




Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



# CONCIENCIA Y ACEPTACIÓN EN SALUD MENTAL

Facultat de Medicina  
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal  
Programa de Doctorat en Psiquiatria

**Tesis Doctoral presentada por**  
Rosa Maria Tejedor Vinent

**Directores:**

Dr. Víctor Pérez Sola

Dr. Joaquin Soler Ribaudi

**Junio, 2017**



El Dr. Joaquin Soler Ribaudi (Departament de Psiquiatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) y el Dr. Víctor Pérez Sola (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar)

Certifican:

Que han supervisado la presente tesis doctoral titulada:

**Conciencia y aceptación en salud mental**

Realizada por Rosa Maria Tejedor Vinent y consideran que es apta para su lectura y defensa pública para optar por el grado de Doctor por la Universitat Autònoma de Barcelona.

Por tal motivo queda constancia en el presente documento en Barcelona,

8 de Junio de 2017.

**Dr. Víctor Pérez Sola**

**Dr. Joaquin Soler Ribaudi**



**A Quim,  
Martí y Bernat.**



---

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a mis directores de tesis, Dr. Víctor Pérez y Dr. Joaquim Soler, por haberme orientado y dirigido en este largo camino, por su apoyo incondicional en el día a día, por brindarme su conocimiento sobre el tema, su pasión por la investigación y animarme para continuar adelante.

Al Dr. Bonet, Director de la Divisió de Salut Mental de Manresa, por darme la oportunidad de trabajar en su equipo, por el apoyo y confianza que nos da en todos los proyectos que realizamos.

A las “compis de passadís” (Blanca, Eulàlia, Antònia, Joana, MariCruz, Judith, Yolanda, Domi, Isabel y Alba) y a las que no estáis en “el passadís” pero también estáis (Laura, Sílvia, Helena, Esther), por el tiempo compartido, por traer el ocio al trabajo, por ser tan buenas compañeras y amigas, siempre tener una sonrisa y unas buenas palabras.

A las doctorandas que ya son Doctoras o que continúan siendo doctorandas (Mari Cruz, Domi, Yolanda y Antònia), por los ánimos que nos damos en esta aventura que ha sido una montaña rusa de energía y emociones.

A las compañeras del CAS, Blanca, Raquel, Esther, Cristina y Alba, por hacer del CAS un gran equipo y lugar agradable.

A todas las que compartimos “la Xerradeta” algunas mañanas; Àurea, Marta F., Laia, Flor, Judith, Txell y Marta P., gracias por compartir estos momentos de la mañana y hacer que el día empiece mejor.

A todos los compañeros de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia, por trabajar juntos día a día. Y a las “secres” por hacer más fácil las cosas.

A Thais y Clo, amigas desde la Universidad y presentes en todos los acontecimientos de mi vida.

A las niñas (Anita, Marta, Ana, Meri y Blanca), por las cenitas y cafecitos que me cargan las pilas cada vez que nos vemos, por estar siempre allí. Blanca, mil gracias de nuevo por tus revisiones.



A Irene y Judith, por haber hecho de canguros-amigas para darme tiempo en la recta final de la tesis.

A mis padres por haberme enseñado lo importante de aprender, de saber, de estudiar. Porque sin estos valores seguramente no me hubiese planteado hacer lo que estoy haciendo.

A mi hermana por estar siempre presente a pesar de estar en Holanda.

A Quim, por conocerle y acompañarme en mi vida personal y profesional. Por continuar siendo mi “profe”, por transmitirme la curiosidad hacia todos los conocimientos de nuestra profesión. Por darme y compartir juntos nuestros pequeños-grandes tesoros (Martí y Bernat). Por hacerme feliz cada día.

A Martí y Bernat por darme alegría, por compartir vuestros juegos, por darme momentos tan especiales con vosotros.

Y a todos los pacientes y familias que atiendo en el CAS de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, por todo lo que me enseñan, por dejarme ayudarles a que su vida mejore.

---

**ÍNDICE**

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS ÚTILIZADOS EN EL PRESENTE TRABAJO .....	11
JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS .....	13
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>15</b>
1.1. Origen y definición del mindfulness.....	17
1.2. El desarrollo del mindfulness y la meditación .....	18
1.3. Evaluación del mindfulness.....	20
1.3.1. <i>Freiburg Mindfulness Inventory</i> (FMI) .....	21
1.3.2. <i>Langer Mindfulness Scale</i> (LMS).....	22
1.3.3. <i>Mindful Attention Awareness Scale</i> (MAAS) .....	23
1.3.4. <i>Mindfulness Attention Awareness Scale- Adolescent</i> (MAAS-A).....	24
1.3.5. <i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills</i> (KIMS) .....	24
1.3.6. <i>Child and Adolescent Mindfulness Measure</i> (CAMM) .....	25
1.3.7. <i>Toronto Mindfulness Scale</i> (TMS) .....	26
1.3.8. <i>Five Facets Mindfulness Inventory</i> (FFMQ) .....	27
1.3.9. <i>Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised</i> (CAMS-R) .....	28
1.3.10. <i>Experiences Questionnaire</i> (EQ) .....	29
1.3.11. <i>Philadelphia Mindfulness Scale</i> (PHLMS) .....	30
1.3.12. <i>Southampton Mindfulness Questionnaire</i> (SMQ) .....	31
1.3.13. <i>Effects of Meditation Scale</i> (EOM) .....	32
1.3.14. <i>State Mindfulness Scale</i> (SMS) .....	33
1.3.15. <i>Comprehensive Inventory of Mindfulness Experience</i> (CHIME- $\beta$ ).....	33
1.4. Capacidad de mindfulness en diversos trastornos psiquiátricos.....	35
1.4.1. Trastorno límite de la personalidad (TLP).....	35
1.4.2. Trastorno por dependencia de cocaína (TDC).....	37
1.4.3. Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) .....	41
1.4.4. Trastorno depresivo mayor (TDM).....	45
<b>2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>51</b>
2.1 Hipótesis de Trabajo .....	53
2.2 Objetivos .....	53
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>55</b>
3.1 Estudio 1: Propiedades psicométricas de la versión española de la escala <i>Mindful Attention Awareness Scale</i> (MAAS).....	58
3.1.1 Introducción.....	58
3.1.2 Metodología.....	60
3.1.3 Material .....	61
3.1.4 Análisis de datos .....	62
3.1.5 Resultados .....	63
3.1.6 Discusión.....	68

3.2 Estudio 2. Propiedades psicométricas de la versión española de la <i>Philadelphia Mindfulness Scale</i> .....	72
3.2.1 Introducción.....	72
3.2.2 Metodología.....	73
3.2.3 Análisis de datos .....	76
3.2.4 Resultados .....	77
3.2.5 Discusión.....	83
3.3 Estudio 3. Mindfulness en distintos trastornos psiquiátricos .....	90
3.3.1 Introducción.....	90
3.3.2 Metodología.....	92
3.3.3 Análisis de datos .....	94
3.3.4 Resultados .....	95
3.3.5 Discusión.....	97
<b>4. DISCUSIÓN GENERAL.....</b>	<b>103</b>
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>111</b>
5.1 Estudio 1.....	113
5.2 Estudio 2.....	113
5.3 Estudio 3.....	114
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>117</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>137</b>
ANEXO A: ARTÍCULO “Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)” .....	139
ANEXO B: Cuestionario Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) versión española.....	147
ANEXO C. ARTÍCULO: “ Propiedades psicométricas de la versión española de la Philadelphia Mindfulness Scale”. .....	151
ANEXO D: Cuestionario: Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) versión española .....	160

## ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS ÚTILIZADOS EN EL PRESENTE TRABAJO

ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AN	Anorexia nerviosa
CFI	<i>Comparative Fit Indexes</i>
GFI	<i>Goodness of Fit Index</i>
AGFI	<i>Adjusted General Fit Index</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
BN	Bulimia nerviosa
BSL-23	<i>Borderline Symptom List – 23</i>
CAAM	<i>Child and Adolescent Mindfulness Measure</i>
CAMS-R	<i>Affective Mindfulness Scale-Revised</i>
CHIME	<i>Comprehensive Inventory of Mindfulness Experience</i>
CS	Control Sano
CNP	Control no psiquiátrico
DBT	Terapia Dialéctico-Conductual
EABT	<i>Emotion Acceptance behavior Therapy</i>
EOM	<i>Effects Of Meditation State</i>
EQ	<i>Experiences Questionnaire</i>
FA	Focalización de la atención
FFMQ	<i>Five Facets Mindfulness Inventory</i>
FMI	<i>Freiburg mindfulness Inventory</i>
IH	Intervención habitual
KIMS	<i>Kentucky Inventory of Minfulness</i>

LMS	<i>Langer Mindfulness Scale</i>
MA	Monitorización abierta
MAAS	<i>Mindful Attention Awareness Scale</i>
MBCT	<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i> ; Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness
MB-EAT	<i>Mindfulness-Based Eating Awareness Training</i>
MBIs	Intervenciones basadas en mindfulness
MBPR	<i>Mindfulness-Based Relapse Prevention</i> ; Prevención de Recaídas para Conductas Adictivas Basado en Mindfulness
MBSR	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i>
MEAL	<i>Mindfulness Eating And Living</i>
PHLMS	<i>Philadelphia Mindfulness Scale</i>
SMQ	<i>Southampton Mindfulness Questionnaire</i>
SMS	<i>State Mindfulness Scale</i>
TCA	Trastorno de la conducta alimentaria
TCAn	Trastornos de la conducta alimentaria no especificados
TDC	Trastorno de dependencia de cocaína
TDM	Trastorno depresivo mayor
TDMr	Trastorno depresivo mayor recurrente en remisión
TLP	Trastorno límite de la personalidad
TMS	<i>Toronto Mindfulness Scale</i>
TUS	Trastorno por uso de sustancias

## JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

La investigación y las aplicaciones clínicas entorno al mindfulness se han incrementado de forma clara y significativa en la última década. Dada la disposición y la presencia de estados naturales de mindfulness, así como la existencia de técnicas y métodos capaces de potenciarlo, por un lado sería útil tener herramientas validadas al español que midan este constructo y, por otro, ver cómo se comporta el mindfulness en diferentes trastornos psiquiátricos.

Esta tesis doctoral se compone de tres estudios: el primer estudio tiene como objetivo validar al español la MAAS (Brown & Ryan, 2003), la escala más utilizada en estudios de investigación en mindfulness (Sauer et al., 2013); el segundo, validar al español la PHLMS (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008), una escala bidimensional que valora el mindfulness con dos componentes (aceptación y conciencia); y el tercer estudio se dirige a examinar los niveles de mindfulness en una muestra control no psiquiátrica (CNP) y en diferentes muestras psiquiátricas formadas por personas con trastorno límite de la personalidad (TLP), trastorno por dependencia de cocaína (TDC), trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y trastorno depresivo mayor recurrente en remisión (TDMr) utilizando las escalas de mindfulness validadas al español. También, se propone explorar las asociaciones entre los síntomas afectivos y la capacidad de mindfulness en estos trastornos psiquiátricos.



# **1. INTRODUCCIÓN**





---

## 1. INTRODUCCIÓN

---

### 1.1. ORIGEN Y DEFINICIÓN DEL MINDFULNESS

---

El concepto de mindfulness tiene su origen en la tradición meditativa oriental. Proviene de la traducción aproximada al inglés del término “sati” del idioma Pali (Baer, 2003; Germer, 2005; Gunaratana, 2002; Wallace, 2007) y hace referencia a estar consciente y prestar atención. Las distintas definiciones propuestas del término mindfulness coinciden en enfatizar el mantener la conciencia de uno vivo en la realidad presente (Han, 1976). Una de las definiciones de mindfulness más comúnmente utilizada en la clínica y en la investigación es la propuesta por Kabat-Zinn, que lo describe como “prestar atención de forma particular: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1994). En un estado de mindfulness, los pensamientos y sentimientos son observados como eventos en la mente, sin identificarse con ellos y sin responder a ellos de forma automática, que es el patrón habitual de reacción. Este estado de autoobservación está pensado para introducir espacio entre percepción y respuesta. El mindfulness puede ser visto como un estado o “modo” más que como un rasgo del individuo, ya que su evocación o mantenimiento depende de la intención de regular la atención de la manera descrita en un momento particular. De esta forma cuando la atención no se regula de esta forma particular, no se está en “modo mindfulness” (Bishop et al., 2004). Sin embargo, la ausencia de una definición clara y operativa ha generado una considerable ambigüedad sobre el concepto y no existe una definición única del término.

Algunos autores definen el mindfulness como dejar ir los apegos y convertirse en uno con la experiencia, sin juzgarla o hacer cualquier esfuerzo para cambiarla (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006). Según Brown y Ryan (2003), el mindfulness es valorado como “un estado en el que uno está atento y consciente a lo que está sucediendo en el presente”. Según Baer (2003), es “la observación no juiciosa de la corriente en curso de estímulos internos y externos tal como surgen”. Para Germer (2005), es “la conciencia momento a momento o conciencia de la experiencia presente con aceptación”. Para Cardaciotto et al. (2008), es “la tendencia

a ser altamente consciente de las experiencias internas y externas en el contexto de una postura de aceptación, y no enjuiciamiento hacia estas experiencias”. Otros modelos lo valoran como un conjunto de técnicas diseñadas para traer una completa atención a la experiencia que ocurre momento a momento (Hayes & Wilson, 2003).

Cada autor utiliza su propia terminología para describir y entender el mindfulness, y aunque entre ellos existe un elevado solapamiento de ideas, aún se discute si se trata de un constructo uni o multifactorial (Baer et al., 2008). En contraste con enfoques multifactoriales, donde se desglosan hasta cinco factores constituyentes (Baer et al., 2008), existen propuestas que han sintetizado los aspectos esenciales de estas intervenciones alrededor de dos factores, uno de conciencia y otro de aceptación (Bishop et al., 2004; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008). En cambio, las propuestas más reduccionistas señalarían un único factor, el de conciencia (Brown & Ryan, 2003, 2004, 2011). Estas últimas propuestas se sustentan sobre el argumento de que el componente de aceptación resultaría redundante, tanto a nivel teórico como psicométrico, con el de conciencia. Ante este planteamiento, el aumento del foco de la atención en el momento presente sucederá necesariamente con una actitud de aceptación, de la misma forma que el énfasis en la postura no evaluativa de aceptación conlleva inevitablemente un aumento de la conciencia (Brown & Ryan, 2003).

Finalmente, con la intención de consensuar los elementos definitorios de la atención plena o mindfulness, varios teóricos propusieron que había dos componentes que parecerían ser constitutivos de la atención plena: la autorregulación de la atención sostenida en el presente y una actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia la experiencia (Bishop et al., 2004). Es importante destacar que el concepto de mindfulness no se puede separar del todo de cualidades relacionadas como la ecuanimidad, la sabiduría, la compasión o la concentración, entre otras, por lo que es importante enfocarse profundamente en tales características, que podrían ser más fácilmente capturadas por los cuestionarios (Chiesa, 2013).

### **1.2. EL DESARROLLO DEL MINDFULNESS Y LA MEDITACIÓN**

---

Es importante destacar que el mindfulness es una capacidad humana inherente que se puede potenciar. Se trata de una experiencia natural, aunque infrecuente en la

atareada vida cotidiana. El mindfulness acostumbra a suceder ante situaciones que nos resultan interesantes, en las que de forma natural se mantiene la atención sobre lo que sucede, se atiende con detalle y curiosidad. La potenciación y el desarrollo de esta capacidad se consigue practicando diversos tipos de meditación. La meditación se puede dividir en dos categorías: focalización de la atención (FA) y monitorización abierta (MA) (Lutz, Slagter, Dunne, & Davidson, 2008).

La FA consiste en sostener la atención de forma selectiva, momento a momento, en un objeto concreto o zona concreta, como pueden ser las sensaciones físicas causadas por la respiración en un punto como los orificios nasales o la zona abdominal. Para sostener el foco de atención, el meditador tiene que monitorizar constantemente dónde está la atención. El objeto de concentración es el centro de la atención, de tal forma que cuando la atención se aleja del objeto, la instrucción habitual es reconocer que uno se ha alejado y después restaurar la atención en el objeto elegido. Durante la meditación, hay una completa focalización sobre el objeto, sin pensar sobre él, ni asociar ideas a él, ni distraerse con otros contenidos de la conciencia o estímulos externos (Shapiro, Shauna, Slagter, & Santerre, 2002). Más recientemente los mismos autores añaden y subdividen las formas de práctica en tres categorías que distinguen entre atencionales, constructivas y deconstructivas (Dahl, Lutz & Davidson, 2015). La FA y la MA se considerarían atencionales.

Por otro lado, en la MA la intención es atender, en cada momento y con apertura, a todos los estímulos internos y externos que aparecen en el campo perceptivo, sin emitir juicios, ni centrarse en un objeto concreto. Se puede ejemplificar con la siguiente instrucción: “Distingue entre la observación de la experiencia en sí y los pensamientos e interpretaciones de la experiencia. Observa el proceso del pensamiento. Trata todos los pensamientos por igual y sin aferrarte a ellos ni rechazarlos” (Bishop et al., 2004). A diferencia de la FA, la atención no se dirige hacia un objeto estable, sino al flujo de conciencia en movimiento (Kostanski & Hassedz, 2008; Olendzki, 2009).

Las intervenciones clínicas que han adaptado la práctica de mindfulness lo conceptualizan como un grupo de habilidades que pueden ser aprendidas y practicadas para reducir síntomas psicológicos e incrementar la salud y el bienestar en general (Baer, 2003; Bishop et al., 2004; Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Dimidjian & Linehan, 2003).

La meditación incluye prácticas formales que implican una disciplina (p.e.: meditación sentado o en movimiento) y prácticas informales, que se pueden realizar en la vida cotidiana (p.e.: mindfulness al comer, ducharse, conducir) (Dimidjian & Linehan, 2003). Las prácticas informales de meditación son tan valiosas como las prácticas formales pero se olvidan fácilmente y se pierde la habilidad de estabilizar la mente si no se combinan con las prácticas formales (Kabat-Zinn, 1990).

En la práctica clínica existen diversos programas basados en mindfulness para la intervención en diversos trastornos mentales: el Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR; Kabat-Zinn, 1990), la Terapia Cognitiva de la Depresión Basada en Mindfulness (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) para la prevención de recaídas en depresión recurrente; el Programa de Prevención de Recaídas para Conductas Adictivas Basado en Mindfulness (*Mindfulness-Based Relapse Prevention*, MBRP; Bowen, Chawla, & Marlatt, 2011) y *Mindfulness-Based Eating Awareness Training* (MB-EAT, Kristeller & Wolever, 2010) para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Todas ellas utilizan prácticas formales de meditación. En contraste, la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) y la Terapia Dialéctico-Conductual (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT; Linehan, 1993) para el trastorno límite de la personalidad (TLP) ponen un menor énfasis en la práctica formal e incluyen el mindfulness como una técnica dentro de un paquete amplio de intervenciones psicológicas.

### 1.3. EVALUACIÓN DEL MINDFULNESS

---

Dada la disposición y la presencia de estados naturales de mindfulness, así como la existencia de técnicas y métodos capaces de incrementar el mindfulness, es necesario tener herramientas válidas que midan este constructo. Estos instrumentos permiten valorar si las intervenciones terapéuticas incrementan el mindfulness (Soler, 2014; en prensa 2017).

En los últimos años se han creado muchos cuestionarios que miden mindfulness basados en los diversos modelos teóricos. Como ya se ha mencionado, existe una visión diferencial en cuanto a la evaluación del mindfulness en función de si se conceptualiza como un constructo unidimensional o multidimensional. En

consecuencia, podríamos identificar dos grupos de herramientas de evaluación: las que lo miden como un constructo multifacético y, por lo tanto, contienen subescalas que miden diferentes dimensiones; y las que lo miden como constructo unidimensional con una escala unitaria. Sin embargo, existen cuestionarios que a pesar de identificar diferentes dimensiones aportan sólo una puntuación global unitaria; en cambio, otros miden aspectos específicos como la calidad de la práctica o los efectos inherentes durante la práctica de mindfulness derivados de la vida cotidiana.

También se pueden clasificar las escalas desde la perspectiva del mindfulness que lo ha considerado como rasgo o como estado psicológico.

A continuación describiremos brevemente las escalas de las que disponemos en la literatura para la medición del mindfulness en población adulta, adolescente e infantil, desde la primera que se creó hasta la más reciente.

### 1.3.1. *Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)*

La FMI (Buchheld, Grossman, & Walach, 2001; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006) fue la primera escala creada para medir el mindfulness, entendiéndolo como “un fenómeno atencional, una observación imparcial de cualquier fenómeno con el objetivo de percibirlo y experimentarlo tal y como es realmente, sin distorsión emocional o intelectual” (Buchheld et al., 2001).

Su origen y desarrollo está claramente enraizado en la psicología budista. Inicialmente esta escala se aplicaba únicamente a personas que acudían a retiros de meditación, por lo que la escala se administra a personas que tienen experiencia en meditación.

Desde la versión original de 30 ítems (Buchheld et al., 2001) se ha desarrollado una versión de 14 ítems (Walach et al., 2006) con una visión unifactorial, una mayor robustez psicométrica y alejada de la semántica budista (Walach et al., 2006). También existe otra versión con 7 ítems (Jimenez, Niles, & Park, 2010). Todas ellas se puntúan según una escala tipo Likert con un rango entre 1 (*raramente*) hasta 4 (*casi siempre*).

Originalmente presentó cuatro subescalas: Presencia, No juzgar/Aceptación, Apertura a las experiencias e *Insight*. A pesar de ello, debido a la inconsistencia psicométrica de estos factores en trabajos posteriores, se aconseja la interpretación unifactorial del instrumento (Bergomi, Tschacher, & Kupper, 2013b). Aunque un estudio que evaluaba

las propiedades de la versión de 14 ítems de la FMI reportó una estructura de dos factores, etiquetados como Presencia (atención al momento presente) y Aceptación (actitud de no juicio) (Kohls, Sauer, & Walach, 2009; Sauer et al., 2013).

La FMI de 30 ítems tiene una elevada consistencia interna con alfas de Cronbach de .87 a .93 y en la versión de 14 ítems tiene un alfa de Cronbach de .79 a .86.

Las correlaciones de la FMI con otras escalas como la *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS), *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS), *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised* (CAMS-R), y *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ) son entre bajas y moderadas ( $r = .31$  a  $.60$ ) (Baer, Smith, Hopkins, & Toney, 2006).

En relación a otros parámetros psicológicos, la FMI correlaciona negativamente con sintomatología psiquiátrica, neuroticismo, desregulación emocional, alexitimia, disociación y estrés; y correlaciona positivamente con apertura y autocompasión (Park, Reilly-Spong, & Gross, 2013; Siegling & Petrides, 2014).

En un estudio que comparaba una muestra de estudiantes fumadores y abusadores de alcohol con estudiantes control, todos ellos sin experiencia meditativa, obtuvieron mayores niveles de mindfulness los primeros. Debido a que este hallazgo es paradójico y a la raíz budista en el origen del instrumento, se desaconseja su utilización en poblaciones sin experiencia en la meditación (Leigh, Bowen, & Marlatt, 2005).

### 1.3.2. *Langer Mindfulness Scale* (LMS)

La LMS (Bodner & Langer, 2001; Pirson, Langer, Bodner, & Zilcha, 2012) mide la tendencia a estar en atención plena y se centra en la conceptualización del mindfulness como proceso cognitivo de tratamiento de información y creatividad. Está compuesta por cuatro subescalas: Búsqueda de novedad, Compromiso, Producción novedosa y Flexibilidad.

La LMS está compuesta de 21 ítems que se puntúan con una escala tipo Likert de 7 puntos des de 1 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 7 (*muy de acuerdo*).

La escala presenta una buena consistencia interna para la escala global con un alfa de Cronbach entre .81; mientras que para cada uno de sus factores el alfa era de .65 para Búsqueda de novedad, .52 para Compromiso, .63 para Producción novedosa y .47

para Flexibilidad (Bodner & Langer, 2001).

Sin embargo, en una validación posterior la estructura factorial de cuatro factores, no encontró apoyo estructural, por lo que se evalúa con una única puntuación (Haigh, Moore, Kashdan, & Fresco, 2011).

En relación a la correlación con otras medidas de mindfulness, se encuentran  $r = .11$  con las MAAS y de  $r = .35$  con FFMQ (Bodner & Langer, 2011; Siegling & Petrides, 2014) y correlaciones entre .14 a .24 para la CAMS-R, SMQ y FMI (Siegling & Petrides, 2014). Estas correlaciones bajas probablemente tienen relación con que la escala tiene una conceptualización distinta del mindfulness.

En relación a otros parámetros psicológicos, la LMS correlaciona intensamente con apertura a la experiencia, moderadamente con afecto positivo, y en menor medida y negativamente con neuroticismo y afecto negativo (Park et al., 2013). La relación con la dimensión de neuroticismo no se observa en el estudio de Siegling et al. (2014), pero sí se confirma la fuerte relación con apertura, y en menor medida con las otras dimensiones de extraversión, amabilidad y responsabilidad.

### 1.3.3. *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*

La MAAS (Brown & Ryan, 2003) es una escala que fue diseñada para medir el mindfulness como atención/conciencia centrada en el momento presente en la vida cotidiana, valorándolo como un estado que varía en las personas y que se puede cultivar con la práctica. La MAAS tiene una visión del mindfulness unifactorial y como rasgo (Bergomi, Tschacher, & Kupper, 2013a). Muchos estudios confirman la estructura unifactorial de la escala (Park et al., 2013; Siegling & Petrides, 2014). Los ítems de la MAAS miden más inatención o “mindlessness” que propiamente mindfulness y asume que el mindfulness es simplemente lo contrario de inatención (Sauer et al., 2013).

Se ha utilizado en poblaciones de sujetos con o sin experiencia en mindfulness y en muestras clínicas y no clínicas.

Consta de 15 ítems que se puntúan según una escala tipo Likert con un rango entre 1 (*casi siempre*) hasta 6 (*casi nunca*).

La MAAS presenta una elevada consistencia interna global, con alfa de Cronbach de



.78 a .92. La fiabilidad test retest es elevada ( $ICC = 0.81$ ). Las correlaciones de la MAAS con otras escalas como la FMI, CAMS-R, SMQ, KIMS y LMS, son entre bajas a moderadas (entre  $r = .14$  y  $r = .51$ ).

En relación a otras variables psicológicas, la MAAS correlaciona positivamente con variables de bienestar psicológico, valores, responsabilidad, afecto positivo y amabilidad, y negativamente con neuroticismo, ansiedad, estrés, clínica afectiva y rumiación (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003; Christopher & Gilbert, 2010; Siegling & Petrides, 2014).

### 1.3.4. *Mindfulness Attention Awareness Scale- Adolescent (MAAS-A)*

La MAAS-A (Brown, West, Loverich, & Biegel, 2011) se creó para población adolescente. Los resultados apoyan la fiabilidad y validez de la MAAS-A en adolescentes sin patología psiquiátrica y en poblaciones adolescentes psiquiátricas.

Dispone de una validación en español (Calvete, Sampedro, & Orue, 2014). La validación en nuestro medio, en chicos y chicas de entre 14 y 18 años, señaló correlaciones negativas moderadas entre la MAAS-A y los síntomas de depresión, la conducta antisocial, la ira, el consumo de drogas y el bajo autocontrol.

### 1.3.5. *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)*

La KIMS (Baer, Smith, & Allen, 2004) fue diseñada para evaluar la tendencia a estar *mindful* en el día a día y se basa en la conceptualización de las habilidades de mindfulness propuestas por la DBT, en la que el mindfulness se conceptualiza como una habilidad (Linehan, 1993).

Consta de 39 ítems y se puntúa con una escala tipo Likert de 4 puntos con un rango entre 1 (*raramente*) hasta 4 (*casi siempre*).

La KIMS está compuesta por cuatro subescalas: Observación, notar o atender a las experiencias internas como sensaciones, pensamientos o emociones y a los fenómenos externos; Descripción, etiquetar las sensaciones, percepciones, pensamientos, sentimientos, emociones o experiencias con palabras; Actuación Consciente, centrarse en la actividad momento a momento como opuesto a actuar mecánicamente; y No juzgar la experiencia interna, tomar una postura no evaluativa

hacia los pensamientos y las emociones.

La estructura factorial de la KIMS está apoyada por un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y el 43% de la varianza está acumulada en los cuatro factores. La consistencia interna de la escala es entre adecuada y buena, el coeficiente alfa oscila entre .72 y .97 según las subescalas; el coeficiente alfa de Cronbach para Observación es entre .85 y .91; para Descripción, entre .84 y .86; para Actuación consciente, entre .76 y .83; y para No juzgar la experiencia interna, .87. Al ser un instrumento multifactorial, la robustez psicométrica de las subescalas es diferente, siendo la escala de No Juzgar la más robusta. En cambio, existe una evidencia moderada para la subescala de Actuación consciente y la evidencia es limitada para la subescala de Descripción (Park et al., 2013). La KIMS incluye por tanto una faceta Descripción que genera controversia, ya que está totalmente aceptado que la habilidad de describir verbalmente la experiencia no constituye una faceta central en el mindfulness (Bergomi et al., 2013a). Las relaciones con la escala de Observación son impredecibles, presentando una elevada variabilidad en función de las muestras analizadas. En particular, varía su comportamiento en función de la presencia o ausencia de clínica psiquiátrica o en relación a la experiencia meditativa de los individuos (Baer, Smith, & Allen, 2004; Park et al., 2013).

La fiabilidad test retest es elevada ( $ICC = 0.81$  y  $0.86$ ). Las correlaciones de la KIMS con otras escalas como la MAAS, FMI y la CAMS-R son moderadas entre .51 y .67, y bajas .33 con las escalas SMQ y LMS. El instrumento también es sensible a la experiencia meditativa del individuo (Baer et al., 2006; Park et al., 2013; Siegling & Petrides, 2014).

En relación a otros parámetros psicológicos, la KIMS correlaciona negativamente y moderada con sintomatología psiquiátrica, supresión del pensamiento, alexitimia, disociación, inatención, dificultad en regular las emociones y evitación experiencial, y positivamente y de forma moderada con apertura, inteligencia emocional y autocompasión (Baer et al, 2006).

#### **1.3.6. *Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM)***

La CAAM (Greco, Baer, & Smith, 2011) es una adaptación de la KIMS para niños mayores de 9 años. Está compuesta por tres de las cuatro subescalas de la KIMS: Observación, Actuación consciente y No juzgar la experiencia interna. La subescala de

Descripción no se incluyó debido a que los sujetos a los que va dirigida la escala no tienen el grado de desarrollo cognitivo y verbal adecuado y podría influir en los resultados.

La escala consta de 10 ítems y se puntúa con una escala Likert de 5 puntos con un rango de 0 (*nunca verdad*) hasta 4 (*siempre verdad*).

Presenta una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de .81.

La escala correlaciona negativamente con índices de somatización, internalización y externalización de síntomas, supresión del pensamiento, problemas conductuales e inflexibilidad psicológica (entre  $r = -.22$  y  $r = -.60$ ) y positivamente con calidad de vida, habilidades sociales y logro académico (entre  $r = .14$  y  $r = .25$ ) (Greco et al., 2011).

La CAMM tiene una validación al catalán (Viñas, Malo, González, Navarro, & Casas, 2015). Ésta presentó una buena consistencia interna con alfa de Cronbach de .80. Correlacionó positivamente con parámetros psicológicos como bienestar, control de activación, atención y control inhibitorio (entre  $r = .23$  y  $r = .37$ ), así como con índices de familia, social y académico de una escala de autoconcepto (entre  $r = .14$  y  $r = .35$ ) (Viñas et al., 2015).

### 1.3.7. *Toronto Mindfulness Scale (TMS)*

La TMS (Lau et al., 2006) es una escala que evalúa el mindfulness como “la calidad mantenida cuando la atención es intencionadamente cultivada con apertura y sin juzgar a la experiencia”. Mide el mindfulness como un estado, no como rasgo, por lo que requiere la práctica de alguna práctica meditativa antes de su administración y los ítems de la TMS evalúan la calidad de esa experiencia. La otra característica definitoria del instrumento es que se centra en el componente de actitud prescindiendo de la variable de atención.

Está formada por 13 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos de 0 (*en absoluto*) hasta 4 (*mucho*).

La TMS está compuesta por dos subescalas: Curiosidad y Descentramiento, no hay puntuación global de la escala. El análisis factorial exploratorio (AFE) y AFC sugiere la presencia de dos factores. La consistencia interna de la TMS evaluada por alfa de Cronbach oscila entre .88 a .91, para Curiosidad y .84 a .85 para Descentramiento.

La subescala de Descentramiento correlaciona más fuertemente con otras medidas de mindfulness como la MAAS, FMI, CAMS-R, SMQ, KIMS-subescalas y FFMQ-subescalas con rangos entre 0.20 a 0.74 y la subescala de Curiosidad correlaciona más débilmente con rangos entre 0.10 a 0.54 (Davis, Lau, & Cairns, 2009). Centrándonos en las subescalas de la FFMQ, la FFMQ-Observación correlaciona más elevadamente con Curiosidad ( $r = .40$ ) y FFMQ-No reactividad a la experiencia con Descentramiento ( $r = .51$ ) (Siegling & Petrides, 2014). Aunque estos resultados contrastan con otro estudio en los que se comparó la TMS con la FFMQ en tres muestras distintas de sujetos y las correlaciones entre ambas escalas fueron escasas para Observación e inexistentes para las demás facetas (Thompson & Waltz, 2007).

Se han obtenido puntuaciones más elevadas en las escalas de Curiosidad y Descentramiento entre meditadores que entre no meditadores, y las puntuaciones de Descentramiento se incrementan con la experiencia meditativa (Davis et al., 2009). También los cambios en Descentramiento se asocian con cambios en el nivel de estrés y sintomatología (Lau et al., 2006).

En relación a otros parámetros psicológicos la TMS correlaciona positivamente con absorción, conciencia del entorno, autoconciencia reflexiva y mentalidad psicológica (Park et al., 2013).

En una revisión posterior de la escala original se creó una versión “rasgo” del instrumento usada en poblaciones tanto con experiencia meditativa como sin experiencia (Davis et al., 2009).

#### 1.3.8. *Five Facets Mindfulness Inventory (FFMQ)*

La FFMQ (Baer et al., 2006) intenta unificar los cuestionarios más utilizados de mindfulness en un solo instrumento y es un claro exponente de una visión multifactorial del mindfulness. Está basado en los resultados de la evaluación factorial de cinco cuestionarios (MAAS, KIMS, FMI, CAMS y *Mindfulness Questionnaire*). Evalúa cinco facetas de mindfulness disposicional que son similares a las cuatro que tiene la KIMS (Observación, Descripción, Actuación Consciente, No juzgar la experiencia interna) y una faceta adicional en la que incluye ítems que provienen mayoritariamente de la FMI y la SMQ (No reactividad a la experiencia interna: permitir el libre flujo de pensamientos y emociones sin verse atrapado por ellos o sin rechazarlos).

Consta de 39 ítems que se puntúan según una escala tipo Likert con un rango entre 1 (*nunca o muy raramente verdad*) hasta 5 (*muy a menudo o siempre verdad*).

Existe una validación al castellano en población general y muestras psiquiátricas (Cebolla et al., 2012).

La estructura de cinco factores se confirma con el AFE (Baer et al., 2006; Baer et al., 2008) y se ha replicado en posteriores validaciones del instrumento a otros idiomas (de Bruin, Topper, Muskens, Bogels, & Kamphuis, 2012; Lilja et al., 2011; Cebolla et al., 2012)

Las cinco subescalas presentan una adecuada consistencia interna, tanto en la versión original alfa de Cronbach de 0.67 a 0.93, como para la validación al castellano alfa de Cronbach de .75 a 0.91.

La subescala de Observación correlaciona positivamente con las otras cuatro facetas de la FFMQ solo en muestras meditadoras, y no correlaciona o lo hace de forma negativa en muestras de sujetos naive (Baer et al., 2008; Cebolla et al., 2012; de Bruin et al., 2012; Lilja et al., 2011). Las correlaciones con otras escalas de mindfulness (KIMS, CAMS-R, SMQ, MAAS, FMI y LMS) oscilan desde .95, con la KIMS, hasta .33 con la LMS (Siegling et al. 2014).

La FFMQ presenta correlaciones positivas con apertura, extraversión, inteligencia emocional, autocompasión, bienestar general, agradabilidad y responsabilidad, así como negativas con neuroticismo, depresión, ansiedad, alexitimia y disociación (Pack et al., 2013; Siegling et al. 2014). Sin embargo, la subescala Observación en muestras naive en meditación correlaciona positivamente con supresión de pensamiento (Baer et al., 2004, 2008; de Bruin et al., 2012). Este resultado se puede interpretar como un reflejo de la tendencia rumiativa asociada a la observación en personas no meditativas (Tran, Glück, & Nader, 2013).

La escala es sensible a la experiencia meditadora y consecuentemente obtienen mayores puntuaciones los sujetos con experiencia (Baer et al., 2008; de Bruin et al., 2012; Lilja et al., 2011; Park et al., 2013)

### 1.3.9. *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)*

La CAMS-R (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007) es un cuestionario que mide el mindfulness de una manera breve con la intención de ser una

medida genérica apropiada, independientemente de la experiencia en meditación (Feldman et al., 2007). Se basa en la definición del mindfulness como “la conciencia que emerge al prestar atención al presente de una forma particular: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1990). La CAMS-R es una versión mejorada de la versión previa de la CAMS (Feldman, Hayes, Kumar, & Greeson, 2004).

Consta de 12 ítems y se puntúa con una escala tipo Likert de 4 puntos desde 1 (*rara vez/en ningún caso*) hasta 4 (*casi siempre*). La escala evalúa cuatro componentes: atención, foco atencional en el presente, toma de conciencia, y aceptación/no juicio en relación a pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana, así como un factor global de mindfulness (Feldman et al., 2007). El AFC sustentó moderadamente la propuesta multifactorial. A pesar de que identifica varios factores del mindfulness, no los mide separadamente y ofrece una puntuación global.

La consistencia interna de la escala es entre adecuada y buena, con alfa de Cronbach que oscila entre el .61 y .81 según las subescalas. La CAMS-R correlaciona moderadamente con otras medidas de mindfulness (MAAS, FMI, KIMS y SMQ) con correlaciones entre 0.44 hasta 0.67 (Park et al., 2013; Siegling & Petrides, 2014).

En relación a otros parámetros psicológicos correlaciona positivamente con medidas de regulación adaptativa, apertura y bienestar, y negativamente con neuroticismo, desregulación emocional, disociación y estancamiento (Feldman et al., 2007; Siegling & Petrides, 2014)

La forma en que mide el mindfulness la CAMS-R es única, ya que lo evalúa como la predisposición o la habilidad de estar en estado de atención plena más que como el hecho de experimentarlo durante el día, y está particularmente relacionada con el malestar psicológico por lo cual es apropiado en estudios clínicos (Bergomi et al., 2013b).

#### 1.3.10. *Experiences Questionnaire (EQ)*

La EQ (Fresco et al., 2007) evalúa un aspecto particular y asociado al mindfulness como es la capacidad de descentramiento. Esta habilidad hace referencia a la capacidad de descentrarse de los pensamientos y emociones de uno mismo y observarlos como fenómenos temporales de la mente (Safran & Segal, 1990). El

descentramiento sucede en presente e implica mantener una postura no evaluativa y de aceptación respecto a los eventos internos y se considera como un subproducto del mindfulness (Gecht et al., 2014). La versión original era bifactorial, ya que evaluaba dos aspectos, el descentramiento y la rumiación, pero el análisis factorial únicamente mostró robustez psicométrica en la subescala de descentramiento. Evalúa tres aspectos del descentramiento: la habilidad de no verse a uno mismo como sinónimo de sus pensamientos, la habilidad de no reaccionar a las experiencias negativas de uno y la capacidad para la autocompasión (Fresco et al., 2007)

La EQ consta de 11 ítems y se puntúa con una escala tipo Likert de 5 puntos desde 1 (*nunca*) hasta 5 (*siempre*). La escala muestra una buena consistencia interna en las distintas muestras utilizadas en su validación (alfas de Cronbach de .83 a .90).

En relación a su correlación con otros parámetros, la EQ presenta correlaciones positivas con evaluación cognitiva y negativas con evitación experiencial, rumia, melancolía, supresión emocional, depresión y ansiedad (Fresco et al., 2007).

Existe una validación en español que incluyó una muestra clínica psiquiátrica y una muestra control con experiencia meditadora y una muestra control sin experiencia meditadora (Soler, et al., 2014). La EQ versión española muestra una elevada consistencia interna con alfa de Cronbach de .80 a .89 y en el AFC se replica la estructura unifactorial. También presentó correlaciones negativas y significativas con sintomatología ansiosa, depresiva, estrés y evitación experiencial. La EQ correlaciona positiva y significativamente con todas las subescalas de la FFMQ ( $r = .47$  en Observación hasta  $r = .68$  No reactividad) y con la MAAS ( $r = .54$ ) (Soler, et al., 2014).

### 1.3.11 *Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)*

La PHLMS (Cardaciotto et al., 2008) es una escala con una visión bidimensional del mindfulness que se basa en la definición operacional propuesta por Bishop et al. (2004), planteándolo con dos factores: conciencia del momento presente y aceptación. De este modo, la conciencia es considerada como una continua monitorización de los estímulos internos y externos, mientras que la aceptación hace referencia a la postura no juiciosa hacia la experiencia (Cardaciotto et al., 2008).

Consta de 20 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos con un rango entre 1 (*nunca*) y 5 (*muy a menudo*). El uso de una puntuación total mediante la suma de

ambas subescalas no es aconsejable (Park et al., 2013).

El AFC apoya una estructura bifactorial tanto en la validación original como en el estudio con muestras no clínicas (Cardaciotto et al., 2008; Siegling & Petrides, 2014; Teixeira, Ferreira, & Pereira, 2017).

La PHLMS presenta una aceptable consistencia interna con un alfa de Cronbach entre .75 a .86 para Conciencia y entre .75 y .91 para Aceptación (Cardaciotto et al., 2008).

La PHLMS-Conciencia presenta correlaciones bajas con otras escalas de mindfulness como la MAAS ( $r = .21$  y  $.40$ ), moderadamente con la subescalas de la FFMQ Observación y Descripción ( $r = .62$  y  $.40$  respectivamente) y fuertemente con la subescala Observación de la KIMS ( $r = .83$ ). La PHLMS-Aceptación presenta correlaciones moderadas con la escala *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ) ( $r = .54$ ) y la subescala No juzgar, tanto de la KIMS ( $r = .79$ ) como en FFMQ ( $r = .57$ ) (Cardaciotto et al., 2008; Siegling & Petrides, 2016). Estos resultados sugieren un afinidad entre la subescala PHLMS-Aceptación y la subescala No juzgar de la FFMQ y KIMS (Siegling & Petrides, 2016).

En relación a otros parámetros psicológicos, la PHLMS-Conciencia no correlaciona con la sintomatología depresiva (con independencia de la muestra utilizada) y sólo lo haría levemente con ansiedad. En cambio, la PHLMS-Aceptación correlacionaría negativamente con sintomatología ansiosa y depresiva, rumiación, supresión y evitación experiencial (Cardaciotto et al., 2008).

#### 1.3.12. *Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ)*

La SMQ (Chadwick et al., 2008) se desarrolló para evaluar el grado de mindfulness que presenta una persona ante la presencia de pensamientos e imágenes egodistónicos, que son fenómenos importantes en todos los problemas de salud mental y la piedra angular de la teoría y terapia cognitiva.

La escala está compuesta por 16 ítems que se puntúan con una escala tipo Likert con un rango de 0 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 6 (*totalmente de acuerdo*).

Aunque la escala es unifactorial, se exploran cuatro áreas o formas distintas de responder a los pensamientos e imágenes: conciencia de los pensamientos como fenómenos mentales, mantener la atención en condiciones difíciles, aceptar sin juzgar la presencia de esos pensamientos desagradables, y permitir el flujo de estos



pensamientos sin reaccionar o rumiar sobre ellos.

La escala presenta una buena consistencia interna con alfa de Cronbach de .82 a .89 (Baer et al., 2006; Chadwick et al., 2008).

Las correlaciones de la SMQ con otras escalas como MAAS, FMI, KIMS y la CAMS-R son entre bajas y moderadas (entre  $r=.38$  hasta  $r=.61$ ) (Baer et al., 2006; Chadwick et al., 2008; Siegling & Petrides, 2014).

En relación a otros parámetros psicológicos, la SMQ correlaciona positivamente con inteligencia emocional y autocompasión, y negativamente con neuroticismo, desregulación emocional, alexitimia, disociación y afecto negativo (Baer et al., 2006; Siegling & Petrides, 2014).

Las puntuaciones en la SMQ eran mayores en la muestra de sujetos con experiencia meditativa en comparación con los sujetos sin experiencia meditativa; y las puntuaciones eran mayores en la muestra no clínica en comparación con los pacientes con psicosis (Chadwick et al., 2008).

Las puntuaciones de la SMQ también se ven aumentadas tras una intervención de mindfulness (Baer et al., 2006; Chadwick et al., 2008).

### 1.3.13. *Effects of Meditation Scale (EOM)*

La EOM (Reavley & Pallant, 2009), en contraste con otras medidas disponibles, adopta un enfoque más amplio, midiendo la experiencia durante la meditación y el impacto de la meditación. Tiene dos secciones: la experiencia durante la meditación (EOM-DM) y los efectos de la meditación en la vida cotidiana (EOM-EL).

La escala EOM-DM tiene 29 ítems. Consta de cinco subescalas: Efectos cognitivos, Efectos emocionales, Experiencias místicas, Relajación y Malestar físico. Cada subescala mostró una consistencia interna adecuada, excepto la subescala de Relajación, que obtuvo un coeficiente alfa de .68

La escala EOM-EL tiene 15 ítems y consta de siete factores: Experiencia física, Experiencia emocional, Expansión conciencia, Relaciones sociales, Habilidad cognitiva, Aceptación y no juicio, y Conductas/Hábitos. Todas las subescalas presentan una adecuada consistencia interna con valores entre .87 y .90.

En relación a otros parámetros, la subescalas Efectos cognitivos y Experiencias

místicas de la EOM-DM correlacionan positivamente y fuertemente con beneficios en la vida y con periodo de tiempo de práctica de meditación. Todas las subescalas de la EOM-EL correlacionaron negativamente con sintomatología depresiva, rabia, fatiga y tensión (Reavley & Pallant, 2009).

La subescala EOM-DM Efectos cognitivos y las subescalas (Habilidad cognitiva, Expansión de la conciencia, Aceptación y Relaciones sociales) de EOM-EL correlacionan de forma positiva con las MAAS ( $r$  entre .41 y .50) (Reavley & Pallant, 2009).

#### 1.3.14. *State Mindfulness Scale (SMS)*

La SMS (Tanay & Bernstein, 2013) evalúa el mindfulness como un estado, en el sentido que evalúa las experiencias de las personas en los últimos 15 minutos.

La SMS consta de 21 ítems y se puntúa con una escala tipo Likert de 5 puntos desde 1 (*en absoluto*) hasta 5 (*muy bien*) para indicar si los ítems describen bien sus experiencias recientes.

Es una escala bifactorial con dos subescalas: mindfulness estado de la mente SMS-Mente (centrada en los procesos internos), y mindfulness estado del cuerpo SMS-cuerpo (centrada en el cuerpo).

La consistencia interna de la escala es elevada con alfa de Cronbach de 0.95 para la SMS-Total, de 0.90 para SMS-Mente y de 0.95 para SMS-Cuerpo.

La SMS-Total, SMS-Cuerpo y SMS-Mente correlaciona con otras medidas de mindfulness de forma significativa como la TMS, tanto para puntuación la total como para las subescalas de Descentramiento y Curiosidad ( $r = .31$  a  $.43$ ), así como con diversas subescalas del FFMQ, Observación ( $r = .39$  a  $.47$ ), No juicio ( $r = -.20$  a  $-.22$ ) y No reactividad ( $r = .18$  a  $.20$ ) (Tanay & Bernstein, 2013).

#### 1.3.15. *Comprehensive Inventory of Mindfulness Experience (CHIME-β)*

La CHIME-β (Bergomi et al., 2013a) evalúa de forma multidimensional ocho facetas de mindfulness. La escala se construyó con el propósito de ser semánticamente lo más

clara posible, tanto para personas con o sin experiencia meditativa, para evitar sesgos que afectan a otros cuestionarios y que evitara ítems confusos.

Entre las ocho escalas revisadas (MAAS, FMI, KIMS, FFMQ, CAMS, SMQ, PHLMS, TMS) se identificaron una serie de facetas que fueron analizadas conjuntamente para valorar los componentes del mindfulness y su interrelación. Finalmente surgieron ocho facetas: Conciencia interna, Conciencia externa, Actuar con conciencia, Apertura a la experiencia, Aceptación, Descentramiento/No reactividad, Insight y Relatividad de los pensamientos.

La CHIME- $\beta$  consta de 32 ítems y se puntúa con una escala tipo Likert de 6 puntos desde 1 (*se aplica completamente*) hasta 6 (*no se aplica totalmente*).

La consistencia interna evaluada a través del alfa de Cronbach es de .95 para todos los ítems, tras eliminar cuatro de ellos que mostraron valores por debajo de 0.20. La consistencia interna para todos los factores es de un coeficiente alfa de .85, exceptuando la faceta Apertura a la experiencia que fue de .65.

En AFC se identificaron cuatro factores: (1) toma de conciencia del presente, (2) aceptación/no-reactividad y orientación al insight; (3) no evitación y apertura; (4) descripción de la experiencia. El primer factor hace referencia a la observación y autorregulación de la atención, mientras que el segundo y el tercero se refieren a la actitud u orientación en la que se presta atención. El cuarto, más que un factor central del mindfulness es un factor relacionado.

Respecto a otras variables psicológicas, correlacionó negativamente con sintomatología psicológica (Bergomi et al., 2013a).

La escala ha sido testeada en poblaciones naïve y con experiencia meditativa (Bergomi, Tschacher, & Kupper, 2015), pero no hay hasta la fecha estudios que la hayan utilizado. Las correlaciones que se establecen entre sus facetas y las del FFMQ son positivas y elevadas, de hasta 0.88 entre las puntuaciones globales de ambas (Bergomi et al. 2013b). La puntuación total de la CHIME- $\beta$  se ha relacionado con variables como la frecuencia semanal de práctica y con la duración de las sesiones en minutos (Bergomi et al. 2015).

## 1.4. CAPACIDAD DE MINDFULNESS EN DIVERSOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

---

En el siguiente apartado se describen los distintos trastornos estudiados en la presente tesis, estas descripciones utilizan criterios DSM-IV y no DSM-V dado que los trabajos incluidos se basaron por fecha de realización en esa clasificación.

### 1.4.1. Trastorno límite de la personalidad (TLP)

#### 1.4.1.1. Diagnóstico y epidemiología

Se estima que el TLP afecta a un 1,3% (rango: .05 – 5.9%) de la población general (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011; Torgersen & Kringlen, 2001). El TLP es una patología de alta prevalencia en poblaciones clínicas, estimándose que alrededor del 10% de los pacientes ambulatorios cumplen criterios para el diagnóstico del trastorno, cifra que asciende a un 15-25% en pacientes ingresados (Leichsenring et al., 2011).

Los criterios diagnósticos para el TLP según el DSM-IV (APA, 2000) son:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo, acusada y persistentemente inestable

(4) impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente dañina para sí mismo (p.e., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.

(5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación

(6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.e., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez unos días)

(7) sentimientos crónicos de vacío

(8) ira inapropiada o intensa o dificultades para controlar la ira (p.e., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)

(9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

### 1.4.1.2. Trastorno límite de la personalidad y mindfulness

Como ya se ha comentado, el mindfulness se valora como un rasgo disposicional que todos tenemos en mayor o menor medida (Baer et al., 2006). Hay estudios en los que se evidencia que los sujetos con TLP presentan una disminución de la capacidad de mindfulness (Baer et al., 2004, Wupperman, Neumann, & Axelrod, 2008) y de decentering (Soler et al., 2014) al ser comparado con sujetos control.

Se han desarrollado terapias específicas para la intervención del TLP, la DBT es una de ellas, incluyendo la práctica del mindfulness como parte de las estrategias que enseña. El objetivo de introducir el mindfulness es participar de la experiencia y ser capaz de fundirse con ella (Linehan, 1993; Lynch et al., 2006).

En un estudio realizado con una muestra de pacientes psiquiátricos ingresados en una unidad de hospitalización, se encontraron correlaciones negativas entre la capacidad de mindfulness y formas desadaptativas de resolver conflictos interpersonales, estrategias de regulación emocional impulsivas y pasivas, y neuroticismo

(Wupperman, Neumann, Whitman, & Axelrod, 2009). Además, el mindfulness resultó ser un mediador de la relación entre síntomas del TLP, autolesiones y otros comportamientos impulsivos como el abuso de sustancias y atracones (Wupperman, Fickling, Klemanski, Berking, & Whitman, 2013).

Desde la visión multifactorial del mindfulness, en un estudio se reportó la predicción de ciertas características del TLP como la impulsividad, los problemas interpersonales y la rumiación con algunas de las facetas como la “Actuación consciente” y “No juzgar”. Puntuaciones bajas en la capacidad de No juicio serían un elemento clave en la psicopatología del TLP y una baja Actuación consciente sería un moderador de los síntomas del TLP (Peters, Eisenlohr-Moul, Upton, & Baer, 2013).

En otro estudio en el que participaron 40 personas con TLP, durante cuatro semanas consecutivas se les administró el FFMQ y el cuestionario de síntomas del TLP, *Borderline Symptom List-23* (BSL-23) (Bohus et al.2008; Soler et al.2013), encontrando que las fluctuaciones individuales en la faceta de No juzgar predicen la expresión de los síntomas del trastorno. En el sentido que a menores puntuaciones de No juzgar, mayor severidad de los síntomas del TLP (Eisenlohr-Moul, Peters, Chamberlain, & Rodriguez, 2015).

En resumen, los resultados disponibles hasta el momento indicarían que las características principales del TLP podrían asociarse a déficits en distintas facetas del mindfulness.

#### 1.4.2. Trastorno por dependencia de cocaína (TDC)

##### 1.4.2.1. Diagnóstico y epidemiología

Se estima que 18.2 millones de personas en todo el mundo consumen cocaína, alrededor del 0,4% de la población mundial entre 15 y 64 años de edad (United Nations Office on Drugs and Crime, 2015). El uso es más frecuente en América del Norte (5,1 millones de personas, 1.6% de la población mayor de 14 años), Centro y Sudamérica (4.4 millones de personas, 1.5 %) y Europa occidental y central (3.5 millones de personas, 1.1% de la población entre 15-64 años). En el Reino Unido y España el uso actual (3.4% en 2013) supera las tasas de población en los EE.UU.

(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017.), que han disminuido en casi un cuarto en los últimos 15 años (United Nations Office on Drugs and Crime, 2015). Se estima que el trastorno por uso de sustancias (TUS) es la causa de muchas enfermedades; 4% para el alcohol y 0.8% para las drogas ilegales (OMS, 2004).

Los criterios diagnósticos para el TDC según el DSM-IV (APA, 2000) son:

Un patrón desadaptativo del consumo de cocaína que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de cocaína para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- (b) el efecto de las mismas cantidades de cocaína disminuye claramente con su consumo continuado

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) síndrome de abstinencia característico para la cocaína
- (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

(3) la cocaína es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de cocaína

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.e., desplazarse largas distancias), en el consumo de sustancias o en la recuperación de los efectos de la cocaína

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de cocaína

(7) se continúa tomando cocaína a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. e. si se cumplen cualquiera de los criterios 1 o 2).
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (si no se cumplen los criterios 1 y 2).

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- 0 Remisión total temprana
- 0 Remisión parcial temprana
- 0 Remisión total sostenida
- 0 Remisión parcial sostenida
- 2 En terapéutica con agonistas
- 1 En entorno controlado
- 4 Leve/moderado/grave

#### **1.4.2.2. Trastorno por dependencia de cocaína y mindfulness**

Hay diversos factores que están implicados en las adicciones, entre ellos el funcionamiento cerebral. En este sentido debemos considerar que las personas que han desarrollado una adicción padecen un trastorno que altera el funcionamiento cerebral y que les dificulta la adecuada toma de decisiones, debilita el control de los



impulsos y potencia las respuestas automáticas, sobre todo las relacionadas con el consumo de sustancias u otras conductas adictivas (Bustos et al., 2012). Todas estas dificultades pueden mejorar con la práctica del mindfulness.

Se han desarrollado programas específicos para el abordaje de las adicciones MBPR (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2010) que incorporan el mindfulness, tanto prácticas formales como informales, con la terapia de prevención de recaídas cognitivo-conductual (Marlatt & Gordon, 1985). El objetivo de introducir el mindfulness es ayudar a las personas a incrementar la conciencia y aceptación de los pensamientos, sentimientos y sensaciones desagradables para crear un cambio en el patrón de reactividad conductual que comúnmente deriva en recaídas. El entrenamiento en mindfulness proporciona una forma de procesar los estímulos, las situaciones y monitorizar las reacciones internas contingentes, y al ser consciente proporcionan cambios conductuales que alejan de la situaciones de alto riesgo y de las recaídas (Witkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005).

Un estudio con 125 personas con TUS reportó correlaciones negativas y significativas de la MAAS con sintomatología depresiva y gravedad de la adicción (Shorey, Brasfield, Anderson, & Stuart, 2014).

Garland et al. (2014) realizaron un estudio con 165 personas con TUS en el que encontraron correlaciones negativas y significativas entre las subescalas FFMQ Actuación consciente, No juicio y No reactividad con el afecto negativo y craving.

En el estudio de Bowen y Enkema (2014) realizado con 281 personas con TUS, también se reportaron correlaciones negativas y significativas entre la severidad de la adicción y entre las subescalas del FFMQ Actuación consciente, Descripción, y No juicio.

En otro estudio con 168 personas con TUS, evaluaron el componente de aceptación con la AAQ y la FFMQ-No juicio. Encontraron puntuaciones media de 47,14 ( $DM = 8.52$ ) y, 26.27 ( $DM = 6.47$ ) respectivamente para cada escala. También evaluaron el componente de conciencia con la FFMQ-Actuación consciente encontrando puntuaciones media de 26.87 ( $DM = 6.50$ ) (Bowen et al., 2009; Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013). Estas puntuaciones también son coherentes con otros estudios, en los que en poblaciones clínicas se encuentran puntuaciones elevadas de la AAQ (Barraca-Mairal, 2004).

En resumen, según la literatura disponible hasta el momento, las personas con TDC tendrían asociados déficits en distintas facetas del mindfulness, especialmente la faceta de actuación consciente, aceptación/no juicio y no reactividad.

### 1.4.3. Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

#### 1.4.3.1. Diagnóstico y epidemiología

Los TCA se caracterizan por alteraciones conductuales como restringir la ingesta de alimentos y/o purgar a través de vómitos o laxantes y la búsqueda de la extrema delgadez a través de estas conductas. Los TCA se clasifican en tres categorías diagnósticas: Anorexia nerviosa (AN), Bulimia nerviosa (BN) y los Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), aunque entre los diferentes diagnósticos se comparten muchas características, los pacientes a menudo se mueven de una categoría a la otra (Fairburn & Harrison, 2003).

La prevalencia media del TCA en la población general se estima que afecta entre al 2% y el 5% (Hudson, Hirpi, Hope, & Kessler, 2008).

Los criterios diagnósticos para la AN según el DSM-IV (APA, 2000) son:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. e., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.e., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p.e., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p.e., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Los criterios diagnósticos de BN según DSM-IV (APA, 2000) son:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.e., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.e., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

- Tipo purgativo: durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Los criterios para el diagnóstico de TCAnE según DSM-IV (APA, 2000):

La categoría TCAnE se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen los criterios diagnósticos para la BN, a excepción de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, que aparecen menos de 2 veces por semana o durante 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.e. provocación del vómito después de haber comido galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN.

### 1.4.3.2. Trastorno de la conducta alimentaria y mindfulness

En los últimos años, las intervenciones basadas en mindfulness se han desarrollado de forma específica para los TCA. Algunas de estas intervenciones son *Mindfulness-Based Eating Awareness Training* (MB-EAT; Kristeller & Wolever, 2010), *Mindfulness Eating And Living* (MEAL; Dalen et al., 2010), y *Emotion Acceptance Behavior Therapy* (EABT; Wildes & Marcus, 2011). En todas estas intervenciones se realiza un entrenamiento en mindfulness en el que se promueve la aceptación y conciencia a las experiencias internas.

Un estudio realizado a 406 estudiantes universitarios reportó que puntuaciones de la MAAS correlacionaban significativamente y negativamente con síntomas bulímicos, esto sugiere que hombres y mujeres que tienen mayor capacidad de mindfulness son menos propensos a experimentar conductas y actitudes de trastornos alimentarios (Lavender, Jardin, & Anderson, 2009).

Otro estudio realizado a una muestra no clínica de 625 personas, reveló que existía una relación inversa entre el mindfulness y las cogniciones distorsionadas sobre la alimentación. Además, estas distorsiones fueron predictoras del malestar general psicológico y del malestar emocional en contextos interpersonales estresantes. Mientras que las cogniciones distorsionadas sobre la alimentación correlacionaban de forma positiva y significativamente con estos resultados psicológicos negativos, y el mindfulness fue inversamente proporcional a ellos (Masuda & Wendell, 2010).

En otro estudio realizado a 276 estudiantes universitarios, a los que se administró la FFMQ, encontraron que las subescalas de Actuación consciente, No reactividad, No juicio y Descripción fueron asociadas a la patología de trastorno alimentario (Lavender, Gratz, & Tull, 2011).

En un estudio en el que participaban 88 personas con TCA (AN, BN, TCAn) ingresadas en un régimen residencial, hallaron que las puntuaciones más altas en sintomatología del TCA correlacionaron significativa y negativamente con conciencia, aceptación y defusión, y de forma más intensa con la evitación emocional. Además, los participantes independientemente de tener o no un trastorno comórbido de estado de ánimo y ansiedad, obtuvieron puntuaciones similares en medidas de mindfulness a los participantes que no presentaban comorbidad; por lo que las relaciones significativas entre la sintomatología de TCA y mindfulness no se pueden explicar por

la presencia de trastornos del estado de ánimo o de ansiedad comórbidos (Butryn et al., 2013).

En resumen, según la literatura disponible hasta el momento, las personas con alteraciones en las cogniciones sobre alimentación o con TCA tendrían asociados déficits en distintas facetas del mindfulness, tanto en la atención/conciencia como en la aceptación.

#### 1.4.4. Trastorno depresivo mayor (TDM)

##### 1.4.4.1. Diagnóstico y epidemiología

Se estima que el TDM es el trastorno más prevalente a nivel mundial, entre 2.9-12.6% de la población general han presentado un episodio en el último año (Clarke, Mayo-Wilson, Kenny, & Pilling, 2015; Jobst et al., 2016). El TDM es una patología de alta prevalencia en poblaciones clínicas, estimándose que alrededor del 14,7% de los pacientes ambulatorios cumplen criterios para el diagnóstico del trastorno y el 47% son atendidos en un centro de salud mental especializado.

Los criterios diagnósticos para el TDM según el DSM-IV (APA, 2000) son:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto del desempeño previo; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, según indica el propio sujeto (p.e., se siente triste o vacío) o la observación es realizada por otros (p.e., llanto)

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.e. un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi todos los días

(4) insomnio o hipersomnia casi todos los días

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud y de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea por atribución subjetiva o por observación de otros)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin plan específico o una tentativa de suicidio o un plan de específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.e., una droga de abuso, una medicación) o una enfermedad médica (p.e., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.e., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor, recidivante, según DSM-IV son:

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o los síntomas:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión total



- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional

### **1.4.4.2. Trastorno depresivo mayor recurrente en remisión y mindfulness**

Existe una intervención específica, la MBCT, para la prevención de recaídas en TDM recidivante en remisión (TDMr), que integra aspectos de la Terapia Cognitivo Conductual (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) con componentes del programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 1990). La MBCT está diseñada para que los pacientes sean más conscientes de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones, y para que aprendan a relacionarse con ellos de manera diferente (Segal et al., 2002).

En un estudio realizado con 123 pacientes con TDM recurrente Kuyken et al. (2010) reportaron que las puntuaciones de la KIMS aumentaban después de la intervención de MBCT y que los efectos de la intervención de MBCT fueron mediados por la mejora de la capacidad de mindfulness (Kuyken et al., 2010).

En otro estudio en el que participaron 80 personas con TDMr con tres o más episodios, compararon los resultados entre los dos grupos: uno que realizaba intervención MBCT y otro sin. Las puntuaciones del MAAS iniciales fueron de 54.8 y 66.69 respectivamente para cada grupo; después de ocho semanas las puntuaciones del MAAS fueron de 58.56 y 65.73 respectivamente. En el mismo sentido también había una mejora de los síntomas depresivos en el grupo que recibió tratamiento

MBCT. Estos resultados señalarían que la MBCT incrementa la capacidad de mindfulness y mejora la sintomatología depresiva (De Raedt et al., 2012).

En otro estudio realizado con 205 personas que presentaban TDMr, se aleatorizaron en dos grupos, uno intervención habitual (IH) y otro IH más MBCT. Los pacientes que habían realizado la IH más MBCT reportaron una menor sintomatología depresiva, rumia y preocupación y aumentaron los niveles de habilidades de mindfulness valorado a través de la KIMS. Se observaron cambios en la subescala de Observación, Actuación consciente y No juicio/Aceptación (van Aalderen et al., 2012).

En otro estudio en el que colaboraron 85 personas diagnosticadas de TDM, y se aleatorizaron a tres condiciones: mantener el tratamiento farmacológico antidepressivo, reducción del tratamiento farmacológico más MBCT, reducción del tratamiento farmacológico más placebo. El grupo que recibió MBCT mostró aumentos significativos en la capacidad de monitorear y observar los pensamientos y sentimientos, medidas a través de subescalas del EQ y la TMS, Curiosidad ( $p < .01$ ) y Decentering ( $p < .01$ ). Además, los cambios en las Experiencias más amplias ( $p < 0,05$ ) y Curiosidad ( $p < 0,01$ ) predijeron puntuaciones más bajas de HRSD a los 6 meses de seguimiento. Concluyeron que durante el MBCT podrían fomentarse una mayor capacidad de descentralización y curiosidad. Con la práctica, los pacientes pueden aprender a contrarrestar tendencias habituales de evitación y a regular el afecto disfórico, habilidades que fomentan el mindfulness. (Bieling et al., 2013).

En resumen, los resultados disponibles hasta el momento indicarían que al TDM depresivo se le asociaría un déficit en la capacidad de mindfulness y ésta mejoraría tras una intervención de MBCT.



## **2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**



---

## 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

---

### 2.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

---

#### 2.1.1 Estudios de validación de escalas (Estudios 1 y 2):

**Hipótesis 1:** La versión española de la MAAS presentará buena fiabilidad temporal (correlación de Pearson superior a .70) y buena consistencia interna (alfa de Cronbach superior a .80).

**Hipótesis 2:** La versión española de la MAAS presentará una estructura unifactorial.

**Hipótesis 3:** La puntuación de la versión española de la MAAS correlacionará positiva y de forma elevada (.50-.80) con las facetas de Observación y Actuación Consciente del FFMQ y positiva y moderadamente (.30-.50) con las facetas de Descripción, No juicio y No reactividad.

**Hipótesis 4:** La puntuación de la versión española de la MAAS correlacionará negativa y moderadamente (.30-.50) con sintomatología depresiva (medida con el CES-D).

**Hipótesis 5:** La MAAS detectará cambios en una muestra de TLP después de una intervención de mindfulness.

**Hipótesis 6:** La versión española de la PHLMS presentará buena fiabilidad temporal (correlación de Pearson superior a .70) y buena consistencia interna (alfa de Cronbach superior a .80).

**Hipótesis 7:** La versión española de la PHLMS presentará una estructura bifactorial.

**Hipótesis 8:** Las puntuaciones de la versión española del PHLMS-Conciencia correlacionaran positiva y de forma elevada (.50 a .80) con las facetas Observación, Actuación consciente de la FFMQ y la MAAS; correlacionaran moderadamente con el resto de facetas del FFMQ y de forma débil con AAQ.

**Hipótesis 9:** Las puntuaciones de la versión española del PHLMS-Aceptación correlacionaran positiva y de forma elevada (.50 a .80) con las facetas No reactividad y

No juicio; correlacionaran positiva y moderadamente con el resto de facetas del FFMQ; correlacionaran negativa y de forma elevada (-.50 a -.80) con el AAQ.

**Hipótesis 10:** Las puntuaciones de la versión española del PHLMS correlacionaran negativa y moderadamente (.30-.50) con sintomatología depresiva y ansiosa (medida con el CES-D y STAI-E).

### 2.1.2 Estudio de evaluación de los niveles de mindfulness en trastornos psiquiátricos (Estudio 3):

**Hipótesis 11:** Las distintas muestras psiquiátricas obtendrán menores puntuaciones en la escala MAAS que la muestra control no psiquiátrica.

**Hipótesis 12:** Las distintas muestras psiquiátricas obtendrán menores puntuaciones, en la escala PHLMS-Aceptación y PHLMS-Conciencia, que las puntuaciones obtenidas en la muestra control no psiquiátrica.

**Hipótesis 13:** La sintomatología ansiosa y depresiva afectará negativamente la capacidad de mindfulness.

## 2.2 OBJETIVOS

---

- Obtener unas escalas en español para medir el mindfulness validando al español dos escalas de mindfulness, la MAAS y la PHLMS.
- Analizar cómo se comporta el componente aceptación evaluado con la PHLMS-Aceptación en Controles no psiquiátricos (CNS), TLP, TDC, TCA, TDMr.
- Analizar cómo se comporta el componente conciencia evaluado con la MAAS y la PHLMS-Conciencia en CNS, TLP, TDC, TCA, TDMr.

### **3. RESULTADOS**





## ESTUDIO 1

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA  
ESCALA *MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE* (MAAS)

#### 3.1 ESTUDIO 1: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA *MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE* (MAAS)

##### 3.1.1 INTRODUCCIÓN

La investigación y las aplicaciones clínicas entorno al Mindfulness se han incrementado de forma clara y significativa en la última década. Aunque no existe una definición única del concepto de mindfulness, ésta haría referencia a “estar consciente y prestar atención” (Germer, 2005) y tendría su origen en la tradición meditativa oriental (Baer, 2003; Germer, 2005; Gunaratana, 2002; Wallace, 2007).

Las distintas definiciones propuestas del término mindfulness coinciden en enfatizar el “mantener la conciencia de uno vivo en la realidad presente” (Hanh, 1976), siendo la definición más comúnmente utilizada la que lo describe como “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1994). Se trata de una experiencia natural, aunque infrecuente en la vida cotidiana. Ésta acostumbra a suceder ante situaciones que nos resultan interesantes, ya que en ellas se mantiene la atención sobre lo que sucede, se atiende con detalle y curiosidad hasta que uno pasa a formar parte de la actividad. Es importante destacar que el mindfulness es una capacidad humana inherente que se puede potenciar (Kabat-Zinn, 1994). El desarrollo de esta capacidad se consigue con diversos tipos de meditación que tradicionalmente se han dividido entre prácticas formales que implican una disciplina (p.e. meditación sentado o en movimiento) y prácticas informales, que se pueden realizar en el día a día (p.e. mindfulness al comer, ducharse, conducir) (Dimidjian & Linehan, 2003). Aunque existe una considerable variabilidad en el rigor metodológico de los estudios, las intervenciones psicoterapéuticas que han incluido prácticas de mindfulness se asocian, habitualmente, con mejorías en términos de salud, bienestar general y mejoría en síntomas clínicos (Baer, 2003; Bishop et al., 2004; Brown et al., 2007; Dimidjian & Linehan, 2003). Además, existen terapias en las que las técnicas de mindfulness son un aspecto nuclear del paquete terapéutico y que han resultado eficaces en ensayos clínicos aleatorizados en trastornos psiquiátricos como en la prevención de las recurrencias en TDM (Teasdale et al., 2000) o en el TLP (Bohus et al., 2004; Koons et al., 2001; Linehan, Armstrong, Suárez, & Allmon, 1991; Linehan et al., 1999, 2006; McMain et al., 2009; Soler et al., 2009; Verheul et al., 2003). A pesar de los resultados prometedores de las intervenciones que incluyen mindfulness, la investigación en esta área se ha visto entorpecida tanto por la ausencia de una

definición clara, unificada y operativa, como por la escasez de herramientas de medida del constructo (Lau et al., 2006). En este sentido, recientemente se han desarrollado algunas escales en inglés que suplirían esta ausencia, como la *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI) (Buchheld et al., 2001; Walach et al., 2006), la *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) (Baer et al., 2004), la *Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised* (CAMS-R) (Feldman et al., 2007), la *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS) (Cardaciotto et al., 2008), la *Toronto Mindfulness Scale* (TMS) (Lau et al., 2006), la *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2008) y la *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) (Brown & Ryan, 2003).

Cada instrumento utiliza su propia terminología para describir y entender el mindfulness y, aunque entre ellos existe un elevado solapamiento de ideas, aún se discute si se trata de un constructo uni o multifactorial (Baer et al., 2008). En contraste con enfoques multifactoriales donde se desglosan hasta cinco factores constituyentes (Baer et al., 2006), existen propuestas que han sintetizado los aspectos esenciales de estas intervenciones entorno a dos factores, comúnmente uno de conciencia y otro de aceptación (Bishop et al., 2004; Cardaciotto et al., 2008). Para Cardaciotto et al. (2008) mindfulness es “la tendencia a ser altamente conscientes de las experiencias internas y externas en el contexto de una postura de aceptación y de no enjuiciamiento hacia estas experiencias”. Las propuestas más reduccionistas señalarían la existencia de un único factor, el de conciencia (Brown & Ryan, 2003, 2004). Este modelo explicativo se sustenta sobre el argumento de que el componente de aceptación resultaría redundante con el de conciencia, tanto a nivel teórico como psicométrico. Según Brown (2003), el aumento del foco de la atención en el momento presente sucederá necesariamente con una actitud de aceptación, de la misma forma que el énfasis en la postura no evaluativa de aceptación conlleva inevitablemente un aumento de la conciencia del momento presente. Por su parte, la MAAS es un autoinforme coherente con la visión unifactorial del constructo que enfatiza, como aspecto esencial del mindfulness, la variable atención/conciencia en el momento presente. La escala MAAS es una escala sencilla y de rápida administración que evalúa, con una única puntuación, la capacidad del individuo para estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. Se puede utilizar sin que el sujeto tenga experiencia previa en meditación y la versión original presenta unas buenas propiedades psicométricas. Estas características han convertido a la MAAS en la herramienta más utilizada en estudios de investigación donde se pretende evaluar mindfulness. Por ejemplo, en depresión (Christopher & Gilbert, 2010), estrés

(Anderson, Lau, Segal, & Bishop, 2007; Shapiro, Brown, Thoresen, & Plante, 2011), bulimia (Lavender, Jardin, & Anderson, 2009), dolor crónico (Cusens, Duggan, Thorne, & Burch, 2010; McCracken, Gauntlett-Gilbert, & Vowles, 2007) o cáncer (Carlson & Brown, 2005; Labelle, Campbell, & Carlson, 2010). Además, la herramienta ha sido validada en otros idiomas como el francés y el sueco (Hansen, Lundh, Homman, & Wångby-Lundh, 2009; Jerman et al., 2009).

Dada la disposición y la presencia de estados naturales de mindfulness, así como la existencia de técnicas y métodos capaces de potenciarlo, sería útil tener herramientas validadas al español que midan este constructo.

#### 3.1.2 METODOLOGÍA

---

##### 3.1.2.1 Participantes

La muestra total del estudio estaba compuesta por 385 personas (95 hombres y 290 mujeres), con una media de edad de 31 años ( $DE = 10,66$ ) y un rango de 18 a 63 años. La muestra incluyó un subgrupo clínico ( $n = 201$ ) y otro no clínico ( $n = 184$ ). La muestra no clínica provenía de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia y de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. La media de edad para esta submuestra fue de 29,4 ( $DE = 10,23$ ) y un rango de 18 a 62 años, 49 eran hombres y 135 mujeres. Los sujetos de la muestra clínica eran 201 participantes que procedían del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y de la Fundació Althaia de Manresa, y cumplían criterios diagnósticos para uno de los siguientes trastornos: trastorno límite de la personalidad ( $n = 71$ ), trastorno depresivo mayor recurrente ( $n = 26$ ), trastorno de la conducta alimentaria ( $n = 54$ ) y trastorno de dependencia de cocaína ( $n = 50$ ). La media de edad fue de 33,51 ( $DE = 10,74$ ) con un rango de 18 a 63 años, 46 eran hombres y 155 mujeres. Los criterios de inclusión de los participantes de las muestras clínicas fueron: tener edades comprendidas entre los 18 y 80 años, estar diagnosticados de TLP o TDMr o TCA o TDC según criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000). Los criterios de exclusión fueron: presentar una enfermedad psiquiátrica en fase aguda o un trastorno de la esfera psicótica, retraso mental, déficits sensoriales o dificultades lingüísticas que no permitieran la complementación de los cuestionarios.

### 3.1.2.2 Procedimiento

La muestra clínica se obtuvo mediante un muestreo consecutivo de sujetos y tras comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Tras proponer la participación del sujeto en el estudio, se entregó el cuaderno de recogida de datos con las pruebas a completar. Los participantes controles sanos completaron los cuestionarios en una de las aulas de la Universidad. Todos los participantes fueron informados sobre el objetivo del estudio y sus respuestas se trataron de forma confidencial. La participación fue totalmente voluntaria, sin incentivos económicos. Antes de completar los cuestionarios, todos los participantes firmaron un consentimiento informado. La metodología de adaptación de la escala siguió el procedimiento de traducción-retrotraducción (Brislin, 1986). La escala original fue traducida por una persona bilingüe y con experiencia clínica. Las traducciones se discutieron con uno de los investigadores hasta alcanzar un consenso. La primera versión fue nuevamente traducida al inglés por otro traductor independiente (lingüista de origen anglosajón con experiencia en la traducción de textos biomédicos). Esta versión fue enviada a los autores de la MAAS que, tras varias correcciones, verificaron la adecuación al texto original.

Para el estudio de fiabilidad Test-Retest se eligió una submuestra de 32 participantes que realizaron una segunda aplicación a las dos semanas de la primera administración. Para establecer la sensibilidad al cambio se analizó una submuestra de 30 pacientes diagnosticados de TLP tras una intervención de mindfulness de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) de 10 semanas de duración.

### 3.1.3 MATERIAL

---

- La MAAS (Brown & Ryan, 2003) es un cuestionario que consta de 15 ítems y se puntúan según una escala Likert con un rango entre 1 (*casi siempre*) hasta 6 (*casi nunca*). Mide la frecuencia del estado de mindfulness en la vida diaria sin que sea necesario que los sujetos hayan recibido entrenamiento. La puntuación se obtiene a partir de la media aritmética del total de ítems y puntuaciones elevadas indican mayor estado mindfulness.

- La FFMQ en versión española (Cebolla et al., 2012) es un cuestionario de 39 ítems que evalúan cinco facetas de mindfulness: Observación, Descripción, Actuación consciente, No juzgar, No reactividad a la experiencia interna. Se puntúan según una escala Likert con un rango entre 1 (*nunca o muy raramente verdad*) hasta 5 (*muy a menudo o siempre verdad*). Se utilizó para evaluar la validez convergente.
- La CES-D (Soler et al., 1996) es una escala autoadministrada que evalúa presencia de sintomatología depresiva en la semana anterior a la administración. Tiene 20 ítems que se puntúan según una escala Likert con un rango entre 0 (*raramente o nunca/menos de un día*) y 3 (*mucho o siempre/entre 5-7 días*). A mayor puntuación mayor probabilidad de cuadro depresivo. Con esta escala evaluamos la validez divergente.

#### 3.1.4 ANÁLISIS DE DATOS

---

El diseño de la base de datos así como el análisis de ésta se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Para el análisis de la fiabilidad como consistencia interna de la MAAS, se analizó para el total de la escala el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades con la corrección de Spearman-Brown, así como el valor alfa de Cronbach que alcanzaría la escala en el caso de eliminar cada uno de sus ítems. El estudio de su validez de constructo se realizó mediante técnicas de factorización tanto de tipo exploratorio como confirmatorio. El estudio de la validez convergente de la MAAS consistió en evaluar la correlación entre la puntuación de dicha escala y la de las subescalas de la FFMQ, con un propósito equivalente. El estudio de su validez divergente se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson con la escala de depresión CES-D. El estudio de la fiabilidad como estabilidad temporal de la MAAS se realizó a partir del coeficiente de correlación de Pearson entre las dos administraciones de la escala. Finalmente, el estudio de la sensibilidad al cambio de la MAAS se realizó mediante una comparación de medias con la propia escala MAAS tras una intervención de mindfulness de diez semanas de duración.

### 3.1.5 RESULTADOS

#### 3.1.5.1 Características sociodemográficas de las muestras

Las características sociodemográficas tanto de la muestra clínica como de la muestra control aparecen en la Tabla 1.

*Tabla 1. Características sociodemográficas de las muestras clínica y control*

	Subgrupo no clínico (n = 184)	Subgrupo clínico (n = 201)
<b>Género</b>		
Hombres	26.89%	22.9 %
Mujeres	73.11%	77.1%
<b>Edad media</b>	29.39 (DE= 10.22)	33.51 (DE=10.74)
<b>Estudios</b>		
Primarios		37.5%
Secundarios		41.3%
Universitarios	100%	20.6%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	63%	56.1%
Pareja/casado	36%	31.1%
Separado	1%	1.8%
<b>Situación Laboral</b>		
Trabaja	30%	34.54%
Parado/no trabaja		27.32%
Baja laboral		27.32%
Sólo estudia	70%	10.80%

En la Tabla 2 aparecen los ítems en español e inglés que componen la MAAS así como las medias y desviación estándar para cada uno, obtenidos en nuestro estudio y en la versión original de la escala.



### 3. RESULTADOS

*Tabla 2. Descripción estadística de los ítems en español y los ítems originales en inglés*

Ítems en español ( $M \pm DE$ )		Ítems en inglés ( $M \pm DE$ )	
Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.	(4.33 $\pm$ 1.32)	I could be experiencing some emotions and not be conscious of it until sometime later.	(4.14 $\pm$ 1.44)
Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.	(4.46 $\pm$ 1.39)	I break or spill things because of carelessness, not paying attention, or thinking of something else.	(4.34 $\pm$ 1.63)
Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.	(4.10 $\pm$ 1.45)	I find it difficult to stay focused on what's happening in the present.	(4.29 $\pm$ 1.38)
Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.	(3.15 $\pm$ 1.50)	I tend to walk quickly to get where I'm going without paying attention to what I experience along the way.	(3.12 $\pm$ 1.68)
Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención.	(3.81 $\pm$ 1.45)	I tend not to notice feeling of physical tension or discomfort until they really grab my attention.	(3.70 $\pm$ 1.59)
Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.	(3.27 $\pm$ 1.69)	I forget a person's name almost as soon as I've been told it for the first time.	(3.26 $\pm$ 1.76)
Parece como si "funcionara en automático" sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.	(3.89 $\pm$ 1.42)	It seems I am "running on automatic," without much awareness of what I'm going.	(3.95 $\pm$ 1.51)
Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.	(3.85 $\pm$ 1.34)	I rush through activities without being really attentive to them.	(3.77 $\pm$ 1.44)
Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.	(3.97 $\pm$ 1.37)	I get so focused on the goal I want to achieve that I lose touch with what I'm doing right now to get there.	(3.96 $\pm$ 1.52)
Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	(3.92 $\pm$ 1.31)	I do jobs or tasks automatically, without being aware of what I'm going.	(3.90 $\pm$ 1.46)
Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.	(3.53 $\pm$ 1.31)	I find myself listening to someone with one ear, doing something else at the same time.	(3.15 $\pm$ 1.50)
Conduzco "en piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí.	(4.43 $\pm$ 1.42)	I drive places on "automatic pilot" and then wonder why I went there.	(4.74 $\pm$ 1.55)
Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.	(3.48 $\pm$ 1.57)	I find myself preoccupied with the future or the past.	(2.84 $\pm$ 1.62)
Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.	(4.00 $\pm$ 1.39)	I find myself doing things without paying attention.	(3.95 $\pm$ 1.38)
Pico sin ser consciente de que estoy comiendo.	(4.58 $\pm$ 1.52)	I snack without being aware that I'm eating.	(4.77 $\pm$ 1.52)

### 3.1.5.2 Consistencia interna y validez de constructo

La consistencia interna global de la escala, evaluada mediante el estadístico alfa de Cronbach, es de 0.897. En el análisis ítem por ítem del valor de alfa la escala se comporta de forma homogénea y no aparecen ítems irrelevantes que perjudiquen al alfa global de la MAAS. Utilizando el coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades con la corrección de Spearman-Brown se obtiene un valor de 0.865.

### 3.1.5.3 Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

El AFE de componentes principales con rotación varimax de la MAAS sobre un grupo de 385 personas muestra una solución inicial de dos factores con valores propios superiores a 1, con valores de 6.42 y 1.18 respectivamente, que agrupan el 50.7% de la varianza total. A pesar de ello, el análisis del gráfico de sedimentación sugiere claramente una solución unifactorial (ver figura 1). La solución final de un único factor permite explicar un 42.8% de la varianza total. Se obtuvo un índice de adecuación muestral KMO de 0.926 y la prueba de esfericidad de Bartlett mostró una  $p < 0.001$  exploratorio.

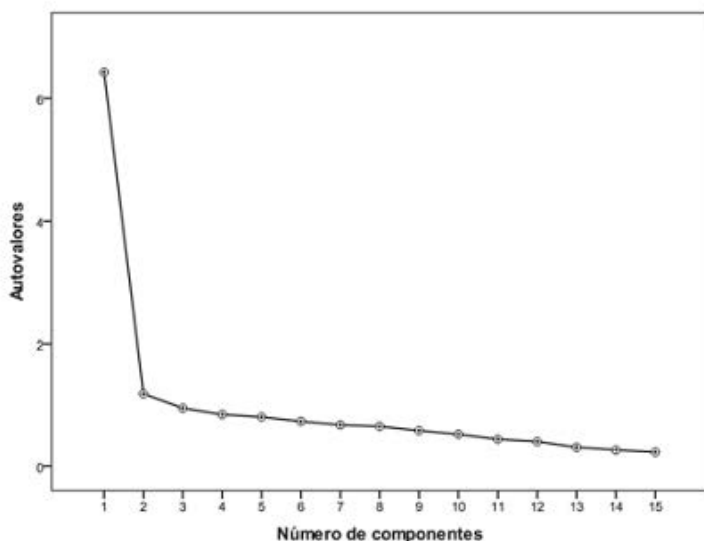


Figura 1. Gráfico de sedimentación de la MAAS

La Tabla 3 muestra las cargas factoriales de los 15 ítems de la escala para dicho factor de atención y conciencia.

Tabla 3. Cargas factoriales e ítems de la MAAS

Ítems de la MAAS	Factor 1
Maas-12	.774
Maas-14	.718
Maas-15	.699
Maas-2	.618
Maas-11	.605
Maas-13	.597
Maas-3	.561
Maas-8	.520
Maas-10	.513
Maas-7	.485
Maas-1	.457
Maas-9	.392
Maas-4	.172
Maas-6	.088
Maas-5	.056

#### 3.1.5.4 Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Se llevó a cabo un AFC para explorar la bondad de ajuste de la estructura factorial. Para realizar los análisis se utilizó el software EQS 6.0 (Bentler, 1995). El modelo confirmatorio se ha estimado mediante máxima verosimilitud pero con correcciones robustas de Satorra-Bentler en los errores estándar y estadísticos, e índices de ajuste (Bentler, 1995). Se utilizaron los siguientes indicadores de bondad de ajuste: CFI (*Comparative Fit Index*), GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted General Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) y  $\chi^2_{sb}$ . De acuerdo con Hu y Bentler (1999) se utilizaron los siguientes criterios para indicar que existe un buen ajuste: CFI, GFI y AGFI >0.90 y RMSEA <0.08 se consideran aceptables. Se han escogido estos criterios porque en investigaciones previas han mostrado su estabilidad (Bentler & Bonett, 1980; Hu & Bentler, 1999).

El único modelo que se ha puesto a prueba es el modelo de un solo factor representado por los 15 ítems. La estructura monofactorial produjo los siguientes

índices de ajuste  $\chi^2_{sb}=229.3904$  ( $p<0,001$ ), (CFI=0.920, GFI=0.884, AGFI=0.845, SRMR=0.053, RMSEA= 0.71 [0.059-0.082]). Atendiendo a estos índices de ajuste, se puede decir que el modelo unifactorial del MAAS tiene unos índices de ajuste adecuados.

### 3.1.5.5 Validez convergente y discriminante

Se determinó la validez convergente de la escala MAAS mediante la comparación entre las puntuaciones obtenidas en dicha escala y las obtenidas en el FFMQ. La Tabla 4 muestra las correlaciones entre las puntuaciones de la escala MAAS y las cinco subescalas de la FFMQ: Observación, Descripción, Actuación consciente, No juzgar y No reactividad a la experiencia interna.

La validez divergente de la escala se estableció mediante la correlación de las puntuaciones de la MAAS con la escala autoaplicada de depresión CES-D, obteniendo una correlación de Pearson de -.558 con una  $p < 0.001$ .

*Tabla 4. Correlaciones entre la MAAS y las subescalas de la FFMQ.*

	Observación	Descripción	Actuación consciente	No Juzgar	No reactividad
MAAS	-.047	.463**	.808**	.523**	.310**

Nota: MAAS-Mindful Attention Awareness Scale; FFMQ-Five Facets Mindfulness Questionnaire.

\*\*  $p < 0.001$

### 3.1.5.6 Estabilidad temporal

Se estudió la fiabilidad de la escala MAAS en el tiempo en un subgrupo de 32 sujetos de la muestra no clínica, mediante la comparación de las puntuaciones obtenidas entre dos administraciones consecutivas separadas por dos semanas. Se obtuvo una correlación de Pearson de .823 con una  $p < 0.001$ .

#### 3.1.5.7 Sensibilidad al cambio

Para establecer la capacidad de la escala para detectar cambios en la habilidad de mindfulness, se realizó una comparación de medias para muestras relacionadas. Las puntuaciones obtenidas en la MAAS antes y después de la aplicación del módulo de mindfulness de 10 semanas de duración de la DBT en una submuestra clínica de 30 pacientes diagnosticados de TLP. En la prueba T-Test no se observaron diferencias significativas entre ambas administraciones que presentaron una correlación de Pearson de .789 con una  $p < 0.001$ .

#### 3.1.6 DISCUSIÓN

---

A pesar de la creciente utilización de terapias y entrenamientos en mindfulness, no existen instrumentos de medición de la capacidad de este constructo adaptados a nuestro ámbito sociocultural. La MAAS permite una medición global de esta capacidad y resulta una herramienta de rápida administración y de simple corrección. Los resultados obtenidos en este estudio señalan una buena fiabilidad y validez de la versión al español de la MAAS. Presenta una elevada consistencia interna, indicando una notable homogeneidad global del instrumento, así como una buena interdependencia entre los ítems comparable a la obtenida en la versión original inglesa del instrumento (Brown & Ryan, 2003).

El análisis factorial exploratorio revela una solución factorial de un único factor similar a la obtenida por los autores en el análisis original de la escala (Brown & Ryan, 2003). El porcentaje de varianza explicada por este único factor, del 43%, es superior al obtenido en el estudio de validación de la versión al francés y en las aplicaciones de la MAAS a muestras adolescentes y poblaciones psiquiátricas (Brown, West, Loverich, & Biegel, 2011; Jerman et al., 2009), aunque inferior a la obtenida en la validación original y en muestras de pacientes con cáncer (Brown & Ryan, 2003; Carlson & Brown, 2005). Además, esta estructura factorial muestra buenos índices de ajuste en el AFC. En la revisión del comportamiento psicométrico de cada ítem que compone la MAAS, 12 de los 15 ítems presentan cargas factoriales en la matriz rotada superiores a .30 a excepción de los ítems 5, 6 y 4. De forma similar a los resultados obtenidos en el análisis original (Brown & Ryan, 2003), los ítems con cargas inferiores a .30 se mantienen dentro de la escala debido a que añaden contenido significativo a la escala.

En el análisis de constructos amplios como en este caso, cargas factoriales menores no resultan infrecuentes (Holey, 2000). Por otro lado, el ajuste de los datos en el AFC señala la estabilidad del instrumento con su configuración original de 15 ítems.

Las correlaciones obtenidas entre la MAAS y las subescalas de la FFMQ señalan una elevada validez convergente. Como era de esperar, la MAAS correlaciona con mayor intensidad con la subescala de Actuación consciente, esto probablemente es debido a la proximidad de la subescala de la FFMQ con la idea del mindfulness que subyace en la MAAS. De hecho, la configuración de ítems de la subescala de Actuación consciente de la FFMQ, se derivó de un análisis factorial con distintas escalas de mindfulness (Baer et al., 2006) que agrupó varios ítems de la propia MAAS. La escala MAAS también correlaciona significativamente con las subescalas No juzgar y No reactividad a la experiencia interna. Esta correlación resulta interesante al tratarse de dos subescalas más cercanas a la actitud en que se practica el mindfulness que a la forma en que se realiza. Esta relación podría apoyar un solapamiento entre los dos factores tradicionalmente constituyentes del mindfulness, “presencia” y “aceptación”. En este sentido, Brown y Ryan (2001) analizando amplias muestras de sujetos que posteriormente derivaron en la creación de la MAAS, observaron que a nivel psicométrico la medición del factor aceptación no añadía ventajas explicativas a la utilización únicamente el factor presencia. La aceptación resultaría funcionalmente redundante en mindfulness por lo que se eliminó en la subsiguiente elaboración de la MAAS (Brown & Ryan, 2003). Finalmente, también correlacionó con la subescala Descripción, que hace referencia a la capacidad de uno para poner en palabras su experiencia ya sea en términos de pensamientos, sensaciones o sentimientos. Parece congruente esperar que ante cualquier experiencia subjetiva que puede ser verbalizada, ésta tiene que haber sido consciente previamente. La única subescala de la FFMQ con la que la MAAS no establece ninguna relación significativa es con la de Observación. Esta última aglutina un conjunto de ítems relacionados con la capacidad de atender y notificar gran variedad de percepciones mayoritariamente sensoriales. En conjunto las correlaciones descritas y la ausencia de relación con la subescala Observación también se han reportado en otro estudio de validación previo (Hansen et al., 2009).

La validez divergente de la MAAS se estableció comparándola con la presencia de sintomatología depresiva evaluada mediante la escala CES-D. La capacidad disposicional de mindfulness presenta una clara relación inversa con la sintomatología

depresiva de  $-.558$ . Esta relación va en el mismo sentido que el observado en la validación original donde se utilizó la misma escala y se observó una correlación significativa de  $-.37$  en una muestra de 327 estudiantes. Dicho resultado es coherente con otros trabajos donde la escala se ha comparado con sintomatología depresiva (Brown & Ryan, 2003; Christopher & Gilbert, 2010; Jerman et al., 2009). A diferencia de otros estudios, en nuestro trabajo no se incluyó ninguna escala de sintomatología ansiosa. Aunque esto resulta una limitación, los resultados psicométricos obtenidos con la clínica afectiva no harían esperar un comportamiento diferente en cuanto a la sintomatología ansiosa.

La fiabilidad temporal de la escala fue elevada y muy similar a la obtenida en el estudio original de la MAAS que fue de  $.81$ . Cabe señalar, que esta elevada concordancia puede verse favorecida por la utilización de periodo temporal menor en nuestro estudio, de dos semanas en comparación con las cuatro del trabajo original (Brown & Ryan, 2003).

Finalmente, en nuestro estudio la MAAS no resultó una herramienta sensible al cambio. No se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después de una intervención de mindfulness. La ausencia de diferencias podría ser explicada por una insensibilidad del instrumento al cambio, pero también por el tipo intervención y la submuestra utilizada. Por un lado, la intervención de mindfulness utilizada fue un módulo de la DBT (Linehan, 1993), que otorga menor relevancia a las prácticas formales en comparación con otras intervenciones donde se ha utilizado la MAAS y esta ha resultado sensible (Christopher & Gilbert, 2010; Labelle et al., 2010). Por otro lado, la muestra utilizada fue de pacientes diagnosticados de TLP. Es una muestra de elevada severidad clínica y que, habitualmente, presentan dificultades tanto en adquirir como mantener nuevos hábitos conductuales saludables. Por lo tanto, el nivel de práctica podría no ser suficiente para ser estadísticamente detectable (Dimidjian & Linehan, 2003; Linehan, 1993).

En conclusión, la traducción española de la MAAS resulta un instrumento válido y fiable para medir las diferencias individuales en la capacidad de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en población española. Este cuestionario se puede utilizar para investigar el efecto del mindfulness sobre variables clínicas.

## ESTUDIO 2

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA  
*PHILADELPHIA MINDFULNESS SCALE*.



## 3.2 ESTUDIO 2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA *PHILADELPHIA MINDFULNESS SCALE*.

### 3.2.1 INTRODUCCIÓN

Habitualmente la atención plena se define como “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1994). En los últimos 20 años la atención plena se ha introducido y difundido con celeridad en la psicología científica moderna, en gran parte gracias al éxito terapéutico de las intervenciones que se basan en él o que lo integran como una técnica fundamental dentro de su programa como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Segal et al., 2002), el Programa de Reducción de Estrés Basado en mindfulness (Kabat-Zinn, 1990), la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993) o la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999), entre otras.

Con el fin de evaluar la atención plena y estudiar su relación con distintos aspectos de la salud se han diseñado distintas escalas, tales como el *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI) (Buchheld et al., 2001), el *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) (Baer et al., 2004), la *Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised* (CAMS-R) (Feldman et al., 2007), la *Toronto Mindfulness Scale* (TMS) (Lau et al., 2006), el *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2008) y la *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) (Brown & Ryan, 2003). Existen considerables diferencias entre estos autoinformes, ya que no todos comparten la misma definición de atención plena, no están dirigidos a la misma población o han utilizado distinta metodología para su construcción. Por ejemplo, el FMI considera que las habilidades de atención plena solo pueden ser alcanzadas mediante la práctica meditativa (Grossman & Van Dam, 2011), y en cambio, en la MAAS la atención plena es conceptualizada como una habilidad innata, presente en mayor o menor medida en todos los individuos (Brown & Ryan, 2003). Esta última escala se sustenta en una visión unifactorial del mindfulness y evalúa únicamente la variable atención/conciencia en el presente. Esta perspectiva unidimensional contrasta con la de instrumentos como el FFMQ o el KIMS que distinguen hasta cinco dimensiones, algunas de las cuales son cercanas al factor atención/conciencia y otras que están más relacionadas con un factor de aceptación.

Con la intención de consensuar los elementos del mindfulness definidos por varios

teóricos y operativizar mejor el concepto, Bishop y cols. (2004) propusieron dos componentes que parecerían ser consustanciales al mindfulness: a) autorregulación de la atención sostenida en el presente y b) una actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia la experiencia. Esta misma definición fue también recogida por Cardaciotto y cols. (2008) como una “tendencia a estar altamente consciente de las experiencias internas y externas en un contexto de aceptación no evaluativo”. Aunque se ha argumentado que ambos factores (atención/conciencia y aceptación) podrían presentar cierto solapamiento a nivel conceptual (Bishop et al., 2004; Ingram, 1990), también parece razonable que ambos aspectos estén diferenciados (Cardaciotto et al., 2008). En este sentido, existen ejemplos claros donde una elevada conciencia y focalización no van acompañados de una actitud de aceptación, como es el caso de trastornos de ansiedad, depresión o conductas adictivas (Ingram, 1990).

La escala *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS, Cardaciotto et al., 2008) es un autoinforme breve y, hasta el momento, la única escala formulada desde la visión bidimensional del mindfulness formulada por Bishop y cols. (2004). Los dos componentes que evalúa son: 1) Conciencia en el momento presente, definida como “continua monitorización de los estímulos internos y externos” y 2) Aceptación, definida como “postura no juiciosa hacia la experiencia de uno”. El objetivo del presente estudio es valorar las propiedades psicométricas de la PHLMS versión española tanto en una muestra control de estudiantes universitarios como en población con patología psiquiátrica.

### 3.2.2 METODOLOGÍA

---

#### 3.2.2.1 Participantes

La muestra global del estudio se compone por 395 participantes (289 mujeres y 106 hombres), de edades comprendidas entre los 18 y los 68 años con una media de edad de 31.9 años (DE = 10.82). La muestra se integra por un subgrupo clínico (n = 256) y otro de estudiantes (n = 139).

Los pacientes de la muestra psiquiátrica procedían del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y de la Fundació Althaia (Xarxa Assistencial Universitària de Manresa) y cumplían criterios diagnósticos según DSM-IV-TR (APA, 2000) para uno de los

siguientes trastornos: TLP (n = 69), TCA (n = 71), TDM (n = 48) y TDC (n = 68). La muestra no psiquiátrica estaba formada por estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia y de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. En la Tabla 1 se presentan las principales características sociodemográficas de los dos grupos objeto de estudio. Los criterios de exclusión fueron: presentar alguna otra enfermedad psiquiátrica en fase aguda o un trastorno de la esfera psicótica, retraso mental, déficits sensoriales o dificultades lingüísticas que impidieran la cumplimentación de los cuestionarios.

*Tabla 1 Características sociodemográficas de las muestras clínica y control.*

	Muestra estudiantes (n = 139)	Muestra psiquiátrica (n = 256)	p
Género (% de mujeres)	75	71	n.s.
Edad media	28.1 (9.14)	30.75 (10.19)	n.s.
Estudios			
Primarios		37.5%	<0.001
Secundarios		41.3%	
Universitarios	100%	20.6%	
Estado civil			
Soltero	63%	56.1%	<0.001
Pareja/casado	36%	31.1%	
Separado	1%	12.8%	
Situación Laboral			
Trabaja	30%	34.54%	<0.001
Parado/no trabaja		27.32%	
Baja laboral		27.32%	
Sólo estudia	70%	10.80%	

Nota: Se realizaron prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas y la t-Student para las continuas.

### 3.2.2.2 Procedimiento

La muestra psiquiátrica se reclutó mediante un muestreo consecutivo y tras comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Los participantes estudiantes completaron los cuestionarios en una de las aulas de la universidad.

Todos los participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado y participaron en el estudio de forma voluntaria.

Para la adaptación de la escala se siguió el procedimiento habitual de traducción-retrotraducción (Brislin, 1986). Una persona bilingüe y con experiencia clínica realizó la traducción de la escala original al castellano con la colaboración de un clínico con amplia experiencia como formador en mindfulness. Un traductor independiente de origen anglosajón especializado en la traducción de textos biomédicos, retrotradujo la versión castellana de la escala al inglés, y esta fue enviada a los autores de la PHLMS que, tras varias correcciones en la versión castellana, certificaron la adecuación al texto original.

Para el estudio de fiabilidad test-retest, una submuestra de 53 participantes contestó por segunda vez la PHLMS al cabo de dos semanas de la primera administración. La sensibilidad al cambio se estableció analizando los cambios en las subescalas del PHLMS en una submuestra de 19 pacientes diagnosticados de TLP que participaron en una intervención de 10 semanas de atención plena dentro del contexto de la DBT, puesto que este tipo de intervención ha mostrado ser clínicamente efectiva en otros estudios (Feliu-Soler et al., 2014; Soler et al., 2012).

### 3.2.2.3 Instrumentos

- La PHLMS (Cardaciotto et al., 2008) es un cuestionario de 20 ítems que evalúa dos constructos de la atención plena: conciencia y aceptación. En él se pregunta por la frecuencia con la que se ha experimentado distintos aspectos relacionados con dichos constructos durante la última semana. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos, con un rango entre 1 (*nunca*) y 5 (*muy a menudo*).
- El FFMQ en versión española (Cebolla et al., 2012) es una escala de 39 ítems que mide cinco factores de la atención plena: Observación, Descripción, Actuación consciente, No juzgar, y No reactividad a la experiencia interna. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos, con un rango entre 1 (*nunca o muy raramente verdad*) hasta 5 (*muy a menudo o siempre verdad*).
- La MAAS (Soler et al., 2012) es una escala de 15 ítems que mide la frecuencia con la que los procesos de atención y conciencia en el momento presente ocurren en la

vida diaria. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 6 puntos, con un rango entre 1 (*casi siempre*) hasta 6 (*casi nunca*). Puntuaciones elevadas indican mayor estado de atención plena.

- El Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (Barraca-Mairal, 2004) es un cuestionario de 9 ítems que evalúa la evitación experiencial y la aceptación psicológica. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 8 puntos, con un rango entre 1 (nunca verdad) hasta 7 (siempre verdad).
- La escala *Epidemiological Studies-Depression* (CES-D) (Soler et al., 1996) está compuesta por 20 ítems y evalúa presencia de sintomatología depresiva durante la última semana. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 4 puntos, con un rango entre 0 (*raramente o nunca/menos de un día*) a 3 (*mucho o siempre/entre 5-7 días*).
- La *State/Trait Anxiety Inventory-State* (STAI-E) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982) es una escala de 20 ítems que evalúa el estado de ansiedad. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 4 puntos, con un rango 0 (*nada*) a 3 (*mucho*).

#### 3.2.3 ANÁLISIS DE DATOS

---

Con el objetivo de evaluar la validez del constructo, la consistencia interna, la validez convergente y divergente, la fiabilidad temporal y la sensibilidad al cambio de la PHLMS, se llevaron a cabo los siguientes análisis.

Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con factorización de ejes principales y rotación Promax para evaluar la validez de constructo de la escala. Con el fin de estudiar la consistencia interna de la PHLMS se determinó el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach para la escala total y cada una de las subescalas.

Para evaluar la validez convergente en una submuestra de 291 participantes (grupo estudiantes  $n = 83$ ; grupo clínico  $n = 208$ ), se estimaron las correlaciones de Pearson entre la PHLMS y las otras escalas de atención plena y de aceptación (FFMQ, MAAS y AAQ). Las correlaciones entre la PHLMS y el AAQ únicamente se obtuvieron de la muestra de pacientes. El estudio de la validez divergente se realizó con una submuestra de 253 participantes (grupo estudiantes  $n = 123$ ; grupo clínico  $n = 130$ ).

correlacionando la PHLMS con las escalas CES-D y la STAI-E. La fiabilidad temporal de la escala se estudió en una submuestra de 32 participantes del grupo de estudiantes y 21 pacientes con TLP mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la PHLMS obtenidas en dos administraciones consecutivas separadas por dos semanas. Se evaluó la sensibilidad al cambio de la PHLMS en un subgrupo de pacientes con TLP ( $n = 19$ ) tras una intervención de atención plena de diez semanas de duración; para ello se llevó a cabo una comparación de medias t-test para muestras relacionadas de las puntuaciones pre y postterapia. Finalmente se realizaron comparaciones t-test para muestras independientes (grupo de estudiantes y clínico) para evaluar si ambos grupos se podían diferenciar por las puntuaciones en la PHLMS. Se calculó además la  $d$  de Cohen ( $d$ ) para aportar información acerca del tamaño del efecto de dichas diferencias.

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

### 3.2.4 RESULTADOS

---

#### 3.2.4.1 Características sociodemográficas de las muestras

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos con relación a composición de género y edad, aunque sí en el nivel de estudios, estado civil y situación laboral. En la Tabla 1 aparecen las principales características sociodemográficas de la muestra con patología psiquiátrica y de la muestra de estudiantes.

#### 3.2.4.2 Validez de constructo

El AFE se realizó con una muestra de 395 participantes. Después de comprobar que se cumplían las condiciones de aplicación ( $KMO = 0.85$  y prueba de esfericidad de Bartlett significativa  $p < 0.001$ ), se procedió a la factorización de ejes principales de la escala con rotación Promax. La solución inicial indicó la existencia de cuatro factores con autovalores superiores a 1 que explicarían el 57.02% de la varianza total. Sin embargo, en congruencia con I) el marco teórico en base al cual se desarrolló

originariamente dicha escala (Cardaciotto et al., 2008), II) la presencia de dos factores predominantes observados en el gráfico de sedimentación (fig. 1), III) la superior interpretabilidad de la solución de dos factores, IV) el principio de parsimonia, y V) la estructura factorial de la versión original de la PHLMS (Cardaciotto et al., 2008), se realizó un segundo AFE restringiendo la solución a dos factores. Estos dos factores explicaron un 42.49% de la varianza total. En función de los resultados de este segundo AFE, se procedió a un proceso de depuración de ítems atendiendo al siguiente criterio principal: se eliminaron aquellos ítems que presentaban una baja comunalidad dado que el objetivo de todo análisis factorial es explicar la varianza mediante factores comunes. La comunalidad expresa la cantidad de varianza común de cada ítem a lo largo de los factores resultantes, por lo que aquellos ítems con bajas comunales (inferiores a 0.40) podrían ser eliminados dada su baja contribución a la solución factorial (Kline, 1994). Asimismo, se utilizaron otros tres criterios comúnmente empleados para la selección de ítems: la carga factorial del ítem con el factor o factores extraídos, el coeficiente de correlación de Pearson entre el ítem y la subescala o factor (sin el propio ítem) al que pertenece, y el valor de la alfa de Cronbach que alcanzaría dicha subescala en el caso de eliminar el ítem. Específicamente, se consideraron eliminables aquellos ítems con cargas factoriales inferiores a 0.32 (Comrey, 1985) en todos los factores extraídos, con valores de correlación ítem-total corregida inferiores a 0.30 (Fayers & Machin, 2000), o aquellos cuya eliminación incrementara la fiabilidad de la subescala en más de 0.02 puntos (Jones, Mulligan, Higginson, Dunn, & Morrison, 2013). El ítem 15 era el único que satisfacía alguna (de hecho, tres de las cuatro) de las condiciones que recomendaban su eliminación. Dicho ítem presentaba una comunalidad inferior a 0.40 (0.21), una carga factorial inferior a 0.32 (0.31) en los dos factores o subescalas y una correlación ítem-total corregida inferior a 0.40 (0.30) con la subescala a la que hubiera sido asignado en función de su mayor carga factorial. Los ítems finalmente seleccionados (es decir, todos menos el ítem 15) fueron sometidos de nuevo a un AFE. La solución de dos factores sin el ítem 15 explicó un 44.02% de la varianza total. La Tabla 2 muestra los ítems y las cargas factoriales de los ítems de la versión española de la escala para los factores etiquetados como conciencia y aceptación, antes y después de la eliminación del ítem 15.

Los factores de conciencia y aceptación no correlacionaron significativamente entre sí en el grupo de estudiantes ( $r = -.050$ ,  $p > 0.05$ ), pero sí en el grupo clínico ( $r = -.218$ ,  $p = 0.001$ ).

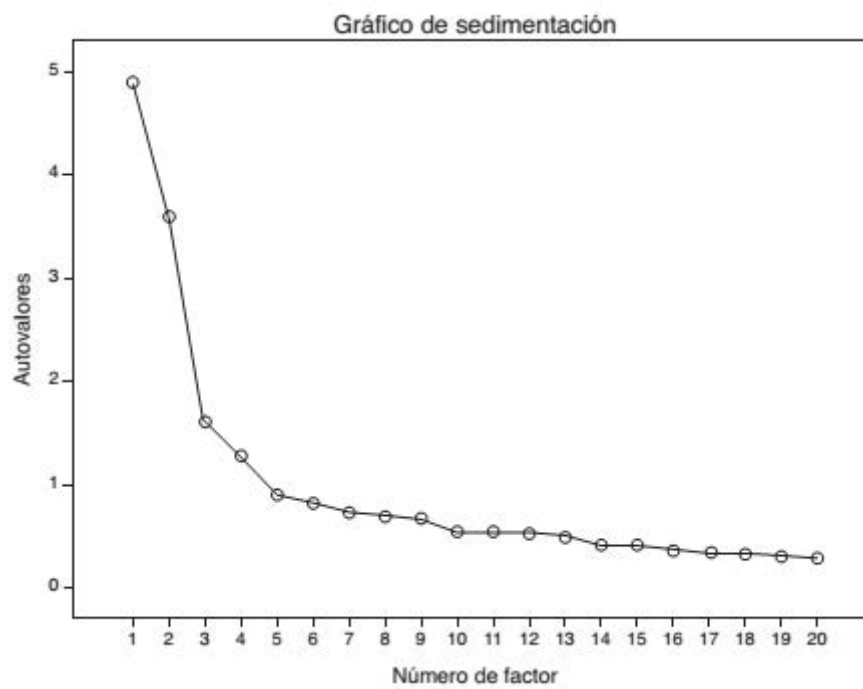


Figura 1. Gráfico de sedimentación de la PHLMS



### 3. RESULTADOS

*Tabla 2. Análisis Factorial Exploratorio: varianza explicada y matriz de configuración*

Factores	PHLMS ítems 1-20		PHLMS eliminando ítem 15	
	Autovalor	% de la varianza	Autovalor	% de la varianza
1	4.90	24.49	4.76	25.08
2	3.60	18.00	3.60	18.94
<b>Matriz de configuración</b>				
Ítems	Factor 1 Aceptación	Factor 2 Conciencia	Factor 1 Aceptación	Factor 2 Conciencia
1. Soy consciente de qué pensamientos están pasando por mi mente	-.026	.572	-.032	.574
2. Intento distraerme cuando siento emociones desagradables	.434	.218	.446	.228
3. Al hablar con otras personas, soy consciente de sus expresiones faciales y corporales	-.105	.555	-.110	.556
4. Hay aspectos sobre mi mismo en los que no quiero pensar	.608	-.274	.596	-.273
5. Cuando me ducho, soy consciente de cómo el agua recorre por mi cuerpo	.160	.451	.150	.450
6. Intento mantenerme ocupado para evitar que pensamientos y sentimientos me vengan a la cabeza	.721	-.028	.726	-.021
7. Cuando estoy sobresaltado, me doy cuenta de lo que está pasando dentro de mi cuerpo	.069	.518	.054	.515
8. Ojalá pudiera controlar mis emociones más fácilmente	.528	-.117	.517	-.117
9. Cuando salgo a pasear, soy consciente de los olores o del contacto del aire en mi cara	.093	.495	.089	.498
10. Me digo a mi mismo que no debería tener determinados pensamientos.	.709	-.090	.703	-.086
11. Cuando alguien me pregunta cómo me siento, puedo identificar mis emociones con facilidad	-.195	.604	-.196	.607
12. Hay cosas en las que intento no pensar	.798	-.161	.799	-.155
<b>13. Soy consciente de los pensamientos que tengo cuando mi ánimo cambia</b>	<b>.124</b>	<b>.625</b>	<b>.110</b>	<b>.623</b>

	PHLMS ítems 1-20		PHLMS eliminando ítem 15	
14. Me digo a mí mismo que no debería sentirme triste	.564	.055	.561	.059
15. Noto cambios dentro de mi cuerpo, como mi corazón latiendo más rápido o mis músculos tensándose	.314	.132	----	----
16. Si hay algo en lo que no quiero pensar, intentaré muchas cosas para quitármelo de la cabeza	.638	.223	.639	.230
17. Cuando mis emociones cambian, soy consciente de ello inmediatamente	-.053	.648	-.066	.645
18. Trato de sacar mis problemas fuera de mi mente	.487	.140	.493	.147
19. Mientras hablo con la gente, soy consciente de las emociones que estoy experimentando	.064	.626	.053	.625
20. Cuando tengo un mal recuerdo, intento distraerme para que se vaya.	.630	.159	.638	.168

Todos los resultados que figuran a continuación se refieren a la versión española de la PHLMS que no incluye el ítem 15 de la versión original.

### 3.2.4.3 Consistencia interna

La versión española de la PHLMS presentó un alfa de Cronbach total de 0.82. Con relación a sus subescalas, se observó un alfa de 0.86 para la subescala de aceptación y de 0.81 para la subescala de conciencia.

### 3.2.4.4 Estabilidad temporal

Se estudió la fiabilidad test-retest de la PHLMS en una submuestra de 32 participantes del grupo de estudiantes y 21 pacientes con TLP. Con este fin se compararon las puntuaciones obtenidas en dos administraciones separadas por dos semanas mediante una t-test para muestras relacionadas que resultó no significativa y se realizaron correlaciones de Pearson para la puntuación de la subescala de Conciencia ( $r = .81$  con una  $p < 0.001$ ) y de Aceptación ( $r = .80$  con una  $p < 0.001$ ).

### 3.2.4.5 Validez convergente y divergente

Para el estudio de la validez convergente se evaluaron las correlaciones entre las subescalas de la PHLMS y la MAAS y el AAQ y las subescalas del FFMQ, observándose correlaciones significativas entre casi todas las subescalas (de  $r = -.20$  a  $r = .59$ ; con  $p < 0.05$  y  $p < 0.01$  respectivamente). En la Tabla 3 se detallan para cada grupo las correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas de la PHLMS y las cinco subescalas de la FFMQ (Observación, Descripción, Actuación consciente, No juzgar y No reactividad a la experiencia interna), la MAAS y el AAQ. La validez divergente de la PHLMS se estableció mediante la correlación de las puntuaciones de las subescalas de conciencia y aceptación con las escalas de sintomatología depresiva y ansiosa (CES-D y STAI-E, respectivamente), observándose correlaciones significativas desde  $r = -.39$  hasta  $r = -.15$  (con  $p < 0.05$  y  $p < 0.01$  respectivamente). En la Tabla 4 se presentan las correlaciones obtenidas para las submuestras de estudiantes y de pacientes especificadas por grupo.

*Tabla 3. Validez convergente la PHLMS con medidas de atención plena y evitación experiencial para las muestras control y psiquiátrica*

	Muestra global		Muestra estudiantes		Muestra psiquiátrica	
	PHLMS Conciencia	PHLMS Aceptación	PHLMS Conciencia	PHLMS Aceptación	PHLMS Conciencia	PHLMS Aceptación
<b>FFMQ Observación</b>	.490**	-.196**	.446**	.154	.499**	-.250**
<b>FFMQ Descripción</b>	.471**	.328**	.562**	.543**	.496**	.136
<b>FFMQ Actuación Consciente</b>	.298**	.381**	.362**	-.051	.304**	.361**
<b>FFMQ No Juzgar</b>	.047	.586**	.281	.592**	.026	.462**
<b>FFMQ No Reactividad</b>	.396**	.120	.219	.095	.458**	.003
<b>MAAS</b>	.367**	.332**	.230	.236*	.381**	.271**
<b>AAQ</b>					-.194**	-.294**

Nota: AAQ: *Acceptance and Action Questionnaire*; FFMQ: *Five Facets Mindfulness Questionnaire*; MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*; PHLMS: *Philadelphia Mindfulness Scale*;

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Tabla 4. Correlaciones de las subescalas de la PHLMS con la CES-D y la STAI-E en las muestras control y psiquiátrica

	Muestra global		Muestra estudiantes		Muestra psiquiátrica	
	PHLMS Conciencia	PHLMS Aceptación	PHLMS Conciencia	PHLMS Aceptación	PHLMS Conciencia	PHLMS Aceptación
<b>CES-D</b>	-.155*	-.390*	-.114	-.334**	-.187*	-.257**
<b>STAI-E</b>	-.227*	-.255*	-.201	-.291*	-.249**	-.060

Nota: CES-D: *Center for Epidemiological Studies-Depression*; PHLMS: *Philadelphia Mindfulness Scale*; STAI-E: *State/Trait Anxiety Inventory-State*

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

### 3.2.4.6 Sensibilidad al cambio

Se compararon las evaluaciones pre y postratamiento, observándose una variación significativa entre la media pretratamiento de la subescala de aceptación y la puntuación postratamiento: 24.10 ( $DE = 8.46$ ) vs. 27.53 ( $DE = 8.41$ ); ( $t = -2.493$ ;  $gl=18$ ;  $p = 0.02$ ;  $d = 0.29$ ). No se observó ningún cambio significativo entre las medias pre y postratamiento para la subescala de conciencia: 30.89 ( $DE = 7.85$ ) vs. 31.47 ( $DE = 6.94$ ); ( $t = -0.589$ ;  $gl = 18$ ;  $p = 0.5$ ;  $d = 0.08$ ).

### 3.2.4.7 Diferencias en la *Philadelphia Mindfulness Scale* según grupo

El grupo de estudiantes y el grupo clínico difirieron significativamente en las puntuaciones medias de la subescala de aceptación: 31.83 ( $DE = 7.52$ ) vs. 25.89 ( $DE = 6.75$ ), respectivamente ( $t = 7.893$ ;  $gl = 380$ ;  $p < 0.001$ ;  $d = -0.83$ ). No se observaron diferencias significativas entre el grupo de estudiantes y el grupo clínico en relación con la subescala de conciencia: 32.87 ( $DE = 4.97$ ) vs. 31.90 ( $DE = 6.46$ ), respectivamente ( $t=1.628$ ;  $gl=384$ ;  $p=0.10$ ;  $d = -0.17$ ).

## 3.2.5 DISCUSIÓN

La versión española de la PHLMS presenta una estructura bifactorial y unas propiedades psicométricas parecidas a las de la escala original (Cardaciotto et al., 2008). Los dos factores de la escala (aceptación y conciencia) fueron observados en el

análisis factorial y explicaron una varianza que, tras la eliminación del ítem 15, fue del 44.02%, superior a la obtenida en el estudio original de la PHLMS. Es relevante observar que el funcionamiento psicométrico del ítem 15 ya resultó irregular en la validación original del instrumento, donde este presentó una considerable carga factorial en ambos factores (Cardaciotto et al., 2008). Aunque en la muestra global se replicó la estructura de dos factores del artículo original de la escala, dichos factores se hallaron interrelacionados en la muestra de pacientes con patología psiquiátrica.

Las subescalas de aceptación y conciencia mostraron una adecuada consistencia interna. En referencia a la validez convergente con otras escalas de atención plena y aceptación, las subescalas de la versión castellana de la PHLMS correlacionaron a nivel global con las medidas correspondientes de las otras escalas. En ambas muestras, las subescalas de conciencia y de aceptación correlacionaron positiva y significativamente con la MAAS, se observó una relación positiva entre la subescala de Conciencia y cuatro de las facetas del FFMQ, así como también entre la subescala de aceptación y la faceta de no juzgar. La subescala de Aceptación correlacionó negativa y significativamente con el AAQ y positivamente con la subescala no juzgar del FFMQ, que conceptualmente son más próximas a dicho constructo. Resultados parecidos se obtuvieron en el artículo original de la PHLMS (Cardaciotto et al., 2008), en el que también se observaron correlaciones entre la PHLMS con el AAQ y la subescala No juzgar de la KIMS (escala precursora del FFMQ). La subescala de Aceptación también correlacionó positivamente con la MAAS.

Sin embargo, se observaron diferencias entre grupos en cuanto a las correlaciones entre la subescala de Aceptación y distintas facetas del FFMQ así como también entre la subescala de Conciencia y la subescala de No reactividad. Así, únicamente en la muestra clínica, se observó una correlación negativa entre Aceptación y la faceta de Observación del FFMQ, una relación positiva entre Aceptación y Actuación consciente, y la subescala de Conciencia correlacionó positivamente con No reactividad del FFMQ. Por otro lado, en el grupo de estudiantes, se observó una correlación entre Aceptación y la faceta de Descripción del FFMQ que no se halló en el grupo de pacientes. Para mayor detalle, ver Tabla 3.

En términos generales, el comportamiento de las correlaciones entre la subescala de Conciencia de la PHLMS y las otras escalas de atención plena respondió a lo esperable. Sin embargo, es sorprendente que en el grupo de pacientes la faceta de No

reactividad del FFMQ correlacionara únicamente con el factor de Conciencia de la PHLMS y no con el de Aceptación, pues No reactividad junto a No juzgar serían el equivalente teórico del componente de aceptación medido en el FFMQ (Baer et al., 2006). Por otro lado, la subescala de Aceptación se comportó de forma muy distinta en función del grupo estudiado. De hecho, al menos en el grupo clínico, la hipótesis propuesta por Bishop et al. (2004) y defendida por Cardaciotto et al. (2008) en la que conciencia y la aceptación se comportarían de forma independiente, parecería no recibir apoyo; pues además de la correlación negativa encontrada entre las subescalas de Aceptación y Conciencia en este grupo, se observaron también relaciones cruzadas entre dichas subescalas y sus homólogos teóricos del FFMQ. Este hecho apoyaría la teoría propuesta por Brown y Ryan (2003, 2004), en la que aceptación y conciencia son planteadas como dos conceptos altamente interrelacionados.

La correlación negativa observada entre la subescala de Aceptación y la subescala de Observación del FFMQ en el grupo de pacientes psiquiátricos no fue reportada en la validación del instrumento original realizada con 78 estudiantes universitarios en soporte psicoterapéutico y con la KIMS (instrumento del cual deriva el FFMQ). Este resultado podría explicarse por el comportamiento variable y en ocasiones incluso antagónico de la subescala de Observación del FFMQ con otros índices o aspectos de la atención plena en función de la población estudiada (Cebolla et al., 2012; Soler et al., 2014), como lo sugeriría el hecho de que únicamente se haya observado esta asociación en la muestra psiquiátrica. En este sentido, en un estudio donde se analizó el comportamiento del FFMQ en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, el factor de Observación correlacionó significativa y positivamente con la clínica alimentaria (Lavender, Gratz, & Tull, 2011). Así, la capacidad de autoobservación parecería tener un rol adaptativo en algunos casos y uno desadaptativo en otros (Watkins & Teasdale, 2004). Las correlaciones negativas observadas entre las subescalas de la PHLMS podrían también deberse al solapamiento teórico entre el componente de Conciencia y la faceta de Observación.

Las correlaciones observadas entre la PHLMS y síntomas ansiosos y depresivos a nivel global indicaron una relación inversa entre ambas subescalas y la clínica ansiosa y depresiva. Este resultado es congruente con múltiples estudios previos donde las puntuaciones obtenidas en cuestionarios de atención plena se relacionaron negativamente con sintomatología afectiva y ansiosa para una revisión ver (Park et al., 2013). Cabe destacar que, como en el estudio original en muestras no clínicas, la

subescala de Aceptación sería más sensible a sintomatología ansiosa y depresiva que la subescala de Conciencia, que no correlaciona con ninguna de las dos en muestras control de estudiantes (Cardaciotto et al., 2008). Paralelamente, se observaron puntuaciones significativamente menores en la subescala de Aceptación en el grupo clínico respecto a la muestra no-clínica, pero no así en la subescala de Conciencia, apoyando la utilidad de medir de forma separada ambos componentes de la atención plena y el papel central -sugerido ya en la validación original de la escala (Cardaciotto et al., 2008)- que parecería tener el constructo de aceptación en los trastornos mentales.

El análisis de la fiabilidad test-retest muestra que la PHLMS presenta una adecuada estabilidad temporal. Respecto a la sensibilidad al cambio, únicamente la subescala de Aceptación pareció ser sensible a una intervención de diez semanas de atención plena. Este hecho podría indicar una mayor sensibilidad al cambio del componente de actitud (aceptación) que del de atención (conciencia) en intervenciones breves de atención plena en TLP (Feliu-Soler et al., 2014; Soler et al., 2012). Por otro lado, aunque el factor de Conciencia predijo significativamente la severidad psiquiátrica en el estudio de Cardaciotto et al. (2008), su coeficiente  $\beta$  fue 10 veces menor que el aportado por el factor de Aceptación; por ello se podría especular que aunque la intervención breve de atención plena fuera capaz de inducir cambios en la clínica psiquiátrica, dichas mejoras se verían reflejadas especialmente en el factor de aceptación y no en el de conciencia.

El presente estudio presenta limitaciones, entre las que podemos destacar la ausencia de evaluación psiquiátrica en el grupo de estudiantes que impide descartar la presencia de psicopatología en dicha muestra. Por otro lado, al tratarse íntegramente de una muestra de estudiantes universitarios, no permite la extrapolación de los resultados para dicho grupo como datos normativos. Las diferencias entre grupos con relación a los años de escolarización, estado civil y situación laboral podrían constituir también otra limitación del presente estudio. Asimismo, la muestra psiquiátrica está formada por pacientes con distintos diagnósticos, hecho que si bien por un lado incrementaría la representatividad de la muestra, también reduciría la posibilidad de encontrar diferencias respecto al grupo control debido a una elevada heterogeneidad. Por otro lado, con el fin de proporcionar mayor detalle acerca del comportamiento de la escala, en los análisis de su validez convergente y divergente se han considerado correlaciones con niveles de significación de  $p < 0.05$ , niveles superiores a los

habitualmente aconsejables en el caso de estimar múltiples correlaciones. Este hecho podría haber incrementado la probabilidad de cometer errores de tipo I. Por último, únicamente se realizó el estudio de la sensibilidad al cambio en un grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad, con lo que los resultados podrían no ser aplicables a otras poblaciones psiquiátricas.

En conclusión, la versión española de la PHLMS resulta un instrumento psicométrico comparable al original para medir los constructos de conciencia y aceptación en población hispanohablante con o sin patología psiquiátrica. Sin embargo, la relación entre conciencia y aceptación parecería diferir en función de la presencia o no de psicopatología. El hecho de diferenciar la atención plena en sus dos componentes esenciales puede permitir estudiar de forma más específica los efectos de las intervenciones de atención plena y el efecto mediador de cada factor en dichos resultados.





## **ESTUDIO 3**

MINDFULNESS EN DISTINTOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

## 3.3 ESTUDIO 3. MINDFULNESS EN DISTINTOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

### 3.3.1 INTRODUCCIÓN

El mindfulness ha sido conceptualizado como “la conciencia centrada en el presente y sin juicio” (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990). Aunque el término mindfulness se utiliza generalmente para describir un tipo de práctica meditativa, también se refiere a una característica disposicional inherente que varía de una persona a la otra (Baer et al., 2004). A pesar de que existen una gran variedad de definiciones, la mayoría de autores están de acuerdo en la existencia de dos aspectos centrales del mindfulness. El primero se refiere a la capacidad de prestar atención y tener conciencia del momento presente, y el segundo se refiere al aspecto actitudinal del mindfulness, caracterizado por la aceptación, apertura y curiosidad (Bishop et al., 2004).

El uso de intervenciones basadas en mindfulness en trastornos psiquiátricos ha aumentado progresivamente respecto al estudio de casos, la prevención de recaída en depresión, incluyendo la depresión y la ansiedad en pacientes que sufren de trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos de uso de sustancias y trastorno de personalidad límite, entre otros (Chiesa & Serretti, 2011; Chiesa, Serretti, & Jakobsen, 2013; Elices et al., 2016; Khoury et al., 2013). Los resultados dan soporte preliminar para utilizar intervenciones basadas en mindfulness (MBIs) en diversos trastornos psiquiátricos, particularmente para depresión y ansiedad, que son las que tienen una evidencia más sólida con tamaño de efectos moderados (Goyal et al 2016). A pesar de existir un aumento progresivo en la difusión de las MBIs entre trastornos psiquiátricos, no encontramos muchos datos sobre los déficits en mindfulness en estas poblaciones.

A lo largo de estos años, se han desarrollado varias escalas e instrumentos para medir la capacidad de mindfulness. Aunque en la definición de consenso de mindfulness (Bishop et al., 2004) se distinguen principalmente dos componentes, uno centrado en la atención, y otro en la aceptación, únicamente hay una escala, la PHLMS (Cardaccioto et al. 2008), basada en esta propuesta. Las otras escalas difieren considerablemente en las facetas que incluyen para evaluar mindfulness, éstas van desde ocho hasta sólo una (Bergomi et al., 2013b; Brown & Ryan, 2004). Incluso, algunos estudios que han utilizado algunos cuestionarios multifacéticos han encontrado el modelo teórico bifactorial (Kohls et al., 2009; Tran et al., 2013). Otros

estudios realizados en muestras no clínicas demostraron que una mayor capacidad de mindfulness está inversamente relacionada con la psicopatología (Brown, Bravo, Roos, & Pearson, 2015), como ciertas características del TLP (Wupperman et al., 2008), patología alimentaria (Lavander, Gratz, & Tull, 2011), o problemas con el alcohol (Garland et al., 2014). A pesar de que no hay muchos estudios que hayan evaluado las diferencias de capacidades de mindfulness entre muestras clínicas y controles sanos, la mayoría de la evidencia disponible sugiere que en comparación con controles sanos, los grupos clínicos se caracterizan por niveles inferiores del mindfulness disposicional (Baer et al., 2004; Cardaciotto et al., 2008; Cebolla et al., 2012; Soler et al., 2012a; Tejedor et al., 2014).

En dos estudios con muestras de 183 y 256 individuos diagnosticados con un trastorno psiquiátrico y evaluados con la MAAS (Soler et al., 2012) y evaluados con la PHLMS (Tejedor et al., 2014) respectivamente; en el primer estudio, las poblaciones clínicas muestran niveles más bajos de atención y en el segundo estudio, muestran niveles más bajos de aceptación, en comparación con las muestras no clínicas (Soler et al. 2012; Tejedor et al. 2014). Curiosamente, hay evidencia que sugiere una implicación diferencial de los aspectos de mindfulness en diferentes psicopatologías. Por ejemplo, en Tejedor et al. (2014) mostraron diferencias significativas entre una muestra clínica y un grupo control sano en la faceta de aceptación de mindfulness, pero no encontraron diferencias en el componente de conciencia. Del mismo modo, en un estudio de Brown et al. (2015) con una muestra no clínica encontró las asociaciones esperadas entre las facetas de la atención con el estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos, pero no para problemas relacionados con el alcohol.

Basado en la hipótesis de déficit de mindfulness, este se ha incluido como un elemento clave en varios programas de tratamiento para trastornos específicos. Por ejemplo, Terapia Dialéctica Conductual para el trastorno de personalidad límite (DBT; Linehan, 1993), la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para la depresión (MBCT; Segal et al., 2002) o la Prevención de Recaídas en conductas adictivas Basada en Mindfulness (MBRP; Bowen et al., 2011). En general, los resultados apoyan la eficacia de estas intervenciones, posicionando el mindfulness como un aspecto del tratamiento de base para una amplia gama de trastornos mentales. También sugiere que la eficacia de las MBIs se podría relacionar con la mejora de factores transdiagnósticos compartidos por diversos trastornos mentales, como la rumia o disregulación afectiva.

A pesar de estas observaciones, la relación entre mindfulness, trastornos psiquiátricos y otros fenómenos transdiagnóstico, en gran parte no se han explorado. Por lo tanto, el presente estudio tiene dos objetivos. En primer lugar, examinar las diferencias en los componentes de mindfulness (conciencia y aceptación) en controles sin patología psiquiátrica (CNP) y diferentes muestras psiquiátricas: trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastorno por dependencia de cocaína (TDC), trastorno límite de la personalidad (TLP) y trastorno depresivo mayor recurrente en remisión (TDMr). En segundo lugar, explorar las asociaciones entre trastornos psiquiátricos, síntomas afectivos y la capacidad de mindfulness.

#### **3.3.2 METODOLOGÍA**

---

##### **3.3.2.1 Procedimientos y participantes**

Un total de 240 personas participaron en el estudio. La muestra estaba compuesta por: 76 personas CNP, 43 personas con TDC, 43 personas con TCA (TCA: bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, o trastorno de la conducta alimentaria no específico), 39 personas con TLP y 39 personas con TDMr. El grupo clínico se reclutó en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Hospital de Manresa, Fundació Althaia Xarxa Universitària Assistencial de Manresa, Divisió de Salut Mental. La muestra control (CNP) se reclutó entre el personal no médico que trabaja en el hospital, sus familiares y conocidos, y de fuentes independientes en la comunidad. Los criterios de inclusión fueron edades comprendidas entre 18 y 60 años y no tener experiencia previa en mindfulness u otras prácticas meditativas. Los participantes que presentaban discapacidad intelectual o condiciones físicas severas fueron excluidos del estudio. A la muestra control se les especificó que para participar en el estudio no podían presentar patología psiquiátrica actual o pasada en el eje I o eje II. Los individuos de la muestra clínica que presentaron trastornos comórbidos entre ellos (p.e., TLP y TDC) se excluyeron del estudio.

Después de asegurar de que los criterios de inclusión/exclusión fueran cumplidos, las personas fueron informadas sobre los objetivos del estudio y dieron su consentimiento para participar. Completaron los cuestionarios auto-reportados en el despacho del psicólogo en el hospital. El estudio fue revisado y aprobado por el comité de ética del

Hospital de la Santa Creu Sant Pau de Barcelona y realizado de acuerdo con los estándares éticos esbozados en la Declaración de Helsinki.

### 3.3.3.2 Instrumentos

A todos los participantes se les administraron las siguientes pruebas

- Se usó una entrevista clínica psiquiátrica para determinar el diagnóstico en base al cumplimiento de criterios según DSM-IV (APA 2000) y se aplicó la sección pertinente al diagnóstico de la *Structured Clinical Interview* para DSM-IV trastornos de Eje I (SCID-I; First et al., 1999). En el caso del TLP se usó la la para trastornos de Eje II (Gibbon & Spitzer, 1997; Gómez-Beneyto et al., 1994)
- La *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* (MSI-BPD; Soler et al., 2016; Zanarini et al., 2003) se utilizó para descartar síntomas de TLP en el resto de la muestra (p.e. CS, TDC, TCA, y TDMr). La versión española de la MSI-BPD (Soler et al., 2016) es una medida de screening para TLP según criterios DSM-IV-TR, consta de 10 ítems y presenta unas propiedades psicométricas adecuadas. Es una escala autoadministrada que evalúa presencia de sintomatología depresiva en la semana anterior a la administración. Tiene 20 ítems que se puntúan según una escala tipo Likert con un rango entre 0 (*raramente o nunca/menos de un día*) y 3 (*mucho o siempre/ entre 5-7 días*). A mayor puntuaciones mayor severidad de los síntomas (rango: 0 a 60).
- La *State/Trait Anxiety Inventory-State* (STAI-E) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982) se utilizó para evaluar el estado de ansiedad. Es una escala de 20 ítems que evalúa la intensidad de los síntomas de ansiedad durante la semana anterior a la administración. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 4 puntos, con un rango entre 0 (nada) a 3 (mucho).
- La *Philadelphia Mindfulness Scale* (Cardaciotto et al., 2008; Tejedor et al., 2014), concretamente la subescala de Aceptación, se utilizó para evaluar el componente de aceptación. Los ítems de aceptación se refieren a la medida en que el individuo experimenta acontecimientos internos y externos con una postura no juiciosa. Un ítem de muestra de esta subescala es: "Me digo a mí mismo que no debería sentirme triste". La subescala Conciencia se utilizó para evaluar el componente

conciencia. Los ítems de conciencia se refieren a la medida en que el individuo es consciente de sus experiencias en el momento presente. Un ítem de muestra de esta subescala es: “Soy consciente de qué pensamientos están pasando por mi mente”. Los ítems se clasifican según una escala tipo Likert con un rango de cinco puntos (1 = *nunca* hasta 5 = *muy a menudo*), basada en la frecuencia con la que ocurrieron durante la semana anterior. La PHLMS ha mostrado buenas propiedades psicométricas tanto en muestras clínicas como no clínicas.

- La *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003; Joaquim Soler et al., 2012) es una escala unifactorial, que evalúa el nivel de conciencia disposicional y la atención a la experiencia actual. La escala consta de 15 ítems con una escala tipo Likert de seis puntos (1 = *casi siempre* a 6 = *casi nunca*). Ejemplos de ítems de la escala son: “Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas” y “Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente”. La MAAS ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas, incluyendo consistencia interna y convergente y validez discriminante.

#### 3.3.3 ANÁLISIS DE DATOS

---

Para comparar las variables sociodemográficas y clínicas entre los grupos se utilizó el Chi cuadrado y ANOVA. Para evaluar las diferencias entre los grupos en la capacidad disposicional de mindfulness se utilizó ANOVAs. En los casos en que el análisis mostró diferencias estadísticamente significativas, se realizaron pruebas post hoc (Tukey). Como las diferencias significativas entre los grupos se encontraron en las puntuaciones STAI y CES-D y en la edad y el sexo, con la finalidad de controlar estas diferencias también se realizaron análisis ANCOVA para estas variables.

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

### 3.3.4 RESULTADOS

#### 3.4.4.1 Características socio demográficas y clínicas de la muestra

Las características sociodemográficas de la muestra aparecen en la Tabla 1. Hay diferencias significativas en las variables sociodemográficas (p. e. género, edad, nivel educacional, situación laboral y de pareja) entre los grupos. La mayoría de la muestra estaba compuesta por mujeres, excepto en el grupo TDC en el que la mayoría de los participantes eran varones. La media de edad fue alrededor de 30 años en CNP, TDC, TCA y TLP, y alrededor de 50 años en el grupo TDMr. Los CNP presentaron puntuaciones significativamente menores en los síntomas afectivos (medidos con el CES-D y el STAI-E) que los grupos clínicos (TDC, TCA, TLP y TDMr).

*Tabla 1. Variables sociodemográficas por grupo*

	Grupos					F	X <sup>2</sup>	p
	CNP	TDC	TCA	TLP	TDMr			
<b>Edad</b>	33.30	35.10	30.12	29.03	48.32	20.27	--	.000
<b>(MD)</b>	(11.90)	(7.88)	(11.48)	(7.92)	(11.99)			
<b>Género</b>								
<b>(% de mujeres)</b>	71.1	18.6	93.0	89.7	79.5	--	73.89	.000
<b>Nivel Educacional (%)</b>								
Primarios	0.0	73.2	9.3	37.5	27.0	--	128.81	.000
Secundarios	15.8	22.0	58.1	40.6	27.0			
Universitarios	84.2	4.9	32.6	21.9	45.9			
<b>Situación laboral (%)</b>						--	71.18	.000
Trabaja	75.0	36.6	23.8	17.6	37.1			
Parado/No trabaja	19.7	2.4	38.1	32.4	22.9			
Enfermedad/Baja laboral	5.3	61.0	38.1	50.0	40.0			
<b>Estado civil (%)</b>						--	45.98	.000
Soltero	36.8	55.0	69.0	51.5	11.1			
Casado/Pareja	60.5	22.5	23.8	30.3	72.2			
Separado	2.6	22.5	7.1	18.2	16.7	20.27	--	.000

Nota. CNP= Controles no psiquiátricos TDC=Trastorno por dependencia de cocaína TCA=Trastorno conducta alimentaria TLP=Trastorno límite de personalidad TDMr=Trastorno depresivo mayor recurrente en remisión.



## 3.3.4.2 Diferencias entre grupos en las medidas de mindfulness

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones de MAAS. Los análisis post hoc revelaron que el grupo CNP y el grupo TDC obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los otros grupos (TCA, TLP y TDMr) en el MAAS. Todos los grupos clínicos (TDC, TCA, TLP y TDMr) obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que CNP en la subescala de aceptación del PHLMS. Las estadísticas descriptivas y las diferencias por grupos en las medidas de mindfulness se pueden encontrar en la Tabla 2.

*Tabla 2. Descripción de escalas clínicas (CES-D y STAI-E) y escalas mindfulness (MAAS y PHLMS) por grupo diagnóstico, valores F del análisis de varianza y comparación post hoc utilizando Tukey*

Grupos												
	CNP		TDC		TCA		TLP		TDMr			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>Tukey</i>
CES-D	6.57	6.02	19.67	11.51	28.40	12.41	38.59	13.87	22.92	16.01	56.24**	CNP < TDC, TCA, TLP, TDMr  TDC, TDMr < TCA, TLP  TCA, TLP > CNP, TDC, TDMr
STAI-E	12.41	8.61	21.16	14.30	33.05	13.15	36.72	14.46	23.82	13.97	32.44**	CNP < TDC, TCA, TLP, TDMr  TDC, TDMr < TCA, TLP  TCA, TLP > CNP, TDC, TDMr
MAAS	4.38	.74	4.20	1.02	3.88	.96	3.25	1.00	3.84	.94	10.09**	CNP, TDC, TCA, TLP, TDMr  TDC > TDMr
PHLMS-Atención	33.80	5.06	34.39	5.34	30.80	5.79	31.25	6.96	32.37	5.97	3.02	CNP,TDC, TCA, TLP, TDMr
PHLMS-Aceptación	32.76	6.45	24.65	7.26	23.65	6.04	23.53	5.64	24.41	6.50	21.28**	CNP, TLP > TDC, TCA, TDMr

Nota. CNP=Controles no psiquiátricos; TDC=Trastorno por dependencia de cocaína; TCA=Trastorno conducta alimentaria; TLP=Trastorno límite de personalidad; TDMr=Trastorno depresivo mayor recurrente en remisión; CES-D= Center Epidemiological Studies-Depression; STAI-E= State-Trait Anxiety Inventory-Estado ; MAAS= Mindful Attention Awareness Scale; PHLMS= Philadelphia Mindfulness Scale;

\*\* $p < 0.000$ . \* $p < .01$

Con la finalidad de controlar la sintomatología ansiosa y depresiva actual, y las características sociodemográficas (p.e., edad y sexo), se realizaron análisis ANCOVA. Utilizando las puntuaciones de la MAAS como variable dependiente, sólo el efecto de síntomas depresivos (p.e. puntuaciones CES-D) fue encontrado [ $F(4,) = 34.67$ ,  $p = .000$ ]. Ni el grupo [ $F(1,) = 1.60$ ,  $p = .17$ ], ni la edad [ $F(1,) = .19$ ,  $p = .16$ ], ni el sexo [ $F(1,) = .17$ ,  $p = .68$ ], ni los síntomas de ansiedad [ $F(1,) = .03$ ,  $p = .16$ ] fueron covariantes significativas del modelo. Cuando se utilizó la subescala de aceptación de PHLMS como variable dependiente, un efecto significativo de grupo fue encontrado [ $F(1,) = 8.53$ ,  $p = .000$ ], junto con un efecto significativo de los síntomas depresivos [ $F(1,) = 7.29$ ,  $p = .007$ ]. El resto de las covariables no alcanzó significación estadística: ni la edad [ $F(1,) = .41$ ,  $p = .52$ ], ni el sexo [ $F(1,) = 1.50$ ,  $p = .22$ ] ni los síntomas de ansiedad [ $F(1,) = 1.51$ ,  $p = .22$ ]. Cuando se utilizó la subescala de conciencia de PHLMS como variable dependiente no se encontró ningún efecto significativo de cualquiera de las covariables: ni el sexo [ $F(1,) = .26$ ,  $p = .60$ ], ni la edad [ $F(1,) = 3.22$ ,  $p = .07$ ], ni los síntomas depresivos [ $F(1,) = .32$ ,  $p = .56$ ], ni los síntomas de ansiedad [ $F(1,) = 1.00$ ,  $p = .31$ ], ni el grupo [ $F(4,) = 1.05$ ,  $p = .37$ ]. Ver tabla 3.

*Tabla 3. Intercorrelaciones entre capacidad de mindfulness y sintomatología ansioso-depresiva*

	MAAS	PHLMS aceptación	Edad	Sexo	Grupo	STAI-E	CESD
MAAS	-	0.30**	.12	-.14*	-.30**	-.42**	-.55**
PHLMS aceptación	0.30**	-	.01	-.06	-.39**	-.39**	-.46**

Nota: STAI-E= State-Trait Anxiety Inventory-Estado; MAAS= Mindful Attention Awareness Scale; PHLMS= Philadelphia Mindfulness Scale;

\*\* $p < 0.00$ . \* $p < .05$

### 3.3.5 DISCUSIÓN

Aunque a primera vista parece haber una afectación en la capacidad atencional del mindfulness en la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos (TDMr, TCA, TLP excepto TDC), este déficit parece depender del estado de ánimo, ya que todas las diferencias desaparecen después de controlar los síntomas depresivos y ansiosos. Este resultado inesperado es consistente con el estudio de Kohl et al. (2009) en una muestra no psiquiátrica. Curiosamente, encontraron que la correlación entre el subfactor Presencia del FMI y los síntomas depresivos y ansiosos (evaluados por STAI-R y BDI) ya no era

significativa después de controlar el subfactor Aceptación. Esto indicaría que la afectación de la atención (presencia) está fuertemente relacionada con las variables de estado de ánimo. En nuestro estudio controlamos el estado de ánimo en lugar de la aceptación, pero la consecuencia fue la misma: la pérdida de significación del factor atención. En este sentido, Kohl concluye que la relación negativa y significativa entre el mindfulness y depresión y ansiedad se debe completamente al factor de aceptación del mindfulness y no al componente de presencia/atención. En este sentido, necesitamos ser cautelosos al no interpretar un déficit de mindfulness relacionado con el componente atención en muestras clínicas, en las que los síntomas de depresión y ansiedad son altos (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003; Cash & Whittingham, 2010; Jimenez et al., 2010), ya que estos "déficits" parecen ser totalmente dependientes del estado de ánimo. De hecho, la afectación en la atención ha sido ampliamente reportada por estudios neuropsicológicos en los pacientes depresivos y ansiosos. Aunque el componente de atención/conciencia del mindfulness no es el mismo que se evalúa a través de las pruebas neuropsicológicas, se sobreponen parcialmente. En consecuencia, la MBCT propone que es mejor entrenar el mindfulness entre la remisión de los episodios depresivos en vez de entrenarla en presencia de síntomas depresivos (Segal et al., 2002). En relación al componente aceptación, éste continuó siendo significativo para todos los trastornos, incluso cuando el estado de ánimo se tomó en consideración, excepto para el TLP. De esta manera, la aceptación detecta mejor los déficits de mindfulness que la atención entre la mayoría de los trastornos psiquiátricos incluidos en el estudio, ya que parece no depender del estado de ánimo. Estos resultados también son similares a los reportados en el estudio de Kohl (2009), en el que la correlación entre el subfactor Aceptación y las puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión siguen siendo significativas y casi inalterables, antes y después de controlar el subfactor Presencia. Los autores sugieren que los individuos que son más conscientes experimentan significativamente menos depresión y ansiedad, y esto parece ser principalmente debido a la aceptación (Kohls et al., 2009).

Centrándonos en los grupos clínicos, dos de ellos obtienen puntuaciones de mindfulness que se comportan de forma inesperada. En primer lugar, las personas con TDC presentan puntuaciones similares en el componente atención que los CNP. Aunque, como ya se ha comentado, cuando el estado de ánimo es tomado en consideración ningún grupo clínico se diferencia de los CNP en el componente de atención. A pesar de ello, es interesante observar que los niveles de depresión y

ansiedad fueron más altos en TDC que en los CNP e incluso así no había diferencias en atención entre ambos grupos. En este sentido, los pacientes con TDC obtuvieron puntuaciones comparables en sintomatología ansiosa y depresiva a los pacientes con TDMr, en los que la atención sí que era estado de ánimo dependiente. Estos "buenos" resultados en la atención también se observaron en la validación española de la MAAS en los que CNP y TDC no difieren en las puntuaciones del MAAS (Soler et al., 2012b; datos no presentados).

El segundo hallazgo imprevisto fue que los individuos TLP no presentaron niveles de aceptación más bajos en comparación con los CNP. Estos resultados fueron inesperados, ya que las conceptualizaciones actuales de TLP se centran en cómo los déficits en mindfulness subyacen en los problemas emocionales y de comportamiento característicos del TLP (Elices et al., 2016; Wupperman, Neumann, & Axelrod, 2008) y las intervenciones puras de mindfulness han demostrado ser eficaces para aquellos que sufren TLP (Elices et al., 2016; Soler et al., 2016; Soler et al., 2012). En un estudio reciente sobre personas diagnosticadas de TLP, señalan que los niveles de atención fluctúan a lo largo del tiempo, particularmente los índices relacionados con la aceptación (Eisenlohr-Moul et al., 2015). En este estudio, los autores examinaron la influencia de ambos rasgos de mindfulness (atención y aceptación), las fluctuaciones semanales en mindfulness, y los síntomas del trastorno límite a lo largo de cuatro semanas. La hipótesis era que una mayor atención (evaluado con la subescala "Actuación consciente" de FFMQ) y una mayor aceptación (evaluado con la subescala "No juzgar" de FFMQ) estarían asociadas con menores síntomas del TLP. Los resultados del estudio señalaron que las fluctuaciones naturales en los aspectos actitudinales de mindfulness que indican la calidad de la atención (es decir, no juzgar y no reactividad) demostraron un mayor porcentaje de variabilidad dentro de la persona (45% y 49%, respectivamente) que el componente atencional (actuación consciente, 26%). Además, niveles de aceptación más altos que los habituales se relacionaron con una expresión más baja de la característica de TLP en la misma semana. Esto también fue consistente con un estudio previo en TLP en el que una mayor atención era protectora sólo si el componente no juzgar también era alto (Peters et al., 2013).

Existe un debate en curso sobre el papel de la atención y la aceptación (Brown & Ryan, 2004; Cardaciotto et al., 2008; Grossman, 2011; Kohls et al., 2009). La preponderancia de la aceptación parece estar en contraste con la propuesta de Brown

y Ryan (2004), que conceptualiza el mindfulness como una construcción unidimensional mejor representada por la atención que por la aceptación, aunque ésta última sería completamente redundante a la primera. Brown y Ryan (2004) sugieren la imposibilidad de asistir al presente y actuar con conciencia en una situación dada sin aceptar concomitantemente la situación tal cual es. En nuestro estudio hemos encontrado una correlación baja entre la aceptación y la atención (ver Tabla 3), pero la aceptación parece ser más confiable que la atención en la medición del mindfulness, ya que no dependen del estado de ánimo. La relación fue estadísticamente significativa y baja, y en este sentido, estos resultados también son apoyados con la propuesta de Cardaccioto et al., (2008), que sugiere que la aceptación y la atención/conciencia son factores totalmente independientes.

Hay que tener en cuenta varias limitaciones del estudio. La principal limitación es que debido a los diferentes tipos de trastornos psiquiátricos las características sociodemográficas eran significativamente diferentes entre las muestras, especialmente la edad y el sexo. Por ejemplo, en el caso de TDC 18.6% eran mujeres y en TLP el 89.7%. Aunque estas diferencias también son propias de los trastornos psiquiátricos evaluados, en los que la prevalencia es principalmente mujeres en el caso TLP, TCA y TDMr. Otra limitación es que en la muestra CNP sólo se les administró la escala MSI-BPD para corroborar la no presencia del TLP y el resto de patologías no fueron evaluadas a través de ninguna entrevista clínica estructurada, aunque se les remarcó que para participar en el estudio no podían haber presentado en el pasado o en el momento actual ninguna patología psiquiátrica. Otra limitación es que valoramos únicamente dos facetas de mindfulness. Quizás, si hubiéramos utilizado otros cuestionarios que evalúan otras facetas (por ejemplo, FFMQ, KIMS, EQ) podríamos haber encontrado otras diferencias significativas entre las muestras psiquiátricas.

En resumen, los resultados de nuestro estudio sugieren que la relación negativa sustancial entre mindfulness y depresión es principalmente debido al factor de aceptación del mindfulness. Estos hallazgos apoyan el hecho de aplicar las intervenciones centradas en mindfulness a las personas que no presentan síntomas depresivos, tal y como originalmente realiza la MBCT, y podría indicar efectos menos beneficiosos para aquellos que sufren síntomas depresivos, como los pacientes con

trastorno depresivo y pacientes suicidas. Estos se podrían beneficiar más de otros tratamientos como la terapia cognitiva o la activación conductual (Cuijpers et al., 2010, 2013; Ekers et al., 2014). Otro hallazgo del presente trabajo es el énfasis en la aceptación. La aceptación se aprende en las intervenciones de mindfulness junto con el trabajo sobre la atención/conciencia en todos los ejercicios (p. e., meditación sentada, escaneo corporal o mindfulness con emociones). En cambio, otras terapias enseñan a aceptar realizando ejercicios experienciales o utilizando materiales psicoeducativos, además de realizar las prácticas de mindfulness. Por ejemplo, la Terapia de Aceptación y Compromiso utiliza ejercicios experienciales y metáforas, y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) tiene su propio entrenamiento sobre la aceptación, incorporado en el módulo de tolerancia al malestar en el entrenamiento de habilidades. Quizá, las intervenciones que pongan más énfasis en el componente de aceptación, como las técnicas de aceptación radical de la DBT o incluso la Terapia de Compasión (Gilbert 2009), puedan encajar mejor que las terapias enfocadas en mindfulness para poblaciones clínicas con síntomas depresivos y de ansiedad concomitantes.



## **4. DISCUSIÓN GENERAL**





#### 4. DISCUSIÓN GENERAL

El estudio del mindfulness se está incrementando exponencialmente desde hace años. En consecuencia, es necesario contar con instrumentos válidos para poder medir el constructo y responder a cómo se relaciona el mindfulness con la sintomatología psicopatológica y la salud en general, cuáles son sus mecanismos de acción y qué cambios produce una intervención centrada en mindfulness (Baer, 2016; Baer et al., 2008; Grossman, 2011; Grossman & Van Dam, 2011)

Desde la aparición de la primera escala de mindfulness, la FMI, hasta la fecha se han desarrollado múltiples escalas, todas ellas con diferentes visiones del constructo ya sea como un rasgo, estado, unifactorial o multifactorial. A pesar de que se han creado múltiples instrumentos, no podemos olvidar la importancia de si éstos son o no lo suficientemente válidos y fiables (Baer, 2016).

Nuestros resultados sugieren que la MAAS y la PHLMS versión al español permiten la medición de la capacidad de mindfulness desde una perspectiva unifactorial y bifactorial respectivamente y señalan una buena fiabilidad y validez.

Hay pocos estudios que hayan analizado las correlaciones entre escalas o sólo de algunas medidas, y normalmente lo han hecho con el objetivo de validar algún instrumento (Siegling et al., 2016). En estos trabajos comparativos de instrumentos resulta evidente que las correlaciones entre las escalas son menores de lo que sería deseable, con rangos que raramente superan la consideración de correlaciones moderadas. Esto contrasta con lo que sucede con otros constructos en psicología, como pueden ser las dimensiones de personalidad, donde las correlaciones entre los distintos instrumentos que pretender medir las mismas áreas obtienen de forma clara y consistentemente correlaciones elevadas (Soler, en prensa). En el caso del mindfulness, en algún estudio se ha reportado hasta ausencia total de correlaciones entre escalas (Thompson & Waltz, 2007) y en un buen número de trabajos en los que se ha utilizado una intervención basada en mindfulness no se detectan efectos significativos entre las puntuaciones antes y después de las intervenciones en las medidas autoreportadas (Visted, Vøllestad, Nielsen, & Nielsen, 2015). Por ello, en una minuciosa revisión del tema, Park et al. (2013) concluyeron que "...las escalas actuales de mindfulness tienen diferencias conceptuales importantes y ninguna puede ser

claramente recomendada basándose en sus propiedades psicométricas... Los investigadores deben proceder con cautela antes de optimizar cualquier intervención de mindfulness en base a las escalas existentes."

Tal como señala Grossman (2008, 2011), hay múltiples motivos que afectan a la medición de mindfulness y que son responsables de esta situación, como son: (1) los expertos pueden estar en desacuerdo sobre lo que es el constructo, (2) es posible que los diseñadores de cuestionarios carezcan de comprensión experiencial del constructo, (3) los cuestionarios pueden ser interpretados de manera diferente dependiendo del desarrollo y de la práctica de la meditación de los encuestados, (4) puede haber discrepancias entre el autoinforme y la realidad, (5) los sesgos pueden ocurrir en los practicantes de meditación debido a su gran inversión de tiempo y esfuerzo en la práctica, (6) la validación de instrumentos puede verse comprometida por elegir poblaciones inapropiadas.

Centrándonos en nuestros resultados, la MAAS correlaciona de una forma moderada y positivamente con la faceta Describir y No juzgar y también correlaciona de forma baja y positivamente con No reactividad del FFMQ, éstas dos últimas facetas son consideradas facetas de aceptación. Por otro lado, la PHLMS-Aceptación correlaciona de forma moderada y positiva con las facetas No juzgar, de forma baja con Actuación consciente del FFMQ y la MAAS y de forma baja y negativa con la AAQ. La PHLMS-Conciencia correlaciona moderadamente con las facetas del FFMQ Observación y Descripción y también, correlaciona de forma baja y positiva con la FFMQ-No reactividad y la MAAS. En conjunto, estas correlaciones apoyarían más la visión de Brown y Ryan sobre la relación entre aceptación y atención que la visión de Cardaciotto de la independencia entre los dos componentes. Aunque cabe señalar que en todos los casos las correlaciones entre aceptación y atención, sea cual sea el instrumento utilizado, son en el mejor de los casos moderadas. Esto indicaría un cierto solapamiento entre constructos pero no la presupuesta redundancia que Brown y Ryan ven entre atención y aceptación. La correlación más intensa entre la MAAS y la Actuación consciente del FFMQ es esperable, pues la FFMQ incluye un buen número de ítems de la MAAS que se encuentran incluidos precisamente en esa subescala. A pesar de que la faceta de Observación se considera atencional, las correlaciones con la MAAS son bajas y con la PHLMS-Conciencia son moderadas. Esto puede tener relación con el comportamiento de esta faceta del FFMQ en muestras de individuos sin experiencia meditativa (Cebolla et al., 2012) en las que Observación puede mantener

poca o ninguna relación con las otras facetas del propio FFMQ o, como en nuestro caso, con otras escalas de mindfulness. En nuestros resultados y como sería esperable, la correlación de la FFMQ-Observación con la PHLMS-Conciencia es algo superior ya que los ítems de esta subescala son cercanos al concepto de Observación. Es probable que si en nuestros estudios se hubieran incluido muestras de meditadores, la Observación tomaría probablemente un papel más informativo, ya que en este subgrupo esta faceta es un rasgo más distintivo (Lilja et al., 2011) y se ha asociado con variables de práctica meditativa, como son la frecuencia en que uno medita, la duración de las sesiones y los años de práctica meditativa (Soler et al., 2014). Debido a esa proximidad conceptual entre Observación y PHLMS-Conciencia, quedaría la duda de si Conciencia podría tener también un papel más informativo en estudios con muestras de meditadores, ya que, en nuestros estudios, los resultados que obtienen las muestras controles no meditadores y clínicas resultan decepcionantes, tanto a nivel de validez convergente como a nivel de validez divergente.

En conclusión, parecería que las relaciones que establecen las distintas subescalas son en parte congruentes y en parte inesperadas. Por un lado, la MAAS correlaciona intensamente con Actuación consciente, pero también correlaciona intensamente con No juzgar, que no le es afín, y en cambio, no correlaciona con Observación, que teóricamente le sería mucho más cercana al ser ambas atencionales. De forma parecida, la PHLMS-Aceptación correlaciona más intensamente con No juzgar, pero por otro lado obtiene mayor correlación con la MAAS y Actuación Consciente que con la escala AAQ o la faceta de No reactividad, teóricamente escalas mucho más cercanas. Es más, ninguna submuestra obtiene una relación estadísticamente significativa entre FFMQ-No reactividad y la PHLMS-Aceptación. Estas inconsistencias parciales ya se han señalado en otros trabajos como en el de Tran et al. (2013) donde al dividir la FFMQ en únicamente los dos componentes de aceptación (p.e. orientación a la experiencia) y atención (p.e. autorregulación de la atención), Actuación consciente se relacionaba más con aceptación que con atención y exactamente lo contrario sucedía con No reactividad a la experiencia. Así, parece probable que la visión y asignación teórica que damos a las facetas y las relaciones que esperamos basadas en ellas sean erróneas.

Cuando se aplica la PHLMS-Aceptación a diferentes muestras psiquiátricas, éstas obtienen puntuaciones más bajas que la muestra CNP, exceptuando la muestra TLP.

Estos resultados son congruentes con las terapias de tercera generación (DBT, ACT y MBIs), que centran sus intervenciones en el hecho de aceptar el malestar, entendiéndolo como las emociones, síntomas físicos y pensamientos desagradables. Esta baja aceptación que aparece en la mayoría de la muestra psiquiátrica podría indicar que el déficit en este componente podría ser un elemento clave y transdiagnóstico. Resulta inesperado el hecho de que no haya diferencias a nivel estadístico entre CNP y TLP, pues hay propuestas que entienden esta patología precisamente en relación a un déficit de mindfulness (Wupperman et al., 2009). Este hallazgo podría deberse a la muestra incluida, ya que no podemos garantizar que todos los pacientes de la submuestra de TLP no hubieran recibido previamente alguna intervención psicoterapéutica de DBT, que como señalaba con anterioridad, hace un gran énfasis en aumentar la aceptación como mecanismo terapéutico para esta población (Linehan 1993; 2014) y que resulta actualmente un tratamiento común para esta población en nuestro ámbito sociosanitario.

En relación al componente Atención/Conciencia medido a través de la MAAS y la PHLMS-Conciencia, observamos que la subescala PHLMS no diferencia entre las muestras a excepción de la muestra de TDC, que obtiene unas puntuaciones más elevadas en ambas escalas en comparación con el resto de muestras psiquiátricas. A pesar de que estos resultados podrían parecer incongruentes, otros estudios en adicciones ya mencionan que puede haber una elevada conciencia sin aceptación. En consecuencia, puede llevar a intentos de evitar o suprimir las experiencias de craving, que conducirían a aumentarlas (Berry, May, Andrade, & Kavanagh, 2010). Nuestros resultados también irían en la línea del estudio de Leigh et al. (2005), que constata una relación positiva entre el mindfulness y el consumo de sustancias, y una relación negativa entre la espiritualidad y el consumo de sustancias. Estos autores justificaron sus resultados afirmando que el mindfulness puede ser visto como una forma de estar presentes y abiertos a las experiencias de vida (más relacionadas con la faceta de conciencia) y conceptualizaron la espiritualidad más como un factor de aceptación. Tal y como definieron ellos, la espiritualidad “se puede conceptualizar como una aceptación de creencias espirituales específicas que no incluyen necesariamente un enfoque mindfulness de las experiencias”. El consumo de cocaína, las conductas purgativas o atracones y las autolesiones (síntomas básicos de TDC, TCA y TLP, respectivamente) podrían considerarse como formas de regular experiencias internas desagradables. Según Blackledge y Hayes (2001), el problema es el intento de reducir

los pensamientos y emociones negativas, que es maladaptativo y patológico, en lugar de los pensamientos y las emociones per se. Se ha sugerido que el atracón (Heatherton & Baumeister, 1991; Telch & Agras, 2001), la autolesión (Gratz & Gunderson, 2006; Linehan, Armstrong, Suárez & Allmon, 1991) y el consumo de sustancias (Khantzian, 1997) estarían motivados por el deseo de escapar de estados emocionales desagradables.

En general, los hallazgos del último estudio de la presente tesis resultan interesantes, pues señalan la relevancia de la aceptación en el ámbito clínico. Este aspecto puede ser útil, ya que el desarrollo de esta capacidad podría requerir menor peso de las practicas meditativas formales (Soler et al. 2014), y son precisamente estas últimas las que demandan mayor esfuerzo atencional, que parece limitado por la emocionalidad en las muestras clínicas. Puede que intervenciones psicoeducativas como las utilizadas en la DBT en módulos de entrenamiento de habilidades, como son las técnicas de aceptación de la realidad o el uso de las metáforas en terapia como hace la ACT, fueran más adecuadas para esas poblaciones que la meditación formal. De hecho, las intervenciones que han incluido meditación formal, aunque sea de forma adaptada, en poblaciones con elevada clínica afectiva y ansiosa como son pacientes con TLP, han resultado efectivas pero con tasas de abandono más elevadas que otras intervenciones, como entrenamiento en habilidades sociales (Elices et al., 2016; Soler et al., 2016). En la misma línea, un estudio señaló mayor efectividad del *mindful movement* que las meditaciones formales para desarrollar aceptación (p.e. No juzgar del FFMQ) en poblaciones no psiquiátricas (Carmody, Baer, Lykins, & Olendzki, 2009). También resultaría interesante estudiar el efecto de entrenamientos de compasión, pues existe para algunos autores una conexión entre ambos conceptos (Elices et al., 2017; Simon, 2011), aunque no necesariamente para otros (Linehan, 2014). En este sentido, una reciente investigación aleatorizada usando la PHLMS, reportó un incremento precisamente de la aceptación tras una intervención de tres sesiones de compasión en una muestra clínica de pacientes diagnosticados de TLP. De hecho, en esa investigación el incremento en aceptación fue superior al propio incremento en las escalas de autocompasión. Esto parece apoyar la relación entre ambos constructos y el potencial de estas intervenciones breves con el objetivo de aumentar la aceptación (Feliu-Soler et al. 2016).



## **5. CONCLUSIONES**





## 5. CONCLUSIONES

Estas son las conclusiones finales de la tesis presentada que responden a las hipótesis planteadas de cada estudio.

### 5.1 ESTUDIO 1

La versión española de la MAAS:

- Tiene buenas propiedades psicométricas: presentando un alfa de Cronbach 0.897 y una fiabilidad test-retest de .82.
- Presenta una estructural unifactorial.
- Las puntuaciones de la versión española del MAAS correlacionan positiva y de forma elevada con la FFMQ-Actuación Consciente. También correlaciona de forma positiva y moderadamente con las facetas de Descripción, No juicio y No reactividad del FFMQ. Por el contrario no correlaciona con la FFMQ-Observación.
- Las puntuaciones de la versión española del MAAS correlacionan negativamente y de forma moderada con la escala CES-D.
- En una intervención de mindfulness de diez semanas en pacientes con diagnóstico de TLP la MAAS no resulta sensible al cambio.

### 5.2 ESTUDIO 2

La versión española de la PHLMS:

- Tiene buenas propiedades psicométricas: alfa de Cronbach de 0.82; alfa de 0.86 para la subescala de aceptación y de 0.81 para la subescala de conciencia y fiabilidad test-retest se una correlación de Pearson de .81 para PHLMS-Aceptación y de .80 para PHLMS-Conciencia

- Presenta una estructural bifactorial. Se eliminó el ítem 15 de la escala ya que presentaba problemas en las cargas factoriales.
- Las puntuaciones de la versión española del PHLMS-Conciencia correlacionan positiva y de forma moderada con las facetas Observación, No reactividad y Descripción de la FFMQ y la MAAS; correlacionan de forma baja con la faceta Actuación consciente; correlacionan débilmente con la AAQ y no correlaciona con la FFMQ-No juicio.
- Las puntuaciones de la versión española del PHLMS-Aceptación correlacionan positiva y de forma elevada con FFMQ-No juicio, en cambio no correlaciona con FFMQ-No reactividad. En relación a las otras facetas del FFMQ Actuación consciente, Descripción y la MAAS correlacionan de forma positiva y moderadamente y de forma baja con la FFMQ-Observación. En el caso de la AAQ la correlación fue negativa y baja.
- Las puntuaciones de la versión española del PHLMS-Conciencia y PHLMS-Aceptación correlacionan negativamente y de forma baja tanto con STAI-E como con la CES-D.
- En una intervención de mindfulness de diez semanas en pacientes con diagnóstico de TLP, resulta sensible al cambio la PHLMS-Aceptación en cambio la PHLMS-Conciencia no es sensible.

### 5.3 ESTUDIO 3

---

- Inicialmente parece haber diferencias entre los grupos en el componente atencional medido por la escala MAAS, presentando mayores puntuaciones los CNP y TDC en comparación con los TLP, TCA y TDMr. Pero cuando se controla la variable sintomatología depresiva y estado de ánimo estas diferencias desaparecen.
- No hay diferencias en la escala PHLMS-conciencia entre los CNP, TDC, TCA, TLP y TDMr.

- Los TLP y CNP presentan mayores puntuaciones en la PHLMS-Aceptación que los TDC, TCA y TDMr.
- La sintomatología ansiosa y depresiva parece mediar el componente conciencia/atención de mindfulness ya que cuando se controla ésta variable desaparecen las diferencias entre los grupos.



## **6. BIBLIOGRAFÍA**



## 6. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed – TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(6), 449–463.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.
- Baer, R. (2016). Assessment of Mindfulness and Closely Related Constructs: Introduction to the Special Issue. *Psychol Assess*, 28(7), 787–790.
- Baer, R., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191–206.
- Baer, R.; Smith, G. T.; Hopkins, J.; Toney, L. . (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–42.
- Baer, R., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191–206.
- Barraca-Mairal, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505–515.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.
- Bentler, P. M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Multivariate Software.



- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, Vol. 88(3), 88(August), 588–606.
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2013a). Measuring Mindfulness: First Steps Towards the Development of a Comprehensive Mindfulness Scale. *Mindfulness*, 4(1), 18–32.
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2013b). The Assessment of Mindfulness with Self-Report Measures: Existing Scales and Open Issues. *Mindfulness*, 4(3), 191–202.
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2015). Meditation Practice and Self-Reported Mindfulness: a Cross-Sectional Investigation of Meditators and Non-Meditators Using the Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences (CHIME). *Mindfulness*, 6(6), 1411–1421.
- Berry, L., May, J., Andrade, J., & Kavanagh, D. (2010). Emotional and behavioural reaction to intrusive thoughts. *Assessment*, 17, 126–137.
- Bieling, P. J., Joseph, S., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., & Young, L. T. (2013). Medication or Placebo for Prevention of Depressive Relapse, 80(3), 365–372.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 243–255.
- Bodner, T. E., & Langer, E. J. (2001). Individual differences in mindfulness: the mindfulness/mindlessness scale. In Poster Presented at the 13th Annual American Psychological Society Convention, Toronto, Ontario, Canada.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline

- personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487–499.
- Bowen, S Chawla, N Marlatt, G. A. (2010). *Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus*, 30(4), 295–305.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Bowen, S., & Enkema, M. C. (2014). Relationship between dispositional mindfulness and substance use: Findings from a clinical sample. *Addictive Behaviors*, 39(3), 532–537.
- Brislin, R. (1986). *The wording and translation of research instruments*. Sage Publication.
- Brislin, R. W. (1986). *Research instruments. Field methods in cross-cultural research: Cross-cultural research and methodology series*. Beverly Hills: Sage Publication.
- Brown, K. W., & Ryan, R. (2001). Testing a two-factor model of mindfulness.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242–248.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237.
- Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., & Biegel, G. M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: Validation of an Adapted Mindful Attention Awareness

- Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23(4), 1023–1033.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal of Meditation and Meditation Research*, 1, 5–23.
- Bustos, O. E. A., Ángel, M., Meléndez, M., Rosio, G., Gonzales, V., Brambila, L., & Solís, R. C. (2012). Artículo de revisión Disfunción cerebral en las adicciones, 17(2), 119–124.
- Butryn, M. L., Juarascio, A., Shaw, J., Kerrigan, S. G., Clark, V., O'Planick, A., & Forman, E. M. (2013). Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors*, 14(1), 13–16.
- Calvete, E., Sampedro I, Orue, A. (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, 277–291.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204–223.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29–33.
- Carmody, J., Baer, R. A., L. B. Lykins, E., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 613–626.
- Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What Facets of Mindfulness Contribute to Psychological Well-being and Depressive, Anxious, and Stress-related Symptomatology? *Mindfulness*, 1(3), 177–182.

- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118–126.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 47(Pt 4), 451–455.
- Chiesa, A. (2013). The Difficulty of Defining Mindfulness: Current Thought and Critical Issues. *Mindfulness*, 4(3), 255–268.
- Christopher, M. S., & Gilbert, B. D. (2010). Incremental validity of components of mindfulness in the prediction of satisfaction with life and depression. *Current Psychology*, 29(1), 10–23.
- Clarke, K., Mayo-Wilson, E., Kenny, J., & Pilling, S. (2015). Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 39, 58–70.
- Comrey, A. (1985). *Manual de análisis factorial*. Madrid: Cátedra.
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 560–565.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne De Psychiatrie*, 58(7), 376–385.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51–62.

- Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K., & Burch, V. (2010). Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: Effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(1), 63–78.
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in cognitive sciences*, 19(9), 515-523.
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260–264.
- Davis, K. M., Lau, M. A., & Cairns, D. R. (2009). Development and Preliminary Validation of a Trait Version of the Toronto Mindfulness Scale. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 185–197.
- de Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G. a. M., Bogels, S. M., & Kamphuis, J. H. (2012). Psychometric Properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a Meditating and a Non-meditating Sample. *Assessment*, 19(2), 187–197.
- De Raedt, R., Baert, S., Demeyer, I., Goeleven, E., Raes, A., Visser, A., Speckens, A. (2012). Changes in attentional processing of emotional information following mindfulness-based cognitive therapy in people with a history of depression: Towards an open attention for all emotional experiences. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 612–620.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166–171.
- Eisenlohr-Moul, T. A., Peters, J. R., Chamberlain, K. D., & Rodriguez, M. A. (2015). Weekly fluctuations in nonjudging predict borderline personality disorder feature expression in women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(1), 149–157.

- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS ONE*, 9(6).
- Elices, M., Carmona, C., Pascual, J. C., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., & Soler, J. (2017). Compassion and self-compassion: Construct and measurement. *Mindfulness & Compassion*.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of Mindfulness Training on Borderline Personality Disorder: A Randomized Trial. *Mindfulness*, 7(3), 584–595.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (n.d.). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416.
- Fayers, P., & Machin, D. (2000). *Quality of life: Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: Wiley.
- 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. Manuscript Unpublish.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177–190.
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Armario, A., Soler, J. (2014). Effects of dialectical behaviour therapy-mindfulness training on emotional reactivity in borderline personality disorder: Preliminary results. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(4), 363–370.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial Psychometric Properties of the

- Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering. *Behavior Therapy*, 38(3), 234–246.
- Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A., & Partridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 758–774.
- Garland, E. L., Roberts-Lewis, A., Kelley, K., Tronnier, C., & Hanley, A. (2014). Cognitive and affective mechanisms linking trait mindfulness to craving among individuals in addiction recovery. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 525–35.
- Gecht, J., Kessel, R., Forkmann, T., Gauggel, S., Drueke, B., Scherer, A., & Mainz, V. (2014). A mediation model of mindfulness and decentering: Sequential psychological constructs or one and the same? *BMC Psychology*, 2(1), 18.
- Germer, C. (2005). What is it? What does it matter? In R. Germer, K; Siegel, R. D.; Fulton, P. (Ed.), *Mindfulness psychoterapy* (pp. 3–27). New York: Guilford Press.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25–35.
- Greco, L. A., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing Mindfulness in Children and Adolescents: Development and Validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure ( CAMM ), 23(3), 606–614.
- Grossman, P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 405–408.
- Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness: comment on Brown et al. (2011). *Psychological Assessment*, 23(4), 1034-40–6.
- Grossman, P., & Van Dam, N. T. (2011). Mindfulness, by any other name....: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 219–239.
- Gunaratana, H. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA.: Wisdom.

- Haigh, E. a P., Moore, M. T., Kashdan, T. B., & Fresco, D. M. (2011). Examination of the factor structure and concurrent validity of the Langer Mindfulness/Mindlessness Scale. *Assessment*, 18(1), 11–26.
- Hanh, T. (1976). *The miracle off mindfulness. A manual on meditation*. Rider.
- Hansen, E., Lundh, L.-G., Homman, A., & Wångby-Lundh, M. (2009). Measuring mindfulness: pilot studies with the Swedish versions of the Mindful Attention Awareness Scale and the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 2–15.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 161–165.
- Höfling, V., Moosbrugger, H., Schermelleh-Engel, K., & Heidenreich, T. (2011). A modified version of the mindful attention and awareness scale (MAAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 27(1), 59–64.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108.
- Holey, R. (2000). Confirmatory factor analysis. *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling*. San Diego: Academic Press.
- Hu, L. 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), 1–55.
- Hudson, J., Hirpi, E., Hope, H. G., & Kessler, R. (2008). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 144(5), 724–732.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156–76.



- Jerman, F; Billieux, J; Laroï, F; d'Argembeau, A; Bondolfi, G; Zermatten, A, et al. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of The French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, 21(4), 506–514.
- Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 645–650.
- Jobst, A., Brakemeier, E. L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K. P., ... Padberg, F. (2016). European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry*, 33, 18–36.
- Jones, S., Mulligan, L. D., Higginson, S., Dunn, G., & Morrison, A. P. (2013). The bipolar recovery questionnaire: Psychometric properties of a quantitative measure of recovery experiences in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 34–43.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte Press.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Where you go, there you are. mindfulness meditation in every day life*. Hyperion Books.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Kohls, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facets of mindfulness - Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 224–230.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371–390.
- Kostanski, M., & Hassedz, C. (2008). Mindfulness as a concept and a process. *Australian Psychologist*, 43(1), 15–21.

- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49–61.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105–1112.
- Labelle, L. E., Campbell, T. S., & Carlson, L. E. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction in Oncology: Evaluating Mindfulness and Rumination as Mediators of Change in Depressive Symptoms. *Mindfulness*, 1(1), 28–40.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Devins, G. (2006). The toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445–1467.
- Lavender, J. M., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cogn Behav Ther*, 40(3), 174–182.
- Lavender, J. M., Jardin, B. F., & Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, 10(4), 228–231.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84.
- Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G. A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1335–1341.
- Levinson, D. B., Stoll, E. L., Kindy, S. D., Merry, H. L., & Davidson, R. J. (2014). A mind you can count on: Validating breath counting as a behavioral measure of mindfulness. *Frontiers in Psychology*, 5(OCT), 1–10.

- Lilja, J. L., Frodi-Lundgren, A., Hanse, J. J., Josefsson, T., Lundh, L.-G., Sköld, C., Broberg, A. G. (2011). Five Facets Mindfulness Questionnaire—Reliability and Factor Structure: A Swedish Version. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(November 2012), 291–303.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (2014). *DBT skills training manual*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M; Armstrong, GE; Suárez, A; Allmon D, H. H. (1991). Cognitive Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–4.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–66.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8, 279–292.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163–169.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical Observations. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 458–480.
- MacKillop, J., & Anderson, E. J. (2007). Further psychometric validation of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 289–293.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford.

- Masuda, A., & Wendell, J. W. (2010). Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors*, 11(4), 293–296.
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J., & Vowles, K. E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 131(1–2), 63–69.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365–1374.
- Olendzki, A. (2009). Mindfulness and meditation. In D. F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 37–44). New York: Springer.
- Park, T., Reilly-Spong, M., & Gross, C. R. (2013). Mindfulness: A systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Quality of Life Research*, 22(10), 2639–2659.
- Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Upton, B. T., & Baer, R. A. (2013). Nonjudgment as a moderator of the relationship between present-centered awareness and borderline features: Synergistic interactions in mindfulness assessment. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 24–28.
- Pirson, M., Langer, E. J., Bodner, T., & Zilcha, S. (2012). The Development and Validation of the Langer Mindfulness Scale - Enabling a Socio-Cognitive Perspective of Mindfulness in Organizational Contexts. *Fordham University Schools of Business Research Paper.*, 1–54.
- Reavley, N., & Pallant, J. F. (2009). Development of a scale to assess the meditation experience. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 547–552.
- Safran, J.D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. (B. Books, Ed.). New York: Basic Books.

- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of Mindfulness: Review on State of the Art. *Mindfulness*, 4(1), 3–17.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- Shapiro, Shauna L.; Slagter, H.; Santerre, C. (2002). Meditation and positive psychology. In S. J. Synyder, C.R.; Lopez (Ed.), *Handbook of positive psychology* (University, pp. 632–645). London: Oxford.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C., & Plante, T. G. (2011). The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 267–277.
- Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2014). Differences in trait mindfulness across mental health symptoms among adults in substance use treatment. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 595–600.
- Siegling, A. B.; Petrides, K. V. (2014). Measures of trait mindfulness: Convergent validity, shared dimensionality, and linkages to the five-factor model. *Frontiers in Psychology*, 5(October), 1164.
- Siegling, A. B., & Petrides, K. V. (2016). Zeroing in on mindfulness facets: Similarities, validity, and dimensionality across three independent measures. *PLoS ONE*, 11(4), 1–17.
- Simon, V. (2011). *Vivir con plena atención: de la aceptación a la presencia*.
- Soler, J. (2014) Evaluación del Mindfulness. En Cebolla, A. J., Campayo, J. G., & Demarzo, M. (Eds.). *Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad*. (pp. 41-64) Alianza Editorial.
- Soler, J. (en prensa). Evaluación de mindfulness. En Santed, M.A. & Segovia, S. (Eds.) *Mindfulness: fundamentamentos y aplicaciones*. Paraninfo Editorial.
- Soler, J., Cebolla, A., Feliu-Soler, A., Demarzo, M. M. P., Pascual, J. C., Baños, R., & García-Campayo, J. (2014). Relationship between meditative practice and self-reported mindfulness: The MINDSENS composite index. *PLoS ONE*, 9(1).

- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 1.
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., García-Campayo, J., Tejedor, R., Portella, M. J. (2014). Assessing Decentering: Validation, Psychometric Properties, and Clinical Usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish Sample. *Behavior Therapy*.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrian, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353–358.
- Soler, J., Perez-Sola, V., Puigdemont, D, Perez-Blanco, J., Figueres, M., Alvarez, E. (1996). Validation study of the Center for Epidemiological Studies-Depression of a Spanish population of patients with affective disorders. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia, Psiquiatria Y Ciencias Afines*, 25(4), 243–249.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Perez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 18–25.
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 150–157.
- Spielberger, C, Gorsuch, R, Lushene, R. (1982). Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI). Barcelona: TEA Ediciones.
- Tanay, G., & Bernstein, A. (2013). State Mindfulness Scale (SMS): development and initial validation. *Psychological Assessment*, 25(4), 1286–99.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V, Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by

- mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623.
- Telch, C., & Agras, W. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065.
- Teixeira, R. J., Ferreira, G., Pereira, M. G. (2017). Portuguese validation of Cognitive And Affective Mindfulness Scale-Revised and the Philadelphia Mindfulness Scale. *Mindfulness y Compassion*, 2 (1), 3-8.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2007). Everyday mindfulness and mindfulness meditation: Overlapping constructs or not? *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1875–1885.
- Torgersen, S., & Kringlen, E. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General*, 58 (June 2001).
- Tran, U. S., Glück, T. M., & Nader, I. W. (2013). Investigating the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Construction of a Short Form and Evidence of a Two-Factor Higher Order Structure of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 951–965.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World Drug Report*. Vienna, Austria.
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 989–1001.
- Verheul, R., Bosch, L. M. C. V. A. N. D. E. N., Koeter, M. A. A. W. J., Ridder, M. A. J. D. E., Stijnen, T., & Brink, W. I. M. V. A. N. D. E. N. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month , randomised clinical trial in The Netherlands. *Br. J. Psychiatry*, 182, 5–10.
- Viñas, F., Malo, S., González, M., Navarro, D., & Casas, F. (2015). Assessing Mindfulness on a Sample of Catalan-Speaking Spanish Adolescents: Validation of the Catalan Version of the Child and Adolescent Mindfulness Measure. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E46

- Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2015). The Impact of Group-Based Mindfulness Training on Self-Reported Mindfulness: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 6(3), 501–522.
- Walach, H., Buchheld, N., Büttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness-the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543–1555.
- Wallace, A. (2007). *Contemplative Science: where Buddhism and neuroscience converge*. New York: Colombia University Press.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 1–8.
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2011). Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *International Journal of Eating Disorders*, 4(5), 421–427.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563–1571.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211–228.
- Wupperman, P., Fickling, M., Klemanski, D. H., Berking, M., & Whitman, J. B. (2013). Borderline Personality Features and Harmful Dysregulated Behavior: The Mediation Effect of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 903–911.
- Wupperman, P., Neumann, C. S., & Axelrod, S. R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties? *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 466–82.
- Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The Role of Mindfulness in Borderline Personality Disorder Features. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(April 2017), 766–771.





## **7. ANEXOS**



## ANEXO A: ARTÍCULO “PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE (MAAS)”

### Original

Joaquim Soler<sup>1,2</sup>  
Rosa Tejedor<sup>1,3</sup>  
Albert Feliu-Soler<sup>1</sup>  
Juan C. Pascual<sup>1,2</sup>  
Ausiàs Cebolla<sup>4</sup>  
José Soriano<sup>1</sup>  
Enric Alvarez<sup>1,2</sup>  
Victor Perez<sup>1,2</sup>

### Propiedades psicométricas de la versión española de la escala *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)  
Universitat Autònoma de Barcelona

<sup>2</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental  
CIBERSAM

<sup>3</sup>Divisió Salut Mental  
Fundació Althaia  
Manresa

<sup>4</sup>Universitat Jaume I  
Castelló

La Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) es una escala sencilla y de rápida administración que evalúa, de forma global, la capacidad disposicional de un individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana.

La escala es un autoinforme unifactorial de 15 ítems con una visión del constructo de *mindfulness* centrada en la variable atención/consciencia. El instrumento puede ser utilizado en sujetos con o sin experiencia en meditación y es ampliamente utilizado en investigación.

Con el objetivo de establecer las propiedades psicométricas de la MAAS, se administró a un total de 385 sujetos, 201 pertenecientes a una muestra clínica y 184 a una muestra control de estudiantes universitarios. Los análisis psicométricos de la versión española de la MAAS mostraron buenas propiedades, tanto en términos de validez como de fiabilidad. El instrumento presentó una buena validez convergente con la Five Facets *Mindfulness* Questionnaire (FFMQ) así como discriminante respecto a la clínica depresiva. Así mismo obtuvo unos buenos índices de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach de 0,89), una buena estabilidad temporal y replica la estructura unifactorial original que agrupa el 42,8% de la varianza total. Los resultados obtenidos resultan congruentes con los estudios realizados con la versión en inglés del instrumento.

La MAAS es un instrumento de simple y rápida administración que nos permite evaluar la capacidad general de *mindfulness* de un individuo y que puede ser utilizado tanto en la investigación clínica como en sujetos sanos.

Palabras clave:  
Escala, MAAS, *Mindfulness*, Atención, Evaluación

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(1):19-26

Correspondencia:  
Joaquim Soler  
Department of Psychiatry  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Avda Sant Antoni M<sup>a</sup> Claret, 167 (Barcelona 08025)  
Correo electrónico: jsoler@ santpau.cat

### Psychometric proprieties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) is a brief and easy to administer scale that mainly assesses the individual's dispositional capacity to be aware and conscious in day-to-day life experiences.

This is a 15-item self-reported single-factor scale that is exclusively focused on attention/awareness component of *mindfulness* construct. The instrument can be independently used to assess individuals either with or without meditation experience and has been widely used in *mindfulness* research.

In order to establish the psychometric proprieties of the MAAS a total of 385 individuals were assessed. 201 individuals came from a clinical sample and 184 control individuals were university students. The MAAS showed good psychometric proprieties in terms of validity and reliability. The scale obtained an adequate convergent validity with the Five Facets *Mindfulness* Questionnaire (FFMQ) and good discriminating validity with relation to depressive symptoms. Additionally, the MAAS obtained good reliability indexes (Cronbach's  $\alpha = 0.89$ ), good temporal stability and adequately replicates the original single-factor structure accounting for 42.8% of the total variance. These results were comparable to those obtained by the original English version of the scale.

MAAS can be briefly administered and enables us to measure the individual's frequency of *mindfulness* states in daily life and can be used both on clinical research and healthy subjects.

Key words:  
Scale, MAAS, *Mindfulness*, Attention, Assessment

## INTRODUCCIÓN

La investigación y las aplicaciones clínicas entorno al *Mindfulness* se ha incrementado de forma clara y significativa en la última década. Aunque no existe una definición única del concepto de *mindfulness*, éste haría referencia a estar consciente y prestar atención<sup>1</sup> y tendría su origen en la tradición meditativa oriental<sup>1-4</sup>. Las distintas definiciones propuestas del término *mindfulness* coinciden en enfatizar el "mantener la conciencia de uno vivo en la realidad presente"<sup>5</sup> siendo la definición más comúnmente utilizada la que lo describe como "prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar"<sup>6</sup>. Se trata de una experiencia natural, aunque infrecuente en la vida cotidiana. Ésta acostumbra a suceder ante situaciones que nos resultan interesantes, en ellas se mantiene la atención sobre lo que sucede, se atiende con detalle y curiosidad hasta que uno pasa a formar parte de la actividad. Es importante destacar que el *mindfulness* es una capacidad humana inherente que se puede potenciar<sup>7</sup>. El desarrollo de esta capacidad se consigue con diversos tipos de meditación que tradicionalmente se han dividido entre prácticas formales que implican una disciplina (ej: meditación sentado o en movimiento) y prácticas informales, que se pueden realizar en el día a día (ej: *mindfulness* al comer, ducharse, conducir)<sup>8</sup>.

Aunque existe una considerable variabilidad en el rigor metodológico de los estudios, las intervenciones psicoterapéuticas que han incluido prácticas de *mindfulness* se asocian, habitualmente, con mejoras en términos de salud, bienestar general y mejoría en síntomas clínicos<sup>2, 7-10</sup>. Además, existen terapias donde las técnicas de *mindfulness* son un aspecto nuclear del paquete terapéutico y que han resultado eficaces en ensayos clínicos aleatorizados en trastornos psiquiátricos como en la prevención de las recurrencias en Depresión<sup>11, 12</sup> o en el Trastorno Límite de Personalidad (TLP)<sup>13-20</sup>.

A pesar de los resultados prometedores de las intervenciones que incluyen *mindfulness*, la investigación en esta área se ha visto entorpecida tanto por la ausencia de una definición clara, unificada y operativa como por la escasez de herramientas de medida del constructo<sup>21</sup>. En este sentido, recientemente se han desarrollado algunas escalas en inglés que suplirían esta ausencia como la *Freiburg mindfulness inventory* (FMI<sup>22, 23</sup>), la *Kentucky Inventory of mindfulness skills* (KIMS<sup>24</sup>), la *Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised* (CAMS-R<sup>25</sup>), la *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS<sup>26</sup>), la *Toronto Mindfulness Scale* (TMS<sup>27</sup>), la *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ<sup>27</sup>) y la *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS<sup>28</sup>).

Cada instrumento utiliza su propia terminología para describir y entender el *mindfulness* y, aunque entre ellos existe un elevado solapamiento de ideas, aún se discute si

se trata de un constructo uni o multifactorial<sup>27</sup>. En contraste con enfoques multifactoriales donde se desglosan hasta cinco factores constituyentes<sup>29</sup>, existen propuestas que han sintetizado los aspectos esenciales de estas intervenciones entorno a dos factores, comúnmente uno de conciencia y otro de aceptación<sup>9, 26</sup>. Para Cardaciotto y cols.<sup>26</sup> *mindfulness* es la tendencia a ser altamente conscientes de las experiencias internas y externas en el contexto de una postura de aceptación y de no enjuiciamiento hacia estas experiencias. Las propuestas más reduccionistas señalarían la existencia de un único factor, el de conciencia<sup>28, 30</sup>. Este modelo explicativo se sustenta sobre el argumento de que el componente de aceptación resultaría redundante, tanto a nivel teórico como psicométrico, con el de conciencia. Según Brown<sup>28</sup>, el aumento del foco de la atención en el momento presente sucederá necesariamente con una actitud de aceptación, de la misma forma que el énfasis en la postura no evaluativa de aceptación conlleva inevitablemente a un aumento de la conciencia del momento presente.

El MAAS es un autoinforme coherente con la visión unifactorial del constructo que enfatiza, como aspecto esencial del *mindfulness*, la variable atención/conciencia en el momento presente. La escala MAAS es una escala sencilla y de rápida administración que evalúa, con una única puntuación, la capacidad del individuo para estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. Se puede utilizar sin que el sujeto tenga experiencia previa en meditación y la versión original presenta unas buenas propiedades psicométricas. Estas características han convertido a la MAAS en la herramienta más utilizada en estudios de investigación donde se pretende evaluar *mindfulness*. Por ejemplo, en depresión<sup>31</sup>, estrés<sup>32, 33</sup>, bulimia<sup>34</sup>, dolor crónico<sup>35, 36</sup> o cáncer<sup>37, 38</sup>. Además, la herramienta ha sido validada en otros idiomas como el francés y el sueco<sup>39, 40</sup>.

Dada la disposición y la presencia de estados naturales de *mindfulness* así como la existencia de técnicas y métodos capaces de potenciarlo, sería útil tener herramientas validadas al español que midan este constructo.

## METODOLOGÍA

### Participantes

La muestra total del estudio estaba compuesta por 385 sujetos (95 hombres y 290 mujeres), con una media de edad de 31 años (DE=10,66) y un rango de 18 a 63 años. La muestra incluyó un subgrupo clínico (n=201) y otro no clínico (n=184). La muestra no clínica provenía de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia y de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. La media de edad para esta submuestra fue de 29,4 (DE=10,23) y un rango de 18 a 62 años, 49 eran hombres y 135 mujeres. Los sujetos de la muestra clínica

eran 201 participantes que procedían del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y de la Fundació Althaia de Manresa, y cumplían criterios diagnósticos para uno de los siguientes trastornos: Trastorno Límite de la Personalidad ( $n=71$ ), Trastorno Depresivo Mayor Recurrente ( $n=26$ ), Trastorno de la Conducta Alimentaria ( $n=54$ ) y Trastorno de Dependencia de Cocaína ( $n=50$ ). La media de edad fue de 33,51 ( $DE=10,74$ ) con un rango de 18 a 63 años, 46 eran hombres y 155 mujeres.

Los criterios de inclusión de los participantes de las muestras clínicas fueron: tener edades comprendidas entre los 18 y 80 años, estar diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad o Trastorno Depresivo Mayor Recurrente o Trastorno de la Conducta Alimentaria o Trastorno de Dependencia a la Cocaína según criterios del DSM-IV-TR<sup>41</sup>. Los criterios de exclusión fueron: presentar una enfermedad psiquiátrica en fase aguda o un trastorno de la esfera psicótica, retraso mental, déficits sensoriales o dificultades lingüísticas que no permitan la complementación de los cuestionarios.

### Procedimiento

La muestra clínica se obtuvo mediante un muestreo consecutivo de sujetos y tras comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Tras proponer la participación del sujeto en el estudio, se entregó el cuaderno de recogida de datos con las pruebas a completar. Los participantes controles sanos completaron los cuestionarios en una de las aulas de la Universidad. Todos los participantes fueron informados sobre el objetivo del estudio y sus respuestas se trataron de forma confidencial. La participación fue totalmente voluntaria, sin incentivos económicos. Antes de completar los cuestionarios, todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

La metodología de adaptación de la escala siguió el procedimiento de traducción-retrotraducción<sup>42</sup>. La escala original fue traducida por una persona bilingüe y con experiencia clínica. Las traducciones se discutieron con uno de los investigadores hasta alcanzar un consenso. La primera versión fue nuevamente traducida al inglés por otro traductor independiente (lingüista de origen anglosajón con experiencia en la traducción de textos biomédicos). Esta versión fue enviada a los autores de la MAAS que, tras varias correcciones, verificaron la adecuación al texto original.

Para el estudio de fiabilidad Test-Retest se eligió una submuestra de 32 participantes que realizaron una segunda aplicación a las dos semanas de la primera administración. Para establecer la sensibilidad al cambio se analizó una submuestra de 30 pacientes diagnosticados de TLP tras una intervención de *mindfulness* de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) de 10 semanas de duración.

### MATERIAL

La MAAS<sup>28</sup> es un cuestionario que consta de 15 ítems y se puntúan según una escala Likert con un rango entre 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca). Mide la frecuencia del estado de *mindfulness* en la vida diaria sin que sea necesario que los sujetos hayan recibido entrenamiento. La puntuación se obtiene a partir de la media aritmética del total de ítems y puntuaciones elevadas indican mayor estado *mindfulness*.

La FFMQ en versión española<sup>43</sup> es un cuestionario de 39 ítems que evalúan cinco facetas de *mindfulness*: Observación, Descripción, Actuando con Consciencia, No juzgar, No reactividad a la experiencia interna. Se puntúan según una escala Likert con un rango entre 1 (nunca o muy raramente verdad) hasta 5 (muy a menudo o siempre verdad). Se utilizó para evaluar la validez convergente.

La CES-D<sup>44</sup> es una escala autoadministrada que evalúa presencia de sintomatología depresiva en la semana anterior a la administración. Tiene 20 ítems que se puntúan según una escala Likert con un rango entre 0 (raramente o nunca/ menos de un día) y 3 (mucho o siempre/ entre 5-7 días). A mayor puntuación mayor probabilidad de cuadro depresivo. Con esta escala evaluamos la validez divergente.

### Análisis de datos

El diseño de la base de datos así como el análisis de ésta se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

Para el análisis de la fiabilidad como consistencia interna de la MAAS, se analizó para el total de la escala el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach y el coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades con la corrección de Spearman-Brown, así como el valor  $\alpha$  de Cronbach que alcanzaría la escala en el caso de eliminar cada uno de sus ítems. El estudio de su validez de constructo se realizó mediante técnicas de factorización tanto de tipo exploratorio como confirmatorio. El estudio de la validez convergente de la MAAS consistió en evaluar la correlación entre la puntuación de dicha escala y la de las subescalas de la FFMQ, con un propósito equivalente. El estudio de su validez divergente se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson con la escala de depresión CES-D. El estudio de la fiabilidad como estabilidad temporal de la MAAS se realizó a partir del coeficiente de correlación de Pearson entre las dos administraciones de la escala. Finalmente, el estudio de la sensibilidad al cambio de la MAAS se realizó mediante una comparación de medias con la propia escala MAAS tras una intervención de *mindfulness* de 10 semanas de duración.



## RESULTADOS

### Características sociodemográficas de las muestras

Las características sociodemográficas tanto de la muestra clínica como de la muestra control aparecen en la Tabla 1.

En la Tabla 2 aparecen los ítems en español e inglés que componen la MAAS así como las medias y desviación estándar para cada uno obtenidos en nuestro estudio y en la versión original de la escala.

### Consistencia interna y validez de constructo

La consistencia interna global de la escala, evaluada mediante el estadístico  $\alpha$  de Cronbach, es de 0,897. En el análisis ítem por ítem del valor de  $\alpha$  la escala se comporta de forma homogénea y no aparecen ítems irrelevantes que perjudiquen al  $\alpha$  global de la MAAS. Utilizando el coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades con la corrección de Spearman-Brown se obtiene un valor de 0,865.

### Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

El AFE de componentes principales con rotación varimax de la MAAS sobre un grupo de 385 sujetos muestra una solución inicial de dos factores con valores propios superiores a 1, con valores de 6,42 y 1,18 respectivamente, que agrupan el 50,7% de la varianza total. A pesar de ello, el análisis del gráfico de sedimentación sugiere claramente una solución unifactorial (ver figura 1). La solución final de un único factor permite explicar un 42,8% de la varianza total. Se obtuvo un índice de adecuación muestral KMO de 0,926 y la prueba de esfericidad de Bartlett mostró una  $p < 0,001$  exploratorio.

La Tabla 3 muestra las cargas factoriales de los 15 ítems de la escala para dicho factor de atención y consciencia.

### Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Se llevó a cabo un AFC para explorar la bondad de ajuste de la estructura factorial. Para realizar los análisis se utilizó el software EQS 6.0<sup>45</sup>. El modelo confirmatorio se ha estimado mediante máxima verosimilitud pero con correcciones robustas de Satorra-Bentler en los errores estándar y estadísticos, e índices de ajuste<sup>45</sup>. Se utilizaron los siguientes indicadores de bondad de ajuste: CFI (Comparative Fit Index), GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted General Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) y  $\chi^2$ . De acuerdo con Hu y Bentler<sup>46</sup> se utilizaron los siguientes criterios para indicar que existe un buen ajuste: CFI, GFI y AGFI  $> 0,90$  y RMSEA

Tabla 1	Características sociodemográficas de las muestras clínica y control	
	Subgrupo no clínico (n=184)	Subgrupo clínico (n=201)
Género		
Hombres	26,89%	22,9 %
Mujeres	73,11%	77,1%
Edad media	29,39 (DE= 10,22)	33,51 (DE=10,74)
Estudios		
Primarios		37,5%
Secundarios		41,3%
Universitarios	100%	20,6%
Estado civil		
Soltero	63%	56,1%
Pareja/casado	36%	31,1%
Separado	1%	12,8%
Situación Laboral		
Trabaja	30%	34,54%
Parado/no trabaja		27,32%
Baja laboral		27,32%
Sólo estudia	70%	10,80%

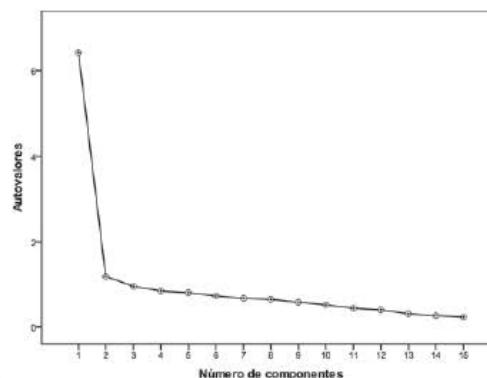


Figura 1 Gráfico de sedimentación de la MAAS

$< 0,08$  se consideran aceptables. Se han escogido estos criterios porque en investigaciones previas han mostrado su estabilidad<sup>46,47</sup>.

El único modelo que se ha puesto a prueba es el modelo de un solo factor representado por los 15 ítems. La estructura monofactorial produjo los siguientes índices de ajuste  $\chi^2=229,3904$  ( $p<0,001$ ), (CFI=0,920, GFI=0,884, AGFI=0,845, SRMR=0,053, RMSEA= 0,71 [0,059-0,082]). Atendiendo a estos índices de ajuste, se puede decir que el

Tabla 2		Descripción estadística de los ítems en español y los ítems originales en inglés	
Ítems en español	(M± DE)	Ítems en inglés	(M± DE)
Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde,	(4,33±1,32)	I could be experiencing some emotion and not be conscious of it until some time later,	(4,14 ± 1,44)
Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.	(4,46±1,39)	I break or spill things because of carelessness, not paying attention, or thinking of something else.	(4,34 ± 1,63)
Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.	(4,10±1,45)	I find it difficult to stay focused on what's happening in the present.	(4,29 ± 1,38)
Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.	(3,15±1,50)	I tend to walk quickly to get where I'm going without paying attention to what I experience along the way.	(3,12 ± 1,68)
Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención.	(3,81±1,45)	I tend not to notice feeling of physical tension or discomfort until they really grab my attention.	(3,70 ± 1,59)
Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.	(3,27±1,69)	I forget a person's name almost as soon as I've been told it for the first time.	(3,26± 1,76)
Parece como si "funcionara en automático" sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.	(3,89±1,42)	It seems I am "running on automatic," without much awareness of what I'm doing.	(3,95± 1,51)
Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.	(3,85±1,34)	I rush through activities without being really attentive to them.	(3,77± 1,44)
Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.	(3,97±1,37)	I get so focused on the goal I want to achieve that I lose touch with what I'm doing right now to get there.	(3,96±1,52)
Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	(3,92±1,31)	I do jobs or tasks automatically, without being aware of what I'm doing.	(3,90±1,46)
Me encuentro a mi mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.	(3,53±1,31)	I find myself listening to someone with one ear, doing something else at the same time.	(3,15±1,50)
Conduzco "en piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí.	(4,43±1,42)	I drive places on 'automatic pilot' and then wonder why I went there.	(4,74±1,55)
Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado	(3,48±1,57)	I find myself preoccupied with the future or the past	(2,84±1,62)
Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.	(4,00±1,39)	I find myself doing things without paying attention.	(3,95±1,38)
Pico sin ser consciente de que estoy comiendo	(4,58±1,52)	I snack without being aware that I'm eating.	(4,77±1,52)

modelo unifactorial del MAAS tiene unos índices de ajuste adecuados.

#### Validez convergente y discriminante

Determinamos la validez convergente de la escala MAAS mediante la comparación entre las puntuaciones obtenidas en dicha escala y las obtenidas en el FFMQ. La Tabla 4 muestra las correlaciones entre las puntuaciones de la escala MAAS y las cinco subescalas de la FFMQ: Observación, Descripción, Actuando con Consciencia, No juzgar y No reactividad a la experiencia interna.

La validez divergente de la escala se estableció mediante la correlación de las puntuaciones de la MAAS con la escala autoaplicada de depresión CES-D, se obtuvo una correlación de Pearson de -0,558 con una  $p < 0,001$ .

#### Estabilidad temporal

Se estudió la fiabilidad de la escala MAAS en el tiempo en un subgrupo de 32 sujetos de la muestra no clínica, mediante la comparación de las puntuaciones obtenidas entre dos administraciones consecutivas separadas por dos semanas. Se obtuvo una correlación de Pearson de 0,823 con una  $p < 0,001$ .



Tabla 3	Cargas factoriales e ítems de la MAAS
Ítems de la MAAS	Factor 1 Atención / Conciencia
maas-12	0,774
maas-14	0,718
maas-15	0,699
maas-2	0,618
maas-11	0,605
maas-13	0,597
maas-3	0,561
maas-8	0,520
maas-10	0,513
maas-7	0,485
maas-1	0,457
maas-9	0,392
maas-4	0,172
maas-6	0,088
maas-5	0,056

### Sensibilidad al cambio

Para establecer la capacidad de la escala para detectar cambios en la habilidad de *mindfulness*, se realizó una comparación de medias para muestras relacionadas. Las puntuaciones obtenidas en la MAAS antes y después de la aplicación del módulo de *mindfulness* de 10 semanas de duración de la TDC en una submuestra clínica de 30 pacientes diagnosticados de TLP. En la prueba T-Test no se observaron diferencias significativas entre ambas administraciones que presentaron una correlación de Pearson de 0,789 con una  $p < 0,001$ .

### CONCLUSIONES

A pesar de la creciente utilización de terapias y entrenamientos en *mindfulness*, no existen instrumentos de medición de la capacidad de este constructo adaptados a nuestro ámbito sociocultural. La MAAS permite una medición global de esta capacidad y resulta una herramienta de rápida administración y de simple corrección. Los resultados obtenidos en este estudio señalan una buena fiabilidad y validez de la versión al español de la MAAS. Presenta una elevada consistencia interna, indicando una notable homogeneidad global del instrumento, así como una buena interdependencia entre los ítems comparable a la obtenida en la versión original inglesa del instrumento<sup>28</sup>.

El análisis factorial exploratorio revela una solución factorial de un único factor similar a la obtenida por los autores en el análisis original de la escala<sup>28</sup>. El porcentaje de varianza explicada por este único factor, del 43%, es superior al obtenido en el estudio de validación de la versión al francés y en las aplicaciones de la MAAS a muestras adolescentes y poblaciones psiquiátricas<sup>39, 48</sup>, aunque inferior a la obtenida en la validación original y en muestras de pacientes con cáncer<sup>28, 38</sup>. Además, esta estructura factorial muestra buenos índices de ajuste en el AFC. En la revisión del comportamiento psicométrico de cada ítem que compone la MAAS, 12 de los 15 ítems presentan cargas factoriales en la matriz rotada superiores a 0,30 a excepción de los ítems 5, 6 y 4. De forma similar a los resultados obtenidos en el análisis original<sup>28</sup>, los ítems con cargas inferiores a 0,30 se mantienen dentro de la escala debido a que añaden contenido significativo a la escala. En el análisis de constructos amplios como en este caso, cargas factoriales menores no resultan infrecuentes<sup>50</sup>. Por otro lado, el ajuste de los datos en el AFC señala la estabilidad del instrumento con su configuración original de 15 ítems.

Las correlaciones obtenidas entre la MAAS y las subescalas de la FFMQ señalan una elevada validez convergente. Como era de esperar, la MAAS correlaciona con mayor intensidad con la subescala de Actuación Consciente, esto probablemente es debido a la proximidad de la subescala de la FFMQ con la idea del *mindfulness* que subyace en la MAAS. De hecho, la configuración de ítems de la subescala de Actuación Consciente de la FFMQ, se derivó de un análisis factorial con distintas escalas de *mindfulness*<sup>29</sup> que agrupó varios ítems de la propia MAAS. La escala MAAS también correlaciona

Tabla 4	Correlaciones entre la MAAS y las subescalas de la FFMQ				
	Observación	Descripción	Act. Consciente	No Juzgar	No reactividad
MAAS	-0,047	0,463**	0,808**	0,523**	0,310**
MAAS – Mindful Attention Awareness Scale; FFMQ – Five Facets Mindfulness Questionnaire. ** $p < 0,001$					



significativamente con las subescalas No juzgar y No reactividad a la experiencia interna. Esta correlación resulta interesante al tratarse de dos subescalas más cercanas a la actitud en que se practica el *mindfulness* que a la forma en que se realiza. Esta relación podría apoyar un solapamiento entre los dos factores tradicionalmente constituyentes del *mindfulness*, "presencia" y "aceptación". En este sentido, Brown y Ryan<sup>49</sup> analizando amplias muestras de sujetos que posteriormente derivaron en la creación de la MAAS, observaron que a nivel psicométrico la medición del factor aceptación no añadía ventajas explicativas a la utilización únicamente el factor presencia. La aceptación resultaría funcionalmente redundante en *mindfulness* por lo que se eliminó en la subsiguiente elaboración de la MAAS<sup>40</sup>. Finalmente, también correlacionó con la subescala Descripción, que hace referencia a la capacidad de uno para poner en palabras su experiencia ya sea en términos de pensamientos, sensaciones o sentimientos. Parece congruente esperar que ante cualquier experiencia subjetiva que puede ser verbalizada, ésta tiene que haber sido consciente previamente. La única subescala de la FFMQ con la que la MAAS no establece ninguna relación significativa es con la de Observación. Esta última aglutina un conjunto de ítems relacionados con la capacidad de atender y notificar gran variedad de percepciones mayoritariamente sensoriales. En conjunto las correlaciones descritas y la ausencia de relación con la subescala Observación también se han reportado en otro estudio de validación previo<sup>40</sup>.

La validez divergente de la MAAS se estableció comparándola con la presencia de sintomatología depresiva evaluada mediante la escala CES-D. La capacidad disposicional de *mindfulness* presenta una clara relación inversa con la sintomatología depresiva de  $-0,558$ . Esta relación va en el mismo sentido que el observado en la validación original donde se utilizó la misma escala y se observó una correlación significativa de  $-0,37$  en una muestra de 327 estudiantes. Dicho resultado es coherente con otros trabajos donde la escala se ha comparado con sintomatología depresiva<sup>28, 39, 31</sup>. A diferencia de otros estudios, en nuestro trabajo no se incluyó ninguna escala de sintomatología ansiosa. Aunque esto resulta una limitación, los resultados psicométricos obtenidos con la clínica afectiva no harían esperar un comportamiento diferente en cuanto a la sintomatología ansiosa.

La fiabilidad temporal de la escala fue elevada y muy similar a la obtenida en el estudio original de la MAAS que fue de  $0,81$ . Cabe señalar, que esta elevada concordancia puede verse favorecida por la utilización de periodo temporal menor en nuestro estudio, de dos semanas en comparación con las cuatro del trabajo original<sup>28</sup>.

Finalmente, en nuestro estudio la MAAS no resultó una herramienta sensible al cambio. No se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después de una intervención de *mindfulness*. La ausencia de diferencias podría ser explicada por una insensibilidad del instru-

mento al cambio, pero también por el tipo intervención y la submuestra utilizada. Por un lado, la intervención de *mindfulness* utilizada fue un módulo de la TDC<sup>51</sup>, que otorga menor relevancia a las prácticas formales en comparación con otras intervenciones donde se ha utilizado la MAAS y esta ha resultado sensible<sup>31, 37</sup>. Por otro lado, la muestra utilizada fue de pacientes diagnosticados de TLP. Es una muestra de elevada severidad clínica y que, habitualmente, presentan dificultades tanto en adquirir como mantener nuevos hábitos conductuales saludables. Por lo tanto, el nivel de práctica podría no ser suficiente para ser estadísticamente detectable<sup>8, 51</sup>.

En conclusión, la traducción española de la MAAS resulta un instrumento válido y fiable para medir las diferencias individuales en la capacidad de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en población española. Este cuestionario se puede utilizar para investigar el efecto del *mindfulness* sobre variables clínicas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Germer CK. Mindfulness. What is it? What does It matter? En C. K. Germer, R.D. Siegel & P.R. Fulton. Mindfulness psychotherapy. New York: Guilford Press; 2005. p.3-27.
2. Baer, R. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clin Psychy Sci and Prac. 2003;10:125-42.
3. Gunaratana, H. Mindfulness in plain English. Somerville, MA: Wisdom Publications; 2002.
4. Wallace A. Contemplative science: where Buddhism and neuroscience converge. New York: Colombia University Press; 2007.
5. Hanh, T. The miracle of mindfulness. A manual on meditation. Rider; 1976.
6. Kabat-Zinn J. Where you go, there you are. Mindfulness meditation in every day live. Hyperion Books; 1994.
7. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). Constrect Hum Sci. 2003;8:73-107.
8. Dimidjian S, Linehan M. Defining and agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. Clin Psychol Sci Pract. 2003;10:166-71.
9. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. Clin Psychy Sci Pract. 2004;11:230-41.
10. Brown K, Ryan R, Creswell J. Mindfulness: theoretical foundations and efficacy for its salutary effects. Psychol Inq. 2007b;18(4):211-37.
11. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol. 2000;68(4):615-23.
12. Ma H, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. J Consult Clin Psychol. 2004;72(1):31-40.
13. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res and Ther. 2004; 42(5):487-99.
14. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behav Ther. 2001;32(2):371-90.



15. Linehan MM, Armstrong GE, Suárez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatr*. 1991; 48:1060-4.
16. Linehan MM, Schmidt HI, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavioural therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. 1999;8:279-92.
17. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatr*. 2006;63:757-66.
18. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatr*. 2009;166(12):1365-74.
19. Verheul R, Van den Bosch LM, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12 month, randomised clinical trial in the Netherlands. *Br J Psychiatr*. 2003;182:135-40.
20. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther*. 2009;47:353-8.
21. Lau M, Bishop W, Segal Z, Buis T, Anderson N, Carlson L et al. The Toronto Mindfulness Scale: development and validation. *J Clin Psychol*. 2006;62(12):1445-67.
22. Buchheld N, Grossman P, Walach H. Measuring mindfulness in insight meditation (vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *J Medit Medit Res*. 2001;1:11-34.
23. Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness-The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Pers indiv diff*. 2006;40(8):1543-55.
24. Baer R, Smith G, Allen K. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*. 2004;11(3):191-206.
25. Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau JP. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *J Psychopathol Behav Assess*. 2007; 29(3):177-90.
26. Cardaciottio L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*. 2008;15(2):204-23.
27. Baer R, Smith G, Lykins G, Button D, Krietemeyer J, Sauer S et al. Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*. 2008;15:329-42.
28. Brown K, Ryan R. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84:822-48.
29. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006 Mar;13(1):27-45.
30. Brown K, Ryan R. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clin Psychol Sci Pract*. 2004; 11(3):242-8.
31. Christopher M, Gilbert B. Incremental Validity of Components of mindfulness in the prediction of satisfaction with life and depression. *Curr Psychol*. 2010;29:10-23.
32. Shapiro SL, Brown KW, Thoresen C, Plante TG. The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: Results from a randomized controlled trial. *J Clin Psychol*. 2011;67(3):267-77.
33. Anderson N, Lau M, Segal Z, Bishop Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clin Psychol Psychother*. 2007;14:449-63.
34. Lavander J, Jardin B, Anderson D. Bulimic symptoms in undergraduate men and women: contributions of mindfulness and thought suppression. *Eat Behav*. 2009;10:228-31.
35. Cusens B, Duggan G, Thorne K, Burch V. Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clin Psychol Psychother*. 2009;17:63-78.
36. McCracken L, Gauntlett-Gilbert J, Vowles K. The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*. 2007;131:63-9.
37. Labelle L, Tavis S, Campbell, Carlson L. Mindfulness-Bases Stress Reduction in oncology: Evaluating Mindfulness and Rumination as Mediators of change in depressive Symptoms. *Mindfulness*. 2010;1:28-40.
38. Carlson L, Brown K. Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *J Psychosom Res*. 2005;58(1):29-33.
39. Jerman F, Billieux J, Laroï F, d'Argembeau A, Bondolfi G, Zermatten A, et al. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychol Assess*. 2009;21(4):506-14.
40. Hansen E, Lundh L, Homman A, Wangby-Lundh M. Measuring mindfulness: pilot studies with the Swedish versions of the Mindful Attention Awareness Scale and the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Cognit Behav Ther*. 2009;38(1):2-15.
41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2004.
42. Brislin R. The wording and translation of research instruments. En: Lonner WJ, Berry W, editors. *Field methods in cross cultural research*. Beverly Hills: Sage Publications; 1986. p.137-64.
43. Cebolla A, García-Palacios R, Soler J, Guillen V, Baños R, Botella C. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur J Psychiatr*. 2012 (aceptado para publicación).
44. Soler J, Pérez-Sola V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Figueres M, Alvarez E. Estudio de validación del center for epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Esp Psiquiatr*. 1997;25:243-9.
45. Bentler PM. *EQS: Structural Equations Program Manual*. California: Multivariate Software, Inc; 1995.
46. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structl Equ Modng*. 1999;6:1-55.
47. Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychol Bull*. 1980;88:588-606.
48. Brown KW, West AM, Loverich TM, Biegel GM. Assessing adolescent mindfulness: Validation of an adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychol Assess*. 2011;14:1-11.
49. Brown K, Ryan R. Testing a two-factor model of mindfulness. Unpublished data, University of Rochester. (2001).
50. Holey RH. Confirmatory factor analysis. *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling* In H.E.A Tinsley & S.D. Brown (Eds). San Diego, CA: Academic Press; 2000. p. 466-97.
51. Linehan. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.

## ANEXO B: CUESTIONARIO *MINDFULNESS ATTENTION AWARENESS SCALE* (MAAS) VERSIÓN ESPAÑOLA

### MAAS

Instrucciones: A continuación, tienes una recopilación de afirmaciones sobre tu experiencia diaria. Utilizando la escala de 1-6, por favor indica con qué frecuencia o con qué poca frecuencia tienes habitualmente cada experiencia. Por favor contesta de acuerdo a lo que realmente refleje tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia

1- Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

2.- Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

3.- Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

4.- Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

5.- Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

6.- Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

7.- Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

8.- Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

9.- Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

10.- Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

11.- Me encuentro a mi mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

12.- Conduzco “en piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

13.- Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

14.- Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

15.- Pico sin ser consciente de que estoy comiendo

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca



## ANEXO C. ARTÍCULO: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA *PHILADELPHIA MINDFULNESS SCALE*.

Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2014;7(4):157–165



Revista de Psiquiatría  
y Salud Mental

[www.elsevier.es/saludmental](http://www.elsevier.es/saludmental)



ORIGINAL

### Propiedades psicométricas de la versión española de la *Philadelphia Mindfulness Scale*



Rosa Tejedor<sup>a</sup>, Albert Feliu-Soler<sup>b</sup>, Juan C. Pascual<sup>b,c</sup>, Ausiàs Cebolla<sup>d,e</sup>,  
Maria J. Portella<sup>b,c</sup>, Joan Trujols<sup>b,c</sup>, José Soriano<sup>b</sup>, Víctor Pérez<sup>b,c</sup> y Joaquim Soler<sup>b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Divisió Salut Mental, Althaia, Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa. FP, Manresa, España

<sup>b</sup> Servei de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, España

<sup>c</sup> Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau), Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España

<sup>d</sup> Departament de psicologia bàsica, clínica i psicobiologia, Universitat Jaume I, Castelló, España

<sup>e</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red-Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición, CIBERObn, Santiago de Compostela, España

Recibido el 5 de febrero de 2014; aceptado el 7 de abril de 2014  
Disponibile en Internet el 2 de julio de 2014

#### PALABRAS CLAVE

Escala;  
Validación;  
*Philadelphia*  
*Mindfulness Scale*;  
Atención plena;  
Aceptación;  
Evaluación

#### Resumen

**Introducción:** La *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS) es un cuestionario breve que evalúa 2 componentes clave de la atención plena: la conciencia en el momento presente y la aceptación. El presente estudio evalúa las propiedades psicométricas de la versión española de la PHLMS tanto en una muestra control de estudiantes universitarios como en población con patología psiquiátrica.

**Material y métodos:** Se administró la versión española de la PHLMS a 395 voluntarios (256 con patología psiquiátrica y 139 estudiantes).

**Resultados:** El análisis factorial exploratorio de la versión española de la PHLMS apoya la solución bifactorial de la versión original con una varianza explicada del 44,02%. La escala presentó una adecuada fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach de 0,81 a 0,86). La PHLMS mostró una adecuada validez convergente con los otros cuestionarios de atención plena y aceptación y una validez divergente de la clínica depresiva y ansiosa comparable a la de la versión original.

**Conclusiones:** La versión española de la PHLMS presenta adecuadas propiedades psicométricas y puede ser utilizada para medir 2 componentes constituyentes de la atención plena –i.e. conciencia y aceptación– tanto en el ámbito clínico como en investigación.

© 2014 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jsolerr@santpau.cat](mailto:jsolerr@santpau.cat) (J. Soler).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.04.001>

1888-9891/© 2014 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



**KEYWORDS**

Scale;  
Validation;  
Philadelphia  
Mindfulness Scale;  
Mindfulness;  
Acceptance;  
Assessment

**Psychometric properties of the Spanish version of the Philadelphia Mindfulness Scale****Abstract**

**Introduction:** The Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) is a brief questionnaire for assessing 2 key components of mindfulness: present moment awareness, and acceptance. This study was aimed at evaluating the psychometric properties of the Spanish version of PHLMS in a sample of participants with and without psychiatric conditions.

**Material and methods:** The Spanish version of the PHLMS was administered to a sample of 395 volunteers (256 of them with a psychiatric condition, and 130 from a student sample).

**Results:** Exploratory factor analysis found a two factor solution, which was also observed in the original version of the scale, with an explained variance of 44.02%. The scale showed good reliability (Cronbach  $\alpha$  between 0.81 and 0.86), and an adequate convergent validity with other questionnaires of mindfulness and acceptance. The results also showed a similar discriminant validity to that in the original instrument validation between PHLMS and the clinical symptomatology reported.

**Conclusions:** The Spanish version of the PHLMS is a psychometrically sound measure for assessing two core components of mindfulness (i.e. awareness and acceptance) in clinical and research settings.

© 2014 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Habitualmente la atención plena se define como «prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar»<sup>1</sup>. En los últimos 20 años la atención plena se ha introducido y difundido con celeridad en la psicología científica moderna en gran parte gracias al éxito terapéutico de las intervenciones que se basan en él o que lo integran como una técnica fundamental dentro de su programa (e.g. la terapia cognitiva basada en la atención plena<sup>2</sup>, el programa de reducción de estrés basado en la atención plena<sup>3</sup>, la terapia dialéctica conductual<sup>4</sup> o la terapia de aceptación y compromiso<sup>5</sup>, entre otras).

Con el fin de evaluar la atención plena y estudiar su relación con distintos aspectos de la salud se han diseñado distintas escalas, tales como el *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI)<sup>6</sup>, el *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS)<sup>7</sup>, la *Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised* (CAMS-R)<sup>8</sup>, la *Toronto Mindfulness Scale* (TMS)<sup>9</sup>, el *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ)<sup>10</sup> y la *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS)<sup>11</sup>. Existen considerables diferencias entre estos autoinformes ya que no todos comparten la misma definición de atención plena, no están dirigidos a la misma población o han utilizado distinta metodología para su construcción. Por ejemplo, el FMI considera que las habilidades de atención plena solo pueden ser alcanzadas mediante la práctica meditativa<sup>12</sup>, y en cambio en la MAAS la atención plena es conceptualizada como una habilidad innata, presente en mayor o menor medida en todos los individuos<sup>11</sup>. Esta última escala se sustenta en una visión unifactorial de la atención plena y evalúa únicamente la variable atención/conciencia en el presente. Esta perspectiva unidimensional contrasta con la de instrumentos como el FFMQ o el KIMS que distinguen hasta 5 dimensiones, algunas de las cuales son cercanas al factor atención/conciencia y otras están más relacionadas con un factor de aceptación.

Con la intención de consensuar los elementos de la atención plena definidos por varios teóricos y operativizar mejor el concepto, Bishop et al.<sup>13</sup> propusieron 2 componentes que parecerían ser consustanciales a la atención plena: a) autorregulación de la atención sostenida en el presente y b) una actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia la experiencia. Esta misma definición fue también recogida por Cardaciotto et al.<sup>14</sup> como una «tendencia a estar altamente consciente de las experiencias internas y externas en un contexto de aceptación no evaluativo». Aunque se ha argumentado que ambos factores (el de atención/conciencia y el de aceptación) podrían presentar cierto solapamiento a nivel conceptual<sup>11,15</sup> también parece razonable que ambos aspectos estén diferenciados<sup>13</sup>. En este sentido existen ejemplos claros donde una elevada conciencia y focalización no van acompañadas de una actitud de aceptación, como es el caso de trastornos de ansiedad, depresión o conductas adictivas<sup>16</sup>.

La *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS)<sup>14</sup> es un autoinforme breve y, hasta el momento, la única escala formulada desde la visión bidimensional de la atención plena formulada por Bishop et al.<sup>13</sup>. Los 2 componentes que evalúa son: 1) Conciencia en el momento presente —definida como «continua monitorización de los estímulos internos y externos»— y 2) Aceptación —definida como «postura no juiciosa hacia la experiencia de uno». El objetivo del presente estudio es valorar las propiedades psicométricas de la versión española de la PHLMS tanto en una muestra control de estudiantes universitarios como en población con patología psiquiátrica.

**Metodología****Participantes**

La muestra global del estudio se compone por 395 participantes (289 mujeres y 106 hombres), de edades

**Tabla 1** Características sociodemográficas de las muestras de estudiantes y psiquiátrica

	Muestra estudiantes (n = 139)	Muestra psiquiátrica (n = 256)	p
Género (% mujeres)	75,54	71	n.s.
Edad	28,1 (9,14)	30,75 (10,19)	n.s.
Estudios			<0,001
Primarios	-	37,5%	
Secundarios	-	41,3%	
Universitarios	100%	20,6%	
Estado civil			< 0,001
Soltero	63%	56,1%	
Pareja/casado	36%	31,1%	
Separado	1%	12,8%	
Situación laboral			< 0,001
Trabaja	30%	34,54%	
Parado/ no trabaja		27,32%	
Baja laboral		27,32%	
Solo estudia	70%	10,80%	

Se realizaron prueba de chi cuadrado para las variables categóricas y la t-Student para las continuas.

comprendidas entre los 18 y los 68 años con una media de edad de 31,9 años (DE = 10,82). La muestra se integra por un subgrupo clínico (n = 256) y otro de estudiantes (n = 139). Los pacientes de la muestra psiquiátrica procedían del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y de la Fundació Althaia (Xarxa Assistencial Universitària de Manresa) y cumplían criterios diagnósticos (DSM-IV-TR)<sup>17</sup> para uno de los siguientes trastornos: trastorno límite de la personalidad (TLP) (n = 69), trastorno de la conducta alimentaria (n = 71), trastorno depresivo mayor (n = 48) y trastorno por dependencia de cocaína (n = 68). La muestra no psiquiátrica estaba formada por estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia y de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. En la [tabla 1](#) se presentan las principales características sociodemográficas de los 2 grupos objeto de estudio. Los criterios de exclusión para toda la muestra fueron: presentar alguna otra enfermedad psiquiátrica en fase aguda o un trastorno de la esfera psicótica, retraso mental, déficits sensoriales o dificultades lingüísticas que impidieran la cumplimentación de los cuestionarios.

### Procedimiento

La muestra psiquiátrica se reclutó mediante un muestreo consecutivo y tras comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Los participantes estudiantes completaron los cuestionarios en una de las aulas de la universidad. Todos los participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado y participaron en el estudio de forma voluntaria.

Para la adaptación de la escala se siguió el procedimiento habitual de traducción-retrotraducción<sup>18</sup>. Una persona

bilingüe y con experiencia clínica realizó la traducción de la escala original al castellano con la colaboración de un clínico con amplia experiencia como formador en atención plena. Un traductor independiente de origen anglosajón especializado en la traducción de textos biomédicos, retrotradujo la versión castellana de la escala al inglés, y esta fue enviada a los autores de la PHLMS que, tras varias correcciones en la versión castellana, certificaron la adecuación al texto original.

Para el estudio de fiabilidad test-retest, una submuestra de 53 participantes contestó por segunda vez la PHLMS al cabo de 2 semanas de la primera administración. La sensibilidad al cambio se estableció analizando los cambios en las subescalas del PHLMS en una submuestra de 19 pacientes diagnosticados de TLP que participaron en una intervención de 10 semanas de atención plena dentro del contexto de la terapia dialéctica conductual (este tipo de intervención ha mostrado ser clínicamente efectiva en otros estudios<sup>19,20</sup>).

### Instrumentos

La PHLMS<sup>14</sup> es un cuestionario de 20 ítems que evalúa 2 constructos de la atención plena: conciencia y aceptación. En él se pregunta por la frecuencia con la que se ha experimentado durante la última semana distintos aspectos relacionados con dichos constructos, siendo el formato de respuesta presentado en una escala Likert de 5 puntos, con un rango entre 1 (nunca) y 5 (muy a menudo).

El FFMQ en versión española<sup>21</sup> es una escala de 39 ítems que mide 5 factores de la atención plena: observación, descripción, actuando con consciencia, no juzgar, y no reactividad a la experiencia interna. El formato de respuesta es una escala de 5 puntos, con un rango entre 1 (nunca o muy raramente verdad) hasta 5 (muy a menudo o siempre verdad).

La MAAS<sup>22</sup> es una escala de 15 ítems que mide la frecuencia con la que los procesos de atención y conciencia en el momento presente ocurren en la vida diaria. El formato de respuesta es una escala de 6 puntos, con un rango entre 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca). Puntuaciones elevadas indican mayor estado de atención plena.

El *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ)<sup>23</sup> es un cuestionario de 9 ítems que evalúa la evitación experiencial y la aceptación psicológica. El formato de respuesta es una escala de 8 puntos, con un rango entre 1 (nunca verdad) hasta 7 (siempre verdad).

La escala *Epidemiological Studies-Depression* (CES-D)<sup>24</sup> está compuesta por 20 ítems y evalúa presencia de sintomatología depresiva durante la última semana. El formato de respuesta es una escala de 4 puntos, con un rango entre 0 (raramente o nunca/menos de un día) a 3 (mucho o siempre/entre 5-7 días).

La *State/Trait Anxiety Inventory-State* (STAI-E)<sup>25</sup> es una escala de 20 ítems que evalúa el estado de ansiedad. El formato de respuesta es una escala de 4 puntos, con un rango 0 (nada) a 3 (mucho).

### Análisis de datos

Con el objetivo de evaluar la validez del constructo, la consistencia interna, la validez convergente y divergente, la



fiabilidad temporal y la sensibilidad al cambio de la PHLMS, se llevaron a cabo los siguientes análisis.

Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con factorización de ejes principales y rotación Promax para evaluar la validez de constructo de la escala. Con el fin de estudiar la consistencia interna de la PHLMS se determinó el coeficiente de fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach para la escala total y cada una de las subescalas.

Para evaluar la validez convergente en una submuestra de 291 participantes (grupo estudiantes  $n=83$ ; grupo clínico  $n=208$ ), se estimaron las correlaciones de Pearson entre la PHLMS y las otras escalas de atención plena y de aceptación (FFMQ, MAAS y AAQ). Las correlaciones entre la PHLMS y el AAQ únicamente se obtuvieron de la muestra de pacientes. El estudio de la validez divergente se realizó con una submuestra de 253 participantes (grupo estudiantes  $n=123$ ; grupo clínico  $n=130$ ) correlacionando la PHLMS con las escalas CES-D y la STAI-E. La fiabilidad temporal de la escala se estudió en una submuestra de 32 participantes del grupo de estudiantes y 21 pacientes con TLP mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la PHLMS obtenidas en 2 administraciones consecutivas separadas por 2 semanas. Se evaluó la sensibilidad al cambio de la PHLMS en un subgrupo de pacientes con TLP ( $n=19$ ) tras una intervención de atención plena de 10 semanas de duración; para ello se llevó a cabo una comparación de medias t-test para muestras relacionadas de las puntuaciones pre y postterapia. Finalmente se realizaron comparaciones t-test para muestras independientes (grupo de estudiantes y clínico) para evaluar si ambos grupos se podían diferenciar por las puntuaciones en la PHLMS. Se calculó además la  $d$  de Cohen ( $d$ ) para aportar información acerca del tamaño del efecto de dichas diferencias.

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

## Resultados

### Características sociodemográficas de las muestras

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos con relación a composición de género y edad, aunque sí en el nivel de estudios, estado civil y situación laboral. En la [tabla 1](#) aparecen las principales características sociodemográficas de la muestra con patología psiquiátrica y de la muestra de estudiantes.

### Validez de constructo

El AFE se realizó con una muestra de 395 participantes. Después de comprobar que se cumplían las condiciones de aplicación ( $KMO=0,85$  y prueba de esfericidad de Bartlett significativa  $p<0,001$ ), se procedió a la factorización de ejes principales de la escala con rotación Promax. La solución inicial indicó la existencia de 4 factores con autovalores superiores a 1 que explicarían el 57,02% de la varianza total. Sin embargo, en congruencia con i) el marco teórico en base al cual se desarrolló originariamente dicha escala<sup>14</sup>, ii) la presencia de 2 factores predominantes observados en el gráfico de sedimentación ([fig. 1](#)), iii) la superior interpretabilidad de la solución de 2 factores, iv) el principio de parsimonia, y v) la estructura factorial de la versión

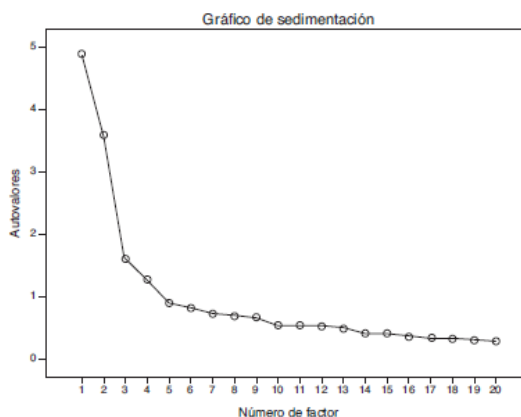


Figura 1 Gráfico de sedimentación de la PHLMS.

original de la PHLMS<sup>14</sup>, se realizó un segundo AFE restringiendo la solución a 2 factores. Estos 2 factores explicaron un 42,49% de la varianza total. En función de los resultados de este segundo AFE, se procedió a un proceso de depuración de ítems atendiendo al siguiente criterio principal: se eliminaron aquellos ítems que presentaban una baja comunalidad dado que el objetivo de todo análisis factorial es explicar la varianza mediante factores comunes. La comunalidad expresa la cantidad de varianza común de cada ítem a lo largo de los factores resultantes, por lo que aquellos ítems con bajas comunales (inferiores a 0,40) podrían ser eliminados dada su baja contribución a la solución factorial<sup>26</sup>. Asimismo, se utilizaron otros 3 criterios comúnmente empleados para la selección de ítems: la carga factorial del ítem con el factor o factores extraídos, el coeficiente de correlación de Pearson entre el ítem y la subescala o factor (sin el propio ítem) al que pertenece, y el valor de la  $\alpha$  de Cronbach que alcanzaría dicha subescala en el caso de eliminar el ítem. Específicamente, se consideraron eliminables aquellos ítems con cargas factoriales inferiores a 0,32<sup>27</sup> en todos los factores extraídos, con valores de correlación ítem-total corregida inferiores a 0,30<sup>28</sup>, o aquellos cuya eliminación incrementara la fiabilidad de la subescala en más de 0,02 puntos<sup>29</sup>. El ítem 15 era el único que satisfacía alguna (de hecho, 3 de las 4) de las condiciones que recomendaban su eliminación. Dicho ítem presentaba una comunalidad inferior a 0,40 (0,21), una carga factorial inferior a 0,32 (0,31) en los 2 factores o subescalas y una correlación ítem-total corregida inferior a 0,40 (0,30) con la subescala a la que hubiera sido asignado en función de su mayor carga factorial. Los ítems finalmente seleccionados (es decir, todos menos el ítem 15) fueron sometidos de nuevo a un AFE. La solución de 2 factores sin el ítem 15 explicó un 44,02% de la varianza total. La [tabla 2](#) muestra los ítems y las cargas factoriales de los ítems de la versión española de la escala para los factores etiquetados como conciencia y aceptación, antes y después de la eliminación del ítem 15.

Los factores de conciencia y aceptación no correlacionaron significativamente entre sí en el grupo de estudiantes ( $r=-0,050$ ,  $p>0,05$ ), pero sí en el grupo clínico ( $r=-0,218$ ,  $p=0,001$ ).

**Tabla 2** Análisis factorial exploratorio: varianza explicada y matriz de configuración

Factores	PHLMS Ítems 1-20		PHLMS Eliminando ítem 15	
	Autovalor	% de la varianza	Autovalor	% de la varianza
1	4,90	24,49	4,76	25,08
2	3,60	18,00	3,60	18,94

Matriz de configuración				
Ítems	Factor 1 Aceptación	Factor 2 Conciencia	Factor 1 Aceptación	Factor 2 Conciencia
1. Soy consciente de qué pensamientos están pasando por mi mente	-0,026	0,572	-0,032	0,574
2. Intento distraerme cuando siento emociones desagradables	0,434	0,218	0,446	0,228
3. Al hablar con otras personas, soy consciente de sus expresiones faciales y corporales	-0,105	0,555	-0,110	0,556
4. Hay aspectos sobre mí mismo en los que no quiero pensar	0,608	-0,274	0,596	-0,273
5. Cuando me ducho, soy consciente de cómo el agua recorre mi cuerpo	0,160	0,451	0,150	0,450
6. Intento mantenerme ocupado para evitar que pensamientos y sentimientos me vengán a la cabeza	0,721	-0,028	0,726	-0,021
7. Cuando estoy sobresaltado, me doy cuenta de lo que está pasando dentro de mi cuerpo	0,069	0,518	0,054	0,515
8. Ojalá pudiera controlar mis emociones más fácilmente	0,528	-0,117	0,517	-0,117
9. Cuando salgo a pasear, soy consciente de los olores o del contacto del aire en mi cara	0,093	0,495	0,089	0,498
10. Me digo a mí mismo que no debería tener determinados pensamientos	0,709	-0,090	0,703	-0,086
11. Cuando alguien me pregunta cómo me siento, puedo identificar mis emociones con facilidad	-0,195	0,604	-0,196	0,607
12. Hay cosas en las que intento no pensar	0,798	-0,161	0,799	-0,155
13. Soy consciente de los pensamientos que tengo cuando mi ánimo cambia	0,124	0,625	0,110	0,623
14. Me digo a mí mismo que no debería sentirme triste	0,564	0,055	0,561	0,059
15. Noto cambios dentro de mi cuerpo, como mi corazón latiendo más rápido o mis músculos tensándose	0,314	0,132	----	----
16. Si hay algo en lo que no quiero pensar, intentaré muchas cosas para quitármelo de la cabeza	0,638	0,223	0,639	0,230
17. Cuando mis emociones cambian, soy consciente de ello inmediatamente	-0,053	0,648	-0,066	0,645
18. Trato de sacar mis problemas fuera de mi mente	0,487	0,140	0,493	0,147
19. Mientras hablo con la gente, soy consciente de las emociones que estoy experimentando	0,064	0,626	0,053	0,625
20. Cuando tengo un mal recuerdo, intento distraerme para que se vaya	0,630	0,159	0,638	0,168

Todos los resultados que figuran a continuación se refieren a la versión española de la PHLMS que no incluye el ítem 15 de la versión original.

$\alpha = 0,86$  para la subescala de aceptación y de  $0,81$  para la subescala de conciencia.

#### Consistencia interna

La versión española de la PHLMS presentó una  $\alpha$  de Cronbach total de  $0,82$ . Con relación a sus subescalas, se observó una

#### Estabilidad temporal

Se estudió la fiabilidad test-retest de la PHLMS en una submuestra de 32 participantes del grupo de estudiantes y 21 pacientes con TLP. Con este fin se compararon las



**Tabla 3** Validez convergente de la PHLMS con medidas de atención plena y evitación experiencial para las muestras control y psiquiátrica

	Muestra global		Muestra estudiantes		Muestra psiquiátrica	
	PHLMS conciencia	PHLMS aceptación	PHLMS conciencia	PHLMS aceptación	PHLMS conciencia	PHLMS aceptación
FFMQ observación	0,490**	-0,196**	0,446**	0,154	0,499**	-0,250**
FFMQ descripción	0,471**	0,328**	0,562**	0,543**	0,496**	0,136
FFMQ actuación consciente	0,298**	0,381**	0,362*	-0,051	0,304**	0,361**
FFMQ no juzgar	0,047	0,586**	0,281	0,592**	0,026	0,462**
FFMQ no reactividad	0,396**	0,120	0,219	0,095	0,458**	0,003
MAAS	0,367**	0,332**	0,230*	0,236*	0,381**	0,271**
AAQ					-0,194**	-0,294**

AAQ: Acceptance and Action Questionnaire; FFMQ: Five Facets Mindfulness Questionnaire; MAAS: Mindful Attention Awareness Scale; PHLMS: Philadelphia Mindfulness Scale;

\*  $p < 0,05$ .

\*\*  $p < 0,001$ .

puntuaciones obtenidas en 2 administraciones separadas por 2 semanas mediante una t-test para muestras relacionadas que resultó no significativa y se realizaron correlaciones de Pearson para la puntuación de la subescala de conciencia ( $r = 0,81$  con una  $p < 0,001$ ) y de aceptación ( $r = 0,80$  con una  $p < 0,001$ ).

#### Validez convergente y divergente

Para el estudio de la validez convergente se evaluaron las correlaciones entre las subescalas de la PHLMS y las del FFMQ, la MAAS y el AAQ, observándose correlaciones significativas entre casi todas las subescalas (de  $r = -0,20$  a  $r = 0,59$ ; con  $p < 0,05$  y  $p < 0,01$  respectivamente). En la [tabla 3](#) se detallan para cada grupo las correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas de la PHLMS y las 5 subescalas de la FFMQ (observación, descripción, actuando con consciencia, no juzgar y no reactividad a la experiencia interna), la MAAS y el AAQ. La validez divergente de la PHLMS se estableció mediante la correlación de las puntuaciones de las subescalas de conciencia y aceptación con las escalas de sintomatología depresiva y ansiosa (CES-D y STAI-E, respectivamente), observándose correlaciones significativas desde  $r = -0,39$  hasta  $r = -0,15$

(con  $p < 0,05$  y  $p < 0,01$  respectivamente). En la [tabla 4](#) se presentan las correlaciones obtenidas para las submuestras de estudiantes y de pacientes especificadas por grupo.

#### Sensibilidad al cambio

Se compararon las evaluaciones pre y postratamiento, observándose una variación significativa entre la media pretratamiento de la subescala de aceptación y la puntuación postratamiento: 24,10 (DE = 8,46) vs. 27,53 (DE = 8,41);  $t = -2,493$ ;  $gl = 18$ ;  $p = 0,02$ ;  $d = 0,29$ ). No se observó ningún cambio significativo entre las medias pre y postratamiento para la subescala de conciencia: 30,89 (DE = 7,85) vs. 31,47 (DE = 6,94);  $t = -0,589$ ;  $gl = 18$ ;  $p = 0,5$ ;  $d = 0,08$ .

#### Diferencias en la Philadelphia Mindfulness Scale según grupo

El grupo de estudiantes y el grupo clínico difirieron significativamente en las puntuaciones medias de la subescala de aceptación: 31,83 (DE = 7,52) vs. 25,89 (DE = 6,75), respectivamente ( $t = 7,893$ ;  $gl = 380$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = -0,83$ ). No se observaron diferencias significativas entre el grupo de

**Tabla 4** Correlaciones de las subescalas de la PHLMS con la CESD-D y la STAI-E en las muestras control y psiquiátrica

	Muestra global		Muestra estudiantes		Muestra psiquiátrica	
	PHLMS conciencia	PHLMS aceptación	PHLMS conciencia	PHLMS aceptación	PHLMS conciencia	PHLMS aceptación
CES-D	-0,155*	-0,390*	-0,114	-0,334**	-0,187*	-0,257**
STAI-E	-0,227*	-0,255*	-0,201	-0,291*	-0,249**	-0,060

CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression; PHLMS: Philadelphia Mindfulness Scale; STAI-E: State/Trait Anxiety Inventory-State.

\*  $p < 0,05$ .

\*\*  $p < 0,001$ .

estudiantes y el grupo clínico en relación con la subescala de conciencia: 32,87 (DE=4,97) vs. 31,90 (DE=6,46), respectivamente ( $t=1,628$ ;  $gl=384$ ;  $p=0,10$ ;  $d=-0,17$ ).

## Discusión

La versión española de la PHLMS presenta una estructura bifactorial y unas propiedades psicométricas parecidas a las de la escala original<sup>14</sup>. Los 2 factores de la escala (aceptación y conciencia) fueron observados en el análisis factorial y explicaron una varianza que, tras la eliminación del ítem 15, fue del 44,02%, superior a la obtenida en el estudio original de la PHLMS. Es relevante observar que el funcionamiento psicométrico del ítem 15 ya resultó irregular en la validación original del instrumento, donde este presentó una considerable carga factorial en ambos factores<sup>14</sup>. Aunque en la muestra global se replicó la estructura de 2 factores del artículo original de la escala, dichos factores se hallaron interrelacionados en la muestra de pacientes con patología psiquiátrica.

Las subescalas de aceptación y conciencia mostraron una adecuada consistencia interna. En referencia a la validez convergente con otras escalas de atención plena y aceptación, las subescalas de la versión castellana de la PHLMS correlacionaron a nivel global con las medidas correspondientes de las otras escalas. En ambas muestras, las subescalas de conciencia y de aceptación correlacionaron positiva y significativamente con la MAAS, se observó una relación positiva entre la subescala de conciencia y 4 de las facetas del FFMQ, así como también entre la subescala de aceptación y la faceta de no juzgar. La subescala de aceptación correlacionó negativa y significativamente con el AAQ y positivamente con la subescala no juzgar del FFMQ, que conceptualmente son más próximas a dicho constructo. Resultados parecidos se obtuvieron en el artículo original de la PHLMS<sup>14</sup>, en el que también se observaron correlaciones entre la PHLMS con el AAQ y la subescala no juzgar de la KIMS (escala precursora del FFMQ). La subescala de aceptación también correlacionó positivamente con la MAAS.

Sin embargo, se observaron diferencias entre grupos en cuanto a las correlaciones entre la subescala de aceptación y distintas facetas del FFMQ así como también entre la subescala de conciencia y la subescala de no reactividad. Así, únicamente en la muestra clínica, se observó una correlación negativa entre aceptación y la faceta de observación del FFMQ, una relación positiva entre aceptación y actuación consciente, y la subescala de conciencia correlacionó positivamente con no reactividad del FFMQ. Por otro lado, en el grupo de estudiantes, se observó una correlación entre aceptación y la faceta de descripción del FFMQ que no se halló en el grupo de pacientes. Para mayor detalle, ver [tabla 3](#).

En términos generales, el comportamiento de las correlaciones entre la subescala de conciencia de la PHLMS y las otras escalas de atención plena respondió a lo esperable. Sin embargo, es sorprendente que en el grupo de pacientes la faceta de no reactividad del FFMQ correlacionara únicamente con el factor de conciencia de la PHLMS y no con el de aceptación, pues no reactividad junto a no juzgar serían el equivalente teórico del componente de aceptación medido en el FFMQ<sup>20</sup>. Por otro lado, la subescala de aceptación se

comportó de forma muy distinta en función del grupo estudiado. De hecho, al menos en el grupo clínico, la hipótesis propuesta de Bishop et al.<sup>13</sup> y defendida por Cardaciotto et al.<sup>14</sup> en la que conciencia y la aceptación se comportarían de forma independiente, parecería no recibir apoyo; pues además de la correlación negativa encontrada entre las subescalas de aceptación y conciencia en este grupo, se observaron también relaciones cruzadas entre dichas subescalas y sus homólogos teóricos del FFMQ. Este hecho apoyaría la teoría propuesta por Brown y Ryan<sup>11,15</sup>, en la que aceptación y conciencia son planteadas como 2 conceptos altamente interrelacionados.

La correlación negativa observada entre la subescala de aceptación y la subescala de observación del FFMQ en el grupo de pacientes psiquiátricos no fue reportada en la validación del instrumento original realizada con 78 estudiantes universitarios en soporte psicoterapéutico y con la KIMS (instrumento del cual deriva el FFMQ). Este resultado podría explicarse por el comportamiento variable y en ocasiones incluso antagónico de la subescala de observación del FFMQ con otros índices o aspectos de la atención plena en función de la población estudiada<sup>21,31</sup>, como lo sugeriría el hecho de que únicamente se haya observado esta asociación en la muestra psiquiátrica. En este sentido, en un estudio donde se analizó el comportamiento del FFMQ en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, el factor de observación correlacionó significativa y positivamente con la clínica alimentaria<sup>32</sup>. Así, la capacidad de autoobservación parecería tener en un rol adaptativo en algunos casos y uno desadaptativo en otros<sup>33</sup>. Las correlaciones negativas observadas entre la subescalas de la PHLMS podrían también deberse al solapamiento teórico entre el componente de conciencia y la faceta de observación.

Las correlaciones observadas entre la PHLMS y síntomas ansiosos y depresivos a nivel global indicaron una relación inversa entre ambas subescalas y la clínica ansiosa y depresiva. Este resultado es congruente con múltiples estudios previos donde las puntuaciones obtenidas en cuestionarios de atención plena se relacionaron negativamente con sintomatología afectiva y ansiosa (para una revisión<sup>34</sup>). Cabe destacar que, como en el estudio original en muestras no clínicas, la subescala de aceptación sería más sensible a sintomatología ansiosa y depresiva que la escala de conciencia, que no correlaciona con ninguna de las 2 en muestras control de estudiantes<sup>14</sup>. Paralelamente, se observaron puntuaciones significativamente menores en la subescala de aceptación en el grupo clínico respecto a la muestra no-clínica, pero no así en la subescala de conciencia, apoyando la utilidad de medir de forma separada ambos componentes de la atención plena y el papel central –sugerido ya en la validación original de la escala<sup>14</sup>– que parecería tener el constructo de aceptación en los trastornos mentales.

El análisis de la fiabilidad test-retest muestra que la PHLMS presenta una adecuada estabilidad temporal. Respecto a la sensibilidad al cambio, únicamente la subescala de aceptación pareció ser sensible a una intervención de 10 semanas de atención plena. Este hecho podría indicar una mayor sensibilidad al cambio del componente de actitud (aceptación) que del de atención (conciencia) en intervenciones breves de atención plena en TLP<sup>19,20</sup>. Por otro lado, aunque el factor de conciencia predijo significativamente la severidad psiquiátrica en el estudio de Cardaciotto et al.<sup>14</sup>,



su coeficiente  $\beta$  fue 10 veces menor que el aportado por el factor de aceptación; por ello se podría especular que aunque la intervención breve de atención plena fuera capaz de inducir cambios en la clínica psiquiátrica, dichas mejoras se verían reflejadas especialmente en el factor de aceptación y no en el de conciencia.

El presente estudio presenta limitaciones, entre las que podemos destacar la ausencia de evaluación psiquiátrica en el grupo de estudiantes que impide descartar la presencia de psicopatología en dicha muestra. Por otro lado, al tratarse íntegramente de una muestra de estudiantes universitarios, no permite la extrapolación de los resultados para dicho grupo como datos normativos. Las diferencias entre grupos con relación a los años de escolarización, estado civil y situación laboral podrían constituir también otra limitación del presente estudio. Asimismo, la muestra psiquiátrica está formada por pacientes con distintos diagnósticos, hecho que si bien por un lado incrementaría la representatividad de la muestra, también reduciría la posibilidad de encontrar diferencias respecto al grupo control debido a una elevada heterogeneidad. Por otro lado, con el fin de proporcionar mayor detalle acerca del comportamiento de la escala, en los análisis de su validez convergente y divergente se han considerado correlaciones con niveles de significación de  $p < 0,05$ , niveles superiores a los habitualmente aconsejables en el caso de estimar múltiples correlaciones. Este hecho podría haber incrementado la probabilidad de cometer errores de tipo I. Por último, únicamente se realizó el estudio de la sensibilidad al cambio en un grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad, con lo que los resultados podrían no ser aplicables a otras poblaciones psiquiátricas.

En conclusión, la versión española de la PHLMS resulta un instrumento psicométrico comparable al original para medir los constructos de conciencia y aceptación en población hispanohablante con o sin patología psiquiátrica. Sin embargo, la relación entre conciencia y aceptación parecería diferir en función de la presencia o no de psicopatología. El hecho de diferenciar la atención plena en sus 2 componentes esenciales puede permitir estudiar de forma más específica los efectos de las intervenciones de atención plena y el efecto mediador de cada factor en dichos resultados.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Kabat-Zinn J. *Where you go, there you are. Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion Books; 1994.
2. Segal ZV, Williams J, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2002.
3. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta-corte Press; 1990.
4. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
5. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
6. Buchheld N, Grossman P, Walach H. Measuring mindfulness in insight meditation (vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *J Medit Medit Res*. 2001;1:11–34.
7. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. 2004;11:191–206.
8. Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau JP. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *J Psychopathol Behav Assess*. 2007;29:177–90.
9. Lau M, Bishop W, Segal Z, Buis T, Anderson N, Carlson L, et al. The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *J Clin Psychol*. 2006;62:1445–67.
10. Baer R, Smith G, Lykins G, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2008;15:329–42.
11. Brown K, Ryan R. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84:822–48.
12. Grossman P, van Dam NT. Mindfulness, by any other name...: Trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contem Buddhism*. 2011;12:219–39.
13. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol-Sci Pr*. 2004;11:230–41.
14. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*. 2008;15:204–23.
15. Brown K, Ryan R. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clin Psychol-Sci Pr*. 2004;11:242–8.
16. Ingram RE. Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychol Bull*. 1990;107:156–76.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. text revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press; 2004.
18. Brislin R. The wording and translation of research instruments. En: Lonner WJ, Berry W, editores. *Field methods in cross cultural research*. Beverly Hills: Sage publications; 1986. p. 137–64.
19. Feliu-Soler A, Pascual JC, Borràs X, Portella MJ, Martín-Blanco A, Armario A, et al. Effects of Dialectical Behaviour Therapy-mindfulness training in borderline personality disorder: Preliminary results. *Clin Psychol Psychot*. 2013, doi:10.1002/cpp.1837.

20. Soler J, Valdepérez A, Feliu-Soler A, Pascual JC, Portella MJ, Martín-Blanco, et al. Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2012;50:150–7.
21. Cebolla A, García-Palacios A, Soler J, Guillen V, Baños RM, Botella C. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur J Psych Asses.* 2012;26:118–26.
22. Soler J, Tejedor R, Feliu-Soler A, Pascual JC, Cebolla A, Soriano J, et al. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Esp Psiquiatr.* 2012;40:18–25.
23. Barraca J. Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *Int J Psychol Psychol Ther.* 2004;4:505–16.
24. Soler J, Pérez-Sola V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Figueres M, Alvarez E. Estudio de validación del center for epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Luso-Esp Neur.* 1997;25:243–9.
25. Spielberger C, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Barcelona: TEA Ediciones; 1982.
26. Kline P. An easy guide to factor analysis. Newbury Park, CA: Sage; 1994.
27. Comrey AL. Manual de análisis factorial. Madrid: Cátedra; 1985.
28. Fayers PM, Machin D. Quality of life: Assessment, analysis and interpretation. Chichester: Wiley; 2000.
29. Jones S, Mulligan LD, Higginson S, Dunn G, Morrison AP. The Bipolar Recovery Questionnaire: Psychometric properties of a quantitative measure of recovery experiences in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2013;147:34–43.
30. Baer R, Smith G, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment.* 2006;13:27–45.
31. Soler J, Cebolla A, Feliu-Soler A, Demarzo M, Pascual JC, Baños R, et al. Relationship between meditative practice and self-reported mindfulness: the MINDSENS composite index. *PLoS One.* 2014;9:e86622.
32. Lavender JM, Gratz KL, Tull MT. Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cogn Behav Ther.* 2011;40:174–82.
33. Watkins E, Teasdale JD. Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *J Affect Disord.* 2004;82:1–8.
34. Park T, Reilly-Spong M, Gross CR. Mindfulness: A systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Qual Life Res.* 2013;22:2639–59.



## ANEXO D: CUESTIONARIO: *PHILADELPHIA MINDFULNESS SCALE (PHLMS)* VERSIÓN ESPAÑOLA

### PHLMS

Instrucciones: Por favor señale con qué frecuencia ha experimentado cada una de estas sentencias durante la última semana.

1.- Soy consciente de qué pensamientos están pasando por mi mente.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

2.- Intento distraerme cuando siento emociones desagradables.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

3.- Al hablar con otras personas, soy consciente de sus expresiones faciales y corporales.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

4- Hay aspectos sobre mi mismo en los que no quiero pensar.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

5.- Cuando me ducho, soy consciente de cómo el agua recorre mi cuerpo.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

6.- Intento mantenerme ocupado para evitar que pensamientos y sentimientos me vengan a la cabeza.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

7.- Cuando estoy sobresaltado, me doy cuenta de lo que va sucediendo dentro de mi cuerpo.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

8.- Ojalá pudiera controlar mis emociones más fácilmente.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

9.- Cuando salgo a pasear, soy consciente de los olores o del contacto del aire en mi cara.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

10.- Me digo a mi mismo que no debería tener determinados pensamientos.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

11.- Cuando alguien me pregunta cómo me siento, puedo identificar mis emociones con facilidad.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

12.- Hay cosas en las que intento no pensar.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

13.- Soy consciente de los pensamientos que tengo cuando mi ánimo cambia.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

14.- Me digo a mi mismo que no debería sentirme triste.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

15.- Noto cambios dentro de mi cuerpo, como mi corazón latiendo más rápido o mis músculos tensándose.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

16.- Si hay algo en lo que no quiero pensar, intentaré muchas cosas para quitármelo de la cabeza.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

17.- Cuando mis emociones cambian, soy consciente de ello inmediatamente.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

18.- Trato de sacar mis problemas fuera de mi mente.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

19.- Mientras hablo con la gente, soy consciente de las emociones que estoy experimentando.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

20.- Cuando tengo un mal recuerdo, intento distraerme para que se vaya.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo



