



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

Ansiedad y depresión en practicantes de yoga: estudio comparativo

Lorena Heredia

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

TUTOR: Dra. Alba Elisabeth Mustaca

Fecha: Agosto de 2021

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi compañero de vida por el apoyo incondicional en el recorrido de la carrera, especialmente en la última etapa, donde las emociones fueron muchas y variadas.

A mi familia por estar presente en todas las etapas de mi formación.

A mis amigas y amigos que incentivaron mi decisión de comenzar este proceso, despejaron las dudas, entendieron mis miedos y me dieron aliento cuando más lo necesite.

A mis compañeras y compañeros de cursada, con quienes compartimos horas de mate y estudio.

A mis compañeras y compañeros de trabajo, que siempre entendieron que muchas veces mi prioridad fue la facultad sobre todo el último año de cursada.

A todas las personas que leyeron las versiones preliminares de este trabajo, enriqueciéndolo con sus aportes.

Quiero dar gracias también a los profesores que conocí a lo largo de la carrera, muchos me transmitieron la pasión por esta profesión.

A mis profesores en el camino del yoga, que me transmiten el amor por esta disciplina y me guían acompañándome amorosamente en el recorrido.

Finalmente, a Alba Mustaca, mi tutora, por su predisposición y generosidad al brindarme su tiempo, conocimiento y apoyo en este proceso.

RESUMEN

En los últimos 5 años los trastornos de ansiedad y depresión son motivo de consulta cada vez más habitual en psicoterapia. Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo de trastornos más frecuentes, seguidos por los del estado de ánimo. Por otra parte, la práctica de yoga tiene algunas técnicas que pueden contribuir a la disminución de la ansiedad y la depresión, como la relajación y la activación conductual. El objetivo de esta investigación fue evaluar si la práctica de yoga está asociada a menores niveles de ansiedad y depresión. Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo/comparativo y correlacional con una muestra no probabilística conformada por 304 sujetos adultos, divididos en 152 practicantes de yoga y 152 no practicantes. Se les administraron un cuestionario sociodemográfico ad hoc, el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Los resultados mostraron que la ansiedad y la depresión fueron significativamente más bajas en los practicantes de yoga respecto del grupo control. Dentro de los practicantes, tanto la depresión como la ansiedad fueron menores en los que más años tuvieron de entrenamiento y en los instructores respecto de los que no lo eran y que eran instructores en formación. Además, las mujeres, los separados y los de menor edad presentaron puntajes más altos en ansiedad que los varones, los casados, solteros o en pareja y que los de más edad. Esta investigación sugiere que la práctica de yoga podría utilizarse como complemento para las terapias relacionadas con diagnósticos de ansiedad y de depresión.

Palabras claves: Ansiedad – Depresión – Yoga.

ABSTRACT

In the last 5 years, anxiety and depression disorders have become an increasingly common reason for consultation in psychotherapy. Anxiety disorders are the most common group of disorders, followed by mood disorders. On the other hand, the practice of yoga has some techniques that can contribute to the reduction of anxiety and depression, such as relaxation and behavioral activation. The objective of this research was to evaluate whether the practice of yoga is associated with lower levels of anxiety and depression. A cross-sectional, descriptive / comparative and correlational study was carried out with a non-probabilistic sample made up of 304 adult subjects, divided into 152 yoga practitioners and 152 non-practitioners. They were administered an ad hoc sociodemographic questionnaire, the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory. The results showed that anxiety and depression were significantly lower in yoga practitioners compared to the control group. Among the practitioners, both depression and anxiety were lower in those who had more years of training and in the instructors compared to those who were not and were instructors in training. In addition, women, the separated and the younger ones had higher scores in anxiety than the men, the married, single or in a couple and than the older ones. This research suggests that the practice of yoga could be used as an adjunct to therapies related to diagnoses of anxiety and depression.

Key words: Anxiety – Depression – Yoga.

ÍN ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	4
ÍNDICE GENERAL	5
ÍNDICE DE TABLAS	7
Capítulo 1	8
1.1. Introducción.....	8
1.2. Objetivos.....	10
1.2.1. Objetivos generales.....	10
1.2.2. Objetivos específicos	10
1.3. Hipótesis.....	11
1.4. Justificación y relevancia	11
Capítulo 2: Marco teórico y conceptual	12
2.1. Yoga.....	12
2.2. Yoga y Salud mental.....	16
2.3. Ansiedad.....	20
2.4. Distintos enfoques teóricos sobre la ansiedad.....	21
2.5. Clasificación actual de los trastornos de ansiedad.....	24
2.6. Neurofisiología de la ansiedad y tratamiento	26

2.7. Depresión	27
2.8. Clasificación actual de los trastornos depresivos	29
2.9. Neurofisiología de la depresión y tratamiento	31
2.10. Comorbilidad ansiedad y depresion	33
2.11. Investigaciones sobre yoga, ansiedad y depresión	33
Capítulo 3: Investigación Empírica	38
3.1. Tipo de estudio	38
3.2. Población.....	39
3.3. Variables de análisis	39
3.4. Instrumentos	40
3.5. Procedimiento.....	41
3.6. Análisis de resultados	42
Capítulo 4: Resultados	42
4.1. Descripción de las variables.....	42
4.1.1. Analisis de normalidad	42
4.2. Caracterización de la muestra.....	42
4.2.2. Estadísticos descriptivos	44
4.2.3. Ansiedad y depresión en función de los datos sociodemográficos	51
4.3. Correlaciones entre Ansiedad, depresión años de práctica de yoga y edad.....	53
Capítulo 5. Conclusión y Discusión	54

Capítulo 6. Referencias	60
Capítulo 7. Anexos	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Normalidad de las variables.....	42
Tabla II. Caracterización de la muestra según variables sociodemográficas	43
Tabla III. Resumen estadístico muestra general	44
Tabla IV. Resumen estadístico en practicantes de yoga.....	45
Tabla V. Resumen estadístico en no practicantes de yoga	45
Tabla VI. Diferencias grupales según si practica yoga	45
Tabla VII. Diferencias grupales según si es instructor de yoga.....	47
Tabla VIII. Diferencias grupales según si es o no instructor de yoga	48
Tabla IX. Diferencias grupales según si es instructor de yoga o en formación.....	48
Tabla X. Diferencias grupales según si no es instructor de yoga o en formación.....	48
Tabla XI. Ansiedad y depresión en función del tiempo de práctica de yoga	50
Tabla XII. Diferencias grupales según género.....	51
Tabla XIII Diferencias grupales según el estado civil	52
Tabla XIV. Diferencias grupales según el lugar de residencia	53
Tabla XV Correlación entre las variables.....	54

CAPÍTULO 1

1.1.Introducción

Un estudio realizado sobre epidemiología de Salud Mental en Argentina indica que los trastornos depresivos y los de ansiedad constituyen la segunda y quinta causa principal de discapacidad respectivamente (Stagnaro, et al., 2018). Ambos trastornos producen grandes pérdidas económicas, debido a la improductividad que generan y a los gastos que ocasionan al servicio de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016), además del sufrimiento que provocan en las personas. Los resultados del estudio muestran además la prevalencia de algún trastorno mental en la población argentina del 29,1% y de dos o más desordenes del 12, 6%. El trastorno más común es el trastorno de ansiedad (16,4%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (12,3%) y los trastornos por abuso de sustancias (10, 4%). Además, las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de padecer ansiedad (85%) y la edad media de inicio de cualquier desorden mental de 20 años (Stagnaro, et al., 2018). Estos datos indican que, una gran cantidad de personas experimentarán algún trastorno en forma recurrente a lo largo de su vida y demuestran la importancia de seguir investigando para implementar programas de prevención e intervenciones clínicas para disminuir este tipo de trastornos.

En relación con el tratamiento de la ansiedad y depresión, el recomendado es la combinación de psicoterapia y en ocasiones el uso de psicofármacos (Smith et al., 2007). Según un estudio realizado por Bados López & García Grau (2008), la terapia más eficaz para tratarlos es la terapia cognitiva conductual (TCC). En el mismo estudio se menciona que el 40 % de personas a las que se les receta farmacología, refirieron haber sufrido efectos secundarios al ser tratados con fármacos antidepresivos. Los efectos secundarios se relacionan con problemas sexuales, aumento de peso y somnolencia o desorientación. Las intervenciones de tipo conductual están orientadas a trabajar aquellos aspectos

comportamentales que los trastornos han desorganizado o empeorado y a modificar la manera de reaccionar ante las situaciones que generan ansiedad. Para la afectación fisiológica que produce la ansiedad (dificultades para respirar, tensión muscular, entre otras) se utilizan técnicas de relajación, de regulación emocional, solución de problemas y activación conductual, entre otras. Si bien estos son los métodos comprobados como más eficaces, una de las preguntas que este trabajo intenta responder es si es la única combinación de tratamiento posible o se puede complementar con otras actividades para el paciente o si hay actividades que puedan prevenir estos tipos de trastornos. Una de ellas podría ser la práctica de yoga.

El yoga, en especial el Hatha yoga, incluye técnicas de relajación, estiramientos, meditación y conciencia del estado del cuerpo, entre otras. Además, en general se realiza en grupo, lo que puede contribuir a una mayor interacción social que ayude a las personas con depresión o ansiedad al tener más probabilidad de tener redes de apoyo social. Estas prácticas son compatibles con la TCC para la ansiedad y la depresión. En ese sentido, Korman y Garay (2007) evaluaron la recomendación de la práctica de yoga en pacientes de los psicólogos cognitivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hallaron que el 81,57% de los terapeutas recomendó realizar yoga en casos de ansiedad, lo que sugiere que cuenta con una apreciación positiva por parte de los psicólogos, recomendando esta actividad como terapia complementaria. Esta complementariedad se debe a su similitud con las técnicas de relajación empleadas en los tratamientos cognitivo-conductuales. Existen trabajos que evidencian cambios psicobiológicos con la práctica de yoga que se informarán en el capítulo 2 de esta tesis.

De lo que conocemos no se encontraron trabajos en población argentina que evalúe si la práctica de yoga puede disminuir la ansiedad y la depresión. La presente investigación parte de las siguientes preguntas: ¿la práctica de yoga disminuye la ansiedad y la depresión en la población general no clínica?, ¿existen relaciones entre los

niveles de ansiedad, depresión y la práctica de yoga?, ¿Hay diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en relación con los años de práctica de yoga? Si se halla que la práctica de yoga disminuye los niveles de ansiedad y depresión, puede justificar su recomendación a sujetos que tienen un diagnóstico de trastornos de ansiedad o de depresión, y tal vez evitar el uso de psicofármacos, bajar los costos que ocasionan los tratamientos prolongados y desarrollar planes preventivos basados en la práctica de yoga desde edades tempranas.

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Evaluar si la práctica de yoga se asocia a menores niveles de ansiedad y depresión.

1.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la muestra según aspectos sociodemográficos, a saber: edad, sexo, residencia, practicantes de yoga, no practicantes en una muestra de argentinos adultos.
- Medir los niveles de ansiedad y depresión en la muestra seleccionada.
- Comparar los resultados obtenidos en los niveles de ansiedad (estado y rasgo) y depresión en grupos que practican yoga con aquellos que no lo hacen.
- Evaluar en el grupo que practica yoga si hay diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión en función de los años de práctica y de si son instructores, en formación o practicantes por recreación.
- Evaluar los niveles de ansiedad (estado y rasgo) y depresión en función del género, edad, estado civil y residencia.
- Correlacionar los niveles de ansiedad (estado y rasgo) y depresión con la antigüedad en la práctica de yoga.

1.3. Hipótesis

H1: Los no practicantes de yoga poseerán niveles más elevados de ansiedad y/o depresión que los practicantes.

H2: A mayor antigüedad de práctica menores serán los niveles de ansiedad y/o depresión.

1.4. Justificación y relevancia

Se considera que este trabajo beneficiará a la comunidad científica, ya que brindará una integración teórica para comprender si existe relación entre los distintos niveles de ansiedad, depresión y el yoga, con el fin de incorporar esta práctica como complemento del tratamiento psicoterapéutico. De todos modos, un trabajo posterior será evaluar los beneficios de complementar la práctica de yoga a los tratamientos basados en la evidencia en personas con diagnósticos psicopatológicos.

Si los resultados son positivos ayudará a diseñar nuevos programas de atención en centros de salud con la finalidad de disminuir los costos que el tratamiento prolongado de estas patologías ocasiona. Además, servirá para que los profesores e instructores de yoga puedan reconocer las señales de ambas patologías en sus alumnos y alumnas, entender el funcionamiento de estas e incorporarse a equipos interdisciplinarios.

Asimismo, será útil para la comunidad en general, brindando conocimientos sobre los beneficios de la práctica de yoga en todos los aspectos de la salud, haciendo foco en los síntomas de ansiedad y depresión. También dará la posibilidad de conocer y concientizar a toda la sociedad sobre los factores predisponentes de ambas patologías y ayudar a prevenirlos.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Yoga

El yoga es uno de los sistemas tradicionales utilizados para adquirir bienestar en la India, sus prácticas fueron recopiladas por Patanjali en su obra Yoga Sutras (Iyengar, 2005). Se practica hace más de 5000 años en oriente y fue implementada para aliviar síntomas físicos y mentales. Según un estudio realizado por Li & Goldsmith (2012), en Occidente esta práctica ganó popularidad y la industria relacionada al yoga creció un 87% desde el año 2004. De los diversos estilos, el más difundido en Occidente es el Hatha yoga, se lo denomina el yoga de la fuerza o el yoga físico, su objetivo es lograr la unión y equilibrio de la fuerza vital y la fuerza mental para despertar la energía espiritual que nos lleva a un estado de superconciencia, por medio de una serie de posturas o asanas (Hernandez, 2006). El yoga es considerado uno de los sistemas filosóficos de la India, ya que influyó vastamente en el pensamiento y vida hindú. Actualmente también es reconocido como un sistema de disciplinas de prácticas con técnicas que benefician la salud y el bienestar general del individuo (Gharote, 1999).

La palabra yoga en sánscrito (lengua clásica de la India), significa unión o comunión, adhesión de todas las fuerzas cuerpo, mente y alma (Iyengar, 2005). Para Hernandez (2006), la palabra “unión” puede entenderse en un doble sentido. El primero la unión con uno mismo, integrando todos los estados del ser humano y el segundo la unión del individuo con el universo. No se cuenta todavía con un estudio sistemático sobre la historia y los orígenes del Yoga, pero encontramos en la literatura de la India diferentes referencias a su existencia y desarrollo. Según Feurestein (2003) se divide en diferentes etapas

- *Yoga Antiguo (3000 a 1500 A.C):* se detectaron vestigios de yoga primitivo en lo que fue la civilización del Valle de Indo, una cultura que ahora se sabe, se extendía sobre

un área aproximada de 480 mil km² y fue la mayor civilización en la temprana antigüedad. Se encontraron representaciones grabadas en piedra que se parecían mucho a siluetas de yoguis.

- *Yoga Preclásico (800 a 300 A.C.):* incluye muchas escuelas cuyas enseñanzas pueden encontrarse en dos de los textos más importantes de la literatura épica de la India: el Râmâyana y el Mahâbhârata (en el cual se incluye el Bhagavad Gîtâ). Estas diversas escuelas preclásicas desarrollaron todo tipo de técnicas para alcanzar una profunda meditación a través de la cual los yoguis podían trascender el cuerpo y la mente y descubrir su verdadera naturaleza.
- *Yoga Clásico (200 A.C.):* el autor más famoso relacionado con el yoga es Patañjali, que se cree fue un filósofo escritor. Su tratado Yoga Sutra, compuesto por 200 aforismos, se considera la primera presentación sistemática del yoga y a su autor como codificador del yoga.
- *Yoga Post Clásico:* con una duración hasta el siglo XXI, se refiere a todos los tipos de Yoga y escuelas que han surgido en el periodo posterior al Yoga-Sûtra. En este periodo se le dio importancia al potencial oculto del cuerpo, se creía en la posibilidad de energizar el cuerpo físico hasta tal punto de modificar su bioquímica, e incluso su materia básica para convertirse en inmortal.
- *Yoga Contemporáneo:* surgió hacia 1920 como una forma de apuntalar el ascenso del hatha yoga. Científicos y médicos de la India comenzaron a explorar los aspectos fisiológicos de las técnicas yóguicas, y éstas se expandieron por todo occidente por lo que la disciplina adquirió popularidad. Se toma el Parlamento de Religiones celebrado en Chicago en 1893 como el inicio del Yoga Moderno, durante ese congreso Swami Vivekananda causó una gran impresión en el público Occidental.

De acuerdo a Gharote (1999) para que el ser humano pueda desarrollarse y llegar a la expansión de la conciencia el yoga cuenta con técnicas y metodologías

específicas, aunque todos tienen un mismo fin, que es el logro de la armonía, el equilibrio y la integración de la personalidad. Las herramientas de las que se sirve el hatha-yoga se pueden clasificar en:

- *Asanas o posiciones físicas:* son posturas que al realizarlas ejercen influencia en los órganos, glándulas y los diferentes sistemas del organismo. La cantidad de posturas que se consideran básicas son 84, cantidad necesaria para lograr alcanzar a la totalidad del cuerpo. A nivel muscular ayudan a eliminar las contracturas y favorecen a una relajación más profunda. Al ser posturas que naturalmente no se adoptan, benefician la oxigenación y circulación sanguínea. Patanjali las define como una posición firme y confortable que ayudan a equilibrar las energías internas (Calle, 1999). Forman la base para el resto de las prácticas, ya que se considera que si bien se realizan con el cuerpo tienen un efecto en la mente otorgándole las características psicofísicas del asana (Gharote, 1999).
- *Pranayama o técnicas de control respiratorio:* Prana es energía vital, es considerada como fuerza e impulso de vida. Pranayama es la regulación de esta energía que obtenemos del aire y canalizamos por medio de la respiración (Hernandez, 2006). El mismo autor refiere que una correcta respiración tiene ventajas en el sostenimiento de las posturas en la práctica y es muy beneficioso en momentos de ansiedad y estrés, debido a una de las premisas básicas del pranayama, que la respiración está ligada a la mente.
- *Mudras y bandhas:* son técnicas de aprovechamiento de la energía y de la acción neuromuscular. Bandha significa fijar, es un procedimiento de control neuromuscular (Calle, 1999). Los mudras, son técnicas para sellar y contener la energía. Son gestos que se realizan con la mano, un símbolo que aporta bienestar y felicidad (Gharote, 1999). Dentro del hatha yoga se conocen 25 mudras (Hirshi, 1999) que se pueden realizar en las posturas, en meditaciones o solos.

- *Shatkarmas o prácticas de limpieza corporal:* son un conjunto de prácticas utilizadas para higienizar y purificar el organismo tanto por dentro como por fuera, se limpian lengua, oídos, fosas nasales, laringe, colon, etc. El fin de estas prácticas del cuidado corporal es armonizar para favorecer el equilibrio de la mente (Calle, 1999). Según Gharote (1999), estas prácticas disipan las condiciones de desequilibrio que dan origen a muchas alteraciones psicofisiológicas.
- *Dhyana – Meditación:* es otra técnica utilizada en yoga para incrementar la conciencia y llevar a la persona a alcanzar la tranquilidad mental. Esto genera la relajación fisiológica y reduce los síntomas de la ansiedad (Arias Capdet, 1998). Las distintas clases de meditación poseen el mismo principio básico de desplegar la conciencia interna. Algunos tipos de meditación son:
 - *Meditación de sonido primordial:* es una meditación basada en el canto de mantras.
 - *Meditación vipassana o meditación de la consciencia plena:* es una meditación budista tradicional, en la que se basa el mindfulness actual, en la misma se enfatiza la conciencia en la respiración y la atención plena.
 - *Meditación Zen:* centra la atención a la respiración, focalizándola en el abdomen. Para este tipo de meditación se utiliza una postura con columna erguida, sentada con piernas cruzadas.

A través de la meditación, las personas logran percibir lo que sucede en el cuerpo y la mente, aceptando el presente tal cual es, obteniendo una mejor comprensión de la verdadera naturaleza de las cosas. Las prácticas de meditación y su inclusión en programas de mejora de la salud generan gran interés por los cambios a nivel cerebral que producen (Sarmiento-Bolaños & Gómez-Acosta, 2013).

Es por la aplicación de las técnicas mencionadas, que el yoga se considera una práctica benéfica para la salud y el tratamiento de distintas enfermedades, los efectos son posibles a través de tres mecanismos; influencia directa sobre los órganos físicos, sobre

el sistema nervioso autónomo y sobre el sistema nervioso superior (Gharote, 1999). El yoga aborda al individuo desde su interior, produce un impacto consciente y un cambio en la totalidad de la persona, no importa por donde se comience cuerpo, respiración, mente, alimentación, vínculos. Cualquiera sea el punto de inicio influenciará a los demás aspectos y cambiará a todo el sistema (Desikachar & Cravens, 2018).

Al iniciar una práctica de yoga los primeros beneficios que se perciben son a nivel físico, brindando mayor flexibilidad a la musculatura y menor dolor en las articulaciones. Al profundizar cada vez más en la práctica los beneficios se comienzan a percibir a nivel psicológico, ya que el yoga promueve la introspección que ayuda al proceso de autoconocimiento, generando un bienestar a nivel general (Cramer, 2011).

En Argentina, el yoga comenzó a practicarse a principios del siglo XX. En sus comienzos fue una práctica realizada por personas de altos recursos económicos que conocieron esta filosofía oriental en el exterior como una nueva forma de acercarse a la espiritualidad (Saizar, 2006). Actualmente es una práctica accesible a toda la sociedad existiendo amplia variedad de oferta de clases de distintos estilos. Los factores que beneficiaron su aceptación en una gran parte de la población fueron la aproximación entre el sistema de creencias de los practicantes, y cómo la tradición oriental, en la que se basa la disciplina, aborda la salud, la enfermedad y la mirada holística e integral para el tratamiento de las mismas.

2.2. Yoga y salud mental

La psicoterapia y el yoga comparten algunos objetivos, como son promover la salud y crear cambios a nivel cognitivo, conductual y emocional. Uebelacker et al. (2010) afirman que, al igual que la psicoterapia, el yoga es una intervención conductual multifacética que se puede aplicar de muchas maneras diferentes.

Dar una definición de psicoterapia supone una complejidad, debido a la multiplicidad de enfoques existentes, cada uno tiene conceptos diversos. Ellos están

alineadas a los conceptos y objetivos terapéuticos de cada modelo (Feixas & Miró, 1993). La Asociación Americana de Psicología [APA] (2019), define psicoterapia como cualquier clase de tratamiento que se sustenta en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, diferente a los tratamientos farmacológicos o quirúrgicos. Fernandez Álvarez (2011) menciona que lo que distingue a la psicoterapia de otras intervenciones es que utiliza recursos psicológicos para mejorar la condición de las personas.

Stephens (2017) considera que definir al yoga como yogaterapia es complejo, en primer lugar, porque la Asociación de terapeutas de yoga (IAYT, sus siglas en inglés) no la reconoce como una profesión en términos legales de competencia, entrenamiento y licencia, en segundo lugar, al igual que sucede con la psicoterapia, existen diferencias en las filosofías subyacentes y, debido a la antigüedad de sus orígenes, casi ningún registro histórico. El mismo autor menciona que el fin primordial del yogaterapia es aliviar el sufrimiento a través de una conciencia más clara y acciones saludables. En oriente, el yoga es considerado como una terapia en sí mismo, una potente medicina para el cuerpo, la mente y el espíritu.

Desikachar y Cravens (2018) mencionan que el yoga utilizado como terapia, es un proceso de auto empoderamiento, donde el médico y el terapeuta de yoga implementan una práctica personalizada, que no solo aborda la enfermedad de una manera multidimensional, sino que también tiene como objetivo aliviar el sufrimiento de forma progresiva, no invasiva y complementaria. Para Feuerstein (1998), yogaterapia es un concepto moderno, representa un primer esfuerzo para integrar técnicas yóguicas tradicionales con el conocimiento médico y psicológico occidental. Mientras que el yoga tradicional se ocupa principalmente de la trascendencia personal por parte de un individuo saludable, la terapia de yoga tiene como objetivo el tratamiento integral de varios tipos de disfunciones psicológicas o somáticas que van desde problemas de espalda hasta angustia emocional.

Ambas prácticas, la psicoterapia y el yoga desde sus herramientas, promueven introspección, autoconciencia, auto aceptación e integración de todos los aspectos de la persona. Sin embargo, hay diferencias entre estos enfoques, el fundamental es el marco con el que cada uno trabaja y la concepción que utilizan para comprender el bienestar y el sufrimiento (Ware, 2007). Al respecto, Bhogal (2010) afirma que la psicología es una ciencia que estudia el desarrollo del comportamiento individual, desde el nacimiento hasta la vejez, y el comportamiento en la sociedad. El yoga no es una ciencia, estudia al hombre como parte del cosmos y trata de establecer la relación entre el hombre y el universo. La psicología propone que los problemas del ser humano provienen de una combinación entre la predisposición genética, experiencia de vida, estrés y hábitos cognitivos y conductuales. En contraste, la filosofía del yoga propone que las dificultades están enraizadas en la separación de los distintos aspectos del ser humano, que causa insatisfacción y sufrimiento, en la ignorancia de la verdadera naturaleza y en la falsa identificación con lo que experimentamos (Ware, 2007). La psicoterapia occidental y la tradición oriental pueden diferir en la etiología del sufrimiento humano, aunque ambas buscan incrementar la conciencia con el fin de alcanzar un estado de libertad psicológica y emocional (Germer, Siegel, & Fulton, 2015).

En los yogas Sutra de Patanjali, el texto central del yoga se refiere que los pensamientos son el problema básico del malestar de los seres humanos, resolviéndose con el entendimiento de la propia naturaleza y calmando las fluctuaciones de la mente, lo que se denomina en sánscrito Chitta Vritti Nirodha (Stephens, 2017). Desde la visión del ayurveda, sistema holístico para la sanación de la India, que significa ciencia o conocimiento de la vida, las enfermedades mentales son causadas por factores internos, como la mala utilización de los sentidos y acumulación de emociones negativas (Frawley, 2011).

Según Bhogal (2010), la mente para el yoga está continuamente en un estado inestable entre el placer y el dolor, las particularidades y niveles en el funcionamiento mental (Citta Vrittis), las disfunciones mentales (Citta Viksepas), las angustias primarias (Klesas), los obstáculos (Antarayasya) y los trastornos asociados con problemáticas de la mente (Viksepas – Sahabhuvah), se pueden asemejar a trastornos mentales. No obstante, hay que considerar que en los Yoga sutras de Patanjali, estas nociones son obstáculos en el recorrido del yoga y no son tomados como trastornos mentales propiamente dichos. Desikachar y Cravens (2018) afirman que el estudio y la práctica de yoga llevan a la reducción de la infelicidad y a la tranquilidad de la mente, que es la fuente de la satisfacción. Conservar el cuerpo sano y la mente tranquila son los pilares de la filosofía del yoga. El valor de las ciencias yógicas antiguas radica en el entendimiento del significado de la vida y en como ayuda a las personas a encontrar, en el aquí y ahora, la felicidad y la paz (Smith, 2013).

Es por todo lo antedicho que, en occidente, se empieza a incluir el yoga como método terapéutico. En Estados Unidos existe evidencia que en los últimos años el yoga se ha convertido en un tratamiento complementario de los tratamientos convencionales para personas con diversos trastornos de salud mental y físico, como trastorno por estrés postraumático, ansiedad y depresión (Shapiro, y otros, 2007). En Argentina, varios hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuentan con la inserción de otro tipo de abordajes a través de ofertas de talleres alternativos complementarios al ámbito hospitalario (Saizar, Sarudiansky, & Korman, 2013).

Korman y Garay (2007) analizaron la recomendación del yoga que efectúan los psicólogos cognitivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los resultados evidenciaron la existencia de complementariedad entre la psicoterapia cognitiva y esta actividad. El yoga cuenta con una apreciación positiva por parte de los psicólogos, recomendando esta actividad como terapia complementaria. Esta complementariedad se

debe a su similitud con las técnicas de relajación empleadas en los tratamientos cognitivo-conductuales. El 81,57% de los terapeutas recomendó realizar yoga en casos de ansiedad.

Se comenzó a buscar evidencia científica para avalar lo que los maestros hindúes transmitían antiguamente a sus alumnos, al practicar yoga se experimentan cambios beneficiosos tanto en la mente como en el cuerpo porque se generan cambios en la neurofisiología (Stephens, 2010). Concretamente, los efectos psicobiológicos de la práctica producen cambios en el Sistema Nervioso Simpático y en el eje Hipotálamo – Hipofisario – Adrenal, disminuyendo o regulando las respuestas al estrés y modificando las concentraciones de cortisol del organismo (Montegordo, 2017). Un estudio realizado por Streeter et al. (2007) evidenció que los niveles del neurotransmisor GABA se incrementaron un 27% después de 1 hora de realizar yoga, lo que permite su inclusión en tratamientos de depresión y ansiedad, ya que ambos trastornos están asociados a una baja concentración de GABA. Posteriormente, en esta tesis se detallarán otros estudios que evidencian los efectos del yoga tanto a nivel psicológico como físico.

2.3. Ansiedad

Etimológicamente ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción. Según Spielberger et al. (1982), es un estado emocional displacentero caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación que se presenta por la activación del sistema nervioso autónomo. Kaplan y Sadock (2008) definen a la ansiedad como un estado que se acompaña con una sensación intensa de dolor y molestias somáticas, este estado influye en la cognición y distorsiona la percepción.

Cia (2007) clasifica la ansiedad en dos tipos: normal o patológica. La ansiedad normal comprende una emoción psicobiológica básica y adaptativa cuya función es motivar conductas apropiadas que ayuden a superar situaciones que connotan desafío o peligro. Se presenta ante un estímulo real o potencial. La reacción debe ser proporcional tanto cualitativamente como cuantitativamente al estímulo, en tiempo, duración e

intensidad. Lo que es fundamental es que debe ser adaptativa, en otras palabras, agilizar la toma de decisiones o rendir satisfactoriamente frente a amenazas provenientes del exterior. La ansiedad patológica sería una respuesta desproporcionada, no asociada siempre a un peligro. Su presencia es aleatoria, aunque es incapacitante, afectando el comportamiento. Esta clase de ansiedad invalida las actividades diarias, ya que es excesiva para lo que la persona puede tramitar. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica radica en la valoración irreal de la amenaza.

Otro tipo de clasificación de la ansiedad es la que realizan Spielberger et al. (1982) al dividirla en:

- La ansiedad-estado. Es un estado afectivo inmediato, el cual se puede modificar con el tiempo. Es una mezcla de tensión, nerviosismo, pensamientos negativos y preocupaciones, sumados a modificaciones en el nivel fisiológico.

- La ansiedad-rasgo. Hace referencia a las particularidades de la ansiedad que son constantes, siendo una disposición o rasgo de personalidad en quienes la vivencian. La misma no se expresa en el comportamiento y debe ser inferida por la frecuencia con la que una persona vivencia el aumento de ansiedad, lo que es constante en el tiempo. Los sujetos con un elevado nivel de ansiedad-rasgo estructuran de forma habitual los escenarios como amenazantes y padecen ansiedad-estado más usual e intensamente.

2.4. Distintos enfoques teóricos sobre ansiedad

Para la teoría psicoanalítica, la ansiedad es un componente principal en el comienzo de los trastornos mentales, la misma constituye una señal de conflicto, que si no se canaliza correctamente deriva en una patología (Vallejo Ruiloba, 2002). Ya en el año 1895, Freud en el concepto de neurosis de angustia evidenciaba dos ejes sintomáticos: la hiperactivación neurovegetativa y la ansiedad flotante (expectativa ansiosa), característicos de los trastornos de ansiedad (Juan, Etchebarne, Gómez Penedo, & Roussos, 2010). Estos mismos autores mencionan también que Freud nombró crisis de

angustia a un cuadro con síntomas fisiológicos similares a lo que hoy se denomina ataque de pánico.

Si se aborda desde la perspectiva de la terapia gestáltica, la ansiedad es el resultado de la inhibición o bloqueo de la excitación que acompaña todo contacto, con el entorno o con un otro. La excitación de la que habla la Gestalt comprende tanto lo fisiológico como las emociones indiferenciadas, que son aquellas que el individuo no logra nombrar. Esta excitación aumenta, se mantiene y disminuye durante la secuencia de contactos con el entorno (Ceballos Montalvo, 2017). Más tarde, Fritz Perls amplía la definición de ansiedad y agrega el componente tiempo, diciendo que la ansiedad es el resultado de pensar en el futuro con una expectativa catastrófica y no estar centrados en el presente. El imaginario de lo que podría pasar desencadena la ansiedad y sus síntomas fisiológicos (Yontef & Jacobs, 2008).

Otro enfoque a considerar es el modelo tripartito de Lang, donde se propone que las emociones en general y en particular la ansiedad comprende respuestas en tres sistemas principales: comportamental, conductas motoras como las evitativas, temblores, cambios posturales y aumento o disminución de la gesticulación; sistema verbal, con expresiones lingüísticas y expresión verbal de los sucesos cognitivos; sistema fisiológico asociado al aumento de la actividad del sistema nervioso simpático (Cia, 2007).

El sistema de inhibición comportamental de Gray (SIC), fue diseñado para explicar las diferencias individuales en la predisposición a la ansiedad. Afirma que hay cuatro tipos de estímulos que activan este sistema, señales de castigo, señales de no recompensa, estímulos novedosos y estímulos de temor innatos. Las experiencias previas de un individuo en situaciones traumáticas o estresantes tienen un impacto en la susceptibilidad de la persona a la ansiedad (Cia, 2007).

Para la Terapia Cognitiva Comportamental, el modo como se piensa afecta los sentimientos, esta afirmación es el fundamento de esta corriente. Según Beck, (2012) la

ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa cuando se realizan valoraciones catastróficas acerca de situaciones futuras. Para esta corriente, la vulnerabilidad es un concepto central dentro de la ansiedad. La sensación de vulnerabilidad aumenta según las valoraciones exageradas que los individuos realizan ante los distintos estímulos. Esta perspectiva errónea sobrevalora la situación de amenaza y a su vez disminuye la valoración de la capacidad de afrontamiento de esa situación. Desde el punto de vista de este modelo, en los trastornos de ansiedad hay errores cognitivos en la activación del miedo, producto de sesgos cognitivos en la valoración de una amenaza o peligro.

Para Lazarus (1984), existen una serie de evaluaciones cognitivas que median las respuestas a las situaciones del entorno. La evaluación primaria, testea el posible peligro de una situación, chequea que es lo peligroso y cuáles son los recursos disponibles. Las posibles respuestas a esta evaluación son, aceptar la situación, tomar una decisión o requerir de más información para poder decidir. La evaluación secundaria, sondea los recursos personales y del entorno para enfrentar la situación, ya sea accionando, intentando modificar la situación o huyendo. Hace referencia también a los modos de afrontamiento emocional.

El enfoque de Ingram y Kendall (1987, citado en Cia, 2007), resalta que en la ansiedad hay variantes cognitivas que se describen como:

- Propositiones o contenidos cognitivos: refieren a la información que es representada y puesta en acción.
- Estructuras cognitivas o esquemas: mecanismos mediante los cuales la información es organizada y representada en la memoria
- Operaciones cognitivas: son procesos y procedimientos mediante el cual el sistema cognitivo opera.

- Productos cognitivos: son el resultado de la interacción de contenidos, operaciones y estructuras cognitivas.

Más allá de los distintos enfoques, existe una variabilidad entre las personas en la tendencia a padecer síntomas ansiosos, que está dada por el constructo sensibilidad ansiosa (SA), que denota las diferencias individuales en el temor hacia la ansiedad. Está compuesta por tres factores correlacionados: temor a las sensaciones somáticas, al descontrol cognitivo y a reacciones ansiosas públicamente observables. Una persona con elevada SA percibirá las situaciones externas de una manera atemorizante y catastrófica, mientras que una persona con baja SA no le otorgará esa connotación (Cia, 2007). El índice de sensibilidad ansiosa tiene un gran valor predictivo a padecer ansiedad y para el retiro sin inconvenientes de la medicación.

2.5. Clasificación actual de los trastornos de ansiedad.

A continuación, se ofrece una breve descripción de la subdivisión actual de los distintos trastornos de ansiedad, teniendo en cuenta la quinta edición del DSM (APA, 2014):

- **Trastorno de ansiedad por separación:** miedo repetitivo o malestar en exceso para el nivel de tolerancia de la persona, relacionado con la separación de sujetos por los que siente apego. Preocupación por la pérdida de las figuras de apego.
- **Mutismo selectivo:** incapacidad de hablar o responder a los demás en escenarios sociales, en los que existe expectativa en el hablar, afectando los logros laborales.
- **Fobia específica:** ansiedad o temor intenso y constante en cuanto a un objeto o escenario determinado, tendiendo a evitarse.
- **Trastorno de ansiedad social (fobia social):** presencia de miedo o ansiedad penetrantes en diferentes entornos sociales, la persona se encuentra expuesta al examen de los demás o se siente observado y evaluado. Tiene miedo a ser humillado en presencia de las otras

personas.

- **Trastorno de pánico:** ataques de pánicos inesperados y constantes. Surgimiento repentino de malestar y miedo intenso, mientras se manifiestan al menos 4 de las siguientes alteraciones fisiológicas: palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo, náuseas, dolor de pecho, mareo o inestabilidad, escalofríos o calor intenso, miedo a perder el control, miedo a morir.

- **Agorafobia:** miedo o ansiedad asociados a escenarios como son el encontrarse en el transporte público, sitios abiertos o cerrados, realizar colas o encontrarse en una multitud y/o encontrarse solo fuera del hogar.

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** se define por la ansiedad y la preocupación desmedida por un plazo mínimo de seis meses sobre distintos sucesos o actividades. Al sujeto le es complicado controlar la preocupación. Asociados a algunos de los siguientes síntomas: Fatiga, inquietud, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas del sueño.

- **Trastorno de ansiedad generados por sustancias o medicamentos:** son usuales los ataques de pánico o ansiedad, habiendo evidencias de que estos síntomas tienen lugar durante o luego de la intoxicación o la abstinencia a una sustancia, o por el consumo de medicamentos que pueden generar esos síntomas.

- **Trastorno de ansiedad causado por otra afección médica:** existencia de ataques de pánico o ansiedad, siendo el resultado patofisiológico directo de otra condición médica.

- **Otro trastorno de ansiedad especificado:** síntomas clínicamente significativos de algún trastorno de ansiedad que no cumple con la totalidad de los criterios diagnósticos de algún trastorno. Esta categoría se emplea aclarando y comunicando la razón por la que la presentación no tiene los criterios de un trastorno determinado.

- **Otro trastorno de ansiedad no especificado:** existen síntomas particulares de un trastorno de ansiedad que genera malestar clínicamente significativo o dificultades

sociales, laborales o demás esferas significativas del funcionamiento, aunque no cumplen todos los criterios de algún trastorno de ansiedad. Se emplea en contextos en los que no se puede detallar los criterios de un trastorno de ansiedad determinado, considerando presentaciones en las que no hay datos para realizar un diagnóstico concreto.

2.6. Neurofisiología de la ansiedad y tratamiento

Muchos de los síntomas de la ansiedad se manifiestan fisiológicamente, debido a la activación del Sistema nervioso simpático (SNS) y disminución del parasimpático (SNP). Al activarse el SNS, se desencadenan los síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos sanguíneos, aumento del ritmo cardíaco, aumento de la fuerza de los músculos esqueléticos que puede observarse por temblores, sudoración, tensión muscular y respiración entrecortada. Por su parte el SNP está implicado en el descenso de la presión sanguínea y posibles desmayos. La amígdala participa en la modulación emocional y la evaluación de los estímulos mediante 2 vías neurales paralelas. La primera vía transmite directamente un estímulo a través del tálamo sensorial al núcleo lateral de la amígdala, atravesando el córtex. La segunda vía realiza la transmisión del estímulo desde el tálamo sensorial a través del córtex sensorial hasta el núcleo lateral (Beck , 2012).

Como ya se ha mencionado, el tratamiento frecuente para los trastornos de ansiedad es la combinación de psicoterapia y farmacología. Las Benzodiazepinas y sus derivados (los más conocidos diazepam y el clonazepam) son los más recetados debido a sus acciones sedantes y facilitadoras del sueño. El mecanismo de acción de las benzodiazepinas se da mediante su interacción con el sistema GABA (ácido gamma-aminobutírico). El GABA es un neurotransmisor, un agente que transmite mensajes desde una neurona hacia otra. El mensaje que el GABA transmite es de inhibición, dando como resultado efectos de sedación, miorrelajación y un efecto anticonvulsivante (Bravo Ortiz, 2008). El tratamiento psicoterapéutico con mayor apoyo empírico es el cognitivo

conductual (Bados López & García Grau, 2008). Los focos principales en el tratamiento son las preocupaciones excesivas, incontrolables y la sobre activación que la acompaña, poniendo foco en la tensión. En los tratamientos hay un componente psicoeducativo sobre la ansiedad, entrenamiento en las percepciones de los estímulos externos y las respuestas internas que se producen junto con prácticas en el manejo de la ansiedad con ejercicios de relajación.

2.7. Depresión

En su sentido más amplio, la depresión constituye un estado de ánimo, presenta una combinación de elementos que establecen una condición en la cual se presenta un estado de ánimo depresivo persistente o una pérdida de interés junto con otros signos físicos y mentales, tales como dificultades del sueño, reducción del apetito, disminución de la concentración, así como sentimientos de desesperanza y falta de valía (Segal, Williamas, & Teasdale, 2008).

Según Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), el individuo que padece depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A dicho esquema se lo denomina triada cognitiva, es decir, se ve a sí mismo incapaz, torpe, con poca estimación de sí mismo o defectuoso, tiende a subestimarse y criticarse a sí mismo y cree que no merece ser feliz. Con relación a su entorno, percibe las exigencias del contexto como obstáculos insuperables, interpreta todas sus experiencias vitales en términos de daños, pérdidas y decepción, al mismo tiempo cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones, cualquier actividad que piense realizar en un futuro la proyecta como derrota. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, siente que no podrá controlar ningún tipo de situación, es por eso que responde con pasividad, resignada a no poder modificarla. Los esquemas cognitivos constituyen la base para diferenciar y codificar los estímulos recibidos, de acuerdo a ellos las personas estructuran y responden a las distintas experiencias. En la

depresión las conceptualizaciones realizadas sobre las situaciones se distorsionan y responden a esquemas inadecuados para la realidad.

Los síntomas depresivos según Beck et al. (1983) se dividen en diferentes dimensiones:

- Síntomas afectivos: tristeza, apatía, pérdida de afecto hacia otras personas, ansiedad.
- Síntomas motivacionales: deseos de escapar, una posibilidad podría ser mediante el suicidio, falta de voluntad, deseos de evitar problemas y de abandonar actividades cotidianas.
- Síntomas conductuales: pasividad, evitación, huida, lentitud o agitación.
- Síntomas cognitivos: dificultad para concentrarse, problemas de atención y memoria.

Hay errores sistemáticos en el procesamiento de información que sostienen los conceptos negativos, según Beck et al. (1983) son:

- *Inferencia arbitraria*: refiere al proceso de sacar una conclusión en ausencia de evidencia o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- *Abstracción selectiva*: la persona se centra en un detalle ignorando otras características.
- *Generalización excesiva*: se refiere a la elaboración de una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados.
- *Maximización y minimización*: errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento.
- *Personalización*: es la tendencia de las personas para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- *Pensamiento absolutista, dicotómico*: es la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Moscoso & Lengacher (2017) mencionan la evidente anulación por parte de las personas con depresión, de las emociones positivas ocasionando un proceso de

desregulación emocional, caracterizado por cambios de humor y la imposibilidad de vivenciar y expresar emociones positivas.

Segal, Williams y Teasdale (2008) mencionan las dificultades que la depresión conlleva: una es el alto riesgo suicida, el mismo se incrementa con cada nuevo episodio y existe un 15% más de probabilidades de que los pacientes que sufren una depresión recurrente con hospitalización mueran por suicidio, otra es la discapacidad asociada al trastorno. También se encuentran el dolor emocional y la angustia sufridos por quienes padecen depresión, los estudios demuestran que el nivel de daño funcional es comparable al que existe en las enfermedades médicas más graves, incluyendo el cáncer y las enfermedades coronarias. La última dificultad es la alta tasa de recaída, porque lo que permanece, una vez que la depresión ha desaparecido, es la tendencia a reaccionar a los pequeños cambios de humor con grandes modificaciones en el pensamiento negativo. Este último punto no se tenía en cuenta, ya que no se contaba con estudios centrados en la recurrencia del trastorno porque no se realizaban seguimientos ni evaluaciones regulares. Uno de los primeros estudios demostró que al menos el 50% de los pacientes que se recuperaban de un episodio inicial depresivo sufrían como mínimo un episodio posterior (Segal, Williams, & Teasdale, 2015).

2.8. Clasificación actual de los trastornos depresivos.

Aquí se abordarán de manera acotada los diferentes tipos de trastornos depresivos según la quinta edición del DSM (2014):

- **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo:** Se caracteriza por accesos de cólera graves y recurrentes, manifestándose verbalmente y/o físicamente, su intensidad o duración son desproporcionadas a la situación.

- **Trastorno de depresión mayor:** los síntomas ocurren por un mínimo de 2 semanas. Los síntomas pueden ser: estado de ánimo deprimido buena parte del tiempo, se siente triste, vacío, desesperanzado. No tener interés en las principales actividades, cambio en

el peso y en el sueño. Fatiga o pérdida de energía.

- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** existe un estado de ánimo deprimido que tiene lugar buena parte del tiempo y permanece más días de los que no se encuentra. Aunque acompaña diversos síntomas del ánimo depresivo, no cuenta con la fuerza que tiene el trastorno depresivo mayor.

- **Trastorno disfórico pre-mestrua:** se presenta en la mayoría de los ciclos menstruales, en la etapa pre- menstrual y desaparecen después del periodo menstrual. Se caracteriza por cambios de humor, irritabilidad y excitación, dificultad para concentrarse, problemas de sueño, falta de concentración, sensación de agobio.

- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:** presenta alteración del estado de ánimo, predomina el estado deprimido y disminución del interés por las actividades. Evidencia de intoxicación o abstinencia de una sustancia o medicamento.

- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** alteración del estado de ánimo, desinterés por las actividades que demuestren que el trastorno es consecuencia directa de una afectación médica.

- **Otro trastorno depresivo especificado:** se aplica cuando predominan los síntomas de un trastorno depresivo, pero no cumplen los criterios de ninguno de ellos. Pueden ser: depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración, episodio depresivo con síntomas insuficientes.

- **Otro trastorno depresivo no especificado:** prevalecen los síntomas de un trastorno depresivo, aunque no existen criterios de los trastornos pertenecientes a las categorías diagnósticas. No hay datos suficientes para realizar un diagnóstico concreto.

En el DSM-V (2014), se especifica también la gravedad del trastorno:

- **Leve:** Dos síntomas.

- **Moderado:** Tres síntomas.

- **Moderado-grave:** Cuatro o cinco síntomas.
- **Grave:** Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

2.9. Neurofisiología de la depresión y Tratamiento

Existe un modelo neuroanatómico y fisiológico de la depresión, compuesto por la corteza prefrontal, complejo amígdala – hipocampo, tálamo, ganglios basales y las conexiones entre estas estructuras. Los 2 principales circuitos que regulan el ánimo son: el límbico-tálmico-cortical, que incluye a la amígdala, núcleo dorsomediales del tálamo y corteza prefrontal y el circuito límbico – estriado – pálido – tálamico – cortical (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006). Estudios realizados proponen que la depresión se debe a una deficiencia en los neurotransmisores serotonina, norepinefrina, dopamina y GABA (Diaz Villa & Gonzalez, 2012).

Como se mencionó al principio, también para la depresión el tratamiento suele ser la combinación de farmacología y psicoterapia. Para Martinez (2006), la farmacoterapia es más rápida, ya que con un buen tratamiento farmacológico los síntomas de depresión desaparecen, o al menos mejoran en un tiempo promedio que no supera las cuatro semanas. Sin embargo, el tratamiento medicamentoso es predominantemente sintomático, es decir, al retirar los medicamentos antidepresivos, muy frecuentemente los síntomas reaparecen al cabo de unos pocos meses. En cambio, la psicoterapia es más lenta, pero tiene la capacidad de profundizar y generar cambios en la persona logrando que los síntomas remitan. Los tratamientos con apoyo empírico son la terapia cognitiva y la terapia interpersonal (Bados López & García Grau, 2008). Más allá de la rapidez o lentitud en la mejora de los síntomas el gran inconveniente, como se ya se mencionó, es la reincidencia y la cronicidad de la enfermedad, que muchas veces no son tenidos en cuenta (Segal, Williams, & Teasdale, 2008).

La terapia interpersonal fue creada a fines de los años 70, por Klerman y colaboradores para evaluar la efectividad en pacientes depresivos, de la psicoterapia de

mantenimiento (Markowitz & Weissman, 1995). Es una clase de terapia antidepresiva, limitada y estandarizada, con una estructura y un formato breve. Se sustenta en las teorías interpersonales de Meyer y Sullivan, planteando una asociación entre afectos y vínculos interpersonales.

Aunque la terapia interpersonal evita las definiciones etiológicas, sucesos psicosociales o escenarios perturbadores de la vida pueden causar depresión, y postula que uno de los factores que pueden prevenir la depresión son las relaciones interpersonales y contar con una persona confidente. Se divide en tres etapas: fase inicial, dura entre una y tres sesiones, se efectúa la anamnesis y el diagnóstico, explicando al paciente su papel en la terapia. La fase media es la que emplea la mayor parte del proceso, el terapeuta y el paciente se enfocan en las problemáticas interpersonales: que pueden ser: duelo, altercados y transiciones en los roles o dificultades interpersonales. En las sesiones finales, se revisan los logros en cuanto a la depresión (Markowitz & Weissman, 1995).

La terapia cognitiva se centra en mitigar las alteraciones emocionales y otros síntomas de la depresión. Se focaliza en modificar las interpretaciones erróneas del paciente, en su conducta contraproducente y en sus actitudes inadecuadas (Beck, Steer, & Brown, 2006). Por su parte, los abordajes conductuales enfatizan la necesidad de incrementar la participación de las personas deprimidas en actividades reforzantes o placenteras, mientras que el entrenamiento en habilidades sociales corrige los déficits conductuales que incrementan el aislamiento social de las personas (Segal, Williams, & Teasdale, 2008).

En 1982, Kabat Zinn integra en un enfoque técnicas de meditación y psicología en su programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (Vásquez Dextre, 2016), que fue considerado relevante para trabajar también los trastornos depresivos, primero porque implica ejercicios conscientes, segundo porque esta práctica permite reconocer e identificar tempranamente las emociones y pensamientos que derivan en depresión. En

tercer lugar, permite realizarlo en forma grupal y de ésta forma llegar a un mayor número de personas. Tomando estos aportes surge la terapia cognitiva basada en la consciencia plena como un abordaje con métodos alternativos para tratar la depresión y sus recaídas (Segal, Williams, & Teasdale, 2008). En esta línea, este trabajo busca integrar la psicoterapia con otras disciplinas.

2.10. Comorbilidad Ansiedad y depresión

Tradicionalmente ambas patologías fueron tratadas como condiciones independientes. Sin embargo, comparten sintomatologías, que muchas veces se superponen y con frecuencia coexisten. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se considera una señal precedente de la depresión. Hay datos que demuestran que el 40% de los pacientes que padecen TAG conviven con depresión. La tasa de comorbilidad es del 90% ente los pacientes con TAG y depresión (Cia, 2007).

González Cifuentes, De Greiff, & Avendaño Prieto (2011), mencionan que ambos trastornos comparten factores en común, el afecto negativo, pensamientos que distorcionan la realidad y los limitan (amenaza para la ansiedad y minusvalía para la depresión) y la vulnerabilidad biológica y psicológica.

2.11. Investigaciones sobre yoga, ansiedad y depresión

A continuación, se presentan una serie de investigaciones, donde las temáticas se relacionan en mayor o menor medida con este trabajo. Estas investigaciones, incluidas varias revisiones sistemáticas sugieren los beneficios del yoga en la reducción de la depresión, ansiedad y aumento del bienestar en general.

Cramer (2011), en su revisión bibliográfica concluyó que a pesar de que existen en algunos estudios fallas metodológicas, los resultados mostraron que el yoga reduce la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. La práctica de respiración profunda, la meditación y el aprendizaje sobre la filosofía del yoga disminuyen los sentimientos de ansiedad y las

posturas alivian los síntomas físicos de tensión. El yoga reduce los niveles de depresión incluso en pacientes que toman medicamentos antidepresivos. Las posturas de apertura de pecho tienen beneficios físicos y cognitivos para las personas con depresión, compensando la postura del cuerpo colapsado.

FerreiraVorkapic y Rangé (2014) investigaron los efectos del yoga en pacientes con ataques de pánico. Tomaron como muestra a veinte sujetos diagnosticados previamente en el Instituto de Psicología Ambulatoria de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, según el DSM-IV. La muestra se distribuyó aleatoriamente en dos grupos, un grupo recibió un programa de clases de yoga y otro grupo una combinación de clases de yoga y sesiones de terapia cognitiva. La hipótesis de que ambas intervenciones reducen la sintomatología del trastorno de pánico fue confirmada por los resultados, ya que los participantes de ambos grupos mejoraron las puntuaciones una vez finalizado el tratamiento, la mejora fue mayor en el grupo que recibió la combinación de yoga y psicoterapia, aunque las diferencias no fueron significativas.

Un estudio realizado por Spowart (2014) exploró, a través de 37 entrevistas semiestructuradas, el impacto que la práctica regular de mindfulness tiene en el stress, ansiedad, pánico y depresión. La totalidad de los participantes experimentaron una disminución del 80-95% de los síntomas que los trastornos mencionados ocasionan.

Battle, Uebelacker, Magee, Sutton y Miller (2015) indagaron si el yoga prenatal representa una opción de tratamiento viable para la depresión prenatal y atenúa la depresión postparto. Las mujeres participaron en el programa asistiendo a clases y practicando yoga en la casa. Se observaron reducciones significativas en la gravedad de la depresión antes y después del tratamiento. También recopilaron datos sobre un posible mecanismo de cambio, la atención plena. Observaron que la atención plena se correlacionó con la depresión al inicio del estudio y que hubo aumentos en la atención plena a lo largo del tiempo. Si bien la presente investigación no aborda el yoga prenatal

y está dirigida a otra población, resulta de gran interés por ser un público que presenta mayores riesgos al tomar farmacología.

Una investigación, realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental y Neurociencias de Bangalore, India, tuvo como objetivo incentivar la integración del yoga en los servicios psiquiátricos, mostrando los beneficios que produce la práctica del yoga en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia (Gangadhar & Varambally, 2015).

Por su parte, Manincor, Bensoussan, Smith, Fahey y Bourchier (2015) trabajaron con el objetivo de documentar recomendaciones basadas en el consenso profesional, buscando dar consistencia a las intervenciones de yoga para reducir la depresión y ansiedad. Utilizando el método Delphy. Los resultados mostraron que hay un beneficio del 80% en la reducción de los síntomas de depresión o ansiedad, y un aumento de las emociones positivas y el bienestar. En sus conclusiones, mencionaron que los beneficios para una persona con depresión o ansiedad leve o moderada se dan al hacer una adecuada práctica de yoga personalizada, basada en los protocolos por ellos establecidos, bajo la guía de un profesional adecuadamente entrenado y, generalmente, hecho en conjunto con otras formas de tratamiento o intervención. Para condiciones más severas los beneficios son menores.

Con el fin de examinar el efecto del Hatha yoga sobre la ansiedad, Hofmann, Andreoli, Carpenter y Curtiss (2016) realizaron un meta-análisis de estudios relevantes extraídos de distintas bases de datos científicas. Identificaron 17 investigaciones con un total de 501 participantes a los que midieron los niveles de ansiedad antes y después de practicar yoga. Los resultados mostraron una asociación positiva entre la eficacia del tratamiento con el número total de horas practicadas, las personas con niveles elevados de ansiedad se beneficiaron más. Recalcaron la baja calidad de los estudios, aun así, concluyen que el Hatha yoga es un posible método para tratar la ansiedad.

Bhosale (2016), mostró el impacto de la práctica de yoga en personas mayores que viven en hogar de ancianos. Se seleccionaron treinta y tres personas a las cuales se les indicó un programa de doce semanas de clases de yoga. Los resultados revelaron una disminución significativa de la ansiedad y un cambio positivo en el bienestar subjetivo. La práctica del yoga según este estudio aumenta el potencial humano y mejora la conexión del cuerpo - mente de una manera positiva.

Una revisión sistemática de 23 estudios publicados entre el período 2011-2016 en los cuales se incluyó la práctica de yoga como una forma de tratamiento para la depresión en pacientes adultos, mostró los efectos positivos del yoga al reducir los síntomas depresivos. Según esta revisión, las personas con niveles elevados de depresión y /o con condiciones médicas asociadas se beneficiaron con la práctica de yoga. El estudio también evidencia el interés continuo en los últimos cinco años, en examinar los beneficios de la práctica de yoga en el manejo de la depresión y en la disminución de los síntomas (Bridges & Sharma, 2017).

Moscoso & Lengacher (2017) examinaron cómo actúan el mindfulness y las emociones positivas, beneficiando a individuos con depresión en el proceso de la autorregulación de las emociones. Concluyen que el mindfulness modifica la percepción y la actitud de la persona, facilitando la activación de pensamientos y emociones positivas que estimulan la autorregulación emocional en la depresión clínica.

Para Gerber, Kilmer y Callahan (2018), elementos de las prácticas de yoga, como la meditación y el mindfulness, son cada vez más utilizados en contextos terapéuticos para abordar experiencias de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático. Los resultados de este estudio mostraron beneficios psicoterapéuticos asociados con la intervención de yoga, evidenciando un impacto inmediato sobre la reducción de la ansiedad y el aumento del bienestar subjetivo.

En contraposición, Nguyen Feng, Clark y Butler (2019) mencionaron que no hay

pruebas sólidas para confirmar o refutar la eficacia del yoga como intervención para los síntomas del trastorno de estrés postraumático, en los que se incluyen la depresión y ansiedad. Estos resultados provinieron de una revisión analítica de 12 artículos de investigación, en los cuales la fuerza de la evidencia se redujo por la falta de precisión de los trabajos, como datos faltantes o escalas clínicas utilizadas que no demuestran validez o confiabilidad en la captura de los síntomas de interés.

En síntesis, las investigaciones mostraron que la práctica de yoga y meditación contribuyen a la salud mental, aunque no existen estudios que comparen tratamientos basados en la evidencia vs. solamente práctica de yoga. El que más se acerca es la investigación de FerreiraVorkapic y Rangé (2014) que mostraron que la práctica de yoga combinada con terapia cognitiva comportamental (TCC) obtuvo valores más altos, pero no significativos, en la mejoría del trastorno de pánico comparado con el tratamiento TCC.

No se encontraron estudios recientes realizados en Argentina sobre los beneficios de la práctica de yoga en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión psicológicos o en población general. No obstante, es pertinente mencionar el realizado por Sarudiansky y Saizar (2007), en el cual se evidencia que terapeutas de orientación cognitiva recomiendan a sus pacientes que realicen yoga como complemento de la psicoterapia en casos de estrés y ansiedad. La razón son las mejoras que genera la relajación en la sintomatología de la ansiedad.

CAPÍTULO 3: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

3.1. Tipo de estudio

Se realizó una investigación de enfoque cuantitativo con alcance descriptivo/comparativo y correlacional, en corte de tiempo transversal sincrónico dentro de un diseño no experimental. El tipo de investigación puede caracterizarse de acuerdo a las siguientes puntualizaciones metodológicas (Hernández Sampieri, 2004):

Finalidad básica: realizar un estudio sobre los niveles de ansiedad y depresión en individuos que practican yoga en comparación con quienes no practican. El proyecto apunta a formular sugerencias de intervención en respuesta a la problemática estudiada y contribuir a las teorías existentes, tanto en el campo de la psicología como en el yoga.

Alcance temporal transversal: al recolectar datos en un tiempo único, es decir, no administrando los instrumentos ni evaluando sus distintas variables en distintas instancias temporales, sino observadas y analizadas en función a un momento dado, durante el período de octubre 2019 – enero 2020.

Profundidad exploratoria y descriptiva: exploratoria, al aplicar el instrumento seleccionado en una población de estudio (sujetos entre 22 y 65 años divididos en dos grupos). Descriptiva, al basarse el trabajo en la presentación de los resultados arrojados por los instrumentos, así como en la información sociodemográfica de los participantes.

Amplitud microsociológica: al considerar datos científicos de una población específica.

Carácter cuantitativo: al realizar un análisis cuantitativo, puntualmente estadístico, de aquellos datos provenientes del trabajo de observación.

Orientada al descubrimiento: en tanto el desarrollo de la investigación se dirige desde y hacia la exploración sobre los niveles actuales de ansiedad y depresión en personas que practican yoga, en comparación con quienes no, para evaluar las correlaciones que se presenten.

Tiempo de ocurrencia de los hechos retrospectivo: ya que la recolección y análisis de los datos se corresponde con un período pasado y único, octubre 2019-enero 2020.

Control de las variables de caso: Escaso control de variables extrañas.

3.2. Población

Se trabajó sobre una muestra no probabilística, intencional conformada por 304 sujetos (hombres: 24,7% - mujeres 75,3%) entre 22 y 62 años, que residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en Gran Buenos Aires. Se distribuyeron de la siguiente manera:

- Grupo practicantes de yoga: personas que manifestaron que practican yoga habitualmente. Compuesto por el 49,8 % de la muestra (74% mujeres, 26% hombres).
- Grupo de no practicantes de yoga: sujetos que no incluyen el yoga como una práctica habitual. Compuesto por el 50,2% de la muestra (82% mujeres, 18% hombres)
- Antigüedad de práctica de yoga: El 15,8% practica yoga desde hace menos de 1 año, el 23,7% entre 1 y 3 años, otro 23,7% entre 3 y 5 años, el 15,8% entre 5 y 9 años y el 21,1% más de 10 años.
- Práctica de yoga según su jerarquía: instructores de yoga 8,9%, en formación 11,8%, practicantes 78,9%.
- Criterios de exclusión: Cuestionarios incompletos

3.3. Variables de análisis. Definición conceptual y operacional

Se considerarán las siguientes variables de análisis y su definición conceptual:

- Variable dependiente 1: Ansiedad. Permite medir el nivel de ansiedad estado y rasgo que poseen los sujetos. Se evalúa mediante inventario STAI.
- Variable dependiente 2: Depresión. Considera el nivel de depresión, que poseen los sujetos encuestados. Evaluada mediante inventario Beck.

- Variable independiente asignada 1: Práctica de yoga. Refiere a si la persona practica o no yoga.
- Variables independientes asignadas 2: Datos sociodemográficos. Se consideraron género, edad, lugar de residencia.
- Variables independientes asignadas 3: Si es instructor, en formación o practicante de yoga y años de práctica.

3.4. Instrumentos

3.4.1. Escala de Ansiedad Estado / Rasgo (STAI), (Spielberger et al., 1982; adaptación española, Guillén Riquelme & Buela Casal, 2011). La elaboración de este instrumento comenzó en 1964, con el objetivo de generar una escala de autoevaluación de la ansiedad estado y rasgo. Posee 40 ítems en total y 20 en cada dimensión. Los ítems describen como el sujeto se siente en el momento de responder al cuestionario y como se siente en general respectivamente. Para ello, se suman las puntuaciones de los 20 ítems, las cuales se ordenan según su intensidad, 0- Nada; 1- Algo; 2- Bastante y 3- Mucho. En la ansiedad-estado, los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20 puntúan de forma inversa. En el caso de la ansiedad rasgo, la escala Likert también tiene 4 opciones de respuestas: 0- Casi nunca; 1- A veces; 2- Frecuentemente y 3- Casi siempre. En esta dimensión, también se debe invertir las respuestas de los ítems 1, 6, 7, 10, 13, 16, y 19. La puntuación de cada dimensión oscila entre 0 y 60, y no hay puntos de corte. En la validación de España, los valores promedios de las mujeres fueron: Rasgo: M= 23,35 (10,60), Estado: 18,20 (DT=11,62); hombres: Rasgo: M= 18,96 (DT=10), Estado: M= 15,87 (DT=9.92). El α de Cronbach en la ansiedad estado fue de $\alpha = 0.93$ y en la ansiedad rasgo de $\alpha = 0.87$ en la adaptación española. En la presente investigación los valores fueron de $\alpha = 0.923$ y $\alpha = 0.88$ respectivamente, siendo el total de la variable ansiedad $\alpha = 0.94$.

3.4.2. Inventario de depresión de Beck, [BDI-II], (Beck, Steer & Brown, 1996; adaptación argentina, Brenlla & Rodríguez, 2006). El Inventario de Depresión de Beck es un elemento fiable para evaluar el estado de ánimo, detectando la existencia de depresión y valorando su severidad. Es autoadministrado, cuenta con 21 preguntas con 4 opciones de respuesta a la pregunta de “cómo se sintió durante los últimos 7 días”. Se puede administrar a partir de los 13 años. Los ítems se asocian a síntomas depresivos, cogniciones y síntomas físicos. Para evaluar la depresión, se suman las puntuaciones de las 21 preguntas. La puntuación más elevada en cada pregunta es 3, por lo que el máximo del cuestionario es de 63, mientras que al ser 0 la puntuación más baja, el mínimo total también podría serlo. El α de Cronbach de la escala total fue de $\alpha= 0.83$ en la versión española, mientras que en esta investigación fue de $\alpha= 0.827$. Los puntos de corte de la escala son los siguientes:

0-9 = “depresión mínima”, 10-16 = “depresión leve”, 17-29 = “depresión moderada” y 30-63 = “depresión grave”.

3.4.3. Cuestionario sociodemográfico. Se utilizó un cuestionario Ad hoc para indagar acerca del género, la edad, lugar de residencia, si los sujetos practican o no yoga, antigüedad de la práctica y si son o no profesores de yoga o están en formación. Ver el Anexo para los detalles del protocolo administrado.

3.5. Procedimiento

La mayoría de los cuestionarios se enviaron de manera online, a través de un formulario creado en Google Forms y otros se administraron presencialmente. Se les indicó a las personas que participaron voluntariamente las instrucciones básicas para responder los cuestionarios y se respondieron después del consentimiento informado por cada uno de los sujetos. En segunda instancia, se procedió a la evaluación de los

instrumentos, atendiendo a la exclusión de aquellos que no se ajustaban a los criterios anteriormente señalados.

3.6. Análisis de resultados: Se utilizó el SPSS para los análisis estadísticos. Se estableció un criterio de significación de $P < 0,05$ y el tamaño del efecto se calculó con la fórmula: $r = Z / \sqrt{N}$.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1. Descripción de las variables

4.1.1. Análisis de la normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para las variables mencionadas. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. La Tabla 1 muestra los resultados obtenidos. Como se puede observar, las variables analizadas no poseen distribución normal, por lo cual se utilizarán estadísticos no paramétricos para los análisis inferenciales.

Tabla 1

Normalidad de las variables a estudiar.

Variables	p
Ansiedad estado	,000
Ansiedad rasgo	,000
Depresión	,000

4.2. Caracterización de la muestra

En la tabla 2 se presenta la descripción de la muestra. Se puede observar que las dos muestras son relativamente equivalentes en las variables de interés.

Tabla 2 Caracterización de la muestra según las variables sociodemográficas.

Grupos	Practicantes de yoga: 49,7% (151)	No practicantes de yoga: 50,2% (152)
Edad	22-30 años: 10,6% (16)	22-30 años: 13,8% (21)
	31-40 años: 42,4% (64)	31-40 años: 50% (76)
	41-50 años: 41,7% (63)	41-50 años: 30,3% (46)
	51-62 años: 5,3% (8)	51-62 años: 5,9% (9)
Género	Mujer: 73,5% (100)	Mujer: 77% (117)
	Hombre: 26,5% (40)	Hombre: 23% (35)
	Otro: 0% (0)	Otro: 0% (0)
Estado civil	Soltero/a: 28,5% (43)	Soltero/a: 30,3% (46)
	Casado/a: 24,5% (37)	Casado/a: 26,3% (40)
	En pareja: 18,5% (28)	En pareja: 12,5% (19)
	Convive/pareja de hecho: 23,2% (35)	Convive/pareja de hecho: 25,7% (39)
	Divorciado/a: 5,3% (8)	Divorciado/a: 2,6% (4) Separado/a: 2,6% (4)
Cantidad de años de práctica	Menos de 1 año: 15,9% (24)	
	Entre 1 y 3 años: 23,8% (36)	
	Entre 3 y 5 años: 23,2% (35)	
	Entre 5 y 9 años: 15,9% (24)	
	Más de 10 años:	
Es profesor/instructor de yoga	Sí: 8,9% (27)	
	No: 79,2% (240)	
	En formación: 11,9, % (36)	

4.2.2. Estadísticos descriptivos

La Tabla 3 describe los puntajes de depresión y ansiedad. La depresión muestra un valor mínimo. Los de ansiedad son similares a los obtenidos en la muestra de Guillén Riquelme & Buena Casal, (2011).

Tabla 3

Resúmenes estadísticos de la ansiedad y la depresión en la muestra general.

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Max.
Ansiedad estado	304	19,80	18	8,724	1	43
Ansiedad rasgo	304	19,74	20	8,985	2	50
Depresión	302	6,34	5	5,683	0	27

Las tablas 4 y 5 describen los puntajes de ansiedad y depresión de los practicantes de yoga y los que no practican; la Tabla 6 las diferencias grupales y la 7 los valores inferenciales realizados con la U de Mann-Whitney. Los valores medios obtenidos para la ansiedad estado, la ansiedad rasgo y depresión en los practicantes de yoga son menores que los valores medios del grupo de no practicantes de yoga.

Se encontraron diferencias de grupo según si practica yoga, para los niveles de depresión ($Z = -6,580$ $p < .000$, $r = 0,52$), ansiedad estado ($Z = -4,660$ $p < .000$, $r = 0,37$), y rasgo ($Z = -6,516$ $p < .000$, $r = 0,52$). Quienes no practican yoga mostraron ser más depresivos y ansiosos comparados con quienes la practican con tamaños del efecto entre medianos y altos.

Tabla 4*Resúmenes estadísticos de la ansiedad y la depresión en los practicantes de yoga.*

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Max.
Ansiedad estado	151	17,41	16	8,188	1	34
Ansiedad rasgo	151	16,36	15	6,690	2	29
Depresión	151	4,433	4	4,413	0	15

Tabla 5*Resúmenes estadísticos de la ansiedad y la depresión en los no practicantes de yoga.*

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Max.
Ansiedad estado	152	22,13	21	8,636	8	43
Ansiedad rasgo	152	23,11	24	9,728	4	50
Depresión	152	8,27	7	6,147	1	27

Tabla 6*Diferencias grupales según si practica yoga.*

Variables	Rangos	P
Depresión	Sí= (R= 118,02) No= (R= 183,76)	,000
Ansiedad estado	Sí= (R= 128,51) No= (R= 175,34)	,000
Ansiedad rasgo	Sí= (R= 119,15) No= (R= 184,63)	,000

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

Estadísticos de prueba^a			
	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Depresión
U de Mann-Whitney	7928,500	6516,000	6377,500
W de Wilcoxon	19404,500	17992,000	17702,500
Z	-4,660	-6,516	-6,580
Sig. asintótica(bilateral)	,000	,000	,000
r:	.37	.52	.52

a. Variable de agrupación: ¿Prácticas Yoga? Sí – No

Ansiedad y depresión en función de si es instructor de yoga, en formación o practicante.

Se encontraron diferencias significativas de acuerdo a si es instructor de yoga para todas las variables. Se utilizó la U Mann Whitman para evaluar entre qué grupos se halló la diferencia significativa. Ser profesor de yoga presentó diferencias significativas con los que estaban en formación: ansiedad estado ($Z = -2,470$ $p < .014$, $r = .20$), ansiedad rasgo ($Z = -4,657$ $p < .000$, $r = .32$) y depresión ($Z = -3,926$ $p < .000$, $r = .32$), también presentó diferencias con los que no eran profesores: ansiedad estado ($Z = -6,108$ $p < .000$, $r = .50$), ansiedad rasgo ($Z = -6,855$ $p < .000$, $r = .56$) y depresión ($Z = -7,064$ $p < .000$, $r = .57$). En todas las variables los instructores de yoga tuvieron significativamente menos depresión, y ansiedad rasgo y estado que los que no eran instructores o estaban en formación. Además, los que estaban en formación tuvieron menos ansiedad rasgo y estado y menos depresión que aquellos que eran practicantes: ansiedad estado ($Z = -4,180$ $p < .000$, $r = .34$), ansiedad rasgo ($Z = -3,468$ $p < .003$, $r = .28$) y depresión ($Z = -3,454$ $p < .001$, $r = .38$). Ver tablas 7, 8, 9 y 10.

Tabla 7*Diferencias grupales según si es instructor de yoga.*

	¿Sos Profesor / instructor de yoga?	N	Rango promedio	DE
Rangos				
Ansiedad estado	Sí	27	59,57	10,48 (5,56)
	No	240	169,42	21,44 (8,33)
	Cursando la formación	36	105,17	15,44 (6,67)
	Total	303		
Ansiedad rasgo	Sí	27	43,24	8,85 (4,07)
	No	240	169,29	21,39 (8,61)
	Cursando la formación	36	118,33	16,44 (5,83)
	Total	303		
Depresión	Sí	27	42,52	,88 (1,39)
	No	238	168,56	7,27 (5,73)
	Cursando la formación	36	116,28	4,44 (4,4)
	Total	301		

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Depresión
H de Kruskal – Wallis	50,022	56,453	57,840
Gl	2	2	2
Sig. asintót.	,000	,000	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Sos Profesor / instructor de yoga?

Tabla 8*Diferencias grupales según si es o no instructor de yoga*

Estadísticos de contraste^a			
	Ansiedad		
	estado	Ansiedad rasgo	Depresión
U de Mann-Whitney	920,500	637,500	558,000
W de Wilcoxon	1298,500	1015,500	936,000
Z	-6,108	-6,855	-7,064
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000
r	,50	,56	,57

a. Variable de agrupación: ¿Sos Profesor / instructor de yoga? Sí vs. No lo son.

Tabla 9*Diferencias grupales según si es instructor de yoga o en formación*

Estadísticos de contraste^a			
	Ansiedad		
	estado	Ansiedad rasgo	Depresión
U de Mann-Whitney	310,000	152,000	212,000
W de Wilcoxon	688,000	530,000	590,000
Z	-2,470	-4,657	-3,926
Sig. asintót. (bilateral)	,014	,000	,000
r	,20	,38	,32

a. Variable de agrupación: ¿Sos Profesor / instructor de yoga? Sí vs. en formación

Tabla 10*Diferencias grupales si no es instructor de yoga o está en formación*

Estadísticos de contraste^a			
	Ansiedad	Ansiedad	Depresión
	estado	rasgo	
U de Mann-Whitney	2456,000	2774,000	2760,000
W de Wilcoxon	3122,000	3440,000	3426,000
Z	-4,180	-3,468	-3,454
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,003	,001
R	,34	,28	,28

a. Variable de agrupación: ¿Sos Profesor / instructor de yoga? No vs. en formación

Ansiedad y depresión en función del tiempo de práctica de yoga.

La Tabla 11 muestra los resultados obtenidos. La prueba H de Kruskal – Wallis obtuvo diferencias significativas en todas las variables. Se utilizó el estadístico U- Mann Whitney para averiguar entre qué categorías hubo diferencias significativas.

En depresión se hallaron diferencias significativas entre los que practican hace menos de un año en comparación con el grupo que lo hace más de 10 años: ($Z= -5,87$, $p<.000$, $r= .48$); menos de un año vs. entre 5 y 9 años: ($Z= -5,87$, $p<.0001$, $r= .48$); menos de un año vs. entre 3 a 5 años: ($Z= -5,87$, $p <.0001$, $r=.48$); entre 1 a 3 vs. más de 10 años: ($Z=-6,12$, $p<.0001$, $r=.5$); entre 1 a 3 años vs. 5 a 9 años: ($Z=-1,98$, $p<.04$, $r=.26$); entre 1 a 3 años vs. 3 a 5 años: ($Z= -5,908$, $p<.0001$, $r=.48$) y entre 3 a 5 años vs. 5 a 9 años: ($Z= -1,948$, $p<.05$, $r=.15$), en todos los casos la depresión fue disminuyendo en función de los años de entrenamiento. En resumen, la depresión disminuyó en función de los años de práctica de yoga.

En relación con la ansiedad, se encontraron diferencias tanto en la ansiedad estado como la ansiedad rasgo al comparar los grupos menos de un año con entre 3 a 5 años: ansiedad estado: ($Z= -2,60$, $p<.01$, $r= .21$); ansiedad rasgo; ($Z= -473$, $p<.000$, $r= .38$); entre 1 a 3 años con 3 a 5 años ansiedad estado ($Z= -4,797$, $p<.000$, $r<.39$), ansiedad rasgo ($Z= -4,525$, $p<.000$, $r=.37$); y entre 1 a 3 con más de 10 años, ansiedad estado ($Z=-1,979$, $p<.05$, $r=.16$), ansiedad rasgo ($Z= -5,333$, $p<.000$, $r=.43$), ansiedad estado en menos de un año vs. entre 1 a 3 años ansiedad estado ($Z= -2,911$, $p <.004$, $r=.24$) y entre 3 a 5 años vs. más de 10 años ansiedad estado ($Z= -2,968$, $p<.003$, $r=.24$). La ansiedad rasgo en menos de un año vs. entre 5 y 9 años ($Z=-2,662$, $p<.008$, $r= .21$), menos de un año vs más de 10 años ansiedad rasgo ($Z=-5,073$, $p<.000$, $r=.41$), entre 1 a 3 años vs. 5 a 9 años ansiedad rasgo ($Z= - 2,549$, $p<.011$, $r=.21$). La ansiedad rasgo disminuyó en función de los años de práctica, en cambio la ansiedad estado fue fluctuante.

Tabla 11

Si contesto si, indique cantidad de años de práctica		Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Depresión
Menos de 1 año	Media	17,5000	21,0000	7,8333
	N	24	24	24
	Desv. típ.	8,95884	4,96947	3,50982
	Rango	24,00	14,00	10,00
Entre 1 y 3 años	Media	21,8889	20,5556	7,2222
	N	36	36	36
	Desv. típ.	6,73489	6,12463	4,24339
	Rango	21,00	20,00	12,00
Entre 3 y 5 años	Media	13,6667	13,5556	1,7778
	N	36	36	36
	Desv. típ.	7,34458	3,97452	2,01581
	Rango	19,00	13,00	6,00
Entre 5 y 9 años	Media	16,5000	15,3333	4,7917
	N	24	24	24
	Desv. típ.	10,37975	8,51937	5,30774
	Rango	28,00	25,00	15,00
Más de 10 años	Media	17,5000	12,1250	1,2258
	N	32	32	31
	Desv. típ.	5,96765	4,32360	1,68740
	Rango	22,00	15,00	5,00
Total	Media	17,4737	16,3684	4,4040
	N	152	152	151
	Desv. típ.	8,19865	6,66878	4,41389
	Rango	33,00	27,00	15,00
Estadísticos de contraste^{a,b}				
		Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Depresión
H de Kruskal – Wallis		22,930	47,326	67,558
Gl		4	4	4
Sig. asintót.		,000	,000	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Si contesto si, indique cantidad de años de práctica

4.2.3 Ansiedad y depresión en función de los datos sociodemográficos

Ansiedad y depresión en función del género

Se encontraron diferencias significativas según el género, para la depresión, la ansiedad estado y rasgo. Las mujeres evidenciaron ser más depresivas y ansiosas comparadas con los hombres. Los resultados obtenidos fueron: ansiedad estado $Z = -2,642$, $p < ,008$, $r = .21$, ansiedad rasgo $Z = -4,700$, $p < ,000$, $r = .38$, depresión $Z = -2,763$, $p < ,006$, $r = .22$. (Ver Tablas 12 a y b).

Tabla 12 a

Diferencias grupales según género

Variables	Rangos	P
Depresión	Mujer= (R= 159,45) Hombre= (R= 127,45)	,006
Ansiedad estado	Mujer= (R= 160,11) Hombre= (R= 129,27)	,008
Ansiedad rasgo	Mujer= (R= 166,04) Hombre= (R= 111,17)	,000

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

Tabla 12 b

	estadísticos de contraste ^a		
	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Depresión
U de Mann-Whitney	6845,00	5487,500	6708,500
W de Wilcoxon	9695,500	8337,000	9558,500
Z	-2,642	-4,700	-2,763
Sig. asintót. (bilateral)	,008	,000	,006
R	,21	,38	,22

a. Variable de agrupación: Género

Ansiedad y depresión en función del estado civil

Tabla 13

Diferencias grupales según el estado civil.

Variables	Rangos	P
Ansiedad rasgo	Soltero/a= (R= 155,03) Casado/a= (R= 154,38) En pareja= (R= 142,61) Pareja de hecho= (R= 141,02) Divorciado/a= (R= 192,88) Separado/a= (R= 270,50)	,038

Nota: coeficiente utilizado: H de Kruskal Wallis

Solo se hallaron diferencias significativas de acuerdo con el estado civil para el nivel de Ansiedad rasgo. Los sujetos separados mostraron ser más ansiosos, seguidos de los divorciados, los solteros, los casados, quienes se encontraban en pareja y quienes convivían o poseían pareja de hecho. Se realizó un análisis con la U Mann Whitman tomando de a pares cada categoría. Se hallaron diferencias significativas entre los separados vs. casados ($Z=-2,71$, $p<.007$), separados vs pareja ($Z=-3,32$, $p<.00$), separados vs solteros ($Z= - 2,58$, $p<.01$), y separados vs. en convivencia o pareja de hecho ($Z=-2,48$, $p<.01$). En todos los casos los separados mostraron mayor ansiedad rasgo que en las demás categorías.

Ansiedad y depresión en función del lugar de residencia

Se hallaron diferencias significativas de acuerdo con el lugar de residencia, para el nivel de ansiedad estado. Los sujetos residentes en Capital Federal mostraron mayor nivel de ansiedad estado comparado con los residentes del Gran Buenos Aires ($Z= -3,141$, $p<.002$, $r=.25$).

Tabla 14*Diferencias grupales según el lugar de residencia.*

Variables	Rangos	P<
Ansiedad estado	CABA= (R= 163,15) GBA= (R= 129,05)	,002

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

	Estadísticos de contraste^a		
	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Depresión
U de Mann-Whitney	7701,000	9382,000	9171,500
W de Wilcoxon	12261,000	13942,000	30699,500
Z	-3,140	-,769	-,942
Sig. asintót. (bilateral)	,002	,442	,346
R		,25	

a. Variable de agrupación: Lugar de Residencia (Provincia y Localidad)

4.3. Correlaciones entre Ansiedad, depresión años de práctica de yoga y edad

La tabla 15 muestra los resultados principales. Los resultados mostraron la existencia de relaciones significativas entre la depresión y la ansiedad estado y rasgo. Las relaciones encontradas fueron directamente proporcionales, es decir, que, al incrementarse el nivel de depresión, aumenta la ansiedad estado y rasgo. Además, se encontraron relaciones significativas entre la edad, la depresión y la ansiedad rasgo. Las relaciones encontradas fueron inversamente proporcionales, por lo que, a mayor edad, existe menor nivel de depresión y ansiedad rasgo. En cuanto a la cantidad de años de práctica de yoga, se halló que a mayor cantidad de años de practica menores fueron la ansiedad y depresión.

Tabla 15*Correlaciones entre las variables.*

Variables	Depresión	Ansiedad rasgo	Ansiedad estado
Depresión		,527**	,683**
Ansiedad rasgo	,527**		
Ansiedad estado	,683**		
Edad	-,174**	-,12*	-,091
Cantidad de años que practica yoga	-,57**	-,50**	,55

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman. *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

CAPÍTULO 5: CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La presente investigación se propuso como objetivo general identificar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión y la práctica de yoga, en individuos entre 22-65 años, residentes de Capital Federal y Gran Buenos Aires. Se planteó como hipótesis principal que las personas no practicantes de yoga presentarán niveles más elevados de depresión y ansiedad.

Los principales resultados fueron los siguientes. En toda la muestra los valores de ansiedad mostraron valores similares a los promedios de la muestra presentada por la validación de Guillén Riquelme & Buena Casal (2011) y en depresión los valores fueron bajos de acuerdo a la normativa. Estos puntajes ratifican que la muestra pertenece a una población general no clínica. Sin embargo, al comparar los dos grupos se muestra que los practicantes de yoga tuvieron puntajes significativamente más bajos en ansiedad rasgo y

depresión con tamaños del efecto altos respecto de los que no practican. En cambio, la ansiedad estado fue mayor en los que no practican, con un tamaño del efecto bajo.

Los resultados también permiten comprobar una relación significativa e inversa entre la antigüedad en la práctica de yoga y la depresión y la ansiedad rasgo, reduciéndose ambas al incrementarse la cantidad de años de práctica de yoga, quedando confirmada la segunda hipótesis planteada. Esta relación puede explicarse, ya que conforme avanzan los años de práctica, el yoga se vuelve más una actitud ante la vida que una práctica en sí, permitiendo estar presente y con atención plena la mayor parte del tiempo en todos los actos de la vida con una percepción más nítida de la realidad, que lleva a tener un rasgo menos ansioso de la personalidad. El uso continuo de las herramientas que brinda el yoga posibilita encontrar la capacidad interior para dominar una mente obstinada e impetuosa en constante estado de agitación, que si no se controla deviene en enfermedad, tristeza o sufrimiento (Desikachar & Cravens, 2018). Este resultado se fortalece con el hallazgo que los profesores de yoga mostraron menos depresión y ansiedad rasgo y estado que aquellos que eran practicantes o en formación. Estos datos, en conjunto, apoyan la hipótesis principal de esta investigación, lo que replica estudios anteriores, aunque ninguno de ellos comparó si los años de práctica incidían en los niveles de ansiedad y depresión. Sugiere que el yoga en población sin trastornos psicológicos provoca una disminución de la ansiedad y depresión y que los efectos son acumulativos.

De los estudios relevados ninguno realiza una correlación de las variables en relación con los años de práctica. Ferreira Vorkapic y Rangé (2010), en su trabajo de revisión de investigaciones de pacientes con trastornos de ansiedad tratados complementariamente con yoga, postulan el programa más extenso de tres meses de clases, sin embargo, no muestran datos comparativos con otros estudios con menos tiempo de participación de los pacientes en clases de yoga.

La ansiedad rasgo, según Spielberger et al. (1982), se refiere a características individuales relativamente estables que se tornan una disposición o rasgo. Los bajos niveles en los sujetos con mayor cantidad de años de práctica, también puede explicarse mediante el sentimiento de autoestima y sentido de vida que el yoga produce y, que a menudo, tiene un efecto saludable minimizando las respuestas de estrés, ansiedad y depresión. Esto va en línea con los resultados del estudio de Jadhav y Havalappanavar (2009) quienes demostraron que la práctica de yoga disminuye los niveles de ansiedad rasgo y con el trabajo realizado por Gupta, Khera, Vempati, Sharmaand y Bijlani (2006), quienes durante diez días aplicaron un programa basado en posturas de yoga, meditación y psicoeducación para mejorar el estilo de vida a personas diagnosticadas con trastorno de ansiedad, depresión y con personas sanas, que fueron incluidas al programa de manera preventiva. Los resultados mostraron una reducción significativa de la ansiedad rasgo con los ejercicios de respiración y meditación.

Adicionalmente, comparando variables poblacionales con la depresión y la ansiedad, se halla que las mujeres tienen niveles más elevados de depresión y ansiedad en comparación con los hombres con un tamaño del efecto mediano. Este dato concuerda con diversos estudios. Esta diferencia se asocia al ciclo reproductivo femenino y la variabilidad de las hormonas durante el mismo (Cia, 2007). Otras explicaciones se relacionan con factores socioculturales y psicosociales como adversidades en la infancia, vulnerabilidad social y tipo de afrontamiento de las situaciones. Los roles y estereotipos de género existentes, cargan de exigencias a las mujeres y las sobrecargan mentalmente por cumplir con mandatos sociales, aumentando el estrés y la ansiedad, empero no se conoce con exactitud porqué los niveles de ansiedad son más elevados en las mujeres y es necesario investigar en profundidad los factores de riesgo que originan esta diferencia, ya que la mayoría de los estudios experimentales son llevados a cabo solo en animales machos y en las investigaciones

básicas se prefiere principalmente población masculina (Arenas & Puigcerver, 2009). También, se halla que, a mayor edad, menor nivel de depresión y ansiedad rasgo.

Además, los resultados señalan que, a mayor depresión, mayor ansiedad estado y rasgo. Existe sobrada evidencia que demuestra la covariación de ambos trastornos. Se mencionó anteriormente la coexistencia de sintomatología de las dos patologías y los aspectos que tienen en común. El modelo de indefensión desesperanza suma evidencia a la comorbilidad mencionada. Ambos trastornos comparten el sentimiento de indefensión, que se presenta como la percepción de no control. Si prevalece la incertidumbre aparecerá ansiedad y si lo hace la desesperanza va a surgir la depresión. Si ambas aparecen con niveles moderados a elevados de incertidumbre por el hecho de que ocurra un suceso negativo aparecerán ansiedad y depresión conjuntamente (González Cifuentes, De Greiff, & Avendaño Prieto, 2011).

En conclusión, a partir de los resultados obtenidos en este estudio, se comprueba la relación entre la práctica de yoga y los niveles de ansiedad y depresión. Sin embargo, este estudio cuantitativo no brinda los datos suficientes que sustenten incluir el yoga como una terapia para el tratamiento de ambos trastornos, aunque sugiere que puede utilizarse. Si bien no se puede considerar al yoga como sustituto del tratamiento psicológico o psiquiátrico para los trastornos de la ansiedad y la depresión, existen algunas técnicas en el yoga que son análogas a las utilizadas por la TCC como son la relajación y la evaluación del estado corporal y psicológico. Esta semejanza de sus objetivos en promover la introspección y el darse cuenta, desarrollar el trabajo interno, promover la salud y la integración, procurar cambios comportamentales, cognitivos y emocionales, indican que pueden ser disciplinas complementarias en la prevención y en la mejora de los síntomas que los trastornos manifiestan.

Los beneficios del yoga para el bienestar en general fueron mostrados en muchas investigaciones, así mismo no hay manera de medir ni evaluar la alegría, dicha y bienestar que se despierta a medida que se avanza en el camino del yoga, los cambios son tan sutiles y a la vez tan profundos que la única manera de transmitirlos, es vivirlo a través de la propia experiencia. El ritmo de vida actual, sobre todo en las grandes ciudades, trae aparejado tensiones y estrés diario, la búsqueda de muchas personas se orienta a terapias más amplias, de carácter holístico y no invasivo, en contraposición a la manera de intervenir de la biomedicina, a la que muchas veces se percibe como agresiva e invasiva. Los efectos que el entorno produce en la salud se pueden minimizar con meditación y práctica de yoga, una práctica constante aumenta la conexión a nivel corporal, la percepción de la realidad tal cual es y favorece el autoconocimiento. El yoga incluido como una intervención terapéutica requiere una participación activa de la persona que busca el bienestar, al igual que todas las intervenciones conductuales, por lo que se requiere un trabajo interdisciplinario entre terapeuta y profesor/a de yoga, siendo beneficioso que el psicólogo/a incorpore conocimientos y practique yoga para que pueda vivenciar por sí mismo los efectos y de esa manera poder transmitirlos con mayor claridad, y a su vez que el profesor/a de yoga se capacite en temáticas referidas a salud mental.

FerreiraVorkapic y Rangé (2014) mostraron que la práctica de yoga combinada con terapia cognitiva comportamental (TCC) obtuvo más mejoría en pacientes con trastorno de pánico comparado con el tratamiento TCC, pero no fueron significativos. Esta investigación estimula a que se sigan evaluando con investigaciones experimentales si la práctica de yoga agregada a la TCC para la ansiedad y la depresión acelera el proceso de mejoría en los pacientes y si su continuidad disminuye la probabilidad de recaídas, ya que esta investigación sugiere que los efectos de los

ejercicios de yoga son acumulativos para la disminución de la depresión y de la ansiedad rasgo.

Nuestros resultados pueden ser válidos a nivel preventivo ya que, aunque todos los participantes tuvieron puntajes promedios en ansiedad y depresión, aún el grupo de práctica de yoga obtuvo puntajes más bajos y correlacionó en función de los años de práctica

Como limitación de la presente investigación, se debe señalar que la muestra fue pequeña e intencional. Sería oportuno ampliar las zonas geográficas para obtener mayor conocimiento sobre la temática abordada. Otros puntos para tener en cuenta son el tipo de yoga que se practica, ya que existen diferentes estilos de yoga, cada uno pone énfasis en distintas prácticas y la periodicidad con que se practica: una persona que realiza yoga a diario seguramente podrá incorporar con mayor facilidad los beneficios del yoga que otra que lo hace una vez por semana. Se puede mencionar también la falta de información en cuanto a la realización de terapia psicológica de la población estudiada, esto no permite analizar una posible relación entre psicoterapia y yoga y determinar si la combinación de ambas disciplinas potencia los beneficios que individualmente tienen, lo que da lugar a la necesidad de que en próximas investigaciones este dato sea incluido.

Finalmente, considerando los resultados obtenidos y las limitaciones de este estudio, se cree necesario que se abran nuevas líneas de investigación desde el campo de la salud mental para poder aumentar la información brindada hasta el momento y además crear programas de promoción y prevención que incluyan la práctica de yoga como disciplina complementaria.

6. REFERENCIAS

- Alonso, J. (13 de Agosto de 2012). *Medicina alopática y medicina alternativa: ¿opuestas o complementarias?* Obtenido de Dr. Jorge Alonso: <http://www.drjorgealonso.com.ar/Medios/Salud.pdf>
- APA. (12 de Octubre de 2019). *¿Qué es la psicoterapia?* Obtenido de American Psychological Association: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia>
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 20-29.
- Arias Capdet, P. P. (1998). La utilidad de la meditación como modalidad. *Revista cubana medicina general integral*, 174-179.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed.* Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2008). *Eficacia y utilidad clínica de la intervención en psicología clínica y de la salud.* Barcelona: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
- Battle, C., Uebelacker, L., Magee, S., Sutton, K., & Miller, I. (2015). Potential for prenatal yoga to serve as an intervention to treat depression during pregnancy. *Womens Health Issues*, 134–141.
- Beck, A. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio: TX Psychological Corporation.
- Beck, A. (2012). *Teoría cognitiva de la ansiedad.* Bilbao: Desclée De Bruwer. Biblioteca de Psicología.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *BDI- II Inventario de depresión de Beck.* Buenos Aires: Paidós.
- Beck., A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión.* Bilbao: Desclée De Bruwer. Biblioteca de Psicología.
- Bhogal, S. R. (2010). *Yoga & Mental Health & beyond.* Lonavala: Kaivalyadhama.
- Bhosale, S. (2016). Effect of Yoga Practice on Anxiety and Subjective Well Being of Aged of Old Age Home. *Journal of Psychosocial Research*, 377-386.

- Bravo Ortiz, M. F. (2008). *Psicofarmacología para psicólogos*. Madrid: Síntesis.
- Bridges, L., & Sharma, M. (2017). The Efficacy of Yoga as a Form of Treatment for Depression. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 1017-1028.
- Calle, R. (1999). *El Gran libro del yoga*. Madrid: Mandala Ediciones.
- Ceballos Montalvo, D. (2017). Teorías de la ansiedad en la terapia gestalt. *Poiésis*, 46-57.
- Cia, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Cramer, G. S. (2011). *Yoga in Psychotherapy: Best Practices for Treating Anxiety and Depression*. Obtenido de Academia: https://www.academia.edu/7909016/Yoga_in_Psychotherapy_Best_Practices_for_Treating_Anxiety_and_Depression
- Desikachar, T., & Cravens, R. (2018). *Yoga, Salud y Sanación*. Buenos Aires: El hilo de Ariadna.
- Diaz Villa, B., & Gonzalez, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 106-115.
- Feixas, G., & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernandez Álvarez, H. (2011). *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos.
- Ferreira Vorkapic, C., & Rangé, B. (2010). Mente Alerta, Mente Tranquila: ¿Constituye el yoga una intervención terapéutica consistente para los trastornos de ansiedad? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 211-220.
- FerreiraVorkapic, C., & Rangé, B. (2014). Reducing the symptomatology of panic disorder: the effects of a yoga program alone and in combination withcognitive-behavioral therapy. *Frontiers in Psychiatry*.
- Feuerstein, G. (1998). *Yoga and Yoga Therapy*. Obtenido de IAYT: The International Association of yoga therapists: <https://www.iayt.org/page/YogaAndYogaTherapy>
- Feurestein, G. (2003). *Libro de texto de Yoga*. Buenos Aires: Kier.
- Forfylow, A. L. (2011). Integrating Yoga with Psychotherapy: A Complementary Treatment for Anxiety and Depression. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 132–150.

- Frawley, D. (2011). *Ayurveda y la mente. La sanación de la conciencia*. Bogotá: Ayurved.
- Gangadhar, B. N., & Varambally, S. (2015). Integrating yoga in mental health services. *The Indian Journal of Medical Research*, 747-748.
- Gerber, M. M., Kilmer, E. D., & Callahan, J. L. (2018). Psychotherapeutic Yoga Demonstrates Immediate Positive Effects. *American Psychological Association*, 212–225.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2015). *Mindfulness y Psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Gharote, M. L. (1999). *Técnicas de yoga*. Buenos Aires: Ed. Instituto de Lonavla.
- González Cifuentes, C. E., De Greiff, E. Á., & Avendaño Prieto, B. L. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psicología. Avances de la disciplina*, 59-72.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (Enero de 2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Facultad Medicina UNAM*, 66-72. Obtenido de Reserchgate: <https://www.researchgate.net/publication/286151215>
- Guillén Riquelme, A., & Buela Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 510 - 515.
- Gupta, N., Khera, S., Vempati, R. P., Sharmaand, R., & Bijlani, R. L. (2006). Effect of yoga based lifestyle intervention on state and trait anxiety. *Indian J Physiol Pharmacol*, 41–47.
- Hernández Peña, E. M., Balcázar Nava, P., & Navarrete Sánchez, E. (2006). Niveles de ansiedad en grupos con y sin práctica de Hatha yoga. *Interpsiquis*.
- Hernández Sampieri, R. (2004). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Hernandez, D. (2006). *Claves del yoga. Teoria y practica*. Buenos Aires: Ediciones Continente.
- Hirshi, G. (1999). *Mudras: el poder del yoga en tus manos*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Hofmann, S. G., Andreoli, G., Carpenter, J. K., & Curtiss, J. (2016). Effect of Hatha Yoga on Anxiety: A Meta-Analysis. *Journal of evidence based medicine and health care*, 116–124.

- Iyengar, B. (2005). *Luz sobre el yoga*. Barcelona: Kairos.
- Jadhav, S. G., & Havalappanavar, N. B. (2009). Effect of Yoga Intervention on Anxiety and Subjective Well-being. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 27-31.
- Javnbakht, M., Hejazi Kenari, R., & Ghasemi, M. (2009). Effects of yoga on depression and anxiety of women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 102-104.
- Juan, S., Etchebarne, I., Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2010). Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 197 - 219.
- Kaplan, H., & Sadock, B. .. (2008). *Manual de bolsillo de Psiquiatría clínica*. . Barcelona: Wolters Kluwer Health.
- Korman, G. P., & Garay, C. J. (2007). Complementariedad terapéutica:Terapia Cognitiva y Yoga. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 85-96.
- Kraftsow, G. (Mayo de 2002). *On Yoga Therapy*. Obtenido de The International Association of Yoga Therapy: <https://www.iayt.org/page/GaryKraftsowOnYogaTh?&hhsearchterms=%22kraftsow%22>
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 124-129.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa, & M. Aszkenazi, *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (págs. 123 - 155). Buenos Aires: Psicoteca.
- Li, A. W., & Goldsmith, C. -A. (2012). The Effects of yoga on Anxiety and Stress. *Alternative Medicine Review*, 21-35.
- Manincor, M., Bensoussan, A., Smith, C., Fahey, P., & Bouchier, S. (2015). Establishing key components of yoga interventions for reducing depression and anxiety, and improving well-being: a Delphi method study. *Complementary and Alternative Medicine*, 15-25.
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (1995). Psicoterapia Interpersonal. En E. E. Beckham, & W. R. Leber, *Handbook of depression* (págs. 376-390). New york : Guilford Publications.

- Martinez, J. (1 de Mayo de 2006). *Gestalt frente a la depresión*. Obtenido de Bonding: <http://bonding.es/gestalt-frente-la-depresion-parte-i/>
- Montegordo, L. T. (2017). Neurobiología del Yoga: Eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal y Modelos Explicativos. *Neurobiología del Yoga: Eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal y Modelos Explicativos*. España.
- Moscoso, M., & Lengacher, C. A. (2017). El rol de mindfulness en la regulación emocional de la depresión. *Mindfulness & Compassion*, 64-70.
- Nguyen Feng, V., Clark, C., & Butler, M. (2019). Yoga as an Intervention for Psychological Symptoms Following Trauma: A Systematic Review and Quantitative Synthesis. *Psychological Services*, 513–523.
- NIH. (Julio de 2015). *Salud complementaria, alternativa o integral: ¿Qué significan estos términos?* Obtenido de NIH:National Center for Complementary and Integrative Health: <https://www.nccih.nih.gov/health/espanol/salud-complementaria-alternativa-o-integral-que-significan-estos-terminos>
- OMS. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/topics/traditional_medicine/es/
- OMS. (13 de Abril de 2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- OMS. (Febrero de 2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Rodríguez De Behrends, M., & Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para Buenos Aires de la escala de intolerancia a la incertidumbre. *Interdisciplinaria. Revista de psicología y ciencias afines*, 261-274.
- Saizar, M. (2006). La eficacia terapéutica del yoga. Nociones de usuarios y especialistas en el área Metropolitana (Buenos Aires-Argentina). *Perspectivas Latinoamericanas*, 198-220.
- Saizar, M. M., Sarudiansky, M., & Korman, G. P. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología & Sociedade*, 451- 460.

- Sarmiento-Bolaños, M. J., & Gómez-Acosta, A. (2013). Mindfulness. Una propuesta de aplicación en rehabilitación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 140-155.
- Sarudiansky, M., & Saizar, M. (2007). El yoga como terapia complementaria en pacientes con estrés en Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas*, 69-83.
- Segal, Z., Williams, J. M., & Teasdale, J. (2008). *Terapia Cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Editorial Desclee De Brouwer.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2015). *Terapia Cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Shapiro, D., Cook, I. A., Davydov, D. M., Ottaviani, C., Leuchter, A. F., & Abrams, M. (2007). Yoga as a Complementary Treatment of Depression: Effects of Traits and Moods on Treatment Outcome. *Advance Access Publication*, 493-502.
- Skowronek, I., Mounsey, A., & Handler, L. (2014). Can yoga reduce symptoms of anxiety and depression? *The journal of family practice*, 398-400.
- Smith, V. A. (2013). *La psicología de la transformación en yoga*. California: Createspace Independent Publishing Platform.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1982). *State-Trait Anxiety Inventory*. Madrid: TEA.
- Spowart, S. A. (5 de Marzo de 2014). Long-Term Mindfulness Meditation: Anxiety, Depression, Stress and Pain, Is There A Connection For Public Health? Florida, Florida, Estados Unidos: College of Public Health University of South Florida.
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., . . . Kessler, R. (2018). *Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina*. Capital Federal: Rev. Arg. de Psiquiat.
- Stephens, M. (2010). *La Enseñanza del yoga*. Málaga : Editorial Sirio.
- Stephens, M. (2017). *Yoga Terapia Fundamentos, métodos y prácticas para las enfermedades comunes*. Málaga: Sirio.
- Streeter, C., Jensen, J. E., Perlmutter, R. M., Cabral, H. J., Tian, H., Terhune, D. B., . . . Renshaw, P. F. (2007). Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study. *The journal of alternative and complementary medicine*, 419–426.

- Uebelacker, L. A., Epstein Lubow, G., Gaudiano, B. A., Tremont, G., Battle, C. L., & Miller, I. W. (2010). Hatha Yoga for Depression: Critical Review of the Evidence for Efficacy, Plausible Mechanisms of Action, and Directions for Future Research. *Journal of Psychiatric Practice*, 22-33.
- Vallejo Ruiloba, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Vasant, L. (2015). *Ayurveda. La Ciencia de curarse a uno mismo*. Buenos Aires: Ediciones Continente.
- Vásquez Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiatría*, 42-51.
- Ware, C. (Junio de 2007). Yoga and psychotherapy. *Yoga Therapy in Practice*, 15-17. Obtenido de International Association of yoga therapists: <https://www.iayt.org/>
- Yontef, G., & Jacobs, L. (2008). Gestalt therapy. *Current Psychotherapie*, 342-382.

7. ANEXOS

Protocolo administrado

Soy alumna de psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Me encuentro realizando una investigación para determinar la relación entre la Ansiedad, depresión y la práctica de yoga. Lea con cuidado y responda lo más honestamente posible. Todos los datos recabados serán anónimos. Desde ya muchas gracias.

Datos sociodemográficos

Edad: años Género: Hombre Mujer Otro

Zona de residencia: (Indique con una cruz la opción que corresponda):

1. Ciudad de Buenos Aires Indicar barrio _____

2. Gran Buenos Aires (Conurbano) Indicar Localidad _____

Estado civil:

Soltero/a

Convive/Pareja de hecho

Casado/a

Separado/a

Divorciado/a

Viudo/a

En pareja

¿Practica yoga?

1. Sí 2. No

Si contesto si, indique cantidad de años de práctica:

Menos de 1 año

Entre 1-3 años

Entre 3-5 años

Más de 5 años

¿Sos Profesor / instructor de yoga?

1. Sí 2. No

Instrucciones: A continuación, aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismo/a. Lea cada frase y elija la respuesta que indique como se siente EN ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas o malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa SUS SENTIMIENTOS AHORA.

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
Me siento calmado /a				
Me siento seguro/a				
Estoy tenso/a				
Me siento disgustado/a				
Me siento a "mis anchas"				
Me siento alterado/a				
En este momento estoy preocupado por un posible problema				
Me siento satisfecho/a				
Me siento asustado/a				

Me siento cómodo/a				
Tengo confianza en mí mismo/a				
Me siento nervioso/a				
Me siento agitado/a				
Me siento indeciso/a				
Me siento tranquilo/a				
Me siento "a gusto"				
Estoy preocupado/a				
Me siento aturdido/a				
Me siento equilibrado/a				
En este momento me siento bien				

Instrucciones: Aquí aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismo/a. Lea cada frase y elija la respuesta que indique como se siente GENERALMENTE. No hay respuestas buenas o malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa como se siente GENERALMENTE.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
Me siento bien				
Me canso rápidamente				

Siento ganas de llorar				
Me gustaría ser tan feliz como otros/as				
Pierdo oportunidades por no decidirme rápido				
Me siento descansado/a				
Soy una persona tranquila				
Veó que las dificultades se amontonan				
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
Soy feliz				
Suelo hacer las cosas demasiado seriamente				
Me falta confianza en mí mismo/a				
Me siento seguro/a				
No suelo afrontar las crisis o las dificultades				
Me siento triste				
Estoy satisfecho/a				
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
Soy una persona estable				
Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso/a y agitado/a				

Instrucciones: Para completar el cuestionario, lea cada punto con atención y marque la única respuesta que mejor se adapte a lo que ha estado sintiendo últimamente.

1.

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- Me siento desanimado respecto al futuro
- Siento que no tengo que esperar nada
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- No me siento fracasado
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
- Me siento una persona totalmente fracasada

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes
- No disfruto de las cosas tanto como antes

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas

Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5.

No me siento especialmente culpable

Me siento culpable en bastantes ocasiones

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones

Me siento culpable constantemente

6.

No creo que esté siendo castigado

Me siento como si fuese a ser castigado

Espero ser castigado

Siento que estoy siendo castigado

7.

No estoy decepcionado de mí mismo

Estoy decepcionado de mí mismo

Me da vergüenza de mí mismo

Me detesto

8.

No me considero peor que cualquier otro

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores

Continualmente me culpo por mis faltas

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

No tengo ningún pensamiento de suicidio

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería

Desearía suicidarme

Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10.

No lloro más de lo normal

Ahora lloro más que antes

Lloro continuamente

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

11.

No estoy especialmente irritado

Me molesto o irrito más fácilmente que antes

Me siento irritado continuamente

Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

12.

No he perdido el interés por los demás

Estoy menos interesado en los demás que antes

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás

He perdido todo el interés por los demás

13.

Tomo mis propias decisiones igual que antes

Evito tomar decisiones más que antes

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes

Ya me es imposible tomar decisiones

14.

No creo tener peor aspecto que antes

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo

Creo que tengo un aspecto horrible

15.

Trabajo igual que antes

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo

Tengo que obligarme mucho para hacer algo

No puedo hacer nada en absoluto

16.

Duermo tan bien como siempre

- No duermo tan bien como antes
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

17.

- No me siento más cansado de lo normal
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- Estoy demasiado cansado para hacer nada

18.

- Mi apetito no ha disminuido
- No tengo tan buen apetito como antes
- Ahora tengo mucho menos apetito
- He perdido completamente el apetito

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- He perdido más de 2 kilos y medio
- He perdido más de 4 kilos
- He perdido más de 7 kilos
- Estoy a dieta para adelgazar SI NO

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

Google form:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc->

[HQORbzApE9M72mIsYbUIo0JQeh4gDexyhpBIhp2lFKnobg/viewform?usp=sf_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc-HQORbzApE9M72mIsYbUIo0JQeh4gDexyhpBIhp2lFKnobg/viewform?usp=sf_link)