



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE  
LA FUENTE MUÑIZ**

**AMBIENTE ENRIQUECIDO Y ESPIRITUALIDAD EN  
PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:  
ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:**

**CELENE GALLEGOS ZAVALA**

**TUTOR TEÓRICO: DRA. MÓNICA FLORES RAMOS**

**TUTOR METODOLÓGICO: DRA. ANA FRESÁN ORELLANA**



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

Ciudad Universitaria, México, D.F. 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## ÍNDICE TEMÁTICO

<b>AMBIENTE ENRIQUECIDO Y ESPIRITUALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES.....</b>	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>4</b>
<b>DEPRESIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>Criterios Diagnósticos.....</b>	<b>7</b>
<b>Epidemiología.....</b>	<b>9</b>
<b>Prevalencia en México.....</b>	<b>10</b>
<b>ESPIRITUALIDAD Y MEDIDAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO.....</b>	<b>12</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>15</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>OBJETIVOS:.....</b>	<b>17</b>
<b>Objetivo general.....</b>	<b>17</b>
<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>18</b>
<b>Hipótesis general.....</b>	<b>18</b>
<b>Hipótesis específicas.....</b>	<b>18</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>19</b>
<b>Diseño del estudio.....</b>	<b>19</b>
<b>Población.....</b>	<b>19</b>
<b>Cálculo del tamaño de la muestra.....</b>	<b>19</b>
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>Criterios de inclusión de participantes con trastorno depresivo.....</b>	<b>20</b>
<b>Criterios de exclusión del grupo de participantes con trastorno depresivo.....</b>	<b>21</b>
<b>Criterios de eliminación de grupo participantes con trastorno depresivo.....</b>	<b>21</b>
<b>Criterios de inclusión del grupo control.....</b>	<b>21</b>
<b>Criterios de exclusión del grupo de controles.....</b>	<b>21</b>
<b>Criterios de eliminación de grupo control.....</b>	<b>21</b>

<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>22</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....</b>	<b>26</b>
<b>La Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).....</b>	<b>26</b>
<b>Formato de datos demográficos.....</b>	<b>27</b>
<b>Escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso (Brief-RCOPE).....</b>	<b>27</b>
<b>Escala de afrontamiento religioso ante la soledad, ARS, del inventario multifacético de soledad IM-SOL.....</b>	<b>28</b>
<b>Subescala de relación con Dios de la Escala de bienestar espiritual, EBE.....</b>	<b>28</b>
<b>Escala de Ambiente Enriquecido.....</b>	<b>29</b>
<b>Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (Hamilton) (HAM-D).....</b>	<b>32</b>
<b>PROCEDIMIENTO.....</b>	<b>33</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>36</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....</b>	<b>39</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

## **ANTECEDENTES.**

La depresión se ha encontrado presente a lo largo de la evolución de la humanidad, esto se conoce en base a la información que tenemos en la actualidad por medio de la literatura.

Podemos empezar documentando como la biblia nos describe como Jezabel amenazó a Elías, él huyo, deseando la muerte y dijo “Basta ya Jehová, quítame la vida, pues no soy yo mejor que mis padres” (Thomson, 1987, 1° Reyes 19:4). Otro antecedente antiguo sobre la depresión lo hemos conocido en el siglo IV a.C. a través de los escritos de Hipócrates quien usaba el termino Melancolía para referirse a muchos de los trastornos mentales que en la actualidad conocemos dentro de los que se encuentra el trastorno depresivo mayor, sin presentarlo como un trastorno individual (Pichot, P. 1979).

En el siglo XVIII, se inició la clasificación de los trastornos mentales, pero con diferentes términos vapores, hipocondrías, aún sin definir de forma clara el trastorno depresivo mayor como un trastorno psiquiátrico individual (Luque et al., 2011). El termino Depresión surgió a mediados del siglo XIX con la finalidad de expresar cambios en las emociones (Haslam, 1809). El termino depresión en esta época describía una disminución en la actividad general de la persona y fue hasta el año 1860 cuando el termino aparece en los diccionarios haciendo una referencia en la disminución en el estado de ánimo (Luque et al., 2011)

En la literatura podemos encontrar diferentes estudios que describen la asociación que existe entre espiritualidad/religión y el trastorno depresivo mayor; podemos mencionar que se ha descrito que la asistencia a la iglesia esta inversamente relacionada con la depresión (Braam et al., 2019)

La religión / espiritualidad puede ser clínicamente relevante en la evaluación y el tratamiento de la depresión mayor (Miller et al., 2012), lo anterior lo podemos aplicar en nuestra práctica clínica diaria.

Hasta 2010, se realizaron 70 estudios prospectivos sobre religión y espiritualidad y depresión. De esos estudios, el 56% informó al menos una asociación entre una medida de religiosidad y espiritualidad con inferior niveles de depresión en el seguimiento, el 10% informó una asociación significativa con mayores niveles de depresión en el seguimiento, y

el 24% no encontró asociación o resultados mixtos (Braam et al., 2019).

En la literatura es evidente que tener altos niveles de espiritualidad y religiosidad están asociados con mejor calidad de vida, optimismo y felicidad en comparación con los que tienen solo espiritualidad, solo religiosidad o ninguna de ellas (Bonelli et al., 2013).

No obstante, existen algunos estudios que no sustentan estos resultados, indicando que incluso, las personas con depresión mayor que son espirituales tienen un peor pronóstico clínico y en términos de calidad de vida y bienestar (Vitorino et al., 2018).

La incidencia de los trastornos depresivos está aumentando constantemente y poseen una inmensa carga pública. La heterogeneidad de la depresión mayor sugiere que mecanismos biológicos complejos subyacen a su etiopatogenia (Hasler. et al., 2010). Se presenta con múltiples síntomas que van desde alteraciones en el afecto hasta alteraciones cognitivas, estos síntomas son causados por alteraciones en la síntesis, recaptación y regulación de la neurotransmisión monoaminérgica. Además, se han observado que la depresión está asociada con una considerable atrofia neuronal y muerte celular, y el estrés crónico resulta en atrofia y muerte de las neuronas del hipocampo y prefrontales e hipertrofia de las neuronas. Existen varias estrategias para mejorar la plasticidad sináptica en el cerebro adulto y la más conocida de ellas es el enriquecimiento ambiental (Faherty et. Al., 2003).

El ambiente enriquecido fue descrito por primera vez en contexto neurocientífico por Donal Hebb al describirlo como un mecanismo que genera cambios estructurales y mejora el aprendizaje y la memoria en roedores (Hebb, 1947).

El trastorno depresivo mayor produce un amplio espectro de deficiencias conductuales, alteraciones estructurales y electrofisiológicas. En estudios resientes (Mahati et al., 2016) se ha demostrado una restauración completa de las circunvoluciones dentada y los volúmenes amigdalinos en ratas con depresión sometidas a un Ambiente Enriquecido constituido por actividades físicas, sociales y cognitivas.

La relación entre la actividad física y la depresión ha recibido mucha atención en los últimos años, podemos describir algunos datos de ensayos clínicos aleatorios que han sugerido que la actividad física está relacionada con la reducción de los síntomas depresivos en poblaciones en riesgo, y estudios prospectivos han demostrado que existe una asociación

entre niveles más altos de actividad física con un menor riesgo de depresión posterior (Choi et. al, 2019; Bamonti et. al., 2016). Paffenbarger y sus colegas realizaron un estudio clásico relevante (Paffenbarger et al., 1994) que examinó cuestionarios de 31.000 graduados de Harvard College en 1962, 1966, 1977 y 1988. Los resultados mostraron que los individuos físicamente activos informaron niveles de depresión más bajos que sus compañeros físicamente inactivos. Estos resultados están respaldados por un estudio más reciente que examinó a 5.877 personas de entre 15 y 54 años, que muestra que las personas físicamente activas reportan niveles más bajos de depresión que las personas no activas (Goodwin, 2003).

Se han establecido relaciones íntimas, positivas y de apoyo, ya sea a través de la familia, los amigos o una relación, para tener un efecto beneficioso sobre la salud general y, en particular, para mantener la salud psicológica (Sarris et. al., 2014) proponen que la medida en que se percibe que los interlocutores sociales satisfacen las necesidades psicológicas básicas sirve para explicar los efectos tanto positivos como negativos sobre el bienestar de los individuos deprimidos (Ibarra-Rovillard et al., 2011). Se sabe que la falta de actividades sociales y físicas generan alteraciones neuroquímicas en las vías de las monoaminas cortico-estriadas (Hall, 1998; Pryce et al., 2005).

Para el caso de humanos, se ha descrito como las actividades sociales, las actividades cognitivas y la actividad física influyen de forma favorable en la evolución de los síntomas depresivos (Ibarra-Rovillard et al., 2011; Hall, 1998; Pryce et al., 2005) y los resultados preliminares del estudio original dirigido por la Dra. Mónica Flores muestra que hay diferencias en estas áreas en personas afectadas con depresión y aquellas sin depresión.

En el año 2008, se realizó un estudio en murinos, en este estudio por medio de una asignación aleatoria en dos grupos, un grupo con ambiente enriquecido y un segundo grupo sin un ambiente enriquecido, a los dos grupos se les realizaron pruebas de comportamiento. Después de las pruebas de comportamiento, se analizaron las concentraciones de monoaminas en la corteza prefrontal y el estriado ventral. En el grupo control se observó que el ambiente enriquecido generó un efecto de tipo antidepresivo, además se observó un aumento en las concentraciones de serotonina en la corteza prefrontal (Brenes et. al., 2008).

## **DEPRESIÓN.**

El trastorno depresivo mayor se caracteriza principalmente por un estado de ánimo deprimido, intereses disminuidos, función cognitiva deteriorada y síntomas vegetativos, como trastornos del sueño o del apetito. El Trastorno Depresivo mayor ocurre en aproximadamente el doble de frecuencia en mujeres que, en hombres, su etiología es multifactorial, sin embargo, se estima que tiene una heredabilidad del 35% (Otte et. al., 2016).

Hoy en día existe acuerdo al señalar que la depresión, como la mayoría de las enfermedades y trastornos psiquiátricos, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales, además produce importantes niveles de discapacidad, ya que no solo afecta las funciones mentales, también las sociales, físicas y se asocia con un mayor riesgo de muerte prematura (Berenzon et al., 2013).

### **Criterios Diagnósticos**

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor representa una gran amplitud y heterogeneidad, pero dentro de esta heterogeneidad existen características que son fundamental que estén presentes principalmente el estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer en la mayoría de las actividades (NICE, 2009).

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberán aparecer cada día para poder considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Los siguientes criterios son en base al Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades



la mayor parte del día.

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (American Psychiatric Association, 2014).

## Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud describe que la depresión representa 4.3% de la carga mundial de morbilidad, además es una de las principales causas de discapacidad con predominio en las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2013). Sin embargo, la principal preocupación en relación con el trastorno depresivo mayor es su relación con la intención suicida y el suicidio consumado, ya que los pacientes que cursan con este trastorno tienen una mortalidad general 1.8 veces mayor (Otte et. al., 2016).

El trastorno depresivo mayor se podría presentar como un factor de riesgo para desarrollar patologías crónico-degenerativas como diabetes mellitus, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, además se estima que hasta el 50% de los 800.000 suicidios anuales en el mundo ocurren en el transcurso de un trastorno depresivo mayor. En la actualidad existen muchas bases de tratamiento tanto psicoterapéuticos como farmacológicos, sin embargo, a pesar de esto se estima que aproximadamente el 30% de los pacientes no remiten (Otte et. al., 2016).

Estudios en Estados Unidos busco examinar las variaciones raciales y étnicas en las tendencias nacionales, la prevalencia del último año, los determinantes del episodio depresivo mayor, el deterioro del rol relacionado con episodio depresivo mayor, Los datos se extrajeron de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud (NSDUH) de 2010 a 2018. La prevalencia ponderada de episodio depresivo mayor entre adolescentes estadounidenses de 12 a 17 años aumentó aproximadamente un 79 % de 2010 a 2018 (del 8,1% al 14,5%). (Fan et. al., 2022). Continuando con en América un estudio en Brasil tuvo como objetivo identificar la prevalencia y distribución de la depresión en Brasil y compararlas desigualdades en salud mental entre las poblaciones de barrios marginales y no marginales. Los datos se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Salud de Brasil de 2019. A nivel nacional, la prevalencia de depresión diagnosticada por un médico, evaluada mediante PHQ-9 y no diagnosticada fue del 9,9 % (intervalo de confianza (IC) del 95 %: 9,5-10,3), 10,8 % (IC del 95 %: 10,4-11,2) y 6,9 % (IC del 95 %: 10,4-11,2). : 6.6-7.2), respectivamente. Los residentes de barrios marginales exhibieron niveles más bajos de depresión diagnosticada por un médico que los residentes urbanos que no viven en barrios marginales (8,6 %; IC del 95 %: 7,9-9,3 frente a 10,7 %; IC del 95 %: 10,2-11,2) (Pitcairn et. el., 2021).

Aunque diferentes estudios brindan informes variados sobre la prevalencia de la

depresión, una estimación de salud global reciente de la OMS para la depresión informa la prevalencia más alta del 5,4% ( Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates, 2015 ). La región en África Subsahariana, como resultado, representa alrededor del 10% de la carga mundial de trastornos mentales (Mayston et. al., 2020).

### **Prevalencia en México.**

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años, concluyó que los trastornos afectivos, entre los que se ubican el trastorno depresivo mayor, respecto al resto de los trastornos investigados, ocupa el tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%) (Medina-Mora, M. E. et al., 2003).

En México según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003, refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0) (Medina-Mora, M. E. et al., 2003). Complementario a lo anterior, en la Encuesta Nacional de Comorbilidad 2005 se reporta una Prevalencia General de 7.2%. En cifras más recientes el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó que el número de Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión es de 35.5% (Figura 1), y la frecuencia con la cual se ha presentado (Figura 2); 67.4 % de los mexicanos tiene sentimientos de depresión algunas veces al año, 9.7 % diario, 11.5 % semanalmente y 11.5 % cada mes (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2017).

Figura 1. Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión (INEGI, 2017).

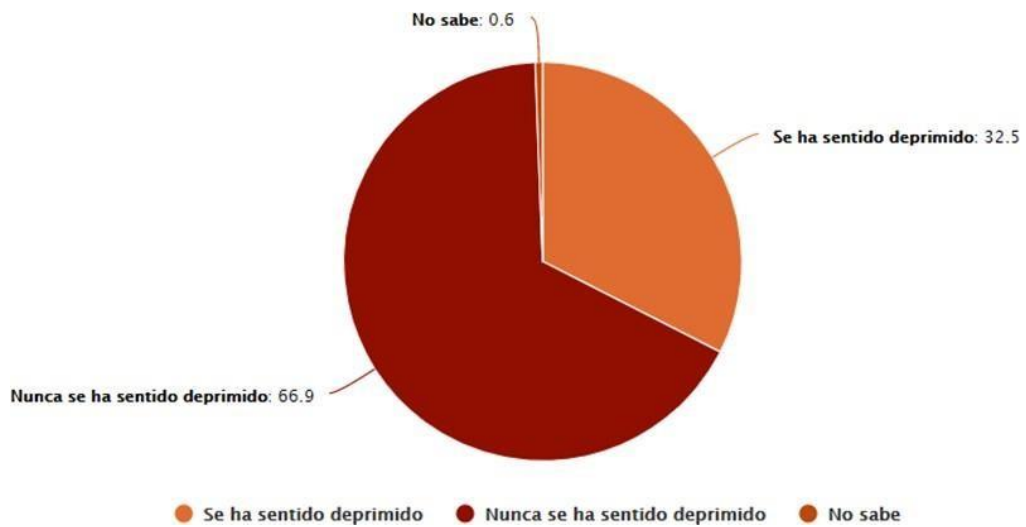
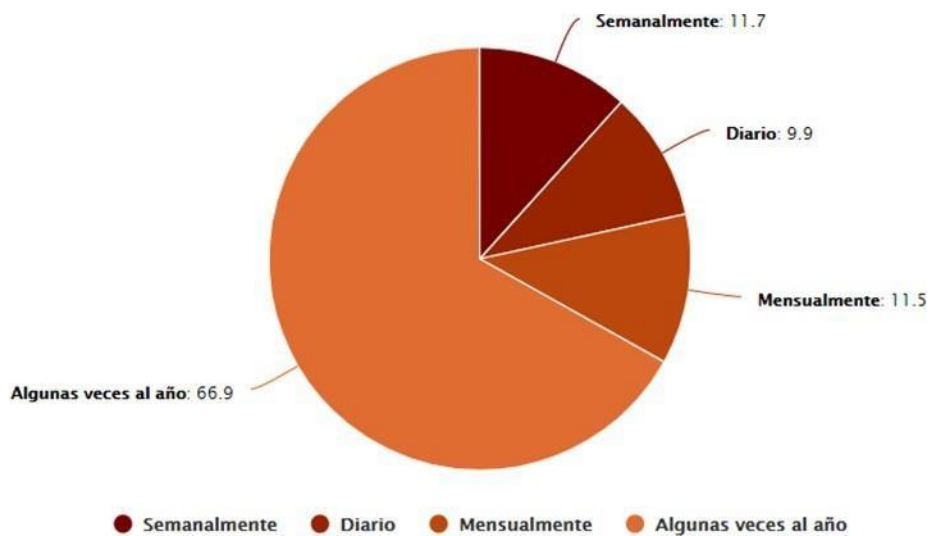


Figura 2. Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión por frecuencia (INEGI, 2017).



## **ESPIRITUALIDAD Y MEDIDAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO**

Religión (latín *re*, *ligare* = reconectarse), se ha definido como un sistema organizado de creencias, con práctica de rituales y símbolos creados para fortalecer la cercanía con lo sagrado, visto esto último como un Dios (Mihaljevic et. al., 2016). Así mismo lo podemos expresar como una estrategia que permite afrontar los momentos difíciles que todo ser humano vive, ya que permite buscar un significado a cada evento vivido, además brinda un camino para resolver dichas situaciones (Pargament, 1997)

El afrontamiento religioso (como la religión en general) es multidimensional. Está diseñado para ayudar a las personas en la búsqueda de una variedad de fines importantes en tiempos estresantes: sentido de significado y propósito, comodidad emocional, control personal, intimidad con los demás, salud física o espiritualidad (Spilka et al., 1985; Pargament 1992; Pargamento 1995).

Dentro de este contexto podemos describir dos tipos de afrontamiento religioso: afrontamiento religioso positivo y el afrontamiento religioso negativo; el primero nos conduce a una forma productiva y eficiente de afrontamiento espiritual asociado con mejores parámetros de salud que el afrontamiento negativo. El afrontamiento religioso positivo incluye métodos como la apreciación religiosa, el afrontamiento religioso colaborativo, la búsqueda de apoyo espiritual, la conexión espiritual, la purificación religiosa, el buscar ayuda de clérigos o miembros de la iglesia, la ayuda religiosa y el perdón religioso. El afrontamiento religioso negativo incluye métodos como la apreciación religiosa punitiva, la apreciación religiosa demoníaca, la reapreciación del poder de Dios, el descontento espiritual, el afrontamiento religioso autodirigido y el descontento religioso interpersonal (Pargament et al., 1998; Rivera-Ledesma et al., 2007).

El origen de la palabra espiritual se encuentra en el término latino *espiritualis*, que se deriva de la palabra griega *pneumatikos*, como aparece en las cartas de Pablo a los Romanos y Corintios donde se describe a una persona espiritual como alguien con quien moraba el Espíritu de Dios. (Sheldrake, 2007).

Se refiere a la experiencia individual de lo sagrado, mientras que la religión comúnmente

se refiere a organizaciones religiosas y actividades realizadas dentro de esta organización. (Hill et al., 2003). La espiritualidad tiene el objetivo de proporcionar al ser humano para tener un significado de la vida (Julián et al., 2015), puede entenderse como un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen una búsqueda de lo trascendente, sagrado o divino. La espiritualidad tiene como objetivo principal contribuir a dar un sentido y propósito en la vida, y orientan la conducta de las personas, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto a la realidad como a sí mismos (San Martin Petersen, 2008).

La espiritualidad se considera más personal, algo que las personas definen por sí mismas y que en gran medida está libre de las reglas, regulaciones y responsabilidades asociadas con la religión (Koenig et. al., 2009).

### **AMBIENTE ENRIQUECIDO**

El Ambiente enriquecido fue descrito por primera vez por Hebb en 1947, haciendo referencia a un paradigma experimental en el que los animales de laboratorio se encuentran en un entorno que permite la estimulación cognitiva, motora y sensorial (Hebb, 1947)

También se define una combinación estímulos sociales complejos, en entornos de laboratorio, el entorno se vuelve enriquecido proporcionando un espacio con estímulos cognitivos, físicos y sociales (Baroncelli et al., 2010), dentro de este marco podemos mencionar, además, que este término hace referencia a un proceso en que el contexto ambiental influye en los procesos cognitivos o conductuales del sujeto (Casanova et al., 2018).

El Ambiente enriquecido se refiere a un entorno que se caracteriza por una participación elevada en actividades cognitivas, físicas y sociales; La actividad cognitiva que principalmente se asoció con variaciones demográficas como edad, educación y género. La integración social que comprende componentes conductuales y cognitivos (Brisette et al., 2000; Cohen, 2004). El componente conductual de la integración social puede cuantificarse en términos de acciones como la frecuencia de participación con relaciones interpersonales o participación en actividades sociales. En contraste, el componente cognitivo de la integración social es más subjetivo y abarca percepciones del compromiso social.

El tercer componente es la actividad física, la OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con lo que se lleva

a cabo un consumo de energía. Por la anterior definición se incluyen, las actividades que se realizan al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas también están incluidas dentro de la actividad física (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Se iniciaron los estudios del ambiente enriquecido en entornos de laboratorio, ya que este entorno puede enriquecerse proporcionando al animal un espacio de vida estimulante cognitiva, física y socialmente. (Baroncelli et al., 2010). En modelos animales se ha observado que una forma de lidiar con la presencia constante de estímulos resultantes de estos cambios puede llevar a la moderación de la reacción emocional a la novedad. Esta hipótesis se ha visto confirmada por los datos obtenidos en un estudio en el que un grupo de ratas que se encontraban en condiciones estándar fueron expuestas a cambios, en el entorno experimental, esto por medio de objetos que se colocaban y se cambiaban cada determinado tiempo (Pisula et al., 2006). Por medio de estos estudios en modelos animales se ha identificado que el metabolismo, la función cognitiva, la inmunidad, la ansiedad y la depresión mejoran con un Ambiente Enriquecido. Sus efectos cognitivos y conductuales parecen estar mediados por varios factores, incluidos los factores de crecimiento, los neurotransmisores y las neurotrofinas, como el aumento del nivel del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) en el hipocampo. En estudios recientes (Mahati et al., 2016) se ha demostrado una restauración completa de las circunvoluciones dentada y los volúmenes amigdalinos en ratas con depresión sometidas a un Ambiente Enriquecido constituido por actividades físicas, sociales y cognitivas.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la depresión es la principal enfermedad mental reportada en el mundo, con más de 300 millones de personas afectadas. Además, se considera que es la principal causa mundial de discapacidad ya que repercute de forma importante en el funcionamiento global del individuo, llevándolo incluso al suicidio. A pesar de la existencia de múltiples tratamientos farmacológicos, los pacientes presentan recurrencias, lo que lleva a un alto costo económico por el tiempo prolongado de tratamiento. De esta forma, es necesario evaluar otras áreas que pudieran tener un papel importante en la prevención y el afrontamiento para los pacientes que viven el trastorno depresivo.

La historia de la espiritualidad se remonta a 50,000 años y perdura hasta la actualidad (Koenig, 2009). La espiritualidad es un comportamiento que permite afrontar diferentes estresores en el transcurso de la vida del ser humano, e incluso, proporciona un sentido a la vida de cada persona. La religión y la espiritualidad han ganado mayor atención en los últimos años en el campo de la salud mental, por lo que los médicos deben incorporar las cuestiones religiosas y espirituales de cada individuo en psicoterapia y evaluar los efectos benéficos o perjudiciales que ésta pudiera tener en el tratamiento del trastorno psiquiátrico (Gonsiorek et al., 2009). Hasta el momento, la evidencia nos muestra que los pacientes con depresión con una mayor espiritualidad reportan una menor gravedad de síntomas depresivos (Mofidi et al., 2006)

En la actualidad se reconoce la importancia que tienen las actividades sociales, cognitivas, físicas y la espiritualidad como medidas de afrontamiento, como fuentes de consuelo y esperanza.

La espiritualidad como medida de afrontamiento aunado a un ambiente enriquecido se ha descrito como métodos preventivos y auxiliar en la salud (Koenig, 2009; Koenig, 2007), por lo que su estudio formal en el área de investigación es necesario con el objetivo de determinar su influencia (positiva o negativa) en el curso y pronóstico de los trastornos afectivos como la depresión.



## JUSTIFICACIÓN

El presente estudio pretende contribuir a evaluar el ambiente enriquecido y la espiritualidad como áreas adicionales que pudieran tener un papel importante en la prevención del trastorno depresivo mayor. Tanto el ambiente enriquecido como la espiritualidad son constructos complejos que requieren de una amplia evaluación. El ambiente enriquecido comprende actividades cognitivas, físicas y sociales, siendo ejemplos de estas el convivir con familiares o amigos, realizar ejercicio, asistir a eventos sociales, religiosos, realizar actividades recreativas como jugar juegos de mesa, ver televisión, etc. Por su parte, en el presente estudio se realizará una evaluación multidimensional de la espiritualidad en donde se incluirán las medidas de afrontamiento religioso positivas y negativas, el afrontamiento religioso ante la soledad y la relación personal con Dios

De forma general, se ha descrito que ambos constructos pueden influir en una presentación de menor gravedad del cuadro depresivo, por lo que pudieran ser factores de gran importancia en trastornos mentales de curso crónico e incapacitante como es el trastorno depresivo mayor. De esta forma y al evaluar, las similitudes y diferencias que pudieran existir con un grupo de individuos sin depresión, podremos comprender el papel que estos constructos tienen en el trastorno depresivo mayor.

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo general**

Comparar el ambiente enriquecido y el nivel de espiritualidad entre participantes con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y un grupo de sujetos control, sin trastorno depresivo mayor.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar la asociación entre un ambiente enriquecido con la gravedad de los síntomas depresivos en participantes con trastorno depresivo mayor.
2. Determinar la asociación entre el nivel de espiritualidad con la gravedad de los síntomas depresivos en los participantes con trastorno depresión mayor.
3. Determinar la asociación entre un ambiente enriquecido con el nivel de espiritualidad en participantes con depresión mayor y sujetos control.

# HIPÓTESIS

## Hipótesis general

Los participantes con depresión mostrarán un menor ambiente enriquecido y una menor espiritualidad en contraste con el grupo de sujetos control, sin trastorno depresivo.

## Hipótesis específicas.

1. Un mayor ambiente enriquecido se asociará con una menor gravedad sintomática en los participantes con trastorno depresivo mayor.
2. Una mayor espiritualidad se asociará con una menor gravedad sintomática en los participantes con trastorno depresivo mayor.
3. Un mayor ambiente enriquecido se asociará con una mayor espiritualidad tanto en los participantes con trastorno depresivo mayor como en los individuos sin trastorno depresivo mayor.

## **METODOLOGÍA.**

### **Diseño del estudio.**

Con fundamento en los criterios fundamentales de Feinstein, el estudio es analítico mediante el uso de escalas para obtener datos asociados a la espiritualidad, religión y ambiente enriquecido y su comparación entre dos grupos de análisis. Es transversal, ya que solo se realizó una medición en el tiempo; observacional, porque no se realizó ninguna intervención, un estudio de casos y controles homodémico (Feinstein, A. R., 1985).

### **Población.**

El tamaño de la muestra fue basado en el número mínimo requerido para demostrar la asociación entre un ambiente enriquecido y espiritualidad en participantes con trastorno depresivo mayor y compararla con muestra de controles sanos, los cuales fueron pareados por edad y género con el grupo de pacientes.

### **Cálculo del tamaño de la muestra.**

El cálculo del tamaño de la muestra fue realizado a través de un cálculo de proporciones por medio del programa OpenEpi, versión 3 (“OpenEpi Menu,” n.d.) de acuerdo con los siguientes parámetros:

El porcentaje fue estimado de acuerdo con estudios que han mostrado que la frecuencia de realización de actividad física de moderada a alta intensidad varía de 8.2% (Goodwin, 2003) al 18.4% (Feng, 2014).

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)( $N$ ):	1000000
Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población ( $p$ ):	18.4% +/-10
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)( $d$ ):	10%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$ ):	1

### Tamaño muestral ( $n$ ) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
90%	41 por grupo

Ecuación

Tamaño de la muestra  $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2 - \alpha/2 * (N-1) + p*(1-p)]$

1

## CRITERIOS DE SELECCIÓN.

### Criterios de inclusión de participantes con trastorno depresivo.

1. Diagnóstico de trastorno depresivo mayor de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, corroborado mediante la Mini: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)
2. Puntuación mínima de 13 puntos en la escala de Hamilton.
3. Hombre o mujer.
4. Edad entre 18-60 años.
5. Que sepan leer y escribir.
6. Participantes cognitivamente estables, que permita realizar la entrevista y el participante pueda contestar los cuestionarios, de acuerdo con el juicio clínico del médico tratante del INPRFM.

**Criterios de exclusión del grupo de participantes con trastorno depresivo.**

1. Participantes cuyo diagnóstico principal no sea de trastorno depresivo mayor, excepto trastorno de ansiedad generalizada, corroborado mediante la Mini: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).
2. Participantes que presente dificultad para comunicarse o cooperar.
3. Participantes con antecedente de psicosis o que en el momento del estudio presenten síntomas psicóticos.

**Criterios de eliminación de grupo participantes con trastorno depresivo.**

1. Que el participante exprese su deseo de abandonar el estudio en cualquier etapa del mismo.

**Criterios de inclusión del grupo control.**

1. Personas que no tengan un diagnóstico psiquiátrico conocido en el momento del estudio, corroborado mediante la Mini: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)
2. Hombre o mujer.
3. Edad entre 18-60 años.
4. Que sepa leer y escribir

**Criterios de exclusión del grupo de controles**

1. Personas con discapacidad intelectual.
2. Personas que tengan el antecedente de trastorno depresivo mayor, aun cuando en la actualidad no cumplan con criterios diagnósticos

**Criterios de eliminación de grupo control**

1. Que el participante exprese su deseo de abandonar el estudio en cualquier etapa.
2. Participantes que no completen en su totalidad los instrumentos de evaluación.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO

<i>Características Demográficas para ambos grupos</i>		
Sexo	Categoría	1) Hombre, 2) Mujer;
Edad	Dimensional	Años
Estado civil	Categoría	1) Soltero, 2) Casado – Unión libre, 3) Divorciado – Separado, 4) Viudo
Ocupación	Categoría	0)Desempleado, 1) hogar, 2)estudiante, 3)empleado
Escolaridad	Dimensional	Años de estudio.
Religión	Categoría	1) Ateo, 2) católico, 3) cristiano, 4) judío, 5) testigo de Jehová, 6) otro.
Practicante religioso	Dimensional	Ejerce su religión. Calificación de 0 a 10 en donde 10 es que es practicante asiduo y 0 es que no lleva a cabo su religión.
<i>Características Clínicas de los pacientes con trastorno depresivo mayor</i>		
Características del trastorno depresivo mayor	Categoría	0)ninguna, 1) con síntomas ansiosos, 2) con síntomas mixtos, 3) con síntomas melancólicos, 4) con síntomas atípicos, 5) de inicio en el periparto.
Edad de inicio del padecimiento	Dimensional	Edad en la que empezaron los síntomas afectivos.
Edad al momento del diagnóstico	Dimensional	Edad en la que se otorgó el diagnóstico de trastorno depresivo mayor por un servicio de psiquiatría.

Tiempo de evolución	Dimensional	Tiempo total de evolución en MESES desde que inició los síntomas hasta el momento de ingresar al estudio.
Hospitalizaciones	Categórica	Ha sido hospitalizado por depresión 0= No 1=Si
Número total de hospitalizaciones	Dimensional	Número de veces.
Gravedad de los síntomas de depresión	Dimensional	Puntaje total de la Escala de Depresión de Hamilton.  <b>Este instrumento fue aplicado en ambos grupos</b>  Clasificación posterior de acuerdo con el nivel de severidad:  Leve: 8 a 13 puntos, moderado 14 a 18 puntos, severo 19 a 22 puntos, muy grave: más de 23 puntos; Escala de Depresión de Hamilton
Comorbilidad	Categórica	Comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico al momento del estudio 0= No 1=Si  Se especifica el tipo de trastorno.
<i>Tratamiento Actual de los pacientes con trastorno depresivo mayor</i>		
Uso de antidepresivos	Categórica	Consumo actual de antidepresivos. 0= No 1= Si



		ISRS, Tricíclicos, IMAO, IRSN, IRN. Se debe especificar el fármaco en mg/día.
Uso de ansiolíticos	Categórica	Tratamiento actual con ansiolíticos 0= No 1=Si  Especificar el tipo de ansiolítico en mg/día.
Psicoterapia	Categórica	Tratamiento actual con psicoterapia 0=No 1= Si  Especificar el tipo; cognitivo conductual, psicoanálisis, dialectico conductual, psicoterapia focalizada en la trasferencia.
<i>ESPIRITUALIDAD</i>		
Afrontamiento religioso	Dimensional	Escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso (Brief-RCOPE).
Escala de Afrontamiento Religioso ante la Soledad, ARS	Dimensional	Escala de afrontamiento religioso ante la soledad, ARS, del inventario multifacético de soledad IM-SOL;
Sub-escala de relación con Dios de la escala de Bienestar	Dimensional	Se explora el concepto de relación con Dios  Sub-escala de relación con Dios de la escala de Bienestar Espiritual

Espiritual		
------------	--	--

<i>ESCALA DE AMBIENTE ENRIQUECIDO</i>		
Evaluación de actividades sociales	Dimensional	Evaluación de actividades sociales, en función de que tan frecuentemente realiza actividades evaluadas en el instrumento.
Evaluación de actividades cognitivas	Dimensional	Evaluación de actividades sociales, en función de que tan frecuentemente realiza actividades evaluadas en el instrumento.
Cuestionario	Dimensional	Cuestionario internacional de actividad física, en relación al tiempo que se destina a estar físicamente activo.

## **DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.**

### **La Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).**

Desarrollada en 1990 por Sheehan y Lecrubier desarrollaron La Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), la base de esta entrevista es el DSM IV y el CIE 10.

Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV, Los estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $30,7 \pm 60,6$  minutos, media 40 minutos) que los instrumentos mencionados.

La MINI está dividida en módulos que están identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica; al principio de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. La forma de usar esta entrevista es; Las oraciones con letra normal deben leerse al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos y las oraciones escritas en MAYÚSCULAS no se deben de leer al paciente.

Las oraciones en negritas indican el período de tiempo que se explora, razón por la que sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo NO en todas las casillas diagnósticas y continuar con el

siguiente módulo. (Sheehan et al., 1992; Amorin et al.,1998; Sheehan et al., 1998).

### **Formato de datos demográficos.**

El formato de datos clínicos-demográficos se ha diseñado teniendo como base las características de los individuos de estudio, en su contexto demográfico, así como datos clínicos que serán de relevancia para el estudio. Está integrado por dos secciones con múltiples reactivos, donde se registrará la información mediante interrogatorio dirigido.

La primera sección se refiere a datos demográficos, entre los que se incluye la ficha de identificación que contiene las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, religión, practicante religioso.

La segunda sección se refiere a los datos clínicos relevantes para el diagnóstico de trastornos depresivo mayor, se conforma por datos que se recaban durante la entrevista diagnóstica basada en los criterios de DSM V, además de recabar información de las características clínicas: edad de inicio de los síntomas, edad en la que se otorgó el diagnóstico por un servicio de psiquiatría, años de evolución, hospitalizaciones psiquiátricas previas, gravedad de los síntomas depresivos, comorbilidades psiquiátricas (depresión, ansiedad, trastorno por consumo de sustancias, uso de antidepresivos al momento de participar en el estudio especificando el tipo de antidepresivo en mg/día, uso de ansiolíticos al momento del estudio especificando el tipo de ansiolítico en mg/día, si ha recibido psicoterapia y especificar el tipo, además se debe especificar el sitio donde recibe la psicoterapia. Esta información se obtendrá mediante una evaluación, al ser un instrumento que se aplicó por parte del investigador, teniendo como fuente de información exclusivamente al paciente.

### **Escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso(Brief-RCOPE).**

Es un instrumento diseñado por Pargament y colegas, dirigido a evaluar el afrontamiento religioso, instrumento autoaplicable (Pargament et al., 1998). Contiene 14 afirmaciones; divididas en dos dimensiones;Afrontamiento religioso positivo (suma de los reactivos 2, 4, 5, 6, 7, 10 y 14 del Brief- RCOPE), que se caracteriza por un sentido de espiritualidad, de una relación segura con Dios,

otorgando un sentido a la vida. Afrontamiento religioso negativo (suma de los reactivos 1, 3, 8, 9, 11, 12 y 13 del Brief-RCOPE), caracterizado por el empleo de estrategias que se basan en estar molesto con Dios. Cada subescala se califica en una escala Likert de frecuencia de 1=nunca o casi nunca a 4=siempre y un mayor puntaje es indicativo (máximo 28 puntos por escala) es indicativo del tipo de afrontamiento más empleado por la persona. El tiempo aproximado para realizar este instrumento es de 6 minutos. En el estudio de validación en México las subescalas presentaron una consistencia interna de .87 y .69, para el afrontamiento positivo y negativo respectivamente, y una estructura factorial y validez discriminante adecuadas en una muestra de adultos mayores norteamericanos hospitalizados. (Pargament et al., 2011; Rivera-Ledesma et al., 2007)

### **Escala de afrontamiento religioso ante la soledad, ARS, del inventario multifacético de soledad IM-SOL.**

La escala de afrontamiento religioso ante la soledad, ARS, tiene como base el Inventario Multifacético de la soledad IM-SOL (Montero-López L., 1999) El afrontamiento religioso ante la soledad, es el conjunto de estrategias empleadas en el afrontamiento de los sentimientos de soledad, estrategias que se caracterizan por estar centradas en las creencias y prácticas religiosas y espirituales. Esta escala consta de seis ítems, cada afirmación es resuelta eligiendo una de cada cinco respuestas numeradas del 0-4; 0=Nunca, 1=casi nunca, 2=algunas veces, 3=la mayor parte del tiempo, 4=todo el tiempo, se contesta en un aproximado de cuatro minutos, es un instrumento autoaplicable. Esta sub-escala fue desarrollada en México tiene buenas cualidades psicométricas (consistencia interna:  $\alpha=0.90$ ; validez convergente:  $r=0.82$ ; adecuada validez discriminante), ha sido empleada en adultos mayores mexicanos (Rivera- Ledesma, 2005) con una adecuada consistencia interna ( $\alpha=.87$ ).

### **Subescala de relación con Dios de la Escala de bienestar espiritual, EBE**

La vida espiritual es resultado de establecer una conexión o relación con algún concepto de deidad o ser supremo; la Escala de Bienestar Espiritual diseñada por Paloutzian y Ellison, evalúa esta relación por su expresión cognitiva, emocional y conductual a través de la suma de los 11 reactivos que constituyen la sub-escala de relación con Dios (Paloutzian R., Ellison C., 1982), se realiza en un tiempo promedio de cinco minutos. Esta escala fue adaptada para

sujetos mexicanos por Montero y Sierra (Montero-López, 1996) documentando una confiabilidad test-retest de 0.86 y una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.78. Cada afirmación es resuelta eligiendo una de cada cinco respuestas numeradas del 0-4; 0=Nunca, 1=casi nunca, 2=algunas veces, 3=la mayor parte del tiempo, 4=todo el tiempo. La medida general de bienestar se obtiene de la suma de los puntajes de las dos subescalas. Los autores sugirieron una puntuación de corte con los intervalos de 20 a 40 para bienestar espiritual bajo, 41 a 99 para moderado y 100 a 120 para alto. La escala se contesta en un aproximado de cuatro minutos. La validez convergente fue demostrada con una asociación importante con la escala Brief-RCOPE, con una  $r=0.607$  (Rivera-Ledesma, 2007).

### **Escala de Ambiente Enriquecido**

La escala está conformada por tres cuestionarios, no existe punto de corte para estas escalas ya que no se pueden dicotomizar. Son adaptaciones a la población mexicana, recientemente validadas en el INPRFM, por la Dra. Mónica Flores, por medio del proyecto; Validación de escala de actividades cognitivas, físicas y sociales como indicador de ambiente enriquecido en pacientes con trastorno depresivo mayor y controles (Flores et. al., 2022)

### **Evaluación de actividades sociales.**

Escala Multidimensional de Integración Social (MSPSS), elaborada inicialmente por para evaluar la integración social y la satisfacción con la integración social.

Incluye 22 reactivos, que van en función a que tan frecuente ha realizado la actividad mencionada en el último mes. El paciente debe elegir entre cinco opciones, que tienen un valor del 0 al 4; 0= Nunca lo ha hecho, 1= Casi nunca, 2=Ocasionalmente, 3=Frecuentemente, 4= Diariamente. Además, incluye 8 reactivos, que van en función de la satisfacción que siente el paciente. El paciente debe elegir entre cinco opciones que tienen un valor del 0 al 4; 4= Muy satisfecho, 3= Satisfecho, 2=Ni satisfecho ni insatisfecho, 1= Insatisfecho, 0= Muy insatisfecho. Por lo tanto, se pueden obtener dos puntajes separados (integración social y satisfacción) y un puntaje de Actividad Social total (la suma de los puntajes de integración social y satisfacción). Del total se obtuvieron niveles, los niveles se definieron de la siguiente manera: integración social baja (puntuación de 0 a 78), integración social moderada (puntuación de 79 a 98) e integración social alta (puntuación de 99 en

adelante).

La carga de tiempo para completar la encuesta es de aproximadamente 30 minutos, de forma autoaplicable. Se califican con respecto a la puntuación obtenida, a mayor puntuación mayores actividades sociales, con una adecuada consistencia interna ( $\alpha=.86$ ). (Fuller-Iglesias et al., 2016)

### **Evaluación de actividad cognitiva.**

Se desarrolló la Escala de actividades cognitivas de Florida (FCAS) como instrumento utilizado para evaluar la actividad cognitiva por Schinka y colaboradores. (Schinka et al., 2005).

Incluye 25 reactivos, que van en función a que tan frecuentemente ha realizado la actividad mencionada en el último mes, se brindan cinco opciones que tienen un valor del 0 al 4; 0= Nunca lo ha hecho, 1= Casi nunca, 2=Ocasionalmente, 3=Frecuentemente, 4= Diariamente. El tiempo aproximado para realizarla es de 5 a 7 minutos, es autoaplicable. Se obtiene una puntuación total mediante la suma de las puntuaciones de los ítems individuales, de esta puntuación se obtienen percentiles. Los percentiles para dividir la muestra en tres niveles para el FCAS (actividades cognitivas) fueron los siguientes: actividades cognitivas bajas (puntuación de 0 a 42), actividades cognitivas moderadas (puntuación de 43 a 56) y actividades cognitivas altas (puntuación de 57 en adelante)

En el estudio del desarrollo y validación del instrumento se obtuvo una consistencia interna moderada con un alfa de Cronbach de 0.65, y una adecuada validez predictiva con diversas pruebas neuropsicológicas (validez convergente), lo que indica que puede ser empleada en otros estudios y que requiere de estudios adicionales en diversas poblaciones para corroborar sus propiedades clinimétricas.

### **Cuestionario internacional de actividad física:**

Se desarrolló el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) como instrumento de seguimiento internacional de la actividad física y la inactividad. Entre 1997 y 1998, el Grupo de Consenso desarrolló cuatro formas largas y cuatro cortas de los

instrumentos IPAQ (administrados por entrevista telefónica o autoadministración, con dos períodos de referencia alternos, ya sea los “últimos 7 días” o una “semana habitual” de actividad física recordada). (Craig et al., 2003).

Incluye 7 reactivos, que van en función al tiempo que el participante destina a estar físicamente activo en los últimos siete días. Las respuestas en estos reactivos son directas indicando el número de días por semana, las horas por día, o los minutos por día. Se califica con respecto al número de días, horas o minutos, a mayor tiempo es mayor la actividad física realizada. Los ítems evaluaron la frecuencia (días por semana), la intensidad (actividades intensas y moderadas, caminar y sentarse) y la duración (todos evaluados en minutos por día excepto sentarse que se evaluó por horas por día) de actividades físicas. La actividad semanal se informa en el equivalente metabólico de la tarea (MET) y también se pueden determinar tres categorías principales de actividad (baja; MET menor de 600, moderada; MET de 600 a 1500, alta; 1500 a 3000). El tiempo empleado para realizar esta escala es de 8 a 10 minutos.

La versión corta del instrumento (7 reactivos), que es la que será empleada en el presente estudio, ha reportado valores aceptables de confiabilidad interevaluador (coeficientes de correlación intraclass en población de adultos Mexicanos entre 0.49-0.55) (Medina et al., 2013), debido a que se ha implementado principalmente como un instrumento de monitoreo poblacional (Carrera Y, 2017), por lo que los datos que arroja son de tipo descriptivo en términos de la actividad que realiza una persona en un período de una semana.

Para determinar el indicador de Ambiente Enriquecido se utilizaron las puntuaciones del Actividad Cognitiva y Actividad social de los sujetos control, dividiendo las puntuaciones en tres niveles principales (bajo, moderado y alto) según el percentil 33.3 y 66.6, siendo estos niveles ya definidos para la actividad física. Definimos Ambiente Enriquecido bajo, moderado y alto de acuerdo con las siguientes definiciones: Ambiente Enriquecido bajo: 2 o 3 de las dimensiones cognitivas, sociales y físicas identificadas en la categoría baja. Ambiente Enriquecido moderada: 2 o 3 de las dimensiones cognitiva, social y física identificadas en la categoría moderada o una categoría identificada como baja, otra como moderada y la tercera como alta. Ambiente Enriquecido alto: 2 o 3 de las dimensiones cognitivas, sociales y físicas identificadas en la categoría alta. La confiabilidad de las escalas de actividades cognitivas, actividades sociales y actividades físicas se determinó con el alfa de Cronbach, con valores de confiabilidad aceptables iguales o superiores a 0,75. (Flores et.



al., 2022)

### **Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (Hamilton) (HAM-D).**

Es una escala heteroaplicada que tiene como objetivos ofrecer una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento, está dirigida a personas con diagnóstico de trastorno depresivo. En nuestro estudio se aplicará la escala de 17 ítems, esta versión fue adaptada al castellano y validada por Ramos-Brieva y Cordero en 1986, se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y del comportamiento de la depresión.

Las preguntas de la entrevista indican que las calificaciones deben basarse en la condición del participante durante la semana pasada. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, el rango de puntuación es de 0 a 52 puntos, con el siguiente umbral: Muy severo: mayor de 23 puntos, severo: 19-22 puntos, moderado: 13-18 puntos, leve: 8-12 puntos, normal: 7 o menos puntos, se realiza en un periodo de tiempo de 10-30 minutos, con un promedio de 20 minutos. La puntuación mínima para los participantes será de 13 puntos (moderado).

La escala de depresión de Hamilton posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92 en un estudio llevado a cabo por Pott. La fiabilidad Inter observador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. Su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escalade Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos. (Hamilton, 1960; Hamilton, 1967).

## PROCEDIMIENTO

### Participantes del grupo con trastorno depresivo mayor

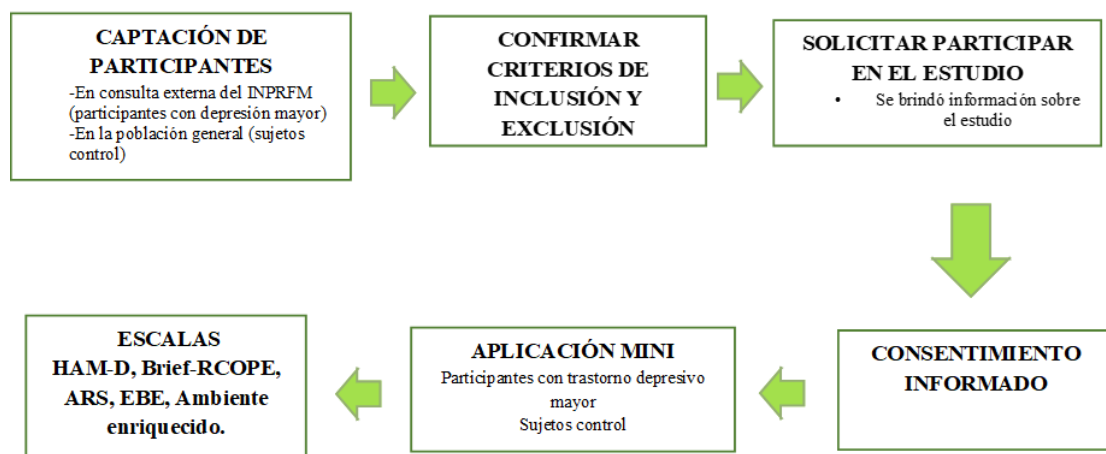
1. La recolección de los participantes con trastorno depresivo se realizó en los servicios de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se realizó un tríptico para dar a conocer el estudio a los médicos tratantes de la consulta externa para que le informaran a los pacientes del protocolo y les dieran los datos de contacto en caso de verse interesados.
2. El investigador principal evaluó que los participantes (con depresión) que cumplieran con los criterios de selección del presente estudio, después de la evaluación independientemente de si se cumplieron los criterios, se entregaron los trípticos a todos los participantes.
3. Se solicitó la participación y se brindó una explicación acerca del estudio.
4. En los participantes con trastorno depresivo mayor se procedió a realizar las escalas en el jardín del Instituto Nacional de Psiquiatría (al aire libre), en una mesa previamente desinfectada, el investigador portó equipo de protección consistente en; cubrebocas N 95, lentes de protección y careta.
5. Se procedió a realizar el consentimiento informado, en un periodo de dos minutos.
6. Se llevó a cabo la recopilación de datos sociodemográficos en un periodo de cinco minutos.
7. Se aplicó a los participantes la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) en un periodo de 40 minutos, para corroborar el diagnóstico de depresión mayor.
8. Se aplicó a los participantes la escala de Hamilton, en un periodo de 20 minutos.
9. Se procedió a entregar a los participantes las escalas; Escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso (Brief-RCOPE), Escala de afrontamiento religioso ante la soledad, ARS, del inventario multifacético de soledad IM-SOL., Sub-escala de relación con Dios de la Escala de bienestar espiritual, EBE y escala de Ambiente Enriquecido para que fuera contestada. El tiempo promedio de aplicación de estos instrumentos fue de 60 minutos. Una vez finalizados los cuestionarios, se les dio las gracias a los sujetos por participar en el estudio.
10. Con los resultados obtenidos se elaboró una base de datos.

11. Se realizaron análisis estadísticos de la base de datos obtenida de acuerdo con los objetivos del estudio.
12. Se procedió a la redacción de resultados, discusión y conclusiones del trabajo.

### **Participantes de grupo control**

1. Para el reclutamiento de los participantes del grupo control, se realizó una invitación mediante redes sociales (página web del instituto, Facebook y por invitación verbal), donde se incluyeron los datos de contacto de la investigadora principal (correo electrónico: gallegos\_119@hotmail.com, gallegos\_119@imp.edu.mx y celular: 4442345666) para dar a conocer el estudio al público general.
2. Los participantes (grupo control) que se pusieron en contacto con la investigadora principal, por medio de correo electrónico o llamada telefónica, fueron evaluados para corroborar que cumplieran los criterios de selección del presente estudio, vía correo electrónico o llamada telefónica. Después de la evaluación independientemente del cumplimiento de criterios, se envió vía correo electrónico los trípticos a todos los participantes.
3. Se solicitó la participación y se brindó una explicación acerca del estudio, vía correo electrónico o llamada telefónica.
4. A los candidatos que aceptaron participar, se les asignó una cita para la entrevista virtual, realizada vía telefónica o mediante video conferencia, dependiendo de lo que el participante decida y vía correo electrónico se envió el enlace (<https://forms.gle/15TLXemHs7FDe9WS7>), con el consentimiento informado y las escalas auto aplicables.
5. El día de la cita virtual se procedió a la lectura del consentimiento informado en un periodo de cinco minutos, con la finalidad de garantizar su participación voluntaria, guardando siempre su confidencialidad y su aprobación para el reporte de los resultados. Se solicitó la autorización el participante para grabar el momento en el que acepta participar en el estudio por medio de audio-grabación, con la computadora del consultorio nueve del cuarto piso de la torre de especialidades del INPRFM. La contraseña de esta computadora solo la tiene la investigadora principal y las audio-grabaciones fueron almacenadas en un disco duro portátil que será guardado bajo llave por la investigadora principal.

6. Al contar con el consentimiento informado se procedió a realizar la recopilación de datos sociodemográficos en un periodo de cinco minutos, por medio de la entrevista virtual.
7. Se aplicó a los participantes la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) en un periodo de 40 minutos, para descartar diagnósticos de los sujetos control.
8. Se aplicó a los participantes la escala de Hamilton, en un periodo de 20 minutos.
9. Posteriormente los participantes continuaron con las siguientes escalas vía virtual por medio del Link que se les envió; Escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso (Brief-RCOPE), Escala de afrontamiento religioso ante la soledad, ARS, del inventario multifacético de soledad IM-SOL., Subescala de relación con Dios de la Escala de bienestar espiritual, EBE y escala de Ambiente Enriquecido, para que sean respondidas en un tiempo promedio de 60 minutos. Una vez finalizados los cuestionarios, al final del enlace se les dio las gracias por su participación.
10. Con los resultados obtenidos se realizó una base de datos.
11. Se realizaron análisis estadísticos de la base de datos obtenida de acuerdo con los objetivos del estudio.
12. Se procedió a la redacción de resultados, discusión y conclusiones del trabajo.



## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Para la descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias y desviaciones estándar para las variables dimensionales. Como pruebas de hipótesis para la comparación de las características demográficas, de espiritualidad y ambiente enriquecido entre el grupo de participantes con depresión y el grupo de sujetos control se empleó la chi cuadrada para el contraste de variables categóricas y la t de Student de muestras independientes para el contraste de variables dimensionales. El coeficiente de correlación de Pearson se empleó para determinar la asociación lineal entre la gravedad de la depresión, la espiritualidad y para las correlaciones con el ambiente enriquecido se empleó el coeficiente de correlación de Spearman. Los puntos de corte para definir el nivel de ambiente enriquecido fueron tomados del trabajo de Flores et al (2022). El nivel de significancia estadística se fijó en una  $p \leq 0.05$  para todos los análisis.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El presente estudio se realizó con base en lo pactado en la declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, que describe los principios éticos básicos para las investigaciones médicas en seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2013).

Se basa en el principio uno, ya que considera con principios científicos y tiene como base la experimentación en animales y laboratorios, descrito en el apartado de antecedentes.

Conforme al segundo principio de la Declaración de Helsinki el proyecto fue sometido a evaluación por parte del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, previa realización del curso Biomedical Research - Basic/Refresher de CITI Program (Anexo 2).

Siguiendo el tercer principio de la Declaración de Helsinki, este proyecto se realizó por personal cualificado para brindar contención verbal durante la realización de los instrumentos, bajo la supervisión de dos médicas con amplia experiencia en el ámbito clínico y la investigación.

Además, considerando el quinto principio de la declaración de Helsinki, este estudio presenta riesgo mínimo, pues se realizó una recopilación de datos que pudieran generar malestar o incomodidad. De acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, este estudio se clasifica como de riesgo mínimo.

En caso de la presencia de desregulación emocional de algún participante se brindó atención por parte de la investigadora principal. Para los participantes con trastorno depresivo mayor, esta contención se brindó personalmente y para los participantes del grupo control, se realizó de forma virtual.

Como beneficio para los participantes del grupo de trastorno depresivo mayor fue el conocer más sobre su trastorno, el ambiente enriquecido y la espiritualidad y se les informó los beneficios que estos constructos puede tener para su vida diaria. Para los participantes del grupo control, se brindaron también los dos trípticos para conocer sobre el trastorno depresivo mayor y el segundo para conocer que es el ambiente enriquecido y la espiritualidad y se les informó los beneficios que estos constructos puede tener para su vida diaria. Una vez finalizados los cuestionarios, al final del enlace se les dará las gracias por su participación y se entregaron los trípticos a los participantes con depresión y, para los participantes del grupo

control se enviaron vía correo electrónico.

Y siguiendo los principios seis, ocho, nueve y diez, a todos los pacientes se les informó verbalmente sobre los procedimientos que se realizarían y se solicitó su consentimiento de manera verbal, para garantizar su participación voluntaria, guardando siempre su confidencialidad y su aprobación para el reporte de los resultados. De igual forma se solicitó el consentimiento de dos testigos, para garantizar la comprensión de los procedimientos para la realización del estudio.

Los apartados que constituyeron el consentimiento informado (Anexo 1) fueron:

- a) La justificación y objetivos de la investigación
- b) Los procedimientos o consignas a seguir durante la investigación
- c) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del paciente
- d) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento médico.

En relación con la confidencialidad, a cada uno de los expedientes de los participantes que aceptaron participar, se les asignó un código numérico, por lo que el nombre y datos generales estarán bajo el resguardo del investigador principal y no aparecerán en ninguno de los reportes que surjan de la investigación.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Diciembre- Enero 2020	Febrero -Julio 2021	Agosto- Septiembre 2021	Octubre 2021- Marzo 2022	Abril- Mayo 2022	Junio- Noviembre 2022	Diciembre 2022
Entrega de anteproyecto.	x						
Primer seminario de presentación.	x						
Presentación del proyecto al comité de ética.		x					
Realizar correcciones al proyecto.		x					
Presentación de avances, seminario 2.			x				
Captación de participantes.				x			
Concentración de datos				x			
Presentación de avances, Seminario 3.					x		
Análisis de resultados						X	
Elaboración de informa final y entrega de proyecto						X	x



## RESULTADOS

### Características demográficas de la muestra

Se incluyeron un total de 92 participantes, 46 (50.0%) de ellos con trastorno depresivo y 46 (50%) sujetos control. No se observaron diferencias entre grupos en cuanto al sexo (en su mayoría mujeres), la edad al momento del estudio, el estado civil (mayor número de solteros), tipo de religión (en su mayoría católicos o cristianos) o el nivel percibido de práctica religiosa, el cual se podría considerar bajo. No obstante, se observó que los participantes con depresión reportaron una menor escolaridad y estar más frecuentemente desempleados o dedicados al hogar (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas entre participantes con depresión y sujetos control.

	Depresión n=46	Control n=46	Estadística
Sexo (n, %)			
Hombre	6 13.0	12 26.1	$\chi^2=2.4, p=0.11$
Mujer	40 87.0	34 73.9	
Edad (media, D.E.)	38.5 12.1	34.7 9.0	t=1.7, p=0.09
Escolaridad (años; media, D.E.)	13.1 3.9	15.5 3.4	t=-3.1, p=0.002
Estado civil (n, %)			
Soltero	32 69.6	34 73.9	$\chi^2=5.4, p=0.06$
Casado/Unión libre	9 19.6	12 26.1	
Divorciado/Separado	5 10.9	-	
Ocupación (n, %)			
Desempleado	10 21.7	3 6.5	$\chi^2=18.0, p<0.001$
Hogar	10 21.7	-	
Estudiante	12 26.1	18 39.1	
Empleado	14 30.4	25 54.3	

Religión (n, %)				
Ateo	9	19.6	9	19.6
Católico	23	50.0	20	43.5
Cristiano	10	21.7	11	23.9
Judío	1	2.2	-	
Adventista	3	6.5	6	13.0
Practicante religioso (media, D.E.)	3.2	2.9	3.6	3.3
				$\chi^2=2.2, p=0.68$
				$t=-0.7, p=0.48$

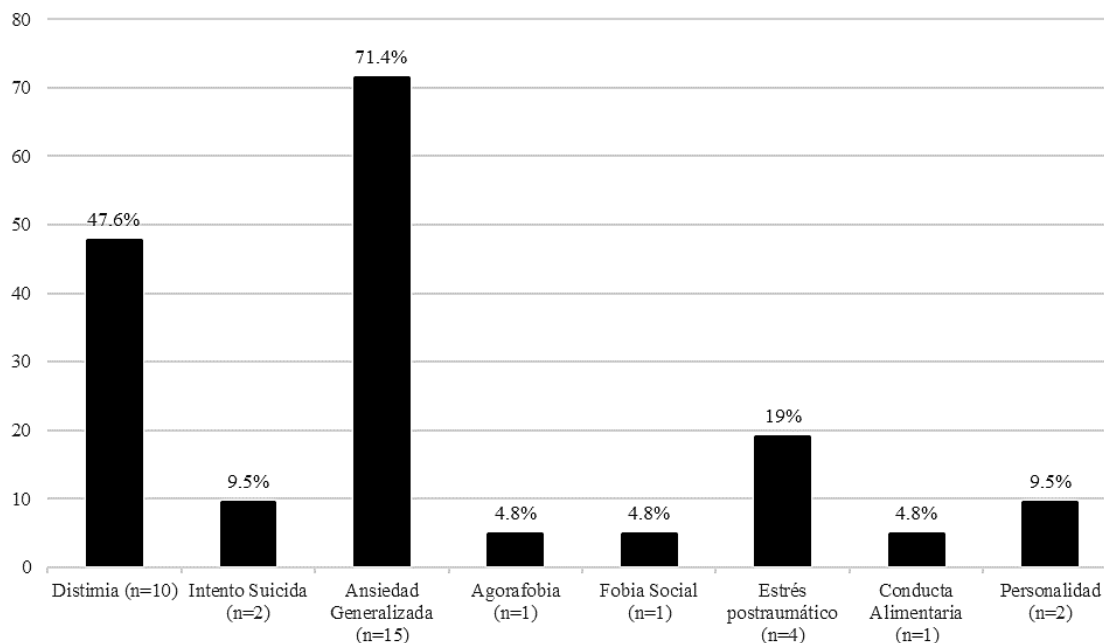
### Características clínicas de los participantes con depresión

La mayoría de los participantes con depresión presentaban un curso con síntomas ansiosos (63.0%, n=29) seguido de aquellos sin ninguna característica particular en el curso del padecimiento (19.6%, n=9), con síntomas mixtos (8.7%, n=4) o melancólicos (8.7%, n=4).

La edad de inicio del padecimiento fue a los 30.0 (D.E.=14.6, rango 7-56) años y la edad en la que se realizó el diagnóstico de depresión fue en promedio a los 35 años (D.E.=13.0, rango 12-58). El tiempo de evolución del padecimiento fue de 102.8 (D.E.=105.3, rango 6-468) meses, equivalente a un promedio de casi dos años. Tan solo 3 (6.5%) participantes con depresión reportaron haber sido hospitalizados en una sola ocasión en algún momento durante el padecimiento.

El 47.6% (n=21) reportaron alguna comorbilidad con el trastorno depresivo mayor. En la Gráfica 1 se muestran las principales comorbilidades de aquellos participantes con depresión que las reportaron.

Gráfica 1. Comorbilidad psiquiátrica



En cuanto al tratamiento al momento del estudio el 97.8% (n=45) de los participantes con depresión estaban siendo tratados con antidepresivos: el 89.1% (n=41) de estos con un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y el 8.7% (n=4) con un inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina.

Adicionalmente 10.9% (n=5) de los participantes con depresión estaban siendo tratados con algún ansiolítico (2 con pregabalina y 3 con clonazepam). El 21.7% (n=10) estaban recibiendo psicoterapia de forma adicional (5 con terapia cognitivo conductual, 1 psicoanálisis, 3 terapia dialéctico conductual y 1 terapia de aceptación y compromiso).

En relación con la gravedad sintomática al momento del estudio, los participantes con depresión tuvieron un puntaje total promedio en la escala de Hamilton de Depresión de 19.6 (D.E.=5.7) lo que refleja un cuadro moderado/grave de síntomas. En contraste, los sujetos control, y como una forma de corroborar la ausencia de depresión clínica, tuvieron un puntaje de 1.35 (D.E.=1.1), indicativo de la inexistencia de síntomas clínicamente relevantes ( $t=21.2$ ,  $p<0.001$ ).

### Espiritualidad entre participantes con depresión mayor y sujetos control

Se observó tanto en los participantes con depresión como en los sujetos control un mayor afrontamiento religioso positivo mediante la evaluación con la escala Brief-RCOPE, sin que existieran diferencias entre grupos. De la misma forma, no se observaron diferencias entre grupos en el afrontamiento religioso ante la soledad, evaluado con la escala ARS. Los puntajes de ambos grupos indican un afrontamiento religioso moderado frente a la soledad. Adicionalmente, en cuanto al bienestar espiritual o relación con Dios, ambos grupos también mostraron una relación o conexión moderada con alguna deidad (ver Tabla 2).

Tabla 2. Espiritualidad entre participantes con depresión y sujetos control.

	Depresión n=46		Control n=46		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Afrontamiento religioso					
Positivo	15.1	5.7	14.9	6.3	t=0.1, p=0.89
Negativo	11.2	4.3	10.7	3.05	t=0.6, p=0.54
Afrontamiento religioso frente a la soledad	11.8	4.6	11.8	5.5	t=0.0, p=1.0
Bienestar espiritual – Relación con Dios	22.6	7.9	24.1	10.7	t=-0.7, p=0.46

### Ambiente enriquecido entre participantes con depresión mayor y sujetos control

De acuerdo con las dimensiones de la Escala de Ambiente Enriquecido, se observaron diferencias entre grupos en las puntuaciones globales de las actividades cognitivas y actividades sociales, siendo estos mayores en el grupo de los sujetos control.

De la misma forma, al emplear los puntos de corte establecidos tanto en la evaluación de actividades cognitivas, actividades sociales y actividades físicas para dividir estas variables en niveles bajo, moderado y alto y obtener un nivel global de ambiente enriquecido, se observan mejores niveles de actividades cognitivas y físicas en el grupo control, mientras que las actividades sociales fueron similares entre ambos grupos.

El nivel de Ambiente Enriquecido fue muy similar en el nivel alto, encontrando un

mayor porcentaje de participantes con depresión en el nivel bajo y un mayor porcentaje de sujetos control en el nivel moderado (ver Tabla 3).

**Asociación del ambiente enriquecido, la espiritualidad y la gravedad sintomática en los participantes con depresión.**

De acuerdo con los objetivos específicos del presente estudio, se determinó la asociación lineal entre estas tres variables, sin encontrar asociaciones entre ellas. El ambiente enriquecido no tuvo una correlación positiva con la gravedad sintomática ( $r=-0.1$ ,  $p=0.20$ ). La correlación entre la gravedad sintomática (HAM-D) y el afrontamiento religioso positivo ( $r=-0.2$ ,  $p=0.85$ ), el afrontamiento religioso negativo ( $r=-0.01$ ,  $p=0.89$ ), el afrontamiento religioso frente a la soledad ( $r=-0.1$ ,  $p=0.44$ ) y el bienestar espiritual ( $r=-0.1$ ,  $p=0.48$ ) no fueron significativas.

## DISCUSIÓN

El Ambiente enriquecido se refiere a un entorno que se caracteriza por una participación elevada en actividades cognitivas, físicas y sociales, que se ha estudiado predominantemente en animales, generando evidencia prometedora para la prevención de los trastornos mentales, como el trastorno depresivo mayor. Por lo tanto, la investigación traslacional en humanos es una oportunidad para evaluar los efectos de los principales componentes del Ambiente Enriquecido en los seres humanos. Por esta razón, nuestro objetivo principal fue comparar el ambiente enriquecido y el nivel de espiritualidad entre participantes con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y un grupo de sujetos control, sin trastorno depresivo mayor.

Los participantes con trastorno depresivo mayor reportaron una menor escolaridad, además de estar más frecuentemente desempleados o dedicados al hogar, esto concuerda con lo descrito en la literatura con respecto a los importantes niveles de discapacidad funcional que presentan los pacientes con trastorno depresivo (Berenzon et al., 2013). Las actividades sociales fueron similares entre ambos grupos, este hallazgo se encuentra probablemente asociado a la contingencia sanitaria que se vivía durante el periodo de realización del presente estudio, lo cual concuerda con la disminución en la actividad física que se vivió durante ese periodo reportado en la literatura (Wunsch et. al., 2022).

Se observaron mayores niveles de actividades cognitivas y físicas en el grupo control, lo cual concuerda con los estudios prospectivos que han demostrado una asociación entre niveles más altos de actividad física con un menor riesgo de síntomas depresivos (Choi et. al, 2019; Bamonti et. al., 2016), el resultado del presente estudio también confirma lo descrito por Goodwin en 2003, donde se demostró que los participantes físicamente activos reportan niveles más bajos de depresión.

El 50% de los participantes del grupo control, mostro un nivel de ambiente enriquecido moderado, estos resultados se encuentran en armonía con los resultados de Brenes en el 2008, en donde se observó que el ambiente enriquecido condujo a efectos tipo antidepressivo.

Con respecto a la espiritualidad, no se observó diferencia con respecto al afrontamiento religioso positivo con la escala de Brief-RCOPE, además es importante mencionar que el nivel de afrontamiento religiosos es bajo en los dos grupos, Estos hallazgos son opuestos a lo descrito en la literatura, en donde se menciona que la asistencia a la iglesia

esta inversamente relacionada con la depresión (Braam et al., 2019).

De la misma forma, no se observaron diferencias entre grupos en el afrontamiento religioso ante la soledad, evaluado con la escala ARS. Los puntajes de ambos grupos indican un afrontamiento religioso moderado frente a la soledad. Adicionalmente, en cuanto al bienestar espiritual o relación con Dios, ambos grupos también mostraron una relación o conexión moderada con alguna deidad (ver Tabla 2). Estos resultados se encuentran probablemente asociado al bajo nivel de desesperanza durante el periodo de la pandemia con COVID-19 (Su et. al., 2022) y se encuentran en armonía con los resultados descritos por Coppola 2021, quien describió niveles más bajos de bienestar espiritual durante la pandemia. Sin embargo, se debe continuar evaluando estos constructos y su relación con los síntomas depresivos.

La limitación más importante en este estudio fue el tamaño de la muestra, esto considerando que se evaluaron tres constructos cada uno en tres características diferentes. Otra limitación es la población de estudio, ya que el reclutamiento de los participantes se realizó exclusivamente en un sitio específico. Una limitación muy importante para considerar fue que debido a las condiciones generadas por la actual contingencia sanitaria parte del reclutamiento de los participantes se realizó en línea, lo que representó una barrera para que los participantes pudieran expresar sus dudas al momento de que estas se presentaran. Es necesario recalcar que un alto porcentaje de los participantes del grupo con depresión, reportaron tener otro diagnóstico afectivo, lo cual pudiera implicar un sesgo en los resultados obtenidos y deberán ser tomados con cautela.

A pesar de todas estas limitaciones, la relevancia de este estudio establece las bases de estudio del ambiente enriquecido en humanos, por medio del cual podemos afirmar que el Ambiente enriquecido es mayor en sujetos sanos comparado con un grupo control, por lo que pudieran ser factores de gran importancia en trastornos mentales de curso crónico e incapacitante como es el trastorno depresivo mayor, considerando tanto factor protector como factor pronóstico.

## CONCLUSIÓN

En los participantes evaluados la espiritualidad no fue diferente entre un grupo de sujetos sanos y un grupo con trastorno depresivo mayor; nosotros consideramos que esto se debe al tipo de población que es predominantemente jóvenes. Se debe continuar evaluando este constructo con una población mayor. Por otro lado, podemos concluir que el ambiente enriquecido es menor en el grupo con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, comparado con un grupo de sujetos sanos. Estos hallazgos confirman lo observado en estudios con animales, y sugieren que el ambiente enriquecido es un factor favorable para evitar la presencia de depresión, así como acortar el tiempo de los episodios. Debemos destacar que este estudio, en nuestro conocimiento, es el primer estudio que evalúa el constructor de ambiente enriquecido en seres humanos. Sin embargo, aún queda duda del papel del ambiente enriquecido como intervención para el tratamiento de la depresión, tema que deberá ser abordado en estudios posteriores



## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed., text, 2014.
- Amorim, P., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., & Sheehan, D. (1998). DSM-IV-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 13(1), 26–34.
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki. Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos. Helsinki: Asociación Médica Mundial.
- Bamonti, P., Lombardi, S., Duberstein, P. R., King, D. A., & van Orden, K. A. (2016). Spirituality attenuates the association between depression symptom severity and meaning in life. *Aging and Mental Health*, 20(5), 494–499. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1021752>.
- Baroncelli, L., Braschi, C., Spolidoro, M., Begenisic, T., Sale, A., & Maffei, L. (2010). Nurturing brain plasticity: impact of environmental enrichment. *Cell Death and Differentiation*, 17(7), 1092–1103. <https://doi.org/10.1038/cdd.2009.193>
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México [Depression: state of the art and the need for public policy and action plans in México]. *Salud Pública de México*, 55(1), 74–80. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342013000100011>.
- Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428–438. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063>.
- Brenes, J. C., Rodríguez, O., & Fornaguera, J. (2008). Differential effect of

environment enrichment and social isolation on depressive-like behavior, spontaneous activity and serotonin and norepinephrine concentration in prefrontal cortex and ventral striatum. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 89(1), 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2007.11.004>

- Brissette, I., Cohen, S., & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 53–85). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0003>.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health*, 52(2), 657–673. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4>
- Carrea Y. (2017). Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). *Revista Enfermería del trabajo*, 7(2), 49-54.
- Casanova, A. M., Contreras, N., & Jiménez, B. (2018). Educando en un Ambiente Enriquecido: porque todos estamos conectados. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 13(1), 01–05. [http://www.rcnp.cl/dinamicos/articulos/184729-01\\_mario\\_rcnp.pdf](http://www.rcnp.cl/dinamicos/articulos/184729-01_mario_rcnp.pdf).
- Choi, K. W., Chen, C. Y., Stein, M. B., Klimentidis, Y. C., Wang, M. J., Koenen, K. C., Smoller, J. W., & Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2019). Assessment of Bidirectional Relationships Between Physical Activity and Depression Among Adults: A 2-Sample Mendelian Randomization Study. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 399–408. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4175>
- Cohen S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684.
- Coppola, I., Rania, N., Parisi, R., & Lagomarsino, F. (2021). Spiritual Well-Being and Mental Health During the COVID-19 Pandemic in Italy. *Frontiers in psychiatry*, 12, 626944. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.626944>

- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381–1395.
- Faherty, C. J., Kerley, D., & Smeyne, R. J. (2003). A Golgi-Cox morphological analysis of neuronal changes induced by environmental enrichment. *Brain research. Developmental brain research*, 141(1-2), 55–61. [https://doi.org/10.1016/s0165-3806\(02\)00642-9](https://doi.org/10.1016/s0165-3806(02)00642-9)
- Feng, Q., Zhang, Q. L., Du, Y., Ye, Y. L., & He, Q. Q. (2014). Associations of physical activity, screen time with depression, anxiety and sleep quality among Chinese college freshmen. *Plos One*, 9(6), e100914. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100914>.
- Feinstein, A. R. (1985). *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research* 2(0). W. B. Saunders Company.
- Flores-Ramos, M., Yoldi-Negrete, M., Guiza-Zayas, R., Ramírez-Rodríguez, G. B., Montes-Castrejón, A., & Fresán, A. (2022). An Indicator of environmental enrichment to measure physical, social and cognitive activities in human daily life. *BMC psychiatry*, 22(1), 295. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03952-w>
- Fuller-Iglesias, H. R., & Rajbhandari, S. (2016). Development of a Multidimensional Scale of Social Integration in Later Life. *Research on Aging*, 38(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/0164027514568324>
- Gonsiorek, J. C., Richards, P. S., Pargament, K. I., & McMinn, M. R. (2009). Ethical Challenges and Opportunities at the Edge: Incorporating Spirituality and Religion Into Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 385–395. <https://doi.org/10.1037/a0016488>.
- Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders

among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), 698–703. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00042-2).

- Hall, F. S., Huang, S., Fong, G. F., & Pert, A. (1998). The effects of social isolation on the forced swim test in Fawn hooded and Wistar rats. *Journal of Neuroscience Methods*, 79(1), 47–51. [https://doi.org/10.1016/s0165-0270\(97\)00155-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0270(97)00155-6).
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>.
- Hamilton M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278–296.
- Haslam J. (1809). Observations on madness and melancholy. *Royal College of Physicians of Edinburgh*. 1(2), 13-35. <https://wellcomecollection.org/works/k2b9pbkm>
- Hebb, D. O. (1947) The effects of early experience on problem-solving at maturity. *American Psychologist*, 1(2), 306–307
- Hernández, R., Fernández & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research. *American Psychologist*, 58(1), 64–74. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>.
- Ibarra-Rovillard, M. S., & Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 342–352. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.005>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2017). *Censo Nacional de Gobierno Federal* 2017.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/cngf/2017/doc/cngf\\_2017\\_Resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/cngf/2017/doc/cngf_2017_Resultados.pdf)

- Julián, C., & Vargas, P. (2015). Spirituality as a Means for Human Development. *Theological Issues*. 98(42), 459-481.
- Koenig, H. G. (2007). Religion and depression in older medical inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(4), 283–291. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000246875.93674.0c>.
- Koenig H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne of Psychiatrie*, 54(5), 283–291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>
- Luque, R, & Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5),130-146. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80622316009>
- Mahati, K., Bhagya, V., Christofer, T., Sneha, A., & Shankaranarayana Rao, B. S. (2016). Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. *Neurobiology of Learning and Memory*, 134, 379–391. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2016.08.017>
- Medina, C., Barquera, S., & Janssen, I. (2013). Validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire among adults in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34, 21-28.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Bautista, C. F., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), 1-16.
- Mihaljevic, S., Aukst-Margetic, B., Karnicnik, S., Vuksan-Cusa, B., & Milosevic, M. (2016). Do spirituality and religiousness differ with regard to personality and

recovery from depression? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 17–24.

- Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E., & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 89–94. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10121823>.
- Mofidi, M., De Vellis, R. F., Blazer, D. G., De Vellis, B. M., Panter, A. T., & Jordan, J. M. (2006). Spirituality and depressive symptoms in a racially diverse us sample of community-dwelling adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 975–977. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243825.14449.de>.
- Montero-López Lena M, Sierra CL. (1996) Escala de Bienestar Espiritual: Un estudio de validación. *Psicología Social México*, 1(6), 28-33. [http://www.psicologiadramontero.com/Publicaciones/files/1996/1996\\_Escala%20de%20bienestar%20espiritual\\_Un%20estudio%20de%20validaci%C3%B3n.pdf](http://www.psicologiadramontero.com/Publicaciones/files/1996/1996_Escala%20de%20bienestar%20espiritual_Un%20estudio%20de%20validaci%C3%B3n.pdf)
- Montero-López L. M. (1999). Inventario multifacético de soledad. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2009). Depression in adults: recognition and management. Clinical Guideline
- Organización Mundial de La Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, 7-9. [https://doi.org/978\\_92\\_4\\_350602\\_9](https://doi.org/978_92_4_350602_9).
- Organización Mundial de la Salud (2020). Actividad física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, (2016), 1–21.

- Paffenbarger, R. S., Jr, Lee, I. M., & Leung, R. (1994). Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 377, 16–22. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05796.x>.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). The Spiritual Well-being Scale. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, 224-236.
- Pargament, K. I. (1992). De medios y fines: la religión y la búsqueda de significación. *Revista Internacional de Psicología de la Religión*, 2 (4), 201–229. [https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0204\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0204_1)
- Pargament, K. I., & Park, C. L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*, 51(2), 13–32. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01321.x>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Publications. [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=Vn5XObcpnd4C&oi=fnd&pg=PA1&ots=eTaz5K8Soh&sig=Qi37XKOOIp\\_SnWeh75Be\\_atYZYE&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=Vn5XObcpnd4C&oi=fnd&pg=PA1&ots=eTaz5K8Soh&sig=Qi37XKOOIp_SnWeh75Be_atYZYE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710–724. <https://doi.org/10.2307/1388152>.
- Pargament, K. I., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51–76. <https://doi.org/10.3390/rel2010051>.
- Pichot, P. (1979). Hipócrates, Aristóteles, Galeno y la psiquiatría antigua. *Salud Mental*, 2 (4), 21-27.

- Pisula, W., Stryjek, R., & Nałecz-Tolak, A. (2006). Response to novelty of various types in laboratory rats. *Acta neurobiologiae experimentalis*, 66(3), 235–243.
- Pryce, C. R., Rüedi-Bettschen, D., Dettling, A. C., Weston, A., Russig, H., Ferger, B., & Feldon, J. (2005). Long-term effects of early-life environmental manipulations in rodents and primates: Potential animal models in depression research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(4-5), 649–674. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.03.011>.
- Ramos-Brieva, J. A., & Cordero Villafáfila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión (Validation of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression). *Actas Luso-espanolas de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines*, 14(4), 324–334.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero, M. (2005). Esperanza Y Religiosidad En Adultos Mayores. *Salud Mental*, 28(6), 51–58
- Rivera-Ledesma, A. & Montero López Lena, María (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*, 23 (1), 125-136. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167/16723116>.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López Lena, M. (2014). Ajuste psicológico y vida religiosa en Adultos Mayores. *University Psychologica*, 13(3), 15-26. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy13-3.apvr>.
- San Martín Petersen, C. (2008). Spirituality in elderly people. *Psicodebate*, 8, 111-128. <https://doi.org/10.18682/pd.v8i0.420>.
- Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I., & Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, 14, 107. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-107>.
- Schinka, J. A., McBride, A., Vanderploeg, R. D., Tennyson, K., Borenstein, A. R., & Mortimer, J. A. (2005). Florida cognitive activities scale: Initial development and



validation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(1), 108–116.

- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P., Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (1992). Mini International Neuropsychiatric Interview MINI 5.0.0 (2000) 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI).
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (20), 22–57.
- Sheldrake, P. (2007). *A Brief History of Spirituality* (1). Philip Publishing. 1-24.
- Spilka, B., Shaver, P., & Kirkpatrick, L. A. (1985). A General Attribution Theory for the Psychology of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 24(1), 1.
- Su, S., Basit, G., & Köse Alabay, K. N. (2022). Relationship Between Fear of COVID-19, Spirituality and Hopelessness in People During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatria Danubina*, 34(4), 773–780. <https://doi.org/10.24869/psyd.2022.773>
- Thompson, C. (1987). *Biblia de referencia Thompson, versión Reina-Valera 1960, 1º Reyes 19:4*. Florida: Vida.
- Vitorino, L. M., Lucchetti, G., Leão, F. C., Vallada, H., & Peres, M. F. P. (2018). The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific Reports*, 8(1).
- Wunsch, K., Kienberger, K., & Niessner, C. (2022). Changes in Physical Activity Patterns Due to the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 2250. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042250>

## ANEXOS

## ANEXO 1 Aprobación por el comité de ética



Ciudad de México a 30 de agosto de 2021.  
 CONBIOÉTICA-09-CEI-DIO-20/70316.  
 IRB00006105-FWAD00T1992.

Dra. Celene Gallegos Zavala  
 Investigador Principal  
 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
 Calzada México-Xochimilco No. 101,  
 Col. San Lorenzo Huipulco,  
 Alcaldía de Tlalpan  
 Ciudad de México

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: Ambiente enriquecido y espiritualidad en pacientes con trastorno depresivo mayor: Estudios de casos y controles, a su cargo, cumple con los requisitos éticos y metodológicos especificados en el Formato de Inicio del Comité de Ética en Investigación y Consentimiento Informado, por lo cual ha sido

**APROBADO**

Número de aprobación CEI/C/035/2021 y vigencia de dos años del 30 de agosto de 2021 al 30 de agosto de 2023

El proyecto deberá realizarse cumpliendo con los aspectos éticos y metodológicos aprobados y notificar cualquier modificación o enmienda al mismo.

Si la duración del estudio es mayor de lo esperado, solicitar la re-aprobación del mismo, con un informe de los avances y resultados parciales de la investigación.

Una vez finalizada la investigación deberá enviar a este Comité una carta de aviso de cierre.

Atentamente,



Dra. Liliana Mondragón Barrios  
 Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Dra. Mónica Flores Ramos, Directora de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis-Pregrado



## ANEXO 2. Curso CITI PROGRAM



Completion Date 13-Dec-2020  
 Expiration Date 13-Dec-2023  
 Record ID 39881333

This is to certify that:

**CELENE GALLEGOS**

Has completed the following CITI Program course:

Not valid for renewal of certification  
 through CME.

**Biomedical Research - Basic/Refresher**

(Curriculum Group)

**Biomedical Research**

(Course Learner Group)

**1 - Basic Course**

(Stage)

Under requirements set by:

**Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz**

**CITI**  
 Collaborative Institutional Training Initiative

Verify at [www.citiprogram.org/verify/?we8f9c05e-3612-4a55-a072-82c899443d73-39881333](http://www.citiprogram.org/verify/?we8f9c05e-3612-4a55-a072-82c899443d73-39881333)

## ANEXO 3 Consentimientos informados



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional de Psiquiatría  
Ramón de la Fuente Muñiz

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES CON DEPRESIÓN MAYOR

#### **"Ambiente enriquecido y Espiritualidad en participantes con trastorno depresivo mayor: estudios de casos y controles."**

Por este medio le estamos invitando a participar en la investigación que le hemos descrito previamente, que tiene como objetivo comparar el ambiente enriquecido y el nivel de espiritualidad entre personas que acuden a atención a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz que sufren depresión y personas sanas.

Su decisión de participar debe ser voluntaria y en caso de no estar de acuerdo puede manifestarlo sin problema. Además, le pedimos que lea detenidamente la siguiente información antes de decidir si acepta o no participar.

La depresión mayor es una enfermedad muy discapacitante porque nos quita el ánimo y la energía para realizar actividades, nos puede alterar el sueño o el apetito, y nos hace sentirnos tristes y con muchos malestares físicos, entre otras cosas. Se piensa que algunas actividades tales como las que exigen de concentración, resolución de problemas, memoria, actividades físicas o sociales, así como la espiritualidad y religiosidad tienen un efecto en el curso de la depresión. Este estudio se desprende de proyecto: Validación de escala de actividades cognitivas, físicas y sociales como indicador de ambiente enriquecido en pacientes con trastorno depresivo mayor y controles.

Por lo anterior, nosotros estamos realizando un estudio con el objetivo de comparar estas actividades (concentración, resolución de problemas, memoria, actividades físicas o sociales, espiritualidad y religiosidad) entre personas con y sin depresión a las cuales les realizaremos una serie de evaluaciones. Primeramente, le haremos una entrevista que incluye cuestiones relacionadas a su persona y a su estado de salud. Esta entrevista durará aproximadamente 5 minutos.

Posteriormente le realizaremos algunas preguntas en relación con su estado de ánimo, y en relación con sus actividades sociales cotidianas del último mes y actividades que requieran atención, memoria y resolución de problemas, la frecuencia y tiempo que realiza actividades físicas y le realizaremos algunas preguntas relacionadas con sus actividades religiosas. Estos cuestionarios tendrán una duración de aproximadamente 95 minutos.

Nosotros no haremos ninguna modificación de sus tratamientos, eso corresponde a su médico tratante, sin embargo, le pediremos que nos informe si usted está tomando algún antidepresivo

México Xochimilco Núm. 101, Col. San Lorenzo C.P. 14370, Alcaldía Tlalpan, CDMX  
Tel: (55) 4160.5030 [www.inpqr.gob.mx](http://www.inpqr.gob.mx)





para tenerlo en nuestro registro. Esta información importa para el estudio porque puede influir en el tipo de actividades que usted realiza.

El beneficio que usted puede tener de este estudio es conocer más sobre su trastorno, conocer que es el ambiente enriquecido y la espiritualidad los beneficios que estos constructos puede tener para su vida diaria. Al finalizar la realización de las escalas, le daremos dos trípticos con esta información.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y no debe sentirse presionado por nadie para aceptar, además no se le puede presionar a terminar todas las evaluaciones. En el caso de que cambie de opinión y no desee concluir sus evaluaciones puede comunicarlo en cualquier momento y no habrá problema. El hecho de que usted se niegue a participar o decida abandonar el presente estudio sin concluirlo, NO tendrá ninguna repercusión en su atención médica. Usted continuará siendo atendido en este instituto como cualquier otro, siguiendo los lineamientos de todas las personas que reciben atención. Puede sentirse en confianza debido a que toda la información que nos proporcione no podrá ser consultada por nadie más que los investigadores que trabajamos en este proyecto y al momento en que publiquemos los resultados jamás utilizaremos su nombre ni ningún otro dato que pueda revelar su identidad. Además, si en algún momento usted decide ya no participar en este estudio, aunque haya firmado el presente consentimiento, puede comunicarse con la investigadora de este proyecto al teléfono que se encuentra al final de este documento, para que se proceda a destruir todos los cuestionarios que nos llenó y todos sus documentos. Asimismo, le aseguramos que, en este caso, sus datos no serán utilizados para estudios posteriores. Le proporcionaremos una copia de este consentimiento para que usted pueda leerlo en cualquier momento.

Siéntase libre de preguntar cualquier cosa que no haya entendido y puede tomarse el tiempo que considere para reflexionar su respuesta. Así mismo cualquier duda que le surja durante el estudio será contestada. Su médico y los investigadores le informarán detalladamente todo lo concerniente a su salud, sus derechos, así como los riesgos y beneficios relacionados con su participación. En caso necesario, y para aclarar cualquier duda, podrá ponerse en contacto con:

Dra. Celene Gallegos Zavala: 4442345666

En el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Dirección de enseñanza. De 09:00 a 15:00 horas

Calle México Xochimilco Núm. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, Alcaldía Tlalpan, CDMX  
Tel: (55) 4160.3030 [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx)







Número de identificación código



Fecha

DD/MM/AAAA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARTICIPANTES CON DEPRESIÓN MAYOR**

**"AMBIENTE ENRIQUECIDO Y ESPIRITUALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO  
DEPRESIVO MAYOR: ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES."**

Yo

El (la) abajo firmante, estoy de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio de investigación. Confirmando de esta manera que he leído y entendido toda la información relacionada con este estudio y que el médico ha contestado apropiadamente todas mis preguntas.  
**Cumplo los requisitos y Sí / No deseo participar en el estudio.**

INICIALES DEL PARTICIPANTE FIRMA FECHA Y LUGAR

INICIALES DEL INVESTIGADOR FIRMA FECHA Y LUGAR

TESTIGO DE LA PRESENTACION ORAL FIRMA FECHA Y LUGAR

TESTIGO FIRMA FECHA Y LUGAR





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES SANOS

### VÍA REMOTA (INTERNET)

**“Ambiente Enriquecido y Espiritualidad en pacientes con trastorno depresivo mayor: estudios de casos y controles”.**

Por este medio le estamos invitando a participar en la investigación que le hemos descrito previamente, que tiene como objetivo comparar el ambiente enriquecido y el nivel de espiritualidad entre personas que acuden a atención a la la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz que sufren depresión y un grupo de personas sin este padecimiento, usted forma parte de este segundo grupo.

Su decisión debe ser voluntaria y en caso de no estar de acuerdo puede manifestarlo sin problema. Además, le pedimos que lea detenidamente la siguiente información antes de decidir si acepta o no participar.

La depresión mayor es una enfermedad muy discapacitante porque nos quita el ánimo y la energía para realizar actividades, nos puede alterar el sueño o el apetito, y nos hace sentirnos tristes y con muchos malestares físicos, entre otras cosas. Se piensa que algunas actividades tales como las que exigen de concentración, resolución de problemas, memoria, actividades físicas o sociales, entendidas como ambiente enriquecido, así como la espiritualidad y religiosidad tienen un efecto en el curso de la depresión.

Si usted acepta participar, primeramente, le haremos una entrevista en la que se le harán preguntas sobre su persona y a su estado de salud (vía remota/virtual). Esta entrevista durará aproximadamente 20 minutos.

Posteriormente le realizaremos algunas preguntas en relación con su estado de ánimo (vía remota/virtual) con duración de 20 minutos y finalmente, usted contestará vía remota/virtual una serie de cuestionarios sobre sus actividades sociales cotidianas realizadas en el último mes, actividades que requieran atención, memoria y resolución de problemas, la frecuencia y tiempo que realiza actividades físicas y finalmente, un cuestionario que pregunta sobre aspectos religiosos y espirituales. Estos cuestionarios tendrán una duración de aproximadamente 60 minutos.





El beneficio que usted puede tener de este estudio es conocer sobre el trastorno depresivo mayor, el ambiente enriquecido y la espiritualidad, además de conocer los beneficios que estos constructos pueden tener para su vida diaria. Al finalizar la realización de las escalas, le enviaremos vía correo electrónico dos trípticos con esta información.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y la información que nos brinde es confidencial y anónima. Si durante la evaluación decide ya no querer participar, puede comunicarlo en cualquier momento o dejar de contestar los cuestionarios. Esa información no será utilizada ni resguardada, entendiéndose que usted retiró su consentimiento.

Siéntase libre de preguntar cualquier cosa que no haya entendido y puede tomarse el tiempo que considere para reflexionar su respuesta. Así mismo cualquier duda que le surja durante el estudio será contestada. En caso necesario, y para aclarar cualquier duda, podrá ponerse en contacto con:

Dra. Celene Gallegos Zavala: 4442345666

En el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Dirección de enseñanza. De 09:00 a 15:00 horas

Número de identificación código

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DD/MM/AAAA

Estoy de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio de investigación. Confirmando de esta manera que he leído y entendido toda la información relacionada con este estudio y que el médico ha contestado apropiadamente todas mis preguntas.

**Cumplo los requisitos y deseo participar**

**Sí / No.**

México Xochimilco Núm. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, C.D. 14370, Alcaldía Tlalpan, Tel: (55) 4160.3030 [www.inpserf.gob.mx](http://www.inpserf.gob.mx)

