32** | 0.20** | 0.60** | 0.22** | 0.05 | 0.13** | 0.30** | 0.22** | 0.02 | -0.38** | -0.30** | 0.43** | 0.44** | 1 | 0.19** | | | |
| 22.T2AC-FI | 0.08* | 0.20** | 0.23** | 0.22** | 0.19** | -0.18** | -0.25** | 0.26** | 0.30** | 0.27** | 0.71** | 0.06 | 0.21** | 0.24** | 0.21** | 0.09* | -0.22** | -0.33** | 0.40** | 0.47** | 0.35** | 1 | | |
| M | 2.82 | 3.16 | 3.50 | 3.67 | 2.71 | 0.35 | 0.42 | 3.56 | 3.80 | 4.26 | 3.42 | 2.72 | 3.20 | 3.54 | 3.80 | 2.67 | 0.31 | 0.39 | 3.59 | 3.84 | 4.33 | 3.46 | | |
| DT | 0.74 | 0.67 | 0.75 | 0.82 | 0.65 | 0.26 | 0.29 | 0.88 | 0.69 | 0.80 | 0.88 | 0.76 | 0.77 | 0.83 | 0.67 | 0.24 | 0.28 | 0.89 | 0.69 | 0.76 | 0.88 | 0.88 | | |
| N | 830 | 830 | 830 | 830 | 830 | 830 | 830 | 828 | 828 | 795 | 793 | 792 | 651 | 651 | 651 | 651 | 652 | 652 | 640 | 640 | 640 | 640 | 640 | |

Notas: Ov: Observar; Ds: Describir; Aa: Activar con conciencia; Ns: No recordar; AC-A: Autoconcepción activa; AC-S: Autoconcepción social; AC-FI: Autoconcepción filosófica. *p<0.05; **p<0.01.

Enmarco de la diagonal representan los coeficientes obtenidos en el análisis de trayectorias.

Figura 1
Trayectorias longitudinales estadísticamente significativas entre las facetas de atención plena (*mindfulness*), los síntomas exteriorizados e interiorizados y el autoconcepto



Discusión

Algunos modelos teóricos de psicopatología proponen que las asociaciones entre los problemas psicológicos, vulnerabilidad y factores de protección pueden ser bidireccionales (Masten *et al.*, 2005). Este estudio exploró las asociaciones bidireccionales entre los síntomas psicológicos, la APD y el AC en niños y adolescentes.

A diferencia de estudios anteriores (Calvete, Morea, *et al.*, 2018; Ciesla *et al.*, 2012; Cortazar y Calvete, 2019; Royuela-Colomer y Calvete, 2016), en el presente estudio las facetas de la APD no predijeron cambios en los problemas psicológicos a lo largo del tiempo. Sin embargo, los problemas psicológicos predijeron una disminución en algunas facetas de la APD. Específicamente, los síntomas interiorizados predijeron menos Describir, y los síntomas exteriorizados predijeron menos Actuar con conciencia y No juzgar. Los resultados para los síntomas interiorizados son consistentes con el estudio realizado por Petrocchi y Ottaviani (2016). Sin embargo, algunos estudios también encontraron predicciones negativas de síntomas interiorizados para otras facetas de la APD, como No juzgar (Raphiphatthana *et al.*, 2016), Actuar con conciencia (Elhai *et al.*, 2018) y No reaccionar (Raphiphatthana *et al.*, 2016). En general, todos estos resultados sugieren que cuando los niños, niñas y adolescentes experimentan síntomas interiorizados y exteriorizados, su capacidad de atención plena podría verse afectada. Así, tendrían más dificultades para describir sus sentimientos, actuar conscientemente y aceptar las situaciones tal y como son.

Además, este estudio añade información sobre las asociaciones longitudinales entre el AC y la APD. Algunas facetas de la APD (es decir, Actuar con conciencia y No reaccionar) predijeron un aumento de las dimensiones del AC. Estos resultados son consistentes con estudios experimentales previos en los que se encontraron puntuaciones más altas en todas las dimensiones del AC tras una intervención basada en atención plena (Franco *et al.*, 2011; Gómez-Odriozola *et al.*, 2019) y con estudios transversales que encontraron asociaciones significativas entre la APD y la autoestima (Bajaj, Gupta, *et al.*, 2016; Bajaj, Robins, *et al.*, 2016). Es importante destacar, además, que el presente estudio amplía los conocimientos actuales sobre la bidireccionalidad de estas relaciones, indicando que en general, el AC también predice puntuaciones más altas de MD. En concreto, el AC social predijo un aumento en Actuar con conciencia y No juzgar. Sin embargo, en contraste con los resultados del AC social, el AC familiar desempeñó un rol mixto, ya que predijo un aumento en Observar y una reducción en Describir. Estos resultados fueron inesperados ya que Describir es considerada como una faceta beneficiosa, mientras que Observar desempeña un rol que no es beneficioso en las muestras no meditativas.

Como se ha mencionado, a pesar de que a nivel transversal las facetas de la APD se asociaron significativamente tanto con los problemas interiorizados como con los problemas exteriorizados, no predijeron cambios en los problemas psicológicos en este estudio. Por lo tanto, la hipótesis de que el AC podría mediar la asociación predictiva entre la APD y los problemas psicológicos no fue apoyada. Sin embargo, los problemas exteriorizados predijeron una reducción en el AC

académico y familiar a través de la mediación de bajas puntuaciones en Actuar con conciencia. Más aún, un bajo AC académico predijo más síntomas exteriorizados, lo cual sugiere que los niños y adolescentes con dificultades académicas están en riesgo de desarrollar problemas exteriorizados (Moilanen *et al.*, 2010).

Este estudio tiene una serie de limitaciones que deben ser mencionadas. En primer lugar, únicamente se utilizaron medidas de autoinforme para la recogida de datos, por lo que sería conveniente añadir otros métodos como, por ejemplo, informes de padres o de profesores. En segundo lugar, la tasa de perdida de muestra fue elevada, especialmente entre los participantes que presentaban más síntomas psicológicos. Esto puede deberse a que los alumnos cambiaron de curso entre ambos tiempos de medición, y es de esperar que aquellos adolescentes con mayores problemas psicológicos sean los que presenten mayores tasas de absentismo escolar, de repetición de curso o incluso de cambio de colegio (McCarty *et al.*, 2008). A pesar de que utilizamos FIML para manejar los valores perdidos, futuros estudios deberán mejorar el seguimiento de los participantes a lo largo del tiempo. En tercer lugar, el presente estudio se ha centrado en los contenidos del AC, es decir, en las diferentes dimensiones del AC. Sería interesante añadir información midiendo la estructura del AC, es decir, cómo están organizados los contenidos del AC (Campbell *et al.*, 2003). No sólo se podrían evaluar las dimensiones más beneficiosas para los adolescentes, sino también la importancia de la organización de estos dominios (Hanley y Garland, 2017). Por último, el estudio sólo incluyó dos tiempos de medida, siendo preferibles tres tiempos para los análisis mediacionales (Cole y Maxwell, 2003).

A pesar de las limitaciones, este estudio también tiene algunas fortalezas. En primer lugar, se basa en una perspectiva multidimensional de atención plena y AC, por lo que permite evaluar asociaciones específicas entre las dimensiones de las dos variables. Además, este es uno de los pocos estudios que examina las asociaciones entre las facetas de la APD y los problemas exteriorizados. Por otra parte, este estudio amplía las investigaciones previas sobre la APD al examinar las relaciones longitudinales y bidireccionales entre las variables. De este modo, añade nuevos datos a los modelos recursivos de la psicopatología (Hankin y Abramson, 2001; Masten *et al.*, 2005).

En conclusión, los hallazgos del presente estudio contrastan con los obtenidos en trabajos anteriores, indicando que las facetas de la APD no son predictoras de cambios en los problemas psicológicos en niños y adolescentes. En cambio, los hallazgos sugieren que los problemas psicológicos predicen facetas de MD más pobres. Además, algunas facetas de la APD predijeron un aumento de las dimensiones del AC. Asimismo, los resultados sugieren que una baja puntuación en Actuar con conciencia podría mediar la relación entre los problemas exteriorizados y el AC académico y familiar. En general, el AC también predice puntuaciones más altas en MD y menos problemas exteriorizados, mostrando el papel beneficioso de tener un AC positivo para algunas dimensiones de la APD, y viceversa.

Referencias

- Achenbach, T. y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA Schoolage Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Baer, R. A., Smith G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Bajaj, B., Gupta, R. y Pande, N. (2016). Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and well-being. *Personality and Individual Differences*, 94, 96-100. doi: 10.1016/j.paid.2016.01.020
- Bajaj, B., Robins, R. W. y Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 96, 127-131. doi: 10.1016/j.paid.2016.02.085
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. doi: 10.1093/clipsy/bph077
- 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. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Calvete, E., las Hayas, C. y del Barrio, A. G. (2018). Longitudinal associations between resilience and quality of life in eating disorders. *Psychiatry Research*, 259, 470-475. doi: 10.1016/j.psychres.2017.11.031
- Calvete, E., Morea, A. y Orue, I. (2018). The role of dispositional mindfulness in the longitudinal associations between stressors, maladaptive schemas, and depressive symptoms in adolescents. *Mindfulness*, 1-12. doi: 10.1007/s12671-018-1000-6
- Calvete, E., Sampedro, A. y Orue, I. (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la "Escala de atención y conciencia plena para adolescentes" (Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents) (MAAS-A). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(2), 277-291.
- Campbell, J. D., Assanand, S. y Paula, A. D. (2003). *The structure of the self-concept and its relation to psychological adjustment*. *Journal of Personality*, 71, 115-140. doi: 10.1111/1467-6494.t01-1-00002
- Cerrato, S. M., Sallent, S. B., Aznar, F. C., Pérez, M. E. G. y Carrasco, M. G. (2011). Análisis psicométrico de la escala multidimensional de autoconcepto AF5 en una muestra de adolescentes y adultos de Cataluña. *Psicothema*, 23, 871-878.
- Ciesla, J. A., Reilly, L. C., Dickson, K. S., Emanuel, A. S. y Updegraff, J. A. (2012). Dispositional mindfulness moderates the effects of stress among adolescents: rumination as a mediator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 760-770. doi: 10.1080/15374416.2012.698724
- Cole, D. A. y Maxwell, S. E. (2003). Testing mediational models with longitudinal data: questions and tips in the use of structural equation modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 558-577. doi: 10.1037/0021-843x.112.4.558
- Compas, B. E., Howell, D. C., Phares, V., Williams, R. A. y Giunta, C. T. (1989). Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: a prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 732-740. doi: 10.1037/0022-006x.57.6.732
- Cortazar, N. y Calvete, E. (2019). Dispositional mindfulness and its moderating role in the predictive association between stressors and psychological symptoms in adolescents. *Mindfulness*, 1-14. doi: 10.1007/s12671-019-01175-x

- Cortazar, N., Calvete, E., Fernández-González, L. y Orue, I. (2020). Development of a short form of the Five Facet Mindfulness Questionnaire -Adolescents (FFMQ-A) for children and adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 102, 641-652. doi: 10.1080/00223891.2019.1616206
- Crescentini, C. y Capurso, V. (2015). Mindfulness meditation and explicit and implicit indicators of personality and self-concept changes. *Frontiers in Psychology*, 6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00044
- Dhandra, T. K. (2020). Does self-esteem matter? A framework depicting role of self-esteem between dispositional mindfulness and impulsive buying. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 55, 102135. doi: 10.1016/j.jretconser.2020.102135
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D. y Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477-484. doi: 10.1016/j.chb.2018.03.026
- Esnaola, I., Goñi, A. y Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13, 179-194.
- Franco, C., Mañas, I., Cangas, A. J. y Gallego, J. (2011). Exploring the effects of a mindfulness program for students of secondary school. *International Journal of Knowledge Society Research*, 2, 14-28. doi: 10.4018/jksr.2011010102
- García, F. y Musitu, G. (1999). AF5: Autoconcepto forma 5. Madrid: TEA.
- Gómez-Odriozola, J., Calvete, E., Orue, I., Fernández-González, L., Royuela-Colomer, E. y Prieto-Fidalgo, A. (2019). El programa de mindfulness "Aprendiendo a Respirar" en adolescentes haciendo la transición a la universidad: ensayo piloto controlado aleatorizado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6, 32-38. doi: 10.21134/rpcna.2019.06.2.1
- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796. doi: 10.1037//0033-2909.127.6.773
- Hanley, A. W. y Garland, E. L. (2017). Clarity of mind: structural equation modeling of associations between dispositional mindfulness, self-concept clarity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 106, 334-339. doi: 10.1016/j.paid.2016.10.028
- Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Jury, T. K. y Jose, P. E. (2018). Does rumination function as a longitudinal mediator between mindfulness and depression? *Mindfulness*, 1-14. doi: 10.1007/s12671-018-1031-z
- Kim, K. J., Conger, R. D., Elder Jr., G. H. y Lorenz, F. O. (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 74, 127-143. doi: 10.1111/1467-8624.00525
- Linville, P. W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676. doi: 10.1037/0022-3514.52.4.663
- Markus, H. y Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Markus, H. y Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: a social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337. doi: 10.1146/annurev.ps.38.020187.001503
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradović, J., Riley, J. R., Boelcke-Stennes, K. y Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41, 733-746. doi: 10.1037/0012-1649.41.5.733

- McCarty, C. A., Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Lengua, L. J. y McCauley, E. (2008). Adolescent school failure predicts later depression among girls. *Journal of Adolescent Health, 43*(2), 180-187. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.01.023
- Moilanen, K. L., Shaw, D. S. y Maxwell, K. L. (2010). Developmental cascades: externalizing, internalizing, and academic competence from middle childhood to early adolescence. *Development and Psychopathology, 22*, 635-653. doi: 10.1017/s0954579410000337
- Petrocchi, N. y Ottaviani, C. (2016). Mindfulness facets distinctively predict depressive symptoms after two years: the mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences, 93*, 92-96. doi: 10.1016/j.paid.2015.08.017
- Preacher, K. J. y Coffman, D. L. (2006, mayo). Computing power and minimum sample size for RMSEA [programa de ordenador]. <http://quantpsy.org/>.
- Raphiphatthana, B., Jose, P. E. y Kielpikowski, M. (2016). How do the facets of mindfulness predict the constructs of depression and anxiety as seen through the lens of the tripartite theory? *Personality and Individual Differences, 93*, 104-111. doi: 10.1016/j.paid.2015.08.005
- Royuela-Colomer, E. y Calvete, E. (2016). Mindfulness facets and depression in adolescents: rumination as a mediator. *Mindfulness, 7*, 1092-1102. doi: 10.1007/s12671-016-0547-3
- Sandoval, M., Lemos, S. y Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: a normative study of the YSR. *Psicothema, 18*, 804-809.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research, 46*, 407-441. doi: 10.3102/00346543046003407
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equations models. *Sociological Methodology, 13*, 290-312. doi: 10.2307/270723
- The Spanish Society of Epidemiology and the Spanish Society of Family and Community Medicine (2000). Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria, 25*, 350-363. doi: 10.1016/S0212-6567(00)78518-0
- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D. y Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: a systematic review. *Mindfulness, 9*, 23-43. doi: 10.1007/s12671-017-0762-6
- Valiente-Barroso, C., Sáiz-Obeso, J. y Martínez-Vicente, M. (2021). Satisfacción vital y sintomatología prefrontal como predictores de la atención plena disposicional en la mujer rural. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 29*(2), 489-503. doi: 10.5166/bp.8321215s
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, A. y Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression*. Nueva York, NY: Guilford.

RECIBIDO: 2 de noviembre de 2020

ACEPTADO: 9 de abril de 2021