

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA "ESCALA DE ATENCIÓN Y CONCIENCIA PLENA PARA ADOLESCENTES" (MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE- ADOLESCENTS) (MAAS-A)

Esther Calvete, Agurne Sampedro e Izaskun Orue
Universidad de Deusto (España)

"Mindfulness es la conciencia que emerge a través de prestar atención intencional en el momento presente, y de una forma no evaluativa, a las cosas tal y como son" (Williams, Teasdale, Segal y Kabat-Zinn, 2007; p. 47)

Resumen

El rasgo de conciencia plena ha recibido considerable atención debido a que numerosos estudios muestran que el entrenamiento en conciencia plena reduce los síntomas de numerosos problemas psicológicos, como la depresión. Recientemente el entrenamiento en meditación se ha extendido a adolescentes. Por ello la medición del rasgo de conciencia plena en adolescentes es importante. Este estudio evalúa las propiedades de la "Escala de atención y conciencia plena para adolescentes" (MAAS-A) en españoles. Participaron 1215 adolescentes (597 chicas y 618 chicos) entre 14 y 18 años, quienes completaron la MAAS-A junto con medidas de depresión, conducta antisocial, ira, consumo de alcohol y drogas y autocontrol. Los resultados confirman la estructura unidimensional de la MAAS-A y muestran correlaciones negativas significativas entre conciencia plena y los síntomas de depresión, la conducta antisocial, la ira, el consumo de drogas y el bajo autocontrol. Además, los adolescentes con síntomas de estado de ánimo depresivo grave puntúan significativamente más bajo en el rasgo de conciencia plena que los adolescentes sin síntomas, con síntomas ligeros y con síntomas moderados de depresión.

PALABRAS CLAVE: *conciencia plena, depresión, conducta antisocial, drogas, autocontrol, adolescentes.*

Abstract

Trait mindfulness has received considerable attention in recent years because several studies indicate that the training in mindfulness reduces the symptoms of several psychological problems such as depression. Recently, the training in mindfulness has been extended to samples of adolescents. Therefore,

Este estudio fue subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (Ref. PSI2010-15714).

Correspondencia: Esther Calvete, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Deusto, Avda. de las Universidades, 24, 48080 Bilbao (España). E-mail: esther.calvete@deusto.es

the measurement of trait mindfulness in adolescents has become relevant. In this study the psychometric properties of the Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents (MAAS-A) are evaluated in Spanish adolescents. For this purpose, 1215 adolescents (597 girls and 618 boys) aged between 14 and 18 years old participated in this study. The adolescents completed the MAAS-A and measures of depression, antisocial behavior, anger, drug abuse and lack of self-control. The results confirm the one-factor structure of the MAAS-A. The trait of mindfulness is negatively correlated with symptoms of depression, antisocial behavior, anger, drug abuse and lack of self-control. Furthermore, the adolescents who display severe depressed mood score significantly lower on mindfulness than the adolescents without symptoms or with mild and moderate depressive mood.

KEY WORDS: *mindfulness, depression, antisocial behavior, drug abuse, adolescents.*

Introducción

Durante los últimos años el concepto de conciencia plena (*mindfulness*) ha sido objeto de un considerable interés debido a la proliferación de intervenciones que incluyen el entrenamiento en meditación con fines de reducción del estrés y mejora de la salud mental de las personas (De la Fuente Arias, Salvador Granados y Franco Justo, 2010; Kabat-Zinn, 1990; Williams *et al.*, 2007). Estas intervenciones han mostrado ser muy eficaces en una variedad de problemas psicológicos (p. ej., Delgado, Bravo, Hidalgo, Vila y Reyes del Paso, 2012; Evans, Ferrando, Carr y Haglin, 2011; Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Vallejo Pareja, 2006). Como consecuencia, el concepto mismo de conciencia plena y su evaluación se han convertido en foco de estudio (véase para revisiones Baer, Walsh y Lykins, 2009; Bergomi, Tschacher y Kupper, 2013; Bishop *et al.*, 2004; Johnson, 2007).

La conciencia plena se ha descrito como la conciencia no evaluativa, centrada en el presente, que surge como resultado de centrar y recentrar de forma intencional la atención en las sensaciones, pensamientos y sentimientos a medida que tienen lugar, momento a momento (Williams *et al.*, 2007). La conciencia plena puede conceptualizarse tanto como una disposición duradera como un estado fluctuante. Ambos pueden mejorarse mediante la práctica de meditación formal e informal. Bishop *et al.* (2004) describieron dos componentes principales en la conciencia plena: un componente de autorregulación de la atención, que implica que la atención se dirija al momento presente y una orientación particular caracterizada por curiosidad, apertura y aceptación. De estos dos, el componente de atención es posiblemente el que más atención ha recibido en la medición del constructo de conciencia plena. De esta manera, el rasgo de conciencia plena ha sido definido como un estado inherente de conciencia que varía inter e intra-individualmente y que se caracteriza por la presencia de atención o conciencia de lo que está sucediendo en la experiencia actual (Brown y Ryan, 2003).

Diversos estudios han mostrado que el rasgo de conciencia plena se asocia negativamente con síntomas psicológicos, como depresión, ansiedad, conducta antisocial y consumo de drogas (Black, Sussman, Johnson y Millan, 2012a, 2012b, 2012c; Heppner *et al.*, 2008; Jermann *et al.*, 2009; Lawlor, Schonert-Reichl, Gadermann y Zumbo, 2013; Marks, Sobanski y Hine, 2010; Smith *et al.*, 2011).

Asimismo, un número creciente de investigaciones muestran que el rasgo de conciencia plena se puede modificar a través de la práctica en meditación redundando en una mejora de los síntomas psicológicos mencionados (Evans et al., 2011; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante y Flinders, 2008).

Por todo ello, la medición del rasgo de conciencia plena es importante y se han desarrollado diversos instrumentos para su evaluación. Por ejemplo, Brown y Ryan (2003) desarrollaron la "Escala de atención y conciencia plena" (*Mindful Attention Awareness Scale*, MAAS) para evaluar el rasgo de conciencia plena. La MAAS permite una evaluación precisa del rasgo de conciencia plena en poblaciones sin experiencia previa en entrenamiento en meditación. Además, se orienta a los componentes de atención y aceptación del constructo de conciencia plena si bien no diferencia entre ambos (Bergomi et al., 2013). La MAAS es un instrumento que, a pesar de consistir en sólo 15 ítems, ha mostrado excelentes propiedades psicométricas en cuanto a consistencia interna, fiabilidad test-retest y estructura factorial (De Bruin, Zijlstra, Van de Weijer-Bergsma y Bögels, 2011). Además, cuenta con una adaptación al español que ha mostrado buenas propiedades en adultos (Soler et al., 2012). Sus puntuaciones se asocian con la práctica en meditación (Brisbon y Lowery, 2011) y correlacionan negativamente con numerosos problemas psicológicos (Black et al., 2012a, 2012b, 2012c; Jermann et al., 2009; Lawlor et al., 2013; Marks et al., 2010; Smith et al., 2011).

En la adolescencia tiene lugar un incremento de experiencias estresantes, las cuales resultan en un aumento dramático de numerosos problemas psicológicos, como la depresión, la conducta agresiva y el consumo de alcohol y drogas (Calvete y Orue, 2011; Esbjom, Hoeyer, Dyrborg, Leth y Kendall, 2010; Gámez-Guadix, Orue, Smith y Calvete, 2013). Recientemente, los programas que incorporan el entrenamiento en conciencia plena se han extendido a adolescentes para reducir muchos de estos problemas psicológicos (Biegel, Brown, Shapiro y Schubert, 2009; Lagor, Williams, Lerner y McClure, 2013; Lau y Hue, 2011; Tan y Martin, 2013). Esta extensión hace necesario contar con instrumentos de medida que evalúen el rasgo de conciencia plena en adolescentes. Con este fin, Brown, West, Loverich y Biegel (2011) desarrollaron la versión del MAAS para adolescentes (MAAS-A), que es prácticamente idéntica a la de adultos salvo en un ítem que hace referencia a la experiencia de conducir un coche, el cual ha sido eliminado de la versión para adolescentes.

La MAAS-A ya ha sido adaptada a adolescentes de diversos países (Black et al., 2012a; De Bruin et al., 2011) y la versión de adultos ya ha sido evaluada en población española (Soler et al., 2012). El objetivo de este estudio fue estudiar las propiedades de la versión española de la "Escala de atención y conciencia plena para adolescentes" (*Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents*, MAAS-A). De forma concreta, se analizó su estructura factorial y su relación con síntomas de depresión, conducta antisocial, ira, consumo de drogas y dificultades en el autocontrol y, por último, se evaluó si las puntuaciones en la MAAS-A diferenciarían a adolescentes con y sin sintomatología depresiva.

Método

Participantes

La muestra consistió en 1.215 adolescentes (597 chicas y 618 chicos) procedentes de 20 centros escolares de Bizkaia seleccionados mediante muestreo incidental. Los adolescentes tenían entre 14 y 18 años, con una edad media de 15,38 ($DT= 0,90$). La edad media fue similar en chicas y chicos: $M= 15,43$; $DT= 0,90$ vs. $M= 15,36$; $DT= 0,88$, en chicas y chicos respectivamente, $F(1, 1214)= 3,49$; $p= 0,062$. La tabla 1 muestra un resumen de la distribución de la muestra según sexo y edad. No hubo diferencias en la distribución de edades entre chicas y chicos, $\chi^2(2, N= 1215)= 2,96$; $p= 0,23$; $\phi= 0,05$. El nivel socioeconómico fue determinado a partir del nivel de estudios y de las profesiones parentales según los criterios del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2000). La distribución de niveles fue la siguiente: 14,7% nivel bajo; 18,7% nivel bajo medio; 31,5% nivel medio; 29,2% nivel medio alto y 5,9% nivel alto.

Tabla 1
Distribución de los participantes por edades y sexo

Edad (años)	Chicas		Chicos		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
13-14	200	33,6	237	38,3	437	36,0
15-16	378	63,5	364	58,9	742	61,2
17-18	17	2,9	17	2,8	34	2,8

Instrumentos

- La "Escala de atención y conciencia plena para adolescentes" (*Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents*, MAAS-A; Brown, West et al., 2011) consiste en 14 ítems que miden el rasgo de conciencia plena. Mide la frecuencia de la atención abierta y receptiva los acontecimientos y experiencias que tienen lugar. Las respuestas oscilan entre 1 (*casi nunca*) y 6 (*casi siempre*) por lo que el rango de puntuación total oscila entre 14 y 84. Las puntuaciones de los ítems se recodificaron de modo que las puntuaciones más altas representaran un mayor grado de conciencia plena. Los ítems están redactados de manera que reflejan falta de conciencia plena. Algunos ejemplos de ítems son: "*Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que experimento durante el camino*" y "*Hago trabajos o tareas de forma automática, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo*". En el estudio de adaptación de la MAAS a adolescentes los autores encontraron una solución de un único factor que explicaba el 32,52% de la

varianza en una muestra de adolescentes de la comunidad (Brown, West *et al.*, 2011). Las saturaciones factoriales oscilaron entre 0,28 y 0,76 y el alfa de Cronbach osciló entre 0,82 y 0,84. En el mismo estudio encontraron que una muestra de pacientes psiquiátricos adolescentes (14-18 años), que recibían entrenamiento en conciencia plena, aumentaba sus puntuaciones en la MAAS-A. La MAAS-A ha sido también adaptada al holandés (De Bruin *et al.*, 2011) y al chino (Black *et al.*, 2012a) con buenas propiedades psicométricas y confirmación de una estructura unidimensional. Para el presente estudio utilizamos la traducción al español de los ítems realizada por Soler *et al.* (2012). En su estudio con muestras clínicas y no clínicas de adultos obtuvieron evidencia para una estructura unidimensional a partir de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios.

- La "Escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies-Depression*; CES-D, Radloff, 1977) fue utilizada para medir los síntomas de depresión. Esta escala consiste en 20 afirmaciones que deben evaluarse en una escala de cuatro puntos (0= *nunca o rara vez*, 3= *siempre o la mayor parte del tiempo*) con un rango entre 0 y 60. Estudios previos con la versión en español han confirmado su estructura factorial (Calvete y Cardeñoso, 1999). Puntuaciones entre 16 y 22 indican un estado de ánimo depresivo leve, puntuaciones entre 23 y 27 indican un estado de ánimo depresivo moderado y puntuaciones iguales o superiores a 28 indican un estado de ánimo depresivo grave consistente con un trastorno depresivo mayor (Radloff, 1991). En este estudio el alfa de Cronbach fue de 0,90.
- La subescala de Ruptura de normas del "Autoinforme para jóvenes" (*Youth Self-Report*; YSR, Achenbach, 1991) fue utilizada para evaluar la conducta antisocial. La subescala de Ruptura de normas consta de 15 ítems que evalúan conductas tales como robar, vandalismo, pelearse o mentir. Los ítems se responden con un formato de respuesta de 0 (*no me pasa*), 1 (*me pasa a veces*) y 2 (*me pasa frecuentemente*). El rango de valores oscila entre 0 y 30. El alfa de Cronbach fue 0,80 para esta subescala. La YSR ha mostrado excelente fiabilidad y validez y discrimina entre adolescentes remitidos y no remitidos a centros de salud mental. La versión en español del YSR ha mostrado propiedades psicométricas satisfactorias en muestras de adolescentes españoles (Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002).
- La subescala de Ira rasgo del "Inventario de estado y rasgo de expresión de la ira" (*State-Trait Anger Expression Inventory*; STAXI-2; Spielberger, 1999) en su versión en español de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2001) fue utilizada para evaluar el rasgo de ira. Esta subescala consiste en 10 ítems que deben contestarse con un formato de respuesta tipo Likert de 1 (*no, en absoluto*) a 4 (*mucho*), con un rango para la puntuación total entre 10 y 40

puntos. La adaptación al español del inventario STAXI-2 ha mostrado excelentes propiedades psicométricas (Miguel-Tobal *et al.*, 2001). El alfa de Cronbach para la subescala de Ira fue de 0,81.

- El “Inventario de consumo de drogas en adolescentes” (Calvete y Estévez, 2009) se utilizó para evaluar el consumo de sustancias. Este inventario está basado en el cuestionario desarrollado por Wills, Sandy, Yaeger, Cleary y Shinar (2001) y ha sido empleado en otros estudios con buenas propiedades psicométricas (Gámez-Guadix *et al.*, 2013). Los adolescentes tienen que indicar con qué frecuencia consumen siete sustancias (alcohol, marihuana, cocaína, speed, LSD, éxtasis, hachís) en una escala tipo Likert: 1 (*nunca*), 2 (*una o dos veces en el último año*), 3 (*cuatro o cinco veces en el último año*), 4 (*unas pocas veces al mes*), 5 (*unas pocas veces a la semana*) y 6 (*diariamente*). Las puntuaciones oscilan entre 7 y 42. El alfa de Cronbach fue de 0,72.
- La subescala de Bajo autocontrol del “Cuestionario de esquemas de Young-3” (*Young Schema Questionnaire-3*, YSQ-3; Young, 2006) se utilizó para evaluar el Bajo autocontrol. Esta subescala tiene 5 ítems que reflejan la dificultad para controlar las propias emociones, limitar la expresión excesiva de las mismas y controlar los impulsos así como la escasa disciplina empleada para alcanzar los objetivos (p. ej., “*Lo paso mal cuando tengo que aguantarme y esperar mucho tiempo para conseguir algo que me apetece*”). Cada ítem se evalúa con una escala tipo Likert de 6 puntos de 1 (*completamente falso*) a 6 (*me describe perfectamente*). El YSQ-3 ha sido adaptado al español con excelente confirmación de su estructura factorial (Calvete, Orue y González-Diez, 2013). Las puntuaciones oscilan entre 5 y 30 puntos. El alfa de Cronbach fue de 0,68 para la subescala de bajo autocontrol.

Procedimiento

El Comité de Ética de la Universidad de Deusto aprobó la realización del estudio. Se pidió permiso a los progenitores de los adolescentes para participar en el estudio a través de los responsables de los centros escolares y se recogió un consentimiento pasivo. Ningún padre ni adolescente se negó a participar. Las aplicaciones se realizaron en el aula y duraron entre 45 y 60 minutos. Se pidieron datos sociodemográficos como la edad y el sexo pero ningún dato que pudiera identificar al adolescente. El orden de las pruebas fue en todos los casos: ira rasgo, bajo autocontrol, conciencia plena, consumo de alcohol y drogas, depresión y conducta antisocial. Las respuestas fueron voluntarias y anónimas. Se utilizaron cuestionarios adaptados al sexo para evitar un uso sexista del lenguaje.

Análisis de datos

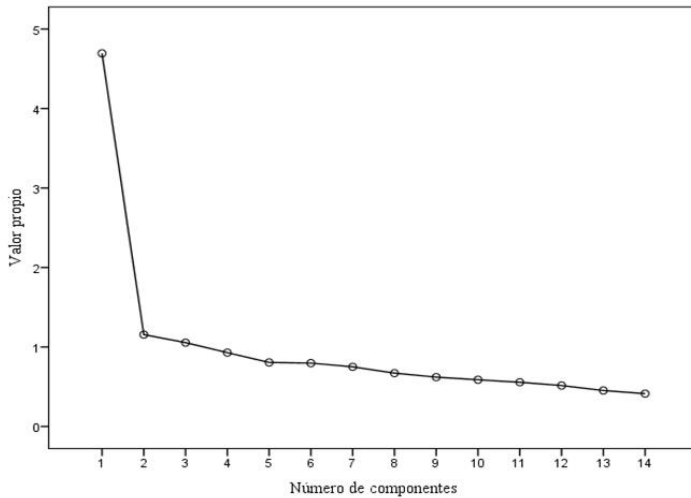
Mientras que el análisis factorial exploratorio permite explorar el número de factores y su composición desde una perspectiva empírica, por lo que es adecuado cuando no hay hipótesis previa sobre la estructura del constructo, el análisis factorial confirmatorio evalúa la adecuación de un modelo teórico, por lo que es recomendable cuando se trata de confirmar un modelo preestablecido. En este estudio con el fin de comparar los resultados con los obtenidos en adultos en la adaptación al español realizada por Soler y colaboradores (2012) y con los obtenidos en muestras de adolescentes de otros países optamos por utilizar ambas aproximaciones para estudiar la estructura factorial de la MAAS-A. Los análisis previos mostraron que la distribución multivariada de los ítems de la MAAS-A no era normal (asimetría= 34,41; $p < 0,001$; curtosis= 23,98; $p < 0,001$). Por este motivo, los parámetros para el análisis factorial confirmatorio se estimaron utilizando las matrices policórica y de covarianza asintótica de los ítems de la MAAS-A. El modelo teórico se probó con el método de mínimos cuadrados ponderados con LISREL 8.80 (Jöreskog y Sörbom, 2006). Se utilizaron la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de ajuste no normativo (NNFI) y la raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR) para evaluar la bondad de ajuste del modelo. Según diversos autores (Hu y Bentler, 1999), valores del CFI y NNFI mayores que 0,90, valores del RMSEA menores que 0,06 y valores de SRMR menores de 0,08 reflejan un buen ajuste. Además, se estudió la validez convergente obteniendo la relación entre el rasgo de conciencia plena y las puntuaciones en depresión, conducta antisocial, ira, consumo de alcohol y drogas y bajo autocontrol. Finalmente, se evaluaron las diferencias de sexo en conciencia plena. Estos análisis se realizaron a través del programa estadístico SPSS 21.

Resultados

Se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales en una submuestra de 595 adolescentes (284 chicas y 311 chicos) elegida aleatoriamente de la muestra total. La medida de adecuación muestral de Kaiser fue de 0,90. La inspección de los valores propios y del gráfico de sedimentación (figura 1) sugirió una estructura unidimensional con un primer factor que explicaba el 33,59% de la varianza de los datos. A continuación se realizó un análisis factorial confirmatorio con LISREL 8 con el método de mínimos cuadrados ponderados con la otra submuestra aleatoria (313 chicas y 307 chicos). La solución unidimensional mostró buen ajuste, $\chi^2(77, n= 620)= 190$; RMSEA= 0,052 (IC 90%: 0,043-0,061); $p= 0,36$; CFI= 0,93; NNFI= 0,92; SRMR= 0,007. Todas las saturaciones factoriales fueron significativas y oscilaron entre 0,62 y 0,84 (tabla 2). El alfa de Cronbach fue de 0,85.

Figura 1

Gráfico de sedimentación para el análisis de componentes principales de la MAAS-A

**Tabla 2**

Saturaciones factoriales de los ítems resultantes del análisis factorial confirmatorio

Ítems	Saturación factorial
1. Yo podría estar experimentando alguna emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde	0,70
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no prestar atención o por estar pensando en otra cosa	0,64
3. Encuentro difícil estar centrada en lo que está pasando en el presente	0,82
4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que experimento durante el camino	0,62
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión o incomodidad física, hasta que realmente captan mi atención	0,68
6. Me olvido del nombre de una persona casi tan pronto me lo dicen por primera vez	0,62
7. Parece como si funcionara con "piloto automático" sin mucha consciencia de lo que estoy haciendo	0,80
8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atenta a ellas	0,79
9. Me concentro tanto en el objetivo que quiero lograr que pierdo contacto con lo que estoy haciendo en el momento para lograrlo	0,76
10. Hago trabajos o tareas de forma automática, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo	0,73
11. Me encuentro a mí misma escuchando a alguien con una oreja mientras hago otra cosa al mismo tiempo	0,68
12. Me encuentro preocupada por el futuro o el pasado	0,67
13. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención	0,84
14. Picoteo sin ser consciente de que estoy comiendo	0,67

Nota. Los ítems corresponden a la versión para chicas.

Se obtuvieron los coeficientes de correlación entre la puntuación en la MAAS-A y el resto de variables, empleando el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente Rho de Spearman, para las variables con distribución normal y no normal, respectivamente. Tal y como muestra la tabla 3, el rasgo de conciencia plena se asoció negativamente con depresión, conducta antisocial, ira, consumo de alcohol y drogas y bajo autocontrol. La correlaciones entre conciencia plena y depresión, conducta antisocial y bajo autocontrol representaron un tamaño del efecto medio (0,30-0,50), mientras que la asociaciones con consumo de alcohol y drogas e ira representaron un tamaño del efecto pequeño (0-0,30). La tabla 3 muestra también los estadísticos descriptivos y de distribución de todas las variables, que siguen una distribución normal salvo en el caso de conducta antisocial y consumo de alcohol y drogas.

Tabla 3

Correlaciones entre conciencia plena ("mindfulness"), depresión, conducta disocial, ira, bajo autocontrol y consumo de alcohol y drogas

	1	2	3	4	5	M	DT	Rango	Asimetría	Curiosis
1. Conciencia plena ("mindfulness")	1					62,59	12	14-84	-0,55	0,47
2. Síntomas de depresión	-0,42**	1				16,17	10,76	0-54	1,03	0,71
3. Conducta antisocial	-0,30**	0,24**	1			2,68	3,20	0-21	2,01	6,06
4. Ira rasgo	-0,21**	0,18**	0,14**	1		33,47	10,56	10-30	-0,02	0,07
5. Consumo de alcohol y drogas	-0,21**	0,15**	0,34**	0,06	1	3,19	3,61	0-35	2,48	10,52
6. Bajo autocontrol	-0,24**	0,27**	0,25**	0,26**	0,16**	12,60	4,73	6-30	0,57	0,47

Notas. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$. Para la relación entre variables se utilizó el coeficiente de correlación r de Pearson cuando las variables del estudio cumplían la normalidad y el coeficiente Rho de Spearman cuando no se daba dicha condición.

Se realizaron análisis adicionales con las puntuaciones en el CES-D. Según estas puntuaciones, el 18% de los adolescentes mostraron síntomas ligeros, 8% síntomas moderados y 15% síntomas graves de estado de ánimo depresivo. Se examinaron diferencias en la MAAS-A entre los cuatro grupos resultantes según sus puntuaciones en el CES-D. La prueba de Levene mostró que podía asumirse la homogeneidad de la varianza en los cuatro grupos para la variable conciencia plena ($p = 0,07$). El ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativos, $F(3, 1211) = 64$; $p < 0,001$. Los análisis *post hoc* (método de Tukey) mostraron que el grupo de síntomas graves puntuaba significativamente más alto que los otros tres grupos y que el grupo sin síntomas puntuaba más bajo que los otros tres (valores de p entre 0,018 y 0,001). La tabla 4 muestra las medias y DT para los cuatro grupos.

Tabla 4

Medias y desviaciones típicas en la "Escala de atención y conciencia plena para adolescentes" (MAAS-A) para grupos de adolescentes según sus puntuaciones en síntomas de depresión

Nivel de los síntomas	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Bajo	702	65,90	10,60
Leve	220	61,30	11,34
Moderado	97	58,10	12,37
Grave	189	54,02	12,15

Finalmente se compararon las puntuaciones en la MAAS-A entre chicos y chicas. La prueba de Levene mostró que podía asumirse la homogeneidad de la varianza en ambos grupos para la variable conciencia plena ($p= 0,36$). Los chicos puntuaron ligeramente más alto que las chicas en conciencia plena ($M= 63,43$; $DT= 12,24$ vs. $M= 61,71$; $DT= 11,66$; $t(n= 1215)= 2,50$; $p= 0,012$). La diferencia de medias representó un tamaño del efecto pequeño ($d= 0,14$).

Discusión

Dado el creciente interés por disponer de instrumentos de medida de la conciencia plena en adolescentes, el presente estudio evaluó las propiedades psicométricas de la versión española de la "Escala de atención y conciencia plena para adolescentes" (*Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents*, MAAS-A). Los resultados muestran que la MAAS-A funciona adecuadamente con este colectivo. Sus ítems se explican con un solo factor, al igual que se ha encontrado con adultos (Brown y Ryan, 2003; Jermann *et al.*, 2009; Soler *et al.*, 2012) y con adolescentes de otras culturas (Black *et al.*, 2012a; Brown, West *et al.*, 2011; De Bruin *et al.*, 2011; Lawlor *et al.*, 2013). El único factor explica el 33,59% de la varianza, lo cual es algo más bajo que el 42,8% encontrado por Soler *et al.* (2012) pero altamente consistente con el 32,52% obtenido en el estudio de validación de la versión original (Brown, West *et al.*, 2011). Las saturaciones factoriales de los ítems fueron mejores que las obtenidas en el estudio de Brown, West *et al.* (2011). La consistencia interna de la MAAS-A fue 0,85, lo cual se sitúa dentro del rango encontrado en dichos estudios previos (De Bruin *et al.*, 2011; Soler *et al.*, 2012).

Las puntuaciones en la MAAS-A correlacionaron significativamente con menos síntomas de depresión. Este resultado es similar al hallado en numerosos estudios previos (Greco *et al.*, 2011; Marks *et al.*, 2010). Más aún, en este estudio los adolescentes que mostraban puntuaciones indicadoras de estado de ánimo depresivo grave puntuaron más bajo en conciencia plena que los adolescentes en otras categorías de estado de ánimo depresivo. También los adolescentes con síntomas ligeros y moderados de depresión puntuaron más bajo en la MAAS-A que los adolescentes sin síntomas. De esta manera los resultados apoyan la asociación entre conciencia plena y depresión y son consistentes con los buenos resultados obtenidos mediante el uso de entrenamiento en conciencia plena con el

fin de prevención y reducción de la depresión (Lau y Hue, 2011; Raes, Griffith, Gucht y Williams, 2013). Además, el hecho de que en muestra no clínica de adolescentes el rasgo de conciencia plena se asocie negativamente con síntomas de depresión apoya la aplicación del constructo a población general.

El rasgo de conciencia plena también se asoció con menores puntuaciones en conducta antisocial e ira. Aunque el estudio de su papel en estos problemas ha recibido menos atención en la investigación previa (véase para excepciones, Heppner *et al.*, 2008; Himelstein, Hastings, Shapiro y Heery, 2012; Singh *et al.*, 2011), los resultados indican que el entrenamiento en conciencia plena puede beneficiar también a las personas con problemas de agresividad. Además, estos resultados están relacionados con la asociación encontrada entre el rasgo de conciencia plena y el autocontrol. Por ejemplo, Himelstein *et al.* (2012) aplicaron conscientemente el entrenamiento en meditación a un grupo de adolescentes en centros de reforma para jóvenes delincuentes. El grupo que recibió entrenamiento en meditación obtuvo puntuaciones más altas en autocontrol. Esto sugiere que uno de los mecanismos a través de los cuales la conciencia plena influye en la conducta antisocial es mejorando la capacidad de autocontrol y autorregulación de los adolescentes, aspecto que está asociado a numerosas modalidades de conducta agresiva (Marsee y Frick, 2007; Orobio de Castro, Merk, Koops, Veerman y Bosch, 2005).

Lo anterior explicaría también la asociación negativa entre conciencia plena y consumo de alcohol y drogas. Interesantemente, Dakwar, Mariani y Levin (2011) encontraron que las medias de la MAAS de quienes consumían drogas eran inferiores a las del resto de la población y que, en concreto, los consumidores de múltiples drogas tenían puntuaciones inferiores que los consumidores de una única droga. Además, en un grupo de personas encarceladas aquellos que practicaron meditación redujeron su consumo más que aquellos que siguieron el tratamiento habitual (Bowen, Witkiewitz, Dillworth y Marlatt, 2007) por lo que la utilidad del entrenamiento en conciencia plena (*mindfulness*) se puede extender a este tipo de problemas.

En este estudio los chicos puntuaron ligeramente más alto que las chicas en rasgo de conciencia plena al igual que encontraron Brown, West *et al.* (2011). Este resultado debería ser evaluado con cautela ya que representó un pequeño efecto y ya que la mayoría de los estudios previos no han encontrado diferencias de sexo en el rasgo de conciencia plena (De Bruin *et al.*, 2011; Greco *et al.*, 2011).

Este estudio tiene algunas limitaciones, las cuales representan retos para estudios futuros. Una de las limitaciones es la naturaleza transversal del diseño, la cual impide establecer relaciones predictivas entre las variables. Futuros estudios deberían evaluar en qué medida el rasgo de conciencia plena predice una menor aparición de problemas emocionales y conductuales a lo largo del tiempo. Otra limitación del estudio es que está basado en una muestra de la comunidad. No obstante, el estudio de la asociación entre conciencia plena y medidas de síntomas tales como depresión es también importante porque diversos estudios han mostrado que los adolescentes con síntomas de depresión están en mayor riesgo de experimentar posteriormente depresión mayor en la vida (p. ej., Fergusson, Horwood, Ridder y Beautrais, 2005; Pine, Cohen, Cohen y Brook, 1999).

En conclusión, los datos obtenidos en esta muestra de adolescentes apoyan la adecuación de la MAAS-A. La confirmación de su estructura y el perfil de asociaciones con diversos problemas psicológicos de los adolescentes son consistentes con la conceptualización del rasgo de conciencia plena como un rasgo inherente de las personas, que puede darse en menor o mayor medida, lejos de ser un rasgo vinculado exclusivamente a la práctica de conciencia plena (*mindfulness*) (Brown, Ryan *et al.*, 2011).

Referencias

- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profiles*. Burlington, VT: Universidad de Vermont.
- Baer, R. A., Walsh, E. y Lykins, E. L. B. (2009). Assessment of mindfulness. En F. Didonna (dir.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 153-168). Nueva York: Springer.
- Bergomi, C., Tschacher, W. y Kupper, Z. (2013). The assessment of mindfulness with self-report measures: existing scales and open issues. *Mindfulness*, 4, 191-202.
- Biegel, G. M., Brown, K., Shapiro, S. L. y Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 855-866.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Black, D. S., Sussman, S., Johnson, C. A. y Milam, J. (2012a). Psychometric assessment of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) among Chinese adolescents. *Assessment*, 19, 42-52.
- Black, D. S., Sussman, S., Johnson, C. A. y Milam, J. (2012b). Testing the indirect effect of trait mindfulness on adolescent cigarette smoking through negative affect and perceived stress mediators. *Journal of Substance Use*, 17, 417-429.
- Black, D. S., Sussman, S., Johnson, C. A. y Milam, J. (2012c). Trait mindfulness helps shield decision-making from translating into health-risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 51, 588-592.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M. y Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 32, 2324-2328.
- Brisbon, N. M. y Lowery, G. A. (2011). Mindfulness and levels of stress: a comparison of beginner and advanced Hatha Yoga practitioners. *Journal of Religion and Health*, 50, 931-941.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., Loverich, T.M., Biegel, G.M. y West, A.M. (2011). Out of the armchair and into the streets: measuring mindfulness advances knowledge and improves interventions: reply to Grossman (2011). *Psychological Assessment*, 23, 1041-1046.
- Brown, K.W., West, A. M., Loverich, T. M. y Biegel, G. M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: validation of an adapted mindful attention awareness scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23, 1023-1033.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15, 179-190.

- Calvete, E. y Estevez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, *21*, 49-56.
- Calvete, E. y Orue, I. (2011). The impact of violence exposure on aggressive behavior through social information processing in adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, *81*, 38-50.
- Calvete, E., Orue, I. y González-Díez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, *29*, 283-290.
- Dakwar, E., Mariani, J. P. y Levin, F. R. (2011). Mindfulness impairments in individuals seeking treatment for substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *37*, 165-169.
- De Bruin, E. I., Zijlstra, B. J., Van de Weijer-Bergsma, E. y Bögels, S. M. (2011). The Mindful Attention Awareness Scale for Adolescents (MAAS-A): psychometric properties in a Dutch sample. *Mindfulness*, *2*, 201-211.
- De la Fuente Arias, M., Salvador Granados, M. y Franco Justo, C. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en la autoestima y la inteligencia emocional percibidas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *18*, 297-315.
- Delgado, L.C., Bravo, I., Hidalgo, A., Vila, J. y Reyes del Paso, G. (2012). Efecto diferencial de una intervención breve basada en la conciencia plena (mindfulness) y valores en las dimensiones del dolor crónico en espondilitis y artritis. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *20*, 681-697.
- Evans, S., Ferrando, S., Carr, C. y Haglin, D. (2011). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) and distress in a community-based sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*, 553-558.
- Esbjörn, B. H., Hoeyer, M., Dyrborg, J., Leth, I. y Kendall, P. C. (2010). Prevalence and comorbidity among anxiety disorders in a national cohort of psychiatrically referred children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 866-872.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. y Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 66-72.
- Gamez-Guadix, M., Orue, I., Smith, P. K. y Calvete, E. (2013). Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use, and problematic internet use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *53*, 446-452.
- Greco, L. A., Baer, R. A. y Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, *23*, 606-614.
- Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B. y Waldman, I. (2005). Is youth depressive disorder best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 96-110.
- Hepner, W. L., Kernis, M. H., Lakey, C. E., Campbell, W. K., Goldman, B. M., Davis, P. J. y Cascio, E. V. (2008). Mindfulness as a means of reducing aggressive behavior: dispositional and situational evidence. *Aggressive Behavior*, *34*, 486-496.
- Himelstein, S., Hastings, A., Shapiro, S. y Heery, M. (2012). A qualitative investigation of the experience of a mindfulness-based intervention with incarcerated adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, *17*, 231-237.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 169-183.

- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Jermann, F., Larøi, F., Bondolfi, G., Billieux, J., d'Argembeau, A. y Zermatten, A. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, 21, 506-514.
- Johnson, N. (2007). Self-report measures of mindfulness: a review of the literature. *School of Professional Psychology*, 6.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (2006). LISREL 8.8 [computer software]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Dell Publishing.
- Lagor, A. F., Williams, D., Lerner, J. y McClure, K. S. (2013). Lessons learned from a mindfulness-based intervention with chronically ill youth. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 1, 146-158.
- Lau, N. y Hue, M. (2011). Preliminary outcomes of a mindfulness-based programme for Hong Kong adolescents in schools: well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality*, 16, 315-330.
- Lawlor, M. S., Schonert-Reichl, K. A., Gadermann, A. M. y Zumbo, B. D. (2013). A validation study of the Mindful Attention Awareness Scale adapted for children. *Mindfulness*, 4, 1-12.
- Lemos, S., Vallejo, G. y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self Report. *Psicothema*, 14, 816-822.
- Marks, A. D. G., Sobanski, D. J. y Hine, D. W. (2010). Do dispositional rumination and/or mindfulness moderate the relationship between life hassles and psychological dysfunction in adolescents? *Australian and New Zealand Journal of Psychology*, 44, 831-838.
- MacKillop, J. y Anderson, E. J. (2007). Further psychometric validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 289-293.
- Marsee, M. A. y Frick, P. J. (2007). Exploring the cognitive and emotional correlates to proactive and reactive aggression in a sample of detained girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 969-981.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo. STAXI-2*. Madrid: TEA.
- Orobio de Castro, B., Merk, W., Koops, W., Veerman, J. W. y Bosch, J. D. (2005). Emotions in social information processing and their relations with reactive and proactive aggression in referred aggressive boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 105-116.
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P. y Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *The American Journal of Psychiatry*, 156, 133-135.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Radloff, L. S. (1991). The use of the center for epidemiologic studies depression scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 149-166.
- Raes, F., Griffith, J. W., Gucht, K. y Williams, J. G. (2013). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: a cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 1-10.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G. y Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 840-862.

- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Manikam, R., Winton, A. W., Singh, A. A., Singh, J. y Singh, A. A. (2011). A mindfulness-based strategy for self-management of aggressive behavior in adolescents with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1153-1158.
- Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., Wiggins, K. T., Yeater, E. A., Montoya, J. D. y Bernard, M.L. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 613-617.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 18-25.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2: STAXI-2*. Lutz, FL: PAR, Psychological Assessment Resources.
- Tan, L. y Martin, G. (2013). Taming the adolescent mind: preliminary report of a mindfulness-based psychological intervention for adolescents with clinical heterogeneous mental health diagnoses. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(2), 300-312.
- Vallejo Pareja, M. A. (2006). Mindfulness (presencia reflexiva y atenta). *Psicología Conductual*, 14, 433-451.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, A. y Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression*. Nueva York: Guilford.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A. M., Cleary, S. D. y Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: a latent growth analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 309-323.
- Young, J. E. (2006). *Young Schema Questionnaire-3*. Nueva York: Cognitive Therapy Center.

RECIBIDO: 5 de febrero de 2014

ACEPTADO: 1 de mayo de 2014