



Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**EFFECTO DE LA ATENCIÓN PLENA COMPASIVA SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA
ANSIOSA Y DEPRESIVA EN ADOLESCENTES CON RIESGO PARA EL CONSUMO
DE DROGAS**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

ERICK ALVAREZ ORTIZ

DIRECTORA:

**DRA. ANA BEATRIZ MORENO COUTIÑO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

COMITÉ:

**DR. RAÚL ÁVILA SANTIBÀÑEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. CÉSAR AUGUSTO CARRASCOZA VENEGAS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

Ciudad de México

MARZO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

-Hola, Franklin ¿Cuánto tiempo has estado aquí?
 -No sé, un rato... Es tranquilo.
 -Claro, ¿te gustaría columpiarte conmigo un rato?
 -Creo que hoy no... Tío Johnny murió.
 -Sí, lo sé... Lamento mucho lo que pasó... ¿Cómo estás sobrellevando todo eso?
 -No tan bien... No puedo dormir, sigo teniendo pesadillas.
 -Sí... Sí, entiendo lo que quieres decir.
 -¿Qué dices si despejamos un poco nuestras cabezas? [...] ¿Ya desayunaste hoy?
 -No tengo mucha hambre.
 -Bien, estoy hambriento por un hotdog, pero no comeré a menos que tú lo hagas. No me hagas suplicar.
 -...ok.
 -Muy bien, entonces dos salchichas serán. [...] ¿Me prestas un dólar? [...] ¿Está bueno?
 -Oh sí.
 -Verás, hay algo que quiero contarte, y no sé si tu mamá o tu papá ya te habrán contado esto antes, pero cuando yo era más joven, no de tu edad, más grande, pero aun así muy joven, yo también perdí a mi tío. Éramos muy unidos, igual que lo eran tu tío y tú. ¿Ya sabías eso?
 -No. ¿Y qué pasó?
 -Lo asesinaron durante un robo.
 -Lo siento...
 -Yo también, y no pasa un solo día en que yo no piense en él, ni uno solo, pero eso ya no me entristece más... Digo, por supuesto que desearía que él aún estuviera aquí, y ¡por Dios! cómo lo extraño, pero después de un tiempo, las pesadillas, las peores, como las que tú tienes, comienzan a desaparecer y comienzas a gastar tu tiempo en recordar cuánta diversión tuvieron juntos o cuánto se amaban.
 -¿Cuánto falta para que ocurra eso?
 -...Tomará un rato. Toma, tienes ketchup en la cara.
 -Gracias. [...] ¿Puedo decirte un secreto Spiderman?
 -Por supuesto que sí.
 -Creo que pude haber evitado que el tío Johnny muriera.
 -Pues te prometo no contar a nadie el secreto. ¿Te puedo decir uno yo?
 -Sí.
 -Yo sé que pude haber evitado que mi tío muriera.
 -¿En serio?
 -En serio.
 -... ¿Y por qué tú no...?
 -Porque era muy joven, porque no comprendía cuán importante es cada decisión que tomamos. Porque yo tenía que aprender que cuando tenemos dones como los nuestros, no debemos pensar primero en nosotros mismos, tienes que pensar en la suerte que es tenerlos, y en cuánto otras personas necesitan ayuda... Eso es lo que mi tío hubiese querido de mí, y eso es lo que tu tío Johnny querría de ti... ¿Lo entiendes?
 -Sí.
 -Bien, ahora ven. Necesito llevarte a casa.
 -Hey Spiderman...
 -¿Sí?
 -¿Cuál era el nombre de tu tío?
 -**Su nombre era Ben.**

*Fantastic Four #588 - "Uncles"
 En memoria de Stan Lee. ¡Excélsior!*

Agradecimientos

A la persona a quien le debo todo, la mujer más maravillosa de este mundo, mi fuente de impulso y motivación para ser mejor cada día, mi madre Emiliana, y a mis hermanas, par de feas, Katy y Diana.

A mi familia; a Paco y a Celso, quienes cada uno ha sido como un padre para mí; a mi tía Romy, mi segunda madre; a la mamá Juana, mi querida abuela; y al papá Toño, el mejor ejemplo de un gran hombre.

A mis amigos, a quienes podría dedicarles infinitamente más palabras que las presentes en este escrito. A Ángeles Sebastián e Israel Castro, mis amigos de toda la vida, quienes han estado para mí desde los días más oscuros hasta los más radiantes. A Fany Zamudio, mi compañera, cómplice y confidente en incontables aventuras; a Asahel Arroyo, el mejor hermano que pude encontrar y con quien comparto una amistad inquebrantable, forjada en el fulgor de la música; a David Salinas, hermano, tú me enseñaste a vivir; a Adán Torres, mi primo favorito, cuyo lugar en mi familia tienes más que merecido; a Anayansi Rico, mi querida flaquita, quien me enseñó a usar a mi favor todo aquello que creía defectos de mi persona; a Mike Granados, quien me ha hecho merecedor de su confianza; a Enoc Retana, siempre aprendí de tu nobleza y espero se me haya contagiado un poco de ella; y a Balam Pérez, por leerme y tener un buen consejo siempre que lo he necesitado. Los amo mis amigos.

Al Dr. Marco Antonio Martínez, por confiar en mí, por ser mi mentor y mi guía, por iniciarme en este camino y ser un gran apoyo en cada proyecto.

A la Dra. Ana Moreno, mi tutora, por mostrarme nuevos horizontes, una perspectiva diferente de mi labor como psicólogo, y una nueva filosofía de vida.

A los miembros de mi comité por sus valiosas observaciones y aportes para la finalización de este trabajo, en especial a la Dra. Lydia Barragán, por su incomparable compromiso en la formación profesional de los residentes de la maestría.

A Gerardo Sanluis y Miguel Jurado, por demostrarme que no importan el momento ni las circunstancias, siempre se pueden encontrar nuevos amigos y por hacer de esta una aventura divertida, y a César Sánchez, de quien aprendí mucho, eres un verdadero maestro pokémon.

A Erick Ramírez, mi otro yo, mi día más brillante, mi compañero, amante y amigo, por tu paciencia y comprensión, por tu compañía y cariño, eres lo mejor que me ha pasado, te amo.

“Al fin y al cabo, somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”

Eduardo Galeano

Índice

Resumen	v
Abstract.....	vi
Adolescencia y consumo de sustancias psicoactivas	1
Epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en México	1
Factores de riesgo durante la adolescencia.....	2
Prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes	4
Niveles de prevención.....	4
Prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en México	6
Sintomatologías ansiosa y depresiva como factores de riesgo durante la adolescencia.....	8
Ansiedad: Conceptualización, epidemiología y relación con el consumo de drogas en adolescentes.	9
Depresión: Conceptualización, epidemiología y relación con el consumo de drogas en adolescentes. .	11
Atención plena compasiva	15
Las tres generaciones de terapias conductuales.....	15
Definición de Atención Plena Compasiva.....	18
Aspectos principales de la Atención Plena Compasiva	21
Meditación.	22
Compasión.	23
Mecanismos de acción de la atención plena.....	25
Antecedentes de la Atención Plena en el tratamiento de las sintomatologías ansiosa y depresiva	26
Método.....	29
Participantes.....	29
Instrumentos	30
Diseño.....	32
Procedimiento	32
Análisis estadísticos	36
Resultados.....	37
Intra-sujetos	37
Inter-grupos	38
Discusión	46
Referencias	54
Anexos.....	62

Resumen

El incremento en el consumo de drogas en adolescentes, y el inicio del consumo a edades cada vez más tempranas, indica la necesidad de generar estrategias de prevención más efectivas, considerando factores etiológicos del consumo como la sintomatología ansiosa y depresiva. El enfoque de Atención Plena Compasiva ha demostrado ser efectivo en la reducción de dichos síntomas. El objetivo del estudio fue aplicar y evaluar una intervención basada en atención plena compasiva y determinar su efecto sobre la sintomatología ansiosa y depresiva y niveles de atención plena, en adolescentes con riesgo para el consumo de drogas. Se utilizó un diseño experimental pretest-postest con dos grupos experimentales, con intervenciones de Atención Plena Compasiva y Habilidades para la Vida, respectivamente; y un grupo control, sin intervención. Participaron 45 estudiantes de secundaria con una edad media de 11.7 años. Se utilizaron los instrumentos POSIT, AAA, CES-D-R y FFMQ. Los resultados intra-sujetos arrojaron que el grupo APC mostró disminución significativa en sintomatología ansiosa ($t(14)=3.667$, $p<0.01$) y depresiva ($t(14)=2.698$, $p<0.05$), e incremento en atención plena ($t(14)=-6.678$, $p<0.001$). Los resultados inter-grupos, revelaron diferencias significativas en favor del grupo APC en el POSIT ($F(2,42)=3.834$, $p<0.05$), sintomatología ansiosa ($F(2,42)=6,108$, $p<0.05$), depresiva ($F(2,42)=5.820$, $p<0.05$), y atención plena ($F(2,42)=55.295$, $p<0.001$). Mediante el cálculo de la d de Cohen se observó un tamaño del efecto mayor en el grupo APC para todas las variables. Los resultados sugieren que la Atención Plena Compasiva puede ser una estrategia efectiva de prevención selectiva para el consumo de drogas en adolescentes.

Palabras clave: Atención Plena Compasiva, Prevención selectiva, Adolescencia, Sintomatología ansiosa, Sintomatología depresiva.

Abstract

The increase in the consumption of drugs in adolescents, and the beginning of consumption at younger ages, indicates the need to generate more effective prevention strategies, considering etiological factors of consumption as anxious and depressive symptomatology. The Compassionate Mindfulness approach has been shown its effectiveness to improve such symptomatology. The objective of this study was to apply and test an intervention based on Compassionate Mindfulness, and determine its effect on anxious and depressive symptomatology, and mindfulness levels in adolescents at risk for drug use. A pretest-posttest experimental design was used, with two experimental groups, with Compassionate Mindfulness and Life Skills Training interventions, respectively; and a control group without intervention. 45 high school students with an average age of 11.7 years participated. The instruments POSIT, AAA, CES-D-R and FFMQ were used. The results intra-subjects showed that the CM group showed significant decrease in anxious symptomatology ($t(14) = 3.667, p < 0.01$) and depressive ($t(14) = 2.698, p < 0.05$), and increase in mindfulness ($t(14) = -6.678, p < 0.001$). The inter-groups results, revealed significant differences in favor of the CM group in POSIT ($F(2,42) = 3.834, p < 0.05$), anxious symptomatology ($F(2,42) = 6.108, p < 0.05$), depressive symptomatology ($F(2,42) = 5.820, p < 0.05$), and mindfulness ($F(2,42) = 55.295, p < 0.001$). By calculating the Cohen d , a larger effect size was observed in the MC group for all the variables. The results suggest that Compassionate Mindfulness approach can be an effective strategy of selective prevention against drug use in adolescents.

Keywords: Compassionate Mindfulness, Selective prevention, Adolescence, Anxious symptomatology, Depressive Symptomatology

Adolescencia y consumo de sustancias psicoactivas

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.

La niñez y la adolescencia son etapas en las que se forma y consolida la personalidad. Se crean hábitos y se establecen las primeras relaciones significativas. En estos periodos los individuos aprenden a comunicar ideas, enfrentar problemas y empiezan a conocerse a sí mismos ya darse a conocer. Estas características hacen que, principalmente los adolescentes busquen maneras de expresarse, de actuar y de demostrar lo que son y lo que pueden hacer. Cuando no cuentan con las herramientas necesarias para hacerlo de forma positiva, pueden asumir conductas que obstaculizan su desarrollo físico, emocional y social, como puede ser el consumo de drogas (Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, 2013).

Epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en México

Respecto a los niveles e índices de consumo de sustancias en nuestro país, en adolescentes de 12 a 17 años, comparando los datos arrojados por la ENCODAT (2016) con los de la ENA (2011) se observa que:

- La prevalencia alguna vez de consumo de drogas ilegales aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%: en el último año de 1.5% a 2.9% y en el último mes, se mantuvo estable (0.9% en 2011, 1.2% en 2016).

- La marihuana aumentó significativamente tanto en el consumo alguna vez (2.4% a 5.3%) como en el último año (1.3% a 2.6%).
- La cocaína y los inhalables no tuvieron un crecimiento significativo con respecto a 2011.

Asimismo, en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014) se señala que el consumo experimental se inicia desde los 10 años, señalando que la prevalencia total del consumo de drogas a nivel básico es de 3.3%, presentándose una prevalencia mayor en niños (4.7%) que en niñas (1.7%). El incremento en el consumo de drogas en adolescentes, y el inicio en el consumo a edades cada vez más tempranas, pone de manifiesto la necesidad de detectar oportunamente factores de riesgo etiológicos del consumo y desarrollar acciones preventivas que impacten en los mismos de manera efectiva, objetivo que, de acuerdo con los datos, no ha sido logrado con las acciones emprendidas hasta el momento.

Factores de riesgo durante la adolescencia

Históricamente el concepto de riesgo en salud ha sido ampliamente usado en salud pública y en la clínica. En general, los autores (Jessor, 1991, Donas, 1998, Pandina, 1996, Rodríguez, 1995, Suárez y Krauskopf, 1995, en Rojas, 2001) conceptualizan el riesgo como la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo social.

De acuerdo con el NIDA (2003) se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o el mantenimiento del uso y abuso de drogas. La idea central del enfoque de riesgo descansa en el hecho de que el riesgo brinda una medida de la necesidad de atención de la salud.

El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud, permite anticipar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar esa eventualidad.

Específicamente, respecto al consumo de drogas en adolescentes, Carvallo et al. (2004) agrupan los factores de riesgo en las categorías individual, contextual e interpersonal.

Los factores de riesgo individuales hacen referencia a la vulnerabilidad biológica, a determinadas tendencias o patrones de conducta, a estados emocionales negativos o a las actitudes favorables hacia el uso de drogas.

Los factores de riesgo contextuales o ambientales operan a una escala extensa y alejada de la conducta de consumo. Ejemplos de estas variables serían las regulaciones legales sobre la venta y el consumo de drogas, los factores culturales, geográficos y económicos, la influencia de los medios de comunicación o los factores de tipo comunitario.

Por último, los factores de riesgo interpersonales tienen que ver con el ámbito escolar, con el grupo de amigos y con el ámbito familiar y juegan también un papel primordial en el inicio y el mantenimiento de las conductas de uso de drogas.

En México, el principal instrumento utilizado para detectar riesgo en adolescentes, es el Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, elaborado por el National Institute for Drug Abuse (1991) y validado en adolescentes mexicanos por el Instituto Nacional de Psiquiatría (Mariño, González, Andrade y Medina, 1998). Incorporado en el Plan Nacional de Desarrollo 2008 – 2012 como instrumento de tamizaje con el objetivo de detectar personas que están en riesgo para consumir sustancias psicoactivas, el POSIT se compone de 7 áreas de funcionamiento de los adolescentes, las cuáles son: uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares,

relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delictiva. Dentro de estas áreas, es importante destacar el factor Salud Mental, en el cual se miden las conductas relacionadas con un estado de ánimo negativo asociado con depresión y ansiedad, considerando que los problemas emocionales pueden ser un factor etiológico primario del inicio en el uso de drogas o en el desarrollo del uso continuo.

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

Como consenso general, se ha establecido que la prevención, son todas aquellas acciones encaminadas a impedir o disminuir la aparición de un problema. En el contexto del consumo de drogas y los problemas relacionados con su uso, la prevención puede definirse como la acción y el efecto de las estrategias, programas e intervenciones, diseñados con el objetivo de cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales que promueven el uso de drogas, así como los problemas y daños relacionados con el uso que se experimentan en los distintos niveles, individual, familiar, escolar, comunitario, etcétera (Salvador et al., 2010).

Las estrategias preventivas, en general, tienen como objetivo cumplir con uno o más de los siguientes objetivos: evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, evitar la progresión hacia un uso frecuente o regular, evitar o minimizar los riesgos asociados al consumo, o prevenir o reducir los daños derivados del consumo de drogas.

Niveles de prevención

El objetivo principal de una estrategia de prevención, dependerá de en qué nivel se encuentre ésta, es decir, una estrategia de prevención, desde su concepción, debe estar diseñada con un objetivo específico y definir en éste la población y sus características, hacia la cual se dirigirá su aplicación.

En el campo de la prevención, tradicionalmente se utilizaba la clasificación propuesta por Caplan (1980), la cual diferenciaba entre los niveles primario, secundario y terciario, siendo éstos equivalentes a prevenir, curar y rehabilitar, considerando que, el nivel primario se refiere a intervenir antes del surgimiento del problema o la enfermedad; en el nivel secundario se tiene por objetivo impedir el progreso de la enfermedad cuando ésta se encuentra en sus primeras etapas, y el nivel terciario, se implementa cuando la enfermedad ha iniciado y su propósito es evitar complicaciones o recaídas.

Sin embargo, dicha clasificación se ha considerado más cercana a la prevención de enfermedades de origen biológico, lo cual no permite tomar en cuenta los elementos etiológicos complejos involucrados en el consumo de drogas (Salvador et al., 2010), por lo cual, sumado a la inclusión de factores de riesgo y protección, se ha optado por utilizar la clasificación de Gordon (1987), citado por Becoña (2002), la cual establece niveles en función del riesgo al que se halla expuesta cada persona o grupo poblacional.

La clasificación de Gordon, considera, de igual forma, tres niveles de prevención: universal, selectiva e indicada. La prevención universal, es aquella dirigida a la población general, buscando impactar en la mayor cantidad de individuos posibles, utilizando estrategias como campañas informativas, pláticas en centros escolares, o mensajes a través de los medios de comunicación, su propósito principal es impedir o retrasar el inicio en el consumo. En la prevención selectiva, las acciones son dirigidas a sectores o individuos detectados con un mayor riesgo en comparación con sus pares, al igual que en la prevención universal, su propósito es impedir o retrasar el inicio en el consumo, pero en este caso, en subgrupos de la población que por sus características, son más vulnerables, requiriendo intervenciones más específicas para disminuir los factores de riesgo. Finalmente, la prevención indicada tiene como población objetivo aquellos individuos que ya han

tenido contacto con las sustancias o ya mantienen el consumo, destinándose acciones como tratamientos específicos para lograr la abstinencia, reducción de daños o prevención de recaídas.

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en México

Las estrategias para la prevención e intervención en materia del consumo de drogas, se encuentran insertas en el Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018, cuyo objetivo es reducir la demanda de consumo de sustancias psicoactivas y los problemas derivados del mismo.

En este programa, se incluyen acciones preventivas y de protección a la salud como la promoción de Ambientes 100% Libres de Humo de Tabaco, estilos de vida saludables y desarrollo de habilidades para la vida, sensibilizar sobre los riesgos del consumo, orientar y otorgar psicoeducación y destacan la necesidad de incrementar dichas acciones en poblaciones vulnerables, como lo son los adolescentes.

Para el desarrollo e implementación de estrategias de prevención, se tienen tres ejes principales; el primero es, en coordinación con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el levantamiento y publicación de las encuestas nacionales, tanto en población general como en estudiantes, con el propósito de tener actualizadas las prevalencias de consumo, edades de inicio, y medir la efectividad de los programas; como segundo, se creó y entró en operación el Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, con la finalidad de sistematizar información e indicadores provenientes de diversas fuentes nacionales, para optimizar los recursos y la operación de programas de prevención y tratamiento de las adicciones; y como tercer eje, en 2012 se creó la más extensa red de servicios para la prevención de las adicciones en el país; con 335 UNEME-CAPA, ubicadas estratégicamente en 251 municipios prioritarios que cubren las 32

entidades federativas, lo que supondría un incremento de diversas acciones preventivas y de tratamiento de las adicciones a nivel nacional.

En los centros UNEME-CAPA es en donde recae la responsabilidad de operar los servicios para la prevención y atención integral de las adicciones en todo el país. Estos tienen como objetivo ofrecer a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contemple desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve. Dicho modelo otorga prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad.

Las actividades de dichos centros se guían por un protocolo que abarca desde la prevención universal hasta la prevención indicada, llevándose a cabo de la siguiente manera: como actividades de prevención universal se contempla el trabajo conjunto con escuelas, unidades de salud y la comunidad en general, realizando sesiones informativas, talleres y pláticas sobre riesgos, mitos y realidades del consumo de sustancias, así como sobre temáticas de conductas de riesgo en adolescentes, asimismo se realiza de forma universal la detección de riesgo mediante el tamizaje, utilizando el instrumento POSIT, proceso mediante el cual son identificados adolescentes que requerirán recibir intervenciones de tipo selectivo o indicado.

Como intervención selectiva, se utiliza el taller para adolescentes “Habilidades para la vida” elaborado por CONADIC (2010), el cual se describe como un enfoque que enseña destrezas que permiten que los adolescentes ejerciten sus capacidades para lograr un desarrollo saludable y poder enfrentar los retos de la vida diaria. Diseñado a partir de las recomendaciones de la OPS (Mangrulkar et al., 2001), este taller compila estrategias y actividades englobadas en tres áreas de habilidades principales, habilidades sociales, habilidades cognitivas y habilidades de control de emociones (Carreras et al., 2000, Villatoro, Gutiérrez, Gaytán & Álamo, 2009, Seminario de

educación para la paz, 2000, Schiller, Bryant & Caso, 2001, Verduzco & Moreno, 2001). La efectividad del enfoque de habilidades para la vida se ha sustentado en los estudios realizados por Botvin et al. (Botvin, Baker, Renick, Filazola & Botvin, 1984, Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu, & Botvin, 1990, Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin, & Diaz, 1995), quienes mediante la implementación del “*Life Training Program Schedule*”, que consiste en un programa de 20 sesiones, con una muestra de 1185 estudiantes y seguimientos de 1 a 6 años, lograron reducir el inicio en el consumo de tabaco entre el 25 y 87 por ciento.

Sin embargo, en la literatura no se ha reportado la efectividad del programa actual de 5 sesiones implementado por los centros UNEME-CAPA, asimismo, el incremento en las prevalencias de consumo en adolescentes a edades cada vez más tempranas, pone de manifiesto la importancia de implementar estrategias alternativas de prevención, acordes a las necesidades de las poblaciones vulnerables, inclusive, al respecto la UNESCO, en su documento del Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe (PRELAC, 2002, citado por la Secretaria de Salud, 2009) afirma que, si bien el enfoque de habilidades para la vida proporciona elementos necesarios para ejercer plenamente la ciudadanía, ya no es suficiente; considerando los cambios sociales, culturales y familiares en los últimos años, es necesario que la prevención adopte un enfoque que vaya más allá de la formación cívica y tenga un impacto efectivo sobre la salud mental.

Sintomatologías ansiosa y depresiva como factores de riesgo durante la adolescencia

Las edades en que se encuentra el mayor número de personas con síntomas de ansiedad y depresión corresponden a la adolescencia y adultez temprana. En la aparición de síntomas de ansiedad y depresión entre los jóvenes, resulta clave la presencia a estas edades de una serie de factores estresantes del ámbito relacional y académico (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004, citados

en Herrera, Brocal, Sánchez & Rodríguez, 2012), entre ellos: la realización de exámenes, los problemas de adaptación escolar, los fracasos académicos y dificultades a la hora de cumplir las expectativas sobre su rendimiento, las pérdidas afectivas, problemas de identidad, ruptura familiar, etc.

En diversas investigaciones, se pone de manifiesto la relación entre la presencia de problemas emocionales y afectivos, con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Ejemplo de ello, se puede encontrar en Becoña y Miguez (2004, p. 1) quienes consideran que *“cada vez hay mayor evidencia de que existe relación entre fumar cigarrillos y distintos trastornos psicopatológicos, especialmente con depresión y distintos trastornos de ansiedad”*.

Ansiedad: Conceptualización, epidemiología y relación con el consumo de drogas en adolescentes.

De acuerdo con la Encyclopedia of Psychology (Kazdin, 2000), la ansiedad es una emoción caracterizada por una actividad aumentada del sistema nervioso autónomo, específicamente, por una activación del sistema nervioso simpático, incluyendo síntomas físicos como aumento de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea, respiración acelerada e incremento del tono muscular; así como síntomas cognitivos tales como sentimientos subjetivos de tensión, pensamientos de aprensión y preocupación. Asimismo, la ansiedad se conceptualiza como una respuesta a una amenaza no identificada o peligro anticipado, y frecuentemente esa respuesta es más intensa y no proporcional a la amenaza percibida.

En el DSM-V se define como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, y esta se considera patológica cuando es excesiva o persistente más allá de los periodos de desarrollo

apropiados. También se establece que la mayoría de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no reciben un tratamiento adecuado (APA, 2014).

Los principales datos respecto a prevalencia de ansiedad en adolescentes mexicanos, son los arrojados por la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes Mexicanos (Benjet, Borjes, Medina, Zambrano & Aguilar, 2009), realizada en la Ciudad de México en adolescentes de 12 a 17 años, con una muestra estadísticamente representativa ($n = 3005$), en la cual se utilizó una versión en español de la World Mental Health Composite International Diagnostic Interview. Los resultados revelaron que en el 29.8% (DE = 28.2 – 31.5) de los adolescentes ha presentado algún tipo de trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses, de los cuales, en cuanto a la severidad, el 26.1% (DE = 23.5 – 28.7) se considera leve, el 52.9% (DE = 49.3 – 56.4) moderada, y el 21% (DE = 18.0 – 24.0) presentaron ansiedad en un nivel severo. Cabe resaltar, que de acuerdo a dicha encuesta, la ansiedad fue el problema de salud mental con mayor prevalencia entre los adolescentes mexicanos.

Patton, Carlon, Coffey, Wolf, Hobert y Bows (1998), realizaron un estudio de cohorte, en donde realizaron un seguimiento de tres años, entre 1992 y 1995, a una muestra representativa ($N = 1688$) de adolescentes de entre 14 y 15 años del estado de Victoria en Australia. Fueron evaluados cada 6 meses con una entrevista clínica estructurada que incluía mediciones sobre el consumo de tabaco y síntomas de ansiedad y depresión. Como resultados, se obtuvo que aquellos con un alto puntaje en salud mental, 18 o más puntos (ansiedad y depresión), tenían una mayor probabilidad de iniciarse en el consumo de tabaco, $HR=3.5$ (DE = 2.0 – 6.0) para aquellos con pocos amigos fumadores, y $HR= 6.7$ (DE = 3.4 – 13.0) en aquellos con mayoría de amigos fumadores. Lo cual indica, que si bien el consumo de tabaco por parte de los pares es una importante variable para iniciarse en el consumo, la presencia de ansiedad o depresión aumenta la probabilidad de consumo

en comparación con aquellos que tuvieron un puntaje bajo en salud mental (puntaje < 12) HR = 1.9 (DE = 1.3 – 2.8).

En otro estudio con adolescentes españoles, Becoña y Miguez (2004) analizaron dos muestras representativas, una de educación primaria (N = 1447, 11 – 16 años) y otra de educación secundaria (N = 2790, 14 – 21 años) con el objetivo de analizar la relación entre consumo de tabaco y ansiedad. Los resultados indicaron que hay diferencias significativas en ansiedad entre aquellos que nunca fumaron y los otros dos grupos, fumadores ocasionales y fumadores diarios, para ambas muestras educación primaria ($F(2,1444) = 14.07, p < .001$) y educación secundaria ($F(2, 2787) = 16.33, p < .001$), presentándose la menor puntuación de ansiedad en aquellos que nunca fumaron.

Depresión: Conceptualización, epidemiología y relación con el consumo de drogas en adolescentes.

En el caso de la depresión no existe una definición totalmente aceptada, sino que ha sido descrita en función de sus síntomas (Díaz, Ramírez & Tejada, 2004). En su forma clínica, de acuerdo con el DSM-V (APA, 2014), se considera como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa, permanente durante al menos dos semanas y recurrente, con síntomas que incluyen insomnio, pensamientos rumiantes acerca de pérdida e indefensión, pérdida de peso, fatiga o falta de energía, y pensamientos de muerte o ideación suicida; que afectan de forma significativa el desenvolvimiento del sujeto en las distintas esferas de su vida cotidiana (familiar, social, laboral, académica).

Sin embargo, también se advierte la importancia de considerar las diferencias entre la tristeza normal y la tristeza de un episodio depresivo, así como las características inherentes a una persona cursando un proceso de duelo (APA, 2014). En este sentido, así como se manifiesta en la

sintomatología ansiosa, los síntomas depresivos se refieren como respuestas al entorno no proporcionales con la realidad del sujeto o de los estímulos que le rodean, diferenciándose de un estado depresivo clínico principalmente por su duración, intensidad y tendencia a la remisión.

Conductualmente, se caracteriza principalmente por una reducción generalizada en la frecuencia de conductas, como consecuencia de la pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta o de una pérdida en la efectividad de tales reforzadores. (Kessler, 1997).

Un modelo explicativo de la depresión, que integra elementos conductuales y cognitivos, es el de indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978). Inicialmente, Seligman (1975) propuso que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas, a lo que denominó indefensión aprendida, término que se refiere al estado de pasividad que se genera cuando no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias. Posteriormente, se reformuló el modelo, integrando el tipo de atribuciones que genera el sujeto ante una situación de indefensión, las cuales pueden ser: internas (creencias acerca de las características propias de la persona) o externas (ambientales), ser globales (generalizadas a todas las situaciones) o específicas (situaciones particulares) y estables (permanentes en el tiempo) o inestables (en un tiempo limitado). Cuando el estado de indefensión es atribuido a características personales, se generaliza a todas las situaciones de la vida cotidiana y es permanente en el tiempo, ocurre la pérdida de autoestima, ocasionando un estado depresivo.

De forma similar, el modelo cognitivo de la depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), pone énfasis en el procesamiento de la información e interpretaciones de la misma como origen del estado depresivo. El elemento central de este enfoque es la denominada *triada cognitiva*,

que se integra por una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, viéndose a sí mismo, el sujeto deprimido, como alguien inútil, incapaz o indeseable, al mundo como un lugar lleno de obstáculos irremediables, y se contempla al futuro como desesperanzador.

Estas interpretaciones se originan por el procesamiento erróneo de la información,, siendo los errores más comunes: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infravalorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas). Dichos errores dan lugar a los llamados *pensamientos automáticos negativos*, los cuales son cogniciones negativas específicas, que tienen las características de ser repetitivos, involuntarios e incontrolables, y que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo.

La reformulación atribucional del Modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) son las dos teorías que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos contemporáneos de la depresión (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

Respecto a la prevalencia de sintomatología depresiva, Jiménez, Wagner, Rivera y González (2015), realizaron un estudio con adolescentes de 13 a 15 años, de la Ciudad de México y Michoacán, con una muestra N= 2127, utilizando la escala CESD-R. De acuerdo con los resultados, el 12.4% calificaron con un puntaje que los ubica dentro de la categoría de síntomas

clínicamente significativos de un episodio depresivo mayor, el 27.3% se ubicó en la categoría de depresión subclínica, mientras que el 60.3% no presentó depresión. Es importante considerar que en la categoría de episodio depresivo mayor, el porcentaje de mujeres fue significativamente mayor ($\chi^2=56.294$, $gl= 2$, $p<.001$), y en general, en la Ciudad de México se encontró el mayor porcentaje de estudiantes con sintomatología depresiva.

La relación entre depresión y el inicio en el consumo de drogas en adolescentes, ha sido descrita en varios estudios. Anteriormente citado, en el estudio de Patton et al. (1998), obtuvieron resultados que sugieren una relación causal entre depresión y el inicio en el consumo de tabaco.

En un análisis de la Encuesta sobre el uso de drogas, alcohol y tabaco en la comunidad escolar del Distrito Federal del año 2000, García (2002) encontró que respecto a la sintomatología depresiva (CESD), los resultados indican que a mayor depresión es más factible que se inicie el consumo de drogas. El nivel de riesgo es de 1.4 veces más que los sujetos que no presentan síntomas de depresión ($RM= 2.41$, $p < 0.001$).

En otro estudio con estudiantes colombianos (Rodríguez, Dallos, González, Sánchez, Díaz, Rueda & Campo, 2005) cuyo objetivo fue determinar la asociación entre el consumo abusivo de alcohol y síntomas depresivos, ajustando por sexo, consumo de cigarrillos, percepción de rendimiento académico y percepción del estado de salud. Realizado en estudiantes de 15 a 19 años ($N=540$), en un análisis bivariado se observó una asociación entre el consumo abusivo de alcohol y presencia de síntomas depresivos con importancia clínica ($RP = 3.97$, $p < 0.05$); en un análisis multivariado, incluyendo las variables de percepción de bajo rendimiento académico y consumo de tabaco, la asociación se mantuvo ($OR = 3.33$, $p < 0.05$). Asimismo, Las conclusiones del

estudio destacan la importante necesidad de identificar en forma temprana la depresión y el consumo de alcohol entre adolescentes.

De igual forma, González et al. (2015) señalan que quienes padecen sintomatología depresiva en la niñez y/o adolescencia tienen mayor probabilidad de presentar distintos problemas de salud mental, tales como: agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas, en comparación con los que padecen depresión con inicio en la etapa adulta.

Atención plena compasiva

Siendo un enfoque terapéutico relativamente reciente, pero con una creciente evidencia científica y empírica que la respalda, la atención plena se inscribe dentro de las denominadas Terapias de Tercera Generación, clasificación acuñada por Hayes en 2004, considerando que las terapias de conducta se pueden categorizar en tres “olas” o “generaciones”, refiriéndose a estos términos como un conjunto de formulaciones o supuestos dominantes, métodos y objetivos, que ayudan a organizar la investigación, teoría y práctica.

Las tres generaciones de terapias conductuales

La primera generación de la terapia de conducta se ubica en la década de 1950, marcando el inicio de una nueva época en la psicología clínica (Pérez, 2006). Los terapeutas de la conducta consideraban que las teorías debían construirse sobre una base de principios básicos científicamente establecidos y las tecnologías aplicadas debían ser sumamente específicas y puestas a prueba de forma rigurosa, por lo que dicha generación surge en parte como una rebelión ante las concepciones clínicas predominantes, con el psicoanálisis como corriente hegemónica, la

cual tenía una débil conexión con el método científico, las intervenciones terapéuticas eran vagamente específicas, y había poca evidencia científica que sustentara el impacto de tales intervenciones (Hayes, 2004a).

Esta primera generación tuvo como eje principal los postulados de la psicología del aprendizaje, con dos paradigmas principales, el condicionamiento clásico o radical, y el condicionamiento operante. Considerando las variables ambientales como agente de cambio, se considera que mantenía un enfoque contextual, y si bien se consideraba una perspectiva ideográfica al atender estudios de caso particulares (Pérez, 2006), también se tuvo un gran avance con la implementación de metodologías estadísticas que permitirán hacer inferencias poblacionales (Moreno, 2012).

La segunda generación tiene sus inicios en la década de 1970, en donde se inició un cambio de los conceptos asociacionistas del aprendizaje, para dar lugar a principios mediadores más flexibles integrando la metáfora del procesamiento de la información (Hayes, 2004a).

Uno de los principales aspectos en común, y que facilitó la transición entre una generación y otra, fue el mantenimiento del enfoque en el cambio de primer orden, iniciado en la terapia conductual, y que se mantuvo en la terapia cognitiva, y en la posteriormente denominada, terapia cognitivo-conductual. En esta nueva tradición, en donde el objetivo fue estudiar el guion en la fórmula E – R, se integraron conceptos tales como el de ideas irracionales, esquemas cognitivos patológicos, y errores en el procesamiento de información, los cuales se consideraron como objetivos directos de cambio, es decir, cambiando el pensamiento, se lograría cambiar la conducta; y se crearon procedimientos terapéuticos correspondientes con esos objetivos, siendo las más destacadas la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional-Emotiva de Ellis (Hayes, 2004b).

Una de las principales críticas a la Terapia Cognitivo Conductual, tiene que ver con su postura terapéutica, en donde se parte de una lucha con los síntomas y los eventos privados, considerando que todo aquello generador de malestar debe ser erradicado o eliminado rápidamente por todos los medios posibles, lo que se logra por medio de técnicas de control, tales como eliminación, supresión, evitación, sustitución, etc. (Mañas, 2007; Tai & Turkington, 2009, citados en Moreno, 2012).

La tercera generación de terapias cognitivo-conductuales tiene su origen en los años 90's, no obstante, sería hasta el año 2004 en que recibirían tal denominación. Se considera que la emergencia de esta nueva generación es debida por una parte al desarrollo del análisis conductual y del conductismo clásico, y por otra como complemento a los vacíos que las terapias cognitivo-conductuales no han podido explicar de manera satisfactoria, así como a las limitaciones de las mismas, las cuales tienen que ver con la estandarización de tratamientos en perjuicio de aplicaciones más flexibles y ajustadas al caso (Moreno, 2012; Pérez, 2006; & Pérez, 2014).

De acuerdo con Hayes, esta generación se define de la siguiente forma:

Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no solo a la forma de éstos, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto, además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos, en lugar de tender a la eliminación de problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el paciente. La tercera ola, reformula y sintetiza las generaciones anteriores de terapia conductual y cognitiva, y las lleva a preguntas, problemas y dominios que anteriormente abordaban principalmente otras tradiciones, con la esperanza de mejorar tanto la comprensión como los resultados (Hayes, 2004b, p. 5).

Entre las principales características de esta generación, se encuentran: abandonar los cambios de primer orden como única forma de intervención; adoptar un enfoque contextualista; adoptar

más estrategias de cambio experienciales e indirectas, adicionales a las de tipo directo; ampliar de forma considerable el centro del cambio, es decir, modificar la función de los eventos privados y no necesariamente la forma de los mismos, con énfasis en el contexto; y la utilización de habilidades de aceptación y atención plena o mindfulness, nombre que se ha adoptado en la lengua inglesa.

De acuerdo con Moreno (2012), las terapias de tercera generación utilizan técnicas que en lugar de enfocarse en los síntomas del sujeto, buscan modificar su experiencia subjetiva así como la consciencia de ella, con ello los síntomas resultan excesivos u obsoletos.

Actualmente, las terapias principales de esta generación son: la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia de Conducta Dialéctica, la Terapia Conductual Integrada de Pareja, la Terapia de Activación Conductual, la Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP), la Terapia Cognitiva con base en el estar atento (Mindfulness) y la Terapia basada en el estar atento (Mindfulness) para el trastorno de ansiedad generalizada.

Definición de Atención Plena Compasiva

La técnica de atención plena, tiene sus orígenes en la filosofía milenaria del budismo, la cual es breve, sencilla, de fácil aprendizaje y aplicación, utilizable tanto en formato grupal como individual, y que en las últimas dos décadas ha demostrado su eficacia en distintas problemáticas de salud, resultando especialmente aceptable en atención primaria (Moreno, 2012).

El término de atención plena es la traducción de la palabra “*sati*”, en Pali, lengua original de los escritos budistas, que significa conciencia y atención. En lengua castellana, también otras derivaciones como “estar atento”, “conciencia plena” o “presencia plena”; y en inglés se ha

denominado como “mindfulness”. De forma general, implica la concentración del sujeto en la tarea realizada en el momento presente, sin que la mente divague acerca del futuro o pasado, sin sensación de apego o rechazo, generando claridad en la mente y alegría, tratándose de una forma específica de atender las experiencias en el aquí y ahora, y a la propia naturaleza de la mente desarrollando una forma especial de atención (Brown & Ryan, 2003; Siegel, 2010; Moreno, 2012).

Como concepto, la atención plena ha sido definida de diversas formas. Kabat-Zinn (2003) la define como la conciencia que emerge de estar atento intencionalmente, en el momento presente, sin juzgar el surgimiento de experiencias momento a momento, con una actitud de interés, curiosidad y aceptación. Baer (2003) menciona que se puede definir como la observación, sin juicio, del flujo continuo de estímulos internos y externos conforme estos surgen; por su parte Marlatt y Kristeller (1999) la definen como prestar atención en una forma particular, de manera propositiva, en el momento presente y sin juzgar.

Debido a la importancia creciente de este concepto dentro del campo de la psicología, y al observar las múltiples definiciones del mismo aún sin consenso, Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, Segal, Abbey, Speca, Velting y Devins (2004) se dieron a la tarea de integrar sus distintas acepciones y analizar sus componentes con el objetivo de obtener una definición operacional más precisa y que sirva de guía para especificar predicciones teóricas comprobables. De esta forma, establecen dos componentes, los cuales describen tanto de forma conductual como experiencial.

El primer componente se refiere a la autorregulación de la atención, refiriéndose a que ésta se mantenga en la experiencia inmediata, de esta forma, permitiendo un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente. Para esta autorregulación, se requieren

habilidades como el mantenimiento de la atención sostenida, refiriéndose ésta a tener un estado de vigilancia durante periodos prolongados en la experiencia presente, lo cual es posible a través de poner atención en la respiración de tal modo que los pensamientos, sentimientos y sensaciones puedan ser detectados en el mismo momento de su surgimiento en la conciencia. También implica la habilidad del cambio de atención, que se refiere a enfocar nuevamente la atención en la respiración, una vez que un evento mental (pensamiento, sentimiento o sensación) ha sido reconocido, es decir, se requiere de la flexibilidad de la atención de tal forma que se pueda cambiar el foco de atención de un objeto a otro.

Otra de las habilidades involucradas es la experiencia directa de los eventos, promoviendo una conciencia no elaborativa de los eventos mentales a medida que estos surgen, en otras palabras, el sujeto no se queda atrapado en patrones de pensamiento elaborativo, juicios, o rumiativos sobre la propia experiencia. Esta práctica se distingue de las prácticas de supresión de pensamiento, dado que todo evento mental es considerado como objeto de observación y no de distracción, por lo que, una vez reconocidos, la atención es dirigida nuevamente a la respiración, previniendo de esta forma elaboraciones futuras, inhibiendo el proceso elaborativo sobre pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen en cada momento, así, la atención plena se relaciona con el desarrollo de la inhibición cognitiva, en particular, con la selección de estímulos.

El segundo componente propuesto por Bishop et al. (2004) se refiere a adoptar una orientación particular hacia la experiencia propia, en el momento presente y caracterizada por la curiosidad, apertura y aceptación. Así, los eventos mentales, son vistos, no evitados, y sometidos a observación, por lo que durante la meditación (la cual se explicará posteriormente), la persona no intenta producir un estado de relajación o modificar lo que está sintiendo, sino que se convierte en un observador de la propia experiencia. De esta forma, se mantiene una postura de aceptación

hacia cada momento de la experiencia, siendo la aceptación definida como estar abierto a la realidad momento a momento, involucrando una decisión consciente de abandonar cualquier intento de modificar la vivencia presente y un proceso activo de permitir todo acontecimiento o evento mental en la experiencia actual.

Considerando lo mencionado, adoptando una postura de aceptación y curiosidad, a través de la práctica de la atención plena se logra la reducción del uso de estrategias cognitivas y conductuales para evitar aspectos de la experiencia, igualmente, adoptando esta postura hacia sentimientos o pensamientos dolorosos o desagradables, cambia el contexto psicológico en el cual estos son experimentados, suponiendo una reducción del malestar psicológico, debido a que el contexto de la aceptación cambia sus significados subjetivos.

En suma, Bishop et al. (2004) consideran que la atención plena es un proceso de autorregulación de la atención con el fin de generar una conciencia no elaborativa de la experiencia actual, relacionándose con la experiencia propia dentro de una orientación de curiosidad, apertura y aceptación; de esta forma, estos autores la consideran como un proceso metacognitivo.

Aspectos principales de la Atención Plena Compasiva

Como se mencionó anteriormente, la práctica de la atención plena tiene sus orígenes en el budismo. Uno de los principios de esta filosofía, es la importancia de una mente entrenada con el propósito de lograr una interpretación correcta de la realidad, asegurando que con el entrenamiento de la mente en atención plena se puede llegar a estados de mayor tranquilidad, sin dejarse llevar por los deseos, preocupaciones o engaños que se originan debido a una interpretación equivocada de la realidad, sin embargo, para que la atención plena tenga un correcto desarrollo, ésta debe basarse en los principales preceptos budistas (Moreno, 2012).

Meditación.

Las prácticas de meditación ayudan a examinar la naturaleza última de la realidad, considerada desde la filosofía budista, como aquella en la que ningún fenómeno, evento y ni siquiera el propio yo, existe de forma independiente (interdependencia), no poseen características intrínsecas sino que éstas siempre son asignadas de forma subjetiva (vacuidad) y a su vez, todo se encuentra en constante cambio (impermanencia) (Gyatso, 2004). En este sentido, la práctica de la meditación dirige a tomar consciencia de estos aspectos de la realidad. Se distinguen dos tipos de meditación, Shamata y Vipassana.

La meditación shamata también denominada meditación unificadora, tiene como objetivo calmar los pensamientos y emociones perturbadoras mediante la atención a un objeto de fijación, siendo éste comúnmente la respiración, aunque también se puede utilizar un foco, la llama de una vela, una imagen, etc. (Gyatso, 2010). Esta práctica se basa en observar la respiración levemente y con atención, teniendo como disciplina lograr que la mente vuelva una y otra vez a la respiración. Con el perfeccionamiento de la práctica, la persona consigue unificarse con la respiración, y con ello, incluso la respiración, logra pasar desapercibida y se logra una concentración en el momento presente. Este conjunto de actividades tienen como propósito experimentar un estado de atención plena ininterrumpido, considerándose de esta forma, la atención plena como el instante de consciencia pura antes de la conceptualización o proceso elaborativo, una observación sin juicio, y la habilidad para observar sin crítica viendo las cosas sin calificativos.

La meditación Vipassana o analítica, tiene cuatro fundamentos básicos para su práctica, los cuales se refieren a los fenómenos físicos y mentales que surgen y deben ser notados conscientemente a cada momento. Estos fundamentos son:

1. Observar el cuerpo: Ver aquello que hace que el cuerpo se mueva, captar la intención que impulsa a la mente a actuar.
2. Observar las sensaciones: Prestar atención al apego a las sensaciones, sean estas agradables, desagradables o neutras.
3. Observar la mente: Estar atento de la atracción, la repulsión y la indiferencia que aparece en el pensamiento.
4. Observar los eventos mentales: Todos aquellos que surjan; como la alegría, apatía, preocupación, calma, duda, inquietud, y cualquier otra actitud mental.

La meditación Vipassana tiene como objetivo aprender a prolongar el momento original logrado mediante la meditación Shamata, de esta forma, mediante la indagación y la introspección, la atención plena hace posible el crecimiento de la sabiduría y la compasión, logrando un estado completamente desarrollado de consciencia pura, el cual es un estado de no apego a cualquier cosa en el mundo (Nayaka-Thera, 2003, en Moreno, 2012).

Compasión.

El concepto de compasión, en las sociedades occidentales ha sido comúnmente asociado a términos como “lástima o “piedad”, lo cual se aleja de su concepción desde la filosofía budista (Moreno & Sánchez, en prensa). Compasión proviene del sánscrito *haruná* o *karuna*, que significa un deseo sincero de evitar el sufrimiento del prójimo y la acción puesta en práctica para conseguirlo (Gyatso, 2010).

Por otro lado, Gilbert (2005, 2009) la define como la habilidad para conectarse emocionalmente con las personas y con uno mismo, ante el sufrimiento propio y el de los demás, sin producir con ello una sobrecarga o cansancio, así como el deseo de aliviar ese sufrimiento o prevenirlo.

Al respecto, Hangarter (2013, en Sánchez, 2016), menciona que la práctica de la compasión conlleva tres prácticas aplicadas:

- **Visión:** Comprensión alcanzada de la naturaleza de la realidad, lo cual permite adoptar un entendimiento que cambie la perspectiva de las experiencias tomando en cuenta las cualidades de la realidad, las actitudes hacia la experiencia, las aspiraciones y el sistema de valores.
- **Meditación:** Formación del hábito de integrar e internalizar el cultivo de la consciencia, la compasión y otras cualidades mentales benéficas, de forma intencional.
- **Acción:** Conducta de compromiso hacia una transformación en el estado de la mente, el cuerpo y el ser.

De acuerdo con Sánchez (2016), para tener una completa práctica de la atención plena, es necesario el cultivo de las actitudes de beneficio hacia todos los seres vivos, si se practica de una forma egoísta, con el único objetivo de buscar el beneficio personal, la práctica se efectuaría de forma contraria a los principios budistas, y aunque de esta forma la obtención de resultados positivos es posible, éstos serían limitados.

Como lo mencionan Sánchez y Moreno (en prensa), si bien en recientes años se ha convertido en foco de interés científico, la comprensión de la compasión tomada como objeto de estudio de la ciencia, es aún muy limitada. El hecho de su naturaleza intangible dificulta su observación y medición de manera directa, por lo cual únicamente se tienen correlatos de las variables en las que influye directa o indirectamente. Asimismo, no se cuenta aún con instrumentos que midan de forma rigurosa y clara los efectos de su práctica y que puedan ser replicables. Sin embargo las mediciones que se tienen hasta el momento, han mostrado resultados benéficos en la salud. Entre los beneficios reportados, se encuentran la restauración neuronal, regulación y desarrollo de

emociones, el incremento de las acciones de ayuda hacia los demás y la conducta prosocial (Bankaard, 2015).

Mecanismos de acción de la atención plena

Varios mecanismos se han sugerido para dar explicación hacia cómo el entrenamiento en atención plena produce resultados en la reducción de síntomas y en el cambio conductual. Al respecto, Baer (2003), considera que los mecanismos involucrados son exposición, cambio cognitivo, automanejo, relajación y aceptación; de forma similar, en la definición de Bishop et al. (2004), los principales mecanismos considerados son la autorregulación, el cambio cognitivo y la aceptación.

Por otra parte, para Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan (2006), el entrenamiento en atención plena actúa bajo el siguiente supuesto. Considerando que uno de los principales objetivos del entrenamiento en atención plena es la aceptación y la observación de la experiencia interna, sea ésta agradable, desagradable o neutra; con ello, la atención plena funciona a través de la exposición no reforzada a emociones, sensaciones y pensamientos, inscribiéndose en un modelo de exposición interoceptiva.

Desde la teoría del aprendizaje, se ha propuesto que la exposición no reforzada a un estímulo condicionado no debilita la asociación inicial formada entre el estímulo condicionado y el incondicionado, en su lugar, la relación previamente formada es enmascarada, es por ello que los procedimientos de extinción involucran la asociación de nuevos estímulos. De este modo, la extinción implica el aprendizaje activo de respuestas alternas a los estímulos que inducen experiencias internas desagradables. Además, se considera que la extinción se ve afectada por el contexto, por lo que respuestas internas previamente extinguidas, pueden reaparecer con el cambio

de contexto. Con este marco de referencia, la atención plena establecería un contexto interno que mantiene la extinción de respuestas no deseadas y favorece la adquisición de nuevas respuestas. En síntesis, al permitir que los sentimientos, sensaciones y pensamientos se observen y se experimenten (exposición), y no se eviten ni se juzguen (no reforzamiento) mediante la práctica de la atención plena y meditación (contexto-estímulo condicionado) se podrá desarrollar un estado de ecuanimidad y compasión (respuesta condicionada). Debido a que el contexto es interno, dicha asociación se vuelve dominante ya que siempre está presente (Lynch et al., 2006).

Antecedentes de la Atención Plena en el tratamiento de las sintomatologías ansiosa y depresiva

En una búsqueda realizada en la base de datos PubMed en julio de 2012, considerando los años entre 2002 y 2012, se publicaron 826 trabajos de investigación con el término “mindfulness”, lo cual refleja la profesionalización de la atención plena en la salud y el interés creciente de la comunidad científica hacia este enfoque (Moreno, 2012). Actualmente, hasta julio de 2018, el número ha incrementado a 4423 artículos, con un considerable crecimiento año con año, por ejemplo, en 2012 fueron publicados 127 artículos al respecto, pasando a 918 en 2017.

En un estudio realizado por O’Brian, Lumberto, Kraemer y McLeish (2018), con estudiantes de licenciatura (N=218) con altos niveles de ansiedad, tuvo como objetivo examinar si las habilidades específicas de la atención plena (observar, describir, actuar con consciencia, no juzgar y no reaccionar) están relacionadas con los factores de tolerancia afectiva centrales en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Los resultados arrojaron que altos niveles de actuar con consciencia ($\beta = .15$, $t = 2.48$, $p = .014$), no juzgar ($\beta = .27$, $t = 4.14$, $p < .001$), y no reaccionar ($\beta = .29$, $t = 4.81$, $p < .001$), predicen altos niveles de tolerancia a la angustia. Asimismo, se encontró

una correlación negativa entre los niveles de observación y los niveles de tolerancia a la angustia ($\beta = -.10$, $t = -1.73$, $p = .085$). También se encontró que no reaccionar tiene una asociación negativa con la sensibilidad a la ansiedad ($\beta = -.15$, $t = -1.92$, $p = .056$).

En otro estudio llevado a cabo con estudiantes universitarios (Tubbs, Savage, Adkins, Amstadter & Dick, 2018), con una muestra $N=2336$, se buscaba explorar la relación entre la exposición a un evento traumático y ansiedad y depresión y determinar si la atención plena podía moderar esas relaciones. Se encontró que la atención plena fue un predictor significativo tanto para depresión ($\beta = -1.09$, $p < 0.001$) como para ansiedad ($\beta = -0.67$, $p < 0.001$). Es decir, entre aquellos que tuvieron puntuaciones similares en eventos traumáticos, quienes puntuaron niveles más bajos de atención plena tuvieron mayor probabilidad de padecer síntomas ansiosos y depresivos.

Por otro lado, Spinhoven, Huijbers, Ormel y Spekens (2017), reportan los resultados del estudio “MOMENT” el cual consistió en dos estudios clínicos aleatorizados, con 317 participantes, pacientes con depresión recurrente en remisión, los cuales fueron reclutados de 12 universidades y centros de salud mental de segundo nivel. El estudio tuvo como objetivo comparar tres modalidades de tratamiento: un tratamiento cognitivo basado en atención plena (MBCT), tratamiento farmacológico, y la combinación de ambos.

Estos resultados arrojaron cambios significativos pre – postratamiento en los síntomas de depresión para la intervención en atención plena ($t(137)=4.50$ $p < .0001$), mostrando un efecto principal, tanto del nivel total de atención plena ($F(2,274) = 44.740$, $p < .001$), como de cada una de las 5 facetas, Observar ($F(2,274)=24.123$, $p < .001$), Describir ($F(2,274)=8.144$, $p < .001$), Actuar con conciencia ($F(2,274)=20.295$, $p < .001$), No Juzgar ($F(2,274)=18.777$, $p < .001$), y No

reaccionar ($F(2,274)=30.229, p < .001$). Asimismo, se encontró que la atención plena predice de forma significativa los cambios en el estado de ánimo ($\beta = -0.23, p < 0.01$).

Entre otros estudios recientes que han demostrado el efecto de la atención plena en la sintomatología ansiosa y depresiva se pueden mencionar los realizados por Ngo, Ramírez, Stein, Chunningham, Chermak, Singh y Walton (2018), Zhang, Qin, Zhou, Meng, Sou y Zhao (2018), Shallcross y Spruill (2017), Kraemer y McLeish (2018), Bajaj, Robins y Pande (2016) y los meta-análisis realizados por Cavicchioli, Movalli y Maffei (2018) y Blanck, Perleth, Heidenreich, Kröger, Ditzen, Bents y Mander (2018). Siendo importante mencionar, que al momento de la redacción de esta investigación, la literatura acerca de la atención plena desde un enfoque preventivo es escasa, y prácticamente nula en su aplicación en adolescentes en el ámbito de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Considerando todo lo anterior, aunque se ha señalado que el consumo en adolescentes ha incrementado en general en menor grado en comparación con las poblaciones adultas, debido a que en cuanto a actividades de información y prevención, ellos son el principal blanco de dichas acciones, el consumo en éste sector de la población se ha incrementado de forma alarmante, lo que significa que las acciones preventivas en los últimos años no han tenido la efectividad deseada, lo cual indica que es necesario expandir el punto de impacto de las acciones preventivas considerando factores etiológicos del consumo que posiblemente no son tomados en cuenta dentro de las mismas.

Es por ello que resulta relevante implementar acciones que disminuyan la presencia de factores de riesgo en adolescentes, tales como la sintomatología ansiosa y depresiva, las cuales de acuerdo con la literatura se consideran importantes factores de riesgo en el inicio del consumo de sustancias

en adolescentes; por tal motivo, el objetivo de la presente investigación es aplicar y evaluar una intervención basada en atención plena compasiva y determinar su efecto sobre la sintomatología ansiosa y depresiva y niveles de atención plena, en adolescentes con riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo al factor Salud Mental del instrumento POSIT.

Método

Participantes

Estudiantes de secundaria, de primer grado, del turno matutino de una escuela secundaria pública del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. Se realizó un tamizaje inicial a 204 adolescentes, con una media de edad de 11.7 años, de los cuáles el 56.4% eran mujeres y 43.6% hombres.

El tipo de selección de la muestra fue intencional no probabilística, seleccionando a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión y no presentaran alguno de los criterios de exclusión, los cuales fueron los siguientes:

- **Criterios de inclusión**

- Obtener un puntaje igual o mayor a 6 en el factor Salud Mental del instrumento de tamizaje POSIT.
- Obtener un puntaje igual o mayor a 25 en la escala AAA (ansiedad).
- Obtener un puntaje igual o mayor a 16 en la escala CES-D-R (depresión).
- No tener consumo de sustancias psicoactivas.

- **Criterios de exclusión**

- Tener consumo de alguna sustancia psicoactiva.
- Padecer alguna enfermedad física y/o mental.
- Encontrarse actualmente en tratamiento psicológico que interfiera con las variables de estudio.

- **Consideraciones éticas**

- Los padres de los estudiantes fueron notificados, mediante consentimiento informado, tanto de la aplicación del tamizaje, como de la intervención en caso de ser seleccionados, el cual firmaron al estar de acuerdo.
- Aquellos estudiantes que en el tamizaje inicial reportaran consumo de sustancias o un nivel de riesgo alto, fueron derivados a la unidad CAPA para su inmediata atención psicológica individual.
- Los estudiantes seleccionados para el grupo control, es decir, que no recibieron intervención durante el tiempo de desarrollo del estudio, fueron derivados para atención individual en la unidad CAPA al término del estudio.

De los 204 estudiantes, 81 cumplieron con los criterios de sintomatología ansiosa o depresiva, sin embargo, 23 fueron excluidos debido a que tuvieron al menos un punto en la subescala Uso/abuso de drogas del POSIT. De esta forma, se tuvo una muestra de 58 participantes, 19 hombres (32.7%) y 39 mujeres (67.2%). De estos, fueron seleccionados 45, siendo distribuidos de forma aleatoria, 15 estudiantes para uno de tres grupos, Grupo Atención Plena, Grupo Habilidades para la vida, y grupo control. Los estudiantes fueron asignados conservando la proporción de género, 10 mujeres y 5 hombres para cada grupo. Se optó por trabajar con grupos de 15 estudiantes, ya que es el número máximo recomendado para una correcta dinámica de grupo. Todos aquellos no incluidos fueron derivados para su atención individual en el CAPA.

Instrumentos

- Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, POSIT, elaborado por el National Institute for Drug Abuse (1991) y validado en adolescentes mexicanos por el Instituto Nacional de Psiquiatría (Mariño, González, Andrade & Medina, 1998) $\alpha = 0.905$. El POSIT es un instrumento autoaplicable de 81 reactivos con respuestas dicotómicas Sí / No. Se compone de 7 áreas de funcionamiento de los adolescentes: uso y abuso de sustancias, salud mental,

relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delictiva. Un puntaje total entre $30 \leq 34$ indica riesgo medio para el consumo y puntaje ≥ 35 indica riesgo alto, en la subescala de Salud Mental, un puntaje ≥ 6 indica riesgo en esa área en específico. En cada subescala, entre más alto sea el puntaje, indica un mayor nivel de riesgo.

- Escala de Depresión del Center for Epidemiologic Studies (CES-D-R), validación en adolescentes mexicanos por González, Jiménez, Ramos, y Wagner (2008) $\alpha = 0.93$. Consiste en 35 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta: escasamente (0 a 1 día), algo (2 a 3 días), ocasionalmente (3 a 4 días), la mayoría (5 a 7 días), casi diario (10 a 14 días); las cuales se califican de 0 a 4 puntos. Un puntaje ≥ 16 indica la presencia en un episodio depresivo subumbral.
- Autorreporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA), validación en adolescentes mexicanos por Sánchez (2002) $\alpha = 0.90$. Consta de 41 reactivos tipo Likert, con 3 opciones de respuesta, nunca, algunas veces y siempre, se califica de 0 a 2 puntos. El punto de corte es 25, el cual indica que hay un 70% de probabilidad de que el adolescente padezca algún trastorno de ansiedad.
- Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness FFMQ (Baer et al. 2006) validación en población mexicana por Meda, Herrero, Blanco, Moreno y Palomera (2015), $\alpha = 0.70$. Se compone de 39 reactivos de escala Likert con 5 opciones de respuesta, nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre, y se califica de 1 a 5. Consta de 5 subescalas que corresponden a las habilidades de la atención plena: observar, describir, actuar consciente, no juzgar y no reaccionar.

Diseño

Se utilizó un diseño experimental pretest – postest con dos grupos experimentales (G_1 – Atención Plena, G_2 – Habilidades para la vida) y un grupo control (G_3 – Sin intervención). Los sujetos fueron asignados de forma aleatoria a uno de los tres grupos. La V.I. fue la modalidad de intervención y como V.D. se tuvo los puntajes en los instrumentos POSIT, sintomatología de ansiedad y depresión, y atención plena.

Procedimiento

Se trabajó de acuerdo al protocolo de prevención del UNEME-CAPA unidad Pirules. Se realizó un tamizaje inicial a toda la comunidad escolar de niveles secundaria y bachillerato de la zona de afluencia del centro. Para este estudio se optó por trabajar con estudiantes de primer grado debido a que no tenían experiencia en la realización del instrumento POSIT, adicionalmente, como parte del tamizaje se aplicó a los estudiantes las escalas de evaluación de síntomas de ansiedad y depresión. Aquellos seleccionados para el estudio fueron distribuidos en tres grupos. En los tres grupos se realizaron evaluaciones pre y post con las escalas AAA, CESD-R y FFMQ. El instrumento POSIT se aplicó nuevamente únicamente al finalizar la intervención.

Las escalas para síntomas de ansiedad y depresión fueron aplicadas tanto en el tamizaje como al inicio de las intervenciones, debido a que en el tiempo intermedio entre estas dos fases, se suscitó en México el sismo del 19 de septiembre de 2017. Si bien en la zona donde se encuentra ubicada la secundaria donde se realizó la investigación no sufrió afectaciones mayores, se trató de un evento que potencialmente podía intervenir en las variables de estudio. Como se observará en la sección de resultados, no se presentaron cambios significativos y al inicio de las intervenciones los grupos fueron homogéneos.

Los talleres fueron impartidos en aulas facilitadas por la escuela con los requerimientos necesarios, mesas, sillas y un proyector.

El primer grupo recibió el taller de Atención Plena y Compasión (APC), diseñado por Sánchez y Moreno (en prensa), el cual fue adaptado para su implementación con adolescentes (Tabla 1). Consistió en 9 sesiones semanales de 90 minutos cada una y fue impartido por un psicólogo previamente capacitado. Cada sesión constó de elementos teóricos y prácticos. La parte teórica fue impartida de forma expositiva con apoyo de una presentación de PowerPoint; la parte práctica consistió en tres tipos de actividades principales: prácticas, realizadas a lápiz y papel, de forma individual, en parejas o grupal; reflexivas, que consistieron en realizar preguntas, fomentar lluvia de ideas, y realizar lecturas solicitando opiniones y pensamientos al respecto; y meditaciones, las cuales se realizaron con apoyo de grabaciones de voz como guía para la práctica.

El segundo grupo recibió el taller tradicional impartido por el CAPA de Habilidades para la vida (HV), el cual se imparte en 5 sesiones semanales, sin embargo, se agregó una sesión adicional para la post-evaluación, cada sesión tuvo una duración de 90 minutos (Tabla 2). La aplicación de este taller fue llevada a cabo por una psicóloga del CAPA con años de experiencia en la aplicación del mismo. De igual forma, este taller contó con elementos teóricos y prácticos. La parte teórica se impartió de forma expositiva con apoyo de una presentación de PowerPoint, y la parte práctica consistió en tres tipos de actividades principales: role-playing, en donde se solicitó a los adolescentes escenificar y actuar situaciones que ejemplificaran los temas revisados; reflexivas, en donde se realizaban preguntas y se fomentaba la participación; y prácticas, actividades de lápiz y papel que se realizaban de forma individual o grupal.

El tercer grupo no recibió intervención alguna durante el tiempo de aplicación de los talleres APC y HV. Se realizó la aplicación de instrumentos en el momento de inicio de los talleres, y la evaluación post se realizó 9 semanas después, coincidiendo con la finalización del taller APC. Una vez finalizado el proyecto, los estudiantes del tercer grupo fueron referidos al CAPA para recibir atención preventiva individual.

Tabla 1
Estructura del taller de Atención Plena Compasiva.

Sesión	Contenido temático	Actividades
1	Psicoeducación sobre drogas y su consumo. Introducción a la atención plena y compasión. Psicoeducación sobre estrés. Naturaleza de la mente. Efectos de la atención plena en la salud y adicciones.	Aplicación instrumentos pretest. Establecimiento de normas de grupo. Práctica de respiración. Meditación: “La roca a la orilla del mar”
2	Naturaleza de las emociones, pensamientos y sensaciones. Emociones aflitivas. Naturaleza de la realidad: Impermanencia. Apego, deseo y aversión.	Instrucción en la postura de los 7 puntos para la práctica de meditación. Meditación: Reconocer sensaciones. Meditación: La mente como un río. Meditación: Controlar el deseo. Práctica: Cuando la mente actúa como una lupa y un imán. Práctica: Descubriendo juicios internos.
3	Naturaleza del sufrimiento. Hábitos de la mente. Desapego. Las ocho actitudes de la atención plena. Solución al apego, la aversión e ignorancia.	Reflexión: Reconociendo el sufrimiento. Meditación: Identificando el hábito de la mente. Meditación: ¿Cómo se siente el desapego? Meditación: Nada es ordinario. Meditación: Metta (compasión)
4	Ley de causa y efecto. Interdependencia. Impermanencia. Vacío o vacuidad.	Práctica: El efecto dominó Práctica: Todo está cambiando, ha cambiado y cambiará. Meditación: La impermanencia en una flama. Reflexión: El árbol

5	Piloto automático Tipos de meditación: Samatha y Vipassana Práctica formal e informal de la atención plena. Escucha profunda y discurso amable.	Reflexión: Autobiografía en cinco capítulos. Práctica: Elaboración del frasco de la mente. Meditación: El frasco de la mente. Reflexión: Algo me causó dolor en el pasado. Práctica: Compasión a lo largo del día.
6	Renuncia. Empatía. Compasión. Ecuanimidad. Amor bondadoso.	Reflexión: Amor convencional y amor bondadoso. Reflexión: Acciones compasivas. Meditación: La práctica del perdón. Reflexión: Viendo el mundo a través del otro. Meditación: Intercambiarse uno mismo por los demás.
7	Paciencia. Generosidad. Ética. Esfuerzo gozoso. Concentración. Sabiduría.	Reflexión: Generosidad compartida. Reflexión: Abandono de acciones destructivas. Reflexión: El cultivo de la concentración. Práctica: Aplicación de la sabiduría como solución al apego.
8	Problemas cotidianos. Identificar el sufrimiento. Identificar problemas. Aplicación de la sabiduría para disminuir el sufrimiento. Acciones benéficas.	Reflexión: ¿Cuál es el origen de mi sufrimiento? Reflexión: Causas y condiciones, impermanencia, interdependencia y vacío. Práctica: Todos deseamos ser felices.
9	Deseos y aspiraciones. Identificar facilitadores y barreras. Importancia de la práctica constante. Plan de actividades.	Práctica: Identificar mis aspiraciones. Práctica: Identificar facilitadores y barreras. Práctica: Elaboración de un plan de actividades compasivas. Aplicación instrumentos postest.

Tabla 2
Estructura del taller de Habilidades para la Vida.

Sesión	Contenido temático	Actividades
1	Psicoeducación sobre drogas y su consumo. Habilidades sociales. -Comunicación.	Aplicación instrumentos pretest. Role-playing: ¿Cómo nos comunicamos? Reflexión: Unos minutitos. Reflexión: Construyendo puentes de comunicación.

2	Habilidades sociales II. -Asertividad. -Cooperación y trabajo en equipo. -Empatía.	Role-playing: Primera... segunda... tercera llamada. Reflexión: Reflexionando sobre cómo actuamos. Role-playing: ¿Qué harías tú?
3	Habilidades de pensamiento. -Pensamiento crítico. -Pensamiento creativo.	Práctica: Creando historias. Práctica: Noticias divertidas. Práctica: ¿Qué hacer con?
4	Habilidades de pensamiento II -Solución de problemas	Reflexión: Enfrentando problemas. Práctica: Da soluciones. Reflexión: Resolviendo problemas. Role-playing: ¡Tomemos decisiones!
5	Habilidades para el manejo de emociones. -Manejo del estrés. -Autoestima. -Control de las emociones.	Práctica: Mi árbol. Práctica: Hoja de vida. Práctica: ¡Decídete a cambiar! Práctica: Reconoce lo que te estresa. Práctica de respiración.
6	Sesión integrativa.	Reflexión: Recordando lo aprendido. Aplicación instrumentos postest.

Análisis estadísticos

En primer lugar, se realizaron análisis intra-sujetos para conocer las diferencias de medias entre las fases de evaluación, mediante pruebas *t* de muestras relacionadas para conocer si se presentaron cambios significativos en las variables en cada condición experimental.

Se realizaron análisis inter-grupos de las diferencias de medias tanto para la fase pre-test, para determinar la homogeneidad de los grupos al inicio del estudio, como para la fase post-test, para determinar el efecto de las intervenciones, mediante análisis de varianza ANOVA de un factor. Los efectos significativos generales fueron sucedidos por la prueba post hoc Bonferroni, utilizando un nivel de significancia de 0.05.

Para conocer la asociación entre los cambios en atención plena y ansiedad y depresión, se llevaron a cabo análisis de correlación de Pearson entre las cinco facetas del FFMQ y las escalas AAA, CESD-R y la sub-escala Salud Mental del POSIT.

Finalmente, se calculó el tamaño del efecto de las intervenciones utilizando la *d* de Cohen. En este estadístico, una cifra < 0.15 se considera un efecto muy débil, una cifra ≥ 0.15 y < 0.40 se considera un efecto pequeño, ≥ 0.40 y < 0.75 denota un efecto medio y de 0.75 en adelante se considera un efecto grande.

Resultados

Intra-sujetos

El grupo control presentó cambios significativos en dos áreas de riesgo del POSIT, uso/abuso de drogas ($t(14)=-2.168$, $p<0.05$) y relaciones familiares ($t(14)=-2.628$, $p<0.05$), en las cuáles, las medias en los puntajes aumentaron.

En el grupo Habilidades para la Vida, las variables que registraron cambios significativos fueron: el puntaje total del POSIT ($t(14) = -3.149$, $p < 0.01$), observándose un incremento entre la evaluación pretest ($M=23.53$, $DE=6.02$) y la posttest ($M=28.93$, $DE=9.55$), así como en las subescalas uso/abuso ($t(14)=-2.358$, $p<0.05$), relaciones familiares ($t(14)=-2.751$, $p<0.05$), relaciones con amigos ($t(14)=-3.898$, $p<0.01$) y conducta agresiva ($t(14)=-3.9$, $p<0.01$).

En el grupo de Atención Plena Compasiva, se registraron cambios significativos en la mayoría de las variables, disminuyendo los puntajes en las variables POSIT ($t(14) = 3.642$, $p < 0.01$), en las subescalas salud mental ($t(14)=5.196$, $p < 0.001$), relaciones con amigos ($t(14)=2.323$, $p<0.05$) e interés laboral ($t(14)=2.476$, $p<0.05$), así como en ansiedad ($t(14)=3.667$, $p < 0.01$) y depresión

($t(14)=2.698$, $p<0.05$); además de un incremento en el puntaje total del FFMQ ($t(14)= - 6.678$, $p<0.001$) y cada una de las facetas de atención plena. También se observó un cambio en la subescala uso/abuso ($t(14)=-3.055$, $p<0.05$) en donde el puntaje aumentó.

Las tablas de medias y pruebas t para todas las variables pueden ser consultadas en los anexos 1 al 6.

Inter-grupos

En el análisis ANOVA realizado para todas las variables en la fase pre-tratamiento, no se presentaron diferencias significativas en ninguna de ellas, lo que indica que los grupos fueron homogéneos al inicio del estudio.

En el instrumento POSIT, al finalizar el estudio, se encontraron diferencias significativas para el puntaje total ($F(2,42)=3.834$, $p < 0.05$) y para las subescalas de relaciones con amigos ($F(2,42)=6.262$, $p<0.05$) y agresión ($F(2,42)=7.698$, $p<0.05$).

El análisis post-hoc Bonferroni con un nivel de significancia <0.05 , indicó que para el puntaje total del POSIT, el grupo APC tuvo un puntaje menor ($M=19$, $DE=7.01$) en comparación con ambos grupos, HV ($M=28.93$, $DE=9.55$) y control ($M=27.47$, $DE=14.04$). En la subescala relaciones con amigos, la diferencia estuvo entre el grupo APC ($M=1.07$, $DE=0.884$) y el grupo HV ($M=2.73$, $DE=1.33$); y para la subescala agresión, el grupo HV obtuvo puntuaciones significativamente mayores ($M=5.87$, $DE=1.59$) en comparación con los grupos APC ($M=2.80$, $DE=2.11$) y control ($M=3.53$, $DE=2.82$). Los cambios presentados pueden observarse en las figuras 1 y 2.

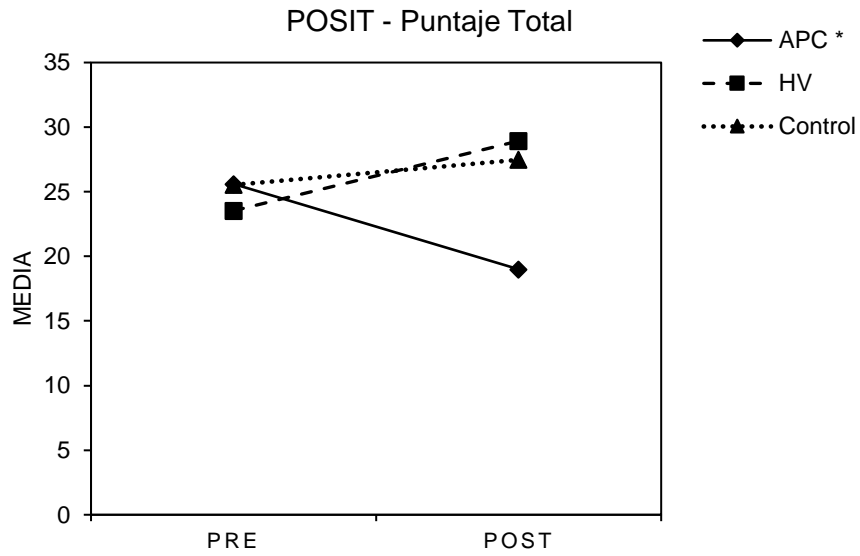


Figura 1. Cambios observados por fase en el instrumento POSIT en los tres grupos. *p<0.05

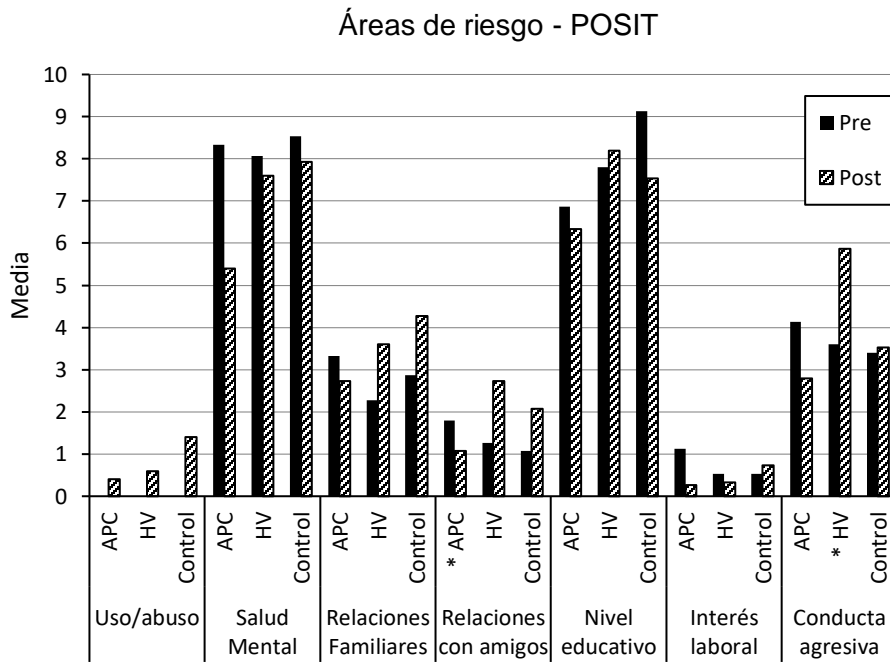


Figura 2. Comparación de las medias por fase pretest-postest en las 7 áreas de riesgo del instrumento POSIT. *p<0.05

Para la escala de ansiedad (AAA), al finalizar las intervenciones se encontraron diferencias significativas ($F(2, 42)=6,108, p<0.05$). El análisis post hoc reveló que la diferencia se encontró entre el grupo APC, el cual tuvo un puntaje menor ($M=24.13, DE=6.66$) que el grupo control ($M=36.6, DE=11.55$). También registró un puntaje menor que el grupo HV ($M=33.13, DE=11.27$), sin embargo esta diferencia no fue significativa. La comparación de los cambios registrados por fase entre los tres grupos puede observarse en la figura 3.

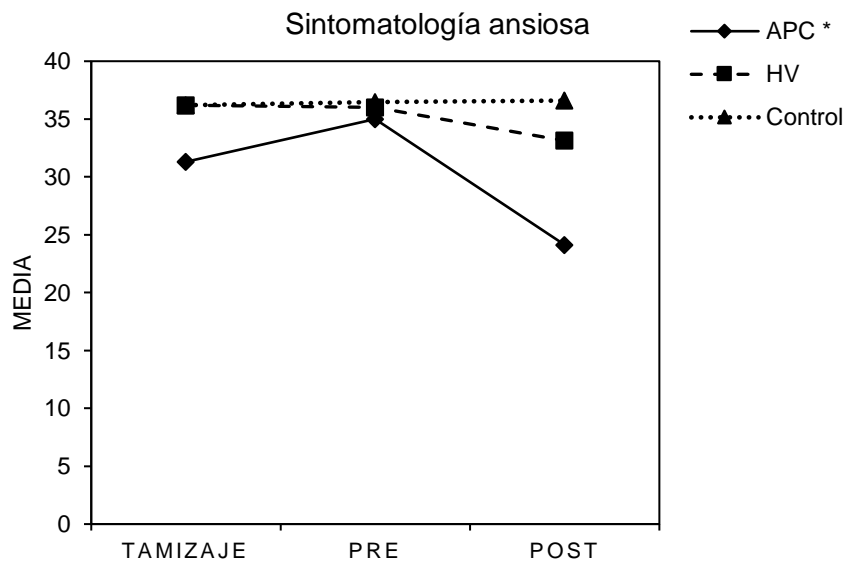


Figura 3. Cambios observados por fase en la escala de ansiedad (AAA) en los tres grupos. * $p<0.05$

En el caso de la escala de sintomatología depresiva (CESD-R), como puede observarse en la figura 4, se presentaron cambios entre las fases de tamizaje y pretest, incrementado los puntajes para los tres grupos, en especial en el grupo control, sin embargo, tras realizar la comparación de medias, se determinó que los cambios no fueron significativos y los grupos se mantuvieron en puntajes relativamente similares al inicio de las intervenciones.

En la evaluación post el grupo APC obtuvo una media de puntaje igual a 29.0 (DE=11.26), la cual fue significativamente menor ($F(2,42)=5.820$, $p<0.05$) en comparación con ambos grupos, HV (M=55.07, DE=30.62) y Control (M=51.40, DE=21.79).

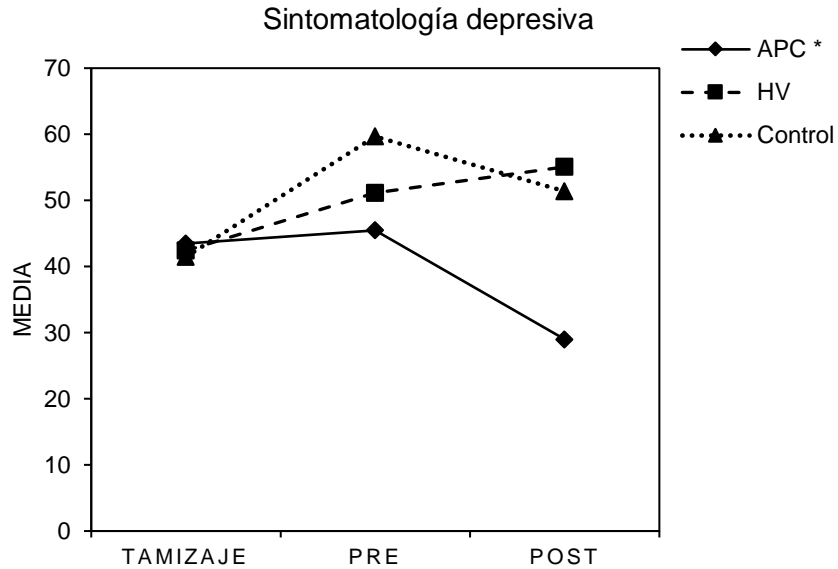


Figura 4. Cambios observados por fase en la escala de depresión (CESD-R) en los tres grupos. * $p<0.05$

La escala FFMQ fue analizada tanto para el puntaje total como para cada una de las 5 subescalas o facetas. Respecto al puntaje total, las diferencias fueron significativas ($F(2,42)=55.295$, $p<0.001$), indicando el análisis post hoc que el grupo APC tuvo puntuaciones significativamente mayores (M=142.87, DE=8.114) en comparación con los grupos HV (M=118.2, DE=9.26) y Control (M=113.67, DE=7.02) (Véase la figura 5).

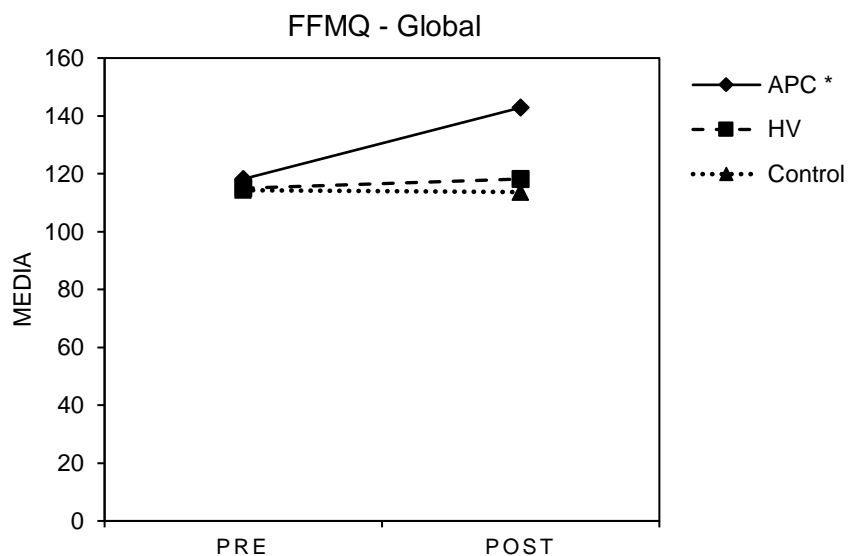


Figura 5. Cambios observados por fase en la escala de atención plena (FFMQ) en los tres grupos. * $p < 0,05$

En los análisis por faceta (figura 6), se presentaron cambios significativos en las cinco subescalas: en Observar ($F(2,42)=19.674$, $p < 0.001$), el puntaje en el grupo APC fue mayor que en los grupos HV y Control; para Describir ($F(2,42)=18.856$, $p < 0.001$), de igual forma el grupo APC presentó un puntaje mayor que los grupos HV y Control; en Actuar con consciencia ($F(2,42)=4.143$, $p < 0.05$), el puntaje en APC fue mayor que en HV pero no para el grupo Control; en la faceta No juzgar, a pesar de que el ANOVA indicó diferencias ($F(2,42)=3.297$, $p < 0.05$), la prueba post hoc reveló que estas no fueron significativas al comparar por pares; y para No reaccionar ($F(2,42)=11.696$, $p < 0.001$), el grupo APC tuvo un puntaje mayor que los otros dos grupos.

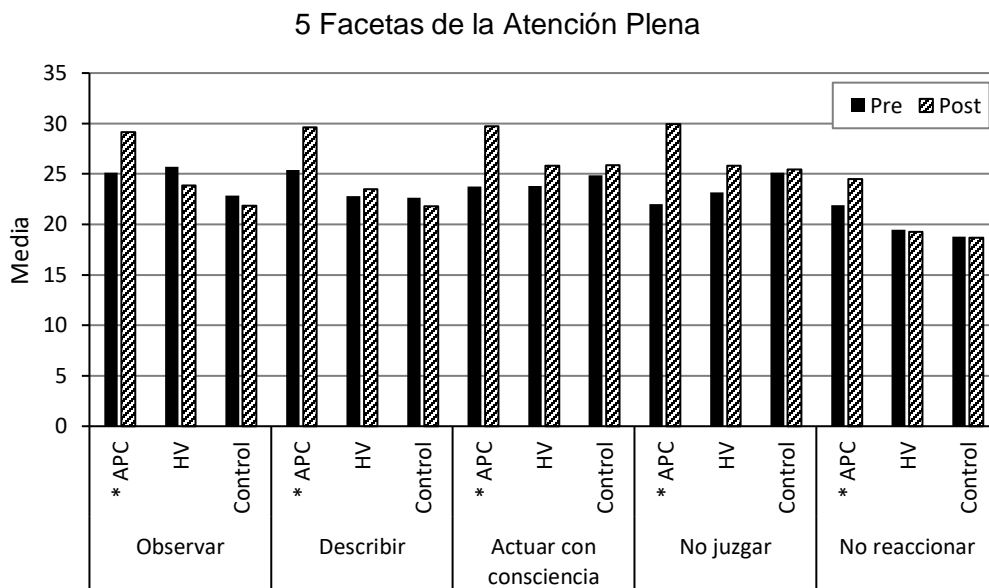


Figura 6. Comparación de las medias de cada una de las facetas de la escala de atención plena (FFMQ) en los tres grupos. * $p < 0.05$

En el análisis de correlación de Pearson para sintomatología ansiosa y los puntajes de las cinco facetas de atención plena (véase Tabla 3), se encontraron asociaciones moderadas, lineales e inversamente proporcionales con las facetas Actuar con consciencia ($r = -0.548$, $p < 0.01$) y No Juzgar ($r = -0.617$, $p < 0.01$), lo que indica que en los estudiantes, a mayor dominio de esas habilidades de la atención plena, obtuvieron menor sintomatología en ansiedad.

Respecto a sintomatología depresiva, se encontró una asociación débil, lineal e inversamente proporcional con la faceta Describir ($r = -0.329$, $p < 0.05$), y moderadas para Actuar con consciencia ($r = -0.522$, $p < 0.01$) y No juzgar ($r = -0.571$, $p < 0.01$).

En cuanto al área de salud mental, de igual forma se encontraron asociaciones moderadas e inversamente proporcionales para las facetas Actuar con consciencia ($r = -0.560$, $p < 0.01$) y No juzgar ($r = -0.657$, $p < 0.01$).

Tabla 3
Correlación de Pearson entre las cinco facetas de Atención Plena y las escalas de Ansiedad (AAA), Depresión (CESD-R) Salud Mental

		Ansiedad	Depresión	Salud Mental
Observar	Correlación de Pearson	-.074	-.123	-.001
	Sig. (bilateral)	.629	.422	.992
Describir	Correlación de Pearson	-.280	-.329*	-.209
	Sig. (bilateral)	.062	.027	.168
Actuar con consciencia	Correlación de Pearson	-.548**	-.522**	-.560**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000
No juzgar	Correlación de Pearson	-.617**	-.571**	-.657**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000
No reaccionar	Correlación de Pearson	-.023	-.106	.160
	Sig. (bilateral)	.880	.490	.293

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Finalmente, respecto al tamaño del efecto, se encontró que la intervención en Atención Plena Compasiva tuvo efectos mayores para todas las variables de estudio en comparación con la intervención en Habilidades para la vida.

La intervención APC mostró un tamaño de efecto grande para todas las variables, mientras que la intervención HV mostró tamaños de efecto muy pequeños en el nivel de riesgo general (POSIT), en el área de salud mental, y en depresión; un efecto pequeño en ansiedad y un efecto medio en el nivel total de atención plena.

Tabla 4
Valores de d de Cohen por condición experimental.

Variables	Grupo	
	APC	HV
POSIT	0.76	0.12
Salud Mental	0.75	0.08
Ansiedad	1.32	0.30
Depresión	1.29	0.13
Atención Plena	3.83	0.55

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue aplicar y evaluar una intervención basada en atención plena compasiva determinando su efecto sobre la sintomatología ansiosa y depresiva, al igual que el nivel de atención plena, en adolescentes que, con base en el factor Salud Mental del instrumento POSIT, se encontraban en riesgo para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas.

Para lograr este objetivo, el estudio fue llevado a cabo de acuerdo con el protocolo de prevención realizado por los Centros de Atención Primaria a las Adicciones en colaboración con los centros escolares, en el cual se busca cubrir los tres niveles de prevención, realizando un tamizaje a toda la comunidad estudiantil utilizando el instrumento POSIT, cuyos puntajes determinan el nivel de prevención que recibirá cada estudiante, aquellos en nivel bajo de riesgo, recibieron atención en prevención de tipo universal, la cual consiste en pláticas psicoeducativas y de sensibilización grupales, aquellos en un nivel de riesgo medio y sin consumo son asignados al taller de Habilidades para la vida, equivalente a un nivel de prevención selectiva, y aquellos en los que se detecte consumo y nivel de riesgo alto fueron asignados para intervención individual en los centros de atención. Bajo este marco, este estudio se insertó dentro del nivel de prevención selectiva.

Se utilizó un diseño experimental, teniendo tres grupos de comparación, uno en donde se implementó la intervención en Atención Plena Compasiva, otra en donde se aplicó el taller tradicional impartido por los CAPA que es el de Habilidades para la Vida, y otro en donde no se aplicó intervención alguna. Se realizaron evaluaciones antes y después de las intervenciones, registrando que los grupos fueron homogéneos en los puntajes de todas las variables al inicio del

estudio. De esta forma se controlaron las fuentes de invalidación interna, aumentando la probabilidad de atribuir los cambios observados a la intervención y no a factores externos.

En el tamizaje inicial, se encontró que 81 de 204 estudiantes, es decir, el 39.7% de la población presentaron prevalencia de sintomatología de ansiedad o depresión, específicamente, 30.8% para ansiedad y 35.7% para depresión, prevalencias similares a las obtenidas por Benjet et al. (2009) y Jiménez et al. (2015), quienes reportaron 29.8% y 39.7% respectivamente. Las prevalencias altas en riesgo para el consumo de drogas, encontradas en este estudio, ponen de manifiesto la necesidad de implementar estrategias preventivas que tengan un impacto efectivo en problemas de salud mental, ya que de acuerdo con la literatura, representan un factor etiológico importante en el consumo de drogas (Patton et al., 1998, García, 2002, Becoña & Miguez, 2004, Rodríguez et al., 2005, González et al. 2015).

En los análisis intra-sujetos, tanto el grupo Control como el grupo HV registraron aumentos en variables de riesgo, siendo las más importantes: uso/abuso de drogas y relaciones familiares (grupo Control); y uso/abuso de drogas, relaciones familiares, relaciones con amigos y conducta agresiva (grupo HV). Tras la intervención, el grupo APC mostró una reducción en las variables de riesgo de salud mental, relaciones con amigos e interés laboral, así como en sintomatología de ansiedad y depresión. También se observó un aumento significativo en las cinco facetas o habilidades de la atención plena. Asimismo, al igual que en los otros grupos, se registró un incremento en el área de uso/abuso de drogas, lo cual se discutirá más adelante.

Derivado de los análisis de los grupos comparados contra sí mismos, se puede considerar la estabilidad de las variables de riesgo y su tendencia al incremento si no se realiza alguna intervención preventiva, o bien si no se realiza una intervención preventiva que tenga un efecto positivo en la reducción del riesgo, como se pudo observar, el grupo control no mostró mejora

alguna en cuanto al riesgo y este se mantuvo en un nivel similar e incluso aumento en algunas áreas durante los cuatro meses que transcurrieron entre las dos aplicaciones del POSIT, al igual que en las tres mediciones de sintomatología ansiosa y depresiva. En el caso en grupo HV, los resultados fueron heterogéneos, se registró una disminución en las variables de salud mental, ansiedad y depresión, aunque estas tendencias no fueron lo suficientemente grandes para ser estadísticamente significativos, y se encontró un incremento en áreas de riesgo, siendo las más relevantes y relacionadas con los contenidos de la intervención, las áreas de relaciones con amigos y conducta agresiva, lo que finalmente derivó en un incremento significativo del nivel total de riesgo.

El aumento en los tres grupos en el puntaje de riesgo en el área de uso/abuso, observado en la evaluación post del POSIT, resulta de gran relevancia ya que resalta la necesidad de prevención desde edades tempranas, como lo señaló la ENCODE 2014, el consumo experimental puede iniciarse desde los 10 años. Al inicio del estudio, todos los participantes puntuaron con cero en dicha área, teniendo al final el mayor puntaje el grupo Control, seguido del grupo HV, y presentando el menor el grupo APC. De forma individual, en el grupo Control se registraron puntajes de hasta 7 y 4 puntos, equivalentes a un consumo dentro de la categoría de abuso, mientras que, el grupo HV registró puntajes de 1 y 2 y el de APC de 1, lo cual los ubica en un consumo experimental. De lo anterior se puede concluir que las variables que hasta el momento se han considerado como áreas de riesgo, resultan ser indicadores efectivos para predecir el inicio en el consumo, y que una vez detectados, es más probable que aquellos que reciban una estrategia preventiva logren retrasar o evitar la progresión en el consumo.

En los análisis posteriores a la intervención, comparando los resultados de los tres grupos, en el nivel de riesgo general de acuerdo al POSIT, la intervención en APC demostró tener mayor efectividad, siendo la única que logró reducir el nivel de riesgo de forma significativa.

Para las principales variables de estudio, el principal efecto pudo observarse en los niveles de depresión, los cuales al final fueron significativamente menores en comparación con los otros grupos. En cuanto al nivel de ansiedad, si bien mostró una diferencia promedio de 11 puntos, esta no fue significativamente menor, siendo importante resaltar que la media del grupo APC ($M=24.13$) fue la única que se ubicó por debajo del punto de corte para la escala AAA, el cual es 25 puntos.

De igual forma, los promedios en los niveles de atención plena resultaron ser significativamente mayores en el grupo APC, tanto en el puntaje global como en cada una de las 5 facetas.

Al momento de correlacionar cada una de las 5 facetas de la atención plena, se pudo observar que aquellas que demostraron tener una asociación con las tres principales variables de estudio, ansiedad, depresión y salud mental, fueron No juzgar y Actuar con consciencia, lo cual coincide con lo reportado en estudios anteriores (Spinhoven et al., 2017; O'Brian et al., 2018) en donde estas habilidades se correlacionaron de forma negativa con las sintomatologías de ansiedad y depresión, es decir, a mayor nivel de dominio de las mismas, hay mayor probabilidad de presentar menores niveles de estas sintomatologías.

Los resultados obtenidos en esta investigación, aportan evidencia de la efectividad de la atención plena como estrategia viable para la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes, de igual forma, se demostró la validez de contenido y constructo de la intervención, al registrar incremento en las habilidades de atención plena, es decir, los contenidos tanto

conceptuales como prácticos implementados en la intervención fueron coherentes con las habilidades en que se buscaba instruir a los adolescentes, mostrando una concordancia entre los postulados teóricos y su implementación de forma práctica.

En la intervención en Atención Plena Compasiva, los adolescentes lograron aprender y poner en práctica los componentes considerados por Bishop et al. (2004), tales como el mantenimiento regulación de la atención, la consciencia no elaborativa, y postura de aceptación así; como tener un acercamiento y adquirir el conocimiento básico de los principios budistas, elementos base de la práctica de la atención plena.

De manera particular, el primer componente mencionado por Bishop et al. (2004), considera el mantenimiento y regulación de la atención, así como la consciencia no elaborativa de los eventos mentales, lo cual se logró a través del entrenamiento en la postura de los 7 puntos y la práctica de la meditación formal, esto es, aprendiendo a centrar la atención en la respiración observar los eventos mentales mientras surgen, y lograr regresar la atención a la respiración.

El segundo componente se refiere a la adopción de una postura de aceptación de sensaciones, sentimientos y pensamientos, los cuales pueden ser observados sin emitir juicio alguno sobre ellos abandonando los intentos por modificar la experiencia; esto se logró a través de la psicoeducación en las enseñanzas budistas, las Cuatro nobles verdades (Moreno, 2012), las Ocho actitudes de la atención plena (Gyatso, 1997) y los elementos de la realidad: impermanencia, vacuidad e interdependencia; instruidos mediante técnicas expositivas y puestos en práctica a través de reflexiones y prácticas meditativas.

Considerando estos componentes, se puede analizar la relación entre las habilidades Actuar con consciencia y No juzgar y la sintomatología ansiosa y depresiva, perteneciendo cada habilidad a cada componente de los propuestos por Bishop et al. (2004).

De acuerdo a las conceptualizaciones de ansiedad y depresión, ambas involucran la construcción subjetiva de pensamientos acerca de la experiencia, no correspondiente con la realidad, siendo la ansiedad una reacción ante una amenaza percibida y la depresión una reacción ante la pérdida o la indefensión (Seligman, 1975, Beck et al., 1979, Kazdin, 2000). La habilidad de Actuar con consciencia se refiere al automonitoreo constante de las conductas realizadas, manteniendo la atención en la conducta presente, lo que permite, en el caso de la ansiedad, la correcta percepción y diferenciación de amenazas reales o subjetivas, y en el caso de la depresión, una mejora en la capacidad de discriminación entre el comportamiento propio y las consecuencias que le siguen, interrumpiendo el proceso de indefensión aprendida descrito por Seligman (1975); en cuanto a la habilidad de No juzgar, esta involucra, de acuerdo al mecanismo propuesto por Lynch et al. (2006), la exposición no reforzada a emociones, sensaciones y pensamientos, debilitando la asociación entre la experiencia y el malestar experimentado generando los pensamientos subjetivos negativos, favoreciendo el aprendizaje de nuevas conductas, desarrollando un estado de ecuanimidad y compasión.

En conclusión, se logró cumplir el objetivo planteado para esta investigación, demostrando, para la muestra de estudio, que una intervención en Atención Plena Compasiva resultó ser efectiva en la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes, los cuales se encontraban en riesgo para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo a sus puntajes y sintomatologías reportadas en el tamizaje; presentándose diferencias significativas en la muestra entre las aplicaciones pretest-postest, sin embargo, en comparación con la intervención tradicional,

demonstró ser más efectiva en la reducción de los niveles de depresión, ya que en el caso de la ansiedad no mostró diferencias significativas.

Este estudio aporta evidencia sobre la eficacia de la atención plena como enfoque terapéutico en el mejoramiento de la salud mental, siendo un estudio pionero en la implementación de la atención plena compasiva en la prevención del consumo de sustancias en adolescentes, considerando, que al momento de la redacción de este trabajo, no se han encontrado investigación en dicha área.

Asimismo, se abre un panorama para futuras investigaciones, que tengan como objetivo identificar la relación e impacto con otras variables, tanto de salud mental como conductuales, considerando cambios observados en este estudio como lo fueron en áreas como Relación con familiares y Conducta agresiva.

Sin embargo, es importante considerar las limitaciones de la presente investigación. En primer lugar, si bien, mediante la utilización de un diseño experimental y asignación aleatoria se buscó tener una correcta validez interna, no se consideraron variables atributivas de los adolescentes que pudiesen tener algún impacto en las variables de estudio, principalmente aspectos sociodemográficos tales como nivel económico, estado civil de los padres, promedio escolar, etc., por lo que en futuras investigaciones se recomienda una descripción más amplia de la muestra y la realización de análisis estadísticos más robustos que logren integrar y controlar el efecto de posibles covariables.

También, se trató de una muestra relativamente pequeña en cuanto al número de participantes, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a toda la población adolescente, por lo que en futuros estudios resultaría importante considerar una mayor cantidad de grupos de comparación.

Finalmente, en su consideración como estrategia de prevención selectiva en reemplazo de la proporcionada actualmente de forma tradicional, una crítica podría girar en torno al análisis costo-efectividad, requiriéndose de una capacitación completa de los profesionales de la salud antes de poder implementar estrategias basadas en el enfoque de atención plena, así como del tiempo invertido en su aplicación, siendo del doble de sesiones que la intervención tradicional; sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos, tanto en esta investigación, como en lo reportado por la literatura, podría considerarse dar prioridad a la efectividad sobre el costo y prescindir de intervenciones breves con un bajo efecto, para dar lugar a intervenciones más completas con un mayor efecto.

Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10(2), 125-143. doi: 10.1093/clipsy.bpg015
- Bajaj, B., Robins, R. W., & Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 96, 127-131. doi: 10.1016/j.paid.2016.02.085
- Bankaard, J. (2015). Training emotion cultivates morality: how loving-kindness meditation hones compassion and increases prosocial behavior. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2324-2343. doi: 10.1007/s10943-014-9999-8
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Becoña, E. y Miguez, M. C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16(2), 1-6. doi: 10.20882/adicciones.407
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M. E., Zambrano, J., & Aguilar, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental

- health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-95. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Blanck, P., Perleth, S., Heidenreich, T., Kröger, P., Ditzen, B., Bents, H., & Mander, J. (2018). Effects of mindfulness exercises as stand-alone intervention on symptoms of anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 102, 25-35. doi: 10.1016/j.brat.2017.12.002
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M. & Diaz, T. (1995). Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G. J., Baker, E., Renick, N. L., Filazola, A. D. & Botvin, E. M. (1984). A Cognitive-Behavioral Approach to Substance Abuse Prevention. *Addictive Behaviors*, 9, 137-147.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E. M. (1990): Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach. Results of a 3-year study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58, 437-446.
- Brown, K., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84(4), 822-848.
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Hernández, J. R., García, E., Errasti, J. M., y Al-Halabi, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.
- Carreras, L., Eijo, P., Estany, A., Gómez, M. T., Guich, R., Mir, V., Ojeda, F., Planas, T., y Gracia, M. (2000). *Cómo educar en valores*. Barcelona: Narcea.
- Castaño, G. A. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. *Salud y Drogas*, 6(2), 127-148.

- Cavicchioli, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2018). The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *European Addiction Research*, 24, 137-162. doi: 10.1159/000490762
- Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. (2013). *Mitos y realidades de las drogas de joven a joven*. México: Secretaria de salud.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2010). *Habilidades para la vida: Guía práctica y sencilla para Promotores Nueva Vida*. México: Secretaría de Salud.
- Díaz, C., Ramírez, A., y Tejada, P. (2004). Factores condicionantes de depresión en trabajadores metalúrgicos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65(1), 25-35. doi: 10.15381/anales.v65i1.1369
- García, A. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Gilbert, P. (2005). *Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary approach to social relationships*. En. M. Baldwin (Ed), *Interpersonal Cognition*. New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Reino Unido: Constable & Robinson.
- González, C., Jiménez, J. A., Ramos, L., y Wagner, F. A. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299. doi: 10.1590/S0036-36342008000400007
- Gyatso, T. (1997). *Las cuatro nobles verdades. Los fundamentos de las enseñanzas budistas y de su correcta práctica*. México: Debolsillo.
- Gyatso, T. (2004). *Adiestrar la mente*. España: Ediciones Dharma.
- Gyatso, T. (2010). *La meditación paso a paso*. España: Grijalbo.

- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Herrera, E., Brocal, D., Sánchez, D. y Rodríguez, J. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 12(2), 31-38. doi: 10.15366/rimcafd2017.67.008
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México: INPRFM
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: INPRFM Recuperado de:
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017*. México: INPRFM
- Jiménez, A., Wagner, F., Rivera, M. E., y González, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán, usando la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2), 103-107. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n2/v38n2a4.pdf>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. Washington: APA

- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressfull life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.191
- Kraemer, K. M., & McLeish, A. (2018). Evaluating the role of mindfulness in terms of asthma-related outcomes and depression and anxiety symptoms among individuals with asthma. *Psychology, Health & Medicine*, 4, 1-12. doi: 10.1080/13548506.2018.1529326
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo J., & Linehan, M. M. (2006). Mechanism of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 6(4), 459-480.
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V., y Posner, M. (2008). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: OPS.
- Mariño, M. C., González, C., Andrade, P., y Medina, M. A. (1998). Validación de un instrumento para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21(1), 27-36.
- Mariño, M. C., González, C., Andrade; P., y Medina, M. E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21(1), 27-36.
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67-84). Washington: American Psychological Association.
- Meda, R. M., Herrero, M., Blanco, L. M., Moreno, B., y Palomera, A. (2015). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de las cinco facetas de la conciencia plena” (Five facet mindfulness questionnaire, FFMQ-M) en México. *Psicología Conductual*, 23(3), 467-487.
- Moreno, A. B. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17.
- National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services.
- Ngo, Q. M., Ramírez, J. I., Stein, S. F., Chunningham, R. M., Chermak, S. T., Singh, V., & Walton, M. A. (2018). Understanding the Role of Alcohol, Anxiety, and Trait Mindfulness in the

- Perpetration of Physical and Sexual Dating Violence in Emerging Adults. *Violence against women*, 24(10), 1166–1186. doi: 10.1177/1077801218781886
- O'Brian, E. M., Lumberto, C. M., Kraemer K. M., & McLeish, A. C. (2018). An examination of mindfulness skills in terms of affect tolerance among individuals with elevated levels of health anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(6), 702-713. doi: 10.1080/10615806.2018.1521515
- Patton, G. C., Carlin, J. B., Coffey, C., Wolfe, R., Hibbert, M., & Bowes, G. (1998). Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American Journal of Public Health*, 88, 1518-1522. doi: 10.2105/AJPH.88.10.1518
- Pérez, A. M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez, L. A. (2014). *Prevención estructurada de recaídas basada en destrezas de entrenamiento y de atención plena (mindfulness) y aceptación para el mantenimiento del cambio en problemas de adicción a sustancias psicoactivas* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Rodríguez, D. C., Dallos, C. M., González, S. J., Sánchez, Z. M., Díaz, L. A., Rueda, J. E. y Campo, A. (2005). Asociación entre síntomas depresivos y abuso de alcohol n estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1402-1407. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500012
- Rojas, M. J. (2001). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. En: A. Zavaleta. (Ed.), *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*. Pp. 53 – 93. Lima, Perú: Centro de información y educación para la Prevención del Abuso de Drogas CEDRO.
- Salvador, T., De Silva, A., Puerta, C., Jiménez, J., Alcaráz, A., Villar, A. B., y Cascales, I. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la región autónoma de la comunidad de Murcia*. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Sánchez, E. (2016). *Evaluación del efecto de la terapia de atención plena y terapia cognitivo conductual en la sintomatología asmática, ansiosa, calidad de vida y nivel de cortisol en pacientes del Hospital General de México* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Sánchez, E. y Moreno, A. B. (en prensa). *Atención Plena y compasión: Programa de intervención en salud*.
- Sánchez, S. (2002). *Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes en población abierta*. (Tesis de especialidad en Psiquiatría infantil). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Schiller, P., Bryant, T., y Caso, J. (2001). *Cómo enseñar valores a los niños*. México: Pax.
- Secretaría de Salud. (2009). *Estrategia de intervención para disminuir el impacto de factores de riesgo psicosociales en niñas y niños*. México: Secretaria de Salud.
- Secretaría de Salud. (2015). *Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones*. México.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seminario de Educación para la Paz. (2000). *La alternativa de juego II. Juegos y dinámicas de educación para la paz*. México: Asociación Pro Derechos Humanos.
- Shallcross, A. J., & Spruill, T. M. (2017). The Protective Role of Mindfulness in the Relationship Between Perceived Discrimination and Depression. *Mindfulness*, 9(4), 1100-1109. doi: 10.1007/s12671-017-0845-4
- Siegel, R. (2010). *La solución mindfulness. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. España: Desclée de Brower.
- Spinhoven, P., Huijbers, M. J., Ormel J., & Spekens, A. (2017). Improvement of mindfulness skills during Mindfulness-Based Cognitive Therapy predicts long-term reductions of neuroticism

- in persons with recurrent depression in remission. *Journal of affective disorders*. 213, 112-117. doi: 10.1016/j.jad.2017.02.011
- Tubbs, J. D., Savage, J. E., Adkins, A. E., Amstadter A. B., & Dick, D. M. (2018). Mindfulness Moderates the Relation Between Trauma and Anxiety Symptoms in College Students. *Journal of American College Health*, 6, 1-11. doi: 10.1080/07448481.2018.1477782
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos teóricos y tratamiento a finales de siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Verduzco, M. A. y Moreno, A. (2001). *Autoestima para todos*. México: Pax.
- Villatoro, J., Gutiérrez, ML., Gaytán, L., Álamo, A. (2009). *Infancia, adicciones y salud mental: Programa de desarrollo de habilidades sociales "Dejando huellitas en tu vida"*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Zhang, J., Qin, S., Zhou, Y., Meng, L., Sou, H., & Zhao S. (2018). A randomized controlled trial of mindfulness-based Tai Chi Chuan for subthreshold depression adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 2313-2321.

Anexos

Anexo 1. Tablas de medias del instrumento POSIT por grupo y fase.

Estadísticos del grupo APC					
		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Total	Pre	25.60	15	7.872	2.033
	Post	19.00	15	7.010	1.810
Uso/Abuso	Pre	.00	15	.000	.000
	Post	.40	15	.507	.131
Salud Mental	Pre	8.33	15	2.160	.558
	Post	5.40	15	2.473	.638
Relaciones familiares	Pre	3.33	15	2.289	.591
	Post	2.73	15	2.251	.581
Relaciones con amigos	Pre	1.80	15	1.265	.327
	Post	1.07	15	.884	.228
Nivel educativo	Pre	6.87	15	2.696	.696
	Post	6.33	15	3.039	.785
Interés laboral	Pre	1.13	15	1.187	.307
	Post	.27	15	.458	.118
Conducta agresiva	Pre	4.13	15	2.669	.689
	Post	2.80	15	2.111	.545

Estadísticos del grupo HV					
		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Total	Pre	23.53	15	6.209	1.603
	Post	28.93	15	9.550	2.466
Uso/Abuso	Pre	.00	15	.000	.000
	Post	.60	15	.986	.254
Salud Mental	Pre	8.07	15	2.344	.605
	Post	7.60	15	3.699	.955
Relaciones familiares	Pre	2.27	15	1.944	.502
	Post	3.60	15	2.501	.646
Relaciones con amigos	Pre	1.27	15	1.163	.300
	Post	2.73	15	1.335	.345
Nivel educativo	Pre	7.80	15	1.935	.500
	Post	8.20	15	3.590	.927
Interés laboral	Pre	.53	15	.640	.165
	Post	.33	15	.617	.159
Conducta agresiva	Pre	23.53	15	6.209	1.603
	Post	28.93	15	9.550	2.466

Estadísticos del grupo Control

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Total	Pre	25.53	15	9.716	2.509
	Post	27.47	15	14.040	3.625
Uso/Abuso	Pre	.00	15	.000	.000
	Post	1.40	15	2.501	.646
Salud Mental	Pre	8.53	15	2.696	.696
	Post	7.93	15	4.026	1.040
Relaciones familiares	Pre	2.87	15	2.642	.682
	Post	4.27	15	3.081	.796
Relaciones con amigos	Pre	1.07	15	1.163	.300
	Post	2.07	15	1.580	.408
Nivel educativo	Pre	9.13	15	2.800	.723
	Post	7.53	15	3.852	.995
Interés laboral	Pre	.53	15	.915	.236
	Post	.73	15	1.223	.316
Conducta agresiva	Pre	3.40	15	2.165	.559
	Post	3.53	15	2.825	.729

Anexo 2. Tablas de medias de los instrumentos de ansiedad (AAA) y depresión (CES-R) por grupo y fase.

Estadísticos del grupo APC

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Ansiedad	Tamizaje	31.33	15	16.09	4.15
	Pre	35.00	15	14.599	3.770
	Post	24.13	15	6.664	1.721
Depresión	Tamizaje	43.47	15	28.04	7.24
	Pre	45.47	15	28.395	7.332
	Post	29.00	15	11.269	2.910

Estadísticos del grupo HV

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Ansiedad	Tamizaje	36.20	15	9.221	2.381
	Pre	36.00	15	11.174	2.885
	Post	33.13	15	11.275	2.911
Depresión	Tamizaje	42.40	15	21.307	5.501
	Pre	51.13	15	20.948	5.409
	Post	55.07	15	30.621	7.906

Estadísticos del grupo Control

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Ansiedad	Tamizaje	36.20	15	10.435	2.694
	Pre	36.47	15	13.228	3.415
	Post	36.60	15	11.556	2.984
Depresión	Tamizaje	41.47	15	24.017	6.201
	Pre	59.60	15	30.514	7.879
	Post	51.40	15	21.791	5.626

Anexo 3. Tablas de medias del instrumento de atención plena (FFMQ) por grupo y fase.

Estadísticos del grupo APC					
		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Observar	Pre	25.13	15	5.423	1.400
	Post	29.13	15	2.722	.703
Describir	Pre	25.40	15	4.940	1.275
	Post	29.60	15	3.158	.815
Actuar con conciencia	Pre	23.73	15	5.298	1.368
	Post	29.73	15	3.535	.913
No juzgar	Pre	22.00	15	6.256	1.615
	Post	29.93	15	3.900	1.007
No reaccionar	Pre	21.93	15	5.325	1.375
	Post	24.47	15	3.204	.827
Total	Pre	118.20	15	11.930	3.080
	Post	142.87	15	8.114	2.095

Estadísticos del grupo HV					
		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Observar	Pre	25.73	15	4.891	1.263
	Post	23.87	15	3.182	.822
Describir	Pre	22.80	15	4.263	1.101
	Post	23.47	15	4.240	1.095
Actuar con conciencia	Pre	23.80	15	4.916	1.269
	Post	25.80	15	5.074	1.310
No juzgar	Pre	23.20	15	4.916	1.269
	Post	25.80	15	4.617	1.192
No reaccionar	Pre	19.47	15	3.482	.899
	Post	19.27	15	3.990	1.030
Total	Pre	115.00	15	7.559	1.952
	Post	118.20	15	9.260	2.391

Estadísticos del grupo Control

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Observar	Pre	22.87	15	4.926	1.272
	Post	21.87	15	3.833	.990
Describir	Pre	22.67	15	3.539	.914
	Post	21.80	15	3.509	.906
Actuar con consciencia	Pre	24.87	15	5.475	1.414
	Post	25.87	15	4.103	1.059
No juzgar	Pre	25.13	15	6.105	1.576
	Post	25.47	15	6.927	1.788
No reaccionar	Pre	18.80	15	3.509	.906
	Post	18.67	15	3.599	.929
Total	Pre	114.33	15	12.222	3.156
	Post	113.67	15	7.027	1.814

Anexo 4. Pruebas t de muestras relacionadas del instrumento POSIT por grupo

Prueba de muestras relacionadas grupo APC						
Diferencias emparejadas						
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Total	6.600	7.018	1.812	3.642	14	.003
Uso/Abuso	-.400	.507	.131	-3.055	14	.009
Salud Mental	2.933	2.187	.565	5.196	14	.000
Rel. familiares	.600	2.501	.646	.929	14	.369
Rel. con amigos	.733	1.223	.316	2.323	14	.036
Nivel educativo	.533	2.669	.689	.774	14	.452
Interés laboral	.867	1.356	.350	2.476	14	.027
Cond. agresiva	1.333	2.968	.766	1.740	14	.104

Prueba de muestras relacionadas grupo HV						
Diferencias emparejadas						
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Total	-5.400	6.642	1.715	-3.149	14	.007
Uso/Abuso	-.600	.986	.254	-2.358	14	.033
Salud Mental	.467	3.204	.827	.564	14	.582
Rel. familiares	-1.333	1.877	.485	-2.751	14	.016
Rel. con amigos	-1.467	1.457	.376	-3.898	14	.002
Nivel educativo	-.400	2.444	.631	-.634	14	.536
Interés laboral	.200	.676	.175	1.146	14	.271
Cond. agresiva	-2.267	2.251	.581	-3.900	14	.002

Prueba de muestras relacionadas grupo Control						
Diferencias emparejadas						
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Total	-1.933	15.466	3.993	-.484	14	.636
Uso/Abuso	-1.400	2.501	.646	-2.168	14	.048
Salud Mental	.600	3.542	.914	.656	14	.522
Rel. familiares	-1.400	2.063	.533	-2.628	14	.020
Rel. con amigos	-1.000	1.927	.498	-2.010	14	.064
Nivel educativo	1.600	4.372	1.129	1.417	14	.178
Interés laboral	-.200	1.521	.393	-.509	14	.619
Cond. agresiva	-.133	3.378	.872	-.153	14	.881

Anexo 5. Pruebas t de muestras relacionadas de los instrumentos de ansiedad (AAA) y depresión (CESD-R) por grupo.

Prueba de muestras relacionadas grupo APC						
Diferencias emparejadas						
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Ansiedad	10.867	11.476	2.963	3.667	14	.003
Depresión	16.467	23.637	6.103	2.698	14	.017

Prueba de muestras relacionadas grupo HV						
Diferencias emparejadas						
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Ansiedad	2.867	9.156	2.364	1.213	14	.245
Depresión	-3.933	23.584	6.089	-.646	14	.529

Prueba de muestras relacionadas grupo Control						
Diferencias emparejadas						
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Ansiedad	-.133	5.755	1.486	-.090	14	.930
Depresión	8.200	21.035	5.431	1.510	14	.153

Anexo 6. Pruebas t de muestras relacionadas del instrumento de atención plena (FFMQ) por grupo.

Prueba de muestras relacionadas grupo APC

	Diferencias emparejadas					
	Media	Desviación	Media de error	t	gl	Sig. (bilateral)
		estándar	estándar			
Observar	-4.000	5.745	1.483	-2.697	14	.017
Describir	-4.200	5.967	1.541	-2.726	14	.016
Actuar con consciencia	-6.000	4.781	1.234	-4.861	14	.000
No juzgar	-7.933	6.041	1.560	-5.086	14	.000
No reaccionar	-2.533	3.204	.827	-3.062	14	.008
Total	-24.667	14.306	3.694	-6.678	14	.000

Prueba de muestras relacionadas grupo HV

	Diferencias emparejadas					
	Media	Desviación	Media de error	t	gl	Sig. (bilateral)
		estándar	estándar			
Observar	1.867	4.068	1.050	1.777	14	.097
Describir	-.667	4.117	1.063	-.627	14	.541
Actuar con consciencia	-2.000	6.036	1.558	-1.283	14	.220
No juzgar	-2.600	7.119	1.838	-1.414	14	.179
No reaccionar	.200	5.388	1.391	.144	14	.888
Total	-3.200	6.224	1.607	-1.991	14	.066

Prueba de muestras relacionadas grupo Control

	Diferencias emparejadas					
	Media	Desviación	Media de error	t	gl	Sig. (bilateral)
		estándar	estándar			
Observar	1.000	7.020	1.813	.552	14	.590
Describir	.867	4.172	1.077	.804	14	.435
Actuar con consciencia	-1.000	4.583	1.183	-.845	14	.412
No juzgar	-.333	5.602	1.446	-.230	14	.821
No reaccionar	.133	4.207	1.086	.123	14	.904
Total	.667	10.998	2.840	.235	14	.818

Anexo 7. Tablas de ANOVA y prueba Post hoc Bonferroni por variable

Prueba ANOVA instrumento POSIT por área de riesgo

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Uso/Abuso	Entre grupos	8.400	2	4.200	1.683	.198
	Dentro de grupos	104.800	42	2.495		
	Total	113.200	44			
Salud Mental	Entre grupos	56.844	2	28.422	2.368	.106
	Dentro de grupos	504.133	42	12.003		
	Total	560.978	44			
Rel. Familiares	Entre grupos	17.733	2	8.867	1.278	.289
	Dentro de grupos	291.467	42	6.940		
	Total	309.200	44			
Rel. con Amigos	Entre grupos	21.111	2	10.556	6.262	.004
	Dentro de grupos	70.800	42	1.686		
	Total	91.911	44			
Nivel Educativo	Entre grupos	26.844	2	13.422	1.089	.346
	Dentro de grupos	517.467	42	12.321		
	Total	544.311	44			
Interés Laboral	Entre grupos	1.911	2	.956	1.374	.264
	Dentro de grupos	29.200	42	.695		
	Total	31.111	44			
Cond. Agresiva	Entre grupos	76.933	2	38.467	7.698	.001
	Dentro de grupos	209.867	42	4.997		
	Total	286.800	44			
Total	Entre grupos	862.533	2	431.267	3.834	.030
	Dentro de grupos	4724.667	42	112.492		
	Total	5587.200	44			

Comparación por pares Bonferroni instrumento POSIT por área de riesgo

Variable dependiente	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Uso/Abuso	Control	HV	.800	.577	.518
		APC	1.000	.577	.271
	HV	Control	-.800	.577	.518
		APC	.200	.577	1.000
	APC	Control	-1.000	.577	.271
		HV	-.200	.577	1.000
Salud Mental	Control	HV	.333	1.265	1.000
		APC	2.533	1.265	.155
	HV	Control	-.333	1.265	1.000
		APC	2.200	1.265	.268
	APC	Control	-2.533	1.265	.155
		HV	-2.200	1.265	.268
Rel. Familiares	Control	HV	.667	.962	1.000
		APC	1.533	.962	.355
	HV	Control	-.667	.962	1.000
		APC	.867	.962	1.000
	APC	Control	-1.533	.962	.355
		HV	-.867	.962	1.000
Rel. con Amigos	Control	HV	-.667	.474	.501
		APC	1.000	.474	.123
	HV	Control	.667	.474	.501
		APC	1.667*	.474	.003
	APC	Control	-1.000	.474	.123
		HV	-1.667*	.474	.003
Nivel Educativo	Control	HV	-.667	1.282	1.000
		APC	1.200	1.282	1.000
	HV	Control	.667	1.282	1.000
		APC	1.867	1.282	.458
	APC	Control	-1.200	1.282	1.000
		HV	-1.867	1.282	.458
Interés Laboral	Control	HV	.400	.304	.588
		APC	.467	.304	.399
	HV	Control	-.400	.304	.588
		APC	.067	.304	1.000
	APC	Control	-.467	.304	.399
		HV	-.067	.304	1.000
Cond. Agresiva	Control	HV	-2.333*	.816	.020
		APC	.733	.816	1.000
	HV	Control	2.333*	.816	.020
		APC	3.067*	.816	.002
	APC	Control	-.733	.816	1.000
		HV	-3.067*	.816	.002
Total	Control	HV	-1.467	3.873	1.000
		APC	8.467	3.873	.103
	HV	Control	1.467	3.873	1.000
		APC	9.933*	3.873	.042
	APC	Control	-8.467	3.873	.103
		HV	-9.933*	3.873	.042

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Prueba ANOVA para ansiedad (AAA) por fase

Fase		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Tamizaje	Entre grupos	236.844	2	118.422	.785	.463
	Dentro de grupos	6338.133	42	150.908		
	Total	6574.978	44			
Pre	Entre grupos	16.844	2	8.422	.049	.952
	Dentro de grupos	7181.733	42	170.994		
	Total	7198.578	44			
Post	Entre grupos	1242.178	2	621.089	6.108	.005
	Dentro de grupos	4271.067	42	101.692		
	Total	5513.244	44			

Comparación por pares Bonferroni para ansiedad por fase

Variable dependiente	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Tamizaje	Control	HV	.000	4.486	1.000
		APC	4.867	4.486	.852
	HV	Control	.000	4.486	1.000
		APC	4.867	4.486	.852
	APC	Control	-4.867	4.486	.852
		HV	-4.867	4.486	.852
Pre	Control	HV	.467	4.775	1.000
		APC	1.467	4.775	1.000
	HV	Control	-.467	4.775	1.000
		APC	1.000	4.775	1.000
	APC	Control	-1.467	4.775	1.000
		HV	-1.000	4.775	1.000
Post	Control	HV	3.467	3.682	1.000
		APC	12.467*	3.682	.005
	HV	Control	-3.467	3.682	1.000
		APC	9.000	3.682	.056
	APC	Control	-12.467*	3.682	.005
		HV	-9.000	3.682	.056

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Prueba ANOVA para depresión (CESD-R) por fase

Fase		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Tamizaje	Entre grupos	30.044	2	15.022	.025	.976
	Dentro de grupos	25441.067	42	605.740		
	Total	25471.111	44			
Pre	Entre grupos	1517.733	2	758.867	1.046	.360
	Dentro de grupos	30467.067	42	725.406		
	Total	31984.800	44			
Post	Entre grupos	5973.378	2	2986.689	5.820	.006
	Dentro de grupos	21552.533	42	513.156		
	Total	27525.911	44			

Comparación por pares Bonferroni para depresión por fase

Variable dependiente	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Tamizaje	Control	HV	-.933	8.987	1.000
		APC	-2.000	8.987	1.000
	HV	Control	.933	8.987	1.000
		APC	-1.067	8.987	1.000
	APC	Control	2.000	8.987	1.000
		HV	1.067	8.987	1.000
Pre	Control	HV	8.467	9.835	1.000
		APC	14.133	9.835	.474
	HV	Control	-8.467	9.835	1.000
		APC	5.667	9.835	1.000
	APC	Control	-14.133	9.835	.474
		HV	-5.667	9.835	1.000
Post	Control	HV	-3.667	8.272	1.000
		APC	22.400*	8.272	.029
	HV	Control	3.667	8.272	1.000
		APC	26.067*	8.272	.009
	APC	Control	-22.400*	8.272	.029
		HV	-26.067*	8.272	.009

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Prueba ANOVA para atención plena (FFMQ) por faceta

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Observar	Entre grupos	422.711	2	211.356	19.674	.000
	Dentro de grupos	451.200	42	10.743		
	Total	873.911	44			
Describir	Entre grupos	506.178	2	253.089	18.856	.000
	Dentro de grupos	563.733	42	13.422		
	Total	1069.911	44			
Actuar con consciencia	Entre grupos	152.133	2	76.067	4.143	.023
	Dentro de grupos	771.067	42	18.359		
	Total	923.200	44			
No juzgar	Entre grupos	185.733	2	92.867	3.297	.047
	Dentro de grupos	1183.067	42	28.168		
	Total	1368.800	44			
No reaccionar	Entre grupos	305.200	2	152.600	11.696	.000
	Dentro de grupos	548.000	42	13.048		
	Total	853.200	44			
Total	Entre grupos	7408.178	2	3704.089	55.295	.000
	Dentro de grupos	2813.467	42	66.987		
	Total	10221.644	44			

Comparación por pares Bonferroni instrumento FFMQ por faceta

Variable dependiente	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Observar	Control	HV	-2.000	1.197	.306
		APC	-7.267*	1.197	.000
	HV	Control	2.000	1.197	.306
		APC	-5.267*	1.197	.000
	APC	Control	7.267*	1.197	.000
		HV	5.267*	1.197	.000
Describir	Control	HV	-1.667	1.338	.659
		APC	-7.800*	1.338	.000
	HV	Control	1.667	1.338	.659
		APC	-6.133*	1.338	.000
	APC	Control	7.800*	1.338	.000
		HV	6.133*	1.338	.000
Actuar con conciencia	Control	HV	.067	1.565	1.000
		APC	-3.867	1.565	.053
	HV	Control	-.067	1.565	1.000
		APC	-3.933*	1.565	.048
	APC	Control	3.867	1.565	.053
		HV	3.933*	1.565	.048
No juzgar	Control	HV	-.333	1.938	1.000
		APC	-4.467	1.938	.079
	HV	Control	.333	1.938	1.000
		APC	-4.133	1.938	.116
	APC	Control	4.467	1.938	.079
		HV	4.133	1.938	.116
No reactividad	Control	HV	-.600	1.319	1.000
		APC	-5.800*	1.319	.000
	HV	Control	.600	1.319	1.000
		APC	-5.200*	1.319	.001
	APC	Control	5.800*	1.319	.000
		HV	5.200*	1.319	.001
Total	Control	HV	-4.533	2.989	.410
		APC	-29.200*	2.989	.000
	HV	Control	4.533	2.989	.410
		APC	-24.667*	2.989	.000
	APC	Control	29.200*	2.989	.000
		HV	24.667*	2.989	.000

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.