

**Yoga y adultos jóvenes:
Cambios en la ansiedad, depresión, estrés y el bienestar psicológico**

Autores: Laura Duque Rozo, Alexandra Muñoz Ortega, Julen Osorio Bolaños

Pontificia Universidad Javeriana Cali
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Carrera de Psicología
2021

Yoga y adultos jóvenes:

Cambios en la ansiedad, depresión, estrés y el bienestar psicológico.

Autores: Laura Duque Rozo, Alexandra Muñoz Ortega, Julen Osorio Bolaños

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Psicólogo

Directora del Trabajo de Grado: Beatriz Muñoz Ospina

Pontificia Universidad Javeriana Cali
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Carrera de Psicología
Trabajo de Grado
2021

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13
del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de
la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable
por los conceptos emitidos por sus
alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo
velará porque no se publique nada
contrario al dogma y la moral católica y
porque las Tesis no contengan ataques o
polémicas puramente personales; antes
bien, se vea en ellas el anhelo de buscar
la Verdad y la Justicia”.

Nota de Aceptación

Beatriz Muñoz Ospina
DIRECTORA – TRABAJO DE GRADO

Natalia Cadavid Ruiz

Jurado

Eduar Herrera

Jurado

Santiago de Cali, 2021

Tabla de contenido

Introducción	10
Panorama Mundial.....	10
Panorama Nacional.....	16
Salud Mental de Adultos jóvenes.....	17
Bienestar psicológico: Concepto y Teoría.....	19
Métodos Terapéuticos tradicionales y complementarios.....	20
Yoga y Salud.....	23
Brecha de conocimiento.....	27
Naturaleza del estudio: Pregunta problema, objetivos e hipótesis.....	30
Justificación.....	30
Áreas de la Psicología.....	31
Método	33
Enfoque.....	33
Diseño.....	33
VARIABLES.....	33
Instrumentos.....	37
Participantes.....	40
Criterios de inclusión/exclusión.....	41
Procedimiento.....	41
Consideraciones Éticas.....	47
Resultados	48
Discusión	50
Ansiedad.....	51
Depresión.....	52
Estrés.....	53
Bienestar psicológico.....	54
Consideraciones.....	54
Limitaciones y recomendaciones.....	55
Conclusiones del estudio.....	57

Referencias	58
Anexos	74

Lista de Tablas

Tabla 1.....	12
Tabla 2.....	14
Tabla 3.....	34
Tabla 4.....	41
Tabla 5.....	50

Lista de Anexos

Anexo 1 <i>Yoga: Historia y filosofía original</i>	74
Anexo 2 <i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</i>	76
Anexo 3 <i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i>	77
Anexo 4 <i>Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)</i>	81
Anexo 5 <i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	82
Anexo 6 <i>La escala de estrés percibido (EEP-10)</i>	83
Anexo 7 <i>Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBP)</i>	84
Anexo 8 <i>Drug Abuse Substance Test (DAST-10)</i>	86
Anexo 9 <i>Cut down, Annoyed, Guilty, Early morning drink (CAGE)</i>	87
Anexo 10 <i>Flyer de convocatoria</i>	88
Anexo 11 <i>Consentimiento Informado Tamizaje</i>	89
Anexo 12 <i>Consentimiento Informado Intervención</i>	91
Anexo 13 <i>Instrumento de Adherencia</i>	93
Anexo 14 <i>Evidencias fotográficas de las sesiones</i>	96

RESUMEN

La salud mental es hoy en día un tema de prioridad internacional y nacional en materia de salud pública. Entre las principales afecciones de la salud mental a nivel mundial encontramos la ansiedad, la depresión y el estrés como las prevalentes, especialmente en adultos jóvenes, en quienes se observa una mayor presencia e impacto de estos trastornos afectivos. La búsqueda científica de los últimos años por herramientas terapéuticas que combatan estas afecciones, ha llevado a descubrir una variedad de efectos benéficos en la práctica del yoga. El presente estudio se propuso investigar los cambios que ocurrían en la ansiedad, depresión, estrés y en el estado de bienestar psicológico de adultos jóvenes mediante el empleo de un diseño preexperimental en una muestra de 6 participantes entre 18-25 años de edad. Los resultados generales del estudio evidenciaron una disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés de los participantes así cómo también un incremento en su estado del bienestar psicológico reportándose la existencia cambios significativos. Los contenidos del presente estudio representan un aporte al conocimiento de los beneficios del yoga en los adultos jóvenes y brinda una serie de recomendaciones para el desarrollo de investigaciones futuras.

Palabras clave: Salud mental, Bienestar Psicológico, Ansiedad, Depresión, Estrés, Yoga, Adultos jóvenes

INTRODUCCIÓN

Panorama Mundial

La Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su constitución define la salud mental como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p.1). También ha sido definida como un estado de bienestar que se expresa en la cotidianidad a través de la interacción y la conducta, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, es capaz de hacer una contribución a su comunidad y de establecer relaciones significativas (Ley N°1616, 2013).

Globalmente, las enfermedades no transmisibles han aumentado y cada vez ganan mayor peso en las necesidades mundiales de salud. Entre ellas, las enfermedades mentales aunque cada vez más científica y popularmente conocidas, presentan en particular grandes retos. Se observa que la estigmatización, la fragmentación organizacional y la falta de capacitación de los sistemas de salud, problematiza la capacidad para evaluar las necesidades, priorizar e intervenir adecuadamente las enfermedades mentales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

Desde principios del siglo XXI las enfermedades mentales se han considerado cada vez más como una prioridad mundial en salud, no solamente por la carga de estas enfermedades sino también por su costo económico estimado entre 2.5 a 8.5 trillones de USD anuales (WorldBank, 2020). Esta necesidad de priorización llevó a que fuera incluida en los Objetivos del Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (OPS, 2018).

Las personas con enfermedad mental suelen ser víctimas de la estigmatización, sufriendo discriminación por parte de otros y afectando en consecuencia su autoestima y adherencia a los tratamientos, (Ministerio de Salud y protección Social [Minsalud], 2015). Además, tienen mayor

dificultad para acceder a los servicios de salud, encuentran mayores barreras cuando intentan acceder a la educación o al trabajo y son vulnerables en sus derechos (Minsalud, 2015). Esto implica adicionalmente pérdida de estado económico, al afectar la obtención de logros académicos o posición laboral, incrementando así la dependencia financiera y disminuyendo la productividad laboral, el compromiso social y en últimas la calidad de la vida. (Minsalud, 2015).

En el mundo aproximadamente 450 millones de personas padecen algún trastorno mental o del comportamiento, con una distribución porcentual similar en hombres y mujeres, exceptuando la depresión, que es más común en mujeres (Minsalud, 2014). Los trastornos mentales representan el 12% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), lo cual es una medida para determinar la carga que genera una enfermedad sobre la duración del ciclo vital. Por otro lado, genera una carga del 35% en años perdidos por discapacidad (APD), una medida que corresponde a los años de vida con algún tipo de pérdida de salud de corto o largo plazo, ajustados por su gravedad (OPS, 2018). En América Latina las enfermedades mentales también son una causa importante de discapacidad y mortalidad, provocan una quinta parte del total de AVAD y un tercio del total de APD (Minsalud, 2018).

Los trastornos depresivos y de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes. Son altamente prevalentes y conducen a pérdidas considerables de la salud y funcionamiento en las personas afectadas. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad, de leves a severos, con duraciones de semanas, meses e incluso de años. En comparación con otros continentes, América del Sur tiene mayores proporciones de discapacidad debido a dichas enfermedades. Los trastornos depresivos representan el 3,4% del total de AVAD, y el 7,8 del total de APD, seguidos por los trastornos de ansiedad, con el 2,1% y 4,9% respectivamente (OPS, 2018).

A nivel mundial se calcula que el 4,4% de la población sufre algún trastorno depresivo (OPS, 2017). De esta manera, los trastornos depresivos han sido clasificados por la OMS (2013) como el principal factor de discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015) y el principal factor de defunciones por suicidio (OPS, 2017). En el 30% de los casos se vuelve crónica, y el padecerla aumenta la probabilidad de que se desarrollen otras enfermedades (Minsalud, 2017a).

En América del Sur, los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión son: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia (OPS, 2018). En este último país, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reportó en el año 2017 que

las atenciones por depresión se incrementaron desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones durante 2015 (Minsalud, 2017b). En este año se observó que la mayor proporción de personas atendidas por depresión moderada o severa correspondió a mujeres, (70,4%), mientras que el porcentaje de hombres atendidos por este diagnóstico fue de 29,6% (Minsalud, 2017a).

El trastorno depresivo se caracteriza por episodios determinados que se presentan durante al menos dos semanas, en el que se experimenta tristeza, desánimo, fatiga, pérdida de interés o el placer por casi todas las actividades, alteración del sueño y el apetito. Se pueden identificar, también, sentimientos de inutilidad o culpa, falta de concentración y pensamientos frecuentes de muerte o ideación suicida. Dependiendo del número de los síntomas, la intensidad de estos y el grado de discapacidad funcional, el diagnóstico de depresión se clasifican en tres niveles de acuerdo a la descripción detallada en la tabla 1 (OMS, 2018).

Tabla 1

Clasificación del Trastorno de Depresión

Gravedad del trastorno	Descripción
Depresión leve	“Presentan al menos tres síntomas de depresión al día en las últimas dos semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con mayor dificultad.
Depresión moderada	Presentan por lo menos cuatro síntomas todos los días durante las últimas dos semanas, con discapacidad marcada en al menos un área. Pueden presentar además síntomas neurovegetativos, como cambios en el apetito y el peso, falta de sueño, variación diurna del estado de ánimo o pérdida de libido

Depresión severa Tienen todas las dificultades anteriores siendo algunos de los síntomas, de intensidad grave. También pueden mostrar lentitud del habla y la acción, o ideación psicótica” (p.21).

Nota. Fuente: OMS (2018)

Por otro lado, los trastornos de ansiedad han sido clasificados como el sexto factor de mayor contribución a la pérdida de salud sin consecuencias mortales a nivel mundial (OPS, 2017). Se estima que el número de personas con ansiedad alrededor del planeta se aproxima a los 264 millones, lo cual equivale al 3,6% de la población humana (OPS, 2017). Al igual que la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial). En la región de las Américas, se estima que hasta 7,7% de la población femenina sufre de ansiedad (3,6% de los hombres) (OPS, 2017). En esta región, es el segundo trastorno mental más discapacitante. Brasil encabeza la primera posición (7,5%); todos los países sudamericanos, salvo uno, muestran una discapacidad por encima del promedio por países (4,7%) entre los cuales se encuentra Colombia con una discapacidad por trastorno de ansiedad de 5,3 % (OPS, 2018).

La ansiedad se describe como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, acompañada con síntomas somáticos de tensión, vigilancia en relación con un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Como sensación o estado emocional normal es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones estresantes de la vida. Es patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, o cuando la intensidad y/o la duración de la respuesta supera los límites adaptativos de la persona provocando malestar o deterioro significativo con síntomas físicos y psicológicos (Téllez et al., 2007).

De acuerdo con los criterios diagnósticos del CIE-11, los pacientes deben presentar al menos tres de una lista de cinco síntomas de ansiedad en las últimas dos semanas. Según la gravedad del trastorno se clasifica en tres niveles de acuerdo con la descripción detallada en la tabla 2 (OMS, 2018).

Tabla 2

Clasificación del Trastorno de Ansiedad

Gravedad del trastorno	Descripción
Ansiedad leve	“Presentan tres síntomas continuos de ansiedad que se prolongan durante dos semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con mayor dificultad.
Ansiedad moderada	Presentan cuatro o cinco síntomas continuos de ansiedad que se prolongan durante dos semanas. Producen una marcada discapacidad en al menos un área.
Ansiedad severa	Presentan cinco síntomas continuos de ansiedad que se prolongan durante dos semanas, varios de ellos, de gran intensidad, produciendo discapacidad grave. También puede haber agitación motora” (p.23)

Nota. Fuente: OMS (2018)

Entre los mayores problemas de la salud mundial, encontramos también el estrés cuyo estudio ha alcanzado gran popularidad en la literatura científica (Ticona et al., 2010). Esta patología se ha asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud y ha sido considerado como factor epidemiológico, ya que puede ser un importante generador de diversas patologías (Berrío y Mazo, 2011). Ha sido definido desde la fisiología y la bioquímica como una respuesta que prepara el organismo para la acción (Zúñiga, 2014). Desde este punto de vista el estrés sería una reacción natural y necesaria para la supervivencia, una respuesta que puede ser coherente o no con las demandas del entorno. También es definida desde las orientaciones

psicológicas y sociales como reacciones desbordadas ante situaciones estresantes, que implican para el individuo una seria amenaza. De tal manera que cuentan con un factor desencadenante que da origen a los síntomas clínicos (Zúñiga, 2014; Lasprilla, 2017).

Sin embargo, si el estrés se prolonga en el tiempo puede afectar el bienestar general y causar una variedad de síntomas que incluyen: estado de ánimo negativo; incapacidad de experimentar emociones positivas, disociación; sentido alterado del entorno o de uno mismo, evitación; esfuerzo por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos, intrusión; recuerdos y/o sueños angustiosos de forma recurrente, alerta; alteración del sueño, problemas de concentración, hipervigilancia y respuestas de sobresalto exageradas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los estresores o situaciones que causan estrés están presente en todos los medios y ambientes, especialmente en el educativo y laboral (Berrio y Mazo, 2011; Ticona et al., 2010). Ante el estrés académico, los estudiantes se ven enfrentados a exponerse cada vez más a exigencias y retos que les demanda el contexto y los cuales requieren del despliegue de todas sus capacidades de afrontamiento. Entre los efectos provocadores de estrés, tanto internos como externos, en el ámbito educativo resaltan; la competitividad, la carga académica, el exceso de responsabilidad y la presión familiar, económica y social (Ticona et al., 2010).

El estrés relacionado al trabajo “es un patrón de reacciones psicológicas, emocionales, cognitivas y conductuales ante ciertos aspectos extremadamente abrumantes o exigentes en el contenido, organización y ambiente de trabajo” (Houtman et al., 2008, p.1). De esta manera, cuando las personas no pueden cumplir con dichas demandas aparece el estrés laboral como resultado, lo cual puede afectar de forma importante la salud del trabajador y el funcionamiento empresarial (Houtman et al., 2008). En América Latina este fenómeno se reconoce como una de las grandes epidemias de la vida laboral moderna, en Colombia es considerado importante en la legislación como enfermedad profesional, derivada de trabajos con sobrecarga cuantitativa, repetitivos etc. (Houtman et al., 2008; Decreto N° 2566, 2009).

Se ha encontrado que entre las prácticas que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de estas psicopatologías deteriorantes de la salud mental, se hallan el consumo de sustancias psicoactivas y/o de alcohol (Minsalud, 2018). Estas prácticas afectan la salud mental al alterar el funcionamiento de circuitos cerebrales que pueden ocasionar el desarrollo de múltiples trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales, entre los que se encuentran la

depresión, la ansiedad y el estrés (Olive et al., 2020). Por otra parte, la presencia de trastornos mentales también pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo del abuso en el consumo de sustancias y modificar consecuentemente el curso del trastorno adictivo, estableciéndose así una relación en ambos sentidos, convirtiéndola en un grave problema de salud pública (Rivas et al., 2016).

En la actualidad, es conocida la interrelación entre la ansiedad, depresión y la conducta adictiva. Se ha encontrado que las personas con sintomatología afectiva han presentado mayor probabilidad de consumo: un sujeto con alteraciones tanto ansiosas como depresivas puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo (Olive et al., 2020). Asimismo, se ha encontrado que a mayor exposición a eventos estresantes mayor es el consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol (Villegas et al., 2014). Los sujetos con alteraciones mentales, consumidores de sustancias, complican su trastorno de base, modificando los síntomas y disminuyendo la eficacia del tratamiento (Olive et al., 2020). De la misma forma que las alteraciones mentales como la depresión y ansiedad pueden empeorar la evolución de la adicción, contribuyendo a mantener o recaer en la misma (Olive et al., 2020).

Por otro lado, es habitual que las personas con problemas de dependencia a sustancias padezcan depresión o ansiedad como enfermedad asociada (Olive et al., 2020; Rivas et al., 2016). En este sentido cabe señalar que “la intoxicación por estimulantes y la abstinencia de depresores, agrava numerosos trastornos depresivos y ansiosos” (Olive et al., 2020, p. 9). Igualmente en el caso del estrés, los efectos negativos consecuencia de la resaca y la abstinencia implican niveles de ansiedad lo cual puede considerarse como eventos estresantes en sí mismo (Villegas et al., 2014). También se ha encontrado, que las personas suelen recurrir al consumo de sustancias como medio para afrontar las situaciones estresantes. Un ejemplo de esta forma de afrontamiento inefectivo es el consumo de cigarrillos y alcohol “debido a que tanto el etanol contenido en las bebidas alcohólicas como el tabaco en los cigarrillos tienen efectos placenteros percibidos como ansiolíticos, y que actúan como reforzadores en el establecimiento de la adicción” (Villegas et al., 2014, p.42).

Panorama Nacional

En Colombia el estudio de la salud mental es objeto de creciente interés, dado que se reconoce con mayor frecuencia la carga que generan las enfermedades mentales sobre el bienestar y salud de la población. Es por esto que se han invertido esfuerzos y recursos en el desarrollo de

estudios poblacionales sobre la salud mental, entre ellas las encuestas nacionales realizadas por el Ministerio de Salud en 1993, 1997, 2003 y 2015 (Minsalud, 2017b).

Los resultados de la más reciente Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015 (ENSM) (Minsalud, 2015), evidenció que el 9,6% de la población adulta entre 18 y 44 años, presentó síntomas de algún trastorno mental y la prevalencia de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses fue del 4%. Los trastornos afectivos se encontraron más frecuentes en este grupo etario, con un 2,4%, la depresión y la ansiedad fueron los eventos más prevalentes (Minsalud, 2015). En la ENSM también se estudió la conducta suicida. En los adultos mayores de 18 años, se evidenció que el 7,4% ha tenido una ideación suicida y 2,57% intentó suicidarse; esto se presenta más en las mujeres que en los hombres (Minsalud, 2015).

Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de mortalidad y discapacidad. En lo que se refiere a la tasa de mortalidad, se ha incrementado en los últimos años, pasando de 0,32 por 100.000 habitantes en 2009 a 1,53 en 2016, casi 5 veces más en menos de 10 años. La tasa de años de vida perdidos por trastornos mentales y del comportamiento también ha crecido, en 2009 fue de 4,63 por 100.000 habitantes, mientras que, en el 2016, fue de 17,42 (Minsalud, 2018).

Salud mental de Adultos Jóvenes

Según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2019), la población de Colombia es de 48,2 millones de habitantes para el año 2019. De esta cifra el 16% corresponde a jóvenes entre 18 y 26 años. Actualmente, ha crecido el interés por estudiar esta población tras conocer la carga de enfermedad mental que está afectando a los jóvenes. Según el Ministerio de Salud (2018) en la Política Nacional del 2018, se afirma que el 4% de los colombianos entre 18 y 44 años reportó haber experimentado, al menos, un trastorno mental en los últimos 12 meses, con mayor frecuencia en aquellos que sufrían dos o más enfermedades crónicas.

Los trastornos afectivos son los más frecuentes en este grupo etario, la prevalencia de cualquier trastorno depresivo es de 2,4% y la de ansiedad es de 2,7% (Minsalud, 2017b). La depresión afecta principalmente a los jóvenes, tanto así que casi 10 millones de los 14,5 millones de APD por depresión en la región de las Américas corresponden al grupo etario de 15 a 50 años (OPS, 2018). En el caso de la depresión se reportan casos desde edades tempranas, entre los 9 y 23 años. En la depresión grave con síntomas psicóticos se observó que hay dos picos de frecuencia

y uno de estos corresponde a edades entre los 20 a 24 años, en las cuales se presentan mayor número de casos, después hay un descenso progresivo de la frecuencia de la enfermedad (Minsalud, 2017a).

Dada la relación entre las enfermedades mentales comunes con el suicidio, se considera también de importancia crítica las cifras alrededor de esta conducta. La Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, indicó que, en las personas mayores de 18 años, la ideación suicida fue de 6,5% y de intento de suicidio de 2,5% (Minsalud, 2018). En la región de las Américas, el suicidio es la quinta causa más importante de AVAD, recayendo principalmente en personas entre 15 a 50 años (Minsalud, 2018).

La conducta suicida es un tema de relevancia en salud pública, un evento no deseado y prevenible, que tiene consecuencias devastadoras para el individuo, la familia y la sociedad. Esta conducta afecta en mayor magnitud a la población joven, entre 15 y 24 años; para el 2017 en Colombia el 48,5% de casos reportados ocurrió en esta población, presentándose con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres a razón de 2 a 1 (Minsalud, 2018).

Por otro lado, es importante tener en cuenta el contexto actual de emergencia sanitaria causada por la expansión del coronavirus (Covid-19) la cual ha provocado una profunda conmoción en múltiples de los aspectos de la población mundial, incluyendo, la salud física y mental (Holmes et al. 2020). Frente a esta problemática, la comunidad científica y las instancias de salud pública internacional han expresado la necesidad de investigar cómo las condiciones de pandemia sobre la salud mental (periodos de confinamiento, distanciamiento social, hiperconsumo de entretenimiento virtual etc.) pueden mitigarse y tratarse en la búsqueda por la preservación del bienestar social (Holmes et al. 2020; Husky et al., 2020; Torales et al., 2020).

En estas circunstancias de contingencia por la salud pública, se han reportado incrementos en la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés (Holmes et al. 2020; Husky et al., 2020; Torales et al., 2020) especialmente en adultos jóvenes, una población que ha sido señalada como vulnerable al desarrollo de estos síntomas afectivos debido a los retos característicos de su momento en el ciclo vital: transición a la adultez, dificultades económicas, residencia distante al núcleo familiar etc (Husky et al, 2020).

En relación a esto, un estudio llevado a cabo por Husky et al (2020) en 191 estudiantes universitarios franceses, encontró niveles moderados y severos de estrés y ansiedad durante el periodo de confinamiento llevado a cabo en ese país entre los meses de marzo y junio. Así

mismo, en un reciente sondeo realizado por UNICEF (2020) con 8.444 adolescentes y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe a través de U-Report, se encontró que el 30% de esta muestra se vio afectada negativamente en sus emociones y percepción sobre el futuro debido a las complicaciones económicas causadas por la pandemia. Más aún en una investigación realizada en Santiago de Cali Colombia, Varela et al. (2020) encontraron a través de 3.053 encuestas realizadas virtualmente que el 42% de los encuestados experimentó estrés, el 38% ansiedad, el 26% tristeza, el 19% miedo o pánico y el 17% depresión, la mitad de ellos reconocieron que las medidas impuestas por la pandemia fueron un cambio abrupto para sus planes del año.

Bienestar psicológico: Concepto y Teoría

Comprender la salud mental como algo más que la ausencia de una enfermedad ha sido un avance de gran importancia para la inclusión del bienestar psicológico como un aspecto fundamental de la salud. Hoy en día, tal como lo indica la OMS (2013) el bienestar psicológico es considerado uno de los aspectos centrales de la salud y por ello, un tema de principal interés en materia de investigación.

El bienestar psicológico es un elemento inseparable de la salud en su sentido más integral y sus efectos se manifiestan en todas las esferas de la actividad humana. De acuerdo con García y González (2000) cuando una persona se siente bien, es más productiva, sociable y creativa, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y esta implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio. En este sentido, está demostrada la asociación entre algunos estados emocionales y las respuestas de enfrentamiento al estrés de un tipo u otro. Todo esto explica por sí solo la relación del bienestar con los niveles de salud.

Tradicionalmente, el bienestar psicológico (BP) se ha estudiado a partir de dos enfoques: El primero relaciona fundamentalmente el BP con la felicidad y calidad de vida, y a esta concepción se le ha denominado bienestar hedónico, y el segundo, más ligado al desarrollo potencial de las capacidades humanas, se le ha denominado bienestar eudaimónico. Algunos autores han llamado a la tradición hedónica el bienestar subjetivo y a la tradición eudaimónica, el bienestar psicológico (Tov, 2018).

Tomando como base lo anterior, Carol Ryff ha definido el bienestar psicológico como “el desarrollo personal que tiene cada persona en su vida, a partir de la realización de proyectos, acciones y propósitos individuales que se van anclando para el alcance de la felicidad propia” (Barrera, 2016, p. 25). Tomando como base esta definición, Ryff propuso una Escala de Bienestar

Psicológico para su medición compuesto por seis dimensiones: (a) autoaceptación; (b) relaciones positivas; (c) autonomía; (d) dominio del entorno; (e) crecimiento personal; y (f) propósito en la vida (Pineda et al. 2018).

En su versión original la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff cuenta con un total de 120 preguntas dirigidas a evaluar las dimensiones del bienestar psicológico del participante, sin embargo, en su versión adaptada por Díaz *et al.* (2006) la escala posee un total de 39 ítems que con alto nivel de fiabilidad y validez sigue empleando el mismo modelo de seis dimensiones.

Tanto el bienestar psicológico, como la ansiedad, la depresión y el estrés son fenómenos complejos y multidimensionales, que son influenciados por el impacto de variables sociales y contextuales. La presencia de sintomatología depresiva, de estrés y de ansiedad implica cambios de tipo afectivo (tristeza, desánimo, preocupación), cognitivo (pensamientos negativos de sí mismo y el mundo, pensamiento anticipado), conductuales (retiro de actividades sociales, agitación motora) y físicos (relacionados con el apetito, patrón del sueño y falta de energía), entre otros. Estas condiciones pueden verse estrechamente relacionadas con las satisfacciones que tienen las personas con sus propias vidas, con sus formas de percibir, pensar, actuar y sentir (Abello et al., 2000).

En este sentido, presentar síntomas de los trastornos mentales anteriormente mencionados, genera un impacto y variación en el bienestar psicológico de quienes los padecen. De acuerdo con Rossi et al. (2019) los trastornos mentales podrían ser conceptualizados como la pérdida del bienestar psicológico. De aquí surge la principal relevancia de estudiar el bienestar psicológico en relación con el estudio de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y el estrés patológico.

Métodos terapéuticos tradicionales y complementarios

Con relación a la manera de abordar terapéuticamente los trastornos mentales, es importante conocer las diferentes aproximaciones que existen para este propósito. Las formas de abordaje más comunes o “tradicionales”, hacen referencia a los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos que toman como sus bases del modelo epistemológico y metodológico de la ciencia; como alternativa a estas aproximaciones, existen hoy en día diferentes tipos de abordajes denominados por la literatura como estrategias terapéuticas “alternativas o complementarias”.

Cómo tendencia general, los trastornos mentales son abordados clínicamente a través de los métodos tradicionales. El primero de ellos, el tratamiento psiquiátrico, emplea principalmente el uso de fármacos, agentes neuroquímicos para la reducción de sintomatología y

tratamiento de las enfermedades mentales. El segundo es la psicoterapia, el cual describe Ponch y Ávila (como se citó en Novelo, 2008) como un conjunto de sistemas teórico-conceptuales aplicados, que se basan en la comprensión de los procesos cognitivos, emocionales, sociales y del desarrollo del ser humano para facilitar el cambio psicológico y aliviar el sufrimiento. Cabe señalar que es importante tener en cuenta la adherencia de las personas a sus tratamientos de salud. Esta ha sido definida por la OMS (2004) cómo “el grado en el que el comportamiento de una persona corresponde a las recomendaciones acordadas por el proveedor de salud.”(p.3) y se considera una medida oportuna del cumplimiento de los pacientes a sus procesos terapéuticos.

Hablando en particular sobre los tratamientos psicológicos para la depresión, existen dos formas de terapia que han demostrado la mayor eficacia de acuerdo con la literatura. Estos son la terapia de conducta y la terapia cognitiva de Beck (Pérez y García, 2001). La terapia de conducta se basa en una concepción de la depresión en términos de: (a) una disminución de reforzamiento positivo a la conducta y/o (b) la inadecuación de las habilidades sociales del sujeto. Bajo este concepto se ofrece un planteamiento completo para el abordaje de la depresión, “dispone de una teoría psicopatológica, como de la evaluación psicodiagnóstica y del procedimiento terapéutico correspondiente” (Pérez y García, 2001, p. 4).

La terapia cognitiva de Beck, uno de los abordajes terapéuticos más empleados en el tratamiento de la depresión, concibe la depresión en términos de “pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro, debido a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información” (Pérez y García, 2001, p. 8). Al igual que la terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck plantea un abordaje completo de la depresión, dispone de una teoría, evaluación diagnóstica y un procedimiento terapéutico, el cual está estructurado de 15 a 25 sesiones diseñadas para modificar cogniciones y conductas.

Existen diferentes modalidades de terapias psicológicas que demuestran eficacia en términos de reducción sintomática para el trastorno de ansiedad (Gutiérrez et al., 2011). Los métodos psicodinámicos, cognitivos y conductuales son los que han hecho patente su eficacia para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Novelo, 2008). El autor Kesselman (2004), ha propuesto por su parte el modelo de Psicoterapia Integrativa Multidimensional para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, este modelo tiene la característica de incorporar elementos divergentes entre los diversos métodos psicoterapéuticos (psicoanalítico, cognitivo y conductual), a esto se debe el nombre “integrativa”.

De igual manera, la terapia psicológica cognitivo-conductual ha resultado de gran beneficio para el tratamiento de la ansiedad, centrándose en los conocimientos (cognición) o representaciones que la persona tiene de la situación problema o estresante. Incluye técnicas de exposición o desensibilización sistemática, reconversión de ideas y afrontamiento, para orientar el cambio adaptativo necesario en la conducta para controlar la fuente de estrés (Burgos et al., 2006).

Los autores Burgos et al. (2006) plantean que el éxito de los tratamientos de los trastornos mentales se encuentra en la combinación de varias estrategias, o como es el caso, mediante la adición de abordajes terapéuticos complementarios en los tratamientos, algo que también soporta el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integral (NCCIH, 2016), principal instituto de investigación y regulación de estas estrategias terapéuticas en los Estados Unidos, donde se estudian y promueven intervenciones de relajación, mindfulness, yoga, entre otras.

Referente a las técnicas de relajación, de acuerdo con Burgos et al. (2006) estas logran reducir los niveles de activación autonómica, mitigando el aumento de la intensidad y frecuencia de los efectos de sus efectos estresores y la experiencia psicológica desagradable que produce. Adicionalmente, según los mismos autores, las técnicas de relajación mejoran los ciclos y la calidad del sueño.

Por otro lado, la meditación de atención plena (AP; Mindfulness) se ha descrito como un tipo de intervención terapéutica complementaria con alta eficacia en el ámbito de la salud, especialmente en trastornos del estado de ánimo. Según la describe Miró et al. (2011) la AP consiste en la intención sostenida de centrar la atención en la realidad del momento presente, aceptando sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento.

Otra alternativa de terapia complementaria que en los últimos años ha demostrado efectos benéficos en la ansiedad y la depresión es la Musicoterapia (Jiménez, 2017). A través de la improvisación en musicoterapia, se expresan y comunican emociones que contribuyen a la salud mental reduciendo los niveles de estrés y ansiedad (McDonald y Wilson, 2014).

En este mismo panorama, el yoga ha emergido como una de las herramientas terapéuticas complementarias más destacadas de la actualidad, tanto por su amplio rango de empleo en el tratamiento de diversas condiciones patológicas, como por la multitud de beneficios cardiovasculares, endocrinos, nerviosos y psicológicos que se derivan de su práctica. Siendo

internacionalmente popular como una actividad promotora de salud y bienestar, la práctica del yoga ha proliferado en la población y sus beneficios han causado mayor interés en el mundo.

Yoga y salud

La expansión del yoga en el mundo moderno de los últimos 50 años ha crecido junto a un gran interés social e intelectual por sus efectos benéficos sobre la salud. Para ser muestra, desde el año 2014, cada día 21 de junio se celebra alrededor del mundo ‘‘El Día Internacional del Yoga’’, un reconocimiento especial de las Naciones Unidas a la contribución del yoga al bienestar físico, mental y social de la humanidad (Organización Mundial de las Naciones Unidas, 2014). De esta manera es comprensible que durante las últimas décadas se hayan dirigido numerosos estudios científicos para comprender el efecto de su práctica y los beneficios que pueda dar al ser humano. Si se desea conocer más acerca de la historia y filosofía del yoga (ver Anexo 1).

A la fecha, enero 2021, la investigación alrededor del yoga ha arrojado amplios descubrimientos en torno a la variedad de beneficios físicos y mentales que produce su práctica: beneficios a nivel del sistema cardiaco, endocrino, neurológico, en el tratamiento de enfermedades específicas de carácter somático y mental, beneficios generales a la salud y a la calidad de vida. A continuación, se presentarán los principales hallazgos de estas investigaciones.

A nivel del sistema cardiovascular, múltiples estudios han encontrado que la práctica del yoga ayuda a reducir de forma significativa la presión sanguínea (Field, 2011; Balaji et al., 2012; Sengupta, 2012; Maroik et al., 2017), así como también la variabilidad del ritmo cardiaco (Balayogi, 2017; Cramer et al., 2015; Field, 2011; Möckel, 2019; Sengupta, 2012; Yogitha y Ebnezar, 2014), generando un regulación cardiovascular beneficiosa para pacientes hipertensos (Maroik, et al., 2017; Sengupta, 2012).

En el nivel endocrino se ha encontrado que la práctica del yoga resulta en la regeneración celular del páncreas (Balaji et al., 2012), la regulación del sistema hipo-pituitario-adrenérgico (Sengupta, 2012; Yogitha y Ebnezar, 2014) y en efectos de neuroplasticidad en el eje hipo-pituitario-pancreático (Balaji et al., 2012). Se ha encontrado además que reduce los niveles de cortisol (Pascoe et al., 2017) y colesterol (Pascoe et al., 2017) así como también los niveles de azúcar en sangre, haciendo del yoga una útil herramienta terapéutica para el tratamiento de pacientes diabéticos (Balaji et al., 2012; Maroik et al., 2017; Thind et al., 2017; Sengupta, 2012; Vinod, et al., 2016; Yogitha y Ebnezar, 2014).

A nivel del sistema nervioso, los hallazgos son especialmente llamativos. En primer lugar, la evidencia de los estudios sugiere que la práctica del yoga mejora y equilibra el desempeño del sistema nervioso autónomo (Balaji et al., 2012; Sengupta, 2012; Yogitha y Ebnezar, 2014), lo cual puede explicar los efectos observados en la regulación del funcionamiento cardiovascular, así como también de los factores endocrinos relacionados al estrés. Por otro lado, se ha evidenciado un mejoramiento en el desempeño de las funciones ejecutivas las cuales son facultades cognitivas de alto orden que soportan el procesamiento avanzado de la información y las habilidades metacognitivas (De et al., 2016; Gothe et al., 2014; Gothe et al., 2018). Adicionalmente, los estudios han evidenciado un mejoramiento de la función motora (Balaji et al., 2012; Rivest y Boudrias, 2019), traducida en un mayor dominio corporal y un mejor control motriz resultante de su práctica. A nivel estructural, se ha encontrado que la práctica del yoga produce un incremento de la sustancia gris (SG) en la corteza orbitofrontal derecha, área cerebral relacionada a la cognición social, lo cual puede representar mayor potencial para el desarrollo de atributos psicológicos como la empatía y la teoría de la mente (Balaji et al., 2012). Este incremento de SG también se ha observado en el tálamo derecho, estructura encargada entre otras cosas de regular los estímulos que llegan a la corteza cerebral, en el hipocampo izquierdo, estructura relacionada a la memoria y también en la ínsula, sector cerebral que se ha relacionado con los estados de conciencia (Gothé et al., 2018).

En relación a los efectos del yoga en el tratamiento de enfermedades somáticas, se ha encontrado que contribuye a la mejoría de problemas relacionados al insomnio (Calderón, 2016; Ortiz et al., 2018; Park et al., 2015; Yogitha y Ebnezar, 2014), el dolor crónico (Cramer et al., 2013; Rivest y Boudrias, 2019; Yogitha y Ebnezar, 2014), y la reducción de la sintomatología psicológica negativa de pacientes con cáncer y Alzheimer (Balaji et al., 2012; Buffart et al., 2012; Maroik et al., 2017; Sengupta, 2012; Zuo et al., 2016).

Ahora bien, en relación a los efectos del yoga en el tratamientos de enfermedades o trastornos mentales particulares, se ha encontrado que la práctica del yoga genera efectos benéficos en el tratamiento del estrés (Capon et al., 2019; Dol, 2019; Harvey et al., 2020; Lasso y Burbano, 2020; Maroik et al., 2017; Park et al., 2015; Sengupta, 2012; Tiwari, 2016; Yogitha y Ebnezar, 2014), la ansiedad (Field, 2011; Gerber et al., 2018; Hanson, 2016; Maroik et al., 2017; Ortiz et al., 2018; Park et al., 2015; Quiles, 2015; Sengupta, 2012; Yogitha y Ebnezar, 2014, Zoogman,

2019) y la depresión (Bridges y Sharma, 2017; Brinsley et al, 2020; Maroik et al., 2017; Ortiz et al., 2018; Sengupta, 2012; Uebelacker et al., 2010; Velázquez, 2015).

Los estudios han explicado estos efectos a través de dos enfoques: un enfoque biológico y un enfoque psicológico. A nivel biológico Sengupta (2012) y Maroik et al., (2017) explican que los efectos benéficos son el resultante de la regulación del sistema nervioso simpático (SNP) que produce la práctica del yoga, sistema que se encarga de generar la respuesta autonómica al estrés. También se ha relacionado a la regulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenérgico (HPA) que dirige la respuesta endocrina mediante la liberación de hormonas como el cortisol. Por último, se ha atribuido a la disminución en la liberación de agentes como la adrenalina y la noradrenalina. Por otro lado, a nivel psicológico, los estudios señalan que los efectos pueden estar relacionados a diversos factores, entre ellos, la mejoría de la calidad del sueño (Calderón, 2016; Ortiz et al., 2018; Park et al., 2015; Yogitha y Ebnezar, 2014), el aumento de la relajación (Ortiz et al., 2018; Sengupta, 2012), la respuesta adaptativa a estímulos estresores (Ortiz et al., 2018) y también a la mejoría de la salud mental como resultado del incremento en la satisfacción personal (Maroik et al., 2017).

Desde la mirada psicológica, Mello y Souza (2019) explica que la práctica del yoga contribuye a la reducción de estrés y ansiedad logrando que el practicante aprenda a observar y reconocer sus propios estados mentales, emocionales y cognitivos, desde una actitud ecuánime caracterizada por la ausencia de perturbación mental. La persona a través de la práctica del yoga experimenta y se sitúa cada vez más en el aquí y en el ahora, evitando divagar en pensamientos rumiativos sobre acontecimientos pasados y/o futuros que le son fuente de estrés o ansiedad. La práctica del yoga permite entonces contemplar lo que surge en la mente (pensamientos, emociones, sensaciones agradables o desagradables) sin juicios auto-punitivos ni apegos, solo observándolos y siendo consciente de su naturaleza transitoria. De esta manera se explica cómo las personas logran romper el hábito de juzgar y evaluar desadaptativamente sus pensamientos y emociones a través de la práctica del yoga (Amutio et al., 2015).

Adicionalmente, se ha explicado que las personas que practican yoga tienden a reconocer las propias capacidades y limitaciones, tanto físicas como mentales, de una manera más autocompasiva, lo que sirve de recurso psicológico frente a efectos estresores internos o externos. De esta manera, el yoga facilita la respuesta adaptativa a los problemas y el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, resultando también en el incremento del esfuerzo dedicado y en la

persistencia hacia el logro de metas. Es así como la práctica del yoga contribuye al afrontamiento de dificultades y a la reestructuración de las creencias de ineffectividad o incompetencia que produce la depresión (Amutio et al., 2015).

Al igual que en el caso del estrés y la ansiedad, los estudios del yoga en la depresión también han empleado los enfoques biológico y psicológico para la explicación de sus efectos. A nivel biológico, Uebelacker et al. (2010) exponen que la regulación del SNP y el eje HPA son también mecanismos que contribuyen a la mitigación de los síntomas depresivos, mediante la disminución de la respuesta autonómica y endocrina relacionada al malestar. Desde la mirada psicológica el incremento en la calidad del sueño también se ha considerado un mecanismo que produce la disminución de los síntomas depresivos (Uebelacker et al., 2010). Adicionalmente se ha relacionado la mejora de la percepción de apoyo social (Harvey *et al.*, 2020), el incremento del autocuidado (Ortiz et al., 2018), el incremento de la autocompasión, la reducción de la insatisfacción corporal (Harvey et al., 2020) y la promoción de un pensamiento emocional más adaptativo (Ortiz et al., 2018; Uebelacker et al., 2010) como mecanismos del yoga que contribuyen a la disminución de la sintomatología depresiva.

En la depresión, al igual que en la ansiedad, el pensamiento rumiativo se considera una característica central. De acuerdo con Tovar (2018) es común que la persona constantemente se distraiga pensando o recordando eventos del pasado, imaginando cómo habrían sido las cosas si tal o cual situación hubiera sido diferente, sin llegar a una conclusión satisfactoria. En relación con ello se explica que el yoga fomenta el autoconocimiento y la comprensión de los propios estados mentales, de tal manera que las emociones negativas que subyacen al estado deprimido logran ser identificadas con mayor facilidad, abriendo paso a la recuperación y estabilización emocional (Roselló, Zayas y Lora, 2016).

En línea con lo anterior, hay otros estudios que han mostrado evidencias de que la práctica del yoga es efectiva en la reducción de los síntomas negativos del ánimo (Buffart et al., 2012; Sengupta, 2012; Yogitha y Ebnezar, 2014), así como también favorable para pacientes en tratamientos de adicción (Brito, 2010), produciendo sensación de bienestar, formas de pensamiento más adaptativas y menor reactividad a estímulos estresores.

Con relación a los efectos del yoga sobre el estado general de la salud mental, los estudios declaran que su práctica promueve efectivamente tanto la percepción mejorada de calidad de vida (Cramer et al., 2019; Gerber et al., 2018; Maroik *et al.*, 2017; Park et al., 2015, 2020 ; Quiles et

al., 2015; Sengupta, 2012; Simarro, 2016) como la autosatisfacción personal (Dol, 2019; Park et al., 2015). A nivel físico se ha encontrado que la práctica del yoga incrementa el equilibrio y la flexibilidad (Field, 2011; Quintero et al., 2011), mejora la respiración (Balaji et al., 2012; Sengupta, 2012; Tiwari, 2016) y regula el peso corporal (Balaji et al., 2012; Cramer et al., 2019; Maroik et al., 2017; Sengupta, 2012).

Para finalizar, se anuncian algunas relaciones que los estudios han señalado entre ciertas prácticas del yoga, cómo las asanas (posturas yóguicas) o el pranayama (técnicas de respiración), y los efectos fisiológicos y/o psicológicos que de su práctica derivan. Esto debido a que se han observado efectos diferenciales según los tipos de práctica yóguica que se promueven en las intervenciones. Una primera relación que se ha indicado es que la frecuencia con la que se practica el yoga resulta ser predictor de los beneficios que de ella se pueden derivar (Park et al., 2015). Se ha señalado adicionalmente que el mejoramiento de las capacidades físicas de los participantes como lo son la flexibilidad y la resistencia muscular (Cramer et al., 2019; Maroik et al., 2017) se deben en particular a la realización de asanas, lo cual concuerda con la naturaleza físicamente activa de su práctica. Por otro lado, se ha asociado la práctica del pranayama con la disminución de la ansiedad de los participantes (Hanson, 2016; Maroik et al., 2017; McCall, 2013) lo cual podría explicarse teniendo en cuenta el efecto meditativo centrado en el aquí y en el ahora señalado por Mello y Souza (2019) que produce el control consciente de la respiración y la modulación del sistema nervioso autónomo (Sengupta, 2012; Maroik, 2017). Finalmente se ha indicado que el estudio de la filosofía yóguica produce en los participantes la adopción de estilos de vida saludables (Cramer et al., 2019), lo cual se explica a partir de la constante enseñanza de la filosofía yóguica acerca de la importancia del autocuidado y la búsqueda activa por el desarrollo personal, familiar y comunitario en favor de una vida plena y positiva.

Brecha de Conocimiento

Es de reconocer que la investigación científica acerca del yoga ha realizado grandes avances en el descubrimiento de sus efectos benéficos sobre la salud, así como también en la comprensión de los mecanismos biológicos y psicológicos que pueden explicarlos. Sin embargo, los estudios aún señalan brechas de conocimiento que no han sido satisfechas y las cuales requieren mayor investigación en la búsqueda por un mayor entendimiento de las potencialidades y aplicaciones terapéuticas del yoga en la salud.

En primer lugar, los estudios sobre el yoga llevados a cabo hasta el momento presente han planteado en su mayoría intervenciones ya sea de una única sesión, para medir los efectos inmediatos de su práctica sobre variables de interés (ej: estrés), o superiores a dos meses de duración, dirigidos a investigar los efectos del yoga tras una práctica prolongada y continua de sus ejercicios. De tal manera, aún hoy día no se han desarrollado estudios que evalúen los efectos de un programa de yoga de duración corta a media (entre 1 y 2 meses de práctica), para observar y comprender así el alcance de sus efectos sobre la salud física y mental.

En segundo lugar, las investigaciones que se han realizado a nivel internacional se han concentrado en el estudio de los efectos de la práctica del yoga sobre la adultez media y la adultez mayor, habiendo solo unos pocos estudios dedicados a la evaluación de los efectos del yoga sobre los adultos jóvenes. Observando particularmente las investigaciones realizadas en esta población, encontramos un único estudio dedicado a analizar el impacto de la práctica del yoga sobre la ansiedad y la depresión, este fue llevado a cabo en México por Ortiz et al. (2018) sobre una muestra de estudiantes universitarios. Por otro lado, con relación al estudio del yoga sobre el estrés de adultos jóvenes encontramos únicamente 3 estudios; el primero de ellos realizado en Perú por Muñoz (2018), el segundo realizó en Corea del Sur por Dol (2019) y el tercero en Colombia por Lasso y Burbano (2020),

Con el propósito de conocer los efectos de un programa de Hatha yoga en el estrés percibido de estudiantes universitarios Muñoz (2018) llevó a cabo un estudio piloto de corte cuasi experimental con mediciones pre-durante-post en dos grupos (control y experimental) utilizando como instrumento de medición la Escala de Estrés Percibido (EEP-14) . La muestra del estudio estuvo constituida por 20 participantes quienes fueron distribuidos equitativamente en ambos grupos. El grupo experimental fue puesto a participar en una sesión de yoga semanal durante un periodo de 6 semanas, por otro lado, el grupo control asistió a sesiones de imaginación guiada bajo la misma frecuencia y duración. Los resultados del estudio demostraron una disminución significativa del estrés en el grupo experimental comparado con el grupo control al finalizar las sesiones de ambos programas de intervención ($p=0.021$).

El estudio realizado por Dol (2019) tuvo como objetivo el evaluar los efectos del yoga sobre el estrés y la autoestima de estudiantes universitarios a través de un diseño con medidas pre-post en una muestra de 40 participantes, divididos equitativamente en un grupo de intervención y un grupo control. El programa de intervención desarrollado en el estudio se llevo a cabo a lo largo

de dos meses y consistió en la asistencia a sesiones de yoga de una hora de duración dos veces por semana. Las variables del estudio fueron evaluadas mediante los instrumentos de Visual Analog Scale en el caso del estrés y la Self-Esteem Scale de Rosenberg para la autoestima. Los resultados del estudio mostraron una disminución significativa de los niveles de estrés del grupo de intervención comparado al grupo control ($p < 0.000$), asimismo el grupo de intervención mostró un incremento significativo en su autoestima en comparación al grupo control ($p < 0.000$).

Lasso y Burbano (2020) desarrollaron un ensayo clínico controlado aleatorizado que durante 12 meses estudió el impacto del Hatha Yoga en el estrés académico y la autocompasión de 29 estudiantes de medicina, distribuidos en un grupo intervención (práctica de Hatha Yoga) y un grupo control (teoría de Hatha Yoga), a través de la Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al Estrés, el Cuestionario de Estrés Académico en la Universidad y la Escala de Autocompasión. Los resultados del estudio demostraron una reducción del estrés académico de los participantes ($p = 0.015$) en especial en la dimensión dificultades interpersonales con un indicador de significancia de $p = 0.009$, de otro lado se observó una tendencia al aumento en la autocompasión, aunque esta no fue estadísticamente significativa ($p = 0.246$).

En los tres estudios encontrados se obtuvieron resultados positivos en relación a los efectos benéficos del yoga sobre el estrés de los participantes, mostrando en los tres casos una disminución significativa de sus niveles, sin embargo, la recomendación de estos estudios es continuar desarrollando investigaciones en el área para lograr un entendimiento pleno y certero de las potencialidades terapéuticas de yoga sobre la salud mental, particularmente en relación a variables cómo lo es el bienestar psicológico, la regulación emocional o el desempeño de los procesos cognitivos básicos.

En tercer lugar, se encuentra que en Colombia no se ha desarrollado hasta el momento ningún estudio que evalúe los efectos de un programa de yoga sobre el bienestar psicológico, la ansiedad o la depresión de adultos jóvenes. En Colombia los estudios que se han desarrollado alrededor del yoga incluyen investigaciones en adultos mayores pacientes de Alzheimer (Quintero et al., 2011; Rodríguez et al., 2017), en jóvenes y adultos medios en relación a la disminución de conductas violentas (Quiñones et al., 2018), y en niños en el impacto del yoga en su desarrollo socioemocional (Velasquez et al., 2015). De tal manera, aunque existe un antecedente a nivel nacional sobre los beneficios del yoga sobre el estrés académico (Lasso y Burbano, 2020), escasean

aún en el país investigaciones que evalúen los cambios producidos por el yoga en la de ansiedad, depresión y estrés y el estado del bienestar psicológico de adultos jóvenes.

Cómo última brecha de conocimiento y en coherencia al actual panorama de la salud mundial, se observa que hasta la fecha no se ha adelantado ninguna investigación que estudie los efectos terapéuticos del yoga bajo el empleo de la modalidad virtual. Siendo conscientes de las nuevas condiciones de interacción social y la necesidad de adoptar progresivamente la virtualidad como un medio para enfrentar la pandemia Covid-19, se muestra aún más crítico y relevante desarrollar estudios que exploren los efectos beneficios de las estrategias terapéuticas complementarias haciendo uso de medios virtuales para la intervención.

Naturaleza del estudio: Pregunta problema, objetivos e hipótesis

Una vez contemplado el panorama de la salud mental internacional y nacional, el estado de la salud mental de los adultos jóvenes en Colombia y los resultados de los diversos estudios sobre el yoga así como su ciencia y su filosofía, el presente estudio de investigación se plantea la siguiente pregunta problema:

¿Qué cambios ocurren en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés y en el estado de bienestar psicológico de adultos jóvenes tras participar en un programa virtual de yoga?

Dicha pregunta problema fundamenta el estudio y, se propone como objetivo general de la investigación evaluar los cambios en la ansiedad, depresión y estrés y el estado de bienestar psicológico de adultos jóvenes antes y después de participar en un programa virtual de yoga.

Para cumplir este objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos: 1) Describir los síntomas de ansiedad y depresión, de estrés y el estado de bienestar psicológico de los participantes antes y después del programa virtual de yoga, y 2) Determinar si hay cambios significativos en la ansiedad, depresión y estrés y en el bienestar psicológico de los participantes posterior al programa virtual de yoga.

Como hipótesis se plantean dos: La primera hipótesis es que los síntomas de ansiedad, depresión y estrés de los participantes disminuirán posterior al programa virtual de yoga y la segunda es que el estado de bienestar psicológico de los participantes incrementará.

Justificación

En Colombia, se ha establecido un marco político-legislativo para la gestión y promoción de la salud mental reconociendo la vital importancia de promover el bienestar integral de la población y su calidad de vida. Dicho marco está consagrado principalmente en las disposiciones

de la Ley 1616 (Congreso de la República, 2013), el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Minsalud, 2012) y la Política Nacional de Salud Mental (Minsalud, 2018) donde la salud mental queda constituida como: un tema de prioridad nacional, un derecho fundamental, una obligación de la salud pública, un bien de interés común y componente esencial del bienestar general (Minsalud, 2015).

Reconociendo la importancia y pertinencia de estas indicaciones legislativas promulgadas por las instituciones responsables de la salud en Colombia, la presente investigación se presenta como un esfuerzo de valor científico y social que pretende contribuir a la salud mental de la población mediante el estudio del yoga, una estrategia terapéutica que ha despertado creciente interés en la investigación científica de la última década sobre el tratamiento de condiciones patológicas físicas y mentales.

La relevancia de estudiar el yoga como estrategia terapéutica en el tratamiento de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, se refuerza contemplando los informes de la OMS (2004), OPS (2017) y el Minsalud (2015), donde estas psicopatologías se identifican como las más prevalentes y necesarias de intervenir en términos de salud pública, tanto por la gravedad de su carga en años de vida perdidos como por el número de casos a nivel mundial y nacional.

De esta manera la relevancia social del presente estudio se justifica sobre la necesidad real y crítica de estudiar y desarrollar estrategias terapéuticas que prevengan, mitiguen y traten la presencia de trastornos mentales y sus efectos concomitantes, que fortalezcan y potencialicen las capacidades humanas físicas y psicológicas, promuevan estilos de vida saludable y generen bienestar psicológico como factores de protección de la calidad de vida y reduzcan el número de años de vida perdidos por discapacidad (APD).

Respecto a la importancia de tener como foco de estudio a los adultos jóvenes, se señala en primer lugar que la Organización Panamericana de la Salud (2018) ha identificado esta población como una de las más afectadas por los síntomas del estrés, la ansiedad y la depresión, siendo por ende una de las poblaciones más necesarias a intervenir en términos de salud mental.

Áreas de la Psicología

Ha de señalarse que, en razón de los intereses sociales de la presente investigación, en términos de su búsqueda por contribuir a la salud mental pública mediante el estudio de una estrategia terapéutica como lo es el yoga, esta se alinea a la Psicología de la Salud tomándola como su enfoque teórico-práctico.

La Psicología de la Salud se interesa evidentemente en el estudio de la salud, pero también de las enfermedades y las prácticas sanitarias. Es una disciplina en crecimiento que adopta e integra modelos teóricos y técnicos de la psicología social, la psicología clínica y la psicología cognitiva en un esfuerzo por comprender y favorecer la calidad de vida humana en materia de la salud. Esto lo hace no solamente desde un enfoque unilateral, ni tampoco desde una propuesta lineal, sino desde una perspectiva global y multidimensional que parte de un modelo biopsicosocial. (Morrison y Bennett, 2008)

Según Morrison y Bennett (2008) la Psicología de la Salud tiene como objetivos: la promoción y mantenimiento de la salud; la mejora de los sistemas de atención sanitaria; la prevención y tratamiento de las enfermedades y la comprensión de sus causas, agravantes y factores de riesgo/vulnerabilidad; teniendo en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales en la etiología, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

Uno de los ejes fundamentales de esta disciplina, y tal vez aquel que la hace especialmente destacable, es el énfasis en el valor de la prevención de las enfermedades y la promoción de las conductas saludables. Referente a esto, la Psicología de la Salud ha señalado la vital importancia de las diversas prácticas o estilos de vida saludable en la población, como el ejercicio físico, la alimentación balanceada y el buen sueño como herramientas esenciales para el logro de la salud pública y el bienestar de la población (Morrison y Bennett, 2008).

MÉTODO

Enfoque

La investigación parte de un enfoque cuantitativo, el cual se caracteriza por tomar la medición y la comprobación experimental como medios para construir conocimiento. Utiliza la recolección de datos, la medición numérica mediante instrumentos y el análisis estadístico. Su objetivo es describir, predecir y explicar estableciendo pautas comportamiento y construyendo teorías. La investigación cuantitativa es entonces un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican en el estudio de un fenómeno o problema (Hernández et al., 2014).

Diseño

El diseño del estudio fue preexperimental con mediciones pre-post. Este tipo de diseño se describe como aquel en el que no hay grupo de comparación y en el que es posible que actúen fuentes de invalidación interna, el grado de control suele ser mínimo y no se considera conveniente para establecer relaciones de causalidad, aunque bien puede cumplir fines exploratorios y/o descriptivos (Hernández et al. 2014). En la presente investigación se emplearon instrumentos estandarizados para la medición de las variables de interés y se ejerció un control sobre algunas variables extrañas que podrían haber afectado los resultados del mismo.

Variables

En la tabla número 3 se enuncian las variables primarias y secundarias que hicieron parte del estudio junto a su definición conceptual, el instrumento que se empleó para su medición y sus indicadores o subescalas internas. El presente estudio toma la ansiedad como su medida primaria y principal foco de análisis, mientras que las variables de depresión, estrés y bienestar psicológico fueron seleccionadas como medidas secundarias.

Tabla 3

Matriz de Operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Ansiedad	<p>La ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, acompañada con síntomas somáticos de tensión, vigilancia con relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Es patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, o cuando la intensidad y/o la duración de la respuesta supera los límites adaptativos de la persona (Téllez <i>et al.</i>, 2007).</p>	<p>La <i>Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)</i> (Hamilton, 1959). (Tamizaje)</p> <p><i>El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i> (Beck et al., 1988). (Evaluación Pre-Post)</p>	<p>Subescala psíquica, ítems: (1, 2, 3, 4, 5, 6, 14) Subescala somática, ítems: (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)</p> <p>Factores cognitivo-afectivos, ítems: (4, 5, 8, 9, 10, 14, 16, 17). Factores somáticos, ítems: (1, 2, 3, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21)</p>

Depresión	<p>La depresión es un trastorno mental recurrente, frecuentemente crónico, que se caracteriza por la presencia de tristeza, la pérdida de interés o del placer en casi todas las actividades, baja autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa, trastornos del sueño y/o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones y pensamientos frecuentes de muerte o ideación suicida (CIE-11, 2018).</p>	<p>PHQ-9 (Patient Health Questionnaire - 9) (Kroenke et al., 2001). (Tamizaje)</p> <p>El inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory BDI-II) (Beck et al., 1996). (Evaluación Pre-Post)</p>	<p>Compuesto por 9 ítems que evalúan la gravedad del trastorno de depresión a través de los criterios del DSM-IV.</p> <p>Factores cognitivo-afectivos, ítems: (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 17). Factor somático, ítems:(16, 18, 19, 20 y 21).</p>
-----------	--	--	---

Estrés	<p>Es una reacción desbordada ante situaciones traumáticas o estresantes como un factor desencadenante que da origen a los síntomas clínicos dentro de un contexto de miedo y la ansiedad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).</p>	<p><i>La escala de estrés percibido (EEP-10).</i> (Cohen et al., 1983). (Tamizaje y Evaluación Pre-Post)</p>	<p>Consta de 10 ítems: (Afectado, Incapacidad, Nerviosismo, Seguridad, Cosas van bien, No afrontar, Controlar dificultades, Todo bajo control, Enfado, Acumulación de dificultades).</p>
Bienestar Psicológico	<p>“Se conceptualiza el Bienestar Psicológico como el desarrollo personal que tiene cada persona en su vida, a partir de la realización de proyectos, acciones y propósitos individuales que se van anclando para el alcance de la felicidad propia” (Barrera, 2016, p. 25).</p>	<p>Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBP) (Ryff, 1989). (Evaluación Pre-Post)</p>	<p><i>Autoaceptación,</i> ítems:(1, 7, 8, 11, 17, 25, 34) <i>Relaciones positivas con otras personas,</i> ítems: (2, 13, 16, 18, 23, 31, 38). <i>Autonomía:</i>(3, 5, 10, 15, 27). <i>Dominio del entorno:</i>(6, 19, 26, 29, 32, 36, 39). <i>Propósito en la vida:</i> (9, 12, 14, 20, 22, 28, 33, 35). <i>Crecimiento personal:</i>(4, 21, 24, 30, 37).</p>

Instrumentos

Con el propósito de dar mayor orden y claridad en su presentación, la totalidad de instrumentos que fueron usados en el estudio han sido organizados en dos grupos:

Instrumentos usados durante el tamizaje: *Escala de Ansiedad de Hamilton* (HAMA), *The Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *la Escala de estrés percibido* (EEP-10), *The Drug Substance Abuse Test* (DAST-10), CAGE (acrónimo de Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener).

Instrumentos de evaluación pre y post: que corresponden al *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI), el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II), *la Escala de estrés percibido* (EEP-10) y *la Escala de Bienestar de Ryff* (EBP).

Ansiedad

La Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA) (Hamilton, 1959). Es un instrumento conformado por 14 parámetros diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad en adultos, adolescentes y niños. Mide la ansiedad en dos categorías, psíquica y somática, y tarda entre 15 a 20 minutos en completar la entrevista y calificar los resultados. La calificación se hace a través de una escala tipo Likert de 5 puntos, que varía de 0 (no presente) a 4 (grave). El puntaje total se obtiene de la suma de la puntuación de los 14 parámetros con un rango que va de 0 a 56 puntos. Donde 14-17 indica ansiedad leve, 18-24 ansiedad moderada y 25-30 ansiedad grave. Cuenta con un coeficiente alpha entre 0.88 - 0.89 (Ver anexo 4)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988). Instrumento de auto-reporte, conformado por 21 reactivos, el cual mide una dimensión general de la ansiedad compuesta de dos factores relacionados, afectivos-cognitivos y somáticos. Al aplicarse, se pide a los participantes que indiquen cuánto han sido afectados por una serie de síntomas durante la última semana. La calificación se hace a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, que va desde 0 a 3, donde 0 significa la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima. La puntuación total se obtiene de la suma de cada uno de los reactivos, con un rango que va de 0 a 63 puntos. Donde 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad severa. Cuenta con un coeficiente Alpha de 0.88 (Ver anexo 5)

Sanz y Navarro (2003) realizaron un estudio donde determinaron las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en población funcional de estudiantes universitarios. Para ello aplicaron el instrumento en una muestra de 590 participantes ($M_{edad}=21,9$, $DT=3,8$), conformada por 141 hombres y 449 mujeres. Las puntuaciones totales

oscilaron entre 1-54 con una media de 9,56 y su desviación estándar de 7,85. El análisis de la consistencia interna del instrumento arrojó un coeficiente alfa de 0.88.

Sanz et al. (2012) llevaron a cabo el estudio de las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en población disfuncional. Para cumplir este objetivo aplicaron el instrumento a una muestra de 307 pacientes psicopatológicos ($M_{\text{edad}}=31,5$, $DT=12$), 196 de los cuales eran mujeres. Las puntuaciones totales oscilaron entre 0 y 59, con una media de 17,4 y una desviación estándar de 11,3. El análisis de la consistencia interna del instrumento arrojó un coeficiente alfa de 0.9.

Depresión

El cuestionario *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001) es un instrumento de autodiligenciamiento que consta de 9 ítems para evaluar la gravedad de la depresión. Al aplicarse, se pide a los participantes que indiquen qué tan seguido se han visto afectados por una serie de síntomas durante las últimas dos semanas, con 4 opciones de respuesta como: 0 (ningún día), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días). Para la interpretación de los resultados, se califican los síntomas en depresión mínima (0-4), depresión leve (5-9), depresión moderada (10-14), depresión moderadamente severa (15-19) y depresión severa (20-27). Cuenta con un coeficiente Alpha entre 0.86 - 0.89 (Ver anexo 2)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996). Instrumento de autodiligenciamiento, conformado por 21 ítems, el cual mide una dimensión general de los síntomas depresivos, compuesta de dos factores relacionados: afectivos-cognitivos y somáticos. Al aplicarse, se pide a los participantes que elijan el ítem que mejor describa cómo se ha sentido en las últimas dos semanas. La calificación se realiza a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, que va desde 0 hasta 3, la puntuación total se obtiene de la suma de los 21 elementos, siendo 0 el puntaje mínimo y 63 el máximo. Donde 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y superior a 29 depresión grave. Cuenta con un coeficiente Alpha de 0.89 (Ver anexo 3)

La adaptación española de la segunda versión Inventario de Depresión de Beck fue llevada a cabo por Sanz, Perdígón y Vázquez (2003), quienes determinaron las propiedades psicométricas del instrumento en población funcional. El estudio contó con 470 personas (28,3% con edades entre los 18-29 años), 247 de las cuales eran mujeres. Las puntuaciones totales del BDI-II oscilaron

entre 0 y 43, con una media de 9,4 y una desviación igual a 7,7. El análisis de la consistencia interna del instrumento arrojó un coeficiente alfa de 0.87.

Sanz et al. (2005) desarrollaron un estudio para determinar las propiedades psicométricas de la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck en población disfuncional. Para cumplir este propósito aplicaron el instrumento a 305 pacientes psicopatológicos ($M_{\text{edad}}=31,8$ años, $DT=11,7$), 227 de los cuales eran mujeres. Las puntuaciones totales en el BDI-II oscilaron entre 0 y 51, con una media de 22,1 y una desviación igual a 11,5. El análisis de la consistencia interna del BDI-II arrojó un coeficiente alfa de 0,89.

Estrés

La Escala de estrés percibido (EEP-10) (Cohen et al., 1983) será utilizado tanto en el proceso de tamizaje como en la evaluación pre y post del programa. Incluye 10 ítems o preguntas dirigidas a explorar el nivel de estrés percibido durante el último mes. Los ítems se presentan en un formato de escala tipo Likert de 5 puntos: (0=nunca, 1=casi nunca, 2= de vez en cuando, 3=muchas veces y 4=siempre). No obstante, los ítems 4, 5, 7 y 8 califican de forma invertida. Con un rango total de puntuación de 0 a 40 puntos. Donde 0-13 indica un nivel de estrés leve, 14-26 un nivel de estrés moderado y 26-49 un nivel de estrés severo. En el cual, a mayor puntuación en la escala, mayor estrés percibido del evaluado. Cuenta con un coeficiente alfa de 0.65 (Ver anexo 6)

Remor (2006) realizó el estudio de las propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10) en población funcional. Para ello el instrumento fue aplicado a una muestra de 440 participantes ($M_{\text{edad}}=31,7$, $DT=9,9$), 240 de los cuales eran mujeres. Las puntuaciones totales del EEP-10 oscilaron entre 1 y 34, con una media de 17,6 y una desviación igual a 6,7. El análisis de la consistencia interna del instrumento arrojó un coeficiente alfa de 0.82.

La Escala de bienestar de Ryff (EBP) (Ryff, 1989) es un instrumento conformado por 39 ítems, el cual evalúa seis dimensiones: Autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. con un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo) y con un rango total de puntuación de 0-234pt, donde <116pt indica un estado de bienestar psicológico bajo, 117-149pt moderado, 141-175pt alto y >176pt elevado. Cuenta con un coeficiente alfa de 0.93 (Ver anexo 7)

En Colombia, Pineda et al (2018) realizaron un estudio para determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Ryff en población funcional de adultos jóvenes. El estudio contó con una muestra de 727 participantes ($M_{\text{edad}}=22.5$, $DT=5.49$), 413 de los cuales eran mujeres. Las puntuaciones totales de la escala resultaron en una media de 28,5 y una desviación igual a 3,87. El análisis de la consistencia interna del instrumento arrojó un coeficiente alfa general de 0.93, con una oscilación entre 0.60 y 0.82 para sus dimensiones individuales.

Consumo de sustancias psicoactivas

Debido a la interrelación entre consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y psicopatología expuesta por la revisión de la literatura previa, se consideró necesario ejercer un control sobre estas variables extrañas para minimizar su influencia en los resultados del estudio.

La medición de los comportamientos de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) como parte de la evaluación del criterio de exclusión C, se llevó a cabo mediante el instrumento Drug Abuse Substance Test (DAST-10) (Skinner, 1982), una herramienta de uso internacional que ha sido sugerida por el Ministerio de salud como para la caracterización inicial o tamizaje de adultos. El DAST-10 fue diseñado para aplicarse en gran variedad de escenarios y proporciona una medición rápida sobre el consumo de SPA. El cuestionario posee 10 reactivos o preguntas que caracterizan los comportamientos de consumo de una persona en 4 categorías: Abstemio, Consumo de riesgo, Abuso y Dependencia. El cuestionario es de fácil comprensión y puede presentarse en formato de aplicación. (Ver anexo 8)

Consumo de alcohol

Por otro lado la medición de los comportamientos de consumo de alcohol como parte del criterio de exclusión D, se llevó a cabo mediante el cuestionario CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Early morning drink*, por sus siglas en inglés) (Ewing, 1984). Este cuestionario es una de las escalas más conocidas y ampliamente utilizadas en la evaluación de patrones de consumo de alcohol. El instrumento consta tan solo de 4 preguntas y estas pueden ser presentadas por un entrevistador o autoaplicadas por la persona evaluada. Si la persona responde afirmativamente a 2 preguntas o más el instrumento califica un posible problema de consumo. (Ver anexo 9)

Participantes

El presente estudio contó con una muestra de 6 individuos entre 18 y 25 años. En la tabla 4 se presentan las características sociodemográficas de los participantes que hicieron parte del estudio.

Tabla 4*Características sociodemográficas de los participantes*

Participante	Sexo	Edad	Ocupación	Lugar de Residencia
P1	Hombre	24	Emprendedor	Cali
P2	Hombre	24	Estudiante Universitario	Cali
P3	Mujer	21	Estudiante Universitaria	Bucaramanga
P4	Mujer	23	Emprendedora	Cali
P5	Mujer	20	Estudiante Universitaria	Cali
P6	Mujer	24	Estudiante Universitaria	Cali

Nota: Datos obtenidos en la encuesta de tamizaje

Criterios de inclusión/exclusión

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la selección de los participantes fueron: (a) que tuvieran edades entre los 18 y 25 años y (b) que presentaran un nivel de puntuación entre leve a moderado en el instrumento de tamizaje HAMA.

Los criterios de exclusión fueron: (a) estar en un proceso de terapia psicológica y/o psiquiátrica (con o sin fármacos) o haber asistido a terapia psicológica y/o psiquiátrica (con o sin fármacos) en los últimos 6 meses, (b) presentar antecedentes clínicos de carácter neurológico (c) presentar abuso o dependencia de sustancias psicoactivas según el instrumento DAST-10, d) presentar problemas de consumo de alcohol según el instrumento CAGE y (e) practicar yoga más de dos veces a la semana durante los últimos seis meses

Procedimiento

El desarrollo procedimental de la investigación se llevó a cabo en cinco fases:

Primera fase: Muestreo

Primer mes.

Semanas 1 y 2: Proceso de búsqueda de participantes. Para ello se empleó una doble estrategia de divulgación y publicitación del estudio en las redes sociales: La primera de ellas fue un muestreo bola de nieve o cadena a través de Whatsapp dirigida a contactar con potenciales participantes dentro de un círculo social cercano y la segunda, un muestreo virtual u online a través de Facebook e Instagram dirigido a contactar potenciales participantes dentro un círculo social más grande.

En el muestreo bola de nieve se contactaron posibles participantes que cumplieran con las características definidas por el presente estudio dentro del círculo social cercano a los investigadores (universidad, grupos sociales etc). Para llevar a cabo el muestreo virtual se publicó una convocatoria a público abierto a través de las redes sociales (Facebook e Instagram) mediante un flyer informativo de la investigación que fue divulgado en muros, páginas y grupos virtuales donde se esperó encontrar participantes con las características deseadas (Anexo 10).

Los participantes que tenían la intención de hacer parte del programa de investigación completaron y enviaron un formato de encuesta en línea donde se les solicitó brindar (previo consentimiento informado) la siguiente información personal: (a) nombre y apellidos (b) fecha de nacimiento (c) número de contacto (d) correo y (e) ocupación. En el formato los aspirantes también tuvieron que responder las siguientes preguntas: (a) ¿Tiene usted las condiciones técnicas para participar del programa (Internet, equipo móvil, computador portátil o de mesa, con cámara y micrófono)? (b) ¿Asiste o ha asistido a un proceso psicoterapéutico o a un tratamiento psiquiátrico en los últimos 6 meses? (c) ¿Sufre alguna enfermedad de carácter neurológico (epilepsia, parkinson, acv etc.)? (d) ¿Sufre o ha sufrido recientemente alguna lesión muscular u ósea que le impida realizar actividad física?

Finalmente, los candidatos respondieron y completaron los instrumentos de tamizaje de la investigación cuyo propósito fue el de permitir la identificación de aquellos que presentaban niveles leves a moderados de ansiedad, depresión y/o estrés en correspondencia al criterio de inclusión B del estudio. Estos instrumentos fueron presentados en un formato virtual, como anexos del formulario en compañía del consentimiento informado (Anexo 11). El envío del formulario por parte de los candidatos se asumía como su postulación al programa y su información contenida era integrada a la base de datos del estudio para el posterior proceso de selección.

Se recibieron un total de 47 solicitudes de candidatos interesados en hacer parte del estudio. De estas 47 solicitudes, 10 fueron inmediatamente descartadas debido a que presentaban información duplicada, incompleta, o errada. De esta manera, fueron 37 las solicitudes aceptadas por el grupo investigador para pasar a la revisión de cumplimiento de los criterios de inclusión del estudio.

Como resultado de esta revisión, 12 candidatos fueron descartados porque incumplían los criterios del estudio: siete candidatos debido a que se encontraban asistiendo un proceso terapéutico o psiquiátrico, uno debido a que presentaba consumo de riesgo según el instrumento

CAGE (3 pt), dos debido a que presentaban un nivel de ansiedad severo (>24 pt) según el instrumento HAMA y dos candidatos debido a que incumplían dos o más de los criterios anteriores.

A los 25 candidatos que cumplían todos los criterios para hacer parte del estudio se les envió un correo electrónico informando su condición de preselección para ser partícipes de él, junto a las fechas y horarios en los cuales iban a ser ofrecidas las sesiones del programa de yoga. En respuesta a este correo, 12 participantes expresaron tener dificultad con el horario para asistir al programa, mientras que 13 candidatos confirmaron la asistencia a las sesiones y su deseo de participar.

Semana 3: Una vez realizado el proceso de selección, se procedió a contactar los candidatos finales vía telefónica para acordar con ellos una cita de entrevista (vía ZOOM) para la semana siguiente.

Segunda fase: Evaluación pre

Semana 4: Durante esa semana se llevaron a cabo las entrevistas a los participantes que habían sido seleccionados para el programa. Se corroboraron allí las respuestas suministradas en el formulario a fin de asegurar el cumplimiento de los criterios de inclusión/exclusión y se realizaron dos preguntas complementarias que permitieron obtener información adicional de cada uno de los participantes. Estas preguntas fueron: (a) ¿En qué ciudad reside actualmente? y (b) ¿Con quien habita en su hogar?. Posterior a ello se pasó a la firma del consentimiento informado (formato virtual, ver Anexo 12) y se les brindó a los participantes información técnica sobre el programa de yoga (número, duración y contenido de las sesiones, fechas y horarios, indumentaria que podrían necesitar etc.). Finalmente, le fueron aplicados a los participantes los instrumentos de evaluación previos al inicio del programa de intervención.

Tercera fase: Intervención

Segundo mes.

El programa de intervención del estudio tuvo las siguientes características:

- Duración total: 1 mes
- Frecuencia de sesiones: 2 por semana (para un total de 8 sesiones)
- Duración de cada sesión: 1:30h
- Tipo o modalidad de participación: Virtual (vía ZOOM)

Descripción general de las sesiones:

Saludo-Bienvenida (5min)

Cada sesión inició con un recibimiento cálido y cordial de los participantes. El profesor/a les daba la bienvenida y los invitaba a preparar su espacio de práctica para la sesión. Una vez se encontraban dispuestos para el comienzo de la práctica, el profesor los guiaba mediante sus instrucciones hacia una toma de conciencia mental y corporal, estableciendo un ambiente de calma y relajación propicio para las prácticas de la sesión. Registro fotográfico (Ver Anexo 14).

- Primer momento (20min): Inicio de práctica, Ejercicios de Pranayama

Una vez se había establecido el ambiente inicial de meditación, el profesor proseguía a instruir la realización de los ejercicios de pranayama (técnicas de respiración yóguica). En primer lugar el profesor guiaba a los estudiantes hacia una respiración profunda y consciente, instruyendo los momentos de inhalación, retención y exhalación. Posteriormente los guiaba en la realización de las técnicas pranayama particulares de la sesión.

- Segundo momento: (40min): Práctica de Asanas

Concluidos los ejercicios iniciales de pranayama, el profesor daba inicio a la práctica de asanas o “posturas yóguicas”. En primer lugar instruía algunos ejercicios de acondicionamiento muscular y posteriormente transitaba de forma gradual a la realización de las asanas propiamente dichas. Las asanas se concatenaban en series que involucran posturas de pie, sentadas, acostadas e invertidas. Dado que los participantes eran novicios en la práctica del yoga, en el programa no se instruyeron posturas complejas propias de practicantes avanzados.

- Tercer momento (20min): Relajación y Nidra

Al ir finalizando la práctica de asanas, el profesor gradualmente llevaba a los participantes a través de posturas de descanso (sentadas o acostadas) hasta llegar finalmente a la posición de descanso total (nidra), completamente acostados boca arriba en relajación. Dispuestos así, el profesor los invitaba a cerrar los ojos, guiándolos hacia un momento de plena relajación y descanso.

- Cierre (5 min)

Transcurrido un tiempo considerable de descanso, de manera gentil el profesor los invitaba a incorporarse lentamente, recostándose primero sobre un lado del cuerpo y luego asumiendo una posición sentada. Una vez todos se encontraban dispuestos en posición sentada, el profesor les agradecía a todos por su participación, recibía de vuelta el agradecimiento de los participantes y daba así cierre a la sesión.

Componentes o prácticas yóguicas del programa:

Asana: Cuyo significado es “lugar o asiento” refiere a la serie de posturas corporales que tienen por objetivo mejorar la condición física; flexibilidad, tono y fuerza muscular, al tiempo que la sincronía mente-cuerpo.

Pranayama: Compuesta internamente de dos palabras: prana “aire vital” y ayama “expansión”, refiere a las técnicas yóguicas para el control consciente y voluntario de la entrada y salida de aire del sistema respiratorio. El propósito de la práctica del pranayama es regular la activación física y mental por medio de la respiración consensuada, así como también llegar a estados de flujo mental cada vez más estables concentrados.

Nidra: Etimológicamente “sueño o descanso” se refiere al momento de relajación o descanso total que se alcanza al culmen de la práctica de yoga. El propósito de nidra es entrar gradualmente a un estado de completa relajación mediante el cese del movimiento corporal y mental.

Consideraciones del programa

El programa se llevó a cabo en su totalidad de manera virtual, dadas las condiciones de aislamiento social preventivo ordenadas por el Gobierno Nacional de Colombia en razón a la pandemia de Covid-19.

El programa siguió los lineamientos e indicaciones para la práctica de asanas y pranayamas que se describen en el manual de la Bhakti-yoga School “Yogendra Ashram”, centro de práctica yóguica con sedes en Colombia y Perú, ubicado al oriente de la ciudad de Cali (Vía Cristo Rey) y certificado por la IYTA (Asociación Internacional de Profesores de Yoga) para la enseñanza y la práctica del yoga. El profesor de yoga que estuvo a cargo de las sesiones del programa es un instructor certificado por la IYTA y director del Academia de Yoga “Yoga Veda”, poseedor de más de 10 años en la enseñanza del yoga. Previo al inicio del programa, se informó al profesor sobre el objetivo y la naturaleza del estudio, solicitando el seguimiento estricto de la estructura del programa para cada una de las sesiones tal y cómo fueron descritas con anterioridad.

Los momentos de las sesiones y sus prácticas yóguicas constituyen las experiencias de yoga habituales que se viven en Bhakti-yoga School "Yogendra ashram" y la Academia de Yoga "Yoga Veda". Adicionalmente, una vez cumplidas las ocho sesiones iniciales del programa, se llevó a cabo una sesión de clausura junto a los participantes, con el propósito de cerrar adecuadamente la intervención realizada, esto bajo los mismos parámetros y características de las sesiones anteriores.

Todas las sesiones del programa fueron supervisadas por el equipo investigador, para asegurar que la práctica transcurriera según los lineamientos descritos anteriormente. Se llevó a cabo el registro de asistencia de los participantes y se solucionó cualquier dificultad técnica que surgió durante su desarrollo (problemas de conexión, audio, imagen etc.)

Cuarta fase: Evaluación post

Tercer mes.

Semana 1: Durante esta semana se llevaron a cabo las pruebas post de los participantes. Esta se realizó a través de una cita vía ZOOM, bajo las mismas condiciones y por los mismos evaluadores que realizaron las pruebas pre. Adicional a los instrumentos iniciales se aplicó una adaptación de un instrumento de adherencia, como una forma de tener un registro interno del cumplimiento y disposición de los participantes, así como para conocer su valoración respecto a los aspectos logísticos del programa de yoga (Anexo 13). Los datos y documentos obtenidos a lo largo del programa como producto de ambas entrevistas fueron conservados por el equipo investigador para el posterior proceso de análisis.

Quinta fase: Análisis.

Una vez concluida la cuarta fase del estudio, el grupo investigador creó una base de datos en el programa SPSS versión 23 con la edad, sexo, ocupación, medidas pre-post de ansiedad, depresión, estrés y bienestar psicológico de todos los participantes que completaron al menos un 75% de asistencia en el programa de yoga, es decir los seis participantes que constituyeron la muestra final del estudio. Los siete participantes que hacían parte de la muestra inicial del estudio, desertaron del programa o no contaron con el nivel de participación mínima en las sesiones para hacer parte del análisis de resultados (véase Anexo 13).

Para responder al primer objetivo del estudio se emplearon técnicas usuales de estadística descriptiva entre las que se incluyeron: tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión.

Para el cumplimiento del segundo objetivo del estudio, se empleó una técnica inferencial de estadística no paramétrica, apropiada para el análisis de datos sin distribución normal: la prueba de rangos de Wilcoxon (1945) para realizar comparaciones interindividuales.

Consideraciones éticas del estudio

El presente estudio de investigación se ajusta a los principios legales y éticos establecidos por la Ley 1090 (Ley °1090, 2006) y la Resolución 008430 (Ministerio de Salud, 1993). La Ley 1090 de 2006 reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología: “los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes” (Artículo 50, p. 17), donde además “el psicólogo abordará la investigación con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos” (Artículo 2, p. 4). Por otra parte, la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (1993) establece: “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar” (Artículo 5, p. 2).

Se clasifica la presente investigación como una intervención de riesgo mínimo, según el artículo 11 de esta resolución, dado que los procesos de recolección, experimentación y análisis de información no representan factores que modifiquen o alteren perjudicialmente los componentes psicológicos, fisiológicos o sociales de los participantes. Como medidas de seguridad para evitar el posible riesgo ético derivado de la participación en el programa, se tomarán las siguientes precauciones: Los participantes debieron firmar consentimientos para la participación en la investigación (Ver anexo 11 y 12). Todos aquellos posibles candidatos al programa que presentaron puntuaciones altas en alguno de los instrumentos de tamizaje (ansiedad, estrés o depresión, consumo de SPA o alcohol) se les recomendó acudir a servicios de atención psicológica. Durante todo el proceso de la investigación se aseguró la confidencialidad de la información de los participantes, teniendo manejo de esta exclusivamente el grupo investigador. A los participantes finales del programa se les explicó con detalle en qué consistirá su participación, respondiendo a todas sus inquietudes, preguntas o señalamientos. Una vez reportaron haber comprendido toda la información y estar de acuerdo, se les presentó los consentimientos informados que certificaron su voluntad de participación y acuerdo con los procedimientos. Se les informó a los participantes que tenían el derecho de retirarse o negarse a participar si así lo deseaban en cualquier momento del estudio. Por último, se les informó que los datos obtenidos en el curso del programa se mantendrían en estricta confidencialidad así como también que el documento final de la investigación les sería compartido.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de los participantes a nivel grupal. En respuesta al primer objetivo del estudio se describen los cambios más comunes que se presentaron en los síntomas de cada una de las variables. En respuesta del segundo objetivo del estudio se determina la existencia de cambios estadísticamente significativos. En la tabla 5 se muestra de forma resumida los hallazgos respecto a las puntuaciones totales.

Tabla 5

Puntuaciones grupales

Instrumento	Pre	Post	$p < 0,05$
BAI	15 [24-10]	6,5 [8-5]	0,027
BDI-2	16,5 [29-12]	6 [8,4]	0,028
EEP-10	20,5 [22-18]	13 [15-10]	0,028
EPB	121 [141-119]	127,5 [149-125]	0,046

Nota: Los puntajes pre y post corresponden a la Mediana y el [RIQ]

Los resultados del instrumento BAI indicaron un nivel de ansiedad leve para el grupo en el momento de las mediciones pre. Dicho nivel de ansiedad se redujo a un nivel de ansiedad mínimo al momento de la medición post. Los ítems que mostraron mayor frecuencia de cambio en la variable de ansiedad fueron: 4. *Incapaz de relajarse*, 5. *Con temor a que ocurra lo peor*, 9. *Atemorizado o asustado*, 10. *Nervioso*, 13. *Inquieto o inseguro*, 14. *Con miedo a perder el control* y 16. *Con temor a morir*, los cuales corresponden a la dimensión de factores afectivo-cognitivos excepto el ítem #13 el cual corresponde a los factores somáticos.

Por otro lado, los resultados del instrumento BDI-II en las mediciones pre mostraron un nivel de depresión leve. Este nivel de depresión se redujo a un nivel mínimo al momento de la

medición post. Al analizar los cambios a nivel de los ítems, se encontró que los síntomas relacionados a los factores afectivo-cognitivo, fueron los que mayor frecuencia de cambio presentaron, los cuales corresponden a: 2. *Pesimismo*, 3. *Fracaso*, 4. *Autocrítica* 7. *Disconformidad con uno mismo*, 13. *Indecisión*", 14. *Desvalorización* e 17. *Irritabilidad*.

En cuanto a los resultados del instrumento EEP-10 en las mediciones pre evidenciaron un nivel de estrés moderado. Dicho nivel de estrés se redujo a un nivel de estrés leve en la medición post. Los ítems con mayor frecuencia de cambio en la variable de estrés, fueron los siguientes: 3. *¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?*, 4. *¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?*, 5. *¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?*, 8. *¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?* y 10. *¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?*.

Respecto al instrumento de EBP se evidenció en el grupo un nivel de bienestar psicológico moderado al momento de la medición pre. El bienestar psicológico del grupo se mantuvo en un nivel moderado al momento de la medición post. Los ítems con mayor frecuencia de cambio en la variable de Bienestar Psicológico, fueron los siguientes: 16. *En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo*, 18. *Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí*, 31. *En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo*, 37. *Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona*, 38. *Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento* y 39. *Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla*.

DISCUSIÓN

El presente estudio sobre el yoga fue llevado a cabo con el ánimo de responder a la pregunta: ¿Qué cambios ocurren en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés y el estado de bienestar psicológico de adultos jóvenes después de participar en un programa virtual de yoga? Como una respuesta a la necesidad de estudiar estrategias terapéuticas que prevengan, mitiguen y traten la presencia de trastornos mentales en los adultos jóvenes, así como también que fortalezcan el bienestar psicológico y que promuevan en ellos estilos de vida saludable como factores de protección de la calidad de vida.

La importancia de tener como foco de estudio a los adultos jóvenes, se hace visible en el informe que realiza la Organización Panamericana de la Salud (2018) en el cual se identificó a esta población como una de las más afectadas por los síntomas de la ansiedad, la depresión y el estrés, siendo por ello una de las poblaciones más necesarias a intervenir en términos de salud mental. Por otro lado, evidenciando que aunque la literatura científica ha estudiado los beneficios de la práctica de yoga, tanto en población infantil, como en adultos medios y mayores, aún son poco conocidos los posibles beneficios de su uso en los adultos jóvenes.

Para tal propósito, la presente investigación se propuso como objetivo principal evaluar los síntomas de ansiedad, depresión y estrés y el estado de bienestar psicológico de adultos jóvenes antes y después de participar en un programa virtual de yoga, teniendo como objetivos específicos (1) Describir los síntomas de ansiedad y depresión, de estrés y el estado de bienestar psicológico de los participantes antes y después del programa virtual de yoga, y (2) Determinar si hay cambios significativos en la ansiedad, depresión, estrés y el bienestar psicológico de los participantes posterior al programa virtual de yoga.

La discusión de los resultados del estudio con relación a estos objetivos se desarrollará continuando analizando los hallazgos en cada una de las variables a nivel grupal, encontrado puntos de semejanza y diferencia entre las puntuaciones totales y parciales en los dos momentos de medición, estableciendo un diálogo entre los hallazgos de estudios anteriores y los resultados del presente estudio y desarrollando una comprensión teórica de los mismos a través de los mecanismos del yoga propuestos en la literatura. Posteriormente se anunciarán las consideraciones contextuales y limitaciones metodológicas a tener en cuenta para la interpretación de los resultados del presente estudio y se darán a conocer algunas recomendaciones para el desarrollo de futuros proyectos de investigación. Finalmente se brindarán las conclusiones del estudio realizado.

Ansiedad

La medición inicial del grupo mediante la prueba BAI tuvo como mediana un nivel de ansiedad leve, manteniéndose en el mismo nivel aunque con una reducción en su puntuación al momento de la medición post. Tres de los participantes presentaban niveles de ansiedad leve previo al programa de yoga, mientras que los tres participantes restantes reportaron un nivel de ansiedad moderado. Se observó, que al momento de la medición post las puntuaciones de todos los participantes habían disminuido y el cambio observado en el grupo era estadísticamente significativo.

Los resultados observados en el presente estudio tienen una concordancia con los reportes hechos por otras investigaciones como Cramer et al. (2017), Zoogman et al. (2019), Hanson (2016), Gerber et al. (2018) y Ortiz et al. (2018), quienes identificaron en sus análisis de resultados cambios positivos en los síntomas de ansiedad de sus participantes como efectos de las intervenciones con yoga. Cabe señalar que estos estudios emplearon una metodología investigativa diferente a la del presente estudio que es de tipo preexperimental, además de contar con otro tipo de poblaciones como lo son adultos medios y/o mayores por lo cual solo es posible tomar sus reportes como una referencia antecedente a la comprensión de los resultados observados del presente estudio. Esto también debido a que las propias limitaciones del presente estudio impiden una generalización o fundamentación de sus resultados en los resultados de investigaciones previas.

Al tratar de comprender los cambios observados en los participantes del estudio, se halla que Sengupta (2012), McCall (2013) y Hanson (2016) coinciden en señalar a las técnicas de

pranayama cómo los principales los mecanismos del yoga que pueden llegar a explicar sus beneficios sobre los síntomas de ansiedad de las personas. Al respecto McCall (2013) muestra en su revisión cómo numerosos estudios han tratado de explicar el efecto de las técnicas de pranayama sobre la ansiedad a través de su vínculo con la modulación del sistema nervioso simpático y el eje hipofisario-adrenal, los cuales se relacionan con las respuestas autónomas y endocrinas del organismo respectivamente. Por otro lado, desde el enfoque psicológico Mello y Souza (2019) han tratado de explicar que los efectos benéficos del yoga se deben a el efecto meditativo centrado en el aquí y en el ahora, mientras que Ortiz et al. (2018) y Dol (2019) lo atribuyen a su efectividad para producir estados de relajación o descanso. De tal manera, estas investigaciones proponen diversos mecanismos que podrían ayudar a entender los cambios favorables que se observan en los participantes de este estudio y otros en sus síntomas de ansiedad después de participar en programas de yoga

Depresión

Al momento de la medición post se evidencio una disminuci3n en las puntuaciones de todos los participantes, en comparaci3n a los resultados obtenidos en las mediciones iniciales. Los resultados de la medici3n pre indicaron que dos de los seis participantes presentaban un nivel de depresi3n severo, dos un nivel leve y dos en un nivel m3nimo. Al momento de la medici3n post se evidencio una disminuci3n en las puntuaciones de todos los participantes, en comparaci3n a los resultados obtenidos en las mediciones iniciales, encontr3ndose que este cambio hab3a sido estad3sticamente significativo.

Este cambio observado en los participantes del estudio presenta una concordancia con los reportes hechos por otras investigaciones c3mo Uebelacker et al. (2010), Bridges y Sharma (2017), Capon et al. (2019), los cuales identificaron en sus an3lisis de resultados cambios estad3sticamente significativos en la reducci3n de los s3ntomas depresivos c3mo efecto de la pr3ctica de yoga. Cabe se3alar de igual manera que estos estudios emplearon una metodolog3a investigativa distinta a la del presente estudio por lo cual la semejanza entre sus resultados s3lo puede tomarse c3mo un hallazgo a considerar en la compresi3n de los resultados encontrados.

Para explicar los cambios favorables que se han observado en los s3ntomas depresivos en las personas c3mo resultado de intervenciones con yoga, han sido propuestos diversos mecanismos c3mo mediadores de tales efectos. Seg3n Amutio et al. (2015), la pr3ctica de yoga promueve la observaci3n de los propios estados mentales sin juicios punitivos ni de valor, solo en una

contemplación consciente de su naturaleza transitoria. En tal sentido, cómo es señalado por Tovar (2018) la práctica del yoga contribuye mediante el reconocimiento de los propios estados mentales y emocionales a romper con el hábito de juzgar y hacer valoraciones desadaptativas característico del estado depresivo. Adicionalmente Uebelacker (2010), indica que el yoga contribuye a la disminución de los síntomas depresivos mediante la promoción de una activación comportamental basada en el autocuidado y el sentido de realización personal, minimizando la inercia, inactividad y otros comportamientos negativos que refuerzan el estado depresivo. Sobre estas variadas propuestas Capon et al. (2019) expone que los mecanismos del yoga son multifacéticos y suelen estar interconectados, debido a la naturaleza holística de la práctica yóguica que incorpora en sí misma diversos componentes cómo las asanas, el pranayama y el nidra. De tal manera, los efectos del yoga en los síntomas de la depresión podrían deberse no a la influencia de un único mecanismo o práctica si no de la combinación de estos en un programa completo de yoga. Teniendo esto en cuenta la combinación de las diferentes prácticas del yoga pueden generar una activación comportamental positiva de autocuidado en los participantes y una contemplación de sus propios estados mentales favorable para su salud mental, libre de juicios punitivos y valoraciones desadaptativas de los participantes, características principales del estado depresivo es frecuente encontrar sentimientos de inutilidad o culpa y la tendencia a realizar evaluaciones negativas sobre sí mismo y el entorno (OMS, 2018).

Estrés

En cuanto a la medición de los participantes en la prueba EEP-10 se evidenció un cambio de moderado a leve en la mediana grupal después del programa. Cinco de ellos presentaban niveles moderados de estrés y uno nivel leve previo al programa de yoga; se observó, que al momento de la medición post las puntuaciones de todos los participantes habían disminuido encontrándose que dos de ellos habían reducido su nivel de estrés moderado a un nivel leve. Estos cambios observados a nivel grupal demostraron ser estadísticamente significativos.

El análisis de estos resultados encontrados en el estudio tienen similitud con los resultados de investigaciones previas cómo la de Dol (2019), Harvey et al. (2020), Hanson (2016), Ortíz et al. (2018) y Lasso y Burbano (2020), en los que se mostraron cambios en cuanto al nivel de estrés y reducción significativa en los síntomas al participar en intervenciones con yoga.

Respecto a los mecanismos que podrían responder a los beneficios del yoga en la disminución del estrés, se encuentra que en la literatura se ha establecido una vinculación entre los

técnicas de respiración pranayama con las reducciones de esta sintomatología. Sobre esto, investigadores como Ferrerira-Vorkapic y Range (2010), Sengupta (2012) y Gard et al. (2014) afirman que el pranayama al incrementar la relajación y las emociones positivas pueden producir un impacto sobre el estrés. Investigaciones más recientes como la de Riley y Parl (2015), Ortiz et al. (2018) y Harvey et al. (2020) han reforzado este vínculo entre la práctica del pranayama y la reducción del estrés añadiendo que su práctica produce estados de relajación y desconexión con el entorno mediante el control consciente de la respiración que sitúa a los participantes en el aquí y ahora. Adicionalmente Ortiz et al. (2018) y Dol (2019) han establecido una vinculación entre el nidra o el momento de relajación total con la reducción de los síntomas del estrés, explicando que las personas logran entrar a través de su práctica en un estado de calma y tranquilidad que mitiga la carga de los estímulos estresores.

Bienestar psicológico

La medición inicial de los participantes en la EBP evidenció que dos de ellos presentaban estados de bienestar psicológico bajo, tres de ellos estados de bienestar psicológico moderado y uno de ellos un estado de bienestar psicológico alto previo al programa de yoga. Al momento de la medición post, se encontró que cinco participantes habían aumentado sus puntuaciones totales de bienestar psicológico, dos de ellos pasando de un estado bajo a uno moderado. Por otro lado, se observó que uno de los participantes había presentado una disminución en su puntuación total de bienestar psicológico pasando incluso de un estado moderado a uno bajo. Al analizar estadísticamente los cambios observados a nivel grupal se observó que estos habían sido significativos.

Siendo limitada la cantidad de literatura científica sobre el yoga en el bienestar psicológico, existen pocos antecedentes con los cuales comparar los resultados del presente estudio. Varias de las investigaciones encontradas en la revisión literaria de este estudio corresponden a investigaciones de corte cualitativo o diseños cuantitativos de escasa rigurosidad, ellos no fueron tomados en cuenta como antecedentes apropiados para la presente discusión.

Consideraciones

Si bien es cierto que los participantes del programa presentaron múltiples cambios positivos en sus síntomas de ansiedad, depresión, estrés y en su estado de bienestar psicológico, no es posible vincularlos únicamente al programa de yoga dada las limitaciones presentadas por el diseño metodológico del estudio, las cuales impiden establecer una relación de causalidad y

disminuyen su capacidad de generalización y/o replicabilidad de resultados. Se debe por tanto considerar que los cambios observados en los participantes pudieron haberse visto influidos por factores externos al programa, cómo lo son cambios o eventos positivos en circunstancias personales, económicas y/o familiares durante el periodo de intervención, de tal manera que al momento de la medición post este impacto se viera reflejado en el resultado final. Entre ellos, se considera que la adaptación de los participantes a la contingencia por Covid-19 pudo haber jugado un papel importante en los resultados de las mediciones post, habiendo promovido en ellos una cultura de autocuidado, tanto en los hábitos higiénicos cómo en su habilidad para desarrollar estrategias para la preservación su salud física y mental influyendo así mismo en los resultados del programa.

Limitaciones y recomendaciones

A continuación, se expondrán las principales limitaciones del estudio, así cómo también las recomendaciones que el equipo investigador propone para el desarrollo de investigaciones futuras sobre el yoga:

En primer lugar, una de las mayores limitaciones del presente estudio fue el reducido tamaño de muestra que pudo tomarse para su desarrollo, lo cual disminuye la capacidad de generalización de sus resultados y conclusiones. Se recomienda por tanto, con el objetivo de incrementar la validez y confiabilidad en los resultados de futuras investigaciones, que se procure aumentar el tamaño muestral para determinar con mayor rigor y significancia los resultados que se obtengan. Un segundo aspecto limitante del presente estudio fue la ausencia de un grupo control en su propuesta metodológica, con el cual hubiera sido posible comparar los resultados encontrados en el grupo experimental, el tamaño del efecto de los resultados del estudio y de esta manera determinar con mayor precisión la correspondencia o no de los cambios entre las puntuaciones de los participantes y su participación en el programa. Un tercer limitante a señalar fue la variabilidad en los niveles de las variables que presentaron los participantes al momento de la medición pre. Aunque su homogeneidad inicial entre niveles leves y moderados fue confirmada mediante los instrumentos de tamizaje, al momento de la medición pre estos niveles habían cambiado, encontrándonos con algunos participantes en niveles severos o mínimos en distintas variables. Esta disparidad generó confusión en la interpretación de los resultados del estudio.

Por otro lado, es importante traer a cuenta la experiencia de la virtualidad obtenida a través del desarrollo del presente estudio, la cual, tuvo facetas positivas como negativas tanto para el diseño metodológico de la intervención como para la investigación en general. Por un lado, gracias a la virtualidad, fue posible que adultos jóvenes de diferentes ciudades del país tuvieran la oportunidad de participar en un programa de yoga, como fue el ofrecido por el presente estudio desde la seguridad y comodidad de sus casas durante periodo de confinamiento preventivo por Covid-19, que fue realmente apreciado por los participantes. Por otro lado, llevar a cabo una intervención de modalidad virtual representa un gran reto para el control de variables extrañas y otros posibles inconvenientes en el desarrollo de intervenciones, como lo son ocasionales fallas técnicas en los dispositivos de comunicación (teléfonos inteligentes o computadores), en la red de internet de los participantes y/o posibles factores de distracción o perturbación en los espacios de práctica de los participantes que son difícilmente controlables. De tal manera la experiencia del presente estudio revela facetas tanto favorables como desfavorables en el desarrollo de investigaciones en medio de la modalidad virtual.

Como recomendaciones para el desarrollo de investigaciones futuras, se sugiere: (a) la posibilidad de llevar a cabo estudios sobre el yoga que analicen y comparen los efectos diferenciales de programas de intervención con yoga de diversas intensidades horarias (tiempo por sesión y/o frecuencia de sesiones por semana). También se recomienda (b) el desarrollo de estudios que investiguen los efectos individuales de las diversas prácticas yóguicas: tales como lo son las asanas, técnicas de pranayama o el descanso total nidra, planteando programas de yoga con diferentes grupos de intervención que hagan uso exclusivo de solo una única práctica, esto con el propósito de establecer diferencias entre los beneficios individuales de estas prácticas yóguicas sobre distintas variables de interés. Otra recomendación brindada como resultado del presente estudio es que (c) futuras investigaciones midan y evalúen los efectos del yoga sobre el bienestar subjetivo u hedónico en reemplazo del bienestar psicológico o eudaimónico. La experiencia obtenida a través del presente estudio nos enseña que el bienestar psicológico constituye un constructo o rasgo complejo y multidimensional que se ve mediado por múltiples factores personales, familiares y culturales a lo largo del ciclo vital, lo cual hace que difícilmente puede ser influido a un cambio significativo por efecto único y exclusivo de un programa de intervención corta. Por tanto se recomienda a futuros investigadores encaminar sus estudios a la investigación del yoga sobre el bienestar hedónico el cual por sus características

teóricas puede ser más susceptible al cambio y por ende al estudio en intervenciones de corto plazo. Adicionalmente se brinda cómo última recomendación (d) investigar los efectos de la práctica de yoga en participantes que estén asistiendo a una tratamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico debido a que esto permitiría contrastar los beneficios del yoga en personas que reciben tratamiento y personas que no, ayudando así a conocer su utilidad cómo estrategia terapéutica complementaria.

Conclusiones del estudio

Finalmente, el grupo investigador del estudio presenta la siguientes conclusiones:

- Los adultos jóvenes han sido identificados en la literatura científica y en los informes de salud pública cómo uno de los grupos poblacionales con mayor prevalencia de trastornos afectivos.
- La literatura científica sobre el yoga ha reportado distintos efectos benéficos de su práctica en la salud de distintos grupos poblacionales incentivado la propuesta de estudios en el campo de la salud mental.
- La presente investigación tuvo cómo propósito conocer qué cambios ocurrían en la ansiedad, depresión, estrés y bienestar psicológico de adultos jóvenes tras participar en un programa virtual de yoga con el ánimo de conocer sus potencialidades en esta población.
- Aunque presentando diversas limitaciones metodológicas los resultados del presente estudio demostraron la existencia de cambios positivos en las variables de estudio, sugiriendo potenciales beneficios del yoga en salud mental de adultos jóvenes.
- El estudio constituye una de las primeras investigaciones a nivel nacional sobre el yoga en esta población y espera contribuir con sus resultados y recomendaciones al desarrollo de una línea de investigación para futuros estudios en esta área.

REFERENCIAS

- Abello, R., Macías, M. A., Blanco, A., Madariaga, C., Díaz, D. y Arciniégas, T. (2008). Bienestar, autoestima, depresión y anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Investigación y Desarrollo*, 16(2), 214-233.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26816201>
- Amutio, A., Franco, C., Gázquez, J. y Mañas, I. (2015). Aprendizaje y práctica de la conciencia plena en estudiantes de bachillerato para potenciar la relajación y la autoeficacia en el rendimiento escolar. *Universitas Psychologica*, 14(2), 433-444.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5307177>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), (Quinta edición). Editorial Médica Panamericana.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Barrera, A. (2016). *Relación entre creencias irracionales y bienestar psicológico de padres y comportamientos positivos de niños con autismo* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana de Cali] Repositorio Vitela. <http://vitela.javerianacali.edu.co>
- Balaji, P., Varne, S. y Syed, A. (2012). Physiological effects of yogic practices and transcendental meditation in health and disease. *North American Journal of Medical Sciences*, 4(10), 442-448.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482773/#:~:text=Data%20were%20constructed%3B%20issues%20were,immunity%20and%20ameliorated%20joint%20disorders.>

- Balayogi, A. (2017). Role of yoga in prevention and management of lifestyle disorders. *Yoga Mimamsa*, 49(2), 42. doi: 10.4103/ym.ym_14_17
- Beck, A. Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-97.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3204199/>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. The Psychological Corporation.
<https://www.brown.edu/academics/public-health/research/mens-health-initiative/bdiii>
- Berrío, N. y Mazo, R. (2011). Estrés Académico. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(2), 65-82.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006&lng
- Bridges, L. y Sharma, M. (2017). Efficacy of Yoga as a Form of Treatment for Depression. *Complementary and Alternative Medicine* 22(4), 1017-1028.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5871291/>
- Briggs, R. (1985). Knowledge Representation in Sanskrit and Artificial Intelligence. *AI Magazine*, 6(1), 32-39. doi: 10.1609/aimag.v6i1.466.
<https://doi.org/10.1609/aimag.v6i1.466>
- Brinsley, J., Schuch, F., Lederman, O., Girard, D., Smout, M., Immink, M., Stubbs, B., Firth, J., Davison, K. y Rosenbaum, S. (2020). Effects of yoga on depressive symptoms in people with mental disorders: a systematic review and meta- analysis. *Sports Med*, 1(1), 1-10.
[http:// dx. doi. org/ 10. 1136/ bjsports- 2019- 101242](http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2019-101242)
- Brito, G. (2010). Yoga en el Tratamiento de Adicciones. La experiencia de dos años de práctica de yoga con pacientes del Centro de Rehabilitación Takiwasi. *Psicoperspectivas. Individuo Y Sociedad*, 9(2). doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol9-issue2-fulltext-90
- Buffart, L., Uffelen, J., Riphagen, I., Brug, J., Mechelen, W., Brown, W. y Chinapaw, M. (2012). Physical and psychosocial benefits of yoga in cancer patients and survivors, a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cancer*, 12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23181734/>
- Burgos, V., Ortiz, F. M., Muñoz, C., Vega, G. y Bordallo, A. (2006). Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-

- conductuales. *SEMERGEN - Medicina De Familia*, 32(5), 205-210. DOI: 10.1016/S1138-3593(06)73258-0
- Capon., O'Shea, M. y McIver, S. (2019). Yoga and mental health: A synthesis of qualitative findings. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 37(1), 122–132. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.101063>
- Caldecott, T. (2006). *Ayurveda: The Divine Science of life*. Elsevier Mosby. <https://www.sciencedirect.com/book/9780723434108/ayurveda>
- Calderón, S. (2016). *Influencia de la práctica del yoga en personas mayores: Una revisión bibliográfica* [Tesis de pregrado, Universidad de Jaen de España]. http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2888/1/TFG_CalderonGarcia,Saray.pdf
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H. y Dobos, G. (2013). A Systematic Review and Meta-analysis of Yoga for Low Back Pain. *Clinical Pain*, 29(1), 450-460. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31825e1492
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Dobos, G. y Michalsen, A. (2015). A systematic review of yoga for heart disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(3), 284–295. DOI: 10.1177/2047487314523132
- Cramer, H. Lauche, R., Anheyer, D., Pilkington, K., De Manincor, M., Dobos, G. y Ward, L. (2017). Yoga for anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety*, 1(1), 1-14. DOI: 10.1002/da.22762
- Cramer, H., Quinker, D., Pilkington, K., Mason, H., Adams., J. y Dobos, G. (2019). Associations of yoga practice, health status, and health behavior among yoga practitioners in Germany. *Complementary Therapies in Medicine*, 42, 19-26. <https://doi.org/10.1177/2047487314523132>
- Danielou, A. (2003). *A Brief History of India*. Lake Book Manufacturing Inc. <https://archive.org/details/briefhistoryofin00dani>
- Davis, K. y Panksepp, J. (2011). The brain's emotional foundations of human personality and the Affective Neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(9), 1946–1958. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2011.04.004

- De, A., Mondal, S. y Bengal, W. (2016). Improvement of Brain Function through Combined Yogic Intervention, Meditation and Pranayama: *A Critical Analysis. European Journal of Physical Education and Sport*, 13(3), 89–96. <https://doi.org/10.13187/ejpe.2016.13.89>
- Decreto 2566 de 2009. (2009, 7 de julio). República de Colombia. Tabla de enfermedades profesionales. Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2019). Población de Colombia es de 48,2 millones de habitantes, según el DANE. <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2019/190704-Poblacion-de-Colombia-es-de-48-2-millones-habitantes-segun-DANE.aspx>
- Díaz, D., Carvajal, R., Jiménez, M. B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de la escala de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>
- Dol, K. S. (2019). Effects of a yoga nidra on the life stress and self-esteem in university students. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 232–236. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.03.004>
- Dolcos, S., Moore, M. y Katsumi, Y. (2018). Neuroscience and well-being. *Handbook of well-being*. https://www.researchgate.net/publication/323072027_Neuroscience_and_Well-Being
- Ewing, J. (1984). The CAGE Questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905-1907. DOI: 10.1001/jama.252.14.1905
- Ferreira-Vorkapic, C. y Range, B. (2010). Mente Alerta, Mente tranquila: ¿Constituye el yoga una intervención terapéutica consistente para los trastornos de ansiedad?. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 211-220. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798002.pdf>
- Field, T. (2011). Yoga clinical research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(1), pp.1-8. DOI: 10.1016/j.ctcp.2010.09.007
- García, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 16(6), 586-92. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010

- Gard, T., Noogle, J., Park, C., Vago, D. y Wilson, A. (2014). Potential self-regulatory mechanisms of yoga for psychological health. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(770). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00770>
- Gerber, M., Kilmer, E. y Callahan, L. (2018). Psychotherapeutic yoga demonstrates immediate positive effects. *Practice Innovations*, 3(3), 212–225. <https://doi.org/10.1037/pri0000074>
- Gilam, G. y Hendler, T. (2016). With love, from me to you: Embedding social interactions in affective neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 68, 590–601. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.027>
- Gothe, N. P., Kramer, A. F. y McAuley, E. (2014). The effects of an 8-week hatha yoga intervention on executive function in older adults. *Journals of Gerontology*, 69(9), 1109–1116. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu095>
- Gothe, N., Hayes, J., Temail, C. y Damoiseaux, J. (2018). Differences in Brain Structure and Function Among Yoga Practitioners and Controls. *Frontiers in integrative neuroscience*, 12(26). DOI: 10.3389/fnint.2018.00026
- Gutierrez, C. A., Alday, M. C., Urzúa, A. y Włodarczyk. (2020). ¿Puede el optimismo mediar el efecto negativo de la ansiedad rasgo sobre el bienestar psicológico?. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(2). https://www.researchgate.net/publication/344907501_Puede_el_optimismo_mediar_el_efecto_negativo_de_la_ansiedad_rasgo_sobre_el_bienestar_psicologico
- Gutiérrez, S., Farriols, H. y Sevillano, P. C. (2011). Prevalencia, Impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad: una revisión en el ámbito de la atención primaria. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport* (28), 209-224. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3714933>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* (32), 50-55. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Hanson, R. (2016). *Yoga for Depression and Anxiety: A Systematic Review* (Tesis de Maestría) St. Catherine University and the University of St. Thomas St. Paul, United States. https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1591&context=msw_papers
- Harvey, R., Andriopoulou, P. y Grogan, S. (2020). Perceived mechanisms of change in therapeutic yoga targeting psychological distress. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 24(1), 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.06.014>

- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia Interpersonal en el Tratamiento de la Depresión mayor. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 30(1), 63-73. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500005>
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Holmes, A, O'Connor, R., Perry, V., Tracey, I., Wessely S., Arseneault, L. Ballard, C., Christensen, H. (2020). Multidisciplinary research priorities for the Covid-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* (7) 547–60. [doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Houtman, I., Jettinghof, K. y Cedillo, L. (2008). *Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: consejos para conflictos y representantes de los trabajadores*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43770>
- Husky, M., Kovess-Masfety, V. y Swendsen, J. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry* 102, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152191>
- Ivtzan, I. y Jegatheeswaran, S. (2015). El auge del yoga en la sociedad occidental: intenciones espirituales versus físicas de los practicantes y su impacto en el bienestar psicológico. *Revista de Yoga y Fisioterapia*, 5(3), DOI: 10.4172/2157-7595.1000204
- Iraurgi, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de salud mental*, 8(36), 105-122. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830423>
- Jacobson, N., Follette, W. y Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15(4), 336–352. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(84\)80002-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(84)80002-7)
- Jacobson, N. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in Psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Jimenez, I. (2017). Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones. Estudio de un caso. *Revista de Investigación en Musicoterapia*. (1). <https://revistas.uam.es/index.php/rim/article/view/7725>

- Kesselman, S. (2004). Hacia una terapéutica integral de la ansiedad. *Clínica y análisis grupal*, 26(1), 151-156. https://www.academia.edu/30210898/Psicoterapia_integrativa
- Kroenke, K., Spitzer, R. y Williams J. (2001). El PHQ-9: validez de una breve medida de gravedad de la depresión. *Revista de medicina interna general*, 16(9), 606-613. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606>.
- Kujawa, A. y Burkhouse, K. (2017). Vulnerability to Depression in Youth: Advances From Affective Neuroscience. *Biological Psychiatry*, 2(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2016.09.006>
- Lasso, L. y Burbano, M. (2020). *Impacto del hatha yoga en el estrés académico y la autocompasión en estudiantes de medicina de una universidad privada de la ciudad de Cali*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana Cali] <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/12827>
- Lasprilla, M. (2017). *Psicopatología: Una introducción a la clínica y la salud mental*. Sello Editorial Javeriano.
- Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de Colombia. Diario Oficial No 46.383. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html#TITULO
- Ley 1616 de 2013. (2013, 21 de enero). Congreso de la República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- McDonald, R. y Wilson, G. (2014). Musical improvisation and health: a review. *Psychology of Well-Being*, 4, 1-20. <https://doi.org/10.1186/s13612-014-0020-9>
- McCall, M. (2014). How Might Yoga Work? An Overview of Potential Underlying Mechanisms. *Journal of Yoga and Physical Therapy*, 3(1), 1-6. DOI: 10.4172/2157-7595.1000130
- Maroik, S., Sankar, C. y Mondal, M. (2017). Effect of yoga on health. *International Journal of Yoga, Physiotherapy and Physical Education*, 2(2), 75-77. <http://www.sportsjournal.in/download/57/2-2-32-345.pdf>
- Mello y Souza, C. (2019). Mente e Awareness nos Tantras Indianos: fundamentos da Meditação, do Hatha Yoga e do Ayurveda. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31), 220-227. https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/28997
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017a). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*.

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017b). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental*.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Salud Mental*.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental>.
- Ministerio de Salud. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*.
- <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigmas*.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud mental 2015, tomo I*.
- http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Ministerio de Salud. (4 de Octubre de 1993). *Resolución número 8430 de 1993*.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Miró, M., Perestelo, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de Ansiedad y Depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14. <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10347>

- Möckel, L. (2019). Potential benefits of yoga in patients with heart failure: A meta-analysis of controlled trials. *European Journal of Integrative Medicine*, 31.
<https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.100948>
- Morrison, V. y Bennet, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Pearson.
- Muñoz, M. (2018). *Efectos de un programa de hatha yoga en el estrés percibido de estudiantes universitarios de una universidad privada de lima metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Cayetano Hereida, Perú].
http://190.116.48.43/bitstream/handle/upch/3836/Efectos_Mu%C3%B1oz-NajarLuque_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Narayan, M. (2008). *Beyond Liberation*. <http://www.purebhakti.com>
- Narayan, M. (2017). *Mantra-yoga y la naturaleza eterna del alma*. Sri Nitai Gaur Chandra Seva Trust.
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2016). *2016 Strategic Plan*.
https://files.nccih.nih.gov/s3fs-public/NCCIH_2016_Strategic_Plan.pdf
- Novelo, G. M. (2008). La Psicología Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 44.51.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133915922007>
- Oak, P. (2003). *World Vedic Heritage*. India Sahitya Sadan.
- Olive, Y., Gómez, O. y Lio-Coo, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49 (1). <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/rt/printerFriendly/492/449>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*.
https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación internacional de enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad (11ª Revisión)*. <https://icd.who.int/browse11/lm/en>

- Organización Mundial de las Naciones Unidas. (2014). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 11 de diciembre de 2014*. <https://undocs.org/es/A/RES/69/131>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*.
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*.
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Ortíz, S, C. (2010). Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 28(2), 73-87.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000200007&lng=en&tlng=es.
- Ortíz, S., Sandoval, E., Adame, S., Ramirez, C., Jaimes, A. y Ruiz, A. (2018). Manejo del estrés; resultado de dos intervenciones: cognitivo conductual y yoga, en estudiantes irregulares de medicina. *Investigación educ. médica* 8(30), 9-17.
<https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.1764>.
- Osborn, D. (2010). *Science of the Sacred*. <https://gosai.com/sites/gosai/files/books/science-of-sacred-2010.pdf>
- Paramadvaiti, S. (2009). *Yoga Inbound: Un viaje al interior del ser*. SEVA.
https://issuu.com/editorialsevacolombia/docs/revista_yoga_final
- Paramadvaiti, S. (2012). *Sistema de Yoga Inbound*. SEVA.
<https://issuu.com/escuelayogainbound/docs/sistemadeyogainbound>
- Park, L. C., Braun, T. y Siegel, T. (2015). Who practices yoga? A systematic review of demographic, health-related, and psychosocial factors associated with yoga practice. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 460-471. doi: 10.1007 / s10865-015-9618-5. Epub 2015 29 de enero.
- Park, C. L., Finkelstein-Fox, L., Groessl, E. J., Elwy, A. R. y Lee, S. Y. (2020). Exploring how different types of yoga change psychological resources and emotional well-being across a single session. *Complementary Therapies in Medicine*, 49 (1) 102354.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102354>

- Pascoe, M. C., Thompson, D. R. y Ski, C. F. (2017). Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 152–168. doi: 10.1016 / j.psyneuen.2017.08.008. Epub 2017 30 de agosto.
- Pérez, A. M., y García, M. J. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Depresión. *Psicothema*, 13(2), 493-510. <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Pérez, M. A. (2017). *Adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en trabajadores de empresas industriales del Distrito de los Olivos* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo, Lima, Perú]. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2008/nnp083-4b.pdf>
- Pineda, C., Castro, J. y Chaparro, R. (2018). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 45-55. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.epeb.
- Prabhupada, B. (1972). *Srimad Bhagavatam*. <http://vanimedia.org/w/images/9/94/SB1.1-1972.pdf>
- Prabhupada, B. (1973). *La perfección del yoga*.
http://harekrishna.es/downloads/La_perfeccion_del_yoga.pdf
- Quiles, F. S. (2015). El yoga como un instrumento de enfermería en los cuidados al paciente oncológico con ansiedad. *Medicina Naturista*, 9(2), 109–118.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5171320>
- Quintero, E., Rodríguez, M., Guzmán, L., Llanos, O. y Reyes, A. (2011). Estudio piloto: efectos de un programa de hatha-yoga sobre variables psicológicas, funcionales y físicas, en pacientes con demencia tipo alzheimer. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 5(2), 45-56. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1900-23862011000200004&lng=es&nrm=iso
- Quiñonez, N., Lopez, M. y Lefurgey, M. (2018). Yoga, Social Justice, and Healing the Wounds of Violence in Colombia. *Raza y yoga* 3(1). <https://escholarship.org/uc/item/3c14s15j>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the perceived stress scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17290110>

- Ryley, K., y Park, C. (2015). How does yoga reduce stress? Asystematic review of mechanisms of change and guide to future inquiry. *Health Psychology Review*. DOI: 10.1080/17437199.2014.981778
- Rivest-Gadbois, E. y Boudrias, M. (2019). What are the known effects of yoga on the brain in relation to motor performances, body awareness and pain? A narrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, 44(1), 129–142. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.03.021>
- Rivas, V., Rodríguez, C., Arias, M., Carrillo, L., Zetina, E., y González, J. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia*, 24 (67), 71-77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=674/67446178010>
- Rodríguez, M., Meneses, A., Quintero, E. y Rodríguez, L. (2017). Efecto de un programa de hatha yoga en pacientes con Alzheimer. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 123-138. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552017000100139&script=sci_arttext&tlng=es
- Roselló, J., Zayas, G. y Lora, V. (2016) Impacto de un adiestramiento en meditación en conciencia plena (Mindfulness) en medidas de Ansiedad, Depresión, Ira y estrés y Consciencia plena: un estudio piloto. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27 (1), 62-78. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233245623005>
- Rossi, J., Jiménez, J., Barros, P., Assar, R., Jaramillo, K., Herrera, L. y Martínez, F. (2019). Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Médica de Chile*, 147(5), 579-588. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500579>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. DOI:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Sans, J. y Navarro, M. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84. https://www.researchgate.net/publication/285908290_Propiedades_psicometricas_de_una_version_espanola_del_Inventario_de_Ansiedad_de_Beck_BAI_en_estudiantes_universitarios

- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Sanz, J., Garcia-Vera, M., Espinoza, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616104001&idp=1&cid=67898>
- Sanz, J., Garcia-Vera, M. y Fortún, M. (2012). El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Propiedades Psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563-583. https://www.researchgate.net/publication/285908290_Propiedades_psicometricas_de_una_version_espanola_del_Inventario_de_Ansiedad_de_Beck_BAI_en_estudiantes_universitarios
- Sengupta, P. (2012). Health impacts of yoga and pranayama: A state of the art review. *International Journal of Preventive Medicine* 3(1), 444-58. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415184/>
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V. & Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 582-593. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.582>
- Skinner, H. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371. doi: 10.1016/0306-4603(82)90005-3.
- Simarro Patón, T. (2016). *Efectos positivos del yoga y su relación con el bienestar subjetivo y la felicidad* [Tesis de pregrado, Universidad Jaén]. 1-39. http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/3585%0Ahttp://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3585/1/Simarro_Patn_Teresa_TFG_PSICOLOGA.pdf
- Svami, S. (2005). *The Ayurveda Encyclopedia*. Ayurveda Holistic Center Press
- Téllez, J., López, J., Boix, C., Villena, A., Párraga, I. y Morena, S. (2007). Revisión clínica del tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(2), 76-83. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1696/169618261007>

- Thind, H., Lantini, R., Balletto, B. L., Donahue, M. L., Salmoirago-Blotcher, E., Bock, B. C. y Scott-Sheldon, L. A. J. (2017). The effects of yoga among adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, *105*(1), 116–126. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.08.017.
- Telles, S., Gupta, R., Kumar, A., Pal, D., Tyagi, D. y Balkrishna, A. (2019). Mental Wellbeing, Quality of Life, and Perception of Chronic Illness in Yoga- Experienced Compared with Yoga-Naïve Patients. *Medical Science Monitor Basic Research*, *25*(1), 153-163. DOI: 10.12659 / msmbr.914663.
- Ticona, S., Paucar, G. y Llerena, G. (2010). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de enfermería - unsa arequipa. *Enfermería Global*, *9*(2), 1-18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3658/365834755007>
- Tirtha, M. (2001) *Taste of Transcendence*. Mandala publishing. <https://issuu.com/scgm108/docs/tasteoftranscendencecovered>
- Tiwari, G. (2016). Yoga and Mental Health: An unexplored relationship. *The International Journal of Indian Psychology*, *4*(1), 20-31. https://www.researchgate.net/publication/309546726_Yoga_and_Mental_Health_An_Unexplored_Relationship
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. y Ventriglio. (2020). The outbreak of Covid-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry* *2020*, *66*(4), 317–320. doi: 10.1177/0020764020915212
- Tovar, G. (2018). Efecto de una Intervención basada en Mindfulness en No Apego, Estrés, Ansiedad y Depresión [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Reserach Gate. https://www.researchgate.net/publication/324770689_Efecto_de_una_intervencion_basada_en_mindfulness_en_no_apego_estres_ansiedad_y_depresion
- Tov, W. (2018). *Well-being conceps and components*. Handbook of subjective well-being. <https://www.semanticscholar.org/paper/Well-being-concepts-and-components-Tov/8504d8d51049d48db1be5a7c00edeb7d8bc6b1e4#citing-papers>
- Uebelacker, L., Epstein, G., Gaudiano, B., Tremont, G., Battle, C. y Miller, I. (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*, 16(1), 22-33.
- Varela, M., Sevilla, T., Orcasita, L., y Carvajal, R. (2020). *Conocimientos, Actitudes, Prácticas y Significados de las Medidas de Prevención del Covid-19 en la Población de la Ciudad de Cali*. <https://www.javerianacali.edu.co/sites/default/files/2020-06/Informe%20de%20resultados%20V2%20CAPS%20COVID%2019%20%281%29.pdf>
- Van den Heuvel, M., Scholtens, L. y Kahn, R. (2019). Multiscale Neuroscience of Psychiatric Disorders. *Biological Psychiatry*, 86(7), 512–522.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.05.015>
- Velasquez, A., Lopez, M., Quiñonez, N. y Paba, P. (2015). Yoga for the prevention of depression, anxiety, and aggression and the promotion of socio-emotional competencies in school-aged children. *Educational Research and Evaluation*, 21(5), 1-15. DOI: 10.1080/13803611.2015.1111804
- Villegas, M., Alonso, M., Alonso, B. y Guzmán, F. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 35-46.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100004>
- Vinod, K., Aarti, J., Mariamma, P., Arun, T., Praveen, A. y Nagarathna, R. (2016). Role of yoga for patients with type II diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, (25), 104-112.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27062957/>
- Wilcoxon, F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics Bulletin* 1(6),80–83. <https://doi.org/10.2307/3001968>
- WorldBank. (2020). *Mental Health*. <https://www.worldbank.org/en/topic/mental-health>
- Yogitha, B. y Ebnezar, J. (2014). Can Yoga be an Effective Tool in Managing Psychological Stress?. *American Journal of Ethnomedicine*, 1(1), 1-7.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Can-Yoga-be-an-Effective-Tool-in-Managing-Stress-Yogitha-Ebnezar/fac051fac9eb7f2c618c2fc621ada9c439f35abe>
- Zoogman, S., Goldberg, S., Voursora, E., Diamond, M. y Miller, L. (2019). Effect of yoga-based interventions for anxiety symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Spirituality in Clinical Practice*, 6(4), 256–278. <https://doi.org/10.1037/scp0000202>

Zuo, X. L., Li, Q., Gao, F., Yang, L. y Meng, F. J. (2016). Effects of yoga on negative emotions in patients with breast cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials.

International Journal of Nursing Sciences, 3(3), 299–306.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.07.0091>

Zúñiga, M. (2014). El trastorno de ansiedad y estrés escolar en los adolescentes con alto desempeño académico. *Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación*, 2 (1), 205-212.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349851782020>

ANEXOS

Anexo 1. *Yoga: Historia y filosofía original*

La palabra yoga, originaria de las antiguas escrituras védicas, deriva de la raíz sánscrita युग् "Yug" cuyo significado es "unir o vincular con lo divino" (Prabhupada, 1973; Tirtha, 2001; Narayan, 2008). En su comprensión original, la palabra yoga se refiere a aquella disciplina o proceso de autorrealización a través del cual se logra un estado de conciencia superior (caitanya), involucra el cuerpo (deha) la mente (mana) y el espíritu (atma) y procura la unión y armonía interna en la búsqueda por la vinculación espiritual (bhakti) con la divinidad (bhagavat) (Prabhupada, 1972).

El origen de esta práctica milenaria remonta a más de 5000 mil años en el pasado, a la antigua civilización védica, ubicada entre los sagrados ríos Sarasvati, Ganges y Yamuna, en la actual India. Esta civilización descrita por arqueólogos e historiadores como avanzada en cultura, saber y tecnología (Osborn, 2010; Oak, 2003; Sengupta, 2012) ha sido llamada la madre del conocimiento (Paramadvaiti, 2009:2012; Prabhupada, 1972) por sus contribuciones fundamentales al desarrollo del lenguaje (Briggs, 1985; Danielou, 2003; Oak, 2003), la matemática (Osborn, 2010), la medicina (Caldecott, 2006; Svami, 2005), el arte (Oak, 2003) y la filosofía (Narayan, 2008; Prabhupada, 1973; Tirtha; 2001), se ha descrito a esta antigua sabiduría védica como la madre del conocimiento (Prabhupada, 1972; Paramadvaiti, 2009; 2012).

El origen del conocimiento védico, es aún incierto hoy en día, pues su aparición se pierde en los albores de la edad antigüedad (Osborn, 2010; Oak, 2003). Arqueólogos e historiadores de la India han dividido a partir de reconstrucciones arqueológicas y escriturales la historia de la Cultura Védica en dos periodos. El primero "pre escritural" se ubica y se extiende entre los 3000 años a. C hacia la antigüedad sin definir su comienzo: en dicho periodo el conocimiento védico se transmitía de maestros a discípulos a través de la tradición oral sin haberse manifestado primeramente en forma escrita, el segundo el periodo, se prolonga desde los años 3000 a. C hacia el presente y marca la aparición de los primeros los textos védicos escritos por Sri Krsna Dvaipayana o también llamado Vyasadeva, el autor de los Vedas.

La palabra sánscrita वेद veda del cual se origina el nombre de la Cultura védica y los Vedas, traduce en nuestro idioma "conocimiento divino", un saber de existencia perenne, universal y bienaventurada para todas las entidades vivientes (Prabhupada, 1972). El Rig Veda escrito por Sri

Vyasadeva, es el más antiguo de los textos vedicos. Después del Rig-Veda, Vyasadeva extendió la literatura vedica, añadiendo el Sama-Veda, el Yayur-Veda, el Atharva-Veda, así como también muchas obras más que enriquecieron la vastedad de la literatura vedica (Prabhupada, 1972). Otros antiguos sabios como Parashara y Jaimini, ampliaron y detallaron las diferentes disciplinas del conocimiento védico (upavedas), entre ellas: la matemática, la astronomía, la medicina, la lengua, el arte entre otras (Prabhupada, 1972).

La descripción la práctica espiritual del yoga encuentra su más extensa expresión en el Srimad Bhagavatam, obra donde se la describe como un árbol divino cuyas ramas corresponden a los diversos senderos de la autorrealización y sus frutos a los diversos conocimientos del universo. Las principales ramas de este árbol del yoga son: karma-yoga (el sendero de la acción), jñana-yoga (el sendero del conocimiento), astanga-yoga (el sendero de la perfección) y bhakti-yoga, (el sendero de la devoción) cada una con sus particularidades filosóficas, técnicas y tradiciones (Prabhupada, 1972). Uno de los más prolíficos y reconocidos expositores del yoga en la modernidad, Narayan (2017), dice al respecto lo siguiente: "los Vedas proporcionan un conocimiento científico y detallado del ser, así como también ancestrales y acreditadas técnicas para la iluminación. A tales técnicas se las han agrupado bajo el término yoga".

Entre estas ramas o senderos de autorrealización descritas por los vedas, el astanga-yoga, descrito por Patañjali en los Yoga-sutras (300 b.c) es uno de los que más se ha expandido en el mundo y la cultura universal. De este, se deriva el aún más conocido hatha-yoga que fue expuesto por Svamimarama en su Hatha-yoga-pradipika (1400 d.c aprox). Etimológicamente, hatha viene de las raíces sánscritas ह ha "sol" y थ tha "luna" que refieren a los polos positivos y negativos presentes en cada aspecto del universo (masculino-femenino, energía cinética-energía potencial, blanco-negro). En esta disciplina se hace un énfasis especial en la prosecución de la armonía interna y externa mediante la práctica cuerpo-mente (Paramadvaiti, 2009; 2012). Su práctica se concentra en las 4 primeras ramas del astanga-yoga: yama (regulaciones morales), niyama (prácticas o hábitos), asana (posturas físicas) y pranayama (control de la respiración). Su propósito, es promover el desarrollo del autoconocimiento y el autocontrol en la búsqueda por la salud, el bienestar y el avance espiritual (Paramadvaiti, 2009).

Anexo 2. Cuestionario Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? <i>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)</i>	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>
--	--	--	---

Anexo 3. *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 4. *Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA)***ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON
PARA LA ANSIEDAD**

	FECHAS	1	2	3	4	5
1	ANSIEDAD: Preocupaciones, temores, aprensión, irritabilidad					
2	TENSIÓN Sensación de tensión, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, tendencia a sobresaltarse, tendencia al lloro, trémulo, tembloroso, inquietud.					
3	TEMORES De la oscuridad, desconocidos, la soledad, animales grandes, etc.					
4	TRASTORNOS DEL SUEÑO Dificultad de conciliar el sueño, interrupción del sueño, sueño insatisfactorio, cansancio al despertarse, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	TRASTORNOS INTELECTIVOS Dificultad de concentración, debilidad de memoria.					
6	DEPRESIÓN: Falta de interés, insatisfacción en las diversiones, deprimido, despertar prematuro, humor diurno oscilante.					
7	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULAR) Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, convulsiones clónicas, crujir de dientes, voz vacilante.					
8	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES): Acúfenos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueos.					
9	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco.					
10	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Opresión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad para tragar, ventosidades, dispepsia, borborigmos, movimientos intestinales, diarrea, pérdida de peso, constipación.					
12	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragias, frigidez, eyaculación precoz, trastornos de la erección, impotencia.					

Anexo 5. *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 6. *La escala de estrés percibido (EEP-10)*

Durante el último mes	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo 7. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBP)

ESCALA BP DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

EDAD:

SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()

A continuación se presenta algunos enunciados sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. No existe respuesta correcta o incorrecta. Responda con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando una equis (x).

Ítems	Totalmente desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadament e de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 .Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2 .A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3 .No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4 .Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
5 .Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6 .Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
7 .En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
8 .No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						
9 .Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
10 .Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes						
11 .He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
12 .Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
13 .Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría						
14 .Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
15 .Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
16 .En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
17 .Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
18 .Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						

Ítems	Totalmente desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadam de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
19 .Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						
21 .Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
23 .Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
24 .En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria						
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida						
31 .En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo						
32 .Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo						
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo						
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37 .Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
38 .Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						
39 .Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla						

Anexo 8 Drug Abuse Substance Test (DAST-10)

Cuestionario de prueba de detección de drogas (DAST-10, por sus siglas en inglés)

Debido a que el uso de drogas puede afectar su salud, necesitamos hacerle algunas preguntas sobre su uso de las drogas. Si se siente incómodo al completar este formulario, hágaselo saber a su proveedor de salud.

En los siguientes enunciados, "abuso de drogas" se refiere a:

1. Usar medicamentos con receta médica o de venta libre excediéndose de las instrucciones, y
2. Cualquier uso de drogas que no sea uso médico.

Las distintas clases de drogas pueden incluir:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Metanfetaminas (velocidad) | <input type="checkbox"/> Cannabis (marihuana, tiesto) |
| <input type="checkbox"/> Solventes (solvente de pintura) | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes (Valium) |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Cocaína |
| <input type="checkbox"/> Estimulantes (velocidad) | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD) |
| <input type="checkbox"/> Narcóticos (heroína) | |

Recuerde que las preguntas no incluyen bebidas alcohólicas.

Marque con un "Sí" o "No" las siguientes preguntas:

1. ¿Ha utilizado drogas que no sean las que se requieren por razones médicas?	No	Sí
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	No	Sí
3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	No	Sí
4. ¿Alguna vez ha tenido desvanecimientos o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	No	Sí
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por usar drogas?	No	Sí
6. ¿Su cónyuge (o padres) se queja alguna vez por su participación con las drogas?	No	Sí
7. ¿Ha abandonado a su familia por su uso de las drogas?	No	Sí
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	No	Sí
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de retraimiento (se ha sentido enfermo) cuando dejó de tomar drogas?	No	Sí
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de las drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?	No	Sí

0 1

Anexo 9 *Cut down, Annoyed, Guilty, Early morning drink* (CAGE)

Generalidades del tema

El cuestionario CAGE se usa para comprobar la existencia de un trastorno por consumo de alcohol en adultos. No se usa para diagnosticar la enfermedad, sino solo para indicar si pudiera existir un problema.

El cuestionario CAGE comprende cuatro preguntas que se relacionan con su consumo de alcohol:

- ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir (**C** ut down) su consumo de alcohol?
- ¿Se siente molesto (**A** nnoyed) cuando lo critican por beber?
- ¿Alguna vez se siente culpable (**G** uilty) por beber?
- ¿Alguna vez toma alcohol por la mañana temprano (**E** arly-morning drink) para arrancar el día o para curar la resaca ("un clavo saca otro clavo")?

Si usted responde "sí", "a veces" o "a menudo" a **2 o más** de las preguntas, usted podría tener un problema con el alcohol. Si cree que usted o algún ser querido tiene un trastorno por el consumo de alcohol, hable con un profesional de la salud. Podría ser necesaria una evaluación adicional realizada por un consejero capacitado en trastornos por el consumo de alcohol.

Anexo 10 Flyer de convocatoria

 Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali
Investigación de trabajo
de grado

 Academia
"Yoga Veda"



¿TE GUSTARÍA PARTICIPAR EN UN PROGRAMA VIRTUAL DE YOGA?

TOTALMENTE GRATIS

Beneficios del yoga 

- Mejora el funcionamiento del sistema cardiaco
- .Incrementa la capacidad cardiorespiratoria
- Mejora el funcionamiento del sistema nervioso autónomo
- .Reduce el estrés y ayuda en el tratamiento de la ansiedad y la depresión

-Debes tener entre 18 y 25 años
-Completar formulario de convocatoria

 **DURACIÓN DE 1 MES**
2 VECES POR SEMANA

 **Escríbenos**

3116733369-3156648508-3186303030


INSTRUCTOR
GOURA AVATARA DAS

Anexo 11 Consentimiento Informado Tamizaje

CONSENTIMIENTO INFORMADO TAMIZAJE

Estimado(a) participante

Desde la asignatura Trabajo de Grado I, a cargo por el docente BEATRIZ MUÑOZ, los estudiantes LAURA DUQUE ROZO, JULÉN OSORIO BOLAÑOS y ALEXANDRA MUÑOZ ORTEGA, pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, están llevando a cabo la investigación "Evaluación de un Programa de Intervención con Yoga sobre el Bienestar y la sintomatología de Estrés, Ansiedad y Depresión de Adultos emergentes", que tiene como objetivo general Evaluar los efectos de un programa de intervención con yoga sobre el bienestar y los síntomas de estrés, ansiedad y depresión de adultos emergentes.

La participación en la investigación consta de responder la siguiente encuesta:

Encuesta en Google Forms Online. A través de esta plataforma virtual, se realizará una encuesta que contiene preguntas relacionadas con tu estado de ánimo actual, así como con información personal que no con tus datos personales,

Cuestionarios de tamizaje. Debe responder a los siguientes instrumentos de medición, PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), Escala de estrés percibido (EEP-10), DAST-10 (Drug Substance Abuse Test), C-AGE e IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). Estos cuestionarios se encuentran anexados a la encuesta online y tendrá una duración máxima de 30 minutos.

Después de los resultados obtenidos de la encuesta y si cumple con los criterios de selección, lo invitaremos a continuar en el proceso.

Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe de tener en cuenta lo siguiente:

- La decisión de participar en la investigación es completamente PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA.
- Sus datos personales y la información obtenida son completamente CONFIDENCIALES, por el contrario, se utilizará un CÓDIGO PSEUDÓNIMO para identificarlo.
- En el transcurso del estudio usted podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En el transcurso del estudio usted podrá RETIRARSE en cualquier momento, agradeciendo que nos informe las sus razones.
- En el transcurso del estudio nosotros podremos retirarnos en cualquier momento, y le explicaremos nuestras razones.
- NO recibirá ningún beneficio económico por su participación.
- NO tendrá que hacer un gasto económico durante su participación.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la Ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la Resolución No. 008430 de 1993 que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado. Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de sus capacidades, manifiesto mi participación en la investigación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado implica autorización para contestar el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), Escala de estrés percibido (EEP-10), DAST-10 (Drug Substance Abuse Test), C-AGE e IPAQ (International Physical Activity Questionnaire).

Yo, _____, identificado con CC _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, ACEPTO la participación en esta investigación. Se firma a los días _____ del mes _____ del año 20 _____.

Acepto voluntariamente participar de la investigación SI: ____ No acepto: ____

Fecha y ciudad: _____

Firma: _____

Observaciones:

Investigadores principales:

Laura Duque Rozo
Estudiante de Psicología
C.C. 1088349160
Tel: 3116733369

Alexandra Muñoz Ortega
Estudiante de Psicología
C.C. 1144085545
Tel: 3156648508

Julen Osorio
Estudiante de psicología
C.C. 1034301627
Tel: 3186303030

Beatriz Muñoz
Directora de TG
Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali - Colombia
Calle 18 N.º 118-250 Cali, Colombia

Anexo 12 Consentimiento Informado Intervención

CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIÓN

Estimado(a) participante

Desde la asignatura Trabajo de Grado I, a cargo por el docente BEATRIZ MUÑOZ, los estudiantes LAURA DUQUE ROZO, JULEN OSORIO BOLAÑOS y ALEXANDRA MUÑOZ ORTEGA, pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, están llevando a cabo la investigación "Evaluación de un Programa de Intervención con Yoga sobre el Bienestar y la sintomatología de Estrés, Ansiedad y Depresión de Adultos emergentes", que tiene como objetivo general Evaluar los efectos de un programa de intervención con yoga sobre el bienestar y los síntomas de estrés, ansiedad y depresión de adultos emergentes.

Su participación consiste en estar en las siguientes actividades:

Entrevista semiestructurada. Estará a cargo por uno de los estudiantes de psicología de la investigación. Esta entrevista se llevará a cabo por medio de una plataforma virtual de videollamada, en la que se validará la información previamente suministrada por el participante, relacionada con datos sociodemográficos y criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, se realizará la presentación completa del programa de yoga, explicando detalladamente en que consiste, las condiciones para la práctica de yoga y el contenido de las sesiones. Finalmente, el participante responderá a los cuestionarios que corresponden a las medidas "pre" de la investigación, los cuales son: El inventario de Depresión de Beck (BDI), La escala de Ansiedad de Hamilton (BAI), La escala de estrés percibido (EEP-10) y la Escala de de Ryff para el bienestar psicológico. Importante tener en cuenta que una vez finaliza el programa de intervención, también se aplicarán los instrumentos previamente mencionados como medida "post" de la investigación. **Programa de yoga.** La participación en el programa de yoga será de 8 sesiones durante un mes, se llevarán ca cabo 2 sesiones por semana con una duración cada una de 1 hora y media aproximadamente.

Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe de tener en cuenta lo siguiente:

- La decisión de participar en la investigación es completamente PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA.
- Sus datos personales y la información obtenida son completamente CONFIDENCIALES, por el contrario, se utilizará un CÓDIGO/PSEUDÓNIMO para identificarlo.
- En el transcurso del estudio usted podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En el transcurso del estudio usted podrá RETIRARSE en cualquier momento, agradeciendo que nos informe las sus razones.
- En el transcurso del estudio nosotros podremos retirarnos en cualquier momento, y le explicaremos nuestras razones.
- NO recibirá ningún beneficio económico por su participación.
- NO tendrá que hacer un gasto económico durante su participación.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la Ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la Resolución No. 008430 de 1993 que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado. Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi participación en la investigación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado implica autorización para contestar Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), la Escala de estrés percibido (EEP-10) y la Escala de Bienestar de Ryff y participar del programa de yoga.

Yo, _____, identificado con CC _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, ACEPTÓ la participación en esta investigación. Se firma a los días ____ del mes _____ del año 20 ____.

Acepto voluntariamente participar de la investigación SI: ____ No acepto: ____

Fecha y ciudad: _____

Firma: _____

Observaciones:

Investigadores principales:

Laura Duque Rozo
Estudiante de Psicología
C.C. 1088349160
Tel: 3116733369

Alexandra Muñoz Ortega
Estudiante de Psicología
C.C. 1144085545
Tel: 3156648508

Julen Osorio
Estudiante de psicología
C.C. 1034301627
Tel: 3186303030

Beatriz Muñoz
Directora de TG
Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali - Colombia
Calle 18 N.º 118-250 Cali, Colombia

Anexo 13. *Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular*

ANEXO			
INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR			
VERSIÓN 4			
No. _____	Fecha: _____		
Nombre: _____	Edad: _____		
Dirección: _____			
Teléfono: _____			
INSTRUCCIONES			
A continuación encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.			
Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la <i>frecuencia</i> con que ocurre cada evento en su situación en particular.			
Factores influyentes	Nunca	A veces	Siempre
I dimensión			
Factores socioeconómicos			
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación).			
2. Puede costearse los medicamentos.			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
4. Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
II dimensión			
Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud			
7. Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
8. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Factores influyentes		Nunca	A veces	Siempre
10.	Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.			
11.	En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
12.	El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
13.	El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
14.	Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			
III dimensión				
Factores relacionados con la terapia				
15.	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
16.	Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17.	Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
18.	Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
19.	Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
20.	Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
IV dimensión				
Factores relacionados con el paciente				
21.	Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
22.	Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
23.	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
24.	Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

Con el objetivo de obtener una medida de la adherencia de los participantes al programa de yoga, el presente estudio optó por emplear una modificación del Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Ortíz, 2010), debido a que no se encontró un instrumento en la literatura adecuado para emplear en el marco de una investigación sobre el yoga cómo la llevada a cabo. Este instrumento en su versión original cuenta con 24 ítems que evalúan cuatro dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente. Las opciones de respuesta son 1 (*nunca*), 2 (*a veces*) y 3 (*siempre*). Dado que en el estudio no se hizo ninguna intervención farmacológica, se realizaron algunos cambios en el instrumento de manera que se ajustara a las características de la intervención realizada en el

presente estudio.

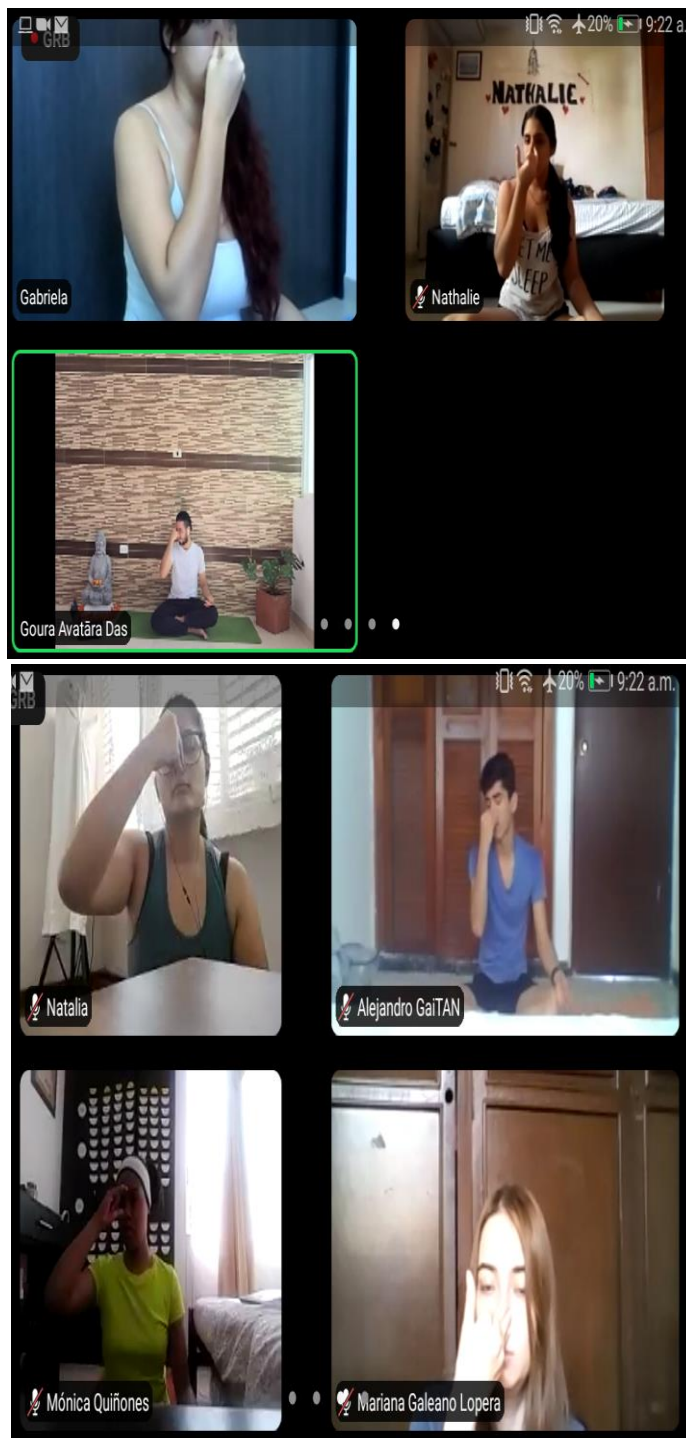
Estos cambios fueron los siguientes. Se omitieron 7 ítems (2, 4, 5, 9, 10, 13 y 14) ya que estos se relacionan con el costo y beneficios de los medicamentos, el acceso a la información sobre el manejo de la enfermedad y los resultados que se va a tener en la salud una vez termine el tratamiento médico; por otro lado 3 ítems se dejaron intactos (1, 15 y 17) y 14 ítems se modificaron, en la dimensión de factores socioeconómicos se ajustaron los ítems (3 y 6) cambiando las palabras consulta y tratamiento por sesiones y programa de yoga, en la dimensión factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud se modificaron los ítems (7, 8, 11 y 12) cambiando las palabras de médico y enfermera por equipo interventor; en la dimensión de factores relacionados con la terapia, se ajustaron los ítems (15, 16, 17, 18, 19 y 20) ajustando las palabras citas y tratamiento por sesiones y programa, así como también, en el ítem 17 se cambió la pregunta de “tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas” por “¿tuvo dificultades para recordar los horarios de las sesiones?” y el ítem 20 ¿cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar” por “¿considerar que las posturas y ejercicios fueron difíciles de realizar?” y en la dimensión de factores relacionados con el paciente se modificaron los ítems (21 y 23) en el que se cambió la palabra tratamiento por programa.

Resultados de participantes desertores

Cinco de los siete participantes que desertaron del estudio, respondieron al instrumento de adherencia del programa manifestando haberse retirado del mismo debido a: (a) factores socioeconómicos tales como disponibilidad económica para atender a sus necesidades básicas de alimentación y/o vivienda, ausencia de apoyo familiar, dificultades en recursos técnicos para atender las sesiones de yoga; y (b) factores relacionados con el programa, como lo fueron algunos inconvenientes para presentarse a las sesiones del programa debido a responsabilidades personales, largas distancias a recorrer desde sus lugares de trabajo hasta su lugar de práctica y/o la complejidad percibida de los ejercicios propuestos para las sesiones.

Anexo 14 Evidencias fotográficas de las sesiones

Primer momento: Ejercicios de Pranayama



Segundo momento: Práctica de Asanas



Tercer momento: Relajación y Nidra

