

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Investigación de Pregrado

**Validez y fiabilidad de la escala de Atención y
Conciencia plena (MAAS) en su versión traducida al
castellano**

Informe final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S. 143/89

Apellido y Nombre de las alumnas:

García, Natalia Mariana Mat.: 4935/99

Murrone, Romina Valeria Mat.: 4827/99

Supervisor: Ledesma, Rubén

Cátedra de radicación: Estrategias cuantitativas y cualitativas en
investigación psicológica.

Fecha de presentación: 15 Agosto 2011

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-PS 6	PS
	N° INVENTARIO:
	R-1053



Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas García, Natalia Mariana y Murrone, Romina Valeria, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento de las autoras.



GARCÍA, NATALIA



MURRONE ROMINA

En mi carácter de supervisor, informo que los autores del presente trabajo se han desempeñado de manera muy satisfactoria durante el curso de la investigación. Han cumplido con las actividades previstas en el proyecto original, mostrando en todo momento una muy buena disposición para el trabajo y una actitud muy positiva hacia el aprendizaje de las tareas de investigación. Quiero destacar además la responsabilidad con la que han realizado el trabajo y los progresos realizados en el transcurso del mismo.



Muñoz Cárdenas

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de Investigación presentado por las alumnas García, Natalia Mariana, matrícula nro 4935/99 y Murrone, Romina Valeria, matrícula nro 4827/99.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación.

Motivos y antecedentes:

Mindfulness es un término que no tiene una palabra correspondiente en castellano, pero puede entenderse como estados de atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que acontece en el momento actual. El *mindfulness* es de carácter no valorativo, se refiere a una observación abierta, aceptando la experiencia tal y como se da, sin buscar el control sobre la experiencia (Vallejos, 2006). Según Germen (2004) el *mindfulness* es *no conceptual*; implica prestar atención y conciencia a lo que sucede, sin centrarse en los procesos de pensamiento; está *centrado en el presente*; es *intencional*, porque requiere de una *observación activa*; es *no verbal*, cuenta con un referente emocional y sensorial; y por último es *exploratorio y liberador*, cada momento vivido a pleno implica una experiencia nueva y de liberación. Su principal utilidad, más allá de las técnicas concretas que ofrezca, es la de contrastar con una psicología que propugna el control, el bienestar, la eliminación del estrés y la ansiedad, mediante procedimientos que, a falta de esa experimentación natural, pueden contribuir a acentuarlos. Se cree que el estudio del *mindfulness* puede ayudar a ampliar el panorama sobre el estudio de la conciencia, la manera en que puede estructurarse y su rol en el funcionamiento humano (Mayer, 2000).

Brown y Ryan (2004) desarrollaron varias investigaciones sobre *mindfulness*, creando la escala de atención y conciencia plena para medirlo. Esta escala es unidimensional y está focalizada en la medición de las diferencias individuales o nivel de *mindfulness* experimentado por diferentes sujetos. Sus autores afirman que el *mindfulness* está presente en cierta medida en todas las personas, pero que puede variar considerablemente en distintos momentos tanto intra como interindividualmente. Los autores encontraron diferencias significativas en cuanto al *mindfulness* en sujetos de distinto género y edad. Evaluaron y confirmaron, además, que la escala diferencia a las personas comprometidas en el refinamiento del *mindfulness* de otras que no lo están. Por último, obtuvieron evidencia sobre las relaciones empíricas entre *mindfulness* y bienestar psicológico. En general, Brown y Ryan muestran que el *mindfulness* tiene un rol significativo en distintos aspectos de la salud mental y

Instrumento: Se dispone de una versión de la escala MASS traducida al castellano. Esta consta de 15 ítems, los cuales indican la frecuencia en que el sujeto evaluado ha tenido la experiencia descrita en cada declaración, usando una escala likert que va desde 1(nunca o casi nunca) a 5(siempre o casi siempre). Los ítems se invierten y luego se suman para obtener el total de la escala. Los ítems miden negativamente el constructo, ejemplos: “Sentir o tener emociones (alegría, angustia, etc.) sin ser muy conciente de esos sentimientos en el momento en que me suceden”; “romper o dejar caer objetos por descuido o por no prestar atención”; “tener dificultad para focalizarme o prestar atención a lo que está sucediendo en el presente”. Para la puntuación de la escala, se invierten los ítems y luego se calcula la media; así, puntajes más elevados reflejan un mayor grado de Mindfulness.

Procedimiento: Se trata de un diseño no experimental transversal descriptivo. Los sujetos serán evaluados en un solo momento. Se solicitará consentimiento verbal y se aplicará el instrumento de forma auto-administrada. Los datos resultantes serán codificados con el editor de datos Spss y analizados mediante análisis factorial exploratorio y análisis de consistencia interna.

Lugar de realización del trabajo: Facultad de Psicología de la UNMdP.

Cronograma:

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6
Actualización y recopilación bibliográfica						
Diseño y perfeccionamiento de instrumentos						
Recolección de datos						
Análisis de datos						
Elaboración de informe final						

INDICE GENERAL

RESUMEN	1
PRIMERA PARTE	
1. ANTECEDENTES	
1.1-Motivos y Justificación	3
1.2- Marco teórico	
1.2.1- Origen e historia del concepto	3
1.2.2-Definiciones y características del concepto según diversos autores	4
1.3-Las implicancias del Mindfulness	
1.3.1- Mindfulness, salud y bienestar	9
1.3.2- Aplicaciones clínicas del mindfulness	11
1.3.3Argentina	12
1.4.-Mindfulness y Psicoterapia	
1.4.1.a.-Terapias de tercera generación	13
1.4.1.b.- Mecanismos clínicos de Mindfulness	16
1.5- Mindfulness y deporte	18
1.6- Instrumentos de medición de mindfulness	18
1.6.1- Escala MAAS	22
SEGUNDA PARTE	
2.- Objetivos y Metodología	
2.1 -Objetivos e hipótesis	26
2.2.1-Participantes	27
2.2.2-Instrumento	27
2.2.3-Procedimiento	28
TERCERA PARTE	
3.- Resultados	
3.1- Análisis factorial y estructura interna	30
3.2- Diferencias género y edad	30



RESUMEN

El siguiente trabajo se propone evaluar algunas propiedades psicométricas básicas de la escala MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) en su versión traducida al castellano y en población local. Dicha escala es un instrumento destinado a medir el nivel de Mindfulness presente en los sujetos y fue creada en su versión original por Brown y Ryan, en Estados Unidos quienes han puesto en evidencia en sus investigaciones, su validez y confiabilidad. En nuestro caso contamos con una versión traducida al castellano que fue administrada a una muestra de 300 sujetos de ambos sexos, de entre 18 y 65 años. Los resultados indican un comportamiento globalmente satisfactorio de la escala en el ámbito local, tanto en términos de su estructura interna como en su relación con criterios externos de validación.

1.1-MOTIVOS Y JUSTIFICACIÓN

En este trabajo de investigación se intenta contribuir al desarrollo y validación de la Escala MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) en población local. Este instrumento fue creado por Brown y Ryan (2003) con el propósito de evaluar las diferencias individuales en el nivel de *Mindfulness* experimentado por las personas. Dichos autores han realizado numerosas investigaciones sobre el tema, en las que han podido verificar las propiedades psicométricas de esta escala.

En el presente trabajo se pretende obtener datos que permitan analizar algunas propiedades de la escala en población local, y comparar los resultados con la versión original del instrumento. Se espera así contribuir al estudio del *Mindfulness* como constructo posible de ser medido y evaluado en forma válida. Se busca proporcionar un instrumento de evaluación que puede resultar de utilidad en distintos ámbitos del quehacer profesional del psicólogo.

1.2- MARCO TEÓRICO

1.2.1- Origen e Historia del Concepto

El concepto *Mindfulness* ha sido traducido al castellano de varias maneras, siendo "atención y conciencia plena" la expresión más utilizada.

Como señala Vallejo (2006) no es posible asignar un término equivalente en castellano a este concepto. Al rastrear su historia se ve que su nacimiento no es algo reciente, sino que se remonta a las enseñanzas budistas de hace más de 2500 años. Esta tradición filosófica y religiosa basada en la meditación comenzó la práctica y difusión del Mindfulness y sus beneficios entre los que se destacaban el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente, y un aumento de la comprensión de la realidad tanto externa como interna. A partir de allí su práctica ha ido creciendo y propagándose por distintos lugares y ámbitos. Si avanzamos un poco más en el tiempo encontramos a Jon Rabat- Zinn (1976) quien puede considerarse un referente mundial ya que introdujo esta práctica dentro del modelo médico de Occidente hace más de 30 años, fundando la clínica de Reducción del Estrés en el Centro Médico de la Universidad de Massachussets. Allí creo programas por medio de los cuales introducía a los pacientes en la práctica del Mindfulness para el tratamiento de problemas tanto físicos como psicológicos, dolores crónicos y otros síntomas asociados al estrés especialmente.

En la actualidad se puede ver un crecimiento de la utilización de la práctica de mindfulness en numerosos programas creados para conseguir aumentar el bienestar de la persona, aliviándole distintos tipos de dolencias físicas y psicológicas, utilizándose en forma paralela con las terapias tradicionales.

1.2.2- Definiciones y Características del Concepto Según Diversos Autores

Vallejos (2006) define el Mindfulness como *“atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva en el momento presente”*. Según este autor el Mindfulness implica capacidad de centrarse en el momento actual, en el aquí y ahora, y observación de la experiencia presente sin ningún tipo de valoración, aceptando la realidad tal y como se presenta a cada momento. Vivir en el mundo sin prejuicios: totalmente abierto y atento a la experiencia sensorial. Señala que dicho fenómeno presenta un importante interés para la psicología, ya que logra que la persona pueda orientar su atención y actividad adecuándose a cada situación en forma más favorable, vivenciando los aspectos emocionales en forma plena. Según Vallejos (2006) se trata de no perder la experiencia presente cambiándola por lo que ya sucedió o por lo que creemos que debería suceder. Se favorece así el procesamiento de los aspectos emocionales en detrimento de la pura interpretación.

Simón (2007) indica que el mindfulness constituye un fenómeno *“muy simple y familiar, algo que todos nosotros hemos experimentado en numerosas ocasiones de nuestra vida cotidiana. Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo, estamos practicando Mindfulness. Es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia.”*

Tich Nath Hanh (1976) definió el Mindfulness como la capacidad de *“mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente”*. Este autor ha desarrollado una serie de prácticas terapéuticas que se ponen en

centrarse en los procesos de pensamiento implicados, incluyendo sensaciones, percepciones y emociones; lo caracteriza como esencialmente centrado en el presente, no valorativo, Intencional y no verbal. Considera que se trata de una Observación participativa, no es una observación distanciada, implicando profundamente la mente y el cuerpo del observador.

Bishop (2004) define el Mindfulness como: una forma de prestar atención de forma no valorativa, sin juzgar, centrándose fundamentalmente en el presente, aceptando cada pensamiento o sentimiento que surge en el campo atencional tal como aparece.

Aunque el Mindfulness es considerado el centro de la meditación budista (Kabat- Zinn, 2003); para algunos autores es algo que va mucho más allá de ella. Según Brown y Ryan (2003) el Mindfulness es una capacidad inherente y natural del ser humano. Es un estado de conciencia que implica *awareness* (tomar conciencia o darse cuenta), y atención receptiva y abierta hacia la experiencia y los eventos que acontecen. *Awareness*, según ellos es el radar de fondo de la conciencia, ya que un individuo puede ser conciente de un estímulo sin que este sea el centro de atención. En cambio Atención (Attention) es un proceso de focalización conciente de este "darse cuenta".

En contraposición al Mindfulness, estos autores postulan la existencia del estado *Mindless*. Este ocurre cuando estamos concentrados en opiniones y pensamientos, sin atención conciente. También cuando nos comportamos de una forma compulsiva o automática, sin prestar atención a la conducta. Enumeran una serie de características asociadas a este estado:

- Realizar actividades sin prestar atención.
- No darnos cuenta de las sensaciones de tensión física y malestar.
- Rumiar en el pasado y preocuparse por el futuro, en piloto automático.
- Ingerir alimentos sin conciencia de estar comiendo.
- Romper o derramar cosas por descuido o inatención.
- No escuchar con atención (cg. Olvidar rápidamente el nombre de una persona recién presentada).

Señalan además que la ausencia de Mindfulness puede a veces estar motivada por defensas, como por ejemplo cuando un individuo se rehúsa a atender a un pensamiento, emoción, motivo, etc. En oposición Mindfulness focaliza nuestra atención en la tarea que estamos realizando. Cuando estamos en estado Minfulness nuestra atención no se enreda en el pasado o el futuro y no enjuicia o se resiste a lo que ocurre en el momento presente.

Según Brown y Ryan (2003) la meditación puede servir para incrementar el estado de Mindfulness, pero Mindfulness no es exclusivamente un producto de la meditación. Al contrario consideran al Mindfulness como una capacidad natural, propia del ser humano. En varios estudios comprobaron que personas sin experiencia en la práctica formal de meditación diferían en la tendencia a estar Mindful, tanto cuando se utilizó una medida disposicional (MAAS, Brown y Ryan, 2003) como al utilizar una medida de estado de la escala anterior. Además se apreció una correspondencia entre estas

diferencias y el nivel de bienestar psicológico y la capacidad de autorregulación de estos individuos sin experiencia en meditación (Brown y Ryan, 2003; Carlson y Brown, 2003, Levesque y Brown, 2003).

No obstante, también se constató en practicantes de Mindfulness de meditación que su práctica estaba asociada a un mayor grado de Mindfulness (Brown y Ryan, 2003).

1.3- IMPLICANCIAS PRÁCTICAS DEL MINDFULNESS

1.3.1- *Mindfulness, salud y bienestar*

En la época actual, con el acelerado ritmo de vida que parece imperar, las personas tienden a actuar según hábitos y costumbres que se imponen momento a momento, aunque con el foco puesto en el futuro y sin demasiada conciencia sobre el presente. Desde que el Mindfulness surgió, se fue convirtiendo en una práctica que busco ayudar a recuperar la experiencia presente como forma de superar el padecimiento humano en sus distintas formas.

Distintos estudios, como por ejemplo el de Brown y Ryan (2003), han verificado relaciones significativas entre el grado de Mindfulness presente en la persona y el bienestar psicológico experimentado. Se cree que su práctica puede contribuir al logro de un cambio profundo en la vida de las personas, recuperando el bienestar perdido en la forma de vida actual, reduciendo automatismos y aumentando el nivel de conciencia sobre la experiencia.

Deci y Ryan (1985) postulan que una conciencia abierta puede facilitar la elección de comportamientos que sean consistentes con las propias necesidades, valores e intereses, pudiéndose promover el bienestar a través de la auto-regulación de la conducta. Dichos autores son los creadores de la Teoría de la Autodeterminación, la cual está basada en la idea de que el comportamiento humano es motivado por tres necesidades psicológicas primarias y universales: autonomía, competencia y relación con los demás, cuya satisfacción es esencial para el desarrollo social y el bienestar personal.

Si apuntamos a la primera, la necesidad de autonomía (o autodeterminación), que es la que más nos interesa en el tema que estamos tratando, podemos decir, según sus autores que comprende los esfuerzos de la persona para lograr determinar su propio comportamiento. La teoría analiza el grado en que las conductas humanas son autodeterminadas, o sea si las personas realizan sus acciones en el nivel más alto de reflexión y se comprometen en sus actos en un sentido de elección.

Recientemente, Delgado-Pastor (2009) realizó una investigación en la cual verificó que un entrenamiento en habilidades Mindfulness puede resultar muy beneficioso para personas que presentan tendencias a la preocupación excesiva. Según parece, el entrenamiento propicia que los participantes obtengan tasas más bajas de ansiedad, depresión, quejas de salud y preocupación, lográndose también una mejor regulación y percepción emocional.

1.3.2- Aplicaciones Clínicas del Mindfulness

Las aplicaciones clínicas del Mindfulness son múltiples y abarcan diferentes áreas. Según Bishop (2004) las habilidades vinculadas al Mindfulness han sido adoptadas por la psicología contemporánea como una aproximación terapéutica para incrementar la conciencia y la capacidad de responder a los procesos mentales que contribuyen al malestar emocional y la conducta desadaptativa.

En la actualidad un número cada vez mayor de psicólogos clínicos están mostrando interés en las técnicas de Mindfulness, integrando estas en las terapias tradicionales de gran variedad de trastornos psicológicos. En la literatura actual podemos encontrar numerosas revisiones sobre los resultados clínicos de las intervenciones que utilizan el entrenamiento en Mindfulness, entre ellas Pastor (2009) identifica las realizadas por Bishop (2002), Baer (2003), Dimidjian y Linehan (2003), Grossman y col. (2004), Lazar (2005), Hayes y col. (2006), Allen y col. (2006), Pérez y Botella (2007), entre otros.

En general, se acepta que las intervenciones basadas en Mindfulness conducen a efectos beneficiosos en gran cantidad de condiciones médicas y psicológicas, aunque también hay acuerdo en señalar que se requieren más investigaciones que confirmen y amplíen los hallazgos obtenidos hasta el momento. Puede decir que los estudios e investigaciones sobre Mindfulness se encuentran aún en sus comienzos.



1.3.3- *Mindfulness en Argentina*

En nuestro país se ha creado la iniciativa Mindfulness en Salud dirigido por la Lic. María Noel Anchorena. Su objetivo principal es la integración y desarrollo de Mindfulness en la vida de las personas y la sociedad, a través de intervenciones en el ámbito de la medicina, la psicoterapia y la investigación. Esta iniciativa propone un programa de reducción del estrés (MBSR) basado en el propuesto por el DR. Rabat- Zinn del Centro Médico de la Universidad de Massachussets.

El mencionado programa consiste en un entrenamiento intensivo en Mindfulness para adquirir o fomentar la capacidad de estar plenamente presente en el aquí y ahora, lo que lleva a responsabilizarse más por el cuidado de la propia salud y el bienestar, contribuyendo a la reducción del estrés físico y mental asociado a estados de sufrimiento, desequilibrio y enfermedad.

Según la directora de la iniciativa, las publicaciones científicas de los efectos médicos en personas que han participado en programas ha demostrado una reducción del 35% de los síntomas médicos y una reducción del 40% en los síntomas psicológicos (Anchorena y Cándale, 2010).

1.4- MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA

1.4. (a)- *Terapias de la tercera generación*

Pastor (2009) ha realizado una revisión sobre esta temática, sosteniendo que el Mindfulness se ha ido implementando como un nuevo componente del campo psicoterapéutico actual sumándose a las ya conocidas terapias tradicionales. Algunos autores (Hayes, 2004; Baer, 2006; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006) han denominado a estas terapias basadas en Mindfulness como "Terapias de la Tercera generación".

Según estos autores, las terapias de Primera generación se basaban en la modificación de la conducta con una metodología empírica y experimental. La Segunda generación se refiere al Movimiento Terapéutico Cognitivo, dándose gran importancia a la función de las experiencias internas, como son los pensamientos y sentimientos. Para mejorar la salud mental se detectaban los pensamientos irracionales y se los intentaba corregir. Las terapias de Tercera Generación optan por la utilización de estrategias de cambio más indirectas. Introducen como novedad la posibilidad de lograr una mejor relación con la experiencia interna, sin intentar eliminarla o modificarla. Se amplía el foco de interés, abarcando desde la reducción de los síntomas al desarrollo de habilidades para mejorar la calidad de vida, no reduciéndose solo a su aplicación en población clínica.

A continuación Pastor (2009) describe algunas de estas terapias relacionadas con el mindfulness:

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Se basa en la teoría de los Marcos Relacionales (RFT), alienta a aceptar, más que controlar las sensaciones displacenteras. Se plantea los siguientes objetivos terapéuticos: reducir la tendencia a la evitación de la experiencia, enseñar la aceptación de los eventos privados que no es posible cambiar, ayudar al cliente a mantenerse en contacto con los eventos internos, con el sentido trascendental del self y a clarificar sus valores vitales y actuar de acuerdo a ellos.

Considera el malestar psicológico como parte de la vida misma, y no como algo que se busque evitar. Se trabaja especialmente con la aceptación de la propia experiencia. Evitando el llamado Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Wilson y Luciano, 2002).

La Terapia de Conducta Dialéctica (Dialectical Behaviour Therapy, DBT)

Fue desarrollada por la Dra. Marcha Linehan en 1993 en la ciudad de Washington. En un primer momento se utilizó para el tratamiento de pacientes con sesgo suicida, para luego extenderse al tratamiento de pacientes con trastornos límite de personalidad (TLP). Busca el equilibrio entre el cambio y la aceptación, para lo cual propone el desarrollo de cuatro tipos de habilidades: de regulación emocional, de habilidades interpersonales, de tolerancia al malestar y de conciencia plena (Pérez Botella, 2007).



Este tipo de terapia, al igual que la Terapia de Aceptación y compromiso, no utilizan la práctica de meditación formal dentro de sus tratamientos, como si lo hacen las que se describen a continuación:

Programa de Reducción de estrés basado en Mindfulness (Mindfulness-Based stress reduction MBSR, Kabat-Zinn, 1982, 1990)

Es un modelo con un enfoque psicoeducativo, centrado en el paciente colocándolo en un rol activo. Fue inicialmente diseñado para el tratamiento de pacientes con estrés y dolor crónico, pero poco a poco su utilización se fue ampliando al campo de otras patologías y más allá de estas a áreas como la Psicología del deporte y la Rehabilitación en prisiones.

Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el tratamiento de la depresión

La MBCT ha sido desarrollada por un grupo de investigadores liderados por J. Teasdale que propusieron el Modelo ICS (Interacting Cognitive Subsystems, Teasdale & Bernard, 1993) para prevenir las recaídas en la depresión. Lo nuevo de esta terapia, según Teasdale, es que se deja de atender primordialmente al contenido de la cognición para centrarse en el proceso de cómo se procesa la experiencia.

Programa de Prevención de recaídas en conductas adictivas, basado en Mindfulness (Relapse prevention, RP, Marlott & Gordon, 1990, 1985).

Según los autores, la recaída se produce cuando el individuo se expone a una situación de riesgo sin contar con estrategias de afrontamiento

adecuadas que le permitan garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Esta terapia intenta fomentar el desarrollo de estas estrategias, intentando prevenir una caída inicial y brindando habilidades para superarla, si se da.

1.4. (b). Mecanismos Psicoterapéuticos del Mindfulness

A continuación se describen brevemente algunos de los Mecanismos Psicoterapéuticos del Mindfulness según Pastor (2009):

- 1- *Exposición*: Orsilla, Roemer & Holawaka (2005) destacan la importancia del uso de la exposición como técnica en el tratamiento de los trastornos emocionales. Es efectiva en el tratamiento del Trastorno de Pánico (Gould, 1997), fobias específicas (Antony & Barlow, 2002), trastorno obsesivo compulsivo (Abramowitz, 1997), ansiedad social (Gould et al., 1997). Se fomenta la observación sostenida de los pensamientos y emociones, procurando no evitarlos, ayudando a tolerar los estados emocionales negativos.

- 2- *Relajación*: Benson (1975) sostiene que a través de ella la tensión corporal se libera, lográndose un estado de activación reducida que se opone a las respuestas de estrés. Aunque mindfulness difiera de un entrenamiento típico de relajación, la práctica de ejercicios mindfulness puede conducir a la relajación.

- 3- *Cambios cognitivos*: según distintos autores la práctica de Mindfulness puede conducir a cambios en el pensamiento y en las actitudes. Lo importante es que el individuo comprenda que se trata de pensamiento, diferenciándolo de la realidad para no intentar eludirlos u huir de ellos (Linehan, 1994).

- 4- *Aceptación*: Según Linehan (1994) para lograr integrar la aceptación a través de Mindfulness, en las terapias basadas en el cambio, es necesario subrayar la naturaleza no evaluadora ni enjuiciadora del mindfulness. Se fomenta la práctica de estrategias de aceptación del dolor, de pensamientos, sentimientos, impulsos negativos, sin intentar evitarlos.

- 5- *Autoobservación*: Según Baer (2003), el mejoramiento de esta capacidad por medio del mindfulness promueve el uso, de más y mejores estrategias de enfrentamiento para desempeñarse en la vida diaria del individuo.

Algunos autores incluyen otros mecanismos, como Shapiro y colaboradores (2006) que agregan a los ya expuestos el auto-manejo, la clarificación de valores, y la flexibilidad cognitiva y emocional. Por su parte, Pérez y Botella (2007) adicionan la integración de los aspectos disociados del self.

A continuación se describen en forma breve algunos de los instrumentos creados para la medición de mindfulness:

1- *Frieburg Mindfulness Inventory (FMI, Buchheld, Grossman & Wallach, 2001)*

Esta escala fue diseñada en un primer momento para la medición del nivel de Mindfulness en los sujetos que acudían a retiros de meditación, constando de 30 ítems, con 4 factores. El análisis factorial de sus puntuaciones reveló inconsistencias entre dichos factores, lo que llevó a sus autores a sugerir una interpretación unidimensional con una única puntuación de la escala. Posteriormente se crea una versión reducida a 14 ítems con un solo factor, que resulta más fuerte psicométricamente. Esta nueva versión es independiente de la práctica de meditación.

Hoy existe una versión última y reciente, más reducida que consta de 8 ítems, estructurada en dos factores: presencia y aceptación (FMI-8, Kohls, Sauer, y Walach, 2009).

2- *Philadelphia M. Scale (PHLMS, Cardaccioto, 2005)*

Este instrumento consta de 20 ítems y está estructurada en dos factores independientes: (a) conciencia del momento presente por un lado y (b) aceptación por otro. Es congruente con las formulaciones de Kabat-Zinn (1994) y las formulaciones de Bishop (2004).

3-Toronto M. Scale (Lau, Bishop y Segal, 2006)

En un principio se presenta una versión que constaba 15 ítems y postulaba la existencia de un único factor. Luego es revisada y hoy la escala consta de 13 ítems y evalúa dos factores: curiosidad, la cual refleja una actitud de querer aprender nuevas experiencias y descentramiento que implica la posibilidad del individuo de desidentificarse de sus pensamientos y sentimientos y poder tomar distancia de ellos.

4-Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Kriemeyer & Toney, 2006). Five Facet Mindfulness Questionnaire

Este instrumento de evaluación está basado en los resultados de un análisis factorial de cinco de las escalas más importantes sobre mindfulness: Kentucky inventory OF mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith & Allen, 2004), Frieburg Mindfulness Inventory(FMI, Buchheld, Grossman & Wallach, 2001), The Mindfulness Questionnaire (MQ; Chadwick, Hember, Mead, Lilley & Dagnan, 2005), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS, Brown & Ryan, 2003) y Cognitive and Affective Mindfulness scale (CAMS, Feldman, 2004) y su version revisada (CAMS-R, Feldman, Haves, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007). Dicha escala discrimina entre cinco dimensiones del constructo Mindfulness:

- No reactividad a las experiencias.

- Observación de sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos.
- Descripción de estos.
- No enjuiciamiento de la experiencia.
- Actuación conciente.

Es un instrumento que presenta propiedades psicométricas favorables, aunque requiere de validaciones adicionales. Está especialmente diseñada para evaluar sujetos con experiencia en la práctica de Mindfulness.

5- *The Mindfulness Questionnaire (MQ; Chadwick, Hember, Mead, Lilley & Dagnan, 2005).*

Esta escala consta de 16 ítems que miden Mindfulness en relación a pensamientos e imágenes desagradables. Presenta un solo factor y los autores hablan de los siguientes componentes: - observación, -dejar ir,- ausencia de aversión y – no enjuiciamiento de la experiencia. Aunque no recomiendan la computación de dichos componentes.

6- *Kentucky inventory OF mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith & Allen, 2004)*

Parte de las habilidades propuestas por Linehan en su Terapia Dialéctico Conductual y consta de 39 ítems. Presenta una estructura multifactorial no jerárquica de 4 factores. Sus medidas reflejan la tendencia a

estar conciente en la vida cotidiana, sin que para ser utilizada se requiera experiencia en meditación de la persona evaluada.

7-Cognitive and Affective Mindfulness scale (CAMS, Feldman, 2004) y su versión revisada (CAMS-R, Feldman, Haves, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007).

En su versión original presentaba 18 ítems , pero debido a la baja consistencia que estos ofrecían, se realiza una nueva versión revisada que consta 12 ítems basados en una conceptualización multifacética de Mindfulness que muestra una consistencia interna aceptable, no requiriendo de entrenamiento en meditación. Posee una estructura unifactorial y ofrece una única puntuación global.

Esta versión revisada incluye dos ítems sobre preocupación por el pasado y por el futuro, como un medio de evaluar en forma indirecta la focalización en el momento presente.

1.6.1- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS, Brown & Ryan, 2003)

Esta escala, creada por Brown y Ryan en 2003 está focalizada en la medición del nivel de Mindfulness en los sujetos. Dichos autores consideran al Mindfulness de dos maneras diferentes: como un rasgo personal de cada sujeto, el cual varía interindividualmente en cuanto a la capacidad y disposición para sostener la atención en el momento presente; y como un

la escala es igualmente aplicable tanto a la población estudiantil como a la de adultos en general. Evaluaron y confirmaron, además, que la escala diferencia a las personas comprometidas con el refinamiento del mindfulness de otras que no lo están. Por último, obtuvieron evidencia sobre las relaciones empíricas entre mindfulness y bienestar psicológico.

La escala MAAS fue sometida a varios análisis de confiabilidad y validez, obteniéndose resultados favorables. Se ha validado en población no clínica y en enfermos de cáncer, pudiendo ser utilizada para evaluar a personas que no posean experiencia previa en la práctica meditativa de Mindfulness.

Carlson y Brown (2003) realizaron un estudio de validación de dicha escala en población de enfermos de cáncer, obteniendo resultados favorables con respecto a su calidad psicométrica, considerándola adecuada para la evaluación de pacientes con dicha enfermedad. Remarcan además los efectos beneficiosos para estos pacientes, de la aplicación de un programa de reducción del estrés y la ansiedad basado en Mindfulness. En definitiva, los autores, por medio de sus estudios, muestran que el mindfulness tiene un rol significativo en distintos aspectos de la salud mental y que es susceptible de ser operacionalizado, evaluado y utilizado como criterio, que permite relacionarlo con otras medidas clínicas.

SEGUNDA PARTE

2. OBJETIVOS Y METODOLOGIA

- Existen diferencias de género y edad en los niveles mindfulness.

2.2 Metodología

2.2.1- Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística casual integrada por 300 sujetos de ambos sexos (49% mujeres) residentes en la ciudad de Mar del Plata y cuya edad osciló entre los 18 y los 65 años. Los sujetos fueron invitados a participar del estudio de forma voluntaria y anónima.

2.2.2- Instrumento

Se utilizó una versión de la escala MASS traducida al castellano. Esta consta de 15 ítems, los cuales indican la frecuencia en que el sujeto evaluado ha tenido la experiencia descrita en cada declaración, usando una escala likert que va desde 1 (nunca o casi nunca) a 5 (siempre o casi siempre). Los ítems se invierten y luego se suman para obtener el total de la escala. Los ítems miden negativamente el constructo, ejemplos: "Sentir o tener emociones (alegría, angustia, etc.) sin ser muy conciente de esos sentimientos en el momento en que me suceden"; "romper o dejar caer objetos por descuido o por no prestar atención"; "tener dificultad para focalizarme o prestar atención a lo que está sucediendo en el presente". Para la puntuación de la escala, se invierten los ítems y luego se calcula la media; así, puntajes más elevados reflejan un mayor grado de Mindfulness.

2.2.3-Procedimiento

Se trata de un diseño no experimental transversal. Los sujetos fueron evaluados en un solo momento. Se solicitó consentimiento verbal y se aplicó el instrumento de forma auto-administrada. Los datos resultantes fueron codificados con el editor de datos SPSS y analizados mediante análisis factorial exploratorio y análisis de consistencia interna. Se utilizó el programa FACTOR para realizar el análisis factorial.

TERCERA PARTE

3. RESULTADOS

3.1- Análisis Factorial y estructura interna

Atentos a que los ítems del MAAS son ordinales, se aplicó un análisis factorial sobre la matriz de correlaciones policóricas. Las comprobaciones previas sugieren que la matriz es adecuada para este tipo de análisis (Determinante = 0.006; Test de Bartlett = Chi-square (105)=1446.9, $p < .001$; KMO = 0.88). Por su lado, el análisis paralelo sugiere un solo factor con autovalor por encima de los valores de la simulación. Este primer factor explica el 37% de la varianza total y todos los ítems presentan cargas positivas en él (ver tabla 1). Se puede considerar entonces que la escala evalúa un constructo unidimensional, tal como fue hipotetizado.

Por otro lado, todos los ítems muestran buenos índices de discriminación (correlación ítem-total corregida) y la confiabilidad (consistencia interna) de la escala fue muy buena (Alfa de Cronbach: .84). Se constató que el ítem número 14 es el que alcanza el peso factorial más elevado (0.71), siendo este justamente uno de los ítems que mejor expresa el sentido de la escala MAAS.

3.2 Diferencias de edad y género

La Prueba t indica que no hay diferencias significativas en los promedios del MAAS según los grupos diferenciados por género ($t=1,18$, gl, 285, $p > 0,01$). Por otro lado, un análisis de correlación entre la edad y la escala total indica una relación inversa, aunque muy baja ($r = -0,18$, $p < 0,05$).

En el estudio original no se hace mención directa a la existencia de diferencias con respecto al género o edad de los sujetos evaluados, considerándose apropiado el uso de la escala tanto en estudiantes como en población adulta general.

Tabla 1. Estadísticos para los ítems de la escala MAAS

Ítem	Media		D.S.		Discriminac.		Peso factorial	
	(Arg)	(USA)	(Arg)	(USA)	(Arg)	(USA)	(Arg)	(USA)
1- sentir o tener emociones (alegría, angustia, etc) sin ser muy conciente de esos sentimientos en el momento en que me suceden	4.18	4.02	.98	1.12	.36	.46	.44	.45
2- Romper o dejar caer objetos por descuido o por no prestar atención.	4.31	4.13	.83	1.47	.30	.45	.38	.42
3- Tener dificultad para focalizarme o prestar atención a lo que esta sucediendo en el presente	4.27	3.80	.88	1.23	.45	.51	.56	.49
4- Caminar rápido para llegar a un lugar, sin prestar atención a lo que me va pasando en el camino.	3.81	3.41	1.14	1.27	.53	.45	.62	.39
5- No darme cuenta que estoy incomodo o tenso hasta que estas sensaciones se vuelven muy intensas	4.06	3.83	.97	1.22	.40	.27	.50	.25
6- Olvidar el nombre de una persona casi inmediatamente después de que me lo han dicho.	3.60	3.40	1.19	1.54	.39	.33	.43	.31
7- Puedo funcionar en "piloto automático", sin darme mucha cuenta de lo que estoy haciendo.	4.11	3.72	.94	1.24	.54	.78	.63	.72



8-Puedo pasar de una cosa a otra prácticamente sin darme cuenta.	3.90	3.81	1.02	1.11	.57	.74	.67	.74
9-Focalizo tanto en mis objetivos que no soy conciente de lo que voy haciendo en el proceso.	4.17	3.74	.91	1.15	.54	.38	.66	.38
10- Hago trabajos y tareas automáticamente, sin prestar atención a lo que estoy haciendo.	4.11	3.70	.96	1.20	.57	.69	.70	.61
11-Puedo escuchar a alguien con un oído y estar haciendo otra cosa al mismo tiempo.	3.44	3.52	1.24	1.16	.28	.55	.33	.49
12- Voy hacia un lugar y luego me pregunto para que fui allí.	4.04	4.36	.98	1.42	.47	.62	.54	.57
13-Me preocupo por el futuro o el pasado, sin estar muy pendiente del presente.	3.72	2.66	1.14	1.03	.49	.28	.56	.26
14- Me doy cuenta de que hago cosas sin prestar atención.	3.76	3.66	1.03	1.14	.60	.77	.71	.69
15- Puedo comer algo sin prestar atención o sin disfrutar de la comida.	3.88	4.11	1.11	1.42	.53	.47	.61	.41

CUARTA PARTE

4. CONCLUSIONES

4.1- Discusión general

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo realizar un estudio de la calidad psicométrica de la Escala MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) en su versión traducida al idioma castellano. Globalmente, los resultados obtenidos indican que la escala se comporta de manera muy similar a la original.

Al comparar los resultados obtenidos en esta investigación con los expuestos por Brown y Ryan (2003) en su estudio de la escala en idioma inglés, se verifica que la escala evalúa un constructo unidimensional y posee un nivel muy similar de consistencia interna (Alfa de Cronbach original: .85 y Alfa de Cronbach en la muestra local: .84). Asimismo, todos los elementos de la escala mostraron buenos índices de discriminación.

Con respecto a la hipótesis de diferencias de género y edad en los niveles mindfulness, no encontramos diferencias significativas con respecto al género, pero sí una relación negativa aunque muy débil con la edad. Nuestros resultados sugieren una leve disminución del nivel de Mindfulness en los sujetos a medida que aumenta la edad. Este aspecto no fue evaluado directamente en el estudio original. Estas diferencias deberían ser exploradas y estudiadas con mayor detalle, para determinar si se trata de un patrón consistente.

En síntesis, los resultados son globalmente satisfactorios y muy similares a obtenidos en el estudio original, lo que sugiere que el MAAS

podría proporcionar una medida válida para evaluar Atención y Conciencia Plena en nuestro contexto.

Si bien se trata de un estudio preliminar, los resultados son estimulantes y sugieren varias posibilidades para continuar con esta línea de investigación.

4.2 -Limitaciones y líneas futuras

Cabe mencionar en primer lugar que los resultados obtenidos corresponden a una muestra limitada de sujetos de población general. En la mayoría se trata de adultos jóvenes, no se incluyen menores de 18 años de edad, ni mayores de 65 años. Por lo cual resultaría interesante continuar con investigaciones que extiendan la aplicación de esta escala a diferentes grupos etáreos.

Asimismo, sería deseable administrar el MAAS en ciertas poblaciones específicas para evaluar su validez, por ejemplo, en poblaciones clínicas o de sujetos que se involucren en actividades que impliquen un mayor desarrollo de Mindfulness. Una posibilidad de investigación es el estudio de la aplicabilidad clínica de esta escala, aunque también el estudio de su funcionamiento en diferentes ámbitos del quehacer profesional del psicólogo (e.g., Psicología del Deporte, Psicología Laboral). Antes de su aplicación, se requieren desde luego más estudios que amplíen las evidencias de validez, sobre todo en cuanto a la relación con otros constructos y medidas externas.

Esperamos que este trabajo haya contribuido al desarrollo de un instrumento para el estudio del Mindfulness en nuestro país. Creemos que

se trata de un tema poco conocido, tanto en sus aplicaciones como en sus formas de evaluación. Es necesario realizar más investigaciones para ampliar la base de conocimiento sobre los procesos psicológicos asociados al Mindfulness, así como las posibles aplicaciones prácticas de este concepto.

5. Referencias

- Abramowitz, J.S (1997). Effectiveness of Psychological and Pharmacological treatment for obsessive compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 44-52.*
- Allen, N. B., Chambers, R., Knight, W., Blashki, G., Ciechomoski, L., Hased, C., Gullone, E., McNab, C., Meadows, G. (2006). Mindfulness- based Psychotherapies: a Review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40, 285-294.*
- Anchorena, M. N, Cándale, J (2010). Un cambio atento: El cultivo de Mindfulness en el manejo del estrés y la ansiedad. *Art. Presentado en XI Cong. De Estrés. Post. Y Trast. De Ansiedad. Junio 2010.* Recuperado el 10 de Abril de 2011de: <http://www.iniciativamindfulness.com.ar>.
- Antony, M. & Barlow, D. H (2002). Specific Phobias. In D.H. Barlow(Ed.). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (and ed., pp 380-417). New York: Guilford.*
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10, 125-143.*

- Carlson, L.E, & Brown, K.W (2006). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic research*, 58, 29-33.
- Carson, L (2007). Mindfulness- based relationship enhancement. *Behaviour Therapy*, 35, 471-494.
- Cebolla, A (2007). Eficacia de la terapia cognitive basada en la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Tesis Doctoral no publicada, presentada en la Universidad de valencia*.
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan (2005). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the mindfulness questionnaire. Unpublished manuscript.
- Davis, J.M, Fleming, M.F, Bonus, K., Baker, T.B. (2007). A pilot study on Mindfulness based stress reduction for smoker, *BMC. Complementary and Alternative medicine*, 7.2.
- Davidson, R.J., Kabat- Zinn, J., Schumacher, M.S. (2003). Alteration in braind and immune function produced by Mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985).The general causality orientations scale: Self determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134

- Dimidjian, S. P, Linehan, M (2003). Defining and agenda for future research on the clinical application of Mindfulness practice. *American Psychological association, d12, 166-171.*
- Feldman, G.C., Hayes, A.M, Kumar, S.M., &Greeson, J.M (2004). Development, factor structure, and initial validation of the cognitive and affective Mindfulness scale. *Unpublished manuscript.*
- García-Palacios, A.M. (2007). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia, 66/67, 121-132.*
- Germen, C.K (2005). Mindfulness and Psychotherapy. pp113-129. *New York: Guilford Press.*
- Gould, R. A, Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M. W., & Yap, L (1997). Cognitive behavioral pharmacological treatment for social phobia: A meta analysis. *Clinical Psychology. Science and Practice, 4, 291-306.*
- Grossman, P, Niemann, L, Schmidt L. S., & Wallach, H (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta- analysis. *Journal of Psychosomatic research, 57, 35-43.*
- Hanh, T. N (1975). *The miracle of Mindfulness.* Boston: Bacon Press (edición en español en Omiro)
- Hanh, T.N (1987). *Being Peace.* Berkeley: Parallax Press (edición en español en Neoperson).

- Hayes, A.M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of Mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hayes, A.M., Luoma, J.B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, Processes and outcomes. *Behaviour research and Therapy*, 44, 1-25.
- Kabat- Zinn, J. (2003). Mindfulness- based interventions in context: Past, present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat- Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud. Las crisis. Como utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Kairós: Barcelona.
- Kumar, S, Feldman, G. & Hayes, A (2008). Changes in Mindfulness and emotion regulation in an exposure-based Cognitive Therapy of depression. *Cognitive Therapy Research*, 32, 734-744.
- Langer, E.J., & Moldovenau, M (2000). The construct of Mindfulness. *Journal of social issues*, 56, 1-9.
- Lau, M.A., Bishop, S.R., Segal, Z.V., Buis, T., Anderson, N.D., Carlson, L (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of clinical Psychology*, 62, 1445-1467.



- Lazar, S. W (2005). Mindfulness and Psychotherapy. En C.K., Germer. R. D., Siegel, P.R. *Mindfulness research*. (pp.220-238). New York: Guilford Press.
- Levesque, C. & Brown, K.W (2007) Mindfulness as a moderator of the effect of implicit motivational self- concept on day-to-day behavioral motivation. *Motivation and Emotion*, 31, 284-299.
- Linehan, M, Tutek, D. A., Heard, H. & Amstrong, H. E (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioural treatment of chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Mañas, I (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Mañas I (2009). Mindfulness (atención plena). La meditación en Psicología. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors: New York: Guilford Press.
- Miró, M. T (2007). La atención Plena ("Mindfulness") como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, 66/67, 31-77.
- Orsilla, S. M., Roemer, L. & Holowoka, D. W (2005). Acceptance- based behavioural therapies for anxiety.(pp.33-35). New York: Springer.

- Pérez, M.A & Botella, L (2007) Conciencia Plena (Mindfulness) Y Psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17, 77-120.
- Prieto, J.M (2007) Psicología de la meditación, la psique de vuelta a casa. *Infocoop*, 33. .
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Salmon, P., Sephton, S., Weissbecker, I., Ulmer, C. & Studs, J.(2004). Mindfulness meditation in clinical Practice. *Cognitive and Behavioural Practice*, 11, 434-446.
- Shapiro, S.I., Carlson, L., Astin, J.A., &Freedman (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.
- Simon, V.M (2007). Mindfulness & neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 66/67,5-30.
- Teasdale, J.D (1999). Metacognition, Mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. D, & Bernard, P. (1993). Affect, cognition and change: Remodeling depressive thought. *Hillsdale. New York: Lawrence Earlbaum*.
- Vallejo, M.A (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27, 92-99.

Vallejo, M.A (2006). Mindfulness (Presencia reflexiva y atenta). *Psicología conductual*, 14, 433-451.

Vallejo, M.A (2007) El Mindfulness y la tercera generación de terapias psicológicas. *Infocoop*, 33, 16-18.

Wilson, K.G & Luciano, M.C (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid. Pirámide.