



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

KUNDALINI YOGA Y AUTOESTIMA: UN ESTUDIO CUALITATIVO EN
MUJERES DIAGNOSTICADAS CON ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA
NERVIOSA

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

DANIELA CONCHA MIRAUDA

Profesora Guía y Patrocinante: Mg.Ps. Leonor Villacura Avendaño

Metodóloga: Prof. Ilse López Bravo

Santiago, Chile

2012

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas mujeres que participaron en este estudio.

A Carla Bórquez por su compañía y trabajo en gran parte del proceso.

A Magaly Cruz por su gran ayuda y disponibilidad.

A Claudia Cruzat por su disposición y colaboración metodológica.

A Nam Nidhan Kaur Khalsa y Fundación Mujer de Luz por apoyar esta investigación y permitir que pudiera realizarse.

A Ana María Paganelli por su tiempo y dedicación.

A Isabel Norambuena por su excelente disposición.

A las instituciones que apoyaron esta iniciativa.

A Tomás por su apoyo y comprensión.

A todos aquellos que creyeron en esta investigación y colaboraron para hacer posible este proyecto.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
---	----------

II. MARCO REFERENCIAL

1. Antecedentes Teóricos	
1.1 Autoestima.....	9
1.2 Anorexia Nerviosa Y Bulimia Nerviosa.....	12
1.3 Autoestima y Trastornos Alimentarios.....	24
1.4 Kundalini Yoga.....	27
1.5 Autoestima, Trastornos Alimentarios y Kundalini Yoga.....	37

III. OBJETIVOS.....	41
----------------------------	-----------

IV. PREGUNTAS DIRECTRICES.....	42
---------------------------------------	-----------

V. MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo y diseño de investigación.....	44
2. Tipo de muestreo y muestra.....	45
3. Técnicas de producción y recolección de información.....	48
4. Procedimiento.....	52
5. Técnica de análisis de datos.....	56
6. Criterios de calidad.....	59
7. Consideraciones éticas.....	60

VI. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	61
---------------------------------------	-----------

VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	83
--	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 - Criterios diagnósticos según DSM-IV para anorexia nerviosa.....	13
TABLA 2 - Criterios diagnósticos según DSM-IV para Bulimia Nerviosa.....	19
TABLA 3 - Detalle de la deserción según el número de asistentes en cada sesión por Institución.....	55
TABLA 4 - Puntajes obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg antes y después del taller y el diagnóstico de cada una de las participantes.....	80
TABLA 5 - Rangos de los puntajes iniciales obtenidos por AN y BN.....	81
TABLA 6 - Rangos de los puntajes finales obtenidos por AN y BN.....	82

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Tabla de características y especificación de la muestra
ANEXO II - Lista de asistencia de las Participantes a las sesiones del taller
ANEXO III - Consentimiento Informado
ANEXO IV - Ficha de identificación
ANEXO V - Autoreporte de cada clase
ANEXO VI - Escala de Autoestima de Rosenberg
ANEXO VII - Estructura de Clase de Kundalini Yoga
ANEXO VIII - Programa de las sesiones del taller
ANEXO IX - Kriyas y Meditaciones utilizadas
ANEXO X - Categorías y subcategorías
ANEXO XI - Esquema de análisis de categorías y subcategorías
ANEXO XII - Transcripción de entrevista codificada
ANEXO XIII - Transcripción de autoreportes codificados

RESUMEN

Este estudio busca conocer y describir la experiencia de la práctica de Kundalini yoga en mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa respecto de los posibles efectos en su autoestima. Se realizó una intervención de ocho clases de Kundalini yoga para una muestra de nueve participantes. Se utilizó un diseño descriptivo de carácter cualitativo, basado en la Grounded Theory (Glaser y Strauss, 1967), utilizando entrevistas semiestructuradas y autoreportes escritos. Además la información fue complementada con un instrumento cuantitativo, la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) aplicada al inicio y al término del taller. El análisis cuantitativo de los datos se realizó mediante dos pruebas no paramétricas, la prueba del signo T para muestras pareadas y la prueba de Mann Whitney para muestras independientes. Los principales resultados y conclusiones señalan que las participantes percibieron un cambio beneficioso en su autoestima, traducido como un fortalecimiento de ésta. Además se encontraron una serie de elementos asociados al concepto de autoestima y que estarían relacionados al cambio experimentado. Asimismo, los resultados cuantitativos muestran un aumento significativo en la autoestima de las participantes luego de la intervención. Como conclusión, se consideran relevantes los beneficios a partir de la práctica de Kundalini yoga, así como permite cuestionar la relevancia de incluir esta intervención dentro del tratamiento multidisciplinario de estas patologías.

Palabras Clave: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, autoestima, kundalini yoga.

ABSTRACT

This study seeks to know and describe the experience of women diagnosed with anorexia nervosa and bulimia nervosa on the practice of kundalini yoga and the possible effects on self-esteem. An intervention of eight classes of kundalini yoga, with a sample of nine participants, was performed. It was used qualitative descriptive design based on Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967), using semistructured interviews and self-reports written. Furthermore, the information was complemented with a quantitative instrument, the Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) applied at the beginning and end of the workshop. A quantitative analysis of the data was performed by two nonparametric tests, the sign test for paired samples T test and Mann Whitney test for independent samples. The main findings and conclusions indicate that participants perceived a beneficial change in their self-esteem, translated into a strengthening of it. It also found a group of elements associated with the concept of self-esteem and may be related to the change experienced. Also, the quantitative results show a significant increase in self-esteem of the participants after the intervention. In conclusion, the benefits of the practice of Kundalini yoga are considered relevant, moreover, it allows to question the relevance of the inclusion of this intervention in the multidisciplinary treatment of these pathologies.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, self-esteem, kundalini yoga.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al abordar la problemática de los trastornos alimentarios, se encuentra que los dos cuadros más relevantes y estudiados son Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Estas patologías han tomado aún más importancia debido al incremento alarmante en las últimas tres décadas en los países occidentalizados. Es más, ya se han convertido en una preocupación de salud pública en países desarrollados, y si bien en Chile, aún no representan un problema de esta categoría, su tendencia presentacional también ha ido en progresivo aumento, principalmente en mujeres adolescentes (Behar y Figueroa, 2004).

Es abundante la literatura en torno a estas patologías alimentarias, la que hace referencia a la sintomatología, etiología, consecuencias, etc. Dentro de los aspectos fundamentales de estos cuadros se ha considerado, por una parte, que un factor transversal en la aparición, desarrollo, mantención y recuperación de un trastorno alimentario es la autoestima; es más, se ha señalado que se genera una relación única y directa con este tipo de trastornos (Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999; Mayer, Muris, Meesters y Zimmermann-van Beuningen, 2009; Shea y Pritchard, 2007). Además, se ha señalado que la autoestima es resultado de la interacción con el medio, es decir, es un aspecto que puede ser intervenido y desarrollado en pos de su fortalecimiento (Dorr, 2005).

Por otra parte, en la literatura también se ha destacado otro aspecto fundamental en este tipo de patologías alimentarias: el tratamiento debe ser multidisciplinario en ambos trastornos. Si bien la psicoterapia es un aspecto central, no es suficiente a la hora de enfrentar patologías tan complejas como estas (Behar y Figueroa, 2004). En relación a esto, es que surge el intento por complementar el tratamiento de estos trastornos alimentarios, con lo cual se ha intentado incorporar nuevas técnicas, como es la práctica de yoga. De esta manera, han surgido algunos estudios que señalan cómo la práctica de yoga resulta favorable para este tipo de pacientes, los que se sentían mejor con sus cuerpos, captaban mejor sus sensaciones, tenían actitudes más sanas hacia la comida y

se sentían más satisfechos con ellos mismos (Carei, Fyfe-Johnson, Breuner y Brown, 2009; Daubenmier, 2005; Foltz-Gray, 2006, 2007; Prichard y Tiggemann, 2007; Shannahoff-Khalsa, 2006).

Existen diversos tipos de yoga, los que enfatizan distintos aspectos durante su práctica. De esta manera, algunos destacan los ejercicios y posturas físicas, como otros, se centran en aspectos de meditación e introspección. Uno de los tipos de yoga, que se distingue por ser uno de los más completos e integradores, es el Kundalini yoga. Este se caracteriza por la utilización de varias técnicas de respiración, ejercicios físicos, posturas corporales, relajación y meditación, entre otros. Su foco de trabajo es la introspección personal, mediante la cual la persona logra contactarse con aspectos más profundos de sí misma y deja de creer que es sólo su apariencia y personalidad, provocando una profunda aceptación y amor hacia sí mismo. Si se considera la problemática de los trastornos alimentarios, y el factor central de la autoestima en estas patologías, el énfasis de este tipo de yoga, se vuelve aún más relevante.

Por estos motivos surge la siguiente pregunta de investigación acerca del Kundalini yoga como técnica complementarias al tratamiento de pacientes con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, y específicamente enfocado en la autoestima: ¿Cuál es la experiencia de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en relación a la práctica de Kundalini Yoga y los posibles efectos en su autoestima?

La relevancia de realizar esta investigación, reside en que parece relevante aportar al conocimiento, por un lado, de los trastornos alimentarios y en la inclusión de nuevas técnicas en el tratamiento multidisciplinario de estos. Así también se quiere aportar en cuanto a las investigaciones que han estudiado la práctica de yoga en el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios, ya que en su mayoría no especifican qué tipo de yoga se realiza en la intervención. Dicho de otro modo, no existen antecedentes de la

realización y evaluación de una experiencia relacionada con Kundalini Yoga en estos trastornos, como tampoco estudios que lo vinculen específicamente con la autoestima.

Para lograr lo planteado anteriormente, se realizará una investigación enmarcada dentro de lo que es la Psicología Transpersonal, ya que pretende integrar los conocimientos de los distintos enfoques de psicología, en cuanto a trastornos de la conducta alimentaria y autoestima, junto con técnicas espirituales, como es en este caso el Kundalini yoga. De esta manera, se desarrollará un estudio cualitativo de carácter descriptivo, complementado con una escala cuantitativa, donde se pretende conocer y describir la experiencia de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en relación a la práctica de Kundalini Yoga y los posibles efectos en su autoestima.

II. MARCO REFERENCIAL

1. Antecedentes Teóricos

1.1. Autoestima

La autoestima ha sido abordada desde diversas vertientes y autores, lo que ha significado una serie de transformaciones del concepto a través de los años. Desde una perspectiva psicológica clásica, el psicoanálisis y la teoría de las relaciones objetales abordada por Kernberg (1979 citado en Dörr, 2005), entiende el self como una estructura del yo basada en las experiencias primarias indiferenciadas del bebé con su madre, es decir, la construcción del sí mismo se iniciaría con la indiferenciación, evolucionando a una diferenciación consistente entre las representaciones de sí y los objetos. Para este autor, la autoestima se entiende como el desarrollo de la *confianza en uno mismo* producto de las experiencias gratificantes con la madre. Este constructo estaría regulado y determinado por varios niveles de superyó, un nivel crítico del yo y un ideal del yo producto de la integración de objetos ideales y autoimágenes introyectadas. La confianza en sí mismo se encontraría en permanente ajuste, tanto en relación a las experiencias relacionales como a las experiencias con objetos internos.

Otros autores han abordado la autoestima desde su aspecto psicosocial, Bandura (1977 citado en Dörr, 2005, p.31) plantea que “existiría una relación entre expectativas de rendimiento exitoso y profecía autocumplida”. Similar es el concepto de autoestima que plantea Branden (1993), el que corresponde a una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito, el que explica como la suma integrada de confianza y de respeto hacia sí mismo. Por otra parte, los autores Valdez y Reyes (1992 citado en Dörr, 2005) señalan que la autoestima implica aspectos conductuales, afectivos y físicos, reales e ideales, acerca del propio individuo, y que funciona como un código subjetivo de acción hacia el medio interno y externo.

Autores como Shavelson, Hubner y Stanton (1976 citado en González-Pienda, Núñez, Glez.-Pumariega y García, 1997) agregan que la autoestima constituye las percepciones que una persona tiene sobre sí misma como resultado de la interpretación

de la propia experiencia y del ambiente, las que son influenciadas por los refuerzos de los otros significativos así como por los propios mecanismos cognitivos. En esta misma línea, Ellen Piers (1967 citado en Gorostegui, 2004) define autoestima como un conjunto de actitudes valorativas hacia el sí mismo, que tienen efectos motivacionales sobre la conducta. Estos autores coinciden en que la autoestima sería la dimensión valorativa y afectiva del sujeto, que representa la importancia o valor que tiene la propia autoimagen percibida y se relaciona con el ideal del yo (Dörr, 2005; González-Pianda et al., 1997; Gorostegui, 2004). Además, la autoestima no sería un constructo que cambia con facilidad, y su modificación obedece a un proceso en el que el sujeto va incluyendo, excluyendo y acomodando rasgos a lo largo del ciclo vital. Además, habría áreas más difíciles de cambiar que otras y existirían etapas críticas de cambio durante el desarrollo (Dörr, 2005; Gorostegui, 2004).

Existe consenso en considerar que la estimación de sí mismo tiene una clara orientación afectiva y puede ser evaluada de acuerdo a la valencia positiva o negativa que tiene para el sujeto. En este sentido, Rosenberg (1965 citado en Rojas- Barahona, Zegers y Forster, 2009, p.3) define la autoestima como “un sentimiento hacia uno mismo que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de la evaluación de las propias características.” Este autor propone también el concepto de *valor propio*, el cual se relaciona con las nociones acerca de lo deseable, que representan el criterio individual para la autoevaluación. Lo deseable se basaría de forma más directa en la experiencia individual que en los valores sociales, incluso de aquellos pertenecientes a los grupos primarios. De acuerdo con Rosenberg (1965 citado en Mruk, 2006), el concepto de valor propio es fundamental, ya que crea una relación entre la autoestima y la conducta que determina una identidad particular. Por lo tanto, estos valores son personales en el sentido que afectan directamente la identidad del individuo, sin considerar clase social o contexto.

Por su parte, Rogers (1976 citado en Gorostegui, 2004) quien es considerado una importante influencia en relación al entendimiento de la autoestima, plantea que la experiencia de sí mismo engloba todos los hechos y acontecimientos que el individuo

reconoce en relación al yo, y que constituye la imagen o idea del yo. En ella están incluidos los valores positivos y negativos que el individuo hace de las percepciones, tal como se mencionó anteriormente. En relación a esta vivencia global de la autoestima, Rosenberg (1979 citado en Owens, 2000) argumenta que esta experiencia está definida por la importancia psicológica de los acontecimientos, representaciones, etc. dentro del sistema de cada individuo.

Otro de los autores destacados es Abraham H. Maslow (1985), quien postula la autoestima como una necesidad que debe cubrirse. Él relaciona este concepto con la autovalía, el éxito y prestigio, ya que es necesario tener éxitos propios, reconocerse a sí mismo y que los demás reconozcan a la persona como competente para satisfacer, lo que el autor identifica como, la necesidad de autoestima. Señala además que el lograr satisfacer esta necesidad es imprescindible para la autorrealización de toda persona.

En relación a la evolución de la autoestima, Bolívar y Rojas (2009) plantean que la autoestima se construye constantemente y a lo largo de toda la vida, y en este proceso los demás se convierten en elementos fundamentales, haciendo las veces de evaluadores externos a la persona. Sin embargo, la persona también realiza una construcción interna según sus propias experiencias, la cual será positiva o negativa según el criterio de evaluación que haga el sujeto de estos acontecimientos.

Otra perspectiva de la autoestima se encuentra en la Teoría de William James sobre el self (James, 1951 citado en Gorostegui, 2004). El autor señala que cómo se sienta una persona acerca de sí mismo, dependerá de lo que apueste a ser y hacer. Este sentimiento está determinado por la proporción entre la realidad propia y nuestras supuestas potencialidades. Por lo tanto, la autoestima dependerá del éxito obtenido de acuerdo a las metas propuestas.

Es en relación a este supuesto que se pueda tener sobre sí mismo que aparece el riesgo de que exista una gran discrepancia entre la autoimagen percibida y la ideal. Esta diferencia genera una alta probabilidad de construir una autoestima negativa, aún cuando la autoimagen inicial no sea negativa. Por tanto, aunque es importante la imagen que la

persona tiene de sí misma, también lo es el valor de dicha autoimagen (autoestima), pues ello modulará dicho nivel así como los efectos de la discrepancia entre lo que la persona es, lo que quiere ser y lo que los demás quieren que sea (González-Pianda et al., 1997). Es necesario destacar que aunque la autoestima tenga dimensiones que son relativamente independientes entre sí, la autoestima global que el sujeto percibe no es una suma de estas, sino más bien una percepción global (Sansinenea y Sansinenea, 2004).

1.2. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

La Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, han sido los cuadros mayormente estudiados, dentro de las patologías alimentarias, por lo que son también los más claramente definidos en relación a su sintomatología, etiología, epidemiología, tratamiento, etc. Ambos cuadros comparten un importante número de criterios clínicos, incluso en la mayoría de los casos, los trastornos no se presentan de forma pura en el transcurso de su evolución (Behar y Figueroa, 2004). A continuación, se exponen los elementos principales considerados en ambas patologías.

Anorexia nerviosa (AN)

Para comenzar, se referirá a la Anorexia Nerviosa (AN) como un síndrome, donde su sintomatología es definida por las conductas y consecuencias producto del “deseo irrefrenable de alcanzar la delgadez, y no por una autentica pérdida o falta de apetito, el que puede estar conservado o aún aumentado” (Behar y Figueroa, 2004, p.27).

La primera descripción del trastorno fue realizado por Porta en el siglo XVI. Luego en el siglo XVII, Morton le da el nombre de “atrofia nerviosa”. Hacia finales del siglo XIX, Gull y Laségue, hablaron sobre la vinculación del cuadro con alteraciones de naturaleza histórica como posible causa psicológica. Entrando al siglo XX, Janet busca diferenciar

una Anorexia de naturaleza obsesiva y otra histérica, mientras que Bell hace una comparación entre la forma de vida de mujeres santas de siglos pasados y su similitud con la actual AN (Behar y Figueroa, 2004).

En la actualidad, los criterios diagnósticos necesarios, para hablar de un caso de AN se adjuntan en la siguiente tabla según DSMIV (ver Tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos según DSM-IV para anorexia nerviosa
<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal al nivel o sobre un peso mínimo normal para la edad y la altura (por ejemplo: pérdida de peso que conduce a un peso corporal de menos del 85% del esperado o fracaso en obtener el peso esperado durante el periodo de crecimiento y que conduce a un peso corporal de menos del 85% de lo esperado).</p> <p>B. Intenso temor a la ganancia ponderal o a la gordura aún estando emaciada.</p> <p>C. Distorsión del modo como se experimenta el propio peso o la silueta corporal, influencia inapropiada del peso o silueta corporal en la autoevaluación o negación de la seriedad del bajo peso corporal actual.</p> <p>D. En las mujeres ausencia al menos de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria).</p> <p><i>Especificar el tipo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a comilonas o purgas (por ejemplo: provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). • Tipo compulsivo/purgatorio: durante el episodio de la anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a comilonas o purgas (por ejemplo: provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
<ul style="list-style-type: none"> • Traducida y adaptada de: American Psychiatric Association, 1994

Este trastorno afecta en la mayoría de los casos a mujeres (90% a 95%), su prevalencia en la población femenina adolescente es de 0,5% a 1% y el riesgo de desarrollar AN es 1: 250, siendo los 15 años la edad promedio de inicio. Actualmente la incidencia del trastorno en mujeres es aproximadamente de 8 por 100.000 sujetos al año, aunque según una investigación realizada por la American Psychiatric Association el año 2000, la incidencia entre mujeres de 15 a 24 años parece haber aumentado (Behar y Figueroa, 2004).

Al hablar de las posibles causas de la AN, nos encontramos con que su etiopatogenia es tan variada como confusa e imprecisa, y ha sido abordada desde diferentes puntos de vista psicológicos, socioculturales y biológicos (Behar, 2000 citado en Behar y Figueroa, 2004).

Se comenzará abordando el punto de vista psicológico, donde varios autores han puesto especial atención a la dinámica familiar dentro de la que viven las pacientes. En estas dinámicas “sus miembros están muy involucrados entre sí o son muy controlados, impidiendo que la paciente esté en armonía con sus necesidades más íntimas” (Behar y Figueroa, 2004, p.29). Aparecen también conductas sobreprotectoras, rigidez y un escaso afrontamiento de los conflictos, donde el acento se pone en mantener una aparente armonía familiar (Behar y Figueroa, 2004). Por otro lado, es común una figura paterna ausente y una madre ambivalente, la que aparece por una parte hogareña y cariñosa, y al mismo tiempo profundamente inmadura, dependiente e incapaz de brindar apoyo (Behar y Figueroa, 2004). Pese a esto, no existe un acuerdo sobre la existencia de una dinámica familiar causante del trastorno, ya que “así como no se puede hablar de “la” personalidad de la anoréxica, tampoco cabe hablar de “la” familia de la anoréxica” (Selvini-Palazzoli et al., 1999 citado en Behar y Figueroa, 2004, p.239).

Otras corrientes psicológicas, han hipotetizado en torno a los posibles orígenes y síntomas del trastorno. Por ejemplo, la teoría psicoanalítica entiende la conducta anoréxica como consecuencia de un temor a la impregnación oral por un lado y por otro, como un rechazo de la sexualidad. Por su parte, la escuela psicósomática relaciona este trastorno al instinto de muerte, con lo que el acto de no comer se transforma en una verdadera forma de suicidio inconsciente (Behar y Figueroa, 2004).

Un punto en común entre las diversas escuelas teóricas, es el consenso general de que la mayor parte de las pacientes con AN, pierden la autoconfianza y el sentido de

autonomía, lo que se convierte en un importante obstáculo al momento de iniciar y mantener cualquier tipo de tratamiento (Behar y Figueroa, 2004).

Respecto de la biología del trastorno, ésta aún no deja claro si algunas alteraciones encontradas en pacientes anoréxicas, tales como “alteraciones a nivel del eje hipotalámico-hipofisiario de los órganos endocrinos, neurobioquímicas, del sueño, inmunológicas, neuroanatómicas, electroencefalográficas y genéticas” (Behar y Figueroa, 2004, p.31) son una de las posibles causas del trastorno o son consecuencia de la severa desnutrición causada por la negativa a ingerir alimentos (Behar y Figueroa, 2004).

Tal como se mencionó anteriormente, la etiología del trastorno no está claramente definida, pese a esto, existen diversos factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes del cuadro. En primer lugar, es importante considerar una serie de elementos que suelen encontrarse en la personalidad premórbida de las pacientes, como un alto nivel intelectual, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y autocontrol, características que las lleva a obtener un alto rendimiento en actividades académicas, deportivas y laborales. Es importante destacar que un alto grado de perfeccionismo relacionado con insatisfacción corporal, es una combinación de altísimo riesgo para el posible desarrollo de la enfermedad (Behar y Figueroa, 2004).

Otra característica es que aparecen rasgos de personalidad dependientes y obsesivo-compulsivos, extremada rigidez e inseguridad, una pobre autoestima, y una necesidad constante de aprobación de otros, por lo que buscan complacer. Asimismo se ha visto que presentan un grado de alexitimia, es decir, tienen dificultad para la expresión verbal de emociones y afectos relacionados a sus conflictos, como también inconvenientes en la discriminación de las necesidades propias. Su pensamiento suele ser del “todo o nada”, su razonamiento de naturaleza dicotomizada y muestran cierto grado de distorsión perceptual (Behar y Figueroa, 2004).

En relación a los factores desencadenantes que pueden ocurrir a lo largo del ciclo vital y que se han relacionado con la aparición del trastorno, se encuentran entre los más comunes, la pérdida de personas importantes y separaciones, el alejamiento del hogar, fracasos en experiencias, ya sean emocionales o sexuales, como también el primer acercamiento sexual, o el abuso. Además se menciona un intenso temor a asumir nuevas responsabilidades, los comentarios de tipo crítico y desagradables acerca del propio cuerpo, así como las dietas de adelgazamiento estrictas, el exceso de ejercicio, o también enfermedades que pueden producir cansancio, delgadez extrema, o en otros casos, patologías traumáticas producto de algún accidente (Behar y Figueroa, 2004).

En última instancia, aparecen los factores que permiten que el trastorno se perpetúe en el tiempo. Entre estos agentes se destacan principalmente la emancipación, las alteraciones intestinales y la distorsión de la imagen corporal, los cuales mantienen el círculo vicioso de la enfermedad (Behar y Figueroa, 2004).

Respecto de la comorbilidad del trastorno, existe un gran porcentaje diagnosticado con AN que presentan a su vez, un trastorno depresivo mayor y/o distimia, oscilando entre el 50% y el 75% de los casos, mientras que entre un 10% y 13% presenta un trastorno de tipo obsesivo-compulsivo. Dentro del diagnóstico, se debe descartar que la delgadez no sea producto de alguna enfermedad médica u otros trastornos psiquiátricos (Behar y Figueroa, 2004).

Una vez realizado un diagnóstico claro de la enfermedad, el tratamiento de la AN debe dirigirse, en primer lugar, a mejorar el estado físico de la paciente, lo que dependerá del estado de desnutrición en el que se encuentre. Al alcanzar una mejoría en el estado físico, se ha observado que mejora también la recepción a la terapia, instancia en la que se deben tratar los aspectos psicológicos y ambientales que originan y mantienen el trastorno. En relación a lo anterior, se ha observado que la respuesta a la terapia es

positiva al inicio, alrededor del 70%. Esta cifra disminuye con el tiempo, ya que entre el 40% al 50% de los casos evoluciona de manera positiva (Behar y Figueroa, 2004).

En relación al curso y pronóstico del cuadro, se ha visto que el porcentaje de recuperación es bajo, “alrededor del 44% recupera el peso y ciclo menstrual, cerca del 24% nunca alcanza el peso recomendado para la talla, con menstruación ausente o esporádica en el mejor de los casos, mientras que el 28% tiene una recuperación esporádica y el 5% fallece” (Behar y Figueroa, 2004, p.38).

A pesar de que en gran parte de los casos hay una mejora en la sintomatología, una recuperación del peso mínimo para la edad y talla, y menstruaciones regulares, los sujetos continúan con distorsiones de la imagen corporal, de los hábitos alimentarios y otras dificultades psiquiátricas, de hecho alrededor del 40% de los casos presentan síntomas bulímicos. Cuando la evolución es desfavorable, en el 75% de los casos se cronifica la anorexia nerviosa, en el 50% aparece bulimia, el 5% presenta obesidad refractaria al tratamiento y entre el 5% y el 20% de los casos es fatal, producto de complicaciones derivadas del precario estado físico o de suicidio (Behar y Figueroa, 2004).

Bulimia Nerviosa (BN)

El caso de la Bulimia Nerviosa (BN) se caracteriza por episodios críticos, en el que la persona afectada ingiere una cantidad de alimentos significativamente superior a la normal, acompañado de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta. Estos atracones conllevan conductas de compensación para evitar efectos sobre el peso y la silueta corporal, tales como los vómitos autoinducidos, uso de laxantes y diuréticos, restricción alimentaria y ayunos. La persona que padece BN presenta una preocupación excesiva por el peso y el cuerpo, cambios de ánimo constante, marcados por sentimientos de tristeza, ansiedad y sobre todo culpa (Behar y Figueroa, 2004; Toro, 2008).

El síntoma fundamental de este trastorno es el atracón, es decir, la ingesta excesiva y voraz de alimentos preferentemente calóricos y altos en carbohidratos. Cada atracón suele estar precedido de una sensación compleja de hambre imperiosa y ansiedad, con un periodo previo de restricción alimentaria en la mayoría de los casos (Behar y Figueroa, 2004; Toro, 2008). Durante la ingesta es común que se experimente un descontrol total acompañado de un impulso y deseo de sentirse mejor. Después del atracón, aparece la sensación de vergüenza, disgusto, mareo, agotamiento, alivio, dominación, etc., junto con la promesa interna que esta será la última vez. Estos episodios atentan contra el sentido de autocontrol y la autoestima, aumentando los sentimientos de incapacidad y la preocupación por el cuerpo y el peso (Behar y Figueroa, 2004; Hall y Cohn, 2001).

Históricamente el trastorno ha recibido mucha menos atención que la AN, sólo en el siglo XIX y XX comienza a tomar relevancia dentro de los trastornos del comportamiento alimentario. De hecho, los atracones sólo eran considerados importantes si es que eran síntomas de otra enfermedad médica (Toro, 2008). El término fue usado por primera vez en 1398 por John Trevisa, refiriéndose inicialmente a un hambre voraz, sin incluir vómitos u otras prácticas asociadas (Giannini, 1993 citado en Toro, 2008). A mediados del siglo XX, la bulimia era abordada como un síntoma, los vómitos y laxantes eran considerados meras medidas compensatorias al atracón, y si se determinaba que era una conducta recurrente en la AN, pues se entendía como un síntoma de ésta (Beumont, 1991 citado en Toro, 2008). Es sólo a fines de la década de los 70 que comienza a considerarse como una entidad autónoma y comienza a estudiarse en personas con peso normal. Fue Stunkard quien realizó los criterios diagnósticos para el síndrome, que no incluía vómitos ni laxantes, y sin modificaciones fue incorporado al DSM III como *Bulimia* (Toro, 2008). Es en 1979 que Russel describe los criterios de la BN, incluyendo atracones, conductas compensatorias y un fundamental miedo a engordar. De ahí que haya sido incluida esta acepción en el DSM III de 1987 y que sea la actual definición del trastorno (Toro, 2008).

Actualmente, los criterios diagnósticos necesarios para hablar de un caso de BN, se adjuntan en la siguiente tabla según DSM –IV (ver Tabla 2).

Tabla 2. Criterios diagnósticos según DSM-IV para Bulimia Nerviosa
<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo) <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p> <p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p><i>Especificar el tipo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. • Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
<ul style="list-style-type: none"> • Traducida y adaptada de: American Psychiatric Association, 1994

Las personas con BN son en extremo reservadas acerca de su conducta e intentan aparentar que comen de forma normal. Es común que sientan vergüenza del trastorno y tengan la idea de ser dos personas a la vez: una que quiere terminar con la BN y estar sana, y otra que sabotea constantemente los esfuerzos por mejorar. Por esto es usual que la mentira sea un recurso común dentro de esta patología (Hall y Cohn, 2001).

Entre las complicaciones fisiológicas que puede traer la BN cabe mencionar la erosión del esmalte dental, tumefacción dolorosa en glándulas salivales, formación de callos en el dorso de la mano, arritmias cardíacas, nefropatías, parestesias, retención de líquidos, colon irritable, megacolon, neumonías, faringitis, esofagitis, reflujo, alteraciones hidroelectrolíticas, fatiga, cefaléas, náuseas, hinchazón y calambres, entre otras (Behar y Figueroa, 2004). Por otra parte, los conflictos en las relaciones interpersonales, el aislamiento, problemas de autoestima y de dinero, también pueden ser consecuencia de la BN (Behar y Figueroa, 2004; Toro, 2008).

Los estudios en torno a la epidemiología de la BN no son precisos, debido a que esta enfermedad suele ser ocultada. Pero se ha observado que la incidencia es marcadamente mayor en mujeres que en hombres (1: 9), con un promedio de 20 años de edad y un peso normal en la mayor parte de los casos. Se estima que en mujeres jóvenes la prevalencia es de un 1- 5%, aunque hay estudios en estudiantes universitarias que señalan una prevalencia de un 15 % (Behar y Figueroa, 2004; Hall y Cohn, 2001), incluso expertos sugieren que 1 de cada 3 mujeres ha practicado conductas de este tipo. A diferencia de la anorexia, que sus tasas han sido relativamente constantes en las últimas décadas, hay indicios de que la BN ha tenido una incidencia y un crecimiento importante a partir de los años 80 (Hall y Cohn, 2001), convirtiéndose en el trastorno alimentario más común dentro de la práctica clínica (Behar y Figueroa, 2004).

Al hablar de la etiopatogenia de la BN, nos encontramos con un trastorno de origen multifactorial, siendo el modelo biopsicosocial el más aceptado, que explicaría las posibles causas y factores de mantenimiento de la enfermedad, considerando la interacción con factores socioculturales, psicológicos y biológicos (Chinchilla, 2003).

En relación a lo anterior, diversas investigaciones hablan de factores genético-hereditarios, de hecho los estudios familiares y de concordancia gemelar, sugieren que el factor genético funcionaría como agente de predisposición (35%), pero en menor medida

que en la Anorexia (70%), por lo que en el caso de la BN tendrían mayor incidencia los factores socioculturales. Además se ha observado que en la BN hay una mayor presencia de familiares directos con patologías psiquiátricas que en el resto de la población. (Chinchilla, 2003; Hall y Cohn, 2001; Toro, 2008). Por esto se postula una supuesta vulnerabilidad genética en la BN que afectaría la estructura de personalidad y el desarrollo de obesidad, lo que predispondría al desarrollo del trastorno (Chinchilla, 2003).

De los factores asociados al núcleo familiar, la BN suele relacionarse con familias desorganizadas y conflictivas, que presentan desconfianza entre los miembros, dependencia y control emocional, así como falta de empatía y afecto por parte de los padres (Chinchilla, 2003). Hall y Cohn (2001) señalan que en la mayoría de los casos se trata de familias donde no se cubren las necesidades emocionales, físicas y/o espirituales, en las que los sentimientos no suelen ser expresados y falta comunicación. En el caso de las mujeres, suelen ser consideradas como hijas modelo, por lo que están constantemente tratando de agradar al resto, mostrándose extrovertidas, seguras e independientes. A partir de sus investigaciones, Hall y Cohn (2001) consideran que la BN sería una forma de decir lo no dicho, en este caso la necesidad de ser cuidadas y sentirse amadas, también respondería al miedo de enfrentarse solas al mundo y de retrasar la madurez.

En relación a los factores biológico-individuales, estudios señalan alteraciones neurobiológicas de distintos tipos. Parece estar demostrado que existe un hipofuncionalismo serotoninérgico, noradrenérgico y dopamínico, aunque aún no se concluye si es causado por el trastorno o es previo a su aparición (Chinchilla, 2003; Hall y Cohn, 2001; Toro, 2008). Esto explicaría la alteración en los mecanismos de regulación del hambre y la saciedad, un metabolismo basal disminuido, un aumento en la impulsividad y un incremento en los trastornos afectivos. Por último, existiría una alteración de los niveles de insulina debido a la ingesta desmedida, lo que produciría más hambre y perpetuaría los atracones (Chinchilla, 2003).

Con respecto a los factores psicológicos, en la BN habría una alteración de la imagen corporal, un miedo obsesivo a la obesidad, tendencia al perfeccionismo compensatorio, sentimientos de insuficiencia y disfóricos-distímicos (Chinchilla, 2003; Hall y Cohn, 2001). Strober (1991 citado en Chinchilla, 2003), por su parte, señala que hay predisposiciones en la personalidad, como exitabilidad, búsqueda de emociones, falta de persistencia, falta de gratificación, disforia ante el rechazo, preocupación por el peso y la silueta, y baja autoestima. También se ha señalado que existe mayor riesgo cuando la personalidad premórbida es límite y existe una preocupación narcisista hacia lo corporal (Behar y Figueroa, 2004).

Por otra parte, suelen haber problemas en las relaciones interpersonales. Un estudio realizado por Hall y Cohn (2001) con mujeres en proceso de recuperación, encontró que la mayoría de ellas se sentía incómoda con las relaciones íntimas y les era difícil confiar en los demás. Además muchas habían sufrido maltrato emocional y/o abuso sexual (Behar y Figueroa, 2004; Hall y Cohn, 2001). Cabe mencionar que la explicación más común que los mismos pacientes señalan acerca de la BN, es una mezcla de baja autoestima, problemas durante la infancia y presiones culturales (Hall y Cohn, 2001; Toro, 2008).

También en la línea de los factores individuales, es importante destacar la comorbilidad que existe en la BN con otros trastornos. Es común el abuso de sustancias, especialmente alcohol y cocaína; en la mayoría de los casos existe un trastorno afectivo de depresión mayor; alrededor del 50% presentan un trastorno de ansiedad; se ha observado también gran prevalencia en trastornos de personalidad, especialmente el trastorno límite; además es frecuente que exista un bajo control de impulsos, por lo que la cleptomanía, los robos, las automutilaciones y un mayor riesgo suicida pueden estar presentes (Behar y Figueroa, 2004; Chinchilla, 2003).

En relación al tratamiento tradicional para la BN, es central la psicoterapia individual o grupal, de tipo cognitivo-conductual, interpersonal, psicodinámica o familiar, acompañado de farmacoterapia. Rara vez requiere hospitalización, a menos que haya riesgo suicida, poca red de apoyo, sintomatología alimentaria grave o sintomatología médica grave. El tratamiento psicoterapéutico y farmacológico debe durar mínimo un año y el seguimiento mínimo tres (Behar y Figueroa, 2004).

En cuanto al pronóstico, existe poca información acerca del curso a largo plazo de la BN, sin embargo se ha podido observar que se trata de un trastorno de larga evolución y bastante resistencia. Pese a esto, el pronóstico parece ser mejor que en la AN, aunque la tasa de suicidio sea similar, la mortalidad es bastante inferior. Se ha observado que tras un año de evolución dos tercios de los pacientes ya no cumplen con todos los criterios diagnósticos, siendo muy pocos los que evolucionan hacia una AN (Toro, 2008). Sin embargo, el riesgo de recaída es importante, casi un tercio de las mujeres recaen durante los cuatro años siguientes.

En el caso de un pronóstico negativo, existen diversos indicadores tales como, el diagnóstico de un trastorno del control de los impulsos, una AN anterior con muy bajo peso, y una mayor severidad y duración de los síntomas (Behar y Figueroa, 2004). Además de los anteriormente mencionados, la larga duración del trastorno, gran cantidad de atracones y vómitos al principio del cuadro, y una familia con historial depresivo y/o alcohólico, también podrían sugerir mayor dificultad en la recuperación (Toro, 2008).

Es importante destacar que en ambos cuadros, participan factores socioculturales que influyen en el desencadenamiento, desarrollo y mantención del trastorno. Desde una perspectiva sociocultural, es recurrente hablar de la posible relación entre el aumento del porcentaje de pacientes diagnosticadas con AN o BN y la creciente sobrevaloración de la delgadez y estigmatización de la obesidad, que existe en la sociedad occidental. La presión que genera el actual escenario por alcanzar este ideal de belleza esbelto, que se

asocia al éxito en general, deja a los sujetos en una posición bastante vulnerable en relación al riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (Behar y Figueroa, 2004).

En relación a estos ideales corporales, la sociedad actual genera mensajes contradictorios respecto a los estándares de belleza y los hábitos alimentarios. Por un lado existe una creciente sobresaturación de alimentos, cada vez más atractivos y accesibles, mientras que por otra parte, aumenta exponencialmente el culto a la belleza y la delgadez, el cual se refleja en el creciente número de planes, dietas y diversos sistemas para mantener una figura “ideal” (Behar y Figueroa, 2004).

1.3. Autoestima y Trastornos Alimentarios

Numerosos estudios han abordado el tema de la relación entre autoestima y trastornos alimentarios, llegando a resultados que instalan a este factor como fundamental en el desarrollo de estas patologías, es más, se genera una relación única y directa con este tipo de trastornos (Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999; Mayer, Muris, Meesters y Zimmermann-van Beuningen, 2009; Shea y Pritchard, 2007).

En primer lugar, se sitúa una baja autoestima como un factor de riesgo importante en el desarrollo de un trastorno alimentario (Courtney, Gamboz y Johnson, 2008). De hecho, hay estudios que señalan que el bajo nivel de autoestima, es decir, un alto nivel de insatisfacción consigo mismo, sería el predictor más importante en el desarrollo de síntomas de un trastorno alimentario (Bjorck, Clinton, Sohlberg y Norring, 2006). Otro estudio confirmó que la autoestima actúa como principal mediador de la relación entre los rasgos de personalidad y el desarrollo de estas patologías (Borda, Avargues, López, Torres, Del Rio y Pérez, 2011).

Algunas de las investigaciones respecto de cómo el nivel de autoestima influye en la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria, sugieren que la baja autoestima, sumado a una autovaloración en términos de peso y silueta en niñas de entre 7 y 8 años, predice una alta probabilidad de desarrollar alguna de estas patologías. Posteriormente, en la adolescencia temprana, una imagen corporal negativa con raíces en la imagen corporal desarrollada durante la infancia, es altamente predictiva de depresión y trastorno alimentario. En esta línea, se observaron a niñas entre 5 y 7 años con insatisfacción corporal y preocupación por el peso, las que pasados un par de años, presentaban mayor restricción en la dieta, tendencia a la realización de dietas independiente del peso y una alteración en sus actitudes alimentarias (Facchini, 2006).

A partir de lo anterior, se puede considerar que las preocupaciones desmedidas en relación a la imagen corporal comienzan en la infancia, siguiendo un desarrollo a lo largo del ciclo vital, donde “una actitud y cognición negativa hacia el propio cuerpo y su imagen puede ser causa de problemas emocionales, sobre todo en la adolescencia, convirtiéndose en la mayoría de los casos en uno de los factores desencadenantes, predisponentes y mantenedores del trastorno” (Killen et al., 1994 citado en Ochoa de Alda, 2009, p.114). Los orígenes de estas actitudes se encontrarían en factores del contexto familiar, experiencias difíciles y diversos elementos socioculturales (Facchini, 2006).

Dentro de los factores socioculturales, tal como se mencionó anteriormente, uno de los más potentes es el ideal de belleza occidental, en el que se establece una relación directamente proporcional entre el éxito y la delgadez. Al ser este modelo asumido y compartido por la comunidad, se ejerce una presión sobre las personas, quienes pueden ver menoscabada su autoestima ante la dificultad para alcanzar este estándar de belleza. En este sentido las mujeres, especialmente durante la adolescencia, son particularmente vulnerables frente a la presión que significa alcanzar la “silueta perfecta”, ya que los diversos medios de comunicación incitan a valorarlas en función de su apariencia (Ochoa de Alda, 2009).

Es esta visión hipercrítica de la imagen corporal la que justificaría los distintos métodos para adelgazar, los que a su vez se verían estimulados por el estilo de vida actual, el grupo de pares, los medios de comunicación y todo aquello que ejerza una influencia en la forma en la que cada persona se relaciona con su imagen. La convicción de que la apariencia es clave en el éxito personal y social, lleva a realizar conductas en pos de alcanzar la delgadez. Estas conductas generan muchas veces estados de malnutrición, que producen a su vez, alteraciones tanto fisiológicas como psicológicas, que perpetúan la dieta como único medio para obtener autovaloración y equilibrio. Con lo anterior, se completa el círculo vicioso clásico de un trastorno alimentario (Ochoa de Alda, 2009).

Cuando el trastorno alimentario está comenzado o ya está instalado, algunos de los síntomas asociados al cuadro aparecen directamente relacionados con el nivel de autoestima. Por ejemplo, el temor a engordar junto con la alteración en la percepción de la imagen corporal, que aparece como síntoma común en todos los trastornos alimentarios, se asocia a un bajo nivel de autoestima y a una excesiva preocupación por la apariencia, que se traduce a su vez en una constante autodevaluación (Ochoa de Alda, 2009).

Otro hallazgo, en relación a la incidencia de la autoestima en la mantención de un trastorno alimentario, es que la baja autoestima asociada a un alto nivel de perfeccionismo, aumenta el grado de insatisfacción corporal y restricción dietaria, que acrecientan el riesgo de recurrir a conductas purgativas. Estas conductas se traducirían a su vez, en un mayor índice de insatisfacción corporal y en la mantención de las conductas mencionadas anteriormente (Borda, Avargues, López, Torres, Del Rio y Pérez, 2011).

Por otra parte, la autoestima juega un papel fundamental durante el tratamiento de los trastornos alimentarios, ya que un bajo nivel de autoestima ha mostrado ser un mal indicador durante el proceso (McManus, Waite y Shafran, 2008). Esto puede deberse en parte, a que un bajo nivel, afecta de manera significativa las relaciones sociales, lo que genera dificultades en la adherencia a cualquier tipo de tratamiento (Bjorck, Clinton, Sohlberg y Norring, 2006). En cambio, se ha observado que el aumento en la satisfacción

corporal y de la autoestima, son los mejores predictores de la disminución de los síntomas de los trastornos alimentarios (Berg, Frazier y Sherr, 2009). De hecho, un estudio revela que el aumento en el nivel de autoestima, es la única variante significativa que funciona como factor protector frente a la internalización del ideal de delgadez, que tal como ha sido señalado, juega un rol fundamental en el desarrollo de trastornos alimentarios (Cordero, 2010).

1.4. Kundalini Yoga

La definición más consensuada del yoga es a través de su significado etimológico, la palabra deriva de la raíz yug, que significa unión (Hernández, 1997; Kundalini Research Institute [KRI], 2007). Hernández (1997) explica que este concepto puede comprenderse como un estado de unión entre los distintos niveles del ser humano (físico, emocional, mental y espiritual), lo que el autor señala como la unión con uno mismo. Este concepto también puede ser entendido como la experiencia de integración del individuo con el universo circundante, en donde el sentimiento que prevalece es el de ser uno con todo. Esto es lo que el autor llama unión del individuo con el cosmos, en otras palabras, la unión de la conciencia individual con la conciencia universal (KRI, 2007; Tummers, 2005). Es este estado de conciencia expandida el que corresponde con la definición del yoga clásico de Patanjali, sistematizador del conocimiento histórico del yoga, quien lo define como el cese de las fluctuaciones de la mente y el surgimiento de un estado supraconciente, mediante el cual se experimenta la *verdadera* realidad (KRI, 2007; Tummers, 2005). De esta forma, Hernández (1997) y Tummers (2005) destacan que las técnicas del yoga ayudan a que la persona pueda descubrir su identidad y experimentar su naturaleza más profunda. Además señalan que lo fundamental en la práctica del yoga es disolver las tensiones negativas del ego, las que hacen que la persona se sienta separada de lo demás y le impiden reconocerse como uno con el todo.

El yoga incorpora distintos elementos en su práctica, tales como la respiración, las posturas, los movimientos, la meditación y la filosofía. Si bien el yoga como disciplina es una sola, existen distintos tipos o caminos para llegar al mismo objetivo. De esta forma se han construido múltiples formas de práctica del yoga, en las que cada una enfatizaría diversos elementos. Algunos estilos estarían más enfocados en la perfección de la postura y el trabajo físico, como es en el caso del *lyengar, hatha y ashtanga yoga*; otros en cambio, darían mayor atención al trabajo de la introspección y meditación, como ocurre en el *bhakti* y el *kriya yoga* (Hernández, 1997).

Una de las vertientes dentro de esta disciplina es el *Kundalini yoga*, que se distingue por ser una de las más completas e integradoras, pudiendo ser practicada por cualquier persona. Combina ejercicios físicos, técnicas de respiración, concentración mental, relajación, meditación y mantras, contribuye a la salud del cuerpo y la mente, permitiendo un crecimiento gradual que eleva la conciencia hacia el estado de yoga, o unión. La persona deja de creer que es sólo su personalidad o su apariencia, y logra ver más allá, contactándose con aspectos más profundos de sí misma (KRI, 2007).

El *Kundalini yoga* fue traído a occidente, desde India, a fines de los años 60, por el Maestro Yogui Bhajan. Esta práctica está orientada a potenciar el bienestar, mediante la autoconciencia y autoexploración en los niveles físico, mental y espiritual, permitiendo que la persona logre conocerse en mayor profundidad. La práctica mantiene el cuerpo en forma, incrementa la vitalidad y entrena la mente para ser fuerte y flexible, y así lograr enfrentar el estrés y el cambio (KRI, 2007).

Por otra parte, se han comenzado a investigar las aplicaciones de esta disciplina. David Shannahoff-Khalsa (2006), investigador e instructor de Kundalini yoga por más de 30 años, ha estudiado los beneficios de esta práctica al ser aplicada para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, incluyendo el TOC y otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos mayores, trastornos bipolares, control de adicción e impulsos, trastornos del

sueño, síndrome de fatiga crónica, trastorno de estrés postraumático y trastornos de la alimentación, entre otros.

En relación a la aplicación y práctica del Kundalini yoga, hay que considerar que utiliza una serie de técnicas de manera específica que lo distingue de otros estilos.

Técnicas utilizadas en Kundalini yoga

La práctica de Kundalini yoga se realiza a través de *Kriyas* y *Meditaciones* (ver Anexos VII, VIII Y IX). Las *Kriyas* corresponden a una secuencia de ejercicios físicos y posturas corporales que son acompañadas de patrones de respiración específicos. Estos elementos tienen un orden, secuencia y tiempo de realización determinados, a fin de producir ciertos efectos en la persona que los realiza (KRI, 2007). De tal manera, existen cientos de *Kriyas* enfocadas a trabajar diferentes aspectos, como puede ser enojo, miedo, seguridad personal, estrés, etc. Estas *Kriyas*, fueron entregadas por el Maestro Yogui Bhajan a lo largo de toda su enseñanza, y luego fueron recopiladas en libros, videos, conferencias, etc., con el objetivo de que cada instructor de Kundalini yoga pudiera replicarlas. Con la *Meditación* ocurre de la misma manera, existen diversos tipos de meditación que están enfocadas en distintos aspectos. Más adelante se abordará específicamente qué es la meditación.

Para la práctica del Kundalini yoga (*Kriyas* y *Meditaciones*) se considera las llamadas *Asanas* y *Pranayamas*. A continuación se procederá a describir cada uno de estos elementos y sus efectos, junto con un apartado específico de *Meditación*.

Asanas

Las *asanas* corresponden a posturas físicas ejecutadas durante la práctica del yoga. Existen 84 posturas básicas, de las cuales se pueden realizar distintas variaciones según se requiera. Las *asanas* se refiere a la postura tanto física como mental, y es

descrita por Patanjali como una posición firme y confortable (KRI, 2007). Miguel Fraile (1997), psiquiatra y profesor de yogaterapia, ha estudiado cuáles son los efectos y beneficios de las *asanas*, especialmente a nivel fisiológico.

En primer lugar, mientras se permanece en las posturas se ejerce presión sobre músculos, huesos y órganos, por lo que la cantidad de sangre disminuye en esas zonas. Al salir de la postura, la sangre vuelve en mayor cantidad y volumen, por lo que drena y limpia órganos y músculos, favoreciendo la desintoxicación y buen funcionamiento de las distintas estructuras (Fraile, 1997).

En segundo lugar, se estimula el sistema nervioso simpático y parasimpático. El sistema parasimpático, estimula el nervio vagotónico, que tiene directa relación con el eje hipotalámico-hipofisiario suprarrenal, el que incide en el control hormonal del organismo, que se relaciona directamente con la regulación emocional. A esto se refiere también Benson (1975 citado en Khalsa, 2004), señalando que la función general de la práctica del yoga es la capacidad de inducir una respuesta psicofisiológicamente coordinada, contraria a la respuesta del estrés. Esta respuesta de relajación consiste en una reducción generalizada del arousal, que se observa tanto en la modificación de la actividad del eje hipotalámico-pituitario, como en el sistema nervioso autónomo. Por lo tanto, las *asanas* tendrían un efecto global en el organismo, beneficiando todos los sistemas y provocando una sensación de total relajación (Fraile, 1997; KRI, 2007).

Las *asanas* y la práctica del Kundalini yoga en general, influiría especialmente en la estimulación y activación de la glándula pituitaria o hipófisis, la cual ejerce influencia sobre el sueño, los estados de ánimo, las emociones, el funcionamiento vascular, la frecuencia del latido cardiaco y regula la secreción de neurotransmisores y hormonas como la del crecimiento. Uno de los neurotransmisores que regula esta glándula es la serotonina, lo que es importante destacar debido a que cambios en el nivel de ésta, se asocian con

trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos alimentarios (Guyton, 1998 citado en Cayupi, 2006).

Por último, cada *asana* correspondería a un patrón mental que es reconfigurado de forma positiva al mantener la postura, es decir, con cada postura que se realiza se está modificando un patrón negativo, una forma de reaccionar, pensar, percibir, actuar y sentir, construida a partir de experiencias tempranas, que hasta ese minuto se activaba de forma automática (KRI, 2007).

Pranayamas

Otro elemento fundamental dentro de la práctica de Kundalini yoga son los *pranayamas*. Estos corresponden a la ciencia del control de la respiración, que busca su expansión y atención de todas sus facetas. Mediante la práctica del yoga, se busca que la respiración se haga consciente, dado que una respiración amplia y regulada es el fundamento de la salud física y mental. El primer objetivo es prolongar cada fase de la respiración: inhalación, suspensión por dentro, exhalación, y suspensión por fuera, creando un ritmo físico y mental (KRI, 2007; Ponce, 1999).

En Kundalini yoga hay diversos patrones de respiración, con diferentes ritmos, formas de inhalación, exhalación, etc. los que tienen efectos particulares a nivel fisiológico y psicológico. Sin embargo, existen tres zonas del cuerpo en las que se pueden desarrollar los patrones de respiración: abdominal o inferior, costal o medio y clavicular o superior (KRI, 2007; Morata, 1996).

La respiración abdominal es fundamental para el funcionamiento fisiológico, aporta el 70% de capacidad respiratoria, permite gran oxigenación, es relajante, combate el nerviosismo y estrés, y favorece el sistema digestivo. Por otro lado, la respiración costal aporta el 20% de la capacidad respiratoria, estimula la afectividad, la percepción del

mundo externo y la autoconfianza, por lo que es recomendada para la falta de expresión o sentimientos de inferioridad. Por último, el 10% restante es aportado por la respiración clavicular, relacionada principalmente con estados de estrés (KRI, 2007; Morata, 1996).

En relación a los patrones de respiración, en yoga se considera que el flujo de estos es similar al flujo de los pensamientos: al controlar el ritmo de la respiración, se controla el ritmo de los pensamientos. Mientras más profunda y lenta la respiración, más calmados serán los pensamientos (Fraile, 1997; KRI, 2007; Ponce, 1999).

En este sentido, la respiración profunda o completa tiene múltiples beneficios, entre los que se cuentan, el aumento de la concentración, calma, equilibrio alerta-calma, integración de los diferentes sistemas del cuerpo, regulación del pH de la sangre, aumento de la capacidad pulmonar, estimulación del sistema inmunológico, entre otros (KRI, 2007).

Diferentes observaciones relacionan los patrones de respiración con distintos estados emocionales. Las descripciones clínicas generalmente asocian los estados de ansiedad con falta de aire, espiración suspirosa e inhabilidad de poder tener suficiente aire en los pulmones (Bass y Gardner, 1985; Christie, 1935; Stevenson y Ripley, 1952 citados en Bloch, Lemeignan, y Aguilera, 1991). La dificultad para respirar que registran pacientes ansiosos fue descrita por Freud (1894 citado en Bloch et al., 1991) y han sido señaladas frecuentes detenciones de la respiración y suspiros durante los estados de pena (Heim et al., 1968 citado en Bloch et al., 1991). Por otra parte, la hiperventilación o aumento de la frecuencia respiratoria ha sido frecuentemente asociada con desórdenes fóbicos o de pánico (Bass y Gardner, 1985; Freeman et al., 1986; Garssen et al., 1983; King, 1988 citados en Bloch et al., 1991), y se ha observado que la súbita experiencia de la hiperventilación precede la experiencia subjetiva de miedo (Ley, 1985 citado en Bloch et al., 1991). Otros aspectos de la función respiratoria han sido analizados experimentalmente. En la ansiedad-miedo se produce una disminución de CO₂ y un

aumento de la frecuencia respiratoria; contrariamente los niveles de CO₂ aumentan durante los estados de calma (Suess et al., 1980 citado en Bloch et al., 1991); la respiración abdómino – diafragmática (similar a la respiración utilizada en yoga) está más presente durante la relajación y los afectos positivos, mientras que en condiciones de estrés, tareas mentales o afectos negativos, la respiración es torácica, similar a la respiración clavicular o superior, mencionada anteriormente (Ancoli y Kamiya, 1979; Sveback et al., 1981 citados en Bloch et al., 1991).

En 1970, Bloch y Santibañes, a partir de la teoría de Alba Emoting, señalan que es posible inducir estados emocionales por medio de la reproducción de acciones físicas controladas. Estas acciones corresponden a patrones respiratorios, faciales y posturales, los que permitirían a la persona reconocer y controlar mejor sus emociones (Bloch y Lemeignan, 1992). El modelo de Alba Emoting y los llamados patrones efectores respiratorio– posturo – faciales, resultan similares al yoga. En la práctica de esta disciplina también se realizan patrones específicos de respiración que acompañan posturas determinadas, tal como se ha descrito. Esta ciencia milenaria, ya había contemplado los efectos benéficos de la respiración larga y profunda, así como los efectos específicos de cada postura en el cuerpo. Además, es relevante mencionar que la experiencia en el yoga, específicamente en el Kundalini Yoga, al igual que Alba emoting, es una tecnología Bottom-up, es decir, desde lo corporal y físico se generarían cambios a nivel mental y emocional.

Meditación

Un último elemento importante dentro de la práctica de Kundalini yoga, es *la meditación*. Esta cuenta con patrones específicos de respiración, posturas y/o movimientos, y *mantras*¹ determinados. Al igual que las *Kriyas*, las meditaciones son específicas según lo que se quiera trabajar, y cada una de ellas, fue enseñada en detalle por el Maestro Yogui Bhajan (KRI, 2007).

¹ KRI (2007) señala que los *mantras* son sonidos y frases que se repiten constantemente, con el fin de llevar la atención hacia la vocalización, de esta manera, permiten el distanciamiento de los pensamientos.

Es a través de la práctica de la meditación que se lograría desarrollar un mayor control de la mente. Esto es fundamental si se considera que los pensamientos tendrían gran influencia sobre el sistema endocrino y éste a su vez, sobre las emociones. Por lo tanto, si aumenta el control de los pensamientos, aumenta también el control de las emociones y el cuerpo. Sin embargo, tal como fue señalado con anterioridad, el sistema endocrino puede ser afectado desde lo corporal, logrando también un cambio en los pensamientos (KRI, 2007).

Con la práctica de la meditación, la persona puede acceder al conocimiento de sus procesos mentales, acercarse a su capacidad de intuición y dejar de seguir automáticamente los dictámenes de la mente. Como dice el Maestro Yogui Bhajan: “Es así como te conviertes en amo de ti mismo y dejas de ser esclavo de tu mente” (KRI, 2007, p. 128). Al meditar se trasciende al ego, la personalidad, para conectarse con una conciencia superior (KRI, 2007).

Otros autores también se han referido a la meditación, uno de ellos es John V. Davis (1998 citado en Krisanaprakornkit, T., Krisanaprakornkit, W., Piyavhatkul y Laopaiboon, 2008), quien la entiende como un conjunto de prácticas atencionales que modifica el estado o un rasgo de la conciencia, caracterizado por una ampliación de ésta, una mayor presencia y un sentido más integrado de sí mismo. La meditación Kundalini se centra en mantener la conciencia abierta a cualquier contenido del pensamiento que surja, y al mismo tiempo concentrar la atención en algo particular (parte del cuerpo, respiración, mantra etc.). Después de un período de práctica, la persona desarrolla una capacidad de observación atenta sostenida, sin reaccionar a sus propios pensamientos y emociones. El estado de toma de conciencia con ecuanimidad, ayuda a reentrenar o desacondicionar el patrón previo de reacción. Esta toma de conciencia, según Astin (1997 citado en Krisanaprakornkit et al., 2008), con la que se desarrolla una observación objetiva de los contenidos de la conciencia, puede representar una potente estrategia de tratamiento cognitivo-conductual para transformar las formas en las que se responde a los acontecimientos. De esta forma, la terapia de meditación puede aplicarse como una forma de tratamiento no-farmacológico, que puede promover un sentido de dominio y control.

Se han realizado diversos estudios en relación a los efectos que tendría la práctica de la meditación. Walsh y Vaughan (1982 citado en Bustos y Román, 1992) han estudiado los efectos fisiológicos (metabolismo y ondas cerebrales) y psicológicos, entre los que se destacan el bienestar psicológico, sensibilidad perceptiva y aumento de confianza y autoestima. Estudios neuroeléctricos y de imagen también han revisado los efectos de la meditación (Cahn y Polich, 2006), donde las observaciones electroencefalográficas indican que posterior a esta práctica, se produce una desaceleración global, relacionada con la activación de las ondas theta y alfa. En cuanto a la evaluación cognitiva y de neuroimagen, se observaron cambios en la locación de la atención y un aumento del flujo sanguíneo cerebral.

Se realizó otra investigación de la Universidad de Yale, en la cual se observó las áreas del cerebro que se activan cuando se medita, así como los efectos de la práctica continua (Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson y Davidson, 2007). En primer lugar, se observó que el 50% del tiempo que se está despierto el cerebro está distraído, sin centrarse en nada concreto, y que cuanto más deambula el cerebro, menos relajada y feliz está la persona. El área que se activa en esos instantes es la Red Neuronal por Defecto (DMN), que está relacionada con el déficit de atención y los trastornos de ansiedad, entre otros. En segundo lugar, esta nueva investigación indica que la meditación altera esta zona y beneficia el estado general. Se evaluó a 12 personas que llevaban una década meditando y la comparó con 13 individuos menos expertos en esta práctica. Se centraron en tres tipos distintos de meditación: la de concentración en la respiración y en las sensaciones del cuerpo; la meditación del amor/amabilidad hacia alguien y a uno mismo; y la de conciencia sin elección, que centra la atención en aquello que pase por la mente, sin tratar de cambiarlo. En todas estas modalidades, los meditadores mostraron un descenso de la actividad en la Red Neuronal por Defecto (DMN), que se encuentra sobre todo en la corteza cingular posterior y prefrontal, y una activación de la Red orientada a las tareas (TPN), que es aquella que se pone en marcha cuando se quiere conseguir un objetivo. Este efecto se vio tanto durante la meditación, como en los periodos de descanso, lo que indica que las personas que meditan durante muchos años desarrollan una nueva red neuronal por defecto, en la que hay una mayor conciencia de uno mismo, del presente y menos ensoñación.

Otra investigación relacionada con la meditación mostró cómo esta práctica, a corto plazo, trae mejoras en la autoregulación y en la atención. 40 estudiantes fueron asignados de forma aleatoria a practicar meditación por 5 días, durante 20 minutos. La práctica incluía aspectos de diferentes tipos de meditación e integración de mente y cuerpo. Los practicantes mostraron mejoras significativas en la atención, el manejo del estrés, aumento del vigor e inmunoreacción, así como una disminución de ansiedad, depresión, rabia y fatiga, al ser comparados con otros 40 estudiantes que practicaron relajación (Tang et al., 2007). Además, en un segundo estudio de similares condiciones, se encontró una mejora importante en la regulación del sistema nervioso autónomo, durante y al finalizar el entrenamiento, comparado con el otro grupo. Esto se explicaría por el entrenamiento de integrar y coordinar la mente y el cuerpo, el que no se realizaría en el grupo que practicaba relajación (Tang et al., 2009).

Otro estudio realizado por Vyas y Dikshit (2002) trabajó con una muestra de 105 sujetos, los que fueron divididos en tres grupos: aquellos que no meditaban, los que meditaban desde hace 6 meses hasta 5 años y los que meditaban desde hace más de 5 años. Se midió presión arterial, ritmo cardiaco y función respiratoria, mediante electrocardiograma y pruebas de ejercicio físico. Los resultados mostraron que aquellos que practicaban meditación yóguica tenían significativamente más vitalidad, capacidad respiratoria y menor presión sanguínea, en comparación a los que no meditaban. Además, en otro estudio neurofisiológico realizado por Gootjes, Franken y Van Strien (2011), se obtuvieron resultados en los que la práctica de meditación yóguica está asociada a una mayor regulación emocional y un incremento en los sentimientos positivos.

La investigación de Bagchi y Wegner (1857 citado en Khalsa, 2004) señala que fisiológicamente la meditación del yoga representa una relajación profunda del sistema nervioso autónomo, sin somnolencia o sueño, y un tipo de actividad cerebral que electrofisiológicamente no se muestra acelerada. Otros estudios han confirmado estos resultados (Murphy y Donovan, 1999 citado en Khalsa, 2004; Pratap, 1971 citado en Khalsa, 2004), señalando que la práctica de yoga, a corto y largo plazo, está asociada a

la reducción en la secreción de cortisol y catecolamina, una disminución de la actividad simpática, metabólica y consumo de oxígeno, además de tener un efecto saludable en la actividad cognitiva y neurofisiológica.

Mediante la práctica de la meditación y de Kundalini yoga, según concluye la investigación de Carla Cayupi (2006), la persona logra un mayor bienestar, descubre que puede realizar cambios en su plano mental y comienza un trabajo de profunda introspección donde se potencia lo positivo que hay dentro de sí. Esto conlleva a una mejora en las relaciones interpersonales, a afrontar la vida desde una perspectiva más constructiva y sana, y a una percepción más positiva de sí mismo.

Los efectos señalados anteriormente y la capacidad de afectar el funcionamiento neurofisiológico, ha dado lugar a la aplicación de esta práctica en diversas enfermedades. Sin embargo, el yoga, desde sus inicios constituye una disciplina de desarrollo espiritual, por lo que los beneficios médicos consecuentes de esta práctica pueden ser descritos como efectos positivos secundarios (Goyeche, 1979 citado en Khalsa, 2004).

1.5. Autoestima, Trastornos Alimentarios y Kundalini Yoga

El yoga ha tomado relevancia en el ámbito de la salud mental y en el combate de trastornos psiquiátricos (Shannahoff-Khalsa, 2006). Dos estudios realizados por David Shannahoff-Khalsa, director de Grupo de Investigación de las Dinámicas Mente-Cuerpo de la Universidad de California, mostraron que la práctica de Kundalini yoga puede reducir los síntomas de TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) (Shannahoff-Khalsa, 1999; Shannahoff-Khalsa, 2004). En el primer estudio, cinco pacientes con TOC severo practicaron Kundalini yoga durante un año. Luego de ese tiempo mostraron una significativa mejoría clínica del TOC: tres de ellas dejaron los medicamentos y las otras dos disminuyeron a la mitad la dosis de los fármacos para la ansiedad. El segundo

estudio, incluyó dos grupos con TOC severo, uno siguió el protocolo del Kundalini yoga y el otro practicó sólo la respuesta de relajación proveniente de la meditación, ambos durante 3 meses. Sólo el grupo que practicó Kundalini yoga tuvo una mejoría clínica significativa. Luego ambos grupos practicaron Kundalini yoga durante un año, con lo que los síntomas TOC de todos los participantes disminuyeron incluso más de lo que generalmente se observa con la medicación.

Si bien estos estudios no estaban dirigidos específicamente a las personas con trastornos alimentarios, se estima que este tipo de rasgos puede estar presente en un 69% de los casos, ya que existen pensamientos obsesivos acerca de la comida, la imagen corporal y conductas rituales en relación a los alimentos (Greenblatt, 2010).

En relación a investigaciones sobre el yoga y trastornos alimentarios, se han demostrado los efectos terapéuticos de esta disciplina versus otros deportes. Los pacientes que practicaban yoga se sentían mejor con sus cuerpos, captaban mejor sus sensaciones, tenían actitudes más sanas hacia la comida y menos impulso hacia una delgadez insana, en comparación a aquellos pacientes que corrían o realizaban actividades aeróbicas (Foltz-Gray, 2007; Prichard y Tiggemann, 2007). Es más, los ejercicios cardiovasculares han sido asociados negativamente con la estima corporal, mientras que se han vinculado de forma positiva a comportamientos propios de trastornos alimentarios y a razones estéticas para ejercitarse, lo que puede llevar al empobrecimiento de la imagen corporal (Prichard y Tiggemann, 2007).

Otro estudio realizado con adolescentes diagnosticados con diferentes trastornos alimentarios, mostró que la práctica del yoga disminuía los síntomas del trastorno de manera sostenida en el tiempo sin tener efectos negativos sobre el índice de masa corporal de los participantes (Carei, Fyfe-Johnson, Breuner y Brown, 2009).

En este sentido, el yoga es una práctica que a diferencia del resto de los ejercicios físicos, ayuda a la imagen corporal de las personas, quienes fortalecen su autoestima y percepción corporal (Daubenmier, 2005; Foltz-Gray, 2006). Este contraste entre el yoga y otras actividades físicas, radica en que esta práctica enfatiza la autoaceptación y no existe la necesidad de habilidades específicas, la competitividad o presión por alcanzar un logro (Foltz-Gray, 2006; Tummers, 2005). En otras palabras, esta disciplina busca cambiar el foco de atención, desde el enjuiciamiento del propio cuerpo a la vivencia de las sensaciones y percepciones corporales (Daubenmier, 2005; Foltz-Gray, 2006).

En este sentido, el yoga sería útil en el tratamiento de los trastornos alimentarios debido a que ayuda a disminuir la ansiedad, los pensamientos caóticos y a su vez fortalece la sensación de autocontrol. La psicoterapeuta y yoga terapeuta Michelle J.Fury, explica que cuando se está ansioso, los pensamientos comienzan a ser cada vez más rápidos; por esto durante la clase de yoga, al concentrarse en la respiración o en el cuerpo, se vuelve a traer la mente y la atención al presente, haciendo que los patrones de pensamientos negativos disminuyan, siendo cada vez más lentos y concientes. Además ocurre con la práctica del yoga, que las personas comienzan a reconectarse con sensaciones desagradables, como el hambre y la saciedad, en el caso de los trastornos alimentarios. Sin embargo, al realizar y mantener las posturas yóguicas, los practicantes aprenden a que la incomodidad es transitoria (Foltz-Gray, 2007).

El trabajo que el yoga propone con la autoestima es fundamental, ya que diversos especialistas concuerdan en que en la mayoría de los casos, la autoestima es el núcleo de los problemas relacionados con la imagen corporal, que a su vez, es uno de los factores centrales en el desarrollo y mantención de los trastornos alimentarios (Foltz-Gray, 2006).

De esta forma parece ser que la práctica del yoga resultaría beneficiosa frente a los trastornos alimentarios, ya que no sólo ayudaría a tomar conciencia del propio cuerpo

y las sensaciones físicas, sino que además mejoraría la percepción de la imagen corporal y la satisfacción personal. De esta manera la persona podría tener una evaluación más positiva de sí misma y fortalecer su autoestima.

III. OBJETIVOS

1. Objetivo General

Conocer y describir la experiencia de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en relación a la práctica de Kundalini Yoga y los posibles efectos en su autoestima.

2. Objetivos Específicos

1. Describir, analizar y sistematizar el discurso de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, respecto de la autoestima.
2. Construir una definición de autoestima en relación al discurso de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.
3. Diseñar e Implementar un taller de Kundalini Yoga, con una duración de 8 sesiones durante 2 meses, dirigido al fortalecimiento de la autoestima de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.
4. Describir, analizar y sistematizar el discurso de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa respecto de su experiencia en el taller de Kundalini Yoga y los posibles efectos en su autoestima.
5. Comparar los discursos entre las mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa, con las mujeres diagnosticadas con Bulimia Nerviosa respecto de su experiencia en el taller de Kundalini Yoga y los posibles efectos en su autoestima.

IV. PREGUNTAS DIRECTRICES

A continuación se presentan las preguntas según los objetivos específicos propuestos.

En relación al objetivo 1: ¿Qué entienden las mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa por autoestima? ¿Qué elementos asocian al concepto de autoestima? ¿Qué vivencias tienen respecto de su autoestima? ¿Cuál es su relación con este concepto?

En relación al objetivo 2: ¿Qué elementos comunes aparecen en el discurso de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa respecto de la autoestima? ¿Cómo se relacionan estos elementos?

En relación al objetivo 3: ¿Qué kriyas y meditaciones de kundalini yoga serían pertinentes para un taller dirigido al fortalecimiento de la autoestima de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa? ¿Qué otros elementos se debería considerar para la realización del taller?

En relación al objetivo 4: ¿Perciben algún cambio (alguna diferencia) luego de la realización del taller? ¿Perciben un cambio (alguna diferencia) en algún aspecto en particular? ¿Perciben un cambio (alguna diferencia) en algún elemento asociado a su autoestima? Y si la respuesta es positiva: ¿Cómo podrían describir ese cambio (esa diferencia en su experiencia)? ¿En qué aspecto, conducta, idea, vivencia, sensación, etc. notaron que ocurrió un cambio? ¿En qué momento comenzaron a sentir algún cambio/diferencia? ¿Cómo se explican estos cambios? ¿Con qué factores externos o internos al taller asocian los cambios experimentados? ¿Hubo algún(os) que se repitió (eron) en más de una participante? ¿Hubo cambios notados por la investigadora? ¿Con qué elementos o factores relaciona la investigadora los cambios reportados por las participantes?

En relación al objetivo 5: ¿Aparecen elementos comunes en el discurso de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa? ¿Cuáles son estos elementos? ¿Hay elementos que sólo aparecen en el discurso de mujeres diagnosticadas

con Anorexia Nerviosa? ¿Cuáles? ¿Hay elementos que sólo aparecen en el discurso de mujeres diagnosticadas con Bulimia nerviosa? ¿Cuáles? ¿Existe diferencia en el discurso en relación al diagnóstico?

V. MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo y Diseño de investigación

La investigación realizada está enmarcada dentro de la metodología cualitativa y posee un carácter descriptivo, que según los planteamientos de Krause (1995) permite analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. En este caso permitiría conocer y describir la experiencia de mujeres con trastornos alimentarios en la práctica de Kundalini yoga y los posibles efectos en su autoestima.

Se optó por una metodología cualitativa, debido al propósito de este estudio, ya que permite aprehender la complejidad del fenómeno y una mayor aproximación a este, pues “intenta comprender el significado o naturaleza de la experiencia de las personas” (Strauss y Corbin, 2002, p.12). Es por esto que en este tipo de metodología los datos descriptivos de los sujetos y los contextos donde éstos se insertan, son considerados relevantes para responder a la pregunta de investigación. Dentro de este enfoque, todos los escenarios, personas y perspectivas representan un valor significativo para el estudio (Taylor y Bogdan, 1986). De acuerdo a esto, para efectos de esta investigación, se rescatan las versiones directas de las participantes involucradas en la intervención, validando su discurso como una forma de acceder a la comprensión y construcción del fenómeno estudiado.

Dentro de la metodología cualitativa existen distintas perspectivas. Para esta investigación se consideró relevante la perspectiva fenomenológica y la perspectiva constructivista. Desde la perspectiva fenomenológica se busca comprender a las personas desde su propia visión, entendiendo los fenómenos sociales desde su marco de referencia particular. Este método de investigación permite describir lo que la experiencia ofrece, penetrando en los distintos aspectos e implicaciones de los sujetos. En la perspectiva constructivista hay una co-construcción de la realidad y los significados. Desde este paradigma, las personas no tienen acceso a eventos objetivos, sino que organizan la experiencia a partir de construcciones sociales que pretenden dar orden y predictibilidad a la vida (Mertens, 2005). Por tanto, las personas serían consideradas como seres activos en la construcción y organización de la realidad, no descubriéndola

sino que creando significados a través del lenguaje (Gergen, 1990 citado en Krause, 1995). En esta investigación se desarrollan la perspectiva fenomenológica y la constructivista, ya que es importante conocer el fenómeno estudiado desde la visión de las participantes, pero sin olvidar que los significados son co-construidos en el proceso de interacción investigador-investigado.

No obstante al carácter fundamentalmente cualitativo de la presente investigación, se utiliza a modo de complemento, un instrumento cuantitativo, la Escala de Autoestima de Rosenberg (ver Anexo VI). Se utiliza esta escala con el fin de poder abordar el fenómeno de manera más integrada. En relación a lo anterior, la perspectiva cualitativa permite utilizar herramientas tanto de tipo cualitativas como cuantitativas para desarrollar la comprensión y construcción del fenómeno (Martinez, 2006), ya que “el uso conjunto de cualquier método, contribuye a corregir los inevitables sesgos presentes en cualquier investigación” (Cook y Reichardt, 2005, p.47).

2. Tipo de muestreo y muestra

El tipo de muestreo que se utilizó en esta investigación, corresponde al muestreo teórico propuesto en la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002). En este tipo, la muestra se selecciona mediante la utilización de una *estrategia sucesiva*. Se eligen los primeros sujetos, documentos o situaciones de observación y se analizan los datos obtenidos. Mediante el análisis de estos primeros datos se desarrollan conceptos, categorías conceptuales e hipótesis que son utilizados para generar criterios mediante los cuales se seleccionan los siguientes sujetos que se integrarán a la muestra (Strauss y Corbin, 2002). De esta forma, tal como propone la Teoría Fundamentada, la conformación de la muestra, la recolección de los datos y el análisis de estos, se realizaron de forma simultánea y sucesiva, junto con la saturación teórica de la información encontrada

Por otra parte, la muestra fue escogida desde una lógica intencional de casos homogéneos. Desde esta lógica se busca describir a un subgrupo en profundidad, en este

sentido, los participantes poseen alguna experiencia común, relacionada con el núcleo temático de la investigación (Patton, 1988 citado en Quintana y Montgomery, 2006). De esta forma, la muestra se construye escogiendo una serie de criterios que se consideran necesarios y convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación (Martínez, 2006). En este caso, se utilizaron dos criterios de inclusión. El primer criterio corresponde al de pacientes mujeres con diagnóstico de AN o BN, mientras que el segundo corresponde a que las participantes se encuentren actualmente en tratamiento por dicho diagnóstico.

En relación a la muestra, es importante destacar que en la metodología cualitativa se tiene como prioridad la profundidad por sobre la extensión de la muestra (Martínez, 2006). De tal manera, en esta investigación, la muestra total estuvo conformada por nueve mujeres que se encontraban en tratamiento por AN o BN en la ciudad de Santiago, Chile. Presentaban variaciones principalmente en edad, diagnóstico, tipo de tratamiento, nivel socioeconómico, ocupación actual, tiempo de presencia del trastorno, tiempo total de tratamiento, tiempo en el actual tratamiento y nivel de acercamiento a la práctica de yoga. Para ver más detalles, puede consultarse el Anexo I, en el cual se especifican las características de la muestra.

Cabe destacar que en este caso, acorde a los criterios descritos previamente, se trabajó con las pacientes de tres instituciones: Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, Hospital Roberto del Río e Instituto Schilkrut. Además se trabajó con mujeres que no pertenecían a ninguna institución y que se trataban de forma particular e independiente. A continuación se detalla cómo estuvo conformada la muestra.

Se contó con una participante del Hospital Roberto del río, perteneciente a la Unidad de psiquiatría infantil, la cual recibía tratamiento que incluía psiquiatra, psicólogo, nutricionista, psicoterapia individual y familiar, terapia ocupacional y atención de la asistente social. La participante pertenecía a un sector socioeconómico medio-medio

según la clasificación de la Asociación de Investigadores de Mercado de Chile [AIM] (2008).

También se incluyó a tres pacientes del Instituto Schilkrut, que recibían un tratamiento integral y especializado en trastornos alimentarios que incluía psiquiatra, nutricionista y psicoterapia familiar, grupal e individual, desde un enfoque humanista y psicoanalítico. Todas las participantes se conocían entre sí. Además pertenecían a un estrato socioeconómico alto según la clasificación de la AIM (2008).

Además, se contó con cinco participantes que no pertenecían a ninguna institución, y tal como se mencionó anteriormente, el tratamiento ocurría de forma particular e individual con psiquiatra y/o psicólogo, que en algunos casos era acompañado de otro tipo de terapia. Las participantes no se conocían entre ellas antes de comenzar el taller. Además pertenecían a un estrato socioeconómico medio-alto según la clasificación de la AIM (2008).

Las participantes provenientes del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak no fueron incluidas en la muestra final, ya que el taller fue cancelado debido a la inasistencia reiterada.

Tal como fue mencionado, la muestra estuvo conformada por nueve mujeres: cinco diagnosticadas con AN, de las cuales tres eran restrictivas y dos purgativas; y cuatro diagnosticadas con BN purgativa. Las edades iban desde los 14 a los 28 años, con un promedio de 23.22 años de edad. También se diferenció a las asistentes por su ocupación actual, dos eran estudiantes de enseñanza media, una estudiante universitaria y seis profesionales de distintas áreas.

En relación al tiempo de presencia del trastorno, variaba desde uno a 17 años, con un promedio de 7.56 años. El tiempo total de tratamiento variaba desde dos meses a 12 años, siendo 3.23 años el promedio. Respecto del tiempo en el tratamiento actual, variaba de dos meses a dos años, con un promedio de 11.2 meses. Es importante mencionar que tres de ellas habían estado en diversos tratamientos anteriores, otras tres había recibido un tratamiento antes, y las tres restantes se encontraban en su primer tratamiento. Todas las participantes fueron tratadas de forma ambulatoria y sólo dos de ellas habían sido internadas en alguna etapa del tratamiento del trastorno.

En relación al nivel de acercamiento de las participantes con el yoga, siete de ellas había realizado yoga previamente (una o dos clases), de las cuales cuatro habían asistido a Kundalini yoga. Eran tres las participantes que anteriormente habían practicado yoga de forma regular (desde seis meses a un año), una de ellas practicó Kundalini yoga y las otras dos, *Bikram* y *Ashtanga*.

Otros antecedentes son, por una parte, la presencia de la madre con trastorno alimentario, ya que varias participantes (cuatro de ellas) mencionaron que sus madres habían tenido o aún tenían el trastorno de BN o AN; las otras no se refirieron a ese tema. Por otra parte, cabe destacar que tres participantes mencionaron haber sufrido abuso sexual, mientras que las otras seis no se refirieron al tema. Es importante destacar que esta información se manifestó de forma espontánea por parte de ellas.

3. Técnicas de producción de Información y recolección de datos

Se utilizaron varios instrumentos para la producción y recolección de información: una ficha de identificación de cada participante, un autoreporte de cada clase, entrevistas y por último, se integró un instrumento cuantitativo, la Escala de Autoestima de Rosenberg validada en Chile (Rosenberg, 1965 citado en Rojas-Barahona, Zegers y

Forster, 2009) (Ver Anexos). Pese al carácter fundamentalmente cualitativo de la investigación, esta herramienta se utilizó a modo de complemento, de acuerdo a la integración metodológica señalada anteriormente. A continuación se detallan cada uno de los instrumentos incluidos.

En primer lugar, se utilizó una ficha de identificación (de las participantes que incluía nombre, edad, ocupación, dos preguntas semi abiertas acerca de su familiaridad con el Yoga, una pregunta abierta acerca de las expectativas del taller y por último, una pregunta abierta acerca del significado de Autoestima (ver Anexo IV).

En segundo lugar, se recogió información mediante un autoreporte escrito al final de cada clase, que consistía en una pregunta abierta acerca de lo que pudiera haber experimentado la participante, tal como, sensaciones, emociones, pensamientos, etc. que pudieran haber surgido durante la sesión (ver Anexo V).

En tercer lugar, se realizó una entrevista cualitativa al término del taller de Kundalini yoga. Esta entrevista corresponde a la técnica de investigación principal en este estudio, con la cual la investigadora, a través de la interacción con la entrevistada, recoge información con el fin de obtener datos que ayuden al proceso investigativo (Rodríguez, Gil y García, 1996). Si bien existen distintos tipos de entrevista, fue utilizada la entrevista semiestructurada e individual. Esta constituye uno de los mejores recursos para acceder a la información contextualizada y holística, desde el punto de vista del entrevistado. Su objetivo principal consiste en captar los significados, perspectivas y definiciones con las cuales las personas clasifican y experimentan su mundo (Vieytes, 2004). La entrevista semiestructurada se caracteriza por la elaboración de una pauta de preguntas la que de acuerdo a la orientación del estudio puede ser modificada (Ruíz, 2003). Esto permite la posibilidad de que las preguntas sean mayormente desarrolladas, según lo considerado conveniente por la investigadora. Si bien las entrevistas fueron orientadas por una pauta temática, esta se fue ampliando y modificando de acuerdo a las necesidades de la

investigación y a los datos obtenidos en las primeras entrevistas. A continuación se enumeran los ejes temáticos en los que se basó la entrevista semiestructurada.

Ejes temáticos de la Entrevista

1. Historia y antecedentes de la enfermedad y tratamiento
2. Cómo fue su experiencia en el taller de Kundalini yoga.
3. Si percibe algún cambio o diferencia después de haber realizado el taller.
4. Si recuerda en qué momento nota que algo había cambiado.
5. En qué aspectos particulares (emociones, conductas, ideas, vivencias, etc.) percibe o nota que hubo un cambio.
6. Cómo se explica o imagina que pudiesen haber ocurrido los cambios.
7. Si relaciona de alguna forma los aspectos mencionados con su autoestima.
8. Si cree que su experiencia en el taller influyó en alguna medida en su autoestima.
9. Razones que consideraba para asistir o faltar al taller.
10. Si cumplió sus expectativas y cuáles eran.
11. Recomendaciones y cambios para el taller.

Tal como se mencionó anteriormente, se utilizó también una herramienta cuantitativa denominada Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Rosenberg, 1965), la cual fue validada en Chile el año 2009 (Rojas-Barahona, Zegers y Forster, 2009) (Ver Anexo VI). Esta escala cubre diferentes actitudes que tiene la persona hacia sí misma. Abarca aspectos emocionales (satisfacción y orgullo) y cognitivos. Comprende también, las representaciones que el individuo tiene de sí mismo en relación con otros; así como con sus autoevaluaciones (Hewitt, 1998 citado en Rojas-Barahona, Zegers y Forster, 2009).

Esta escala creada y desarrollada por el Dr. Morris Rosenberg (1965) es de tipo Guttman, autoaplicada que “consta de 10 afirmaciones de los sentimientos que tiene la persona sobre ella, 5 direccionadas positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y 5 negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). La graduación de respuestas tiene 4 puntos y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente” (Rojas-Barahona, Zegers y Forster, 2009, p.4).

La muestra original con la cual se desarrolló la escala consistió en 5.024 estudiantes de 10 escuelas de Nueva York seleccionadas al azar (Rosenberg, 1965). La escala ha sido traducida a 28 idiomas y validada interculturalmente en 53 países. En Chile fue validada el año 2009 con una muestra de 473 jóvenes adultos, adultos y adultos mayores, cumpliendo con los criterios de validez y confiabilidad de un instrumento de calidad para medir la autoestima en Chile, y su comportamiento es similar a lo esperado por Rosenberg para la población de origen (Rojas-Barahona, Zegers y Forster, 2009). De tal manera, si bien la escala fue validada para adultos, desde la literatura especializada no existen diferencias con los adolescentes, ya que la escala fue creada originalmente para ese grupo etario. “La EAR fue traducida desde el inglés al español y evaluada por 7 jueces expertos, tanto en idioma como en contenido, considerando una concordancia mínima de 5 de ellos (71%) de acuerdo a los siguientes criterios: a) mantención del sentido e intencionalidad de las afirmaciones, b) lenguaje adecuado al contexto chileno, y c) revisión de aspectos formales del instrumento” (Rojas-Barahona, Zegers y Forster, 2009, p.4).

La pertinencia en la utilización de esta escala, radica en que es un instrumento con propiedades psicométricas bien documentadas, ampliamente usado por las ciencias sociales y del comportamiento, es breve y de fácil aplicación. Esta escala permite una medida general de la autoestima que no está ligada a un rol, identidad, contexto social o etapa del desarrollo en particular (Honesty y Yardley, 1987; Rosenberg 1979 citado en Owens, 2000; Rosenberg, 1965).

4. Procedimiento

Respecto del procedimiento de la investigación, en primer lugar se realizó el contacto con instituciones relacionadas con la temática de trastornos alimentarios. Las instituciones que accedieron a participar en la investigación fueron: el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, el Hospital Roberto del Río y el Instituto Schilkrut.

En el caso del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, luego del primer contacto a través de correo electrónico, se asistió a una reunión clínica, donde se explicó a los integrantes de la Unidad de Trastornos Alimentarios la intervención y objetivo de la investigación. Sin embargo, tal como se mencionó anteriormente, el taller fue cancelado debido a la deserción de las participantes que eran pacientes de este hospital.

El contacto con el Hospital Roberto del Río, se realizó a través de correo electrónico, y en esa oportunidad se concertó una reunión donde, al igual que en el caso anterior, se explicó la intervención y el objetivo de la investigación.

El Instituto Schilkrut fue contactado luego de constatar la poca cantidad de pacientes con trastornos alimentarios existentes dentro del sistema público. Mediante correo electrónico se ubicó a la psicóloga encargada de la Unidad de Trastornos Alimentarios, con la que se citó una reunión y se explicó el proyecto. Luego de la reunión de los profesionales de dicha institución, decidieron aceptar la participación en la investigación.

En una segunda instancia, debido a la escasa cantidad de participantes efectivas en la investigación, se decidió realizar una convocatoria abierta vía correo electrónico, donde se explicaban todos los detalles de la investigación y los requisitos para participar (criterios de inclusión). Las mujeres interesadas se contactaron con la investigadora mediante correo electrónico o teléfono para participar en la investigación.

La intervención con Kundalini yoga se implementó en las dependencias de cada institución, y para el caso de las mujeres contactadas por convocatoria abierta, se llevó a cabo en la Escuela Internacional de Kundalini Yoga Narayan. Este lugar fue facilitado por la Fundación Mujer de Luz, el cual es un organismo sin fines de lucro que accedió a colaborar con la investigación. Esta organización está dedicada al estudio y desarrollo integral de la mujer, a través del cuidado de su cuerpo, mente y espíritu, por medio de la práctica y las enseñanzas del Kundalini yoga y meditación². Para el caso de estas participantes, se solicitó, como forma de intercambio, que cada una donara 1000 pesos por clase a la Fundación Mujer de Luz. Este requerimiento se hizo explícito en el consentimiento informado que se entregó a este grupo de pacientes.

El taller de Kundalini yoga se realizó de forma gratuita en todas las instituciones mencionadas, excepto en el taller de convocatoria abierta, tal como se explicó anteriormente. Además, todos los materiales (superficies para realizar yoga, mantas, hojas, lápices, parlantes y música) fueron facilitados por la investigadora sin costo alguno, excepto en la Escuela Internacional de Kundalini yoga Narayan, dónde se contaba con dichos elementos. De esta manera, las instituciones sólo debían contar con la disponibilidad de una sala en la que cupieran las participantes. Cabe mencionar, además, que la investigadora era instructora de Kundalini yoga, por lo que el taller fue realizado por ella.

La intervención con el taller de Kundalini Yoga tuvo una duración de dos meses. Durante este periodo se realizaron ocho módulos, de una hora y media de duración cada uno, una vez por semana. Cada una de las sesiones consistió en una *Kriya* y una *meditación* específicas según lo propuesto en los objetivos de esa sesión (Ver Anexo VIII). Tal como se explicó en el apartado de Kundalini Yoga, existen diversas *Kriyas* y *meditaciones*, que están enfocadas a trabajar distintos aspectos. De esta manera se escogió aquellas que se consideró que podrían contribuir al fortalecimiento de la autoestima en las patologías alimentarias. De tal manera, el taller fue diseñado

² Se puede obtener más información de esta organización en www.muierdeluz.org

específicamente para estas mujeres, con *Kriyas y meditaciones* ya existentes. La especificación de la práctica y de cada una de las sesiones realizadas se encuentra en los Anexos VII, VIII y IX.

Al inicio del taller, luego de la presentación de la investigadora e instructora de Kundalini yoga, se procedió a obtener el consentimiento informado de cada una de las participantes que estuvieran dispuestas a asistir a la intervención (ver Anexo III). Luego de esto se les pidió que completaran la Ficha de identificación y la Escala de Autoestima de Rosenberg (ver Anexos IV y VI). Al finalizar cada clase, se pidió un autoreporte escrito a cada una de las asistentes, respecto de su experiencia a lo largo de la sesión (ver Anexo V). Por último, ya finalizado el taller, se volvió a aplicar la Escala de Autoestima de Rosenberg y se realizaron entrevistas semiestructuradas de forma personal (cara a cara) e individual, siguiendo los ejes temáticos antes mencionados.

Se realizó un total de nueve entrevistas, que fueron registradas en audio, para luego hacer la transcripción de éstas. El lugar para la entrevista cambió según la conveniencia de cada participante, cinco entrevistas fueron realizadas en los lugares donde se desarrolló el taller, mientras que las otras cuatro fueron efectuadas en otros lugares: una en el domicilio particular de una de las asistentes, dos fueron llevadas a cabo en parques públicos y la última se realizó en el lugar de trabajo de una de las entrevistadas. En el caso de los autoreportes de cada clase, estos se propusieron como opción voluntaria para las participantes, sin embargo, se explicitó el aporte que podían tener dentro de la investigación. De esta forma, resultó que varias participantes no reportaban todas las sesiones, con lo que se obtuvieron un total de 50 autoreportes escritos.

Es importante mencionar que debido al carácter experiencial del taller y a la continuidad entre las sesiones, se aplicó un criterio de exclusión por ausencias; pudiendo existir un máximo de tres ausencias, las cuales no podían ser consecutivas, de ser así,

podía seguir asistiendo al taller, pero sus datos no se considerarían al momento del análisis. En esta misma línea, se permitió la incorporación de nuevas integrantes al taller, pero sólo hasta la tercera sesión, debido al número de sesiones y al desarrollo progresivo del taller.

La investigación llegó a contar con la participación de 23 mujeres, de las que sólo se consideraron nueve, al ser aplicado el criterio de exclusión. Es relevante mencionar el alto índice de inasistencias y deserciones durante el taller, que puede observarse a continuación en la Tabla 3. Asimismo, las nueve participantes consideradas para la investigación, asistieron entre cinco y ocho sesiones, con un promedio de seis asistencias. Si se quiere observar más en detalle esta información, se especifica en el Anexo II.

Tabla 3. Detalle de la deserción según el número de asistentes en cada sesión por institución.

Nombre de la Institución	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Núm. al inicio del taller	Núm. al final del taller
Instituto Schilkrut	5	1	4	3	4	3	0	1	5	3
Hospital Roberto del Río	2	2	2	2	3	3	2	2	5	1
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	2	2	1	0	0	0	0	0	3	0
Escuela Intern. de Kundalini Yoga Narayan	10	7	7	4	5	4	4	5	10	5
Totales	19	12	14	9	12	10	6	8	23	9

Es posible observar en la Tabla 3, una reiterada ausencia de las participantes del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, por lo que el taller fue descontinuado en dicho lugar. Este hecho, que no ocurrió en las otras instancias, podría relacionarse con la falta de coordinación dentro de la institución en asignar un horario fijo y un lugar adecuado para el desarrollo del taller (un lugar estable, que tenga espacio suficiente, silencioso y de acceso restringido).

Por otra parte, cabe mencionar que durante el procedimiento de este estudio se presentaron una serie de dificultades. En primer lugar, se constató la escasa cantidad de casos diagnosticados con trastornos alimentarios en las instituciones de salud pública de Santiago. En segundo lugar, hubo gran dificultad para acceder a instituciones privadas de Santiago que apoyaran este tipo de iniciativas (pese a la gratuidad del taller). En tercer lugar, se presentó el inconveniente para llevar a cabo el taller debido a que no se contaba con un espacio adecuado para la práctica. Por último, tal como se describió anteriormente, se encontró con la dificultad para continuar el taller debido a la gran cantidad de ausencias y deserciones que se produjo.

5. Técnica de análisis de datos

El análisis de la información recopilada por medio de fichas de identificación, autoreportes de cada clase y entrevistas semiestructuradas, se realizó de acuerdo a lo planteado por la Teoría Fundamentada o *Grounded Theory*.

La Teoría Fundamentada, creada por Glaser y Strauss en 1967, se refiere a una forma de generar teoría desde datos recogidos y analizados sistemáticamente a través de un proceso de investigación, donde se generan categorías iniciales y se descubren relaciones entre los conceptos. Esta construcción de conocimiento en base de los

conceptos generados y las relaciones entre ellos, hace posible la coherencia interna del producto científico (Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002).

Los procedimientos diseñados por la Teoría Fundamentada, permiten generar un conjunto de conceptos integrados que posibilitan una minuciosa explicación teórica de los fenómenos estudiados. Fundamental resulta el proceso de conceptualización, que se refiere a la representación abstracta de un fenómeno considerado relevante dentro del proceso de investigación, en otras palabras, etiquetar un determinado fenómeno. Este procedimiento permite reunir diversos acontecimientos bajo una clasificación común, es decir, mediante la conceptualización inicial de los fenómenos se haría posible su posterior clasificación (Strauss y Corbin, 2002). Además, existen dos estrategias importantes para llevar a cabo la Teoría Fundamentada: la comparación constante de la información y el muestreo teórico. En la comparación permanente, los conceptos e hipótesis generados a partir de los primeros datos son contrastados con los datos siguientes y pueden ser corregidos sobre la base de la nueva evidencia. Los siguientes datos también se analizan de inmediato y se comparan con los anteriores. Se continúa de este modo hasta lograr la *saturación teórica* de la categorías conceptuales generadas a través del análisis, es decir, hasta que los nuevos datos ya no agregan información nueva (Strauss y Corbin, 2002). Junto con esto, se utiliza el tipo de muestreo teórico, el cual ya ha sido explicado en el apartado Tipo de muestreo y muestra.

En la presente investigación, se utilizó el primer nivel de codificación propuesto por la Teoría Fundamentada denominado, codificación abierta. En esta técnica, los datos se descomponen en partes, se examinan y comparan, buscando similitudes y diferencias. Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones que son considerados similares en su naturaleza o relacionados con el significado a nivel conceptual, son agrupados bajo conceptos más abstractos denominados categorías. Posteriormente, los datos se reagrupan a través de oraciones sobre la naturaleza de las relaciones entre las categorías y subcategorías. Estas oraciones resultantes son denominadas hipótesis, ya que la estructura resultante del análisis, permite generar nuevas ideas sobre la naturaleza de los fenómenos estudiados (Strauss y Corbin, 2002).

En esta investigación, la metodología de análisis escogida permitió introducirse cualitativa y profundamente mediante las entrevistas, en el caso único de cada una de las participantes, revelando su experiencia y creencias en cuanto al problema de investigación. De esta manera, la primera parte del proceso consistió en analizar cada una de las entrevistas por separado, a partir de lo cual surgieron y se construyeron categorías que iban siendo asignadas al texto correspondiente. Luego del análisis de cada entrevista, de forma sucesiva, se procedió a hacer un esquema conceptual con cada una de ellas, lo que permitió la integración y abstracción de las categorías construidas, como también comprender en mayor profundidad los datos recogidos y observar diferencias y semejanzas de cada una de las entrevistas. Posterior a esto, se procede al análisis grupal, en el que se describe, analiza e interpreta la información obtenida de todas las participantes, citando de manera textual los comentarios o frases que resulten más representativas del análisis.

Por otro lado, se realizó el análisis cuantitativo de los puntajes obtenidos en la Escala de autoestima de Rosenberg. Para esto se utilizó dos pruebas estadísticas de tipo no paramétricas. La característica de este tipo de pruebas es que no se basan en ninguna suposición en cuanto a la distribución de probabilidad a partir de la que fueron obtenidos los datos, de manera que son referidas como pruebas de libre distribución. Moses (1952 citado en Gómez-Gómez, Danglot-Banck y Vega-Franco, 2003) considera que las pruebas no paramétricas: 1) Son más fáciles de aplicar; 2) Son aplicables a los datos jerarquizados; 3) Se pueden usar cuando dos series de observaciones provienen de distintas poblaciones; 4) Son la única alternativa cuando el tamaño de muestra es pequeño ($n < 20$); y 5) Son útiles a un nivel de significancia previamente especificado. Cuando se satisfacen los supuestos de la prueba no paramétrica son igual de efectivas estadísticamente que las paramétricas, las que en muestras pequeñas son menos efectivas. Además las pruebas no paramétricas son menos susceptibles a la contravención de los supuestos, ya que los supuestos son escasos y menos complicados (Jiménez y Pérez, 1989).

De acuerdo a las características de esta investigación y al tamaño de la muestra, es pertinente este tipo de pruebas. Para esto se utilizó la Prueba del signo para muestras

pareadas (T) al comparar los puntajes iniciales con los finales, y también se utilizó la prueba de Mann Whitney para dos muestras independientes al comparar los puntajes obtenidos entre ambos diagnósticos (AN y BN).

En este estudio, los resultados contienen principalmente la descripción y el análisis grupal, sintetizando los resultados obtenidos de la información entregada por las participantes y los datos recogidos mediante la escala. En los Anexos X y XI se detallan las categorías encontradas y el esquema de análisis posterior. En los Anexos XII y XIII se incluye la transcripción de una de las entrevistas codificadas y los autoreportes de una de las participantes.

Finalmente, en la discusión y conclusiones se integra, sintetiza, relaciona y conceptualiza los constructos utilizados en el marco teórico con los resultados obtenidos, permitiendo realizar un análisis más profundo de la información recogida.

6. Criterios de calidad

Al considerar en la presente investigación un criterio de rigor científico, se privilegió el criterio de transparencia, en el que se da al lector la posibilidad de comprender como se llegó a los resultados, a través de la clarificación de todo el procedimiento metodológico, desde la elección de la muestra hasta la presentación de los datos (Corbin y Strauss, 1990 citado en Krause, 1995).

Se utilizó también la contextualidad. Esta se refiere a la inclusión de la descripción del contexto de generación de datos y resultados, como también de un análisis de la interacción de resultados y contexto (Corbin y Strauss, 1990 citado en Krause, 1995).

A lo anterior, se agrega la triangulación múltiple como criterio de credibilidad y consistencia. El usar múltiples tipo de triangulación, posibilita una mirada más satisfactoria y comprensiva del fenómeno. En este caso se utilizó la triangulación de investigador y la

triangulación metodológica, las cuales se especifican a continuación (Kimchi, 1986 citado en Arias, 2000). En la triangulación de investigador, existe más de un observador para el mismo fenómeno, al igual que durante la recolección, examen y análisis de los datos. En el caso de la triangulación metodológica, se utilizan varios métodos para recolectar información de un mismo fenómeno, los que se utilizan para comparar y validar hallazgos (Kimchi, 1986 citado en Arias, 2000).

7. Consideraciones éticas

Para fines de resguardar la participación de las personas en la investigación, se consideraron los principios éticos profesionales explicitados en el Código de Ética profesional del Colegio de Psicólogos de Chile, específicamente el artículo 15 referido a la investigación en psicología. Este tiene como objetivo general regular el quehacer profesional, tanto en el trato de los participantes en el campo como en el análisis y trato de la información (Colegio de psicólogos de Chile, 1999).

En primer lugar se obtuvo el consentimiento informado, expreso y por escrito de las participantes para ser parte de este estudio (Colegio de psicólogos de Chile, 1999), las cuales aceptaron que la información que entregaran pudiera ser registrada y utilizada para la investigación. Se informó a las participantes acerca del tema de investigación y su objetivo principal. Esto se explicitó tanto en el consentimiento informado como en la información que se entregó antes de la firma del documento y del inicio de las actividades propias de la investigación (Ver Anexo III).

También se resguardó la voluntariedad y el anonimato de las participantes a fin de salvaguardar su derecho a la privacidad (Colegio de psicólogos de Chile, 1999), por lo que su participación fue completamente voluntaria. La confidencialidad fue también resguardada tanto en el desarrollo del estudio como en el uso de la información derivada de éste. Tanto la voluntariedad como la confidencialidad se explicitaron claramente en el consentimiento informado y en la información que se les entregó antes de la firma del documento y del inicio de las actividades propias de la investigación.

VI. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados de la presente investigación contienen la descripción y el análisis de la información entregada por las participantes y los datos recogidos mediante la escala. En la primera parte de este apartado, se presenta una definición de autoestima construida según lo propuesto por las participantes y se describen ciertos elementos relacionados a la vivencia de esta. En la segunda parte, se describe cada una de las categorías emergentes en el discurso de las participantes relacionadas con la experiencia en el taller y la autoestima. En la última parte, se presentan los resultados cuantitativos obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg antes y después del taller. A continuación se presentará cada uno de los hallazgos.

1. Primera parte: Definición de Autoestima y Elementos asociados

A partir de las nueve fichas de identificación, se integraron las diferentes definiciones de autoestima que las participantes habían elaborado, y se logró construir una definición del concepto, señalado como *la valoración y el sentimiento que se tiene de sí mismo, que puede ser negativo o positivo, el cual estaría relacionado con la capacidad de aceptación, amor y confianza personal, junto con el reconocimiento del propio potencial. A la vez constituiría una forma de vivenciar y relacionarse con el entorno.*

A continuación se detallan las definiciones elaboradas por cada una de las participantes. Para poder identificarlas individualmente se utilizó dos letras iniciales.³

C.R: *“Es la forma de cómo uno se siente con una misma.”*

S.I: *“El aprecio por uno mismo.”*

R.E: *“Creo que es la capacidad de enfrentarte al mundo con cierta parada y disposición, dependiendo si es buena o mala. Lo que creemos de nosotros mismos.”*

A.N: *“Cómo yo me valoro.”*

G.A: *“Querermme, cuidarme, no juzgarse, aceptarse y sacar a relucir lo mejor de uno.”*

³ Se utilizó siglas para identificar a cada una de las participantes, estas fueron asignadas de forma arbitraria, por lo que no están relacionadas con sus nombres reales y tienen el objetivo de mantener su anonimato.

P.A: *“Afecto por uno mismo, confianza en capacidades y confianza en el potencial propio.”*

M.E: *“El amor incondicional hacia mi ser.”*

R.O: *“El valor que una se da; el amor que tienes por ti mismo.”*

F.E: *“El nivel de valoración que se tiene de uno mismo.”*

Por otra parte, se encontró que las participantes asociaban diferentes elementos en la vivencia y significado de su propia autoestima. Estos se describen a continuación.

1. Algunas relacionaron su autoestima con la capacidad de logro y voluntad personal:

“(...) mi autoestima se basa en, por lo menos en la mía, yo baso mi autoestima en el hecho de logros (...)” (Entrevista G.A, párrafo 6).

“(...) con la voluntad, y con mi autoestima sí, porque uno se va queriendo y vas haciendo las cosas que crees que son para ti, luchar por lo que uno quiere.” (Entrevista M.E, párrafo 19).

“(...) cuando puedo superar dificultades y lograr cosas o cuando puedo sobreponerme también a situaciones difíciles, esas cosas me hacen sentir que mi autoestima está bien.” (Entrevista R.O, párrafo 7).

2. También se relacionó con la valoración de sí misma y la tranquilidad interior:

“(...) me siento más linda, como más linda por dentro, me siento más calmada y ahí yo siento que mi autoestima fue creciendo (...)” (Entrevista F.E, párrafo 12).

3. Otras relacionaron la autoestima con la capacidad para disfrutar de sí misma:

“(...) yo creo que esa cuestión de gustarse y de pasarlo bien con uno mismo es autoestima, es quererse cada día más, de estar contenta con uno, yo creo que es 100% autoestima, yo creo que mi autoestima creció, eso es lo que sentí (...)” (Entrevista A.N, párrafo 13).

4. Se relacionó la autoestima con la valoración de la propia vida:

“(...) lo que le contaba del autoestima, como que antes me sentía como que no sé porque...qué diferencia hay si yo estoy en el mundo a que no estuviera...igual hay diferencia en las cosas (...)” (Entrevista C.R, párrafo 4).

5. También se relacionó con el respeto y valoración corporal:

“(...) la única manera de valorar el cuerpo es teniendo la autoestima en un mínimo normal (...) después de estas clases yo estoy valorando mucho mas mi cuerpo, lo estoy cuidando mucho mas y tomo conciencia de que hay que respetarlo, debe ser porque claramente mi autoestima esta mucho más alta que lo que tenía antes.”(Entrevista R.E, párrafo 10).

6. Por último, se relacionó autoestima con la preocupación por sí misma y autocuidado:

“(...) cambios de hacer cosas para ti y de ir aunque queda a tras mano porque esta bueno para ti, para tu cuerpo, para tu mente esto te va a servir, es preocuparse más por uno mismo y eso es un reflejo de una autoestima (...)” (Entrevista P.A, párrafo 15).

2. Segunda parte: Descripción de categorías emergentes

Como parte fundamental de los resultados, se realizó el análisis descriptivo (codificación abierta) de los 50 autoreportes de clase y las 9 entrevistas, se analizaron 613 códigos, donde emergieron 23 subcategorías y 7 categorías principales, en torno a una categoría central: Fortalecimiento de la autoestima percibido a partir de la experiencia en el taller de Kundalini Yoga. Importante es señalar que todas las participantes manifestaron haber percibidos cambios luego del taller, y la totalidad de ellas señaló que estos cambios estaban relacionados al fortalecimiento de su autoestima. A continuación se detallan cada una de las categorías y subcategorías encontradas en el discurso de las participantes.

Categoría 1. Cambio en una nueva visión positiva

Se encontró que en las participantes habría surgido una nueva visión positiva, relacionada a una mayor capacidad para disfrutar y a una sensación de gratitud general.

Se encontró una **mayor capacidad para disfrutar** del presente, del tiempo personal y de estar consigo misma.

“(...) de a poquito he ido disfrutando estar conmigo, como que antes no me gustaba estar conmigo, pero ahora como de a poquitito a pasarlo bien conmigo, sentirme más alegre...a eso.” (Entrevista A.N, párrafo 10).

“(...) me ayudo a darme cuenta de que soy una persona y que tengo que estar contenta, feliz y plena, de que estoy aquí, y que tengo que aprovecharlo (...)” (Entrevista R.E, párrafo 4).

“(...) el hecho de ser siempre súper autocrítica o como de no permitirme disfrutar cosas o como de no consentirme, esas actitudes cambiaron, como que ahora por ejemplo, como que de repente estoy súper cansada un día y como que me tomo un ratito y me doy un baño de tina y pongo música y como cosas que de repente no hacía, y como darme ese rato (...)” (Entrevista R.O, párrafo 4).

“(...) empecé con el yoga a ver qué...no de hacer todas las cosas en la vida en un solo día, así como que el mundo se va a acabar y tengo que hacer todo, sino de que, disfrutar los buenos momentos y no quedándome como ¿y si lo hubiera hecho? (...)” (Entrevista C.R, párrafo 8).

A la vez, surgió una **sensación de gratitud y valoración de la propia vida**, aceptando y agradeciendo la totalidad de las experiencias vitales y a las personas que han estado en ella.

“(...) hay diferencia en las cosas porque igual yo me siento como agradecida de la vida porque no tengo dificultades, cosas así, y esas cosas antes yo no las veía, siempre pensaba en lo que no tenía, no en lo que tengo, entonces el yoga igual hace ver las cosas simples pero importantes al mismo tiempo...y para eso me ayudo.” (Entrevista C.R, párrafo 4).

“(...) le fui agradeciendo a las personas que nunca pensé que les iba a agradecer (...)” (Entrevista F.E, párrafo 3).

“(...) la aceptación de la diversidad y que todos éramos distintos y que estaba perfecto todo lo que había hecho y vivido para atrás (...)” (Entrevista M.E, párrafo 23).

“Aceptación de quién soy y agradecer al universo por ello. Sin quejas sino con un genuino sentimiento de gratitud. El universo nos ama, me ama!! Fue lo que estuve sintiendo (...)” (Autoreporte F.E, clase 6).

Categoría 2. Características del fortalecimiento de la autoestima

Se encontró que todas las participantes percibieron un fortalecimiento en su autoestima, lo que estaría relacionado con una serie de características: una mayor consideración e importancia de la propia visión, la sensación de mayor capacidad y seguridad personal, mayor sociabilidad, una mayor capacidad de autoobservación y contacto interior, mayor conciencia de la autovaloración, mayor aceptación corporal y el contacto positivo con la propia femineidad. A continuación se detallan cada una de estas subcategorías

Aparece una **mayor consideración e importancia de la propia visión**, relacionada a la pérdida de valor del juicio externo y una disminución en la necesidad de aceptación por parte de los demás.

“(...) dejar de sentirse culpable, por no cumplir la expectativa de los demás, si en verdad lo único que importa es que yo esté bien. Me ayudó mucho.” (Entrevista M.E, párrafo 23).

“(...) siempre uno piensa en porque los demás piensan de uno, entonces como que en el yoga uno tiene que pensar más en uno, su opinión para sí mismo.” (Entrevista C.R, párrafo 11).

“(...) haber a empezado a usar faldas mas cortitas, empecé a usar escote, a caminar por la calle y no me importa que me digan lo que me digan (...)” (Entrevista F.E, párrafo 14).

“(...) he encontrado que la solución está por ahí y ser yo, ahora me atrevo a ser yo y si a la gente no le gusta, me da lo mismo, no me importa, no me importa.” (Entrevista A.N, párrafo 5).

La **sensación de mayor capacidad y seguridad personal** se observa en el reconocimiento de dichas capacidades y logros, la valoración del esfuerzo personal y el sentimiento de superación.

“(...) trato de cumplir las misiones y seguir para adelante, eso es como lo que yo rescato más del yoga, como seguir para adelante (...)” (Entrevista C.R, párrafo 11).

“Ahora me siento poderosa, feliz y reconozco la fortaleza que he tenido.”(Autoreporte F.E, clase 8).

“(...) te ayudaba a darte cuenta de que si uno se concentraba y en verdad ponías la actitud de lograrlo, se podía.” (Entrevista R.O, párrafo 5).

“Siento (...) más confianza, mucha más confianza y seguridad, yo creo que eso es clave (...)” (Entrevista A.N, párrafo 7).

“(...) mi seguridad, siento que puedo hacer las cosas, que puedo hacer lo que quiera, siento que he logrado muchas cosas con muchos problemas encima (...)” (Entrevista A.N, párrafo 13).

“(...) si pude esto, puedo todo, yo creo que esa fue una clase súper clave para mi (...) afrontar los dolores y seguir con tu vida (...) me la pude no creo que, o sea yo digo ya será peor, pero nada me va a matar.” (Entrevista G.A, párrafo 3).

La sensación de **mayor sociabilidad**, asociado a una mayor seguridad y valoración de las relaciones actuales.

“(...) yo estaba como súper aislada, salía súper poco de la casa, me sentía como muy insegura y ya con esas cosas como que...ya salía, y salía con otra actitud.” (Entrevista R.O, párrafo 3).

“(...) en la medida que empecé a aceptarme, mis papás se dieron cuenta, empecé a tener más vida (...)” (Entrevista S.I, párrafo 7).

También se manifiesta una **mayor capacidad de autoobservación y contacto interior**.

“(...) eso es lo que hace el yoga, deja las cosas del mundo y se ve a uno mismo” (Entrevista C.R, párrafo 15).

“(...) yo creo que lo que hace el yoga es que te conecta y te permite ver la esencia, yo creo que eso siempre está, lo que pasa es que uno no lo ve, yo creo que el cambio es cuando uno ve las cosas (...)” (Entrevista A.N, párrafo 11).

“Sentí que me sacaba una especie de traje que ya no iba a utilizar más. Que con cada esfuerzo iban cayendo las capas de cebolla que me recubrían para mostrarme tal cual soy, sin protección.” (Autoreporte F.E, clase 4).

“(...) aprendí mucho a conocerme (...)” (Entrevista S.I, párrafo 1).

Una **mayor conciencia de la autovaloración** se relaciona con una visión más positiva de sí misma, una mayor satisfacción y valoración personal, junto con una aceptación y amor propio.

“(...) me lo merezco y me voy a cuidar, como que en esas actitudes veo eso de querer cuidarme, es como la actitud más marcada (...)” (Entrevista R.O, párrafo 4).

“(...) aprendí a quererme más a mí que es algo que me ayudó mucho...creo que mejoré mi autoestima (...)” (Entrevista S.I, párrafo 2).

“Es un gran aporte, uno toma conciencia de quién es y a valorarte y a quererte y amarte (...)” (Entrevista M.E, párrafo 27).

“(...) han sido como hartos cambios, en aceptarme (...)” (Entrevista F.E, párrafo 5).

“(...) siento que yo estoy viendo lo importante que soy y que eso uno siempre se mira en menos, entonces en el yoga como que hace ver lo bueno que tiene uno.” (Entrevista C.R, párrafo 10).

“(...) en la clase me daba cuenta por ejemplo de que podía llegar a estar súper satisfecha conmigo (...)” (Entrevista R.O, párrafo 2).

“(...) quererte a ti y decir eres una mujer sana, eres una mujer completa, eres una mujer feliz...y ahí empieza todo, por lo menos para mí ahí empezó todo desde ahí, y lo demás ya da lo mismo.” (Entrevista G.A, párrafo 6).

La **aceptación del propio cuerpo** se relaciona con una mayor conciencia del cuerpo, mayor satisfacción corporal y de la imagen, un cambio positivo en la percepción corporal (contrario a la distorsión de la imagen), y actitudes de autocuidado y amor al cuerpo.

“Me di cuenta de que siempre viví con una imagen de gordita cuando en verdad soy normal.” (Autoreporte F.E, clase 8).

“(...) le pregunto a mi cuerpo ahora que es lo que él necesita...igual le he pedido perdón, porque es mi compañero que toda la vida va a estar conmigo, entonces ahora en vez de odiar tanto a mi cuerpo, lo agradezco, agradezco sus piernitas, sus bracitos, todo...y antes lo que yo odiaba con toda mi alma (...) entonces ahora como que lo amo, lo quiero y me siento mucho más acorde con el (...)”(Entrevista F.E, párrafo 5).

“(...) camino hasta de forma distinta, ya no me da vergüenza mi cuerpo, antes me daba mucha mucha vergüenza, ahora no, ahora como que camino bien (...)” (Entrevista F.E, párrafo 11).

“(...) andaba camino al metro así...sintiéndome mina, totalmente linda (...)” (Entrevista G.A, párrafo 7).

“Ahora me veo en el espejo de otra forma, lo que te decía, no me había dado cuenta de que yo había adelgazado así, que era como un cuerpo diferente al que tenía antes (...)” (Entrevista M.E, párrafo 12).

“(...) empecé a sentir partes del cuerpo, músculos como internos, músculos que me dolieron que no tenía idea que existían, más que nada por un tema físico y de a poco tener que aceptarme (...)” (Entrevista A.N. párrafo 2).

“(...) aprendí a querer mi cuerpo, yo creo que eso es lo que más rescato de esto (...) empecé a como quererme a querer a mi cuerpo y no hacerle la guerra” (Entrevista S.I, párrafo 7).

“Me siento muy feliz en mi cuerpo, lo pase bien siendo yo”. (Autoreporte A.N, clase 5).

El **contacto positivo con la propia femineidad** estuvo relacionado a una mayor preocupación por lo femenino y el aumento de actitudes de este tipo.

“Yo sentía que el taller era un espacio como súper femenino. Siento que el despertar de lo femenino, de cada una, porque yo siento que hay como una rabia con lo femenino cuando tienes un trastorno, una no aceptación, o búsqueda, pero un conflicto hay ahí. Y siento que eso da mucha paz, mucha espiritualidad dentro del taller, como mucha diosa, mucha divinidad.” (Entrevista M.E, párrafo 11).

“(...) ahora estoy tratando de preocuparme un poco mas de mi misma...mas femenina(...) empecé a usar aros, a usar collares, a usar anillos (...) el otro día me hice hasta una manicure...en mi vida...entonces eso po, preocuparse po, me ha subido mucho el autoestima, mi feminidad (...)”(Entrevista F.E, párrafo 11).

“Me he dado cuenta que con este taller he sido más mujer, me estoy cuidando, en ser yo y amarme.” (Autoreporte G.A, clase 6).

“(...) que ayudaría mucho en el autoestima sobre todo y la cosa de valoración del cuerpo como mujer, como las mujeres, como lo lindo que somos en verdad y que no todo es físico, que esta la parte espiritual que es súper importante y que eso encontré que entregaba hartito el yoga.” (Entrevista R.E, párrafo 13).

Categoría 3. Apertura a la experiencia de emociones y sensaciones

Se encontró que las participantes experimentaron diferentes emociones y sensaciones a lo largo del taller y cambios relacionados a una apertura a la vivencia de

las mismas. Se experimentó emociones y sensaciones relacionadas al bienestar, y apareció la capacidad para sobrellevar y expresar las emociones y sensaciones desagradables.

Las **sensaciones y emociones de bienestar personal** que se experimentaron durante el taller son: felicidad, calma, equilibrio, plenitud, amor, satisfacción, placer, vitalidad y libertad.

“(...) es una cuestión que yo salía feliz, feliz, a mi me pasaba algo que yo salía y estaba tranquila como totalmente completa, era como que ya!” (Entrevista S.I, párrafo 2)

“Sentí (...) una paz interior inmensa, en el momento de la relajación siento que mi mente y mi corazón se abrazan a mí, que desaparece la rabia, la angustia, el estrés, los malos pensamientos, me siento completamente acompañada y acogida por mí misma. Me siento plena, como si ya no me faltara nada.” (Autoreporte S.I, clase 2)

“(...) cuando terminaba la clase de yoga era una sensación plena, como que estar en otro nivel (...)” (Entrevista A.N, párrafo 6).

“Sentí (...) una paz y amor muy grande.” (Autoreporte A.N, clase 3).

“(...) después de las clases de yoga, terminaba súper inspirada, poco mas volando (...)” (Entrevista R.E, párrafo 7).

“Me sentí querida (...)” (Autoreporte C.R, clase 3).

“Físicamente me siento un poco cansada, pero aún con mucha energía, fue una clase que me trajo linda sensaciones, me siento fresca.” (Entrevista R.O, clase 5).

También se manifestó la **capacidad para expresar y sobrellevar las emociones y sensaciones desagradables** que surgieron durante los ejercicios. Se encontró rabia, vulnerabilidad, tristeza, frustración, sensación de incapacidad, vergüenza y sensaciones físicas molestas.

“(...) bueno recuerdo una clase en que me sentí mal, que quise irme de la clase, como por un esfuerzo físico (...) eso me pasa en general cuando me enfrento como a actividades físicas muy intensas, me da como pena, rabia (...) fue un momento muy desagradable (...)” (Entrevista P.A, párrafo 4)

“(sentí) vergüenza de hacer los ejercicios (...)” (Autoreporte A.N, clase 4)

“Esta clase me sentí muy vulnerable, sobre todo porque trabajamos con el enojo, definitivamente es algo que no me permito sentir o liberar, con ciertos ejercicios me dieron ganas de llorar y en otros momentos sentía mucha calma.” (Autoreporte R.O, clase 2).

“(...) pensé que no sería capaz de lograr, me dolía todo, de repente quería llorar, me dieron náuseas pero no me rendí, tal vez no lo hice perfecto, pero lo hice y por eso me siento orgullosa.” (Autoreporte R.O, clase 8).

“(...) fue como una salida de escape de escape, de desahogo, como para gritar (...)” (Entrevista S.I párrafo 1)

“Cuando golpeamos el suelo me sentí liberada todo lo que me había ocurrido lo recordé y me sirvió para no tenerlo como un trauma.” (Autoreporte C.R, clase 2).

“(...) tienes que hacer esto y filo como te veas, siéntelo no mas y eso para mí ha sido como bien liberador, si te da vergüenza que te importa (...)” (A.N, párrafo 5).

Categoría 4. Desarrollo de Capacidades

Se encontró que las participantes pudieron desarrollarse en diferentes ámbitos. Manifestaron un mayor control de la sintomatología del trastorno, el desarrollo de la capacidad para establecer límites propios y a los otros, y el cambio de actitud frente a los conflictos.

El **mayor control de la sintomatología del trastorno** se encuentra relacionado con una identificación y disminución de la ansiedad, el aumento conductas alternativas para el manejo de ésta, una mayor conciencia sobre la ingesta alimentaria y la aparición de sensaciones y actitudes positivas hacia la comida.

“(...) entonces me ayudó a comer conciente, sentir el alimento, entonces saber hasta dónde tenías tu capacidad para comer y no sobrepasar esa capacidad, que al sobrepasar esa capacidad viene el vomito y eso es lo que te hace daño.” (Entrevista M.E, párrafo 28).

“(...) aprendí mucho a tranquilizarme, aprendí mucho a conocerme, a qué hacer cuando estaba ansiosa (...)” (Entrevista S.I, párrafo 1).

“(...) me pasó que estas cosas que tu nos enseñaste como para la ansiedad, como para antes de hacer una cosa tonta, y uno como tranquila y respirar por la nariz...yo me acuerdo que, lo hice varias veces, de hecho todavía lo mantengo, ponte tu una vez iba a vomitar y dije no, quédate tranquila, respira, (...) y también mucho más tranquila, como que me ayudo mucho.” (Entrevista R.E, párrafo 6).

“(...) la primera meditación que era para la ansiedad, es...fue la primera que practique al tiro, cuando estaba como media ansiosa, cuando quería comer y escupir, o cuando quería comer algo de más, o cuando me acostaba diciendo – hay, comí tanto hoy día - al tiro empezaba...estaba como unos 5 minutos y decía ya...y me relajaba un poco (...)” (Entrevista G.A, párrafo 1).

“(...) el otro día me comí un pedazo de torta sin culpa (...) y me lo comí, y los disfrute y fue maravilloso (...) ahora ya no como con culpa, como porque mi cuerpo necesita alimentarse, y eso me da la energía y le pregunto a mi cuerpo ahora que es lo que él necesita (...)” (Entrevista M.E, párrafo 5).

“(...) Otra cosa que noté es que me doy cuenta que puedo controlar mucho más mis impulsos a un veces que no crea.” (Autoreporte G.A, clase 4).

El desarrollo en la **capacidad para establecer límites propios y para los demás** se manifestó a nivel general, con la pareja, en el quehacer personal y en los espacios propios.

“En mis relaciones estoy súper movida, en cuanto a valoración de mi, de poner límites, eso. Estoy poniendo límites todo el rato hasta con mi pareja (...)” (Entrevista M.E, párrafo 15)

“(...) diciendo que no cuando no, y una cosa que yo no había hecho nunca (...)” (Entrevista M.E, párrafo 16).

“Y no tener que estar vivo para los demás, yo siempre viví para los demás, pero este año me lo di para mí. Siempre fui mamá de mis hermanas, de mi mamá, de todos (...) Yo creo que valorarme yo.” (Entrevista M.E, párrafo 18).

“(...) mi papá es alcohólico entonces igual me da pena (...) pero he crecido en el aspecto de madurar en ese tema porque no depende de mí que el...yo se lo he dicho y todo, o sea ya como que cumplí un poco mi tarea con él (...)” (Entrevista C.R, párrafo 11).

“(...) darme ese rato y exigirle a los demás que no me molesten en ese momento porque antes uno dejaba como que cualquiera lo pasara a llevar, entonces no, este ratito es para mí (...)” (Entrevista R.O, párrafo 4).

El **cambio de actitud frente a los conflictos/dificultades**, se relaciona con el desarrollo de una mirada más global de las dificultades, la capacidad de distanciamiento, un mayor enfrentamiento de los conflictos y una mayor estabilidad emocional frente al manejo de los mismos.

“(...) hacer la kriya era como que ya la superación y decía-ya- y algunas veces como que no daba mas pero decía –mira esto es lo mismo si tú haces con cualquier problemática de la vida(...)”(Entrevista F.E, párrafo 8).

“(...) era una cuestión que tenía un problema y me tiraba abajo, es decir, no valgo, ahora no, para nada, ahora yo se que si tengo un problema lo tengo que arreglar y que y tengo que pedir ayuda, pero que si tiene arreglo (...)” (Entrevista S.I, párrafo 4).

“(...) todavía tengo conflictos conmigo, pero creo que los estoy alejando cada vez mas de mi cuerpo, de físicamente como me veo, estoy preocupándome más de ahora, son más problemas con mi mamá, con mi papá, de que soy indecisa, que soy insegura (...) conmigo estoy en paz, estoy como tranquila, si tengo un problema no va a afectar directamente en mi salud, no voy a dejar que me afecte, no voy a hacerme más daño.” (Entrevista S.I, párrafo 7).

“(...) como que si pasa algo malo, pasan, como que sigo para adelante y no de estar como echándome problemas encima, como que me saco todos los problemas (...)” (Entrevista C.R, párrafo 11).

“(...) me empecé a reconocer un montón de cosas que antes no hacía, antes los fracasos para mi eran terribles, ahora ya los sufro el minuto pero ahora me paro y sigo (...)” (Entrevista S.I, párrafo 8).

“(...) yo creo que el cambio más grande es ese, aprender a afrontar las dificultades de una manera más templada, más calmada, antes no tenía esa actitud.” (Entrevista G.A, párrafo).

Categoría 5. Cambios cognitivos

Se encontró que en las participantes ocurrieron cambios a nivel cognitivo, se produjeron **cambios beneficiosos sobre el contenido de los pensamientos**, relacionado a una mayor conciencia de los mismos y a la aparición de nuevos pensamientos contrarios al trastorno.

“(...) yoga es una herramienta muy útil para desconectarse un rato de la cosa cotidiana, (...) hay muchas cosas que se oportunizan para que te sientas mal, para que te pongas a pensar en estupideces, en la comida y ésta era como la salida del día, para tirarme al suelo y pensar en mi y sentirme bacán (...)” (Entrevista S.I, párrafo 4).

“(...) hacerse consciente de eso, como que uno puede quererse, a veces se merece quererse y cambiar los pensamientos porque de repente uno dice, no puedo, no puedo, y claro, con estas clases uno se hacía consciente de que si podía hacer otras cosas, de que si lo podía hacer bien (...)” (Entrevista R.O, párrafo 1).

“(...) siempre pensaba en lo que no tenía, no en lo que tengo, entonces el yoga igual hace ver las cosas simples pero importantes al mismo tiempo...y para eso me ayudo.” (Entrevista C.R, párrafo 4).

“(...) pero si yo creo que me ayudo a cambiar ese pensamiento de mantención de la enfermedad, como que me ayudo a tirar mas para arriba y a decir ya sabi que no, hagamos cambios.” (Entrevista R.E, párrafo 7).

“(...) un día me dije que para que lo hacía, en verdad me sentía mejor cuando bajaba 6 kilos de peso o más? De verdad te sientes mejor? Y no po (...)” (Entrevista S.I, párrafo 7).

“(...) yo se que algún día voy a tener que comer un pedazo de torta y no sé cómo lo voy a hacer, pero estoy segura de que lo voy a hacer, antes no lo pensaba, antes era como no, nica lo voy a hacer, ahora sí.” (Entrevista S.I, párrafo 7).

“Yo creo que a nivel cerebral todos esos ejercicios que hacíamos (...) hacen que hagas tomar conciencia de cosas que tu antes no tomabas conciencia.” (Entrevista R.E, párrafo 8).

Categoría 6. Cambios frente al proceso de Recuperación

En las participantes aparece un cambio frente al proceso de recuperación, relacionado a una mayor comprensión de este y a una motivación a recuperarse. Se expresa además mayor conciencia tanto de las implicancias y dificultades de este proceso, así como de la propia responsabilidad para provocar el cambio.

Mayor motivación y comprensión del proceso de recuperación

“(...) el hecho de venir y decir voy a un taller para mujeres con trastorno alimentario era ya súper heavy, porque era como admitir el problema y no sólo a ti, si no que a las demás personas, porque yo sabía que este era un paso súper importante (...)” (Entrevista R.O, párrafo 1).

“(...) claro uno dice lo que tenemos las anoréxicas es voluntad para no comer, pero la voluntad que tu trabajaste es justamente la voluntad para darte cuenta que estas mal (...)” (Entrevista G.A, párrafo 10).

“(...) pensar de que tal vez podía sanarme...sentí como un optimismo, como que me abrí a esa posibilidad que en general esta como cerrada (...)” (Entrevista P.A, párrafo 6).

“(...) no tengo ganas de volver a caerme, ya no tengo ganas de dejar de comer, de mentir, de alejarme de todas estas cosas que perdí por tanto tiempo (...) ahora estoy intentando retomarlas, ahora estoy intentando como volver a ser como debí haber sido y a seguir con esto de la manera más positiva posible (...)” (Entrevista S.I, párrafo 7).

Mayor conciencia de las dificultades frente al proceso de recuperación, tales como el autosabotaje y el tener que afrontar los aspectos autodestructivos.

“(...) como esta ambivalencia en lo que uno quiere hacer por uno mismo y también de boicotarse (...)” (Entrevista P.A, párrafo 16).

“Creo que hay un autosabotaje, que es lo que pasa con este tipo de enfermedades, que te saboteas todo lo que empiezas, por falta de amor propio. Porque cuando tu sentí que estai realmente conectada con algo, que te hace bien, supuestamente no deberías dejarlo, pero uno lo deja por que se autosabotea. Es falta de autoestima.” (Entrevista M.E, párrafo 28).

“(...) una se siente como un monstruo cuando hace esto, entonces tener que verse, tener que enfrentarse a ese monstruo cuando estas tu ahí es...yo creo que debe haber sido lo más complejo (...)” (Entrevista G.A, párrafo 11).

“(...) es difícil mirarse a uno mismo, es difícil enfrentarse al mayor demonio que uno tiene que es uno mismo (...) igual es cómodo estar enfermo, es como recibir atención, es cómodo decir, hay estoy imposibilitado para, es cómodo tener una enfermedad (...) y lo que hacia este taller era que uno se miraba a sí mismo y se reconectaba, entonces claro hay cosas que te hacen bien y toda la cuestión, pero ya me dio miedo y el miedo congela (...)” (Entrevista F.E, párrafo 16).

“(...) cuando quiere mejorarse de esto y sanarse, uno le toma tiempo decidirlo. Antes de tomar el tratamiento yo estuve en el dilema, realmente quiero mejorarme o quiero quedarme en esto siempre. Y si uno en verdad no tiene esa idea clara, cualquier cosa va a sacarte de lo que estés o de sanarte, cualquier cosa y lo vas a poner de pretexto, porque una es re buena mintiéndose (...) si tú no estás comprometida contigo, a estar bien, a sanarte, la cosa más mínima va a sacarte del objetivo (...)” (Entrevista R.O, párrafo 14).

Mayor conciencia de la propia capacidad y responsabilidad en el proceso de recuperación ligada a una mayor sensación de control, autoconfianza y vivencia de los propios recursos.

“(...) ser más consciente de que estoy aquí y soy yo un agente de cambio, yo soy la que tengo que hacer los cambios, que yo soy todo para mí, que soy lo único que tengo...o sea en el fondo como mío mío (...)” (Entrevista R.E, párrafo 5).

“(...) ya no necesito un psicólogo externo, encontré mi propia autoridad, siento que no necesito nada mas de afuera (...)” (Entrevista M.E, párrafo 24).

“(...) todo está en tu mente (...) aquí te refuerza mucho más que tienes que verte, ver lo que tienes tu, ve tus herramientas y esa es la diferencia con un psicólogo que te dice , ve las herramientas de afuera, pero aquí hay una cosa mucho mas...que las herramientas están en ti y eso cambia mucho las perspectivas respecto de cómo afrontar todo, todo lo que está pasando en tu cuerpo y en tu cabeza (...) es bien sanador, es bien motivante, mas que sanador es motivante a luchar (...)” (Entrevista G.A, párrafo 1).

“(...) tú no eres la víctima, tú hiciste que pasaran ciertas cosas y fue porque tu necesitabas ciertas cosas (...) el momento en que uno tiene que ver las cosas o quiere ver las diferentes problemáticas, es el querer sanarse y empezar a determinar algo.” (Entrevista F.E, párrafo 17).

Categoría 7. Relevancia del Taller

Las participantes manifestaron la relevancia del taller en diferentes aspectos. Por un lado, señalaron lo pertinente del taller de Kundalini yoga en la etapa del ciclo vital y la relevancia de ésta práctica dentro del tratamiento multidisciplinario de trastornos alimentarios. Destacaron además, la importancia del contexto propio del taller, del trabajo grupal y de la práctica continuada para percibir cambios.

La **pertinencia del taller de kundalini yoga en la etapa del ciclo vital**, relacionado a una etapa decisiva y de necesidad de cambio.

“Encontré que era demasiado maravilloso, sentí que fue una reafirmación de sentir que estaba bien estar ahí, que estaba donde tenía que estar (...)” (M.E, párrafo 22).

“(...) estaba justo en un momento en que, ya, vamos a cambiar todo esto, este nutriólogo no me está ayudando, necesito más cosas, necesitaba también más apoyo y además que decía –chuta, terminé mi examen de grado - , es el momento de hacer un cambio en todo esto, ya estoy lista (...) decidí venir y cuando llegue acá fue como, esto es para mí (...)” (G.A, párrafo 1).

“(...) este taller llega no en cualquier momento, no sé po, yo estoy terminando la práctica, hace un tiempo ya que estoy haciendo como cierre, como cambio de etapa, preguntándome que voy a hacer después, está terminando el año, estoy en un etapa que con mi pareja ya nos proyectamos o no nos proyectamos, y ahí llega el yoga (...)” (P.A, párrafo 7).

“(...) yo venía dispuesta a cambiar (...) voy a aprovechar esta oportunidad y voy a entregar todo en esto, porque si no, no sirve de nada (...) creo que eso fue clave

también, darle un sentido, porque si uno no le da un sentido a lo que viene acá, no pasa nada (...)” (G.A, párrafo 4).

La **relevancia del taller dentro del tratamiento multidisciplinario de trastornos alimentarios**, como herramienta complementaria a la psicoterapia y de autosanación. Además se destaca la importancia del elemento espiritual que otorgaba el taller de Kundalini yoga dentro del tratamiento.

“Yo siento que desde que estoy en el kundalini no necesito algo externo, seguir buscando, porque de hecho me he hecho (...) mil cosas de medicina tradicional como alternativa, y esto es lo que mejor me ha hecho (...) yo siempre dependo del otro y ya no, me he dado cuenta que las respuestas están dentro de mí. Ese momento cuando yo voy a clases es cómo la hora con el psicólogo. No necesito buscar más respuestas más allá.” (M.E, párrafo 9).

“(...) confió respecto de que me va a servir mucho cuando quiera caer a alguna tentación o resulta que estoy volviendo a ciertos hábitos que no, que debo dejar, recurro a esto más que pensar en un psicólogo (...) esto es mucho más fuerte, mas canalizador, es mucho más incisivo en ti misma, en tu mente, en tu cuerpo para afrontar esto en varias maneras (...)” (G.A, párrafo 9).

“(...) es como una autoterapia que uno hace con el yoga, y como que te va...no sé si calibrando o te va comprendiendo y lo vas haciendo tu misma y eso es lo maravilloso, porque no tienes que hablarle a nadie, es como contigo (...)” (F.E, párrafo 8).

“(...) deberían incluir esto como parte del tratamiento (...) porque el tratamiento no tiene nada espiritual (...) porque si tú te das cuenta, el tratamiento psicológico o el tratamiento espiritual lo único que te enseñan es a quererte, a amarte y a subirte la autoestima... es lo mismo, al final buscas lo mismo, de distintas maneras.” (A.N, párrafo 15).

“(...) hay estreching, hay hatha, hay cosas, pero que no es lo mismo, porque no trabaja la parte espiritual que es lo que uno necesita, que te apoyen y sentirte contenida.” (F.E, párrafo 11).

“(...) al principio probé la primera clase, me gusto harto, pero era súper distinto el enfoque del taller, pese a que había hecho una clase de kundalini antes (...)” (R.O, párrafo 10).

“(...) venía a la clase, siempre como súper entusiasmada, a pesar de que era venir a luchar con el problema mismo (...)” (A.N, párrafo 1).

“(...) yo creo que de todas maneras sirve para los trastornos alimentarios (...)” (R.E, párrafo 13).

La **importancia del contexto del taller**, relacionado con un ambiente de calma, contención, cuidado y espiritualidad. Además de la relevancia de realizar la práctica con ojos cerrados para evitar la comparación y fortalecer la atención en sí mismas.

“(...) mucha espiritualidad dentro del taller, como mucha diosa, mucha divinidad. El tono de voz que utilizaban, la suavidad del espacio, del ambiente era como lo que da calma. Sentirse todas cobijadas como dentro de una cúpula, de un vientre materno y eso era lo que me daba más paz, más que ir a otras prácticas con otros profesores.” (M.E, párrafo 11).

“(...) me encontraba conmigo, con mi dignidad, con mi diosa, y por el hecho de sentirse cobijada (...) Se sentía mucho amor, mucho mucho amor, entonces salía llena de amor, era como una inyección de amor.” (Entrevista M.E, párrafo 25).

“(...) nos hacías hacer todo con los ojos cerrados y yo creo que eso fue clave, sobre todo cuando uno recién empieza a hacer los ejercicios, lo primero que hace es mirar para el lado para ver como lo hace la otra (...) por suerte tu diste esa instrucción y así que el riesgo de compararse en ese aspecto es nulo, no hay riesgo de compararse (...)” (G.A, párrafo 12).

“(...) que este yoga sea con los ojos cerrados, hace que nadie te mire, entonces hace que al no mirar a nadie, uno se mire a sí mismo, y uno se va mirando y se va sintiendo, uno va como conectándose con el cuerpo (...)” (F.E, párrafo 8).

La **relevancia de trabajar grupalmente dentro del taller**, percibido como un apoyo en la búsqueda de recuperación.

“Sentirse cuidada, y darte cuenta que tú eras parte también de ese, que cada una de nosotras era parte de ese sentirse cuidadas (...)” (M.E, párrafo 11).

“Me acuerdo de las sensaciones que tuve y fueron súper lindas, el hecho de darse cuenta que estábamos dentro de un mismo camino (...)” (M.E, párrafo 21)

“(...) sentirte que no estás sola, que hay otras personas que están pasando lo mismo que tu (...)” (M.E, párrafo 27).

“(...) nadie se cuestionaba nada de la otra, porque todas sabíamos porque estábamos acá y se armó un ambiente bien rico (...) aunque no habláramos mucho, pero había un vínculo entre todas y un apoyo (...) me ayudó mucho saber que hay muchas mujeres que estamos en esto (...)” (G.A, párrafo 1).

“(...) para mí ha sido como bien liberador, si te da vergüenza que te importa, el de al lado está haciendo lo mismo y bacán (...)” (A.N, párrafo 5).

“(...) sentía que estábamos todas en el camino de estar mejor y también la confianza que me entregaste tu en el taller igual es súper importante, porque para

un problema así, uno como que igual necesita tener esa conexión con la persona que está ahí y también eso fue como súper rico, como sentir el apoyo (...) (R.O, párrafo 1).

La **relevancia y beneficios de la práctica continua del yoga**, relacionada con una mayor profundidad en los cambios percibidos.

"(...) si dejo de ir un día ya pierdo todo lo que he ganado y no quiero perder esto y además que cada vez veía que esto era cada vez más fuerte en mí, con mas efectos, mas cambios, cada vez sentía más voluntad, mas autoestima (...)" (G.A, párrafo 8).

"(...) los cambios se dieron súper progresivamente de a poco, de a poco." (S.I, párrafo 5).

"(...) de hecho cuando una semana falte e hice la otra, esa semana anduve pésimo (...) y después volver a yoga y es impresionante el cambio, por lo menos para mí (...)" (A.N, párrafo 6).

"(...) las primeras clases yo iba más que nada como a hacerlo, pero después empecé como a sentirlo y cuando cantábamos la canción "que soy hermosa, que soy éxtasis", de todas maneras me llegaba demasiado (...)" (R.E, párrafo 4).

"(...) si es que tu esto lo tomas como constante y lo haces en más yo creo que los resultados serían mucho mas grandes...más tiempo, más prolongado en la vida, hacerlo como parte de tu vida (...)" (R.E, párrafo 11).

A partir de la información encontrada, se comparó los discursos entre las mujeres con AN y los con BN, sin embargo no se encontraron diferencias entre los cambios percibidos que pudieran ser atribuidas a los distintos diagnósticos. Es más, las participantes tuvieron experiencias similares con respecto al taller y a los cambios experimentados.

3. Tercera parte: Resultados en la Escala de Autoestima de Rosenberg

Los resultados de los puntajes obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg fueron analizados mediante dos estadísticos no paramétricos: la Prueba del

signo para muestras pareadas (T) y la Prueba de Mann Whitney para dos muestras independientes.

Prueba del signo para muestras pareadas (T)

Se utilizó la prueba del signo para muestras pareadas (T) (Daniel, 1995) para comparar los puntajes obtenidos por las participantes en la Escala de Autoestima de Rosenberg, al inicio y al final de la intervención. Como se observa a continuación en la Tabla 4, se obtuvo la diferencia de cada pareja de puntajes comparados, la cuales están señalada con un signo negativo. Se encontró que todos los puntajes iniciales eran menores a los puntajes finales. Esto indica que no existe variación en el tipo de diferencia, debido a que todas aquellas encontradas fueron negativas (-), y que según la prueba de significación T implica una probabilidad = 0. Esta probabilidad señala una diferencia significativa entre los puntajes iniciales y los puntajes finales; siendo estos últimos significativamente más altos. Por lo tanto, la situación cambia luego del taller de Kundalini yoga, ya que al haber transcurrido dos meses de intervención, se encuentra que la variable autoestima aumentó significativamente en comparación al inicio del taller. Por lo tanto, la hipótesis nula, que señala que los valores de variable autoestima serían iguales al inicio y al final el taller, puede ser rechazada.

Tabla 4. Puntajes obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg antes y después del taller, y el diagnóstico de cada una de las participantes.

Participante	Puntaje Inicial	Puntaje Final	Diferencia de puntaje	Diagnóstico
A.N	29	31	(-) 2	AN
S.I	21	26	(-) 5	AN
M.E	17	28	(-) 11	BN
R.O	20	36	(-)16	BN
F.E	19	39	(-)10	AN
P.A	26	30	(-) 4	BN
G.A	24	30	(-) 6	AN
C.R	21	28	(-) 7	AN
R.E	23	28	(-) 5	BN
Promedio	22.22	30.67	7.33	-----

Estadístico de prueba: S: suma de rangos asignados a x (AN), n: núm de observaciones de la muestra x (AN).

$$T = S - (n(n+1)) / 2$$

Prueba de Mann Whitney para dos muestras independientes (Daniel, 1995)

Se utilizó la Prueba de Mann Whitney para dos muestras independientes al comparar los puntajes entre ambos diagnósticos (AN y BN).

En primer lugar, se comparó los puntajes iniciales obtenidos por AN y los obtenidos por BN. En la Tabla 5, se señala la lista de puntajes iniciales obtenidos por ambos grupos, además de una serie de rangos que fueron establecidos para cada uno de estos valores. A partir del estadístico de prueba, se obtuvo que $T = 2$. Si $2 \leq T \leq 5$ no se considera significativa la diferencia entre los puntajes. De esta manera, el valor de T obtenido indica que no existe diferencia significativa entre los puntajes iniciales obtenidos

por AN y los obtenidos por BN. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, ya que no existen diferencias significativas entre los puntajes de ambos grupos al inicio de la intervención.

Tabla 5. Rangos de los puntajes iniciales obtenidos por AN y BN

Puntajes Iniciales AN (x)	Rangos AN	Puntajes Iniciales BN (y)	Rangos BN
29	7	28	5.5
21	2.5	36	9
19	1	30	8
24	4	28	5.5
21	2.5		
Sumatoria	17		28

En segundo lugar, se comparó los puntajes finales obtenidos por AN y los obtenidos por BN. En la Tabla 6, se señala la lista de puntajes finales obtenidos por ambos grupos, además de una serie de rangos que fueron establecidos para cada uno de estos valores. A partir del estadístico de prueba, se obtuvo que $T = 9.5$. Si $2 \leq T \leq 5$ no se considera significativa la diferencia de los puntajes. A partir del valor obtenido en T, es posible señalar que existe una diferencia significativa entre los puntajes finales obtenidos por AN y los obtenidos por BN. Además, al ser comparadas las medianas de ambos grupos en los puntajes finales, se observa que ellas difieren significativamente, siendo significativamente mayores los puntajes finales de BN. De esta manera, luego de la intervención del taller de Kundalini yoga, la variable autoestima habría aumentado significativamente en el grupo de BN en comparación al de AN. Por lo tanto es posible rechazar la hipótesis nula, que señala que los puntajes finales en la escala de AN y BN son iguales.

Tabla 6. Rangos de los puntajes finales obtenidos por AN y BN

Puntajes Finales AN (x)	Rangos AN	Puntajes Finales BN (y)	Rangos BN
31	7	28	3
26	1	36	8
39	9	30	4.5
30	4.5	28	3
28	3		
Sumatoria	24.5		18.5
Mediana	30		33

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio se enmarcó dentro de una metodología fundamentalmente cualitativa, orientada al descubrimiento y descripción del fenómeno a estudiar. Esto hizo posible el desarrollo inductivo de categorías en función de la revisión y el análisis sistemático de los datos. Además se utilizó el instrumento cuantitativo, Escala de Autoestima de Rosenberg, como complemento para la información recogida.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta para esta investigación que, si bien habían sido realizados algunos estudios acerca de la práctica de yoga y sus beneficios en trastornos alimentarios, estos no especificaban el tipo de yoga, ni profundizaban en los efectos en la autoestima. Es por esto que uno de los aportes de la investigación es que permite conocer y describir los efectos que puede tener la práctica de Kundalini yoga en la autoestima de mujeres con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. En relación a lo anterior, se describen los principales hallazgos según los objetivos de la investigación y a partir de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Objetivos 1 y 2: Describir, analizar y sistematizar el discurso de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, respecto de la autoestima; y Construir una definición de autoestima en relación al discurso de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

En relación a estos objetivos, se encontró que las participantes tenían una idea común de lo que entendían por autoestima, y que cada una de ellas lo relacionaba de forma más particular a ciertos elementos más que a otros. A partir de las diferentes definiciones de autoestima que las participantes habían elaborado, se logró construir una definición del concepto, entendiendo autoestima como *la valoración y el sentimiento que se tiene de sí mismo, que puede ser negativo o positivo, el cual estaría relacionado con la capacidad de aceptación, amor y confianza personal, junto con el reconocimiento del propio potencial. A la vez constituiría una forma de vivenciar y relacionarse con el entorno.*

Es posible observar que la definición elaborada por las participantes integra una multiplicidad de visiones, relacionadas a distintos autores antes señalados. Es así como

coincide con lo referido por Rosenberg (1965 citado en Rojas- Barahona, Zegers y Forster, 2009, p.3), quien plantea que la autoestima es “un sentimiento hacia uno mismo que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de la evaluación de las propias características”. También lo señalado por las participantes concuerda con lo planteado por Valdez y Reyes, (1992) citado en Dörr, (2005) cuando señalan que la autoestima implica aspectos conductuales, afectivos y físicos, reales e ideales, acerca del propio individuo, y que funciona como un código subjetivo de acción hacia el medio interno y externo. Las participante también entienden la autoestima como un conjunto de actitudes valorativas hacia el sí mismo, lo cual coincide con el planteamiento de Ellen Piers, (1967 citado en Gorostegui, 2004), y Bolívar y Rojas, (2009).

También se encontró que las participantes asociaban diferentes elementos en la vivencia y significado de su propia autoestima. Al respecto, Rosenberg (1965) argumenta que la experiencia global de autoestima está definida por la importancia psicológica de los acontecimientos, representaciones, etc. dentro del sistema de cada individuo. De esta forma, algunas participantes relacionaron su autoestima con *la capacidad de logro y voluntad personal*. Esto también ha sido señalado por autores como Branden (1993), quien plantea que la autoestima implicaría la sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito; asimismo lo indica William James (1951 citado en Gorostegui, 2004), al decir que la autoestima dependerá del éxito obtenido de acuerdo a las metas propuestas. Las participantes también relacionaron el concepto de autoestima a *la sensación de valoración de sí misma y tranquilidad interior*, lo que se puede relacionar a lo planteado por González-Pienda et al. (1997) sobre la construcción de la autoestima a partir del grado de aceptación propia, que sería la distancia entre la autoimagen percibida y la ideal. Otras participantes relacionaron la autoestima con *la capacidad de disfrutar de sí misma, la valoración de la propia vida, la preocupación por sí misma y autocuidado*, y por último, el *respeto y valoración corporal*. En relación a lo anterior, Kernberg (1979 citado en Dörr, 2005) considera que la autoestima sería el desarrollo de la confianza en uno mismo; también Branden (1993) se refiere a la autoestima como la suma integrada de confianza y de respeto hacia sí mismo; de la misma manera lo señala Abraham H. Maslow (1985) quien lo relaciona con la autovalía y el reconocimiento propio.

Objetivos 3 y 4: Diseñar e Implementar un taller de Kundalini Yoga, con una duración de 8 sesiones durante 2 meses, dirigido al fortalecimiento de la autoestima de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa; y Describir, analizar y sistematizar el discurso de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa respecto de su experiencia en el taller de Kundalini Yoga y los posibles efectos en su autoestima.

En relación estos objetivos, se logró implementar el taller de Kundalini yoga, pese a las dificultades con las que se encontró, descritas en el apartado de Procedimiento; y a partir de la intervención, todas las participantes manifestaron haber percibido cambios, indicando que estaban relacionados con un fortalecimiento en su autoestima. Tal como señala Dörr (2005) y Gorostegui (2004) la autoestima no sería un constructo que cambia con facilidad, y su modificación obedece a un proceso en el que el sujeto va incluyendo, excluyendo y acomodando rasgos a lo largo del ciclo vital. Además de que el cambio en la autoestima afectaría todos los ámbitos, ya que constituiría una necesidad, que tal como señala Abraham H. Maslow (1985) ésta sería imprescindible para la autorrealización de toda persona. De esta manera, el principal hallazgo en esta investigación es el fortalecimiento de la autoestima en mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia nerviosa, mediante el taller de Kundalini yoga.

Es en relación a la descripción y al análisis del fenómeno encontrado, que se consideró relevante: sus características, elementos intervinientes, elementos individuales interactuantes y la ocurrencia de otros cambios asociados. A continuación, se hace referencia a cada uno de ellos.

Características del fortalecimiento de la autoestima.

A partir de lo señalado por las participantes, el fortalecimiento de la autoestima tendría una serie de características que habrían sido experimentadas a lo largo del taller. Estas características se describen a continuación.

Una de las características es una *mayor importancia de la propia visión*, relacionada a la pérdida de valor del juicio externo y una disminución en la necesidad de aceptación por parte de los demás. Este cambio parece relevante, ya que en gran cantidad de los casos de trastornos alimentarios, existe una pobre autoestima, y necesidad constante de aprobación de otros, que se traduce en la búsqueda de complacía (Behar y Figueroa, 2004).

Otra característica es la *sensación de mayor capacidad y seguridad personal*, relacionado al reconocimiento de las propias capacidades y logros, la valoración del esfuerzo personal y el sentimiento de superación. En relación a esto, Hall y Cohn (2001) señalan que los trastornos alimentarios existirían en base al miedo a madurar y ser independientes. Desde este punto de vista, este cambio experimentado por las participantes resulta muy relevante.

Otra de las características es una *mayor sociabilidad*, relacionada a una mayor seguridad y valoración de las relaciones actuales. Este cambio es relevante considerando que en este tipo de trastornos suelen haber problemas en las relaciones interpersonales, junto con un sentimiento de desconfianza e incomodidad frente a la intimidad en las relaciones (Hall y Cohn, 2001).

También se encuentra la característica de *mayor capacidad de autoobservación y contacto interior*. Este cambio podría relacionarse con uno de los objetivos del Kundalini yoga, que es la autoconciencia y autoexploración en los niveles físico, mental y espiritual, lo que permite a la persona conocerse en mayor profundidad (KRI, 2007). En relación a lo anterior, el contacto interior vivenciado por las participantes ocurrió desde un lugar que no fue la autodestrucción propia del trastorno, lo cual es relevante considerando estas patologías.

Otra característica es una *mayor conciencia de la autovaloración*, que se relaciona con una visión más positiva de sí misma, una mayor satisfacción personal, junto con la valoración y amor propio. Esto se relacionaría con que la persona deje de creer que es sólo su personalidad o su apariencia y logre ver más allá, contactándose con aspectos más profundos de sí misma. Este cambio es relevante, ya que señala una valoración de sí

misma, más allá del trastorno alimentario, lo que posibilita un aporte en la recuperación. Cabe mencionar además que la autovaloración corresponde a uno de los efectos que pretende la práctica del Kundalini yoga (KRI, 2007).

También se encuentra la *aceptación del propio cuerpo*, relacionada con una mayor conciencia y satisfacción corporal y de la imagen, un cambio positivo en la percepción corporal (contrario a la distorsión de la imagen), y actitudes de autocuidado y amor al cuerpo. Este cambio resulta relevante ya que las alteraciones en la imagen corporal son un factor de fundamental importancia dentro de los trastornos alimentarios, pues su severidad posee un valor predictor en el pronóstico y representa una precondition de recuperabilidad en la evolución de las patologías alimentarias (Behar, 2008). Por lo demás este cambio coincide con resultados obtenidos en estudios anteriores, de pacientes con trastornos alimentarios que practicaban yoga, en los cuales los participantes referían sentirse mejor con sus cuerpos y captar mejor sus sensaciones (Foltz-Gray, 2007; Prichard y Tiggemann, 2007).

Por último, se encuentra el *contacto positivo con la propia femineidad*, relacionado a una mayor preocupación por lo femenino y el aumento de actitudes de este tipo. Este cambio es relevante desde el punto de vista de la aceptación del cuerpo como mujer, ya que se relaciona con la imagen corporal y su incidencia en el desarrollo de la enfermedad (Behar y Figueroa, 2004). Es más, Behar, Barrera y Michelotti (2001) señalan que el perfil estereotípico de rol de género femenino en la mujer con trastorno alimentario sería eminentemente dependiente, inmaduro, complaciente, con baja autovalía, escasa confianza en sí misma y una dificultad en la adquisición de la identidad genérica, y más específicamente en el caso de la anorexia nerviosa, que según la teoría psicoanalítica esta conducta sería entendida como un rechazo de la sexualidad (Behar y Figueroa, 2004).

Elementos Intervinientes en el fortalecimiento de la autoestima.

Existen elementos intervinientes en el fortalecimiento de la autoestima, relacionados a la muestra y a las condiciones en las que se desarrolla el taller. Dentro de estos elementos que intervienen, en primer lugar se encuentran los antecedentes de la muestra, de lo cual cabe destacar que la mayoría de las participantes había asistido a alguna clase de yoga antes de realizar el taller, y en su mayoría a Kundalini yoga. Por otro lado, todas las mujeres que desertaron del taller, nunca antes habían practicado Kundalini yoga, aunque sí otros estilos. En relación a lo anterior, es posible que la asistencia y permanencia dentro del taller estuviera relacionada con el interés y/o el acercamiento anterior en este tipo de yoga.

Otra característica de la muestra es que la mayoría de las participantes pertenecían a un sector socioeconómico medio-alto y alto, lo que podría ser relevante ya que el tipo de educación y la visión de mundo de éstas, pudiera haber influido en la una apertura y recepción frente a la práctica de Kundalini yoga.

Otro elemento que está presente en la muestra, es que la mayoría de las participantes presentaban el trastorno desde hace años y habían tenido por lo menos un tratamiento anterior al actual. En relación a lo anterior, la práctica de Kundalini yoga podría tener una mejor recepción en pacientes con una larga historia de presencia del trastorno. El largo tiempo con la enfermedad podría implicar mayor conciencia y conocimiento de esta, así como la experiencia de fracaso en los distintos intentos de recuperación. Esto podría relacionarse con una mayor disposición y motivación a probar nuevos tratamientos, alternativos o diferentes.

Un segundo elemento que interviene en el fortalecimiento de la autoestima es la *relevancia del taller en la etapa del ciclo vital*. Las participantes señalan que el taller

ocurre en una etapa decisiva y de necesidad de cambio. En relación a lo anterior es importante recordar que la autoestima no sería un constructo que cambia con facilidad, habría áreas más difíciles de cambiar que otras y existirían etapas críticas de cambio durante el desarrollo (Dörr, 2005; Gorostegui, 2004). De lo anterior, se podría señalar que la etapa en que se encontraban las participantes sería un elemento importante a considerar referente a los cambios experimentados, ya que la mayoría de ellas se encontraba en el término de un ciclo (educación media o estudios superiores) relacionado a una etapa crítica, de cuestionamiento acerca del quehacer en la propia vida.

Un tercer elemento interviniente, corresponde a la *importancia del contexto propio del taller*, señalado por las participantes. Señalaron que el taller propiciaba un ambiente de calma, contención, cuidado y espiritualidad. Además las participantes manifestaron la importancia de realizar la práctica con ojos cerrados, para evitar la comparación y fortalecer la atención en sí mismas. La experimentación de estas sensaciones por parte de las participantes, se condice con lo planteado por Hall y Cohn (2001) quienes señalan que es común en este tipo de trastornos la necesidad de ser cuidadas y sentirse amadas. Es por esto que se sugiere contar con un lugar adecuado y estable para realizar el taller, un horario fijo y los elementos necesarios para la práctica (superficies de yoga, música, parlantes y mantas). También se sugiere que la clase sea realizada por una instructora mujer y que fomente un ambiente de calma, suavidad, contención y confianza suficiente, para que las participantes puedan sentirse seguras y cuidadas.

Respecto de la importancia del contexto del taller, hay que considerar como antecedente la cancelación del taller en una de las instituciones, tal como se describe en el apartado de Procedimiento. Una de las explicaciones para este fenómeno, implica precisamente el contexto, ya que en esta institución no se contaba con un lugar adecuado para la práctica de yoga ni tampoco había suficiente coordinación dentro del establecimiento para fijar un horario con el fin de realizar el taller. En cambio, en las instituciones donde no hubo inconvenientes para desarrollar la intervención, se contaba con una sala adecuada, y un horario establecido y conocido por las participantes. Además, es necesario tener en cuenta que en el caso de los trastornos alimentarios es

común la falta de perseverancia dentro de cualquier tratamiento (Behar y Figueroa, 2004; Chinchilla, 2003), por lo cual se tornan aún más relevantes este tipo de factores.

Un cuarto elemento interviniente en el fortalecimiento de la autoestima, es *la relevancia del trabajo en grupo dentro del taller*, como apoyo en la búsqueda de recuperación. En este punto se hace relevante que *la práctica se realice con ojos cerrados*, ya que es la única medida que disminuye al máximo la posibilidad de comparación entre las participantes, que en este tipo de trastornos es lo menos conveniente. De esta forma el grupo sería percibido como un apoyo y no como una competencia o amenaza para las asistentes. Es importante, en este sentido, que la práctica enfatice la autoaceptación y no la competitividad o presión por alcanzar un logro (Foltz-Gray, 2006; Tummers, 2005).

Elementos Individuales Interactuantes con el fortalecimiento de la autoestima.

Es posible señalar elementos individuales que habrían interactuado con el fortalecimiento de la autoestima de manera recíproca, es decir, estos elementos y la autoestima se influirían mutuamente. Un factor relevante que hay que considerar para estos elementos, es la asistencia continua al taller, la cual está relacionada con una *mayor profundidad en los cambios percibidos*. Hay tres elementos que se podría destacar en relación a dicha asistencia. El primero, se refiere al compromiso y responsabilidad de la institución para posibilitar la realización del taller. El segundo, se relaciona con el compromiso de la familia para apoyar la continuidad en el taller. Y el último, a juicio de la investigadora, el fundamental, es *la conciencia de la propia capacidad y responsabilidad en el proceso de recuperación*. Este último constituye a su vez el primer elemento interactuante en el fortalecimiento de la autoestima.

El primer elemento individual es *la conciencia de la propia capacidad y responsabilidad en el proceso de recuperación*. Las participantes refirieron experimentar la sensación de control, autoconfianza y vivencia de sus propios recursos que hacen posible la recuperación. Lo anterior parece relevante si se piensa que es recurrente en las pacientes con Anorexia Nerviosa la pérdida de autoconfianza y el sentido de autonomía

(Behar y Figueroa, 2004); lo que también ocurre en el caso de la Bulimia Nerviosa, junto con la constante sensación de pérdida de control (Behar y Figueroa, 2004; Hall y Cohn, 2001). Estos serían elementos centrales al momento de iniciar y mantener cualquier tipo de tratamiento (Behar y Figueroa, 2004).

El segundo elemento que habría interactuado con el fenómeno de fortalecimiento en la autoestima, es la *conciencia de las dificultades que implica el proceso de recuperación*, tales como el autosabotaje y afrontar aspectos autodestructivos. Efectivamente, es común durante la recuperación que exista una dualidad en las pacientes, entre una parte que quiere terminar con el trastorno, y otra que sabotea constantemente los esfuerzos por mejorar (Hall y Cohn, 2001). Las participantes señalaron que en el taller les era posible una *mayor autoobservación y contacto interior*, lo que significó enfrentarse a dichos aspectos autodestructivos y de *autosabotaje*.

El tercer y último elemento es la *motivación y comprensión del proceso de recuperación*. Las participantes señalaron que asistir al taller y percibir los cambios (fortalecimiento de la autoestima) influyó en una *mayor motivación y comprensión del proceso recuperación*. Esto coincide con lo señalado en la literatura, ya que la autoestima juega un papel fundamental durante el tratamiento de los trastornos alimentarios, siendo un indicador de la evolución del tratamiento (McManus, Waite y Shafran, 2008).

Cambios Asociados al fortalecimiento de la autoestima.

Habría una serie de cambios experimentados por las participantes que estarían asociados al fortalecimiento de la autoestima. Estos se describen a continuación.

El primero, es el *cambio en una nueva visión positiva con mayor disfrute de sí misma y valoración de la vida*. Un segundo cambio es *la apertura a la experiencia de emociones y sensaciones de bienestar*, junto con una mayor *capacidad para expresar y sobrellevar emociones y sensaciones desagradables*. Esto coincide con el estudio realizado por Gootjes, Franken y Van Strien (2011) en el que se encontró que la práctica de meditación yóguica estaba asociada a una mayor regulación emocional y un incremento en los sentimientos positivos. Por otro lado, en relación a *sobrellevar emociones y sensaciones desagradables*, se encontró un estudio que señala que con la práctica del yoga las personas comienzan a reconectarse con sensaciones desagradables, sin embargo, al realizar y mantener las posturas yóguicas, los practicantes aprenden a que la incomodidad es transitoria (Foltz-Gray, 2007).

Un tercer cambio relacionado al fortalecimiento en la autoestima es *un mayor control de la sintomatología del trastorno*. Esto es relevante y coincide con la literatura, ya que se ha observado que el aumento en la satisfacción corporal y de la autoestima, son los mejores predictores de la disminución de los síntomas de los trastornos alimentarios (Berg, Frazier y Sherr, 2009). Además coincide con resultados en estudios de pacientes que practicaban yoga y luego tenían actitudes más sanas hacia la comida (Foltz-Gray, 2007; Prichard y Tiggemann, 2007).

Un cuarto cambio asociado al fortalecimiento de la autoestima es una *mayor capacidad de poner límites propios y para los demás, y un cambio de actitud al enfrentar los conflictos*. Estos cambios son relevantes, ya que es común en este tipo de trastornos la dificultad para discriminar las propias necesidades, la escasez de enfrentamiento de conflictos y la dificultad en la expresión verbal de emociones y afectos relacionados a estos (Behar y Figueroa, 2004; Hall y Cohn, 2001).

Un último cambio asociado al fortalecimiento de la autoestima, se refiere a *cambios beneficiosos sobre el contenido de los pensamientos*, relacionado a una mayor

conciencia de los mismos y a la aparición de nuevos pensamientos contrarios al trastorno. Este cambio parece relevante, ya que en este tipo de trastornos existe una serie de pensamientos orientados al peso y la silueta corporal, al intenso miedo a engordar y a la culpa (Behar y Figueroa, 2004). Además de pensamientos autodestructivos y de autosabotaje que impiden la recuperación. Estos cambios observados coinciden con el proceso correspondiente a la práctica de meditación, en la que se desarrolla una observación objetiva de los contenidos de la conciencia, y puede representar una potente estrategia de tratamiento cognitivo-conductual para transformar las formas en las que se responde a los acontecimientos (Astin, 1997 citado en Krisanaprakornkit et al., 2008).

Otro punto sobre el cual reflexionar es la *relevancia del taller dentro del tratamiento multidisciplinario de trastornos alimentarios*, como herramienta complementaria a la psicoterapia. Las participantes destacan por un lado, la relevancia de incluir un elemento espiritual dentro del tratamiento, así como por otro lado, el tipo de yoga y la especificidad del taller. Lo anterior parece importante, ya que no es usual que se incluya el aspecto de contacto interior espiritual en el tratamiento de este tipo de pacientes. En opinión de la investigadora, el elemento espiritual de introspección sería uno de los elementos clave para que se produjera el cambio positivo en la autoestima en pacientes con trastorno alimentario. Desde este punto de vista, el yoga aparece como una herramienta, pues constituye una disciplina de desarrollo espiritual, que beneficia consecuentemente los tratamientos médicos (Goyeche, 1979 citado en Khalsa, 2004).

Objetivo 5: Comparar los discursos entre las mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa con las mujeres diagnosticadas con Bulimia Nerviosa respecto de su experiencia en el taller de Kundalini Yoga y los posibles efectos en su autoestima.

Tras la comparación de ambos discursos, no se encontraron diferencias entre los cambios percibidos que pudieran ser atribuidas a los distintos diagnósticos. Es más, destaca la similitud de la experiencia de las participantes en el taller.

Escala de Autoestima de Rosenberg

A partir de los resultados en la Escala de Autoestima de Rosenberg, se encontraron diferencias significativas en los puntajes obtenidos al inicio y al final del taller, siendo estos últimos puntajes significativamente mayores que los iniciales. Esta diferencia estaría relacionada a un cambio positivo en la valoración y percepción personal (Autoestima) luego de la intervención de Kundalini yoga. En este sentido, habría un aumento en la autoestima luego del taller. Cabe resaltar que estos resultados coinciden con los hallazgos de las entrevistas, en las cuales también se reporta un fortalecimiento de la autoestima. Pese a que se trata de un grupo pequeño de mujeres, los resultados permiten suponer que la práctica de Kundalini yoga estaría relacionada a cambios beneficiosos (fortalecimiento) en la autoestima.

Por otro lado, al comparar los puntajes de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes iniciales de las participantes, sin embargo, hubo una diferencia significativa en los puntajes finales obtenidos; siendo considerablemente mayores los de Bulimia Nerviosa. Llama la atención este hallazgo, ya que durante las entrevistas no se encontraron diferencias en la intensidad de los cambios percibidos por las participantes de ambos diagnósticos. De esta manera, cabe destacar la complementariedad metodológica que fue utilizada, que permite además de descubrir las categorías de cambio, la intensidad de este.

Respecto a la diferencia de los resultados obtenidos en los puntajes finales, el taller habría resultado más beneficioso para el grupo de Bulimia Nerviosa. Las diferencias encontradas pudieran relacionarse con las características de personalidad de las pacientes. Levenkron, (1992) señala que las pacientes con Bulimia Nerviosa presentan una personalidad más arraigada y menor grado de identificación con la enfermedad, lo que limitaría de alguna forma su obsesión; en cambio, las pacientes con Anorexia Nerviosa, solerían tener rasgos de personalidad perfeccionistas y de rigidez, así como una identidad que estaría en mayor medida en función del trastorno, lo que disminuiría la capacidad de cambio en la visión de sí misma.

En relación a las posibles limitaciones del estudio, es necesario considerar algunas que pudieron haber ocurrido en la aplicación de la escala. El tiempo transcurrido entre la aplicación inicial y final de este instrumento (2 meses), sumado al número de ítems de la escala (10 ítems) posibilita el recuerdo de las respuestas iniciales por parte de las participantes, lo que podría haber influido eventualmente en las respuestas finales, tomando en cuenta el factor de deseabilidad social.

Otra limitación posible de este estudio se relaciona con el doble rol de la investigadora, quien por una parte realizaba el estudio y por otra intervenía como instructora de kundalini yoga en el taller. En este sentido, se podría pensar en algún sesgo de la información entregada por las participantes durante las entrevistas, resaltando los aspectos positivos de su experiencia en el taller, debido al vínculo con la persona que recopilaba la información.

Conclusiones Finales

Los hallazgos en este estudio coinciden con aquellos obtenidos en investigaciones anteriores sobre la meditación y la práctica de Kundalini yoga. Walsh y Vaughan (1982 citado en Bustos y Román, 1992) estudiaron los efectos fisiológicos y psicológicos de la meditación, entre los que encontraron el bienestar psicológico, sensibilidad perceptiva, aumento de confianza y autoestima. Por otro lado, la investigación de Carla Cayupi (2006) acerca de la práctica de Kundalini yoga y el bienestar, concluye que a través de dicha práctica la persona logra un mayor bienestar, descubre que puede realizar cambios en su plano mental, comienza un trabajo de profunda introspección, donde se potencia lo positivo que hay dentro de sí, hay una mejora en las relaciones interpersonales, un afrontar la vida desde una perspectiva más constructiva y sana, y una percepción más positiva de sí mismo.

Considerando los resultados de la presente investigación, se reconoce que realiza un aporte en el conocimiento acerca de los trastornos alimentarios y el tratamiento multidisciplinario de estos. Este estudio contribuye a la inclusión de terapias alternativas en el tratamiento de los trastornos del hábito del comer, tanto en las instituciones privadas como en el sistema público. Los hallazgos en el fortalecimiento de la autoestima mediante el trabajo con Kundalini yoga, posibilita contar con una nueva herramienta para combatir estas patologías. Esto es relevante, ya que los tratamientos convencionales de estos cuadros no incluyen áreas que sí son abordadas por el Kundalini yoga. Estas áreas son mencionadas por las propias participantes. Se destaca el desarrollo del aspecto espiritual y de introspección, además del trabajo grupal, que funcionaría como apoyo para la experiencia individual. Otra área abordada por el Kundalini yoga, es la del trabajo experiencial, totalmente propio y al ritmo de cada persona. Este trabajo devuelve la autonomía y responsabilidad a su practicante, por lo que todos los cambios son principalmente atribuidos a la propia persona.

Además, esta investigación contribuye a la posibilidad de incluir al Kundalini yoga dentro del tratamiento multidisciplinario de las patologías alimentarias, ya que es una intervención relativamente sencilla de realizar y con comprobados resultados beneficiosos. Por otro lado, el presente estudio aparece como un aporte al conocimiento del yoga, debido a que especifica el tipo de yoga y de qué manera se hizo la intervención; lo que no reportan la mayor parte de las investigaciones publicadas.

En relación a futuras líneas de investigación, existen algunos estudios que podrían realizarse, ya que los hallazgos entregan un panorama amplio en relación a los beneficios que puede tener la práctica de Kundalini yoga en los trastornos alimentarios. Se podría investigar acerca de los efectos percibidos a partir de un taller de mayor duración, para ver si es que se produce una potenciación de los cambios percibidos o la emergencia de otros nuevos. Otro aspecto interesante a investigar sería la duración de los cambios percibidos luego del taller, recogiendo información después de transcurridos algunos meses finalizada la intervención. Por otro lado, se podría estudiar específicamente cambios en los síntomas y conductas alimentarias, luego de realizar este taller. También

sería interesante ver los resultados del taller aplicado a una muestra con características diferentes en cuanto a nivel socioeconómico. Además se podrían estudiar los efectos diferenciales del taller, según la etapa de evolución de la enfermedad de las participantes. Otra posibilidad, en relación a los resultados presenciados, sería investigar más profundamente acerca de las diferencias entre mujeres con Anorexia Nerviosa y con Bulimia Nerviosa, en relación a los efectos en la autoestima con la práctica de Kundalini yoga. Por último, otro aspecto interesante de abordar sería cómo el taller de kundalini yoga podría tener efectos preventivos para el desarrollo de los trastornos alimentarios. Existe evidencia que revela que el aumento en el nivel de autoestima, es la única variante significativa que funciona como factor protector frente a la internalización del ideal de delgadez, que tal como ha sido señalado, juega un rol fundamental en el desarrollo de trastornos alimentarios (Cordero, 2010). De esta forma, sería interesante replicar el taller propuesto, con algunas variaciones, en el sistema escolar, considerando además que se cuenta con la descripción de cada uno de los procedimientos realizados y las condiciones que habría que considerar para este tipo de intervención. Esto facilita que pueda ser implementado por otra instructora de Kundalini yoga.

A partir de lo expuesto, se considera que los objetivos de esta investigación han sido cumplidos. Además los conocimientos que se han encontrado permiten cuestionarse la relevancia de incluir el Kundalini yoga en el tratamiento multidisciplinario de los trastornos alimentarios. Se sitúa la práctica de Kundalini yoga, y la especificidad del taller, como una herramienta terapéutica a considerar en el cambio integral de mujeres con trastornos alimentarios. Por último, cabe mencionar que desde esta investigación se realiza un aporte para poder construir una psicología más integradora, innovadora y creativa, que esté dispuesta a incluir nuevas herramientas, métodos y enfoques, como es el caso del Kundalini yoga, para así, abordar problemáticas tan complejas, como son los trastornos alimentarios, de la forma más completa posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación de Investigadores de Mercado de Chile. (2008). *Descripción grupos socioeconómicos*. Recuperado de http://www.aimchile.cl/Grupos_Socioeconomicos_AIM2008.pdf.
- Arias, M. (2000). Triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Enfermera*, 18(1), 37-57.
- Berg, K. Frazier, P. & Sherr, L. (2009). Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: Prevalence and predictors. *Eating Behaviors*, 10, 137-142.
- Behar, R. (2008). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: aspectos biopsicosociales. *Publicación científica sobre nutrición clínica*, 17(4), 109-117.
- Behar, R., Barrera, M. & Michelotti, C. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Chile*, 129(9), 1003-1011.
- Behar, R. & Figueroa, G. (2004). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Santiago: Mediterráneo.
- Brefczynski-Lewis, J., Lutz, A., Schaefer, H., Levinson, D. & Davidson, R. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(27), 11483–11488.
- Bjorck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. & Noring, C. (2006). Negative self-image and outcome in eating disorders: Results at 3-year follow-up. *Eating Behaviors*, 8, 389-406.
- Bloch, S. & Lemeignan, M. (1992). Patrones Respiratorio - Posturo – Faciales específicos relacionados con Emociones Básicas, Instituto de Neurociencias, Université Pierre et Marie Curie, París. Recuperado de <http://www.albaemoting.cl/uploads/Para%20Leer/Patrones%20Respiratorio%20posturo%20faciales.pdf>
- Bloch, S., Lemeignan, M. & Aguilera, N. (1991). Patrones respiratorios específicos que diferencian las emociones humanas básicas, *International Journal of Psychophysiology*, 11, 141-154.
- Bolívar, J. & Rojas, F. (2009). Autoconcepto estudiantil y modalidades de enseñanza a distancia (b-learning y e-learning). *Paradigma*, 2(30), 99 – 112.
- Borda, M., Avargues, M., López, A., Torres, I., Del Rio, C., & Pérez, M. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (2), 205-227.

- Branden, N. (1993). *Honoring The Self: The Psychology of Confidence and Respect*. Boston: Bantam Books.
- Bustos, S. & Román, F. (1992). *La psicología transpersonal: revisión y discusión de una tendencia dentro de la psicología*. Tesis para optar al título de psicólogo y licenciado en psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Cahn, B. & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211.
- Carei, T., Fyfe-Johnson, A., Breuner, C. & Brown, M. (2009). Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 46, 346-351.
- Cayupi, C. (2006). *Experiencia de la práctica del kundalini yoga para el bienestar multidimensional*. Tesis para optar al título de Enfermera, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson. Cap. III, Etiopatogenia de la Bulimia Nerviosa, R. Largo.
- Colegio de Psicólogos de Chile (1999). *Código de Ética Profesional*. Recuperado de http://ponce.inter.edu/cai/bv/codigo_de_etica.pdf.
- Cordero, E. (2010). Self-esteem, social support, collectivism, and the thin-ideal in Latina undergraduates. *Body Image*, 8, 82-85.
- Cook, T. & Reichardt, C. (2005). *Métodos Cualitativos y Cuantitativos en Investigación Evaluativa* (2da ed.). Buenos Aires: Ediciones Morata.
- Courtney, E., Gamboz, J. & Johnson, J. (2008). Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eating Behaviors*, 9, 408-414.
- Daniel, W. (1995). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. Mexico D.F: Noriega.
- Daubenmier, J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 855-866.
- Dörr, A. (2005). *Estudio comparativo de autoconcepto en niños de diferente nivel socio económico*. Tesis de magister psicología infanto juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- DSM IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Masson.

- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H. & Welch, S. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56 (5), 468-476.
- Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: de dónde proviene. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(4). Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000400012&script=sci_arttext&lng=en
- Foltz-Gray, D. (2006). Happy in your own skin. *Yoga Journal*, 196, 76-81.
- Foltz-Gray, D. (2007). Happy meals: transform unhealthful eating habits with yoga. *Yoga Journal*, 206, 45-48.
- Fraile, M. (1997). *Yogaterapia: Curso de formación*. Madrid: Mandala.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Greenblatt, J. (2010). *Answers to Anorexia: a new breakthrough nutritional treatment that is saving lives*. North Branch, MN: Sunrise River Press.
- Gómez-Gómez, M., Danglot-Banck, C. & Vega-Franco, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuándo usarlas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(2), 91-99
- González-Pienda, J., Núñez, C., Glez.-Pumariega, S. & García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289.
- Gootjes, L., Franken, I. & Van Strien, J. (2011). Cognitive emotion regulation in yogic meditative practitioners: Sustained modulation of electrical brain potentials. *Journal of Psychophysiology*, 25(2), 87-94.
- Gorostegui, M. (2004). *Género y autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de e.g.b.* Tesis de magister psicología infanto juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Grupo de Trabajo Insalud. (2000). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Insalud.
- Hall, L. & Cohn, L. (2001). *Cómo entender y superar la bulimia*. California: Gurze Books.
- Hernandez, D. (1997). *Claves del Yoga: Teoría y práctica*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Honess, T. & Yardley, K. (1987). *Self and identity perspectives across the lifespan*. New York: Routledge y Kegan Paul.
- Jiménez, C. & Pérez, J. (1989). Diseños experimentales en ciencias de la conducta: un método de análisis de varianza de libre distribución (no paramétrico). *Anuario de Psicología Universidad de Granada*, 42(3), 33-47.
- Khalsa, S. (2004). Yoga as a therapeutic intervention: a bibliometric Analysis of published research studies. *Indian Journal Physiology and Pharmacology*, 48(3), 269–285.

- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de desafíos. *Revista Temas de Educación, 7*, 19-39.
- Krisanaprakornkit, T., Krisanaprakornkit, W., Piyavhatkul, N. & Laopaiboon, M. (2008). Terapia de meditación para los trastornos por ansiedad. *La Biblioteca Cochrane Plus, 1*, 1-22.
- Kundalini Research Institute. (2007). *El Maestro de la Era de Acuario: Manual del Curso de Instructores basado en las enseñanzas de Yogui Bhajan*. California: Autor.
- Levenkron, S. (1992). *Obsessive-Compulsive Disorders*. Barcelona: Grijalbo.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI, 9*(1) 123-146.
- Maslow, A. (1985). *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Editorial Kairós. (Versión original 1968).
- Mayer, B., Muris, P., Meesters, C. & Zimmermann-van Beuningen, R. (2009). Brief report: Direct and indirect relations of risk factors with eating behavior problems in late adolescent females. *Journal of Adolescent Health, 32*(3), 741-745.
- McManus, F., Waite, P. & Shafran, R. (2008). Cognitive-Behavior Therapy for Low Self-Esteem: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 266-275.
- Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Morata, M. (1996). *Yoga, teoría, práctica u metodología aplicada*. Zaragoza: Morata.
- Mruk, C. (2006). *Self-esteem research, theory and practice: toward a positive psychology of self-esteem*. New York: Springer publishing.
- Ochoa de Alda, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con trastorno de conducta alimentaria. *Revista de estudios de juventud, 84*, 106-124.
- Owens, T. (2000). *Self and identity through the life course in cross-cultural perspective*. Stamford: Jai press inc.
- Ponce, G. (1999). *Respiración*. Mexico D.F: Flor de Loto.
- Prichard, I. y Tiggemann, M. (2007). Relations among exercise type, self-objectification, and body image in the fitness centre environment: The role of reasons for exercise. *Psychology of Sport and Exercise, 9*, 855-866.
- Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2006). *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM.

- Rojas-Barahona, C. Zegers, B. y Forster, M. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Rodríguez, G. Gil, J. & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruíz, J. (2003) *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Universidad de Deusto.
- Sansinenea, P. & Sansinenea, E. (2004). Autoestima y desaprobación parental. *Psiquis*, 25(4), 167-175.
- Shannahoff-Khalsa, D. (2004). An introduction to Kundalini yoga meditation techniques that are specific for the treatment of psychiatric disorders. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), 91-101.
- Shannahoff-Khalsa, D. (2006). *Kundalini Yoga Meditation*. New York: W. W. Norton & Company.
- Shannahoff-Khalsa, D., Ray, L., Levine, S., Gallen, C., Schwartz, J. & Sidorowich, J. (1999). Randomized control trial of yogic meditation techniques for patients with obsessive compulsive disorders. *CNS Spectrums*, 4(12), 34-47.
- Shea, M. & Pritchard, M. (2007). Does self esteem moderate the relation between gender and disordered eating in undergraduates? *Personality and Individual Differences*, 42, 1527–1537.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Tang, Y., Ma, Y., Fan, Y., Feng, H., Wang, J., Feng, S... Fan, M. (2009). Central and autonomic nervous system interaction is altered by short-term meditation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(22) 8865-8870.
- Tang, Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Qilin, L... Posner, M. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(43), 17152-17156.
- Taylor & Bogdan (1986) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Toro, J. (2008). *El cuerpo como delito* (3 ed.). Barcelona: Ariel. Tercera edición.

- Tummers, N. (2005). Yoga and health at every size. *Health at every size Journal*, 19. Recuperado de http://www.bulimia.com/client/client_pages/newsletterhes4.cfm
- Vieytes, R (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*. Buenos Aires, Argentina. Editorial de las Ciencias.
- Vyas, R. y Dikshit, N. (2002). Effect of Meditation on Respiratory System, Cardiovascular System and Lipid Profile. *Indian journal of physiology and pharmacology*, 46(4). Recuperado de http://www.ijpp.com/vol46_4/vol46_no4_originalartical11.htm.

ANEXOS

ANEXO I.

Tabla de Características y especificación de la muestra

Participante	Edad	Ocupación	Diagnóstico	Nivel Socio Económico (AIM, 2008)	Tiempo de presencia del Trastorno (aprox.)	Tratamientos anteriores	Tratamiento /Institución actual (al iniciar el taller)	Tiempo total de tratamiento	Tiempo en el Tratamiento actual	Si estuvo Internada por el trastorno	Si había practicado yoga anteriormente
S.I	18	Estudiante 4to medio	AN restrictiva	Alto	2 años	Clinica Las Condes: psicoterapia individual y familiar, psiquiatra, <u>nutriólogo</u> .	Instituto <u>Schikrut</u>	1 año	6 meses	No	Si, 2 clases de <u>Kundalini</u> yoga
R.E	18	Estudiante universitaria	BN purgativa	Alto	4 años	No	Instituto <u>Schikrut</u>	2 años	2 años	Si	Si, 1 año <u>Ashtanga</u> regularmente
A.N	28	Arquitecto	AN purgativa	Alto	10 años	No	Instituto <u>Schikrut</u>	2 meses	2 meses	No	Si, 6 meses <u>Bikram</u> regularmente
C.R	14	Estudiante 1ro medio	AN restrictiva	Medio-medio	1 año	<u>Cosam</u> de Collina: psiquiatra, psicólogo, nutricionista.	Hospital Roberto del Río	7 meses	6 meses	Si (1 mes y una semana)	No
P.A	27	Licenciada en Cs. jurídicas	BN purgativa	Medio-alto	4 años	No	Psicóloga psicoanalista	1 año y 1 mes	1 año y 1 mes	No	No
R.O	24	Vendedora (y ex bailarina clásica)	BN purgativa	Medio-alto	7 años	Tratamiento integral de <u>naturopata</u> , <u>nutricionista</u> , <u>masoterapia</u> , flores de <u>bach</u> .	Psiquiatra y psicoterapia	3 meses	2 meses	No	Si, una clase de <u>Kundalini</u> yoga.
G.A	26	Licenciada en Ciencias jurídicas	AN purgativa	Medio-alto	13 años	Psiquiatra y varios <u>nutriólogos</u> .	Psicóloga y <u>nutrióloga</u>	12 años	2 años	No	Si, 2 clases de <u>Haitha</u> yoga.
M.E	28	Diseñadora de vestuario	BN purgativa	Medio-alto	17 años	Psiquiatras, psicólogos, <u>terapeutas</u> , junto a varias terapias alternativas.	Psicóloga y <u>nutriólogo</u>	9 años	1 año	No	Si, 6 meses <u>Kundalini</u> yoga regularmente
F.E	26	Artesana y profesora de inglés	AN restrictiva	Medio-alto	10 años	Psiquiatra, psicólogo, <u>medicina autoreguladora alemana</u> , <u>constelaciones</u> , junto a otras terapias <u>alternativas</u> .	Psicóloga, <u>nutricionista</u> , tratamiento de imanes y cuencos de cuarzo	4 años	1 año	No	Si, 2 clases de <u>Kundalini</u> yoga.

ANEXO III.

Consentimiento informado⁴

“KUNDALINI YOGA Y AUTOESTIMA: UN ESTUDIO CUALITATIVO EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS CON ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA”

Investigadora:

Daniela Concha Mirauda

Institución:

Universidad de Chile – Facultad de Ciencias Sociales – Escuela de Psicología

Mail de contacto:

Daniela.Concha.Mirauda@gmail.com

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “Kundalini yoga y autoestima: un estudio cualitativo en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.”

Objetivo: Esta investigación tiene por objetivo, Conocer y describir la experiencia de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en relación a la práctica de Kundalini Yoga y los posibles efectos en su autoestima.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar en el estudio, se debe comprometer por un período de 2 meses a las siguientes actividades:

-Asistir a 8 sesiones de Kundalini Yoga de 90 minutos cada una, que se realizará 1 vez por semana durante 2 meses.

-La aplicación de una escala al inicio y al término del taller, junto con la posibilidad de ser entrevistada finalizado el taller. Además de un autoreporte escrito al final de cada clase.

Riesgos: La práctica de Kundalini Yoga puede acompañarse de peligro de lesión si no sigue correctamente las indicaciones de la instructora.

Cualquier otro efecto que Ud. considera que puede derivarse de la práctica de Kundalini Yoga, deberá comunicarlo a la encargada del proyecto.

Costos⁵: Los cuestionarios y técnicas en estudio serán aportados por Daniela Concha, sin costo alguno para Ud. durante el desarrollo de este proyecto.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento de futuros pacientes, su participación en este estudio podría traerle cambios positivos.

⁴ El consentimiento informado se realizó a partir de las “Sugerencias para escribir un Consentimiento informado en estudios con personas” del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONDECYT en 2008.

⁵ Los costos fueron modificados en el consentimiento informado correspondiente al taller realizado en la Escuela Internacional de kundalini yoga, en el cual se especificó el costo de 1000 la clase, por persona, que sería donado a la Fundación Mujer de Luz.

Alternativas: Si Ud. decide no participar en esta investigación continuará su tratamiento habitual.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de la investigadora o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Información adicional: Ud. o su médico tratante serán informados si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo a la investigadora y a su médico tratante, sin que ello signifique modificaciones en el estudio y tratamiento habituales de su enfermedad. De igual manera su médico tratante o el investigador podrán determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Complicaciones: En el improbable caso de que Ud. presente complicaciones directamente dependientes de la práctica de Kundalini Yoga, usted deberá informar a la investigadora y a su médico tratante quienes tomarán las medidas necesarias.

Derechos del participante: Si Ud. requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede hacer cualquier consulta a la investigadora.

Conclusión: Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto.

.....
Nombre de la participante	Firma	Fecha
.....
Nombre de la investigadora	Firma	Fecha

IMPORTANTE: En el caso que la paciente fuera menor de edad será necesaria la autorización del tutor legal para la participación en el estudio.

YO.....COMO TUTOR LEGAL Y CONFORME A LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA OTORGADO EN ESTE DOCUMENTO, DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO A.....PARA QUE PARTICIPE LA INVESTIGACIÓN “KUNDALINI YOGA Y AUTOESTIMA: UN ESTUDIO CUALITATIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA”

.....
FIRMA DEL TUTOR	RUT DEL TUTOR

ANEXO IV.**Ficha de las participantes del taller de Kundalini yoga**Datos de Identificación

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Preguntas en relación al taller

1. ¿Has escuchado acerca del yoga? Si___ No_
Si la respuesta es sí, por favor escribe qué es lo que has escuchado acerca del yoga.

2. ¿Has practicado yoga antes? Si___ No____
Si la respuesta es sí, por favor escribe cuánto tiempo practicaste yoga.

3. Por favor menciona qué es lo tú esperas de este taller.

Autoestima

¿Qué es lo que tú entiendes por Autoestima?

**ANEXO V.
Autoreporte de clase**

Autoreporte de la Clase_____

Nombre:

¿Qué te sucedió durante esta clase? Pueden ser pensamientos, emociones (por ejemplo, pena, rabia, tranquilidad, etc.), sensaciones corporales, recuerdos, etc. Escribe todo lo que quieras.

ANEXO VI.
Escala de Autoestima de Rosenberg⁶

Nombre:

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Encierre en un círculo la respuesta que más lo identifica.

Muy de acuerdo = MA
De acuerdo = DA
En desacuerdo = D
Muy en desacuerdo = MD

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	MA	DA	D	MD
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.	MA	DA	D	MD
3. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.	MA	DA	D	MD
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	MA	DA	D	MD
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mi.	MA	DA	D	MD
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	MA	DA	D	MD
7. En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	MA	DA	D	MD
8. Desearía valorarme más a mi mismo/a.	MA	DA	D	MD
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	MA	DA	D	MD
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.	MA	DA	D	MD

⁶ Rojas-Barahona, C. Zegers, B. y Forster, M. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800.

ANEXO VII.

Estructura de la Clase de Kundalini Yoga ⁷

A continuación se expondrá en qué consiste una clase de Kundalini Yoga, su estructura, elementos fundamentales y la secuencia de estos. Los tiempos podrán variar dependiendo de la capacidad y práctica de los participantes.

- 1) **Adi Mantra: Ong Namó Guru Dev Namó:** Al comienzo de cada clase se entona este mantra, que significa: me reverencio y llamo a la sabiduría infinita e invisible que hay dentro de mí y que está en todo. Este mantra se repite tres veces.
- 2) **Calentamiento:** Luego se realiza un breve calentamiento que consiste en respiraciones para la activación y movimientos corporales que den flexibilidad a la columna y a las piernas, y que movilicen aquellas zonas que se trabajarán con posterioridad en la clase, es decir, se prepara al cuerpo para los siguientes ejercicios. Importante es destacar que no todas las clases necesitan de calentamiento. Dura aproximadamente 10 minutos.
- 3) **Kriya, Ejercicios específicos:** Kriya significa acción que conduce a un fin, o acción que es completa en sí misma. Se refiere a una secuencia de ejercicios (asanas, pranayamas, etc.) estructurados de tal forma que se logra obtener un resultado específico. Dura alrededor de 50 minutos.
- 4) **Relajación:** Es en la relajación cuando se integran los efectos estimulados durante la Kriya. Se activa el sistema parasimpático para producir un estado de quietud física y mental. Dura 11 minutos aproximadamente.
- 5) **Meditación:** La meditación que se realiza en Kundalini Yoga cuenta con patrones específicos de respiración, posturas y movimientos, y mantras determinados. La meditación es muy específica, ya que canaliza la energía de forma precisa hacia distintas zonas del organismo. Dura entre 3 a 11 min.
- 6) **Eterno Sol y Sat Nam:** Al finalizar cada clase, se canta el Eterno Sol: “Que el eterno sol te ilumine, que el amor te rodee y que la luz pura interior guíe tu camino”. Esta plegaria es de agradecimiento y buenas bendiciones para todos aquellos que lo necesitan. Por último, se entona tres veces el mantra Sat Nam, que significa tu verdadera identidad.

⁷ Kundalini Research Institute. (2007). *El Maestro de la Era de Acuario: Manual del Curso de Instructores basado en las enseñanzas de Yogui Bhajan*. California: Autor.

ANEXO VIII.

Programa de las Sesiones del taller

A continuación se detallan cada una de las sesiones realizadas, los objetivos propuestos y la metodología aplicada.

Sesión 1: Contactándose con sí misma y Trabajando la Ansiedad

- Presentación (3 min)
- Ficha de identificación y Escala de Autoestima de Rosenberg (10 min)
- Clase de Kundalini yoga (70 min. Aprox.):
 - o Para esta clase no es necesario realizar calentamiento, ya que los ejercicios de la kriya son muy suaves.
 - o Kriya para la Elevación (55 min)
 - o Relajación profunda (11min)
 - o Meditación para Restringir el comer compulsivo (3 min)

Objetivos específicos de la clase: Introducir a las participantes a la práctica de Kundalini Yoga. Estimular a las participantes que lleven la atención hacia el interior (ojos cerrados). Enseñar la respiración profunda y respiración de fuego. Promover la sensación de relajación y calma. Enseñar un tipo de respiración como herramienta para controlar la ansiedad.
- Autoreporte escrito (7 min).

Objetivos

1. Conocer cuál es el concepto de autoestima que tienen las pacientes diagnosticadas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.
2. Aplicar la Escala de Autoestima de Rosenberg.
3. Introducir a las participantes a la práctica de Kundalini yoga.
4. Obtener un autoreporte escrito acerca de la experiencia de cada una de las participantes durante la clase de Kundalini yoga.

Sesión 2: Sacar enojo interno y Pensamientos Negativos

- Clase de Kundalini yoga (85 min. Aprox.):
 - o Calentamiento (10 min)
 - o Kriya para liberar el enojo interno (50 min)
 - o Relajación profunda (11 min)
 - o Meditación para la mente negativa (3 min)
- Autoreporte escrito (5 min)

Objetivos

1. Que las participantes logren expresar su enojo mediante los ejercicios.
2. Que las participantes experimenten la sensación de alivio y relajación al final de la clase.
3. Obtener un autoreporte escrito acerca de la experiencia de cada una de las participantes durante la clase de Kundalini yoga.

Sesión 3: Fortaleza, Voluntad y Confianza de ser quién eres

- Clase de Kundalini yoga (85 min. Aprox.):
 - o Calentamiento (10 min)
 - o Nabhi Kriya (60 min)
 - o Relajación profunda (11 min)
 - o Meditación para el balance emocional y mantra “yo soy la luz del alma, soy hermosa, soy éxtasis”. (4 min)
- Autorreporte Escrito (5 min)

Objetivos

1. Estimular la fuerza interna, capacidad y la autoconfianza de cada una de las participantes mediante la perseverancia y resistencia en cada uno de los ejercicios.
2. Promover el amor propio a través de la repetición del mantra.
3. Obtener un autoreporte escrito acerca de la experiencia de cada una de las participantes durante la clase de Kundalini yoga.

Sesión 4: Relajando la tensión con la fuerza del Corazón

- Clase de Kundalini yoga (85 min. Aprox.):
 - o Calentamiento (10min)
 - o Kriya para relajar la tensión del guerrero (50 min)
 - o Relajación (11min)
 - o Meditación para un corazón tranquilo con mantra “yo soy la luz del alma, soy hermosa, soy éxtasis” (7 min)
- Autorreporte Escrito (5 min)

Objetivos

1. Estimular la fortaleza, capacidad y autodeterminación de las participantes mediante la acción de los ejercicios.
2. Promover el amor propio a través de la repetición del mantra.
3. Obtener un autoreporte escrito acerca de la experiencia de cada una de las participantes durante la clase de Kundalini yoga.

Sesión 5: Trabajando Intuición, Sexualidad y Apego

- Clase de Kundalini yoga (85 min. Aprox.):
 - o Calentamiento (10 min)
 - o Kriya para estimular el Allna (55 min)
 - o Relajación Profunda (11 min)
 - o Meditación Comunicación Celestial con mantra “yo soy la luz del alma, soy hermosa, soy éxtasis” (7 min)
- Autorreporte Escrito (5 min)

Objetivos

1. Estimular a las participantes a mantener su atención dirigida hacia sí mismas.
2. Promover en las participantes el estado de calma en cada uno de los ejercicios.
3. Promover en las participantes el amor propio a través del movimiento y el mantra.

4. Obtener un autoreporte escrito acerca de la experiencia de cada una de las participantes durante la clase de Kundalini yoga.

Sesión 6: Balance de energía Creativa y de Eliminación para la Sanación profunda

- Clase de Kundalini yoga (85 min. Aprox.):
 - o Calentamiento (10 min)
 - o Nabhi Kriya para prana y apana (50 min)
 - o Relajación Profunda (11 min)
 - o Meditación con el Siri Gaitri Mantra (10 min)
- Autorreporte Escrito (5 min)

Objetivos

1. Practicar la respiración de fuego y concentración en el interior.
2. Estimular a las participantes a sentir su propia fuerza interna y su capacidad de sanación.
3. Obtener un autoreporte escrito acerca de la experiencia de cada una de las participantes durante la clase de Kundalini yoga.

Sesión 7: Combatiendo las Adicciones y el Trastorno

- Clase de Kundalini yoga (85 min. Aprox.):
 - o Calentamiento (10 min)
 - o Kriya para tratar adicciones y comportamiento compulsivo (60 min)
 - o Relajación profunda (11 min)
 - o No se realiza meditación durante esta clase, debido a que la kriya utilizada trabaja fundamentalmente con ejercicios de meditación.
- Autoreporte Escrito (5 min)

Objetivos:

1. Realizar una serie de ejercicios que estimulan la voluntad, concentración y paciencia de las participantes.
2. Promover la autoafirmación y autoconfianza de las participantes en cada ejercicio.
3. Obtener un autoreporte escrito acerca de la experiencia de cada una de las participantes durante la clase de Kundalini yoga.

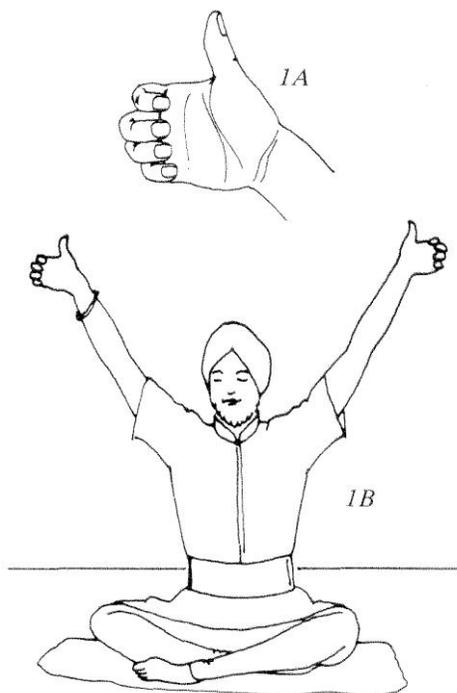
Sesión 8: Combatiendo las Adicciones y el Trastorno

- Clase de Kundalini yoga (85 min. Aprox.):
 - o Calentamiento (10 min)
 - o Kriya para tratar adicciones y comportamiento compulsivo (60 min)
 - o Relajación Profunda (11min)
 - o No se realiza meditación durante esta clase, debido a que la kriya utilizada trabaja fundamentalmente con ejercicios de meditación.
- Autoreporte escrito (5 min)
- Escala de Autoestima de Rosenberg (5 min)
- Despedida y Agradecimientos (3 min)

Objetivos:

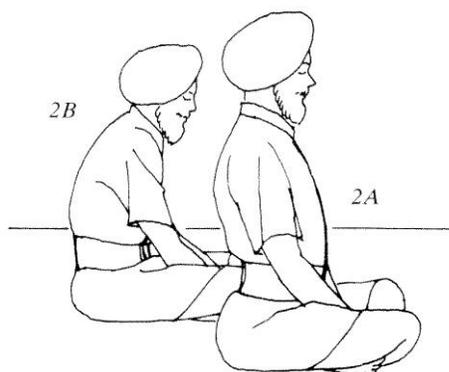
1. Realizar una serie de ejercicios que estimulan la voluntad, concentración y paciencia de las participantes.
2. Promover la autoafirmación y autoconfianza en cada ejercicio. Estimular la propia valoración mediante la repetición del mantra.
3. Obtener un autoreporte escrito acerca de la experiencia de cada una de las participantes durante la clase de Kundalini yoga.
4. Aplicar la Escala de Autoestima de Rosenberg.

ANEXO IX.

Kriyas y Meditaciones utilizadas⁸**Kriya para la Elevación**

1) Siéntese en postura fácil. Extienda los brazos hacia arriba en un ángulo de 60 grados con la horizontal, con las palmas mirando hacia delante. Doble los dedos en las almohadillas de las palmas justo debajo de la base de los dedos. Extienda los dedos pulgares. (A) El ángulo de las muñecas de manera que los pulgares están apuntando hacia arriba y los otros dedos son paralelos al suelo. (B) Comience la respiración de fuego y continúe durante 1-3 minutos. A continuación, inhale profundamente y retenga la respiración y cuando lleve los pulgares juntos por encima de su cabeza. Luego exhale y aplique *mulbandh*. Mantenga la respiración fuera brevemente. Luego inhale y relájese.

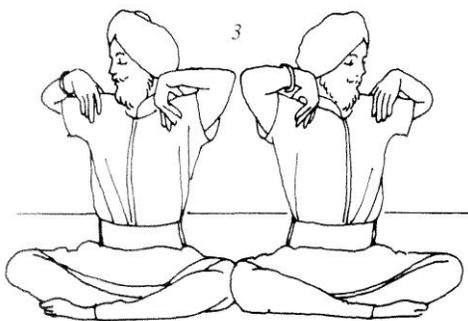
Este ejercicio abre los pulmones, trae los hemisferios del cerebro a un estado de alerta y equilibra el campo magnético.



2) Sentado en postura fácil, sujete los tobillos con las dos manos. Al inhalar, flexione la columna hacia delante. (A) Al exhalar, flexione la columna hacia atrás, manteniendo los hombros relajados y la cabeza recta. (B) Continúe rítmicamente con las respiraciones profundas durante 1-3 minutos. Luego inhala. Exhale y relájese.

Este ejercicio estimula y estira la parte baja y media-la columna vertebral.

⁸ Las *kriyas* y meditaciones se obtuvieron de diversos manuales de Kundalini yoga, y la mayoría de estas pueden ser encontradas en www.yogibhajan.org y www.kriteaching.org



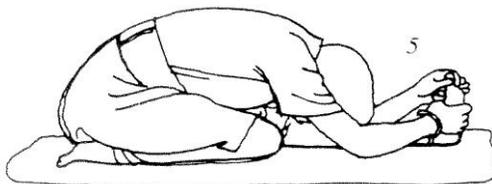
3) En postura fácil, coloca las manos sobre los hombros, los brazos paralelos al suelo, con los pulgares en la espalda y los dedos hacia el frente. Inhale mientras gira la cabeza y el torso hacia la izquierda. Exhale mientras gira a la derecha. Continúe durante 1-3 minutos, luego inhale, mirando hacia adelante. Exhale y relájese.

Este ejercicio estimula y estira la parte baja y media-la columna vertebral.



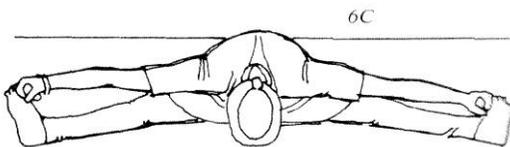
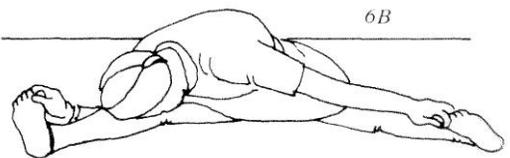
4) Estirar las piernas estiradas hacia delante. Agarra el dedo gordo de cada pie, engancho el dedo índice alrededor y presionando la uña con los pulgares. (Si usted no puede llegar a los dedos de los pies, agarra los tobillos.) Inhale y estire la columna vertebral recta, tirando de los dedos del pie y manteniendo las rodillas rectas. (A) Exhale y se inclina hacia adelante, tirando de los codos en el suelo y la cabeza hasta las rodillas. (B) Continuar con la respiración profunda, de gran alcance durante 1-3 minutos. Inhale y mantenga la respiración brevemente. Manténgase y exhale por completo, se retiene la respiración brevemente. Inhale y relaje.

Este ejercicio trabaja sobre la columna vertebral baja y superior.



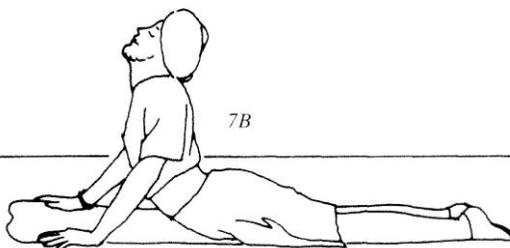
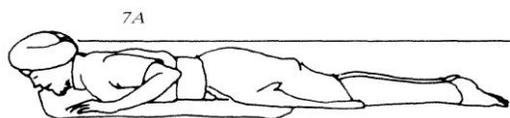
5) Siéntese sobre el talón derecho con la pierna izquierda extendida hacia delante. Agarre el dedo gordo del pie izquierdo con ambas manos, aplicando una presión en contra de la uña del pie. Lleve los codos en el suelo y la cabeza a la rodilla. Comience la respiración de fuego. Continúe durante 1-2 minutos. Inhale. Exhale y estire la cabeza y el torso hacia delante y abajo. Mantenga la respiración fuera brevemente. Inhale y cambie de pierna. Repita el ejercicio utilizando el lado opuesto. Relájese.

Este ejercicio ayuda a la eliminación, se extiende el nervio ciático y trae la circulación a la parte superior del torso.



6) Extender las piernas, sujetando los dedos de los pies como en el ejercicio 4. Inhala y estira la columna vertebral recta, tirando de los dedos de los pies. (A) Exhale y, doblando la cintura, llevar la cabeza hacia abajo de la rodilla izquierda. Inhale en la posición central (A) y exhala hacia abajo, llevando la cabeza a la rodilla derecha (B). Continuar con la respiración poderosa durante 1-2 minutos. Luego inhale en la posición central y exhale, inclinándose hacia adelante desde la cintura, tocando la frente hasta el suelo. (C) Continúe con este movimiento ascendente y descendente de 1 minuto, luego inhale, el estiramiento es con la columna vertebral recta. Exhale, con la frente hasta el suelo. Sostenga el aliento brevemente mientras se estira hacia adelante y hacia abajo. Inhale y relaje.

Este ejercicio desarrolla la flexibilidad de la columna lumbar y el sacro y la carga del campo electromagnético.



7) Postura de la Cobra. Acuéstese sobre el estómago con las palmas apoyadas en el suelo debajo de los hombros (A). Los talones están juntos con las plantas de los pies hacia arriba. Inhale en postura de la cobra, arqueando la columna, vértebra a vértebra, desde el cuello hasta la base de la columna vertebral hasta que los brazos queden estirados con los codos rectos. (B) Comience respiración de fuego. Continúe durante 1-3 minutos. Luego inhale, arquee la columna vertebral hasta el máximo. Exhale y mantenga la respiración por fuera, aplique *mulbandh*. Inhale. Exhalando lentamente, baje los brazos y relaje la columna, vértebra a vértebra, desde la base de la columna vertebral a la parte superior. Relájese, acostado boca abajo con la barbilla en el suelo y los brazos por los lados.

Este ejercicio equilibra la energía sexual y equilibra prana y apana para que la energía kundalini puede circular a los centros superiores en los siguientes ejercicios.

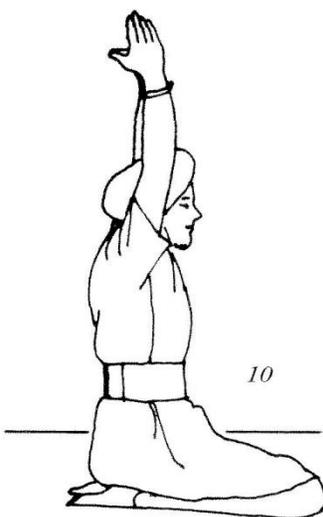


8) Siéntese en postura fácil. Coloque las manos sobre las rodillas. Inhale y se encoja de hombros hacia las orejas (A). Exhale y deje caer los hombros hacia abajo (B). Continúe rítmicamente con una respiración poderosa durante 1-2 minutos. Inhale. Exhale y relájese.

Este ejercicio equilibra los chakras superiores y armoniza los centros superiores del cerebro.



9) Siéntese en postura fácil. Empiece a rodar el cuello hacia la derecha en un movimiento circular, con lo que la oreja derecha hacia el hombro derecho, la parte de atrás de la cabeza hacia la parte posterior del cuello, la oreja izquierda hacia el hombro izquierdo y el mentón hacia el pecho. Los hombros permanecen relajados e inmóviles, y el cuello se debe permitir que estire suavemente los círculos alrededor de la cabeza. Continuar por 1 - 2 minutos, y luego invertir la dirección y continuar durante 1 a 2 minutos más. Lleve la cabeza a una posición central y relajarse.



10) Siéntese sobre los talones en la posición de Sat Kriya. Extiende los brazos sobre la cabeza de modo que los codos abrazan las orejas. Entrelace los dedos excepto los dedos índices que se presionan entre sí y apuntando hacia arriba. Comienza a cantar "Sat Nam" con énfasis en un ritmo constante de cerca de 8 por cada 10 segundos. Cante el sonido "Sat" desde el punto del ombligo y el plexo solar, y contraiga el ombligo hacia la columna. En "Nam" relaje el ombligo. Continúe durante 3-7 minutos. Luego inhale, mentalmente permita que la energía fluya desde la base de la columna a la parte superior del cráneo. Exhale. Inhale profundamente. Exhale completamente y aplique *mulbandh*. Inhale y relaje.

Sat Kriya circula la energía kundalini a través de los chakras, ayuda en la digestión y fortalece el sistema nervioso.



11) Relájese en postura fácil o sobre la espalda con los brazos a los lados, las palmas hacia arriba.

La relajación profunda le permite disfrutar de manera consciente e integrar los cambios de mente y cuerpo que han sido producidos durante la práctica de este Kriya. Le permite detectar la extensión del mismo a través del campo magnético y el aura y permite que el cuerpo físico a relajarse profundamente.

Comentarios:

Este conjunto de ejercicios fáciles es excelente, así como un calentamiento y un ajuste. La presión sistemática que se ejerce en la columna vertebral y ayuda en la circulación de prana para equilibrar los chakras.

Kriya para liberar en enojo interno

Yogi Bhajan, Septiembre 21, 1988

- 1) Acuéstese en posición plana sobre su espalda en una postura relajada, con los brazos a los lados, las palmas abiertas hacia arriba y las piernas un poco separados. Comienza a roncar durante 1-1/2 minutos.



- 2) Aún acostada boca arriba, mantener las piernas rectas; levanta ambas piernas hasta 6 pulgadas y mantener durante 2 minutos. Este ejercicio equilibra la ira.



- 3) Permanecer en la postura con las piernas hacia arriba en 6 pulgadas, saca la lengua y hacer Respiración de Fuego a través de su boca durante 1-1/2 minutos.



- 4) Sobre su espalda, levanta las piernas hasta 90 grados. Sus brazos están en el suelo a los lados, con las palmas hacia abajo. Comience a golpear el suelo con las palmas, con toda la ira que puedas lograr. Golpear duro y rápido por 2-1/2 minutos, manteniendo los brazos rígidos y rectos.



- 5) Sobre la espalda, llevar las rodillas hacia el pecho, y saque la lengua. Inhale por la boca y exhala por la nariz. Continuar durante 3 minutos.



- 6) Siéntese en el celibato Pose con las nalgas en el suelo entre los talones. Cruce los brazos sobre el pecho y presione con fuerza contra su caja torácica. Inclínese hacia delante y toca la frente al suelo como si estuviera haciendo una reverencia. Por 2-1/2 minutos avanza a un ritmo de aproximadamente 30 arcos por minuto, a continuación, durante otros 30 segundos de acelerar y tan rápido como puedas.



- 7) Sentado con las piernas estiradas hacia delante, comienza a golpear rítmicamente todas las partes de su cuerpo con las palmas abiertas. Mover rápido durante 2 minutos.



- 8) De pie, inclínate hacia delante, manteniendo la espalda paralela al el suelo, y deja que tus brazos y manos sueltas. Permanece en esta postura y canta durante 3 minutos. (En la clase, Yogi Bhajan puso una cinta de Guru Guru Guru Wahe, Guru Ram Das Guru).



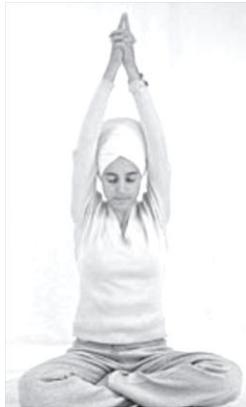
- 9) Seguir el canto y entrar en Cobra, manteniendo los codos rectos y el estiramiento de la columna vertebral. Continúe por 1 minuto. Comience dando vueltas a su cuello y seguir cantando durante otros 30 segundos.



- 10) Todavía en Postura de la Cobra comienza pateando el suelo con pies alternos durante 30 segundos.

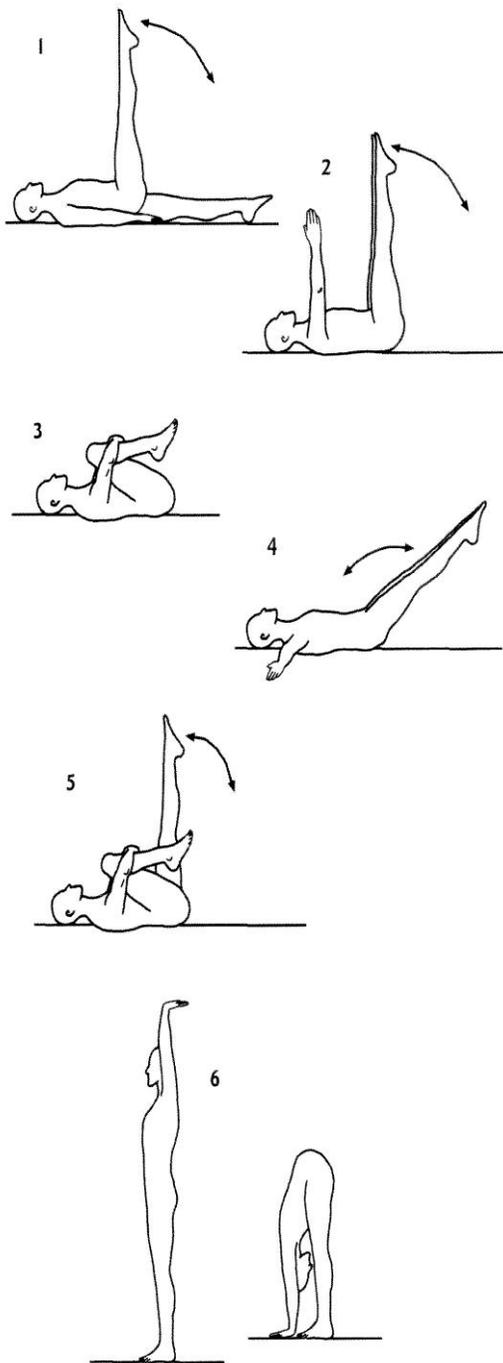


- 11) Siéntese en la Postura Fácil y cierra los ojos. Estire su brazos sobre la cabeza, manteniendo los codos rectos y entrelazar sus dedos con los dedos índices extendidos y apuntando hacia arriba. Comience Sat Kriya por 1-1/2 minutos.



- 12) Acuéstese y relájese totalmente sobre la espalda durante 5 minutos.

Nabhi Kriya



1) **Ascenso alternando las piernas.** Sobre la espalda, inhala y levanta la pierna derecha hasta 90 grados. Exhale y baje. Repetir con la pierna izquierda. Continuar subiendo alternando las piernas con la respiración profunda de gran alcance por **10 minutos**. *Esto es para el área de digestivo inferior.*

2) **Levantar las piernas.** Sin pausa levanta ambas piernas a 90 grados en inhalar y exhalar de bajarlos. Para el equilibrio y la energía, tienen los brazos extendidos hacia arriba las palmas frente a frente. **5 minutos**. *Esto es para la digestión y la parte superior del plexo solar.*

3) **Las rodillas al pecho** . Doble las rodillas y junte al pecho con los brazos, permitiendo que la cabeza para relajar la espalda. Descanse en esta posición durante **5 minutos**. *Esto elimina los gases y relaja el corazón.*

4) A partir de la posición 3, inhala, abriendo los brazos extendidos hacia los lados en el suelo y extiende las piernas hacia fuera a 60 grados. Exhala y regresa a su posición original. Repite y continúa durante **15 minutos**. *Esto equilibra el campo electromagnético y se abre el centro del ombligo.*

5) **Levantamiento de las piernas.** En la parte posterior traiga la rodilla izquierda en el pecho y manténela allí con ambas manos y rápidamente levante la pierna derecha hasta 90 grados y hacia abajo, inhalar arriba, exhalar hacia abajo, **un minuto**. Cambie de pierna y repita durante 1 minuto. Repita el ciclo completo una vez más. *Esto establece las caderas y la columna lumbar.*

6) **Estiramiento frontal.** Párese derecho, levantando los brazos en alto, pegados a las orejas y las manos con las palmas hacia el cielo. Exhale mientras se inclina hacia delante hasta tocar el suelo, manteniendo los brazos rectos y pegados a las orejas, e inhale hacia arriba, muy lentamente, con la respiración profunda. Al exhalar aplique *mulbandh*. Seguir a un ritmo lento de **2 minutos**, luego más rápidamente durante **1 minuto más**. *Esto estimula el fluido espinal y toda el aura.*

7) Relájese totalmente o medite durante **10 minutos**.

Comentarios:

Nabhi se refiere al plexo nervioso en todo el punto del ombligo. Este conjunto se centra en el desarrollo de la fuerza del punto del ombligo. Los tiempos indicados son para estudiantes avanzados. Para comenzar la práctica, comenzar con 3 a 5 minutos para los ejercicios más largos. En conjunto, estos ejercicios de obtener la zona abdominal de forma rápida y activar el poder del tercer chakra.

Kriya para la liberar la tensión del guerrero



1. Siéntate en Postura Fácil. Coloca la palma de la mano derecha en el suelo a unos 15 cms del cuerpo (1A). Extiende el brazo izquierdo hacia ese lado, paralelo al suelo y dobla el codo de modo que la palma de la mano mire hacia la cabeza (1B). Primero palmea el suelo firmemente con la palma de la mano derecha 8 veces cantando Har con cada palmada. Luego comienza a realizar movimientos bruscos y poderosos con la palma izquierda como si palmeases la mejilla pero para a una distancia de unos 2 cms antes del contacto. Mueve la palma izquierda acercándola y alejándola del rostro 8 veces cantando Hari con cada movimiento de palmeo. Continúa alternando entre las dos manos durante 3 minutos.

Nota: la posición del brazo izquierdo se mantiene muy firmemente y el movimiento de palmeo debería realizarse tan poderosamente que la mejilla resultase magullada si la palma hiciese realmente contacto. Este movimiento afecta los puntos meridianos del brazo izquierdo que reconstituyen los músculos del corazón.



2. Permanece en Postura Fácil y repite la secuencia de movimientos previa con ambas manos simultáneamente. Primero palmea el suelo con ambas manos 8 veces cantando Har (2A),



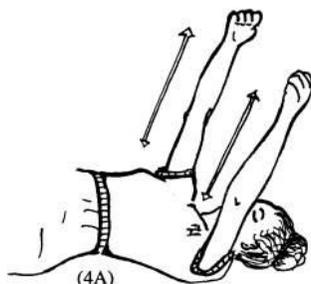
Luego con ambas manos golpea hacia las mejillas 8 veces cantando hari (2B). Continúa durante 5 minutos.



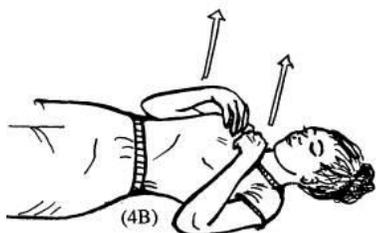
3. Permanece en Postura Fácil. Coloca las manos en puños y extiende los brazos hacia atrás y a un ángulo de 45° desde la paralela (3A).



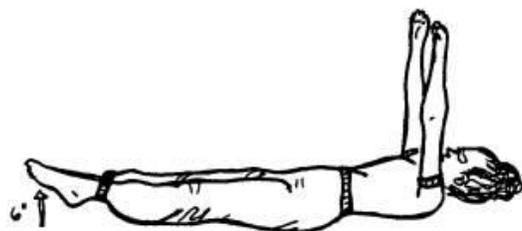
Manteniendo gran tensión en los brazos lleva el puño izquierdo hacia el pecho, para justo antes de que hacer contacto (3B), luego extiende el brazo hacia atrás a su posición original. Ahora repite rápidamente el movimiento con el brazo derecho. Continúa alternando rápidamente, alrededor de una vez por segundo, durante 4 minutos.



4. Túmbate sobre la espalda. Coloca las manos en puños y comienza a realizar movimientos de puñetazo bien rectos hacia el cielo (4A)



Luego baja las manos y da golpecitos a los lados del esternón con las yemas de los dedos (4B). Muévete poderosamente, alternando entre el movimiento de puñetazo y los golpecitos durante 4 minutos.



5. Permanece sobre la espalda. Levanta los talones unos 15 cms del suelo y golpea con los puños el cielo como en el Ejercicio 4A. Continúa durante 4 minutos.

La práctica de este ejercicio fortalece la mente intuitiva.

6. Relájate sobre la espalda mientras escuchas música (Variación Musical: Dhan Dhan Ram Das Guru)

Comentario:

Para llegar a ser un guerrero de gran valor. Haz cada ejercicio de esta serie regularmente y con entusiasmo, moviéndote con gran tensión y poder como en la práctica de un arte marcial. Este esfuerzo fortalecerá el corazón y liberará el estrés que esté profundamente asentado. Está diseñada para "darte la oportunidad de relajarte y ser tú". Construye dentro de ti una personalidad victoriosa "¡Coraje en ti, sin importar nada!" – Yogui Bhajan

Kriya para estimular el Ajna



1. Ponte de pie recto y encierra los pulgares en los puños fuertemente apretados. Deja que los brazos caigan a los lados. Suave y cuidadosamente deja que la cabeza caiga hacia atrás y contempla fijamente un punto en el techo o en el cielo. Inhala y comienza respiración de fuego. Continúa durante 2 – 3 minutos. Luego inhala profundamente mientras llevas lentamente la cabeza hacia delante y metes la barbilla hacia dentro. Retén la respiración brevemente con la cabeza recta. Luego exhala y relájate.

Este ejercicio ajusta el campo magnético, alerta al cuerpo y abre la circulación hacia la cabeza.



2. Postura del Triángulo. Apoyándote con las palmas de las manos y las plantas de los pies, y con el trasero bien alto en el aire, forma un triángulo con respecto al suelo. Tu cuerpo debería formar una línea recta desde los talones hasta las nalgas y desde las nalgas hasta las muñecas. La cabeza debería estar en línea con el cuerpo y los brazos deberían estar separados unos 60 cms. Permanece en esta posición con respiración larga y profunda durante 2 – 3 minutos. Luego inhala. Exhala y aplica Mulabhandha. Retén la respiración fuera brevemente. Inhala y relájate.

Este ejercicio ayuda en la digestión y trabaja para fortalecer el sistema nervioso.



3. Postura del Arco. Túmbate sobre el estómago. Ve hacia atrás y agarra los tobillos, doblando en el punto de las rodillas. Inhala y arquea la columna completamente, tirando de los tobillos, de manera que sólo la pelvis, el abdomen y la parte inferior del pecho permanecen en el suelo. La cabeza se inclina completamente hacia atrás. Respira larga y profundamente en esta posición durante 1 – 3 minutos. Luego inhala, estirando suavemente la columna. Exhala y relájate.

Este ejercicio también ayuda en la digestión, mientras que abre el canal nervioso central de la columna.



4. Postura de Estiramiento. Túmbate sobre la espalda con las piernas juntas.

Con los dedos de los pies apuntando hacia delante, levanta los talones unos 15 cms. Estira los brazos hacia delante bien rectos, apuntando hacia los dedos de los pies, y levanta la cabeza y los hombros unos 15 cms. Fija la mirada en los dedos de los pies. En esta posición comienza respiración de fuego y continúa durante 1 a 3 minutos. Inhala y retén la respiración. Exhala y relájate. *Este ejercicio activa y equilibra la energía del tercer chakra, ajusta el punto del ombligo y tonifica los abdominales.*



5. Siéntate sobre los talones. Inhala y manteniendo la cabeza recta y los hombros relajados, flexiona la columna hacia delante tanto como puedas (5A). Exhala y flexiónate hacia atrás en la dirección contraria (5B). Comienza lentamente y continúa rítmicamente con la respiración de 1 a 3 minutos. Inhala en la posición hacia delante. Exhala y relájate.

Este ejercicio prepara más la columna para los ejercicios que siguen.



6. Siéntate sobre los talones. Separa las rodillas ampliamente. Lleva la frente al suelo. Descansa las palmas de las manos sobre las plantas de los pies. Enfócate en el tercer ojo y relájate conscientemente mientras mantienes una respiración normal. Continúa durante 5 – 20 minutos. Luego realiza varias respiraciones profundas y deshaz lentamente la posición.

Este ejercicio utiliza sutilmente la energía sexual del segundo chakra para estimular el Ajnaa (sexto) chakra. También limpia los ojos.



7. Bundle Roll. Túmbate sobre la espalda con los brazos presionando con fuerza los lados y las piernas como un fardo de leña. Manteniendo el cuerpo recto, comienza a dar vueltas sobre ti mismo a través de la habitación, hacia un lado y luego hacia el otro. Continúa durante 3 a 5 minutos. Luego relájate.

Este ejercicio estimula todo el cuerpo. Equilibra el campo magnético y masajea los músculos. No hagas el ejercicio 6 a no ser que lo sigas con este ejercicio.



8. Siéntate en una posición cómoda con la columna recta y las manos en Gyan Mudra (con los pulgares y los índices tocándose, el resto de los dedos permanece recto). Asegúrate de que la barbilla está en cerradura de manera que la cabeza se asienta recta sobre la columna. Inhala profundamente. Mientras exhalas, canta la palabra “Sat” (rima con “but”), extendiendo el sonido tanto como sea posible y dividiéndolo en 7 ondas (7 ondulaciones) cada una consiste en 5 ritmos. (Consulta la anotación musical en la página) durante un total de 35 ritmos. Completa la exhalación cantando la palabra “Naam” (rima con “Mom”) brevemente durante la duración de 1 ritmo. Luego inhala y repite el canto. Canta desde el corazón, y mentalmente haz que el sonido ascienda en espiral por la columna y salga por el centro de la coronilla. Continúa durante al menos 3 minutos. Luego inhala. Retén brevemente. Exhala y relájate.

Esta simple y hermosa meditación es una llamada desde el corazón. Equilibrará tu energía y guiará tu conciencia directamente hacia su Fuente primaria.

9. Relájate profundamente.

Comentario:

Esta kriya trabaja para estimular y equilibrar suavemente el sistema glandular, especialmente la glándula pituitaria que se asocia con el Ajnaa o sexto chakra. Los alumnos principiantes pueden practicar esta kriya una vez o dos a la semana, pero no más, como una especie de "afinamiento" glandular.

Nabhi Kriya para Prana-Apana



1. **Variación del estiramiento del nervio de la vida.** Siéntese con la pierna derecha recta y el pie izquierdo sobre el muslo derecho. Agarra el dedo gordo del pie derecho con los dedos pulgares de ambas manos, presionando contra la uña del pie y los dos primeros dedos de ambas manos aplicando una presión contra la parte blanda del dedo del pie. Tire hacia atrás el dedo gordo del pie. Estira la columna vertebral recta. Meta la barbilla en la cavidad por encima del pecho. Comience la respiración de fuego. Continúe de **1-2 minutos**. Luego inhale, las piernas del cambio, y continúe durante **1-2 minutos** más. Inhale y relaje. *Este ejercicio abre los pulmones, los saldos de la polaridad del aura, y estimula la glándula pituitaria.*



2. **Patadas en las nalgas.** Acuéstese de espaldas con los brazos a los lados. Trae las rodillas hacia el pecho y empezar a dar patadas alternando las nalgas con los talones. Sincronice su respiración con la de patadas en las nalgas. Continúe **durante 1-3 minutos**. Inhale y relaje. *Este ejercicio es una ayuda a la digestión.*



3. **Movimiento de piernas alternado.** Sobre la espalda, levanta las dos piernas a una altura de 18 pulgadas. Inhale y traiga la rodilla izquierda hacia el pecho. Exhale mientras extiende la pierna izquierda y simultáneamente lleve rodilla derecha en el pecho, manteniendo las piernas paralelas al suelo. Continúe con este movimiento de vaivén con una respiración poderosa durante 1-3 minutos. Inhala y extiende las piernas hacia fuera. Exhale y relaje. *Este ejercicio ayuda a la digestión.*



4. **Plataforma frontal.** Acuéstese sobre el estómago. Coloque las manos bajo los hombros y eleve el cuerpo hasta que los codos estén rectos. El peso del cuerpo se sostiene con el apoyo de las palmas de las manos y los dedos de los o los empeines de los pies. El cuerpo desde la cabeza hasta los dedos de los pies forma una línea recta. Comience la respiración de fuego. Continúe durante **1-3 minutos**. Inhale y contenga la respiración brevemente. Exhale. Inhale. Luego exhale por completo y mantenga la respiración de forma normal. Inhale y relaje. *Este ejercicio da fuerza a la espalda baja y estimula el*

cerebro.



5. **Postura de Estiramiento.** Acuéstese sobre la espalda, empuje la base de la columna vertebral en el suelo, ponga los pies juntos, y eleve los talones de 6 pulgadas. Levante la cabeza y los hombros 6 pulgadas y mire a los dedos del pie con los brazos extendidos, apuntando a los dedos de los pies. En esta posición, inhale mantenga brevemente. Exhale. Inhale. Exhale completamente y aplique *mulbandh*. Inhale y relaje. *Este ejercicio activa y equilibra el tercer chakra, establece el punto del ombligo y ayuda en la digestión.*



6. **Estiramiento y sanación del Centro del Corazón.** Siéntate en postura fácil.

6a. Extienda los brazos en un ángulo de 60 grados, paralelo al suelo, como para recibir a alguien. Estire y tensa los dedos. Tome unas cuantas respiraciones largas y profundas.



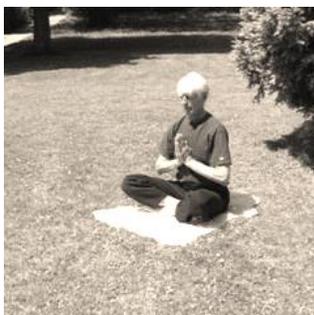
6b. Inhale y lleve los dedos en los puños apretados. Poco a poco llevar los puños hacia el centro del pecho, como si trajera un gran peso. Cuando llega al centro del pecho, exhale con fuerza. Repita este procedimiento **2 o 3 veces.**



6c. A continuación, extiende los brazos en un ángulo de 60 grados o más, tensa los dedos y respirar larga y profunda. **1 minuto.**



6d Luego, lentamente, y ponga las manos a una posición de 4 pulgadas de distancia en la parte frontal del pecho con las palmas frente a frente, los dedos apuntando hacia arriba. Mirando el espacio entre las palmas de las manos, sentir el flujo de energía entre las manos. Continúe la respiración larga y profunda en esta posición durante **1-2 minutos**.



6e. Entonces traiga las palmas juntas en el centro del pecho. Medita en el tercer ojo de **1 minuto**.



6e. A continuación, inclinándose hacia adelante desde la cintura para traer la frente y las palmas hacia el suelo. Relájate en esta posición durante **1-2 minutos**.

Este ejercicio aporta energía mental y física y abre el Centro del Corazón.



7. **Meditación.** Vuelva a la posición sentada con las piernas cruzadas. Medita.

8. *relájese profundamente.*

Comentarios: Esta kriya equilibra prana y apana, centrándose en el tercer chakra, en el punto del ombligo y luego en el Centro del Corazón. Es bueno para la fuerza en general, para la digestión, para la tonificación abdominal, para combatir la depresión leve y para el desarrollo del flujo de prana a través de la curación de las manos.

Kriya para tratar adicciones y comportamiento compulsivo:

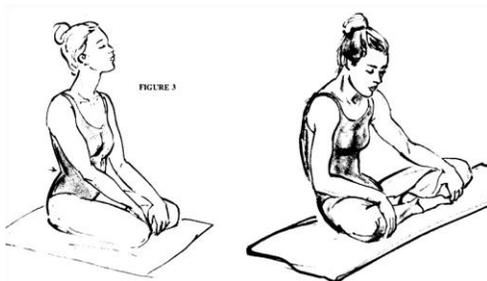
Anorexia y Bulimia

Parte 1: Entonándose

Las instruccuines para esto son muy específicas. Junta tus palmas como si estuvieras orando, con los dedos rectos y los pulgares contra el centro del pecho; haz una gran respiración y canta “Ong Namó Guru Dev Namó.” Generalmente esto se hace 3 veces antes de comenzar la serie de yoga, pero para esta seri debe hacerse 10 a 12 veces.

Parte 2: Flexiones espinales

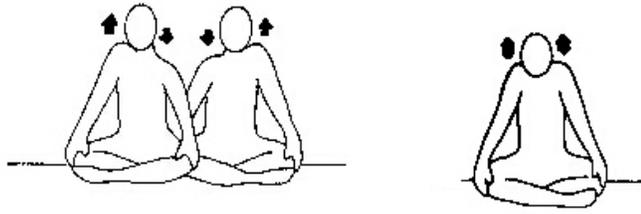
Cruza tus piernas y toma tus tobillos, luego inhala cuando flexiones tu columna hacia adelante y exhala cuando vayas de vuelta en la dirección contraria. Hazlo desde el punto de tu ombligo. Hazlo por 3 minutos.



Parte 3: Levantamiento de hombros

Siéntate con las piernas cruzadas, y inhala al levantar ambos hombros y exhala al bajarlos. Es también conocido como el ejercicio “a mí no me importa” porque saca todos los problemas del día y puede darte una nueva perspectiva. Haz esto por 2 minutos, luego recuéstate sobre tu espalda y relájate por un minuto.

Cuando te familiarizas con este ejercicio puedes hacer una versión más elaborada: levantas el hombro izquierdo al inhalar y luego exhalas al subir el hombro derecho, 1 min. Luego cambias la respiración con el movimiento (de forma contraria), por 1 minuto. Para terminar subes ambos hombros al inhalar y exhalas al bajar, durante 1 minuto.



Parte 4: Meditación Ganesha

Haz un puño con la mano izquierda, pero que se extienda los dedos pulgar y meñique. A continuación, toma tu meñique izquierdo con la mano derecha, también en un puño. Tome el pulgar izquierdo e introdúzcalo en la parte superior de la su nariz. Cierra los ojos y respira larga y profundamente por la nariz durante 3 minutos. Este es un gran ejercicio para hacer "cuando se quiere cambiar la página" en la manera que está yendo tu día y las cosas comiencen.



Parte 5: Gan Putte Kriya

Siéntate con las piernas cruzadas, con las manos en la clásica postura de meditación conocida como Gyan Mudra. Vas a tocar cada uno de los dedos con el pulgar al mismo tiempo que cantar un mantra, a partir del dedo índice, y luego medio, luego el anular, luego el meñique. Se canta una sílaba por cada dedo, y así se repite la secuencia de los dedos 3 veces en la repetición del mantra.

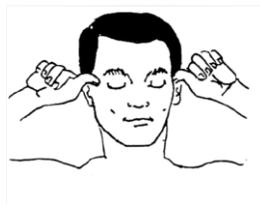
El mantra es "SA TA NA MA"
 "RA MA DA SA"
 "SA SAY SO HUNG"

Los ojos están cerrados, y mantienes tu ombligo contraídos y la espalda recta en todo momento. Haz esto durante once minutos. Puedes aumentar gradualmente el tiempo a 31 minutos.



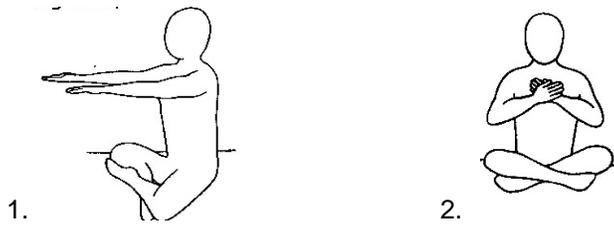
Parte 6: Meditación para Adicciones

Siéntate en postura fácil, con una leve Jalandhar bandh. Estira la columna vertebral y asegúrate de que las primeras seis vértebras inferiores estén fijas hacia adelante. Ojos: Mantenga los ojos cerrados y se centran en el entrecejo. Mantra: SAA-TAA-NAA-MAA. Mudra: Hacer los puños de ambas manos y extender los dedos pulgares. Coloque los pulgares en las sienes. Ahora junta los molares posteriores juntos y mantén los labios cerrados. Mantener los dientes prensados juntos a lo largo, alternativamente, apretar las muelas con fuerza y luego liberar la presión. Los músculos se mueven al ritmo del mantra. Siente que masajear los pulgares y aplica una presión firme con las manos. En silencio, vibrar los cinco sonidos SAA-TAA-NAA-MAA, en la frente. Tiempo: Continúe durante 5-7 minutos. Con la práctica el tiempo se puede aumentar a 20 minutos y en última instancia, a 31 minutos. Comentarios: Es excelente para todos, pero particularmente eficaz para los esfuerzos de rehabilitación en dependencia de las drogas, enfermedad mental, y las condiciones de fóbicos.



Parte 7: Meditación para tratar conducta impulsiva

Mudra: Estira los brazos rectos hacia el frente, paralelos al suelo, sin doblar los codos, la palma derecha hacia arriba y la izquierda hacia abajo. Siéntate muy derecho y mantén tus hombros firmes para tener la experiencia correcta. Ojos cerrados. Inhala y, en una respiración, canta en voz alta: "Wa-hay Guru, Wa-hay Guru, Wa-hay Guru, Wa-hay Gee-oh" Mantente repitiendo esto por 18 minutos.



Segunda parte: Mudra: manos sobre tu pecho, derecha sobre izquierda. Continúa cantando en susurro: "Wa-hay Guru, Wa-hay Guru, Wa-hay Guru, Wa-hay Gee-oh" durante 1 minuto.

Para terminar el ejercicio inhala y sostén la respiración mientras contraes todos los músculos de tu cuerpo. Haz un círculo con los labios y explosivamente bota el aire mientras relajas lo músculos. Repite dos veces más.

Comentarios:

Para comenzar puedes intentar con cada ejercicio por 3-4 minutos, y una vez que estés cómodo con ello, extiende el tiempo de los ejercicios largos.

MEDITACIONES

Meditación para Restringir el comer compulsivo

Cuando te sientas afectado por el comer compulsivo, siéntate en postura fácil y con la columna recta. Tapa la **fosa nasal derecha** con el pulgar de tu mano derecha.

Inhala profundamente y suspende la respiración dentro todo lo que puedas. Luego exhala a través de la **fosa nasal izquierda** y suspende la respiración por fuerza el mismo lapso de tiempo que la mantuviste dentro. Continúa de esta manera durante 31 minutos.

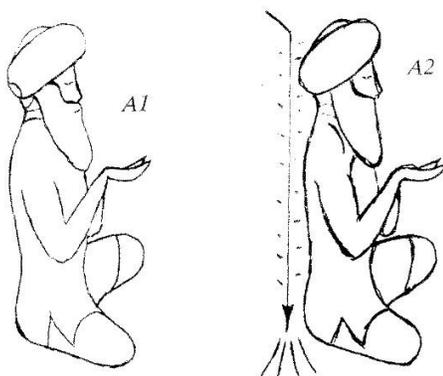
Los casos crónicos, con noventa días de práctica de este pranayama se resuelven. No exageres. Debe ser una respiración larga y profunda a través de la fosa nasal izquierda sin ejercer presión sobre el diafragma. Esta respiración hace que el hemisferio inicial izquierdo del cerebro tome el control y se proyecte y fije sobre el impulso de “Tengo que ir a comer”



Meditación para la Mente Negativa

Yogi Bhajan ,19 de mayo de 1975

Cuando necesites equilibrar la negatividad intermitente de la Mente Negativa y su fervor protector, usa esta meditación que aclara el subconsciente de negatividad no deseada o de pensamientos aprehensivos. Así la Mente Negativa podrá darte señales claras de cómo protegerte y promoverte. La postura es de tranquilidad y humildad y permite al Creador, al Desconocido, cubrirte y protegerte. Se conocía como la Postura del Mendigo. Siéntate en posición fácil con la columna recta y las piernas cruzadas.



Esta kriya altera el destino con la tecnología para eliminar la imagen en el interior de los pensamientos negativos que son persistentes. Una vez que estos pensamientos son eliminados, los pensamientos positivos se puede manifestar sin interferencias. Cómo hacerlo: A) Siéntese derecho en una postura fácil. Hacer una taza con las manos, poniendo la mano derecha sobre la izquierda. Los dedos se cruzan entre sí. Ponga esta copa abierta a nivel del centro del corazón. (A1) Los ojos se ven sólo en esta copa. Comience el pranayama por inhalar profundamente por la nariz. Exhala por la boca fruncida. La exhalación es como si te escupen el aire en las palmas de las manos, pero se trata de un rriotion seco, siempre escupiendo en el aire. Medita en el pensamiento en particular que usted tiene y que no te gusta. Escupe el pensamiento con la respiración. Inhale la idea de que no te gusta y exhala en el aliento. Esto activará el área de 1/3, 2/3 del cerebro. Véase la meditación del Mendigo) Continuar durante 11 minutos, a continuación, inhala profundamente, exhala, y con los ojos cerrados, comienzan a concentrarse en la columna vertebral. Poco a poco llamar su concentración en la columna vertebral hasta llegar a la parte inferior. (A2) Sienta las vértebras 26. Siente que tiene una columna vertebral. Siente la espina dorsal como si usted se siente un palo en la mano. Cuanto más se puede sentir toda la columna a la base, más el flujo de energía y el alivio ocurrirá.

Meditación para el equilibrio emocional

(Sunia (n) Antar)

Antes de practicar esta meditación beber un vaso de agua. Siéntate en postura fácil.

Mudra: Coloca los brazos cruzados sobre el pecho y las manos de bloqueo debajo de las axilas, con las palmas abiertas y contra el cuerpo. Levante los hombros hacia arriba con fuerza en contra de los lóbulos de las orejas, sin necesidad de alterar los músculos del cuello. Aplica la cerradura de cuello.

Ojos: cierre los ojos.

Respiración: La respiración se convertirá automáticamente en lenta.

Tiempo: Continuar durante 3 minutos, aumentando gradualmente a 11 minutos. Al terminar, relaja brazos bajando manos y siéntate en silencio a disfrutar el espacio interno de paz. Habrán pensamientos, y podrán ser observados, pero podrás elegir permanecer en un espacio de paz. Podrás elegir estar en silencio interno.

Comentario: Esta meditación se denomina Sunia (n) Antar. Es muy bueno para las mujeres. Es esencial, a veces cuando uno está preocupado o molesto y no sabe qué hacer, o cuando uno se siente ganas de gritar, gritar y mal comportamiento. Cuando esté fuera deenfocar o emocional, se debe prestar atención a la cuerpo de balance de agua y tasa de respiración. Los seres humanos son aproximadamente el 70 por ciento de agua, y el comportamiento depende en la relación de, agua y tierra aire y éter. Respiración, representando aire y éter, es el ritmo de la vida. Normalmente que respiramos 15 veces por minuto, pero cuando somos capaces de rítmicamente frenar el aliento a sólo 4 respiraciones por minutos, tenemos un control indirecto sobre nuestras mentes. Este control elimina comportamiento desagradable, la promoción de un ambiente tranquilo mente, independientemente del estado de cosas. Cuando hay un desequilibrio de agua en el sistema, y los riñones se encuentran bajo la presión, puede causar preocupación y malestar. Agua potable, tirando de los hombros hasta las orejas y el bloqueo con fuerza el área de toda la parte superior crea un freno sólido que puede ser aplicada a los cuatro lados del cerebro. Después de 2 o 3 minutos, los pensamientos seguirán ahí, pero uno no se siente ellos. Este es un método muy eficaz de equilibrar el funcional del cerebro.



Meditación para un corazón tranquilo

Siéntate en postura fácil, con un leve Jalandhar bandh.

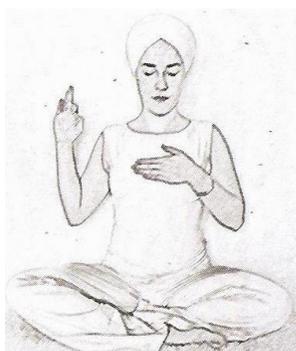
Ojos: Cerrar los ojos o mirar hacia delante con los ojos abiertos 1/10o.

Mudra: Coloque la mano izquierda en el centro del pecho, en el Centro del Corazón. La palma está estirada contra el pecho, y los dedos son paralelos al suelo, apuntando a la derecha. Haga Gyan Mudra con la mano derecha (toque la punta del índice (Júpiter) los dedos con la punta del pulgar). Levante la mano derecha hasta el lado derecho como si estuviera haciendo una promesa. La palma de la mano mira hacia delante, los tres dedos que no están en Gyan Mudra apuntan hacia arriba. El codo está relajado, cerca de la cara con la perpendicular del antebrazo en el suelo.

Respiración: Concéntrate en el flujo de la respiración. Regular cada paso de la respiración consciente. Inhala lenta y profundamente por ambas fosas nasales. Luego suspender la respiración y expandir el pecho. Mantener el mayor tiempo posible. Luego exhale suavemente, poco a poco, y por completo. Cuando la respiración está totalmente fuera, bloquear la respiración durante tanto tiempo como sea posible.

Tiempo: Continuar este patrón de respiración larga y profunda de 3-31 minutos.

Para finalizar: Inhala y exhala fuertemente tres veces. Relájese. **Comentarios:** La postura induce la sensación de calma. Emocionalmente, esta meditación se suma la percepción clara de sus relaciones con usted y los demás. Si usted está molesto en el trabajo o en una relación personal, se sientan en esta meditación de 3 a 15 minutos antes de decidir cómo actuar. A continuación, actuar con el corazón lleno. Físicamente, esta meditación fortalece los pulmones y el corazón. Esta meditación es perfecta para los principiantes. Se abre la conciencia de la respiración, y que condiciona los pulmones. Cuando se mantiene la respiración dentro o fuera de "el mayor tiempo posible", usted no debe jadear o estar bajo tensión cuando usted deja la respiración se mueva otra vez. - En una forma de ponerlo a prueba durante 3 minutos -. Si usted tiene más tiempo, tratar durante tres períodos de 3 minutos cada uno, con un minuto de descanso entre ellos, para un total de 11 minutos. - Para una práctica avanzada de la concentración y el rejuvenecimiento, la construcción de la meditación hasta 31 minutos.



Meditación Yo soy la luz del alma, soy hermosa, soy éxtasis

Siéntate en postura fácil, con un leve Jalandhar bandh.

Ojos: cerrados atención en el entrecejo.

Mudra: Manos estiradas sobre el centro del pecho con las palmas hacia el cuerpo, mano derecha sobre la izquierda. Los brazos están apoyados de manera relajada sobre el cuerpo. Se puede realizar también **Comunicación Celestial**, que es un mudra en movimiento, es la meditación con mantra y movimiento de los brazos y la parte superior del cuerpo. El significado del mantra es expresado a través de movimientos secuenciales.

Respiración: Se regulará al cantar el mantra.

Mantra: Canta desde tu corazón el mantra *Yo soy la luz del alma, soy hermosa, soy éxtasis*.

Tiempo: desde 3 minutos en adelante. Para finalizar: Siente que eres la luz del alma, hermosa y éxtasis, agradece totalmente por ser quien eres y mantente unos segundos contemplándote.



Meditación con el Siri Gaitri Mantra

Siéntate en una postura fácil, con un leve Jalandhar bandh.

Mudra: Han apoyado los codos cómodamente contra la costillas. Extender los antebrazos en un ángulo de 45 grados a cabo desde el centro del cuerpo. Las palmas están estiradas, hacia arriba, las muñecas hacia atrás, los dedos juntos, y los pulgares extendido. Consciente mantener las palmas de las manos durante la meditación.

Mantra: El mantra se compone de ocho sonidos básicos:

RAA MAA DAA SAA, SA SAY SO HUNG

Contraer el punto del ombligo con fuerza en la SO y HUNG. Tenga en cuenta que HUNG no es largo y prolongado. Còrtalo enérgicamente al contraer el ombligo. Cante el mantra completo en un ciclo de respiración completa y luego inhale profundamente y repetir. Para cantar este mantra correctamente, recuerde mover la boca completamente con cada sonido. Siente la resonancia en la boca y las áreas sinusales. Deja que tu mente se concentre en las cualidades que se evocados por la combinación de sonidos.

Tiempo: Canta con fuerza de 11-31 minutos. Para finalizar: Inhala profundamente y retenga la respiración a medida que ofrecen una oración de sanación, la visualización de la persona que desea curarse (incluido usted) como totalmente sana y radiante, y fuerte. Imagina a la persona completamente envuelto en la curación de luz blanca, completamente curada. Luego exhale y inhala profundamente otra vez, mantenga la respiración y ofrecer su oración. Luego, levante los brazos en alto y agite con fuerza a sus manos y dedos.



ANEXO X.

Categorías y Subcategorías

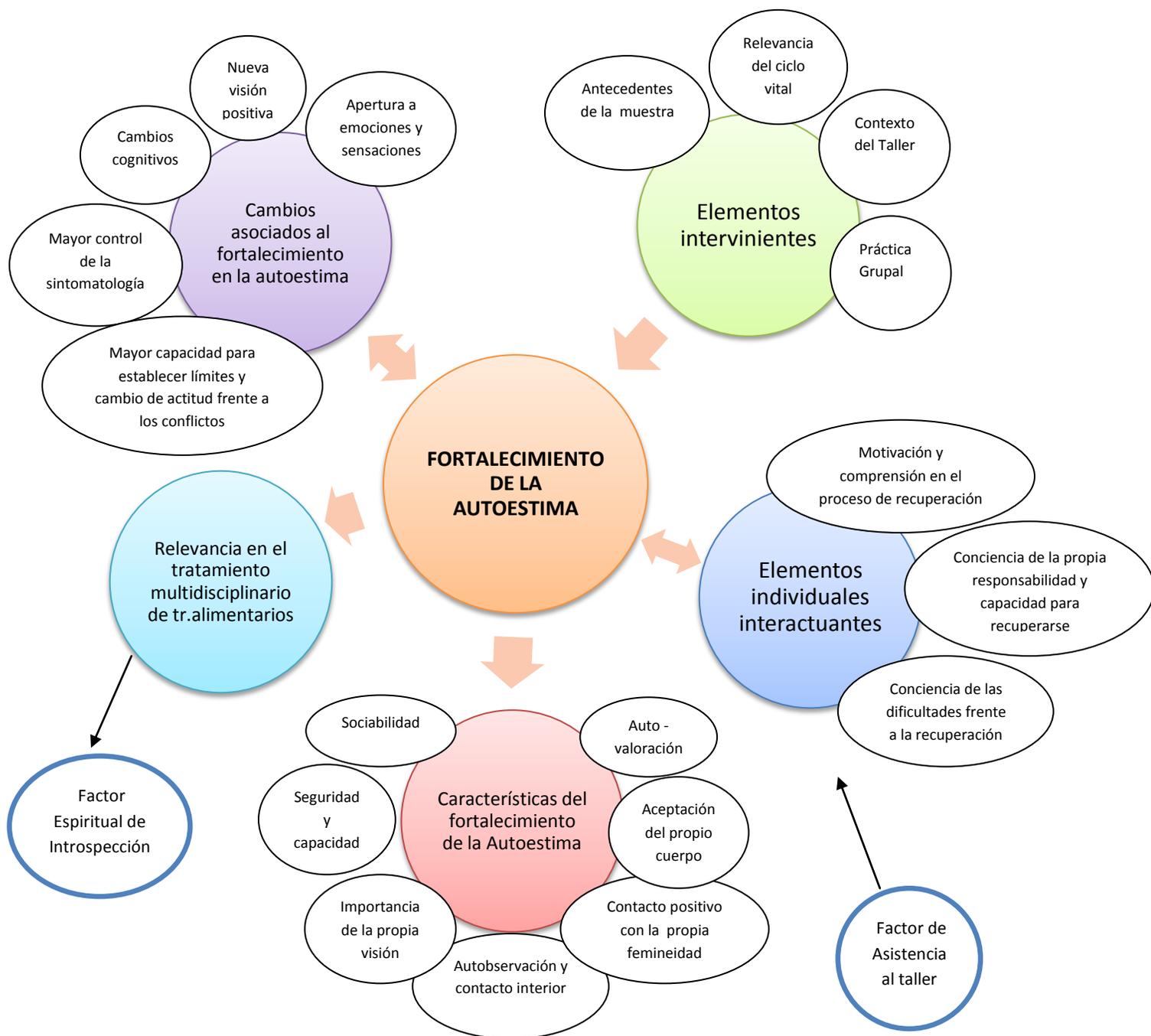
A partir del análisis emergen 23 subcategorías y 7 categorías principales, en torno a una categoría central: Fortalecimiento en la autoestima percibido a partir de la experiencia en el taller de Kundalini Yoga.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
1. CAMBIO EN UNA NUEVA VISIÓN POSITIVA	2. Mayor Capacidad para disfrutar de sí misma 3. Sensación de Gratitud y valoración de la propia vida
2. CARACTERÍSTICAS DEL FORTALECIMIENTO EN LA AUTOESTIMA	1. Mayor consideración e importancia de la propia visión 2. Mayor capacidad y seguridad personal 3. Mayor Sociabilidad 4. Mayor capacidad de autoobservación y contacto interior 5. Mayor Autovaloración 6. Mayor aceptación del propio cuerpo 7. Contacto positivo con la propia femineidad
3. APERTURA A LA EXPERIENCIA DE EMOCIONES Y SENSACIONES	1. Sensaciones y emociones de bienestar 2. Capacidad para sobrellevar y expresar sensaciones y emociones desagradables
4. DESARROLLO DE CAPACIDADES	1. Mayor Control de Sintomatología 2. Mayor Capacidad para poner Límites propios y para los demás 3. Cambio de actitud frente a los conflictos
5. CAMBIOS COGNITIVOS	1. Cambios beneficiosos sobre el contenido de los pensamientos
6. CAMBIOS FRENTE AL PROCESO DE RECUPERACIÓN	1. Mayor comprensión y motivación frente al proceso de recuperación 2. Mayor conciencia de las dificultades frente al proceso de recuperación 3. Mayor conciencia de la propia responsabilidad y capacidad para recuperarse
7. RELEVANCIA DEL TALLER	1. Pertinencia del taller de Kundalini yoga en etapa del ciclo vital 2. Relevancia del taller dentro del tratamiento multidisciplinario de trastornos alimentarios 3. Importancia del Contexto del taller 4. Relevancia del trabajo grupal en el taller 5. Relevancia y beneficios de la práctica continua de yoga

ANEXO XI.

Figura 1. Esquema de análisis de Categorías y Sub categorías

El siguiente esquema muestra la relación de las categorías y subcategorías emergentes en relación a la categoría central: Fortalecimiento en la autoestima percibido por las participantes del taller de Kundalini yoga.



ANEXO XII.

Entrevista Transcrita y Codificada

(Entrevista de G.A)⁹

Daniela Concha (DC): ¿cómo fue tu experiencia con el taller?

1. G.A: fue rico...fue raro[C1], como que de repente veo el mail y fue como... fue en un momento es que estaba pensando – necesito algo - , necesito complementar lo que...estaba justo en un momento en que, ya, vamos a cambiar todo esto, este nutriólogo no me está ayudando, necesito más cosas, necesitaba también más apoyo y además que decía –chuta, termine mi examen de grado - , es el momento de hacer un cambio en todo esto, ya estoy lista, no tengo ansiedad, no estoy con este ambiente[C2] y ya, veo el mail y digo – ya listo – este es el momento, y justo un tema que tengo, que es un fantasma que tengo, ya tengo 25 años, no puedo seguir con esta cuestión y claro decidí venir y cuando llegue acá fue como, esto es para mí[C3]...claro uno igual tenía el miedo de llegar para allá y te hicieran contar la experiencia y todo eso, cuesta mucho hablarlo de manera tan abierta[C4], con gente que conoces poco, lo bueno claro fue por otra parte, que nadie se cuestionaba nada de la otra[C5], porque todas sabíamos porque estábamos acá y sembró un ambiente bien rico y a la larga hartito soporte entre todas también, aunque no habláramos mucho[C6], pero había un vínculo entre todas y un apoyo y claro, es distinto estar sola contigo haciendo el yoga que estar con por lo menos 2 o 3 niñas más que están en lo mismo y decir – oye esto es una lucha de muchas y hay que hacerlo[C7]- por un lado esta eso, que me ayudo mucho saber que hay muchas mujeres que estamos en esto[C8][C9], y por otro lado saber que hay otras maneras también, y que también todo está en tu mente [C10]y hay un momento cuando estaba enferma que uno dice – si voy a estar siempre enferma de esto, entonces para que luchar si...para que luchar y superar esto, si yo siempre voy a ser una anoréxica, siempre voy a estar preocupada del peso, siempre voy a estar preocupada de lo que como- pero aquí uno se da cuenta mucho más que cuando vas al psicólogo que te dice, no si esto es una ilusión tuya, pero aquí te refuerza mucho más que tienes que verte, ver lo que tienes tu, ve tus herramientas y esa es la diferencia con un psicólogo que te dice , ve las herramientas de afuera, pero aquí hay una cosa mucho mas...que las herramientas están en ti [C11]y eso cambia mucho las perspectivas respecto de cómo afrontar todo, todo lo que está pasando en tu cuerpo y en tu cabeza[C12] [C13]y de hecho claro, cuando estaba, en una de la primera meditación que era para la ansiedad, es...fue la primera que practique al tiro, cuando estaba como media ansiosa, cuando quería comer y escupir, o cuando quería comer algo de mas, o cuando me acostaba diciendo – hay, comí tanto hoy día - , al tiro empezaba...estaba como unos 5 minutos y decía ya...y me relajaba un poco[C14], y también aplicando todo, la meditación de ganasha... y te da muchas más herramientas, y el sentir que todo está en ti, que también son varias, es bien sanador, es bien motivante, más que sanador es motivante a luchar[C15], porque tampoco uno piensa que va a encontrar el remedio a todo, pero si darte cuenta...cambiar las perspectivas de cómo luchar, de cómo cambiar esto[C16], obviamente complementado con lo que es el tratamiento psicológico, con una buena dieta, con todo eso y se agradece hartito [C17]fijate, así que gracias.

⁹ Se presenta una de las entrevistas a modo de ejemplificar cómo se desarrolló la codificación de la información. Además cabe destacar que anterior a las preguntas que se observan, la participante se refiere a su historia y a los antecedentes del trastorno, junto a otros detalles que se han decidido resguardar para su anonimato.

DC: bueno y más concretamente, percibes algún cambio después de haber realizado el taller, puede ser sesión a sesión si percibiste un cambio y ya después de haber realizado el taller, tú fuiste a todas las sesiones.

2. G.A: si, de a poco[C18], te contaba, la primera clase salí feliz feliz, esto es lo mío[C19], y había clases que eran más complicadas, que te exigía mas el cuerpo y que uno salía más cansada y decía – quizás la otra va a ser mas difícil, quizás no me la pueda- pero a pesar de ese cansancio y de ese, quizás no me la pueda, uno dice...a pesar de todo eso seguía viniendo[C20], no era como, no, mañana si es más difícil no vengo...y eso se va sintiendo también en la voluntad de uno[C21], entremedio también me ayudo al tema que yo te contaba, que yo tenía un par de lesiones y que se resentían y con esto empezaron a dejar de resentirse, porque claro, como eran musculares, había que estirar el musculo [*22]y mas allá de eso, también el tema de la voluntad de que uno está aquí, cuando uno aprende...creo que no solo se aplico a efectos de la comida, sino también a enfrentar todos los temas, todas las adversidades que uno va sufriendo[C23], te conté que justo me toco el inicio de la practica y yo creo que si hubiese iniciado esto sin esto, hubiera estado mucho mas histérica con todo lo que hay que hacer , con lo que me tocaba porque había que ver temas muy difíciles, temas complejos, y creo que sin esto, creo que no hubiera enfrentado de la manera que estoy enfrentando las cosas[C24], de hecho las personas que me han rodeado, me dicen que estoy más templada[C25]...alegre he sido siempre, siempre me vas a ver alegre, pero si más templado...siento que hay una alegría con histeria, una alegría que a la larga cubre todas tus penas y que uno siempre esta como aaaah!, en cambio esta es una alegría no histérica, más tranquila, más templada, [C26]y eso también...porque la otra alegría llega a causar rechazo a la gente, alguien que está siempre así, más que nada como que te sientes casi invadida por esa persona, [C27]en cambio ahora es una alegría mucho más tranquila y también frente a las adversidades, yo tengo, mi gran problema que he sido siempre, y en parte también por la anorexia, es que creo que un patrón dentro de la gente con problemas con la comida, es que creo que las adversidades las afectan mucho, son personas muy estructuradas y que se les sale algo de control y se les acaba el mundo y hasta hace poco yo era así, y creo que esto me ayudo también mucho a esto[C28], entre medio por ejemplo, que pasar , no tuve tampoco la práctica que quería de verdad, yo quería otra practica, en otro lugar, de la misma materia, pero en otro lugar, y no se me dio esa, pero lo acepte, si hubiese sido antes, habría hecho un escándalo, hubiera estado desesperada, hubiera estado ansiosa, pero las cosas salieron mejor fijate[C29], y he aprendido también respecto a aplicar, no solamente a la comida como dije antes, sino también a todas las adversidades que uno tiene[C30], y primero se da cuenta que no son adversidades y que no son el fin del mundo,[C31] lo mismo lo del diente que me tiene...tiene una cosa...yo creo que hace un año estaría de muerte, estaría ahí en la cama llorando, que la cuestión, que no se me mejora, y ahora estoy...si bien igual bote un par de lagrimitas...es incómodo y uno se asusta también de el diente pero...bote un par de lagrimitas y la cosa pasa y la vida sigue, y tampoco me voy a quedar sin diente...así que, me ha servido bastante[C32], yo creo que el cambio más grande es ese, aprender a afrontar las dificultades de una manera más templada, más calmada, antes no tenía esa actitud[C33].

DC: ¿y recuerdas en qué momento notaste que algo había cambiado?

3. G.A: si, después de...creo que fue...la clase 4, de la kriya de la voluntad, después de esa kriya fue...yo creo que esa kriya fue significativa, o sea si ya, si pude esto, puedo todo y si, yo creo que esa fue una clase súper clave para mí[C34]...la clase 3 o la clase 4 y además después, al otro día, dos días más, afrontar los dolores y seguir con tu vida y nada...se logro...[C35]yo creo que esa fue la clase que mas, mas clave para seguir viniendo también, por un momento era como haaaa...y así como huuuu, y salí así...es la que mas sufrí, y salí así, hay la cuestión, si va a seguir así la cosa, pero dije – ya, me la pude- no

creo que, o sea yo digo ya será peor, pero nada me va a matar.[C36] Y la otra cosa clave también fue la 7, porque siento que esa fue para mí mas...porque tu dijiste –vamos a hacer lo mismo que la otra- entonces la 8 venía más preparada, porque fue una clase bien completa, de harta meditación, de mucha voluntad en las piernas que se te acalambran, los brazos...pero esa también fue muy, dije –ya- ya la 8 va a ser pan comido, si ya aguante esto, y además fue una clase que te dio la mayoría de las herramientas para afrontar esto, las otras son preparaciones, son kriyas, pero esta era ya...era ahí, y lo sentí así y de hecho la kriya la practique ayer un ratito, ya que no podía dormir...ya que no puedo dormir vamos a aprovechar el ratito y fue...así que voy a aplicarlo bastante, es una gran herramienta.[C37]

DC: ¿y cómo tú te explicas o te imaginas que pudieron haber ocurrido estos cambios?

4. G.A: yo creo que, más que nada que yo venía dispuesta a cambiar...venía dispuesta a cambiar, venía dispuesta a recibir esto porque siento que cualquier tratamiento, cualquier terapia, sea medica, sea alternativa, si uno va y dice ya probemos, pero sin expectativas, sin ganas de poner lo tuyo ahí, no va a pasar nada, entonces yo creo que el primer paso que viví fue el hecho que yo voy a venir a cambiar aquí, voy a aprovechar esta oportunidad y voy a entregar todo en esto, porque si no, no sirve de nada, es lo mismo si uno va a un psicólogo o va a un psiquiatra y dice, ya voy para allá sus preguntas se las contesto y chao, le cuento de mi vida y chao, no pasa nada, y creo que eso fue clave también, darle un sentido, porque si uno no le da un sentido a lo que viene acá, no pasa nada.[C38][C39]

DC: y que sentido le diste tu?

5. G.A: yo le di el sentido de que esto era para mí, que esto era para sanarme [C40]y confiar también de que en el yoga es también una herramienta bien útil para muchas cosas, entre ellas quizás el tema de los trastornos alimenticios...vine en esa, entonces ya ahí la cosa cambia, si uno viene acá solamente...hay gente que dice, yo voy a yoga para tonificarme y se va a tonificar y va a ser para eso y va a buscar un yoga para eso...yo dije –yo voy a hacer yoga para encontrar herramientas- y las encontré, porque también uno quiere ver eso, porque uno ve lo que quiere ver, y si yo no quiero ver que esta es una herramienta, no la voy a ver...para eso mejor me voy y no hago nada.[C41]

DC: y alguno de estos aspectos que tu nombraste, de estos pequeños cambios que viste ¿tú los relacionarías con tu autoestima?

6. G.A: si, totalmente, si por supuesto porque mi autoestima se basa en, por lo menos en la mía, yo baso mi autoestima en el hecho de logros, mi autoestima subía si obviamente yo lograba bajar de peso, porque decía- ah lo pude- entonces tengo un logro y me quiero, [*42]en cambio cuando subía de peso, era no, no lo hice, no lo logre, no cumplí mi meta, soy una tonta...y que paso acá, por eso yo te decía que era tan significativa la clase 3, porque la clase 3 indicaba un logro bien fuerte que era aguantar toda la clase, moviendo las piernas y aguantar después 2 o 3 días con dolores y eso fue...entonces dije ya y ahí mi autoestima dije –si- yo puedo y yo soy capaz, y eso fue yo soy una gran mujer y eso fue yo soy una guerrera y eso...y no es el tema de ser soberbia, si no el tema de quererte a ti y decir eres una mujer sana, eres una mujer completa, eres una mujer feliz[C43]...y ahí empieza todo, por lo menos para mí ahí empezó todo desde ahí, y lo demás ya da lo mismo[C44]...si logro bajar de peso con esto sería lo mejor y yo voy a poner todo para cumplir con mi dieta y todo, pero eso ya da lo mismo, porque yo sé que estoy acá y sé que me tengo y que soy linda, y que soy una buena persona[C45] y que tengo una persona que me ama también, tengo una pareja maravillosa, tengo una familia que me quiere y yo los quiero y que va a estar ahí siempre...tengo mucho que cuidar[C46] y obviamente eso también que tengo que cuidar, también yo me lo gane, por algo tengo ahí esa familia que

me quiere, por algo tengo esta pareja, la tengo que cuidar también y claro, como no voy a quererme si tengo tanto amor a mi lado.[C47]

DC: ¿entonces el taller de alguna forma puede haber influido en tu autoestima?

7. G.A: por supuesto, si mucho...yo te contaba también cuando salía, ya después de la cuarta kriya salía así como...después de la tercera salía así como ya soy una guerrera, andaba camino al metro así...sintiéndome mina, totalmente linda[C48]...así que no, era lo mejor, salía así como limpiecita, sanita...yo me sentía lo máximo, ustedes no saben lo que tengo yo por acá en mi corazón y segura caminando y sonreía...

DC: ¿y por qué asistías? Porque asististe a todas la clases, porque no...

8. G.A: ¿por qué no falte? Haber primero porque a mí no me gusta comprometerme a algo que no voy a cumplir, yo creo que si hubiera sabido, de hecho yo ya dije, cuando supe lo de mi práctica que quizás no podía venir, te dije al tiro y entre medio igual hice la movidas para poder...porque, porque también era una oportunidad, era un regalo que me estaba haciendo a mí [C49]que era muy valioso, no quería perderme la oportunidad de tal vez trabajar todo esto de otra manera[C50], ya había visto todas las otras forma, con deporte, con nutricionista, con nutriólogo, con psicólogo, con psiquiatra, faltaba esto y dije no, no me voy a perder la oportunidad de ver esto, yo quiero ver algo acá y vamos a ver, me voy a hacer este regalito de probar otra forma de afrontar esto, lo que me está pasando,[C51] y obviamente también dije, un tratamiento, también dije voy a tomar esto como una medicina o como una forma de afrontar las cosas, pero obviamente si uno deja un día un antibiótico, la cosa pierde todo el efecto, si uno deja el anticonceptivo puedes quedar embarazada, entonces para que si ya empecé, si dejo de ir un día ya pierdo todo lo que he ganado y no quiero perder esto y además que cada vez veía que esto era cada vez más fuerte en mí, con mas efectos, mas cambios, cada vez sentía más voluntad, mas autoestima, mas formas también de...mas canalizada con este tema, mas de cómo afrontarlo y no quería perder todo eso, si perdía una clase era como no, se pierde todo lo que he ganado, se pierde todo el manejo de mis energías, se pierde todo el manejo, así que no, es como en todo tratamiento, si uno deja un día de venir o si uno aplaza mucho las sesiones del psicólogo, la cosa se va perdiendo y yo no me quería perder esto que estaba siendo muy bueno.[C52]

DC: ¿cumplió tus expectativas?

9. G.A: si, si creo que sí, para mi si, cumplió el hecho de que yo venía para acá, quizás no a encontrar la pólvora, pero si a encontrar una manera distintas de afrontar lo que está pasando, como apoyo además al gran trabajo que estoy haciendo con mi nutricionista, con mi nutriólogo, con mi psicólogo, pero si lo confié respecto de que me va a servir mucho cuando quiera caer a alguna tentación o resulta que estoy volviendo a ciertos hábitos que no, que debo dejar, recurro a esto [C53]más que pensar en un psicólogo que, pucha que el psicólogo me dijo que, o pensar en...entonces esto es mucho más fuerte, mas canalizador, es mucho más incisivo en ti misma, en tu mente, en tu cuerpo para afrontar esto en varias maneras, en el hecho de que tu ya eres capaz de verte como...el hecho de que tu el autoestima la tienes ya como...la tienes distinta, con esto ya te cambio[C54], a mi me ayudó mucho al autoestima, en el hecho de que te das cuenta de que eres una guerrera y que tienes voluntad, y de a poco, entonces eso si cumplió mis expectativas respecto de que, me dio más fuerza para seguir enfrentando con esto[C55], que puede ser que esté toda la vida, porque también es un tema difícil, mucha gente dice que uno es anoréxica para siempre, en términos de que, quizás ya estas comiendo, pero en términos que siempre va a ser un fantasma que vas a tener que cargar y si no lo cuidas bien, y si no controlas ese fantasma, esos hábitos, vas a volver a la anorexia, vas a volver a la bulimia y

va a ser un círculo vicioso y esto me ayuda a eso, cuando a veces siento que estoy a punto de volver a empezar algo que no...de volver a hacer un hábito, de volver a saltarme comidas, decir, oye no y uno baja la ansiedad y no se mira al espejo[C56]...así que sí, cumplió mis expectativas.

DC: y ahora recomendaciones para el taller, que rescatas, que crees que se podría cambiar

10. G.A: yo la verdad como no he hecho mucho yoga antes, no podría darte una comparación con otras clases así que va a ser bien subjetivo lo mío...creo que trabajaría mucho más, por lo menos para mí, que me hizo sentido, trabajaría mucho más el chakra de la voluntad, aunque claro uno dice lo que tenemos las anoréxicas es voluntad para no comer, pero la voluntad que tu trabajaste es justamente la voluntad para darte cuenta que estas mal[C57], creo que eso haría un poco más de trabajo, pero dedicado a eso, y también dedicado a otro chakra que es mucho de la mujer también, es más femenino, creo que también me faltó un trabajo mucho más intensivo ahí, porque claro uno decía eres una guerrera, era muy femenino, pero faltó la mujer madre yo creo que ahí faltó un poquito la mujer más madre, pero aparte de eso me pareció muy bueno[C58]...creo que también aumentarían las sesiones, creo que 8 sesiones, creo que es muy intensivo para un tema tan serio, un tema así se tiene que tratar en largo tiempo, esta es una probadita, es que a algunos puede servirle y otros van a necesitar más, pero yo haría así, alrededor de, si se pudiera un semestre, sería un semestre y trabajar mucho más sobre todo los chakras más de mujer, pero me pareció bien, me pareció bastante bien.

DC: pasó mucho que había chicas que les gustaba mucho el taller, pero que dejaban de venir ¿qué verías tú ahí?

11. G.A: no se, es que a mí me gusto, yo creo que es subjetivo de cada uno, yo creo que puede haber sido, porque implica...debe haber implicado para ellas un tiempo valioso, la hora, quizás otra hora, pero no se me ocurre...de hecho tampoco entendía, me daba como lata, no entendía porque...yo lo pasaba bien y no me lo perdía pero ni por si acaso o puede ser que es un tema que es difícil de afrontar también y quizás estas chiquillas que se fueron no estaban dispuestas todavía a afrontar lo que les estaba pasando yo creo que eso puede haber sido, yo creo que eso es como lo más clave de porque no pueden venir[C59], has venido con la voluntad de haber empezado bien por dentro ellas igual...es un fantasma muy fuerte...una se siente como un monstruo cuando hace esto, entonces tener que verse, tener que enfrentarse a ese monstruo cuando estas tu ahí es...yo creo que debe haber sido lo más complejo para ellas [C60]y por eso quizás decidieron no venir o quizás también no entendían a que iba todo esto...porque claro, se dijo –ya vamos a tratar el tema de anorexia- pero ve meditaciones y uno dice, claro y esto para que me sirva...quizás buscaban algo más concreto, casi una cosa médica, tu sabes que el ibuprofeno es para las hinchazones, buscaban algo así...y fue como ya po, y cantos y servirá de verdad...yo creo que a ellas también les debe haber pasado, pero un poco también apertura de mente, con lo que te dije antes, porque vine yo, porque yo también vine dispuesta a darle un sentido, y quizás ellas no estaban dispuestas a darle un sentido.[C61]

DC: ¿ves esto de que sea en grupo, que surja esto de compararte, como un factor de riesgo de repente?

12. G.A: en este caso no lo sentí porque, primero era algo como bien sabio, que nos hacías hacer todo con los ojos cerrados y yo creo que eso fue clave, sobre todo cuando uno recién empieza a hacer los ejercicios, lo primero que hace es mirar para el lado para ver

como lo hace la otra, para cachar si lo estoy haciendo bien, y claro se te va toda la onda contigo misma, se va toda esa conexión contigo y no puedes tampoco lograr darle sentido al trabajo que estás haciendo porque el otro lo está haciendo mejor que tu[C62], a mi no me paso, claro al comienzo yo venía como chuta, si yo no hago yoga, entonces otras van a hacerlo mejor que yo, pero por suerte tu diste esa instrucción y así que el riesgo de compararse en ese aspecto es nulo, no hay riesgo de compararse, porque uno no ve lo que está haciendo el otro, o el riesgo es muy bajo, a menos que sea una galla muy obsesiva y empiece a preguntarle a la otra después de todo, después de hacer toda la kriya, después de haber terminado la sesión, preguntarle, oye muéstrame como hiciste tu el tema, pero yo creo que nadie que estaba en el curso estaba en esa, con esas intenciones, con esa voluntad de compararse, de ser la mejor de la clase, siendo que es un riesgo bien fuerte dentro de las personas con anorexia, a lo más lo que podía pasar era que viéramos el cuerpo de la otra y decir ella es mas flaca que yo, pero más allá de eso el riesgo es muy bajo, sobre todo porque hacíamos los ejercicios con los ojos cerrados, pero nunca me sentí ni comparada ni quise compararme y eso me hacia estar mucho más cómoda en lo que hacía, lo hacía mal o lo hacía bien, ya al final me daba lo mismo, trataba de hacerlo bien, trataba de hacer bien las posturas, la espalda derecha, pero también me centraba en mí, no en ver como lo hacia la otra y si miraba a alguien era a ti...no, el riesgo es muy bajo, para mí el riesgo fue muy bajo. [C63]

DC: Muchas gracias por la entrevista y por asistir al taller.

ANEXO XIII.

Autoreporte Transcrito y Codificado (Autoreportes de R.O)¹⁰

Clase 1: Al comienzo me sentía ansiosa y un poco angustiada, tenía el corazón acelerado y la respiración se me hacía difícil. A medida que la clase avanzaba me iba apaciguando un poco, pero mi mente está inconcientemente calificando todo lo que hacía, si estaba bien o mal. [*64] Traté de repetir en mi cabeza que este momento era sólo para mí y que lo merecía, en conjunto con las palabras de la instructora iba logrando la calma, me concentraba en respirar, relajar y poco a poco logré sentir plenitud[*65], aún siendo la primera clase siento que es un aporte muy muy positivo para mi alma.[*66]

Clase 2: Esta clase me sentí muy vulnerable[*67], sobre todo porque trabajamos con el enojo, definitivamente es algo que no me permito sentir o liberar, con ciertos ejercicios me dieron ganas de llorar y en otros momentos sentía mucha calma. [*68] Físicamente sentía cómo mi musculatura se contraía o tensaba inconscientemente[*69], pero ya finalizada la clase siento el cuerpo y la mente más livianos, me siento un poco mejor que cuando llegué.[*70]

Clase 3: en esta clase en particular sentí mucho más marcada la energía del resto de las compañeras, sentí que éramos una, con el mismo propósito.[*71] En ciertos ejercicios lograba focalizarme totalmente en mi respiración y movimientos, veía ideas y pensamientos pasar por mi mente, pero no me aferré a ellos, simplemente los dejaba ir, cosa que para mí suele ser muy difícil.[*72] Físicamente me siento fresca y emocionalmente me siento despejada, clara y focalizada.[*73]

Clase 4: Al momento de comenzar cada ejercicio sentía desconfianza en mí, pensando que no sería posible finalizarlo, pero a medida que los segundos pasaban sentía la energía en mi cuerpo fluyendo con mucha fuerza, sobre todo en el pecho, sentía el poder salir justo desde mi corazón. la sesión de hoy fue sin duda un reto para mí autoconfianza, terminé sintiéndome más firme y con mi corazón muy pero muy calmo.[*74]

Clase 5: Esta clase me hizo sentir muy plena, me deja con sentimiento de felicidad, de paz conmigo misma[*75], me sentí linda y fuerte, sentí que me entregué mucho amor durante los ejercicios[*76]. Físicamente me siento un poco cansada, pero aún con mucha energía, fue una clase que me trajo linda sensaciones, me siento fresca.[*77]

Clase 6: Esta clase me sentí muy tranquila, a medida que realizábamos cada ejercicio, sentía que mucha paz llenaba mi cuerpo, mis pensamientos se apaciguaron y mi corazón logró tener calma,[*78] me siento mucho más centrada que al comienzo de la clase[*79]. En la relajación profunda me desconecté de todo, luego al tomar conciencia sentí mucha calidez en mi pecho.

¹⁰ A modo de ejemplo se presentan los autoreportes de clase de una de las asistentes.

Clase 7: Creo que esta ha sido la clase más difícil, demandante e intensa, fue difícil, en algunos momentos pensé que no podría terminar las meditaciones, pero intenté entregarme completamente y eso me ayudó a confirmar, esta clase me deja con un sentimiento de mucha fuerza y coraje en mi interior, pude ver que la mente y el alma son fuertes y pueden ir más allá de los dolores físicos.[*80]

Clase 8: esta clase fue la prueba más difícil de todas, físicamente me dolió el cuerpo, a pesar de que los ejercicios no eran tan exigentes, mi mente trataba de hacerme creer que no podría lograr completar los ejercicios, pero trataba de sacar fuerza de los mantras, respiración, de la energía del grupo, de todo. Cuando hicimos el ejercicio con los brazos estirados frente a nosotros, sinceramente pensé que no sería capaz de lograr no 3 minutos, me dolía todo, de repente quería llorar, me dieron náuseas pero no me rendí, tal vez no lo hice perfecto, pero lo hice y por eso me siento orgullosa.[*81] Quiero agradecer de todo corazón por la oportunidad de participar en este taller, valoro mucho la dedicación, el cariño y el interés de ayudar a mujeres con trastornos alimentarios, para nosotras es una luz de esperanza. Bendiciones.

