



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Medicina

Departamento de Estudios Avanzados

Maestría en Ciencias de la Salud

**“Efecto de la espiritualidad y atención plena (mindfulness)
sobre los síntomas de depresión e ideación suicida en
estudiantes adolescentes”**

TESIS

Que para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de la Salud

Presenta:

Lic. Psic. Axel Omar Ramírez Garduño

Comité de Tutores

Directora: Dra. C. S. Marcela Veytia López

Co-directora: Dra. C. Soc. Rosalinda Guadarrama

Guadarrama

Asesora: Dra. Psic. y S. Jennifer Lira Mandujano

Aviso de autoría

Yo, **Axel Omar Ramírez Garduño**, autor responsable de la presente **Tesis**, la cual lleva como título “Efecto de la espiritualidad y atención plena (mindfulness) sobre los síntomas de depresión e ideación suicida en estudiantes adolescentes”, y en representación de los coautores:

- a) **Dra. en C. S. Marcela Veytia López,**
- b) **Dra. en C. Soc. Rosalinda Guadarrama Guadarrama, y**
- c) **Dra. en Psic. y S. Jennifer Lira Mandujano,**

declaro que la información presentada en este documento es resultado de un protocolo de investigación del cual soy representante, y por tanto me responsabilizo legalmente por el contenido en caso de plagio, deslindando de toda responsabilidad a la Universidad Autónoma del Estado de México.

Índice

	Resumen	4
	<i>Summary</i>	5
1.	Antecedentes	6
	1.1. Depresión	6
	1.2. Ideación Suicida	7
	1.3. Atención Plena (<i>Mindfulness</i>)	9
	1.4. Espiritualidad	11
2.	Planteamiento del Problema	13
3.	Hipótesis	15
4.	Objetivos	16
5.	Justificación	17
6.	Material y Métodos	19
	6.1. Diseño de estudio	19
	6.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	19
	6.3. Procedimientos	20
	6.4. Instrumentos	21
	6.5. Variables de Estudio	23
	6.6. Implicaciones Bioéticas	29
	6.7. Recolección de Datos	29
	6.8. Análisis Estadísticos	30
7.	Referencias Bibliográficas	31
8.	Anexos	39
	8.1. Anexo I: Ficha Sociodemográfica	39
	8.2. Anexo II: Carta de Asentimiento Informado (Alumno)	40
	8.3. Anexo III: Carta de Consentimiento Informado (Padres de Familia / Tutor)	41
	8.4. Anexo IV: Escala de Ideación Suicida de Beck (BSSI)	42
	8.5. Anexo V: Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D)	44
	8.6. Anexo VI: Escala de Consciencia de Atención Plena (MAAS)	46
	8.7. Anexo VII: Cuestionario de Espiritualidad de Parsian y Dunning (SQ)	47
	8.8. Carta de Envío del Artículo	49
	8.9. Resumen del Artículo	50

Resumen:

La depresión es un trastorno psicológico prevalente del estado de ánimo, y actualmente un problema de salud pública. En México, aproximadamente el 10% de los adolescentes han presentado síntomas de depresión. En sus manifestaciones más severas, la depresión a menudo predice la aparición de ideación suicida. El suicidio es la segunda causa de muerte en adultos jóvenes y adolescentes a nivel nacional (México) y global; ambos fenómenos tienen una alta comorbilidad con los trastornos por abuso de sustancias. Por otro lado, estudios sobre el *mindfulness* y la espiritualidad han demostrado un impacto positivo en la salud mental, no obstante, la evidencia en México es limitada. En este estudio se propuso evaluar las relaciones predictivas de la espiritualidad y *mindfulness* sobre síntomas de depresión e ideación suicida en adolescentes, describir las relaciones con el consumo de sustancias, realizar comparaciones por sexo, y calcular los tamaños de efecto. Se recolectaron datos de 433 estudiantes con edades entre 14 y 19. Se requirió del consentimiento y asentimiento informado del alumno y padres de familia. Las mediciones se realizaron por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSSI), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R), la Escala de Atención Plena (MAAS) y el Cuestionario de Espiritualidad (SQ) en sus versiones adaptadas a la población. Se analizaron las correlaciones estadísticas entre las variables; las pruebas de diferencias en medias, rangos y frecuencias se usaron para la comparación por grupos. Se crearon modelos de regresión lineal múltiple y logística para examinar los niveles predictivos en las variables dependientes. Las puntuaciones en MAAS y SQ se correlacionaron negativamente con las de CES-D-R, BSSI, y con el consumo de sustancias con una magnitud moderada. Estas relaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0.01$). Las puntuaciones en MAAS y SQ explicaron el 53.1% de la varianza total del CES-D-R; las puntuaciones en CES-D-R fueron el único predictor significativo de BSSI, explicando un 31.7% (R^2 Ajustado = .317) de la varianza total, con un tamaño del efecto grande ($f^2 = .046$). Estos modelos fueron estadísticamente significativos. Se hallaron diferencias significativas por sexo en CES-D-R, BSSI y MAAS, pero no en SQ, ni con respecto al consumo de sustancias ($p > 0.05$). Las mujeres tuvieron puntuaciones y frecuencias significativamente mayores en CES-D-R y BSSI que los varones, mientras que en MAAS el efecto fue inverso. Se hallaron diferencias significativas en MAAS y SQ con respecto al Grupo Religioso/Espiritual. Se concluye que el *mindfulness* y la espiritualidad son predictores para los síntomas de depresión y están inversamente relacionados entre sí, aunque sólo el *mindfulness* puede predecir intensidad de ideación suicida. La investigación en estos tópicos permite aclarar las perspectivas en salud mental, la cultura de la prevención y el tratamiento de la psicopatología en adolescentes mexicanos.

Summary:

Depression is a prevalent psychological mood disorder, and currently a public health problem. In Mexico, approximately 10% of adolescents have presented symptoms of depression. In its most severe manifestations, depression often predicts the onset of suicidal ideation. Suicide is the second leading cause of death in young adults and adolescents nationally (Mexico) and globally; both phenomena also have high comorbidity with substance abuse disorders. On the other hand, studies on mindfulness and spirituality have shown a positive impact on mental health, however the evidence in Mexico is scarce. This study aimed to evaluate the predictive relationships of spirituality and mindfulness on symptoms of depression and suicidal ideation, describe the relationships with substance use, make comparisons by sex, and calculate effect sizes. Data was collected from 433 students between the ages of 14 and 19. Informed consent the student and parents were required. Measurements were made using the Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI), the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D-R), the Mindfulness Awareness Attention Scale (MAAS) and the Spirituality Questionnaire (SQ) in their adapted versions to the population. Correlations between variables were analyzed; differences in means, ranges, and frequencies tests were used for comparison by groups. Logistic and multiple linear regression models were developed to evaluate the predictive levels in the dependent variables. MAAS and SQ scores were negatively correlated with CES-D-R, BSSI, and substance use with a moderate magnitude. These relationships were statistically significant ($p < 0.01$). MAAS and SQ scores explained 53.1% of the total variance of the CES-D-R; CES-D-R scores were the only significant predictor of BSSI, explaining 31.7% (Adjusted $R^2 = .317$) of the total variance, with a large effect size ($f^2 = .046$). These models were statistically significant. Significant differences by sex were found in CES-D-R, BSSI, and MAAS, but not in SQ, nor with respect to substance use ($p > 0.05$). Women had significantly higher scores on CES-D-R and BSSI compared to men, while in MAAS, the effect was inverse. Significant differences were also found in MAAS and SQ with respect to Religious/Spiritual group. It is concluded that mindfulness and spirituality are strong predictors for depression symptoms and are inversely related to each other, although only mindfulness can predict the intensity of suicidal ideation. Research on these topics illuminates the perspectives on mental health, the culture of prevention, and the treatment of psychopathology in Mexican adolescents.

1. Antecedentes:

1.1. Depresión

El trastorno depresivo mayor, depresión clínica, o simplemente depresión, es un tipo de trastorno psicológico que es englobado en los trastornos del estado de ánimo, está principalmente caracterizado por un ánimo depresivo crónico, anhedonia, falta de reactividad emocional, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, pérdida del apetito, fatiga, entre otros indicadores diagnósticos ¹. Este trastorno es la primera causa de discapacidad en el mundo ² y la cuarta en México ³, además mucho más prevalente en adolescentes ⁴.

Una buena parte de los modelos explicativos han hipotetizado sobre la etiología de los síntomas de depresión, y se han subrayado puntos esenciales desde diferentes disciplinas ⁵. Algunas de las consideraciones a nivel biológico incluyen la predisposición genética, el papel metabólico de hormonas sexuales y neurotransmisores del sistema nervioso, citocinas proinflamatorias, y el papel del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal ⁶, mientras que los enfoques psicosociales consideran el contexto social y ambiental, la historia clínica y familiar, la reactividad al estrés, los estilos de afrontamiento, y la comorbilidad con otros desórdenes trastornos ⁷. A lo largo de su desarrollo teórico y empírico, ambas hipótesis han tenido muy buena aceptación en las ciencias de la salud y actualmente estas hipótesis se complementan entre sí.

Recientemente, el modelo integrativo de Beck y Bredemeier ha hipotetizado que es la “*pérdida percibida de la inversión en un recurso vital*” ⁸ lo que podría desencadenar la aparición de sintomatología depresiva, cuando son rebasadas las capacidades de control del individuo, y considerando vértices importantes (pero no absolutamente necesarios), como los factores distales de vulnerabilidad, la reactividad al estrés, rasgos de la personalidad asociados con la sintomatología, estados afectivos negativos, y sistemas de creencias desadaptativos.

En el contexto internacional, la prevalencia de trastornos depresivos es de alrededor de 16% en América, que se encuentra por debajo de la zona del sureste de Asia con 27% y por arriba de la región europea con 12% de prevalencia ⁹. En cuanto a México, se ha mostrado que, a lo largo de la última década, la prevalencia de síntomas de depresión en adolescentes ha aumentado a casi un 10%, proporción que se incrementa cuando es considerado todo el espectro de los desórdenes del estado de ánimo ¹⁰. Particularmente en la zona de Toluca, Estado de México, se han reportado prevalencias de poco más de 17% en estudiantes de bachillerato ¹¹.

La depresión además es el trastorno con más comorbilidad dual, y la experiencia del trastorno es diferente en varones que en mujeres ¹². Las diferencias por sexo en adolescentes a partir de

los 12 años de edad son más notorias en el transcurso de esta etapa del desarrollo, estabilizándose en la edad adulta; estas diferencias se han intentado explicar por medio de factores endócrinos, la ejecución de roles de género predominantes en la sociedad y cultura, las respuestas ante estrés, la reactividad emocional, entre otros ^{13,14}.

Las mujeres presentan el doble de prevalencia en cualquiera de las modalidades del diagnóstico de la depresión, generalmente reportan síntomas más intensos, la rumiación y el llanto son más frecuentes o sintomatología es mayor; mientras que en varones, existe mayor presencia de agresividad e impulsividad, reflejada a menudo en la tendencia al abuso y comportamiento adictivo en sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, drogas), conductas de riesgo e irritabilidad ^{5,15,16}. En adolescentes mexicanos, estas diferencias son evidentes ^{10,17}. Adicionalmente, los trastornos por ansiedad y abuso de sustancias se encuentran estrechamente involucrados en la comorbilidad de la depresión, con marcadas diferencias entre sexos y una alta tasa de prevalencia en la población mexicana ¹⁸.

La población con sintomatología depresiva, además posee un riesgo aproximadamente cinco veces mayor de experimentar pensamientos sobre dañarse a sí mismo, o atentar contra su vida ¹⁹. Dentro del espectro de la conducta suicida, la ideación suicida es la primera que se manifiesta a causa de la severidad y cronicidad de los síntomas de depresión ²⁰.

1.2. Ideación Suicida

La ideación suicida, es un tipo de conducta suicida que se define como los pensamientos recurrentes sobre la consideración o planeación de atentar contra la propia vida ²¹. Está asociada con trastornos psicológicos y psiquiátricos, el abuso sexual en la infancia, baja autoestima, acoso escolar (*bullying*), entre otros ^{22,23}.

La ideación suicida es el tipo más común de conducta suicida, que puede o no preceder al intento, o la consumación del suicidio, por lo que el espectro de estos comportamientos se considera en ocasiones como un conjunto. La ideación suicida representa un fenómeno psicológico multifactorial y complejo debido a su naturaleza cognitiva, en el que intervienen elementos personales, familiares y contextuales ²⁴.

Algunos de los factores de riesgo para la conducta suicida, incluyen episodios de suicidio previos en la familia, consumo de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol, tabaco), comorbilidad con desórdenes psiquiátricos (*e.g.* trastornos de personalidad, por psicosis), entre

otros²⁰. Recientemente se han identificado factores de riesgo genéticos que podrían predisponer a un individuo a la ideación suicida²⁵.

El más reciente modelo cognitivo de la conducta suicida considera que existen factores situacionales y disposicionales que se hallan subyacentes en relación con los procesos cognitivos, y éstos además están asociados a perturbaciones psiquiátricas/psicológicas, de manera que su aumento en la intensidad, frecuencia y duración incrementarían la probabilidad de desencadenar un acto suicida, al rebasar el umbral de tolerancia al estrés del individuo. Pese a que se cree que no existen combinaciones de determinado tipo de vulnerabilidad que garanticen el comportamiento suicida en un individuo, existen ciertos aspectos particulares, como la impulsividad, estilos de pensamiento y afrontamiento desadaptativos, y rasgos de personalidad que contribuyen a la probabilidad de precipitación del acto con más facilidad²⁶

Las cifras de defunción por suicidio se han ido incrementando a lo largo de las últimas décadas, convirtiéndose en la segunda causa de muerte globalmente²⁷, y pese a que las cifras transnacionales varían por nivel de desarrollo y características sociodemográficas, los adolescentes son la población que más presenta comportamiento suicida, siendo quienes más recurren al acto consumado en edades de 15 a 29 años²⁸. Un estudio del ámbito internacional en diecisiete países de cuatro continentes estimó que poco más de un 9% de la población ha presentado ideación suicida, y las proporciones más altas se hallaron en adolescentes y adultos jóvenes²⁹.

De manera similar, en México la tasa de muertes por suicidio se ha incrementado desde hace cuatro décadas (en la actualidad, aproximadamente 5.2 muertes por suicidio por cada 100,000 habitantes), y los adolescentes y adultos mayores son quienes han presentado mayor prevalencia^{30,31}. Adicionalmente se ha encontrado que casi la mitad de los estudiantes adolescentes de nivel medio superior presentaban al menos un síntoma de ideación suicida³².

La investigación teórica y empírica ha discutido las diferencias de sexo en relación con la conducta suicida, su prevención, riesgo, dinámica, y tratamiento³³. Algunas de las diferencias en la naturaleza de la conducta suicida es la alta prevalencia de ideación suicida en mujeres, y la letalidad mayor en varones, en otras palabras, de las 10 personas que cometen suicidio, 8 de ellas son varones³¹. La probabilidad de experimentar cualquier tipo de conducta suicida incrementa significativamente si existe sintomatología depresiva o ansiosa, independientemente del sexo³⁴. Los estilos de afrontamiento saludables, la resiliencia y el apoyo social, juegan un papel importante en el momento de encarar o prevenir situaciones de

crisis psicológica generalizada relacionada con la ideación suicida, particularmente en adolescentes ³⁵.

El análisis funcional de la conducta, el esclarecimiento de las relaciones entre los factores personales - psicosociales, y el significado personal del comportamiento suicida, podría auxiliar en la comprensión y el tratamiento de los individuos con conductas suicidas ³⁶. Sin embargo, el estigma social en cuanto al comportamiento suicida ha sido una de las principales barreras para poder abordar no sólo este problema, sino también las perturbaciones concomitantes o subyacentes, como los trastornos afectivos, los trastornos por ansiedad y la adicción ^{10,37}.

Los enfoques psicológicos más recientes, cuyos lineamientos consideran todas las áreas de funcionamiento del individuo, así como sus determinantes ambientales e históricos y clínicos, como lo son las intervenciones psicológicas con *mindfulness* han tenido buena aceptación como alternativas prácticas ante distintas condiciones de salud mental, incluyendo la conducta suicida, y múltiples tipos de trastornos psicológicos ³⁸⁻⁴⁰.

1.3. Atención Plena (*Mindfulness*)

“Atención plena” es la traducción más cercana al término en inglés “*mindfulness*”, ya que no existe una traducción directa al idioma español, y se remonta a la meditación como componente fundamental de la tradición espiritual/religiosa budista. Como constructo teórico y aplicación práctica, se ha expandido vigorosamente a las ciencias de la salud, la psicología, y la cultura popular en los últimos años ⁴¹.

Desde la aparición del concepto en las publicaciones científicas, la definición de *mindfulness* más comúnmente citada es la de Kabat-Zinn, quien refiere que el *mindfulness* consiste en “*prestar atención de un modo particular: de manera deliberada, en el momento presente y sin emitir juicios*” ⁴². Sin embargo, lo largo del estudio y discusión sobre la operacionalización del término para su medición científica, ha permitido integrar diferentes puntos de vista en función de tener un mejor entendimiento para su investigación y aplicación práctica. En este sentido, Bishop y sus colaboradores han especificado más precisamente los elementos del *mindfulness* en términos de conductas particulares, manifestaciones experienciales, y procesos psicológicos subyacentes, con base en dos componentes esenciales con la capacidad de entrenarse: la autorregulación de la atención, y la orientación abierta a la experiencia ⁴³.

Los avances en el fortalecimiento teórico y práctico del *mindfulness*, suscitaron el interés hacia la investigación en distintas disciplinas de las ciencias de la salud, con especial énfasis en la salud mental y la psicología clínica, permitiendo el desarrollo de novedosos estudios de investigación y tratamiento ⁴⁴. Los modelos de intervención han tenido una creciente aceptación debido a su eficacia en estudios empíricos en distintos tipos de poblaciones, edades y escenarios ⁴⁵⁻⁴⁹. Este tipo de modelos se han estructurado en forma de programas y protocolos de intervención, o dentro de las *terapias psicológicas de tercera generación*, por ejemplo la *terapia de aceptación y compromiso* (ACT), la *terapia dialéctico conductual*, el protocolo de reducción de estrés basado en *atención plena* (MBSR) y la *terapia cognitivo-conductual con mindfulness integrado*, entre otros ^{50,51}.

Las aplicaciones del *mindfulness* y su integración con la psicología moderna han reportado asociaciones considerables con el bienestar general de los individuos y mejoras en la reactividad cognitiva y la regulación emocional ⁴⁰, se ha demostrado además que el *mindfulness* disposicional y entrenado ayuda a prevenir y reducir una amplia variedad de condiciones de salud, como el estrés, el dolor crónico, la probabilidad de recaída, y los trastornos por abuso de sustancias ^{45,52,53}. Adicionalmente, se han puesto de manifiesto la influencia que tienen los programas de intervención y tratamiento en el sistema nervioso, el sistema inmunitario y otros aspectos de la salud física ⁵⁴.

En la población adolescente, se han reportado mejorías significativas en sintomatología depresiva y ansiosa ⁴⁶, así como menor estrés, rumiación, estado de ánimo disfórico y comportamiento suicida ⁵⁵. En este sentido, se ha llegado a concluir que las intervenciones que integran al *mindfulness* podrían ser una modalidad prometedora y útil en la mejora de la salud mental, física y en la prevención de psicopatología, tanto en adolescentes como en adultos ⁴⁵.

Para el contexto latinoamericano, se han realizado estudios que muestran resultados favorables en cuanto a estrés, bienestar psicológico, y sintomatología depresiva y ansiosa, por ejemplo Perú ⁵⁶, Chile ⁵⁷ o Colombia ⁵⁸. En contraste, las investigaciones en México han sido llevadas a cabo en población adolescente, con tendencias similares a otros reportes ^{11,59}, sin embargo, la investigación en *mindfulness* como rasgo disposicional o en protocolos de entrenamiento, aún es muy limitada.

La evidencia con respecto a las diferencias en cuanto a sexo en población adolescente es escasa ⁶⁰, sin embargo, se ha reportado que las mujeres tienden más a involucrarse en los programas de tratamiento y es posible que pudieran beneficiarse ligeramente más que los varones ⁶¹.

Por otro lado, la consideración de todas las áreas de funcionamiento de la persona con respecto al cuidado integral de la salud física y mental también incluye la esfera espiritual, la cual, aun siendo un fenómeno profundamente dinámico y subjetivo, recientemente se ha puesto también interés sobre el tema en la psicología y las ciencias de la salud.

1.4. Espiritualidad

Los análisis conceptuales y teóricos de la espiritualidad como constructo psicológico han sido motivo controversial de debate, interés e investigación en las últimas dos décadas, particularmente en la enfermería, la psicología, la medicina paliativa y la ética ^{62,63}. Aunque se mantiene la postura de que la consideración a la perspectiva espiritual de cada individuo es un elemento importante para el involucramiento con el proceso de salud-enfermedad y su vida cotidiana en general, la discusión sobre una conceptualización y marco de trabajo consensuado todavía es difuso ⁶⁴.

Es posible que haya tantas definiciones de espiritualidad como autores en el tema, no obstante, una definición integral que apunta hacia el consenso internacional hace referencia al *“aspecto dinámico e intrínseco de la humanidad a través del cual las personas buscan el significado, el propósito fundamental y la trascendencia, y experimentan una relación con uno mismo, la familia, los demás, la comunidad, la sociedad, la naturaleza y lo significativo o lo sagrado. La espiritualidad se expresa a través de creencias, valores, tradiciones y prácticas”* ⁶⁵.

De manera similar, el modelo conceptual de la espiritualidad de Lephherd integra los aspectos concernientes a la espiritualidad con base en los elementos teóricos de la literatura (*i.g.* fuerza integrativa, valores, ser parte de un proceso, conexión, existencialismo), considerando las diferencias en la cultura, puntualizando que la *trascendencia* distingue a la espiritualidad de otros constructos psicológicos, y engloba las manifestaciones a través de los comportamientos individuales y en comunidad, como el *mindfulness*, la práctica y juicio de los valores, el rezo, y la religión, que derivan en experiencias internas de alivio, paz mental y autorrealización ⁶⁶. Con respecto a la psicología, la espiritualidad se ha abierto paso desde el análisis conductual, el pragmatismo, la psicología de la religión y la psicología aplicada y de la salud, enfocándose principalmente hacia las contingencias favorables o el significado funcional de los comportamientos cotidianos del individuo, ya sea individualmente o en sociedad, con o sin implicaciones seculares ^{67,68}.

Pese a que se pueden describir los datos sociodemográficos de aspectos como la religión que se profesa, o las conductas individuales o comunitarias relacionadas, resulta complicado determinar cifras aproximadas con respecto a la espiritualidad en las personas, debido a la naturaleza profundamente subjetiva y dinámica de este fenómeno. Aunque la espiritualidad y la religión pudieran considerarse elementos traslapados de un mismo fenómeno, existen estudios que subrayan la independencia de cada término en particular ^{69,70}, por ello, resulta conveniente observarlos en función de grupos religiosos/espirituales. Se ha intentado esclarecer que las diferencias entre la religiosidad y la espiritualidad parecen subyacer en las doctrinas sociales que proporcionan un sustento ético, metafísico, en conjunto con prácticas de transformación interna en los individuos ⁷¹, asimismo, existen conductas específicas que pueden considerarse *espirituales* dependiendo de la funcionalidad individual, como el rezo, la repetición de mantras, la meditación, entre otras ⁷². En México, un 85% de la población practica el catolicismo y casi un 5% señala no pertenecer a ninguna religión, de esta proporción aproximadamente un 11% dice ser *espiritual, pero no religioso* ⁷³. La importancia de resaltar esta categoría en términos sociodemográficos, hace énfasis en una espiritualidad con carácter secular, la cual se ha hecho gradualmente más popular en la cultura occidental ⁷⁴.

Las investigaciones que discuten la espiritualidad como un constructo social y científico con beneficios para la salud, le han reportado a menudo como un factor protector ⁷⁵ o como método de afrontamiento ⁷⁶ para la depresión, ansiedad, conducta suicida, entre otras psicopatologías y enfermedades crónicas, así como un área prometedora de investigación para en salud ⁷⁷. Desde la línea de investigación de la psicología positiva, por ejemplo, se ha asociado con la resiliencia y el bienestar subjetivo ^{78,79}

Las investigaciones en población adolescente han encontrado efectos protectores y preventivos con respecto a síntomas depresivos, abuso de sustancias psicoactivas, conductas de riesgo, y otros problemas de salud ⁸⁰⁻⁸³. Las diferencias con respecto al sexo se han hallado en función de la participación en tradiciones o eventos importantes religiosos, pero no necesariamente espirituales ⁸⁴.

2. Planteamiento del Problema:

La depresión es descrita como un conjunto de síntomas que conforman un trastorno del estado de ánimo, el cual es muy frecuente en la población, y se caracteriza por afectaciones a nivel cognitivo, conductual, emocional y fisiológico. Los síntomas son incapacitantes a nivel holístico en el individuo, debido a la afectación significativa profunda en las diferentes áreas de funcionamiento que le constituyen (biológica, social, psicológica y espiritual). Los diferentes grados de depresión (leve, moderado y severo) dependen directamente de la presencia y severidad de sus síntomas.

En la actualidad, se considera que la pérdida percibida de la inversión en un recurso vital, así como la combinación de determinadas características negativas en la vida de una persona puede precipitar la aparición de síntomas de depresión. Por lo general, las personas afectadas son más propensas a tender hacia conductas autodestructivas o de evitación como estilo de afrontamiento, como el abuso de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol, tabaco), aislamiento social o deserción escolar y laboral. En las manifestaciones más severas de la sintomatología, la depresión es la mejor variable predictora de ideación suicida, autolesión, o suicidio.

La ideación suicida se trata de la forma más frecuente y la primera que se manifiesta en el espectro de comportamiento suicida. Se identifica cuando un individuo piensa o planea recurrentemente en atentar contra su propia vida.

La mortalidad por suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes a nivel global. En México, la tasa de muerte por suicidio se ha incrementado de manera constante desde hace casi 50 años, donde actualmente los jóvenes de 15 a 24 años, y los adultos mayores son la población más afectada.

Las tasas de mortalidad por suicidio se han duplicado desde hace dos décadas y se ha planteado que quienes consumaron el acto padecían de algún trastorno psicológico, particularmente relacionado con el estado de ánimo o consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, se han propuesto distintos puntos de vista para la prevención (como factores protectores) y el tratamiento (intervenciones psicológicas clínicas) de la presencia de psicopatologías desde el paradigma de la psicología positiva aplicada. Dos de ellas, la espiritualidad y el *mindfulness*, con interés creciente en la psicología, las ciencias de la conducta y la salud han mostrado resultados prometedores.

La espiritualidad puede describirse como la búsqueda y expresión de significado y propósito, junto con la manera de experimentar su conexión con el momento, el yo, los demás, la naturaleza o aquello significativo o sagrado, y el *mindfulness* como el proceso consciente de prestar atención al momento presente, de manera deliberada y sin emitir juicios. Ambos

términos han sido analizados desde su relación con la salud mental y el contexto funcional, en diferentes entornos socioculturales y diversos tipos de poblaciones con resultados positivos, sin embargo, en México las investigaciones al respecto son limitadas.

Pregunta de investigación:

¿De qué manera la espiritualidad y el *mindfulness* predicen los síntomas de depresión y la ideación suicida en los estudiantes adolescentes del nivel medio superior?

3. Hipótesis:

H₀: Las puntuaciones de espiritualidad y *mindfulness* no predicen menores puntuaciones de síntomas de depresión e ideación suicida en los estudiantes adolescentes del nivel medio superior.

H₁: Las puntuaciones de espiritualidad y *mindfulness* predicen menores puntuaciones de síntomas de depresión e ideación suicida en los estudiantes adolescentes del nivel medio superior.

4. Objetivos:

General:

- Evaluar si la espiritualidad y el *mindfulness* predicen los síntomas de depresión e ideación suicida en los estudiantes adolescentes del nivel medio superior.

Específicos:

- Describir la presencia de espiritualidad y *mindfulness* de los estudiantes adolescentes del nivel medio superior.
- Identificar la prevalencia de síntomas de depresión e ideación suicida de los estudiantes adolescentes del nivel medio superior.
- Comparar las puntuaciones de espiritualidad y *mindfulness* por sexo de los estudiantes adolescentes del nivel medio superior.
- Comparar la prevalencia de síntomas de depresión e ideación suicida por sexo de los estudiantes adolescentes del nivel medio superior.
- Comparar las puntuaciones de *mindfulness* y espiritualidad por Grupo Religioso/Espiritual en los estudiantes adolescentes del nivel medio superior.
- Cuantificar y comparar el consumo de sustancias psicoactivas por sexo de los estudiantes adolescentes de nivel medio superior.
- Analizar el grado de predicción del consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas ilegales, tabaco) en función del *mindfulness*, síntomas de depresión, ideación suicida, espiritualidad y religión en los adolescentes de nivel medio superior.

5. Justificación:

La depresión como trastorno psicológico representa un problema de salud pública a nivel mundial por sus altas tasas de prevalencia. Se estiman alrededor de 300 millones de personas afectadas, con un incremento de más del 18% desde el año 2005 al 2015, es además la primera causa de discapacidad a nivel mundial y la cuarta a nivel nacional. Es la condición con mayor comorbilidad dual, por lo que a menudo se presenta junto con trastornos por ansiedad, o por abuso de sustancias.

En México, casi un 10% de toda la población ha presentado al menos un episodio de depresión clínica en toda su vida, mientras que en la población adolescente la prevalencia de la sintomatología es hasta de un 20%.

La depresión generalmente predice la aparición de ideación suicida y juntas pueden llevar al individuo a la consumación; globalmente se estima que alrededor de 800,000 personas mueren por suicidio anualmente, y es la segunda actual causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes, lo que convierte al suicidio también en un problema de salud pública.

En México, las cifras de muerte por suicidio se han duplicado en las últimas dos décadas y se incrementa de manera constante desde las últimas cuatro, hallándose la población de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la posición más alta; adicionalmente 8 de cada 10 actos de suicidio son consumados por varones. Considerando lo anterior, el papel de la búsqueda de nuevos modelos de prevención y tratamiento en esta población resulta de vital importancia.

Los programas de intervención, y los estudios de investigación con respecto al *mindfulness* y la espiritualidad han sido desarrollados y aplicados en función de ayudar a prevenir y reducir la incidencia de trastornos del estado de ánimo como la depresión, trastornos por ansiedad, trastornos por abuso de sustancias, la conducta suicida, y mejorar el bienestar general. La evidencia empírica ha demostrado el impacto positivo del *mindfulness* y la espiritualidad con respecto a la salud mental y física, y el bienestar psicológico, social y emocional. Sin embargo, la investigación en México es escasa.

El *mindfulness* en la práctica e integración de la psicología y las ciencias de la salud ha tenido un creciente interés en las últimas dos décadas y se han desarrollado programas terapéuticos protocolizados basados en *mindfulness*, como el *programa de reducción del estrés basado en mindfulness*, o bien, las terapias de tercera generación.

Es por lo mencionado anteriormente, que la presente investigación puede ayudar a aportar valor empírico al estudio de la espiritualidad y el *mindfulness* en México, ya que con base en los efectos preventivos que podrían tener estas dos variables de estudio, sería posible desarrollar

nuevas perspectivas en programas de prevención para la depresión y la ideación suicida en la educación escolarizada, centros de readaptación juvenil o directamente en intervenciones psicológicas o comunitarias con adolescentes.

6. Material y Métodos

6.1. Diseño de Estudio

Tipo de estudio: Cuantitativo — Observacional — Prospectivo

Diseño del estudio: Encuesta transversal analítica.

Universo: El universo de 2802 sujetos estuvo compuesto por los adolescentes estudiantes del nivel medio superior del plantel Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México en la ciudad de Toluca, Estado de México.

Método de muestreo: Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Tamaño de muestra: La muestra se tomó de los alumnos inscritos en el Plantel del Nivel Medio Superior de Escuela Pública ubicado en la ciudad de Toluca (Estado de México) Plantel Nezahualcóyotl en ambos turnos (matutino y vespertino).

El universo muestral estuvo formado por 2802 estudiantes. De éstos, una muestra de 324 participantes fueron requeridos mínimamente para el estudio.

El cálculo del tamaño de muestra se realizó de la siguiente manera:

$$\begin{array}{l}
 p = 55.2 \\
 q = 44.8 \\
 N = 2200 \\
 d = 5\% \\
 K = 1.96
 \end{array}
 \quad
 n = \frac{NK^2 pq}{d^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

En donde:

p = proporción de proporción de individuos, que poseen en la población la característica del estudio (considerando las proporciones encontradas por Veytia-López, Guadarrama Guadarrama, Márquez-Mendoza, y Fajardo Gómez¹¹); q = [proporción estimada de individuos que no poseen la característica]; N = tamaño de la población; d = error muestral; K = nivel de confianza y n = tamaño de la muestra.

La muestra final considerada fue de $n = 433$.

6.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

- Pertenecer al rango de edad de 14 a 18 años.
- El participante debió estar inscrito en el momento del estudio en la institución educativa.

- Debió haberse firmado y revisado la Carta de Asentimiento Informado por parte del alumno (*ver Anexo II*).
- Debió haberse firmado y revisado la Carta de Consentimiento Informado por parte de los padres de familia o tutores(*ver Anexo III*).

Criterios de exclusión:

- El alumno voluntariamente decidió abandonar el estudio en el momento de la aplicación.

Criterios de eliminación

- El alumno se encontró bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de la aplicación.
- Llenado incompleto o invalidación de los instrumentos de medición.

6.3. Procedimientos

El procedimiento completo del estudio se llevó a cabo en cuatro fases:

- A: Fase de preparación: En esta fase, se seleccionó el tamaño de muestra apropiado de los participantes de acuerdo con el cálculo de tamaño de muestra, y se acudió a solicitar el permiso de las autoridades correspondientes de una escuela preparatoria pública de la ciudad de Toluca, Estado de México, para realizar las mediciones con las pruebas y, habiendo obtenido la autorización, se acordaron horarios y espacios específicos.
- B: Fase de aplicación: Se entregaron las cartas de consentimiento y asentimiento informado a los participantes y sus padres de familia o tutores. Habiendo obtenido su autorización para participar, se aplicaron los instrumentos de medición de manera grupal, proporcionando instrucciones de cómo llenar cada prueba, así como la explicación de las consideraciones éticas, en un tiempo aproximado de 45 a 50 minutos en los horarios y espacios previamente acordados con las autoridades de la institución.
- C: Fase de interpretación: Una vez aplicados los instrumentos en la muestra, se calificaron e interpretaron las respuestas obtenidas, y se eliminaron aquellas pruebas que no cumplieran los criterios para el análisis. Consecutivamente se elaboró la base de datos, capturando la información primeramente los programas *Microsoft Excel* (control de calidad de captura de datos) y posteriormente en *IBM SPSS v.23* ®.

- D: Fase de análisis: Se ejecutaron los análisis estadísticos descriptivos e inferenciales pertinentes con base en los objetivos general y específicos. Los resultados derivados del análisis estadístico permitieron descartar o mantener la H_0 . Con los datos finales obtenidos se redactaron dos artículos científicos y su sumisión a una revista académica de alto impacto (ver *Anexo VIII*, *Anexo IX*), así como la creación de la presente tesis académica.

6.4. Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación fueron cinco:

- Ficha Sociodemográfica

Documento del Cuerpo Académico de Bioética y Salud Mental en donde se recopiló información sobre la edad, sexo, religión, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, drogas), tratamientos para las enfermedades, entre otros. Se realizaron algunas adecuaciones finales antes de la aplicación (ver *Anexo I*).

- Escala de Ideación Suicida (BSSI)

Escala de Ideación Suicida (*Beck Scale for Suicide Ideation*)⁸⁵ en su versión en español de Martínez y León⁸⁶. El cuestionario de 20 ítems está diseñado evaluar la presencia e intensidad de pensamientos suicidas. Evalúa cuatro factores: características de las actitudes hacia la vida/muerte, características de los pensamientos/deseos de suicidio, características del intento y actualización del intento. Los ítems se encuentran en escalamiento *Guttman* de 0-2 puntos, donde a) = ausente (0), b) = moderada intensidad de la ideación suicida (1) y c) = alta intensidad de la ideación suicida (2). La presencia de la ideación suicida se condiciona y categoriza a partir de las respuestas obtenidas en la primera de las subescalas (ítem 4 y 5). La puntuación de la escala en función de la intensidad de la ideación suicida es la suma de todos los ítems habiéndose previamente categorizado con la presencia. La escala cuenta con un $\alpha = 0.89$ (ver *Anexo IV*).

- Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D-R)

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos Revisada (*Center for Studies Depression Scale*) es una prueba de tamizaje para detectar posibles casos de depresión, fue diseñada en 1977 por Lenore Radloff⁸⁷ y ha sido adaptada y revisada en su versión en español⁸⁸. Evalúa seis factores de la depresión (afectivo depresivo, afecto positivo, inseguridad emocional y problemas interpersonales, somatización, bienestar emocional y actividad retardada). Cuenta con cinco opciones de respuesta en escalamiento Likert donde 0 = 0 días, 1 = de 1 a 2 días, 2 = de 3 a 4 días, 3 = de 5 a 7 días, y 4 = de 8 a 14 días. Se obtienen puntuaciones de entre 0 y 140 puntos. La CES-D-R reporta una consistencia interna de $\alpha = 0.93$ (ver Anexo V).

- Escala de Atención Plena (MAAS)

Escala de Atención Plena (*Mindful Attention Awareness Scale*) en su versión traducida por Barajas y Garra⁸⁹. La escala contiene 15 ítems que miden el *mindfulness* disposicional. Evalúa las diferencias individuales con respecto a la frecuencia del *mindfulness* y la habilidad receptiva de los acontecimientos y experiencias que tienen lugar durante un lapso de tiempo. Las respuestas oscilan entre 1 y 6, donde 6 = casi nunca, 5 = con muy poca frecuencia, 4 = con poca frecuencia, 3 = con cierta frecuencia, 2 = con mucha frecuencia y 1 = casi siempre. El rango de puntuaciones obtenidas se halla entre 15 y 90. Las puntuaciones más altas indican mayor frecuencia en la habilidad de *mindfulness* disposicional. Los resultados en su validación han indicado un alto grado de consistencia interna, con un $\alpha = 0.88$ (ver Anexo VI).

- Cuestionario de Espiritualidad Parsian & Dunning (SQ)

Cuestionario de Espiritualidad de Parsian & Dunning (*Spirituality Questionnaire*) diseñado por Parsian y Dunning en 2009⁹⁰, validado en su versión traducida y adaptada al español⁹¹. Consta de 29 ítems que miden la espiritualidad en cuatro dimensiones: autoconsciencia, importancia de las creencias espirituales, prácticas espirituales y necesidades espirituales. Las respuestas oscilan entre 1 y 4, donde 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = muy de acuerdo, por lo que el rango de respuestas se halla entre 29 y 116. Puntuaciones más altas indican mayor grado de espiritualidad. Además, el instrumento presenta un elevado nivel de consistencia interna de $\alpha = 0.90$ (ver Anexo VII).

6.5. Variables de Estudio

Independientes:

- Espiritualidad
- Atención plena (*Mindfulness*)

Dependientes:

- (Síntomas de) Depresión
- Ideación Suicida

Intervinientes:

- Sexo
- Edad
- Grupo Religioso/Espiritual
- Consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 1. Operacionalización de variables					
Variables Intervinientes					
Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Análisis Estadístico
Sexo	Diferencias y características biológicas, anatómicas fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombre y mujer en el momento del nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = Hombre • 2 = Mujer 	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Frecuencias y porcentajes.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años cumplidos 	Cuantitativa Discreta	Ordinal	Medidas de tendencia central y dispersión.
Grupo Religioso / Espiritual	Actitud de afiliación hacia un sistema organizado de creencias, prácticas y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo trascendente o lo Divino y fomentar la comprensión de la relación y las responsabilidades de uno	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Sin religión • 1 = Católico • 2 = Cristiano • 3 = Testigo de Jehová • 4 = Espiritual, pero no religioso 	Cualitativa Categorica	Nominal	Frecuencias y porcentajes.

	con los demás que viven en comunidad				
Consumo de sustancias psicoactivas	Consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre con consecuencias negativas para el individuo o su entorno.	Para tabaco:	Cuantitativa Discreta	Ordinal	Frecuencias y Porcentajes
		<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Sin consumo • 1 = Consumo invariable semanal • 2 = Consumo 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Edad en años de inicio de consumo 			
		Para alcohol:	Cuantitativa Discreta	Ordinal	
<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Sin consumo • 1 = Consumo diario • 2 = Consumo semanal • 3 = Consumo mensual 					
		<ul style="list-style-type: none"> • Edad en años de inicio de consumo. 			

		<p>Para sustancias psicoactivas ilegales (Marihuana, Cocaína, LSD, Metanfetaminas, Inhalantes, y Hongos Alucinógenos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Si 	<p>Cualitativa Dicotómica</p>		
Variables Dependientes					
Ideación Suicida	<p>Hace referencia a la presencia de pensamientos recurrentes sobre la consideración o planeación sobre atentar contra la propia vida.</p>	<p>La categoría se determina condicionalmente a partir de las puntuaciones obtenidas en los ítems 4 y 5 de la primera subescala del test (BSSI).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Presencia • 0 = Ausencia 	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Frecuencias y porcentajes</p>
		<p>La puntuación se obtiene sumando la totalidad de los ítems una vez obtenida la categoría de presencia, las puntuaciones varían en un rango de 2-40.</p>	<p>Cuantitativa - Discreta</p>	<p>Intervalo</p>	<p>Medidas de tendencia central y dispersión.</p>
<p>(Síntomas de) Depresión</p>	<p>Trastorno del ánimo caracterizado por estado de ánimo depresivo, disminución del interés en</p>	<p>La escala que se utilizará será con base en las puntuaciones en el rango de respuestas del test, que varían desde una puntuación mínima de 0 a una máxima de 140 (CES-D-R)</p>	<p>Cuantitativa - Discreta</p>	<p>Intervalo</p>	

	las actividades cotidianas, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, alteraciones en el peso corporal, sueño, motricidad y malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas importantes del funcionamiento de un individuo.				
Variables Independientes					
Espiritualidad	Aspecto dinámico e intrínseco de la humanidad a través del cual las personas buscan el significado, el propósito y la trascendencia fundamentales, y experimentan una relación con uno mismo, la familia, los demás, la comunidad, la sociedad, la naturaleza y lo significativo o lo sagrado. La espiritualidad se expresa a través de creencias, valores, tradiciones y prácticas.	La escala que se utilizará será con base en las puntuaciones en el rango de respuestas del test, que varían desde una puntuación mínima de 29 a una máxima de 116 (SQ).	Cuantitativa – Discreta	Intervalo	Medidas de tendencia central y dispersión.
<i>Mindfulness</i>			Cuantitativa	Intervalo	

	Proceso consciente de prestar atención al momento presente, sin emitir juicios.	La escala que se utilizará será con base en las puntuaciones en el rango de respuestas del test, que varían desde una puntuación mínima de 15 a una máxima de 90 (MAAS).	Discreta		
--	---	--	----------	--	--

6.6. Implicaciones Bioéticas

El proyecto de investigación se sometió a juicio del Comité de Bioética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx).

Esta investigación estuvo basada y coherente con las Recomendaciones Para Guiar a los Médicos en la Investigación Biomédica en Personas, de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial ⁹². Se encuentra en el margen coherente del título quinto de la Ley General de Salud sobre la Investigación para la Salud, que comprende del Artículo 96 a 103 ⁹³ y la NOM-012-SSA3-2012; y se encuentra acorde con relación a los cuatro principios básicos de la bioética para la investigación en seres humanos ⁹⁴. Sobre esta misma línea, el presente estudio es consistente con los principios del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología y con los Principios Éticos del Psicólogo ⁹⁵ y Código de Conducta de la Asociación Psicológica Americana ⁹⁶.

Las cartas de consentimiento y asentimiento informado entregadas a los participantes, así como a padres de familia y tutores, especificaron el título del proyecto, y los principales encargados de su realización. Detallaron además los objetivos de la investigación y el rol de participación y el carácter voluntario; más adelante puntualizó en reconocer que la participación representaba un riesgo mínimo, y establecía que en caso de que se presentaran niveles clínicamente significativos de síntomas de depresión o ideación suicida se contactaría al participante junto con sus padres o tutor, brindando información sobre dónde podía ser canalizado para recibir ayuda; asimismo, se mencionaban los datos de contacto del Centro de Investigación en Ciencias Médicas para que pudieran tener la libertad de obtener más información acerca del proyecto de investigación y de los autores. Ambos documentos enfatizaron en la confidencialidad y el uso de los datos obtenidos en las pruebas (ver *Anexo II y III*), además, si se solicitaba, los resultados obtenidos podían ser enviados por correo electrónico.

6.7. Recolección de Datos

Se aplicaron los instrumentos de manera grupal en las aulas y horarios acordados con las autoridades del plantel en sesiones de alrededor de 45 minutos, y se proporcionaron las indicaciones necesarias a los participantes para poder contestarlos, así como explicaciones sobre las implicaciones bioéticas y el uso de datos (ver sección 6.4, *fase B: Aplicación*).

6.8. Análisis Estadísticos

Se realizó la prueba de bondad de ajuste de *Kolmogorov-Smirnov* para las puntuaciones obtenidas en los instrumentos con el fin de confirmar la distribución de normalidad en los datos. Se efectuó un análisis descriptivo y de frecuencias de los datos para precisar las distribuciones en la presencia de *mindfulness* (MAAS) y espiritualidad (SQ), así como la prevalencia de síntomas de depresión (CES-D-R), las frecuencias e intensidades de la ideación suicida (BSSI), y el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas ilegales, tabaco), así como su división por sexo. Se realizó una matriz de correlaciones (*Pearson, Spearman*) para evaluar la magnitud de relación de las variables entre sí. A partir de las pruebas de correlación, se elaboraron modelos de regresión lineal simple y múltiple con un IC = 95, tomando en cuenta los criterios de multicolinealidad y tolerancia para completar el objetivo general.

Para los objetivos específicos, se usó la prueba *t* de *Student* para muestras independientes, y la prueba *U* de *Mann-Whitney* (según el caso) en las puntuaciones de MAAS, SQ y CES-D-R para comparar las puntuaciones por grupo de sexo y consumo de sustancias psicoactivas. La prueba de χ^2 (2x2) se ejecutó para evaluar las asociaciones entre las categorías de presencia y ausencia de ideación suicida con grupo de sexo, y consumo de sustancias con grupo de sexo. Se ejecutó un análisis de varianza (ANOVA) unidireccional para describir las diferencias entre las puntuaciones de MAAS y SQ con respecto a su grupo espiritual/religioso, seguido de la prueba *post-hoc t* de *Bonferroni* para inspeccionar los contrastes lineales entre los grupos. Finalmente se crearon tres modelos de regresión logística binaria (IC = 95%) para determinar el grado de predicción de consumo de sustancias psicoactivas bajo razón de momios, considerando las puntuaciones globales en MAAS, CES-D-R, SQ, la presencia o ausencia de ideación suicida, y religión como variables independientes. Los análisis fueron llevados a cabo por medio del programa *IBM SPSS v.23* ® para *Microsoft Windows* ®.

7. Referencias Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014. 947 p.
2. World Health Organization. Depression [Internet]. 2018 [citado el 18 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Mexico [Internet]. 2017 [citado el 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/mexico>
4. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056–67.
5. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia , causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*. 2017;28(2):73–98.
6. Labaka A, Goñi-Balentziaga O, Lebeña A, Pérez-Tejada J. Biological Sex Differences in Depression: A Systematic Review. *Biol Res Nurs*. 2018;20(4):383–92.
7. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):74–80.
8. Beck AT, Bredemeier K. A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clin Psychol Sci*. 2016;4(4):596–619.
9. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2017. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
10. González-Forteza C, Hermosillo de la Torre AE, Vacio-Muro M de los Á, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2015;72(2):149–55.
11. Veytia-López M, Guadarrama Guadarrama R, Márquez-Mendoza O, Fajardo Gómez RJ. Mindfulness y síntomas de depresión en adolescentes mexicanos estudiantes de bachillerato. *Actual en Psicol*. 2016;30(121):39.
12. Medina Mora ME, Sarti Gutiérrez EJ, Real Quintanar T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Medina-Mora ME, Sarti Gutiérrez EJ, Real Quintanar T, editores. México D.F.: Academia Nacional de Medicina; 2015. 371 p.
13. Altemus M, Sarvaiya N, Epperson CN. Sex differences in anxiety and depression

- clinical perspectives. *Front Neuroendocrinol.* 2014;35(3):320–30.
14. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychol Bull.* 2017;143(8):783–822.
 15. Zarragoitía Alonso I. Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave.* 2013;13(3):e5651.
 16. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the national comorbidity survey replication. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(10):1100–6.
 17. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Ment.* 2009;32(2):155–63.
 18. Medina Mora ME, Borges GL, Muñoz CBC, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, Villatoro Velázquez J, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología. *Salud Ment.* 2003;26(4):1–16.
 19. Allison S, Roeger L, Martin G, Keeves J. Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(4):498–503.
 20. Hawton K, Casañas i Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2013;147(1–3):17–28.
 21. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12(1):307–30.
 22. Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González ME, Musitu G, Martínez Ferrer B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosoc Interv.* 2010;19(3):279–87.
 23. Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL, et al. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. *Pediatrics.* 2015;135(2):e496–509.
 24. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicológica.* 2015;33(2):117–26.
 25. Dutta R, Ball HA, Siribaddana SH, Sumathipala A, Samaraweera S, McGuffin P, et al. Genetic and other risk factors for suicidal ideation and the relationship with depression. *Psychol Med.* 2017;47(14):2438–49.

26. Wenzel A, Beck AT. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Appl Prev Psychol*. 2008;12(4):189–201.
27. World Health Organization. Suicide [Internet]. 2018 [citado el 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
28. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva; 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
29. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192(2):98–105.
30. Cervantes C, Torres M, Rodríguez I. Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México. *Salud Colect*. 2015;11(4):471–84.
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del... Día mundial para la prevención del suicidio [Internet]. Ciudad de México; 2017. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf
32. Pérez-Amezcuca B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, de Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica Mex*. 2010;52(4):324–33.
33. Hawton K. Sex and suicide. *Br J Psychiatry*. 2000;177(6):484–5.
34. Schaffer A, Levitt AJ, Bagby RM, Kennedy SH, Levitan RD, Joffe RT. Suicidal ideation in major depression: Sex differences and impact of comorbid anxiety. *Can J Psychiatry*. 2000;45(9):822–6.
35. Serrano Pereira MG, Flores Galaz MM. Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicol y Salud*. 2005;15(002):221–30.
36. Borges, Guilherme., Orozco, Ricardo., Benjet, Corina., Medina M. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex*. 2010;52(4):292–304.
37. de Paula Santana da Silva T, Botelho S, Silva J. Estigma social en el comportamiento suicida: reflexiones bioéticas. *Rev Bioética*. 2015;23(2):419–26.
38. Chesin MS, Sonmez CC, Benjamin-Phillips CA, Beeler B, Brodsky BS, Stanley B. Preliminary Effectiveness of Adjunct Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior in Outpatients Who Are at Elevated Suicide Risk. *Mindfulness (N*

- Y). 2015;6(6):1345–55.
39. Chesin M, Interian A, Kline A, Benjamin-Phillips C, Latorre M, Stanley B. Reviewing Mindfulness-Based Interventions for Suicidal Behavior. *Arch Suicide Res.* 2016;20(4):507–27.
 40. Keng S-L, J. Smoski M, Robins CJ. Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(6):1041–56.
 41. Tovar García RR, García-Campayo J. El Impacto de Mindfulness en el Mundo [Internet]. Ciudad de México; 2017. Disponible en: <http://menteserena.mx/el-impacto-de-mindfulness-en-el-mundo/>
 42. Kabat-Zinn J. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life.* New York: Hyperion; 1994. 278 p.
 43. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract.* 2004;11(3):230–41.
 44. Shapiro SL, Carlson LE. *The Art and Science of Mindfulness: Integrating Mindfulness Into Psychology and the Helping Professions.* 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2017. 212 p.
 45. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003;10(2):125–43.
 46. Zoogman S, Goldberg SB, Hoyt WT, Miller L. Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness (N Y).* 2015;6(2):290–302.
 47. Johnson C, Burke C, Brinkman S, Wade T. Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behav Res Ther.* 2016;81:1–11.
 48. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* New York: Delacourt; 1990. 720 p.
 49. Creswell JD. Mindfulness Interventions. *Annu Rev Psychol.* 2017;2017(68):491–516.
 50. Korman GP, Garay CJ. El modelo de Terapia Cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Rev Argentina Clínica Psicol.* 2012;21(1):5–13.
 51. Gander F, Proyer RT, Ruch W, Wyss T. Strength-Based Positive Interventions: Further Evidence for Their Potential in Enhancing Well-Being and Alleviating Depression. *J Happiness Stud.* 2013;14(4):1241–59.
 52. Tomlinson ER, Yousaf O, Vittersø AD, Jones L. Dispositional Mindfulness and Psychological Health: a Systematic Review. *Mindfulness (N Y).* 2018;9(1):23–43.

53. Cavicchioli M, Movalli M, Maffei C. The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *Eur Addict Res.* 2018;24(3):137–62.
54. Greeson JM. Mindfulness research update: 2008. *Complement Health Pract Rev.* 2009;14(1):10–8.
55. Pepping CA, Duvenage M, Cronin TJ, Lyons A. Adolescent mindfulness and psychopathology: The role of emotion regulation. *Pers Individ Dif.* 2016;99:302–7.
56. Alvarado-García PA, Burmeter Álvarez JC, Soto-Vásquez MR. Efecto de un programa basado en la atención plena sobre los niveles de estrés académico de estudiantes universitarios. *Med Natur.* 2018;12(2):35–9.
57. Pons GB, Araya-Véliz C. Breve historia y estado actual de la práctica de mindfulness y compasión en Chile. *Mindfulness & Compassion.* 2016;1(1):45–50.
58. Oblitas Guadalupe LA, Turbay Miranda R, Soto Prada KJ, Crissien Borrero T, Cortes Peña OF, Puello Scarpati M, et al. Incidencia de Mindfulness y Qi Gong sobre el Estado de Salud, Bienestar Psicológico, Satisfacción Vital y Estrés Laboral. *Rev Colomb Psicol.* 2017;26(1):99–113.
59. González-Nieves S, Fernández-Morales FH, Duarte JE. Efecto del entrenamiento de memoria de trabajo y mindfulness en la capacidad de memoria de trabajo y el desempeño matemático en niños de segundo grado. *Rev Mex Investig Educ.* 2018;23(78):841–59.
60. Bluth K, E. Roberson PN, Girdler SS. Adolescent Sex Differences in Response to a Mindfulness Intervention: A Call for Research. *J Child Fam Stud.* 2017;26(7):1900–1914.
61. Rojiani R, Santoyo JF, Rahrig H, Roth HD, Britton WB. Women Benefit More Than Men in Response to College-based Meditation Training. *Front Psychol.* 2017;8(April):551.
62. Cullen JG. Nursing management, religion and spirituality: A bibliometric review, a research agenda and implications for practice. *J Nurs Manag.* 2016;24(3):291–9.
63. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL. Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research (1999–2013). *Int J Psychiatry Med.* 2014;48(3):199–215.
64. Martin J, George R. What is the point of spirituality? *Palliat Med.* 2016;30(4):325–6.
65. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *J Palliat Med.*

- 2014;17(6):642–56.
66. Lephherd L. Spirituality: Everyone has it, but what is it? *Int J Nurs Pract*. 2015;21(5):566–74.
 67. Hayes SC. Making sense of spirituality. *Behaviorism*. 1984;12(2):99–110.
 68. Westerink H. Spirituality in psychology of religion: A concept in search of its meaning. *Arch Psychol Relig*. 2012;34(1):3–15.
 69. Saucier G, Skrzypińska K. Spiritual but not religious? Evidence for two independent dispositions. *J Pers*. 2006;74(5):1257–92.
 70. Van Niekerk B. Religion and spirituality: What are the fundamental differences? *HTS Teol Stud / Theol Stud*. 2018;74(3):1–11.
 71. Carey J. Spiritual, but not religious?: On the nature of spirituality and its relation to religion. *Int J Philos Relig*. 2018;83(3):261–9.
 72. Burke A, Lam CN, Stussman B, Yang H. Prevalence and patterns of use of mantra, mindfulness and spiritual meditation among adults in the United States. *BMC Complement Altern Med*. 2017;17(1):1–18.
 73. Red de Investigadores del Fenómeno Religioso en México (RIFREM). Encuesta Nacional sobre Creencias y Prácticas Religiosas [Internet]. Ciudad de México; 2016. Disponible en: <https://www.colef.mx/evento/encuesta-nacional-sobre-creencias-y-practicas-religiosas-en-mexico-rifrem-2016/>
 74. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Cole B, Rye MS, Butter EM, Belavich TG, et al. Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *J Sci Study Relig*. 1997;36(4):549.
 75. Salgado A. Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Represent*. 2014;2(1):121–59.
 76. Gall TL, Charbonneau C, Clarke NH, Grant K, Joseph A, Shouldice L. Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. *Can Psychol*. 2005;46(2):88–104.
 77. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:1–33.
 78. Irurzun JI, Mezzadra J, Preuss M. Resiliencia y espiritualidad. Aportes para su estudio desde una perspectiva psicologica. *Rev Científica Arbitr la Fund Mentecl*. 2017;2(2):205–16.
 79. Simkin H. Espiritualidad, Religiosidad y Bienestar Subjetivo en el marco del Modelo y la Teoría de los Cinco Factores de la Personalidad. Universidad Nacional de La Plata; 2016.

80. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: A review. *J Adolesc Heal*. 2006;38(4):472–80.
81. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *J Adolesc Heal*. 2005;36(6).
82. Leticia C, Peña C, Azucena L, Puente R, Magdalena M, Castillo A, et al. Valores , espiritualidad y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria. *Enfermería Glob*. 2018;17(3):470–6.
83. Yonker JE, Schnabelrauch CA, DeHaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *J Adolesc*. 2012;35(2):299–314.
84. Simpson DB, Cloud, Dinah S, Newman JL, Fuqua DR. Sex and Gender Differences in Religiousness and Spirituality. *J Psychol Theol*. 2008;36(1):42–52.
85. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1979;47(2):343–52. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/1979-27627-001>
86. González Macip S, Díaz Martínez A, Ortíz León S, González Forteza C, González Núñez J de J. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Ment*. 2000;23(2):21–30.
87. Radloff LS. The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *J Youth Adolesc*. 1991;20(2):149–66.
88. González-Forteza C, Solís Torres C, Tapia Jiménez A, Hernandez Fernández I, Alejandro G-G, Juárez García F, et al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Ment*. 2011;34(1):53–9.
89. Barajas S, Garra L. Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in a Spanish sample. *Clínica y Salud*. 2014;25(1):49–56.
90. Parsian N, Dunning T. Developing and Validating a Questionnaire to Measure Spirituality: A Psychometric Process. *Glob J Health Sci*. 2009;1(1):2–11.
91. Díaz Heredia LP, Muñoz Sánchez AI, De Vargas D. Confiabilidad y validez del cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning en versión española. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012;20(3):8.

92. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. 2018. 2018 [citado el 2 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
93. Secretaria de Salud. Ley General de Salud [Internet]. Diario Oficial de la Federacion. 1992. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
94. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001. 454 p.
95. Sociedad Mexicana de Psicología. Código Ético del Psicólogo. 5ta ed. Guzmán LH, editor. Ciudad de México: Trillas; 2010. 96 p.
96. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Am Psychol [Internet]. 1992 [citado el 8 de diciembre de 201];47(12):1597–611. Disponible en: <https://www.apa.org/ethics/code>

8. Anexos

8.1. Anexo I: Ficha sociodemográfica



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Medicina / Centro de Investigación en Ciencias Médicas

Datos de identificación

Por favor, llena con tus datos el siguiente formulario y rellena los cuadros según corresponda, en algunos de ellos se pueden marcar más de uno. Si tienes alguna duda, pregunta al facilitador. Todos los datos obtenidos en esta ficha son estrictamente confidenciales y únicamente servirán para fines de análisis estadísticos.

Fecha ____/____/____

1. Nombre: _____
2. No. Cuenta: _____ 3. Edad: _____ 4. Sexo: Hombre Mujer
5. Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual
6. Religión: Sin religión Católico Cristiano Testigo de Jehová Espiritual, pero no religioso
7. Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Unión Libre
8. Correo electrónico: _____ 9. Municipio de residencia fija: _____
10. ¿Qué te gustaría estudiar?: _____ 11. Semestre: _____ 12. Grupo: _____
13. Turno: Matutino Vespertino 14. Promedio del semestre anterior: _____
15. ¿Vives con tu familia? No Si 16. En caso de que no vivas con tu familia, indica si vives:
 - Con otros familiares Amistades Casa de Huéspedes Solo/a
17. Si tus padres están separados o divorciados, ¿cuánto tiempo tienen en cualquiera de esas condiciones?:
 - Menos de 1 año De 1 a 4 años De 5 a 6 años Más de 9 años
18. ¿Alguno de los miembros de tu familia ha fallecido? Indica quiénes:
 - Padre Madre Hermanos/as Ninguno
19. ¿En la actualidad desempeñas algún trabajo remunerado? No Si
20. ¿Actualmente tomas algún tipo de medicación farmacológica? No Si
21. En caso de haber respondido afirmativo, menciona para qué la tomas: _____
22. Indica si actualmente estás en alguno de los siguientes tratamientos: Psicológico / Psiquiátrico Nutricional Médico
23. ¿Actualmente estás diagnosticado con alguna de estas enfermedades?
 - Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Tipo II Dislipidemias (colesterol, triglicéridos)
 - Colitis Gastritis Migraña Cáncer
24. ¿Has tenido relaciones sexuales? No Si
25. En caso de haber respondido afirmativo, ¿cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos seis meses? _____
26. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____
27. ¿Utilizas métodos anticonceptivos habitualmente durante las relaciones sexuales?
 - No uso Condón Pastilla Anticonceptiva DIU (Dispositivo Intrauterino)
 - Parche Anticonceptivo Coito Interrumpido
28. ¿Actualmente fumas? No fumo Si, diariamente Sí, algunos días

29. En caso de haber respondido afirmativo, ¿a qué edad comenzaste a fumar?: _____
30. ¿Actualmente ingieres bebidas alcohólicas?
- No las consumo Si, diariamente Si, cada semana Si, una o dos veces por mes
31. En caso de haber respondido afirmativo, ¿a qué edad iniciaste el consumo regular?: _____
32. ¿Alguna vez has consumido alguna droga? Indica cuál:
- Nunca he consumido Marihuana Cocaína (Crack, Piedra) LSD (Cuadros)
- Metanfetaminas (Cristal) Éxtasis (MDMA, Tachas) Inhalantes Hongos Alucinógenos
33. ¿Cómo evalúas globalmente tu salud física y mental?: Excelente Buena Regular Mala Pésima
34. En los últimos seis meses, ¿te has sentido triste o deprimido? No Si
35. En los últimos seis meses, ¿has tenido pensamientos o ideas de suicidio recurrentes? No Si
36. ¿Cuál es tu pasatiempo favorito? _____ 37. ¿Cuánto es (5+10) +15/2?: _____

Gracias. Por favor continua con los cuestionarios.

8.2. Anexo II: Carta de Asentimiento Informado (Alumno)

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIANTES MENORES DE EDAD

Se te hace una atenta invitación, para participar en la investigación: "Efecto de la espiritualidad y atención plena (*mindfulness*) sobre los síntomas de depresión e ideación suicida en estudiantes adolescentes", donde los responsables del proyecto son: Lic. Psic. Axel Omar Ramírez Garduño y Dra. C. S. Marcela Veytia López.

Objetivo del proyecto: evaluar el efecto que tiene la espiritualidad y la atención plena (*mindfulness*) sobre los síntomas de depresión, la presencia de ideación suicida, o ambos en estudiantes adolescentes; ya que existe evidencia de los efectos positivos que tiene la espiritualidad y la atención plena en la salud mental; además, esta investigación permitiría desarrollar planes de intervención psicológica en adolescentes para la prevención de problemas de salud mental, particularmente en casos de depresión, o de ideación suicida.

Tu participación consiste en: contestar la Escala de Atención Consciente (MAAS), el Cuestionario de Espiritualidad de Parsian y Dunning (SQ), la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) y el Inventario de Ideación Suicida de Beck (BSS), los cuales serán proporcionados por un equipo de psicólogos de la Facultad de Medicina, en tu salón de clases, en la hora y fecha establecida previamente con las autoridades de tu escuela preparatoria.

Para que puedas participar en este proyecto: Además de que tú digas "SI" es necesario contar con la autorización de tus padres o tutor(a), si ellos no están de acuerdo, entonces no se te aplicara ningún cuestionario.

No representa ningún riesgo para ti, ni para tu familia si participas en este proyecto, y una vez evaluados los cuestionarios, en caso de presentar algún nivel de depresión o ideación suicida, se te dará a conocer el resultado y serás canalizado, con la previa autorización de tus padres, al Centro de Investigación en Ciencias Médicas CICMED u otra institución de salud para tu atención.

El equipo psicoterapéutico del CICMED está integrado por profesionales en el Área de Salud Mental. Si tienes alguna duda dirígete al Centro de investigación en ciencias médicas ubicado en Jesús Carranza No. 205, Col Universidad. Toluca, México o llama al teléfono (722) 2-19-41-22.

La información que se emite en los cuestionarios será estrictamente confidencial, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y NADIE más la conocerá. Se entregará un informe general en el plantel, sin mencionar NUNCA los nombres de los participantes

Los resultados de los cuestionarios: Se usarán con fines estadísticos y de investigación, y esta información será publicada en revistas científicas guardando el anonimato de los participantes.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Dejo constancia de que he leído y comprendido el documento informativo, que se me han aclarado las características del proyecto, que han sido resueltas mis dudas y que, si mis padres lo autorizan, y yo estoy de acuerdo, podré participar en la investigación "Efecto de la espiritualidad y atención plena (*mindfulness*) sobre los síntomas de depresión e ideación suicida en estudiantes adolescentes".

Se me entrega copia de esta carta de asentamiento informado.

Toluca, México a ____ de _____ 20 ____.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Testigo

Testigo

8.3. Anexo III: Carta de Consentimiento Informado (Padres de familia / Tutor)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTOR(A) DEL ESTUDIANTE

Se solicita atentamente la participación de su hijo/a para participar en el proyecto de investigación: "Efecto de la espiritualidad y atención plena (*mindfulness*) sobre los síntomas de depresión e ideación suicida en estudiantes adolescentes" como parte de los estudios de la Maestría en Ciencias de la Salud, donde los responsables del proyecto son: Lic. Psic. Axel Omar Ramírez Garduño y Dra. C. S. Marcela Veytia López.

Objetivo del proyecto: Evaluar el efecto que tiene la espiritualidad y la atención plena (*mindfulness*) sobre los síntomas de depresión, la presencia de ideación suicida, o ambos en estudiantes adolescentes; ya que existe evidencia de los efectos positivos que tiene la espiritualidad y la atención plena en la salud mental; además, esta investigación permitiría desarrollar planes de intervención psicológica en adolescentes para la prevención de problemas de salud mental, particularmente en casos de depresión, o de ideación suicida.

La participación de su hijo/a consiste en: contestar la Escala de Atención Consciente (MAAS), el Cuestionario de Espiritualidad de Parsian y Dunning (SQ), la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) y el Inventario de Ideación Suicida de Beck (BSSI), los cuales serán proporcionados por un equipo de psicólogos de la Facultad de Medicina, en su salón de clases, en la hora y fecha establecida previamente con las autoridades de la escuela preparatoria.

Para que su hijo pueda participar en este proyecto: Además de que usted diga "SI" es necesario contar con la autorización de su hijo/a, si él o ella no está de acuerdo, entonces no se le aplicara ningún cuestionario.

No representa ningún riesgo para él o ella, ni para su familia, si su hijo/a participa o no en este proyecto. Una vez evaluados los cuestionarios, en caso de presentar algún nivel de depresión o de ideación suicida, se le dará a conocer el resultado y su hijo/a será canalizado, con la previa autorización del padre o tutor, al Centro de Investigación en Ciencias Médicas CICMED u otra institución de salud para tu atención.

El equipo psicoterapéutico del CICMED está integrado por profesionales en el Área de Salud Mental. Si usted tiene alguna duda, diríjase al Centro de Investigación en Ciencias Médicas ubicado en Jesús Carranza No. 205, Col Universidad. Toluca, México o llame al teléfono (722) 2-19-41-22.

La información que se emite en los cuestionarios será estrictamente confidencial, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y NADIE más lo conocerá. Se entregará informe general en el plantel, sin mencionar NUNCA los nombres de los participantes.

Los resultados de los cuestionarios: Se usarán con fines estadísticos y de investigación, esta información será publicada en revistas científicas guardando el anonimato de los participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dejo constancia de que he leído y comprendido el documento informativo, que se me han aclarado las características del proyecto y han sido resueltas mis dudas sobre la participación de mi hijo/a y que, de firmar este documento, mi hijo/a podrá participar en la investigación "Efecto de la espiritualidad y atención plena (*mindfulness*) sobre los síntomas de depresión e ideación suicida en estudiantes adolescentes". Se me entrega copia de esta carta de consentimiento informado.

Toluca, México a ____ de _____ 20____.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR(A)

Testigo

Testigo

8.4. Anexo IV: Escala de Ideación Suicida de Beck (BSSI)

BSSI

En el siguiente cuestionario se indica una serie de ideas o deseos que pasan por la cabeza de las personas. Por favor lee cada una de ellas y subraya la frase de cada grupo que mejor te describa. Asegúrate de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

I. Características de las actitudes hacia la vida.	
1. Su deseo de vivir es: (0) a) Moderado a fuerte (1) b) Mediano o poco (débil) (2) c) Ninguno.	2. Su deseo de morir es: a) No tengo deseos de morir. b) Pocos deseos de morir. c) Moderado a fuerte.
3. Sus razones para Vivir/Morir son: a) Vivir supera a morir.	4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es: a) Ninguno (inexistente)

<p>b) Equilibrado (Es igual)</p> <p>c) Morir supera a vivir.</p>	<p>b) Poco (débil)</p> <p>c) Moderado a fuerte.</p>
<p>5. Deseo pasivo de suicidio:</p> <p>a) Tomaría precauciones para salvar su vida.</p> <p>b) Dejaría la vida/muerte a la suerte.</p> <p>c) Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.</p>	<p>NOTA: Si has seleccionado el inciso a) en los reactivos 4 y 5, <u>deja de contestar este cuestionario y pasa al siguiente.</u></p>
<p>II. Características de los pensamientos/deseos de suicidio.</p>	
<p>6. Su duración de los pensamientos/deseos son:</p> <p>a) Breves, duran poco tiempo o son pasajeros.</p> <p>b) Períodos largos.</p> <p>c) Continuos (crónicos) o casi continuos.</p>	<p>7. Su frecuencia de los pensamientos/deseos son:</p> <p>a) Rara vez, ocasionalmente.</p> <p>b) Intermitentes.</p> <p>c) Persistentes y continuos.</p>
<p>8. Su actitud hacia los pensamientos/deseos es:</p> <p>a) Rechazo.</p> <p>b) Ambivalente, indiferente.</p> <p>c) Aceptación.</p>	<p>9. Su control sobre la acción/deseo de suicidio:</p> <p>a) Tiene sentido de control.</p> <p>b) Inseguridad de la capacidad de control.</p> <p>c) No tiene capacidad de control.</p>
<p>10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar):</p> <p>a) No lo intentaría porque algo lo detiene.</p> <p>b) Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.</p> <p>c) No tiene, o tiene mínimo interés en las razones que lo detienen.</p>	<p>11. Sus razones para pensar/desear el intento suicida:</p> <p>a) Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.</p> <p>b) Una combinación de a y b.</p> <p>c) Escapar, acabar, una manera de salir de los problemas.</p>
<p>III. Características del intento.</p>	
<p>12. De acuerdo con el método: Especificidad/planificación de pensar en el intento.</p> <p>a) Sin considerar método o plan.</p> <p>b) Considerado, pero sin elaborar los detalles.</p> <p>c) Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.</p>	<p>13. De acuerdo con el método: Disponibilidad/oportunidad de pensar en el intento:</p> <p>a) Método no disponible; sin oportunidad.</p> <p>b) Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.</p> <p>c) Método y oportunidad disponible.</p> <p>d) Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.</p>

14. La sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento: a) Falta de valor o capacidad. b) No está seguro de tener el valor o la capacidad. c) Está seguro de tener el valor y la capacidad.	15. La expectativa de anticipación de un intento real: a) No. b) Sin seguridad, sin claridad. c) Si.
IV. Actualización del intento.	
16. La preparación real de realizar un intento: a) Ninguna preparación. b) Preparación parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos). c) Preparación completa (tengo preparativos terminados).	17. La nota suicida: a) No he escrito una nota o carta (ninguna). b) Sólo pensada, iniciada, o sin terminar. c) Nota o carta escrita (terminada)
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos o pagos) a) Ninguno b) Arreglos parciales, o sólo pensados. c) Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales.	19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado: a) Ha revelado las ideas abiertamente. b) He revelado las ideas con reservas. c) Encubre, engaña o miente.
20. ¿Ha tenido intentos de suicidio anteriores? a) No. b) Uno. c) Más de uno.	

8.5. Anexo V: Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D)

CES-D

A continuación, hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días a la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas.

<i>Durante cuántos días...</i>	<i>En la semana pasada</i>			<i>Últimas dos semanas</i>	
	Escasamente	Algo	Ocasionalmente	La mayoría de las veces	Casi diario
	(0 días)	(1 a 2 días)	(3 a 4 días)	(5 a 7 días)	(10 a 14 días)
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Tenía poco apetito.					
2. No podía quitarme la tristeza.					

3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo.					
4. Me sentía deprimido/a.					
5. Dormía sin descansar.					
6. Me sentía triste.					
7. No podía seguir adelante.					
8. Nada me hacía feliz.					
9. Sentía que era una mala persona.					
10. Había perdido interés en mis actividades diarias.					
11. Dormía más de lo habitual.					
12. Sentía que me movía muy lento.					
13. Me sentía agitado/a.					
14. Sentía deseos de estar muerto/a.					
15. Quería hacerme daño.					
16. Me sentía cansado/a todo el tiempo.					
17. Estaba a disgusto conmigo mismo/a.					
18. Perdí peso sin intentarlo.					
19. Me costaba mucho trabajo dormir.					
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes.					
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan.					
22. Sentía que era tan bueno/a como otra gente.					
23. Todo lo que hacía era con esfuerzo.					
24. Me sentía esperanzado/a hacia el futuro.					
25. Pensé que mi vida había sido un fracaso.					
26. Me sentía temeroso/a.					
27. Me sentía feliz.					
28. Hablé menos de lo usual.					

29. Me sentía solo/a.					
30. Las personas eran poco amigables.					
31. Disfruté la vida.					
32. Tenía ataques de llanto.					
33. Me divertí mucho.					
34. Sentía que iba a darme por vencido(a).					
35. Sentía que le desagradaba a la gente.					

8.6. Anexo VI: Escala de Atención Consciente (MAAS)

MAAS

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada uno de los ítems que siguen utilizando la escala de abajo, marcando tu respuesta en cada recuadro.

#	Ítem	Casi nunca (6)	Con muy poca frecuencia (5)	Con poca frecuencia (4)	Con cierta frecuencia (3)	Con mucha frecuencia (2)	Casi siempre (1)
1	Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.						
2	Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.						
3	Me es difícil permanecer centrado/a en lo que ocurre en el momento actual.						
4	Tiendo a caminar deprisa hacia donde me dirijo, sin prestar atención a lo que voy experimentando por el camino.						
5	Tiendo a no darme cuenta de las sensaciones de tensión física o malestar hasta que realmente me llaman la atención.						
6	Se me olvida el nombre de una persona casi tan pronto como me lo dicen por primera vez.						

7	Parece que voy "con el piloto automático puesto", sin ser muy consciente de lo que estoy haciendo.						
8	Hago las cosas deprisa y corriendo sin estar muy atento a lo que hago.						
9	Me centro tanto en el objetivo que quiero alcanzar que pierdo la noción de lo que estoy haciendo para conseguirlo.						
10	Hago trabajos o tareas de forma automática, sin ser consciente de lo que estoy haciendo.						
11	Me sorprende escuchando a medias a alguien, mientras hago otra cosa al mismo tiempo.						
12	Me conduzco en "piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí.						
13	Me descubro preocupado por el futuro o el pasado.						
14	Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.						
15	Pico cosas de comer sin darme cuenta de que estoy comiendo.						

8.7. Anexo VII: Cuestionario de Espiritualidad de Parsian & Dunning (SQ)

SQ

La **espiritualidad** es el "*aspecto de la humanidad que se refiere a la forma en que los individuos buscan y expresan el significado y el propósito, y la forma en que experimentan su conexión con el momento, con el yo, con los demás, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado*" (Puchalski et al., 2009 p.887). Con base en la definición anterior, por favor indica tu grado de acuerdo con cada uno de los ítems a continuación, utilizando la escala.

#	Ítem	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	De acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
A1	Creo que soy una persona valiosa.				
A2	Creo que tengo las mismas cualidades y defectos que otras personas.				
A3	Siento que tengo muchas cualidades.				
A4	Tengo una actitud positiva conmigo mismo/a.				

A5	En general me siento satisfecho/a con la persona que soy.				
A6	Siento que soy una persona compasiva y amable.				
A7	En general soy una persona que cree en sí misma.				
A8	Creo que mi vida tiene algún significado.				
A9	Soy capaz de entender lo que representan las situaciones difíciles.				
A10	Pienso en aspectos positivos cuando evalúo mi vida.				
B11	La espiritualidad me ayuda a definir las metas que establezco en mi vida.				
B12	La espiritualidad me ayuda a decidir quién soy.				
B13	La espiritualidad me ayuda a decidir mi orientación general en la vida.				
B14	La espiritualidad está integrada en mi vida.				
C15	Reflexiono para alcanzar la paz interior.				
C16	Leo libros de crecimiento espiritual y autoayuda.				
C17	Empleo el silencio para ponerme en contacto con mi yo interior.				
C18	Trato de vivir en armonía con la naturaleza.				
C19	A menudo me involucro en programas para cuidar el medio ambiente.				
C20	Trato de encontrar momentos para ampliar mi espiritualidad.				
D21	Busco la belleza física, espiritual y emocional en la vida.				
D22	Trato de encontrar respuesta a los misterios o dudas de la vida.				
D23	Trato de alcanzar la paz interior y la armonía.				
D24	Realmente disfruto escuchar música.				
D25	Estoy buscando un propósito en la vida.				
D26	Mi vida es un proceso de cambio y está en evolución.				
D27	Necesito tener un vínculo emocional fuerte con las personas que me rodean.				
D28	Mantener y fortalecer las relaciones con los demás es importante para mí.				
D29	Estoy desarrollando una visión particular de vida.				

**Muchas gracias por apoyarnos.
Tu participación es muy valiosa para nosotros.**



8.8. Anexo VIII: Carta de envío del Artículo

[NS] Submission Acknowledgement



NS

Nova Scientia <nova_scientia@delasalle.edu.mx>

Lun 30/03/2020 02:03 PM

Usted ▾



Axel Ramírez Garduño:

Thank you for submitting the manuscript, "Mindfulness disposicional, espiritualidad y religión y su papel como factores protectores del consumo de sustancias en adolescentes mexicanos" to Nova Scientia. With the online journal management system that we are using, you will be able to track its progress through the editorial process by logging in to the journal web site. PLEASE CHECK YOUR SPAM TRAY FOR FUTURE CORRESPONDENCE.

Manuscript URL:

<http://novascientia.delasalle.edu.mx/ojs/index.php/Nova/author/submission/2460>

Username: psicaxelrmz

If you have any questions, please contact me. Thank you for considering this journal as a venue for your work.

Nova Scientia

Nova Scientia

ISSN 2007 - 0705

Tel. 01 477 214 3900 ext. 6305

<http://novascientia.delasalle.edu.mx/>

8.9. Anexo IX: Resumen del artículo

Título: *Mindfulness* disposicional, espiritualidad y religión y su papel como factores protectores del consumo de sustancias en adolescentes mexicanos.

Introducción: Los adolescentes son particularmente vulnerables a conductas de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y drogas ilegales), lo que puede conducir a otros trastornos a lo largo de la vida. A medida que el consumo de sustancias ha aumentado a través de los años, es importante la integración de nuevas perspectivas en la cultura de la prevención y el cuidado en la juventud y la población general. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las relaciones entre *mindfulness* disposicional, espiritualidad y religión, y su papel como factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, además de analizar las diferencias en las puntuaciones de *mindfulness* y espiritualidad entre consumidores y no consumidores de sustancias, y entre los diferentes grupos religiosos/espirituales.

Método: Se llevó a cabo un estudio transversal donde se evaluó a 433 adolescentes estudiantes de nivel medio superior de entre 14 y 19 años (Media = 16.27 ± .91). Se ejecutaron pruebas de correlación estadística para evaluar la relación entre las variables, además de las pruebas *t* de Student y ANOVA unidireccional para explorar las diferencias en las puntuaciones de *mindfulness* y espiritualidad entre los grupos de consumidores y no consumidores de sustancias, y entre los grupos religiosos/espirituales, respectivamente. Finalmente por medio de un análisis de regresión logística binaria, se evaluó el grado de predicción de consumo de sustancias psicoactivas.

Resultados: La muestra reportó mayor consumo de sustancias psicoactivas a comparación de la última encuesta nacional. El *mindfulness* disposicional se correlacionó de manera positiva con la espiritualidad y la religión, y de manera inversa con el consumo de sustancias, con una fuerza de leve a moderada. Además, los individuos que consumían sustancias psicoactivas tenían puntuaciones significativamente menores en *mindfulness* a quienes nunca habían consumido en absoluto, pero no se encontraron diferencias con respecto a las puntuaciones de espiritualidad. Las puntuaciones en *mindfulness* y espiritualidad fueron significativamente mayores en quienes pertenecían formalmente a una religión. Finalmente, la pertenencia a una religión, seguida del *mindfulness* disposicional fueron las mejores variables predictoras como factor de protección de consumo de alcohol y drogas, mientras que la espiritualidad no fue una variable que contribuía significativamente a los modelos y por lo tanto fue eliminada.

Discusión o Conclusión: El *mindfulness* disposicional, la espiritualidad y la religión son variables relacionadas entre sí. La pertenencia a la religión y el *mindfulness* disposicional podrían ser un mejores factor protector ante el consumo de sustancias en adolescentes que la espiritualidad. El *mindfulness* disposicional además fue mayor en quienes practicaban formalmente una religión. Finamente, el consumo de sustancias psicoactivas podría alterar las habilidades relacionadas con el *mindfulness*, pero es necesaria más investigación que pueda complementar y esclarecer estos resultados en población mexicana.