



REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



ARTÍCULO

Kundalini yoga in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa: A qualitative research



Daniela Concha Mirauda*, Claudia Cruzat-Mandich, Catalina Moore, María Luisa Ugarte y Fernanda Díaz-Castrillón

Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria (CECA), Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile

Recibido el 10 de octubre de 2016; revisado el 15 de noviembre de 2016; aceptado el 15 de enero de 2017
Disponible en Internet el 13 de febrero de 2017

KEYWORDS

Kundalini yoga;
Treatment;
Eating disorders;
Anorexia nervosa;
Bulimia nervosa

Abstract Treatment for eating disorders should be multidisciplinary and may be complemented by new techniques. Some studies have shown that yoga practice make patients feel better with their bodies, improve their sensations, have healthier attitudes towards food and feel more satisfied with themselves. This study seeks to know and describe the practical experience of Kundalini yoga in women diagnosed with anorexia nervosa and bulimia nervosa. The intervention consisted of eight sessions of Kundalini yoga with a sample of nine women. The design was descriptive with a qualitative approach, based on the *Grounded Theory*, using semi-structured interviews and written self-reports. The data was analyzed using open coding and the main results were grouped in six categories: 1. Change to a positive view, 2. Appreciation of themselves, 3. Opening up to the experience of new emotions and sensations, 4. Development of psychological capabilities, 5. Changes in the recovery process, and 6. Relevance of the workshop to the recovery process. In conclusion, the patients reported as relevant the benefits of the practice of Kundalini yoga, which grounds the importance of including this intervention in the multidisciplinary treatment of eating disorders.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: danielaconcha.terapia@gmail.com (D. Concha Mirauda).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

PALABRAS CLAVE

Kundalini yoga;
Tratamiento;
Trastornos
alimentarios;
Anorexia nerviosa;
Bulimia nerviosa.

Kundalini yoga en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: Un estudio cualitativo

Resumen El tratamiento para los trastornos del comportamiento alimentario debiera ser multidisciplinario, pudiendo complementarse con nuevas técnicas. Algunos estudios muestran que con la práctica de yoga estas pacientes se sienten mejor con sus cuerpos, captan mejor sus sensaciones, tienen actitudes más sanas hacia la comida y se sienten más satisfechas consigo mismas. Este estudio busca conocer y describir la experiencia de la práctica de Kundalini yoga en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Se implementó una intervención de ocho sesiones de Kundalini yoga en una muestra de nueve pacientes. Se utilizó un diseño descriptivo de carácter cualitativo, basado en los procedimientos de la *Teoría Fundamentada*, utilizando entrevistas semiestructuradas y autorreportes escritos. Los datos fueron analizados usando codificación abierta, agrupándolos en seis categorías: 1. Cambio a una visión positiva, 2. Valoración de sí mismas, 3. Apertura a la experiencia de emociones y sensaciones, 4. Desarrollo de capacidades psicológicas, 5. Cambios frente al proceso de recuperación y 6. Relevancia de la intervención para el proceso de recuperación. Fueron relevantes los beneficios de la práctica de Kundalini yoga reportados por las participantes, lo que fundamenta la pertinencia de incluir esta intervención en el tratamiento multidisciplinario de los trastornos del comportamiento alimentario.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los dos cuadros clínicos más largamente estudiados son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Estas enfermedades se han convertido en una preocupación de salud pública en países desarrollados, y tanto en el contexto de Latinoamérica como también en Chile, su detección ha ido en progresivo aumento, principalmente entre mujeres adolescentes (Behar y Figueroa, 2004; Benjet, Méndez, Borges y Medina-Mora, 2012; Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía, 2013; Correa, Zubarew, Silva y Romero, 2006; De la Barra, Vicente, Saldivia y Melipillán, 2012; Urzúa, Castro, Lillo y Leal, 2011).

La AN se caracteriza por una restricción de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Estos pacientes presentan miedo intenso a ganar peso o a engordar, y alteración en la forma en que perciben el propio peso o forma corporal. La prevalencia, a 12 meses, de AN entre mujeres jóvenes es de aproximadamente 0.4% (American Psychiatric Association, 2014). En tanto que la BN se caracteriza por la presentación de episodios recurrentes de atracón, con ingestión —en un período corto de tiempo— de una cantidad de alimento claramente superior, así como sensación de falta de control sobre lo que se ingiere. A estos episodios se suma la presentación de comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes, con el propósito de intentar evitar el aumento de peso (e.g., vómito autoinducido, uso de laxantes, ejercicio excesivo), y con una frecuencia promedio de al menos una vez a la semana durante tres meses. La prevalencia de BN en mujeres jóvenes, a 12 meses, es del 1-1.5% (American Psychiatric Association, 2014).

En general, se ha señalado que el tratamiento para la AN y la BN debe ser multidisciplinario (Cordella, 2010), e idealmente complementarse incorporando nuevas técnicas (Alonso, 2012; Behar y Figueroa, 2004), como puede ser la práctica de yoga. Al respecto, algunos estudios han encontrado que esta práctica resulta favorable para este tipo de pacientes, promoviendo que se sientan mejor con sus cuerpos, capten mejor sus sensaciones, tengan actitudes más sanas hacia la comida, se expresen más satisfechos consigo mismos y disminuya su interés en tener una delgadez insana (Carei, Fyfe-Johnson, Breuner y Brown, 2009; Daubemier, 2005; Foltz-Gray, 2006, 2007; Prichard y Tiggemann, 2007; Shannahoff-Khalsa, 2006). Así, dadas las características de estos pacientes, en cuanto a las problemáticas que presentan en términos de regulación emocional (Douglas y Varnado-Sultivan, 2016; Racine y Wildes, 2013), autocontrol e imagen corporal (Lavender et al., 2015), esta técnica puede ser beneficiosa para su tratamiento (Klein y Cook-Cottone, 2013).

Aunque existen diferentes tipos de yoga, el presente trabajo usó *Kundalini yoga* (KY), que se caracteriza por ser una de las prácticas más completas e integradoras, pudiendo ser ejecutada por cualquier persona. Combina ejercicios físicos, técnicas de respiración, concentración mental, relajación y meditación, por lo que contribuye a la salud del cuerpo y la mente. La persona deja de creer que es solo personalidad o apariencia, y logra ver más allá, contactándose con otros aspectos de su persona (Kundalini Research Institute, 2007). Las técnicas utilizadas en KY incluyen *Kriyas* y meditación. Las primeras corresponden a una secuencia de ejercicios físicos y posturas corporales que se acompañan 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 (Kundalini

Research Institute, 2007). Por otro lado, la meditación promueve el desarrollo de un mayor control sobre la mente, propiciando la observación objetiva de los contenidos de la conciencia. De modo que algunos autores señalan que la meditación puede ser considerada una potente estrategia de tratamiento cognitivo-conductual, dirigida a cambiar las formas en las que la persona responde a los acontecimientos (Astin, 1997; Evans et al., 2008; Ong, Shapiro y Manber, 2008). Así, la meditación puede aplicarse como una forma de tratamiento no farmacológico que promueva un sentido de dominio y autocontrol. En este sentido, diversos estudios sobre los efectos de la práctica de la meditación documentan cambios positivos, como son: incrementar el bienestar psicológico, disminuir la ansiedad y el estrés, mejorar la regulación emocional, así como aumentar la conciencia y la aceptación corporal, repercutiendo en una mejora en la calidad de vida (Cayupi, 2006; Dittmann y Freedman, 2009; Gootjes, Franken y van Strien, 2011; Tang et al., 2007; Walsh y Vaughan, 1982).

Con lo que respecta a la investigación sobre la práctica de yoga y los TCA, se ha reportado que los efectos terapéuticos de esta disciplina son más positivos que la práctica de otras actividades deportivas (e.g., correr). Así, a la práctica de ejercicio cardiovascular se la ha visto asociada negativamente con la estima corporal, y positivamente con comportamientos relativos a los TCA y las motivaciones estéticas, lo que conlleva el empobrecimiento de la imagen corporal (Prichard y Tiggemann, 2007). Por el contrario, en adolescentes diagnosticados con TCA, Carei et al. (2009) encontraron que la práctica del yoga disminuía los síntomas de manera sostenida en el tiempo, sin tener efectos negativos sobre el índice de masa corporal. 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 valoración y percepción corporal (Daubenmier, 2005; Foltz-Gray, 2006). Este contraste radica en que la práctica del yoga enfatiza la autoaceptación, no requiere habilidades específicas, no fomenta 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).

Por tanto, el yoga sería útil en el tratamiento de los TCA, debido a que ayudaría a disminuir la ansiedad, los pensamientos negativos y, a su vez, fortalecería la sensación de autocontrol (Daubenmier, 2005; Douglass, 2009, 2011; Foltz-Gray, 2006; Kundalini Research Institute, 2007). Según Fury (2007, citado en Foltz-Gray, 2007) cuando se está ansioso, los pensamientos comienzan a ser cada vez más rápidos; pero, 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, y sean cada vez más lentos y conscientes. Además, con la práctica del yoga, las personas con TCA comienzan a reconectarse con sensaciones desagradables, sin embargo, al realizar y mantener las posturas yóguicas, los practicantes aprenden que la incomodidad es transitoria (Foltz-Gray, 2007). De esta forma, la práctica del yoga resultaría beneficiosa en el tratamiento de los TCA, ya que no solo ayudaría a los pacientes a tomar conciencia del propio cuerpo y las sensaciones físicas, sino que además

mejoraría la percepción de su imagen corporal y su satisfacción personal (Dale et al., 2009; Neumark-Sztainer, 2014).

Pese a lo anterior, no se puede desconocer que existe evidencia en la línea contraria a los beneficios de realizar yoga como parte del tratamiento de los TCA. Por ejemplo, Mitchell, Mazzeo, Rausch y Cooke (2007) no encontraron que hubiese diferencias significativas entre un grupo de pacientes con TCA que realizaban yoga vs. un grupo de control, concluyendo que es necesario realizar investigación adicional sobre el valor de las intervenciones de yoga.

Específicamente con relación al KY, algunos estudios han mostrado que esta práctica puede reducir los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (Shannahoff-Khalsa, 2004; Shannahoff-Khalsa et al., 1999). Si bien estos estudios no estaban dirigidos específicamente a personas con TCA, se estima que estos rasgos pueden estar presentes en 69% de los casos, ya que existen pensamientos obsesivos acerca de la comida y la imagen corporal, así como conductas rituales con relación a los alimentos (Greenblatt, 2010).

A partir de lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue describir las experiencias de mujeres diagnosticadas con AN y BN en relación con la práctica de KY. La relevancia de esta investigación reside en aportar conocimiento sobre nuevas técnicas que puedan incluirse en el tratamiento multidisciplinario de los TCA (Boudette, 2006; Neumark-Sztainer, 2014). Así, también se busca ampliar los aportes de otras investigaciones sobre la práctica de yoga en el tratamiento de estas pacientes, las cuales en su mayoría no especifican qué tipo de yoga han utilizado.

Método

Diseño de investigación

Esta investigación utilizó una 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 permitió conocer y describir la experiencia de mujeres con TCA en la práctica de KY. 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.

Participantes

La muestra fue seleccionada con base a una lógica intencional de casos homogéneos, con la que se busca describir a un subgrupo en profundidad, más que buscar un número extenso de casos (Martínez, 2006). En este sentido, los participantes poseen alguna experiencia común, relacionada con el núcleo temático de la investigación (Patton, 1988); además, la muestra se conformó con base a una serie de criterios, los que se consideran necesarios y convenientes para tener una unidad de análisis que ofrezca las mayores ventajas respecto a los fines que persigue la investigación (Martínez, 2006). En este caso, se consideraron dos criterios de inclusión: (a) Pacientes mujeres diagnosticadas por un profesional de la salud mental con AN o BN, y (b) que se encuentren en tratamiento por dicho trastorno; y, como criterio de exclusión, el faltar a más de tres sesiones sucesivas.

Tabla 1 Caracterización de las participantes

Identidad	Edad	Ocupación	Diagnóstico	NSE	TET	TPR	MTA	TTR	TTA	HPT	PPY
SI	18	Estudiante secundaria	ANR	Alto	2	MTD	MTD (IPR)	Un año	Seis meses	No	Dos clases (KY)
RE	18	Estudiante universitaria	BNP	Alto	4	No	MTD (IPR)	Dos años	Dos años	Sí	Un año
AN	28	Profesional	ANP	Alto	10	No	MTD (IPR)	Dos meses	Dos meses	No	Seis meses
CR	14	Estudiante secundaria	ANR	Medio	1	MTD	MTD (IPU)	Siete meses	Seis meses	Sí	No
PA	27	Profesional	BNP	Medio-alto	4	No	Psicológico + psicoanalítico	Un año y un mes	Un año	No	No
RO	24	Trabajadora independiente	BNP	Medio-alto	7	MTD + ALT	Psicológico + psiquiátrico	Tres meses	Dos meses	No	Una clase (KY)
GA	26	Profesional	ANP	Medio-alto	13	MTD	Psicológico + nutricional	Doce años	Dos años	No	Dos clases
ME	28	Profesional	BNP	Medio-alto	17	MTD	Psicológico + nutricional	Nueve años	Un año	No	Seis meses (KY)
FE	26	Profesional	ANP	Medio-alto	10	MTD + ALT	Psicológico + nutricional + ALT	Cuatro años	Un año	No	Dos clases (KY)

ALT: alternativo; ANP: anorexia nerviosa purgativa; ANR: anorexia nerviosa restrictiva; BNP: bulimia nerviosa purgativa; HPT: hospitalización por el trastorno; IPR: institución privada; IPU: institución pública; KY: Kundalini yoga; MTA: modalidad del tratamiento actual; MTD: multidisciplinario; NSE: nivel socioeconómico; PPY: práctica previa de yoga; TET: tiempo de evolución del trastorno (años); TPR: tratamientos previos; TTA: tiempo en tratamiento actual; TTR: tiempo total en tratamiento.

Así, la muestra quedó conformada por nueve mujeres, quienes presentaban variantes en cuanto a: edad, ocupación, nivel socioeconómico (según la clasificación de la [Asociación de Investigadores de Mercado de Chile, 2008](#)), diagnóstico, tipo de tratamiento actual, tiempo de presencia del trastorno, tiempo total de tratamiento, tiempo en el actual tratamiento, y nivel de acercamiento a la práctica de yoga (ver [tabla 1](#)).

La edad promedio de las participantes fue 23.2 años, y la mayoría eran profesionistas. Una de las participantes provino de la Unidad de Psiquiatría de un hospital público, el que recibe a un gran número de pacientes de bajos recursos económicos; tres recibían atención especializada para TCA en una institución privada, dirigida a un sector poblacional con alto poder adquisitivo; y las cinco pacientes restantes recibían tratamiento a través de consulta particular privada. En lo que respecta al tipo de TCA, cinco pacientes tenían AN y cuatro BN, con un promedio de temporalidad de evolución de 7.6 años; en promedio, habían estado bajo tratamiento 3.2 años, y 11.2 meses en el tratamiento actual. De modo que tres de las participantes habían estado en diversos tratamientos, otras tres solo habían recibido un tratamiento previo, y las tres restantes se encontraban en su primer tratamiento.

Todas las participantes fueron tratadas de forma ambulatoria, y solo dos de ellas —en alguna etapa del tratamiento— habían sido hospitalizadas. Las participantes que eran pacientes de instituciones recibían un tratamiento multidisciplinario que incluía psicoterapia (individual y familiar), así como atención nutricional y psiquiátrica. En el caso de las participantes que tenían tratamiento independiente, todas estaban en psicoterapia individual y, la mayoría, también recibía atención nutricional. Las participantes reclutadas por convocatoria abierta fueron aquellas que no eran pacientes de ninguna institución, sino que llevaban un tratamiento individual y privado. Ellas fueron contactadas debido a la escasa cantidad de participantes en las instituciones contactadas. Para esto se realizó una convocatoria abierta vía correo electrónico, donde se explicaban todos los detalles de la investigación y los requisitos para participar (criterios de inclusión).

Con relación al nivel de acercamiento de las participantes al yoga, siete previamente ya habían practicado, pero solo tres de manera regular (al menos seis meses); específicamente con KY, cuatro de las participantes habían tenido alguna experiencia, pero únicamente una lo había practicado manera regular. Finalmente, respecto a otros antecedentes, cabe señalar que cuatro de las participantes mencionaron —de manera espontánea— que sus madres habían tenido o aún tenían un TCA (BN o AN); en tanto que las otras participantes no se refirieron a ese tema.

Procedimiento

Intervención

En el caso de las participantes de una institución, la intervención se implementó en las instalaciones de esta y, para el caso de las mujeres contactadas por convocatoria abierta, se llevó a cabo en una Escuela Internacional de KY. La intervención tuvo una duración de dos meses. Durante este período se realizaron ocho sesiones, de una hora y

media de duración cada una, 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. Sesión 1: Introducir a las participantes a la práctica de KY y brindar herramientas prácticas para la autopercepción y disminución de la ansiedad; Sesión 2: Experimentar la sensación de alivio y relajación mediante la libre expresión de la rabia y los pensamientos negativos; Sesión 3: Experimentar fuerza interna, voluntad y autoconfianza; Sesión 4: Promover la experiencia del amor propio; Sesión 5: Impulsar el contacto con la propia sexualidad y feminidad; Sesión 6: Promover la experiencia de poder personal y autoeficacia; Sesiones 7 y 8: Brindar herramientas para el manejo de conductas adictivas asociadas al TCA.

Recolección de datos

Para fines de resguardar la participación de las personas en la presente investigación, al inicio se solicitó el consentimiento informado por escrito de las participantes, las cuales aceptaron que la información que entregaran pudiera ser registrada y utilizada para la investigación. En el caso de menores de edad, el adulto responsable también firmó el consentimiento y se les pidió que completaran la ficha de identificación. Se les informó acerca de la temática del estudio y su objetivo principal, tanto a través del consentimiento informado como en la información entregada antes de la firma del documento, y del inicio de las actividades propias de la investigación. También se protegió la voluntariedad y el anonimato de las participantes. La confidencialidad fue resguardada tanto en el desarrollo del estudio como en el uso de la información derivada de este.

Se utilizó una ficha de identificación de cada participante, un autorreporte de cada clase/sesión de yoga, y una entrevista cualitativa semiestructurada. La ficha de identificación incluyó nombre, edad, ocupación, dos preguntas abiertas acerca de su familiaridad con el yoga, y una pregunta abierta acerca de sus expectativas respecto a la intervención. El autorreporte escrito fue realizado —voluntariamente— al final de cada una de las ocho sesiones, y consistía en responder a una pregunta abierta acerca de su experiencia durante la sesión (e.g., sensaciones, emociones, pensamientos), y se obtuvo un total de 50 autorreportes. La mayoría de las participantes escribió en cada una de las sesiones a las que asistió; de modo que de cada una de las participantes se obtuvo entre dos y ocho autorreportes; específicamente: RE (2); SI (3); AN (5); ME (5); PA (5); CR (7); FE (7); GA (8); y RO (8).

Al término de la intervención de KY se realizó una entrevista semiestructurada, la que corresponde a la técnica de investigación principal de este estudio, accediendo a información contextualizada y holística, desde el punto de vista del entrevistado ([Rodríguez, Gil y García, 1996](#)), por lo que su objetivo principal consistió en captar los significados, perspectivas y definiciones con las que las personas clasifican y experimentan su mundo ([Ruíz, 2003](#); [Vieytes, 2004](#)). Estas entrevistas fueron orientadas por una pauta temática, con base a los objetivos específicos y las preguntas directrices del estudio; pero, dado su carácter flexible y emergente, la pauta se fue ampliando y modificando.

Los ejes temáticos de la entrevista fueron: (1) Historia y antecedentes de la enfermedad y tratamiento; (2)

Experiencia en la intervención de KY; (3) Percepción de algún cambio después de la intervención; (4) Aspectos particulares relativos a la percepción de cambio (e.g., emociones, conductas, ideas, vivencias, valoración personal) y recuerdos del momento de cambio; (5) Explicaciones o atribuciones acerca de cómo pueden haber ocurrido los cambios; (6) Razones consideradas para asistir o faltar; (7) Conocimiento y cumplimiento de expectativas; y (8) Recomendaciones y cambios a realizar en cuanto a la intervención recibida. Para asegurar estándares de rigor, se utilizó el criterio de triangulación, donde se consensuaban con el equipo de investigación los temas abordados en las entrevistas, así como las preguntas y las categorías que iban emergiendo. Se realizaron un total de nueve entrevistas, una con cada participante, mismas que fueron registradas en audio y luego transcritas íntegramente. Tuvieron una duración aproximada de 60-90 min, y fueron realizadas por una psicóloga clínica. El lugar para la entrevista se ajustó a conveniencia de cada participante; por lo que cinco se llevaron a cabo en el mismo espacio en el que se implementó la intervención, mientras que las otras cuatro fueron efectuadas en otros lugares (e.g., domicilio de la participante, parques públicos, lugar de trabajo). Para resguardar a la participante menor de edad, la entrevista se realizó en presencia de una psicóloga de la institución tratante.

Las participantes que no asistieron a tres sesiones consecutivas fueron excluidas del presente estudio, aunque no de las sesiones. Además se permitió la incorporación de nuevas integrantes hasta la tercera sesión. Así que se llegó a contar con la participación de 23 mujeres, pero solo nueve cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, quienes asistieron entre cinco y ocho sesiones, con un promedio de seis asistencias.

Análisis de datos

El análisis de la información recopilada, por medio de las fichas, autorreportes y entrevistas, se realizó de acuerdo a lo planteado por la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*). Esta se refiere a una forma de generar teoría a partir de los datos recabados, mismos que son analizados sistemáticamente, con base a la generación de categorías iniciales y el descubrimiento de relaciones entre los conceptos. Construcción de conocimiento que brinda coherencia interna al producto científico obtenido (Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002). 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 en conceptos más abstractos denominados categorías y subcategorías, de modo que las 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).

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. De forma sucesiva al análisis

de cada entrevista, se procedió a hacer un esquema conceptual, lo que posibilitó la integración y abstracción de las categorías construidas, como también comprender en mayor profundidad los datos recogidos, y observar diferencias y semejanzas entre cada una de las entrevistas. Posterior a esto, se procedió al análisis grupal de las entrevistas, lo que supuso describir, analizar e interpretar la información obtenida de todas las participantes, citando de manera textual los comentarios o frases que resultasen más representativas.

Se privilegió la triangulación múltiple como criterio de credibilidad y consistencia y, para ello, se utilizó la triangulación de investigador y la triangulación metodológica (Kimchi, Polivka y Stevenson, 1991). La primera implica la existencia de más de un observador para el mismo fenómeno, al igual que durante la recolección, el examen y el análisis de los datos; mientras que, para el caso de la segunda triangulación, se utilizaron varios métodos para recolectar la información de un mismo fenómeno, los cuales se utilizaron para comparar y validar los hallazgos.

Resultados

Los resultados de la presente investigación contienen la descripción y el análisis del discurso de las participantes, lo que significó la codificación abierta de los 50 autorreportes de clase y las nueve entrevistas, que derivaron en 613 códigos, de donde emergieron 21 subcategorías y seis categorías principales. A continuación se exponen los datos obtenidos organizados con base a cada una de estas últimas (tabla 2).

Cambio a una visión positiva

En las participantes surge una visión más positiva de la vida; en primer lugar, relacionada esta con una *mayor capacidad para disfrutar* del presente, del tiempo personal y de estar consigo mismas.

“(...) 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 AN, párrafo 10).

“(...) 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... como cosas que de repente no hacía... y como darme ese rato (...).” (Entrevista RO, párrafo 4).

Además surge una *sensación de gratitud y valoración de la propia vida*, aceptando y agradeciendo las experiencias vitales.

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

“Aceptación de quién soy, y agradecer al universo por ello. Sin quejas, sino con un genuino sentimiento de

Tabla 2 Categorías y subcategorías (codificación abierta)

Categorías	Subcategorías
1. Cambio a una visión positiva	1.1 Mayor capacidad para disfrutar 1.2 Sensación de gratitud y valoración de la propia vida
2. Valoración de sí mismas	2.1 Mayor consideración e importancia de la propia visión 2.2 Sensación de mayor capacidad y seguridad personal 2.3 Mayor sociabilidad 2.4 Mayor capacidad de autoobservación y contacto interior 2.5 Mayor conciencia de autovaloración 2.6 Aceptación del propio cuerpo 2.7 Contacto positivo con la propia femineidad
3. Apertura a la experiencia de emociones y sensaciones	3.1 Sensaciones y emociones de bienestar personal 3.2 Capacidad para expresar y sobrellevar emociones y sensaciones desagradables
4. Desarrollo de capacidades psicológicas	4.1 Mayor control sobre la sintomatología del trastorno 4.2 Capacidad para establecer límites propios y a los demás 4.3 Cambio de actitud frente a conflictos/dificultades 4.4 Cambios benéficos sobre contenidos del pensamiento
5. Cambios frente al proceso de recuperación	5.1 Mayor motivación y comprensión del proceso de recuperación 5.2 Mayor conciencia de las dificultades frente al proceso de recuperación 5.3 Mayor conciencia de la propia capacidad y responsabilidad en el proceso de recuperación
6. Relevancia de la intervención en el proceso de recuperación	6.1 Relevancia de la intervención dentro del tratamiento multidisciplinario 6.2 Relevancia de trabajar grupalmente 6.3 Relevancia y beneficios de la práctica del yoga

gratitud. El universo nos ama...me ama!! Fue lo que estuve sintiendo (...)." (Autorreporte FE, clase 6).

Valoración de sí mismas

Al finalizar la intervención, todas las participantes percibieron una mayor valoración de sí mismas, lo que se traduce en las siguientes siete subcategorías.

En primer lugar, aparece una *mayor consideración e importancia de la propia visión*, relacionada con la disminución del valor otorgado al juicio externo y a la necesidad de aceptación por parte de los demás.

"(...) siempre uno piensa en lo que los demás piensan de uno, entonces...como que en el yoga, uno tiene que pensar más en uno, su opinión para sí mismo." (Entrevista CR, párrafo 11).

"(...) 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 AN, párrafo 5).

En segundo lugar, una sensación de *mayor capacidad y seguridad personal*, que se observa en el reconocimiento de capacidades y logros, la valoración del esfuerzo personal, y el sentimiento de superación.

"Ahora me siento poderosa, feliz, y reconozco la fortaleza que he tenido." (Autorreporte FE, clase 8).

"(...) 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 AN, párrafo 13).

También aparece una sensación de *mayor sociabilidad*, que se asocia a un incremento en la seguridad y la valoración dada a 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 RO, párrafo 3).

"(...) en la medida que empecé a aceptarme, mis papás se dieron cuenta, empecé a tener más vida (...) me perdí de cosas que debí haber vivido, de salir con mis amigos (...) estoy intentando retomarlas (...) hace mucho no me sentía tan bien, y como bien conmigo (...)" (Entrevista SI, párrafo 7).

En cuarto lugar, describen una *mayor capacidad de autoobservación y contacto interior*.

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

"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." (Autorreporte FE, clase 4).

En quinto lugar, una *mayor autovaloración e incremento de la consciencia que se tiene de esta*, lo que se relaciona con el tener una visión más positiva de sí misma, una mayor aceptación, satisfacción y valoración personal.

“(...) 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 RO, párrafo 4).

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

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

En sexto lugar, se observa una *mayor aceptación del propio cuerpo*, lo que se relaciona con el tener una mayor conciencia de este y mayor satisfacción con su imagen, lo que conlleva actitudes de autocuidado y amor al cuerpo.

“(...) ahora le pregunto a mi cuerpo qué 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 él (...).” (Entrevista FE, párrafo 5).

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

Finalmente, las participantes describen un aumento en su interés por lo «femenino», y un *contacto positivo con la propia femineidad*.

“Yo sentía que el taller era un espacio como súper femenino (...) 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.” (Entrevista ME, párrafo 11).

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

Apertura a la experiencia de emociones y sensaciones

Las participantes describen cambios en la experiencia emocional, de modo que las *sensaciones y emociones de bienestar personal* que se expresaron durante la intervención fueron: felicidad, calma, equilibrio, plenitud, amor, satisfacción, placer, vitalidad y libertad.

“(...) yo salía feliz... feliz. A mí me pasaba algo... que yo salía y estaba tranquila... como totalmente completa.” (Entrevista SI, párrafo 2).

“(...) siento que cuando realizo la meditación, nada más importa... siento una paz que me emociona... siento

mucho amor, y mi alma se llena (...).” (Autorreporte AN, clase 6).

“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.” (Autorreporte SI, clase 2)

También se hicieron notar la *capacidad para expresar y sobrellevar las emociones y sensaciones desagradables*. Las emociones/sensaciones negativas expresadas fueron: rabia, vulnerabilidad, tristeza, frustración, sensación de incapacidad, vergüenza y malestar físico.

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

“(Sentí) vergüenza de hacer los ejercicios (...).” (Autorreporte AN, clase 4).

“En 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.” (Autorreporte RO, clase 2).

Desarrollo de capacidades psicológicas

Las participantes relataron que pudieron desarrollar diferentes capacidades personales y psicológicas. En primer lugar, *ejercer mayor control sobre la sintomatología del trastorno*, lo que se relacionaba con una identificación y disminución de la ansiedad, con aumento de conductas alternativas para el manejo de esta, mayor conciencia sobre la ingesta alimentaria, y aparición de sensaciones y actitudes positivas hacia la comida.

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

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

En segundo lugar, el desarrollo de la *capacidad para establecer límites propios a 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 la valoración de mí, de poner límites. Estoy poniendo

límites todo el rato...hasta con mi pareja (...)." (Entrevista ME, párrafo 15).

"(...) 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 RO, párrafo 4).

"(...) cuando supe lo de mi práctica profesional, y que quizás no podría venir más al taller (...) hice las movidas para poder...hablé con mi encargada, y eso antes no lo hubiera hecho, prefería cumplirle a todos antes que a mí (...) era una oportunidad, era un regalo que me estaba haciendo a mí...que era muy valioso (...)" (Entrevista GA, párrafo 8).

Por otro lado, también describen un *cambio en la actitud frente a los conflictos/dificultades*, lo que se relaciona con el desarrollo de una mirada más amplia, con una capacidad de distanciamiento, y mejor enfrentamiento de los conflictos.

"(...) hacer la kriya era...como que ya la superación, y decía -ya-...y algunas veces como que no daba más, pero decía -mira, esto es lo mismo que tú haces con cualquier problemática de la vida- (...)." (Entrevista FE, párrafo 8).

"(...) empecé a reconocer un montón de cosas...que antes no hacía. Antes los fracasos para mí eran terribles, ahora ya los sufro el minuto...pero ahora me paro, y sigo (...)." (Entrevista SI, párrafo 8).

"(...) yo creo que el cambio más grande es ése, aprender a afrontar las dificultades de una manera más templada, más calmada, antes no tenía esa actitud." (Entrevista GA, párrafo 2).

Se encontró que ocurrieron *cambios benéficos sobre el contenido de los pensamientos*, relacionado este con una mayor conciencia de los mismos, e incluso aparecieron pensamientos contrarios al trastorno.

"(...) yo creo que me ayudó a cambiar ese pensamiento de mantenimiento de la enfermedad, como que me ayudó a tirar más para arriba, y a decir ya...sabes que no, hagamos cambios." (Entrevista RE, párrafo 7).

"(...) un día me dije que ¿para qué lo hacía? ¿en verdad me sentía mejor cuando bajaba 6 kilos de peso o más? ¿de verdad te sientes mejor?...Y no (...)." (Entrevista SI, párrafo 7).

Cambios frente al proceso de recuperación

Este cambio se refiere a una *mayor motivación y comprensión del proceso de recuperación*. Se expresa además mayor conciencia, tanto de las implicaciones y dificultades de este proceso, como de la propia responsabilidad para provocar el cambio.

"(...) 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

éste era un paso súper importante (...)." (Entrevista RO, párrafo 1).

"(...) 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 SI, párrafo 7).

Por otro lado, se observa *mayor conciencia acerca las dificultades frente al proceso de recuperación*, como el autosabotaje.

"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 tú sientes que estás realmente conectada con algo...que te hace bien, supuestamente no deberías dejarlo, pero uno lo deja...porque se autosabotea." (Entrevista ME, párrafo 28).

"(...) es difícil mirarse a uno mismo, es difícil enfrentarse al mayor demonio que uno tiene...que es uno mismo (...) es cómodo estar enfermo...es como recibir atención, es cómodo decir...estoy imposibilitado para...es cómodo tener una enfermedad (...) y lo que hacía 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 FE, párrafo 16).

También describen *mayor conciencia de la propia capacidad y responsabilidad en el proceso de recuperación*, ligada a una mayor sensación de control y confianza en sus 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 RE, párrafo 5).

"(...) todo está en tu mente (...) aquí te refuerza mucho más que tienes que verte...ver lo que tienes tú, ver tus herramientas (...) 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...más que sanador, es motivante a luchar (...)." (Entrevista GA, párrafo 1).

Relevancia de la intervención en el proceso de recuperación

Las participantes manifestaron varios aspectos en que consideraron la pertinencia de la intervención KY. Por una parte, se destaca su *relevancia dentro del tratamiento multidisciplinario de los TCA*, en tanto una herramienta de uso personal, favoreciendo independencia e integrando un elemento espiritual.

"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 de que las respuestas están dentro de mí." (ME, párrafo 9).

"(...) 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." (AN, párrafo 15).

También mencionan la *relevancia de trabajar grupalmente*, percibiéndolo como un apoyo en la búsqueda de recuperación.

"(...) sentirte que no estás sola... que hay otras personas que están pasando lo mismo que tú (...)." (ME, párrafo 27).

"(...) nadie se cuestionaba nada de la otra, porque todas sabíamos por qué 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 (...)." (GA, párrafo 1).

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

"(...) de hecho, cuando una semana falté (...) esa semana anduve pésimo (...), y después volver a yoga... y es impresionante el cambio, por lo menos para mí (...)." (AN, párrafo 6).

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

Discusión

En el discurso de las participantes se observaron cambios claramente positivos en cuanto a aspectos íntimamente relacionados con los TCA. Expresaron mayor aceptación de sí mismas, sensación de autoeficacia, seguridad personal y valoración de sus propios juicios. Estos resultados son relevantes, dada la constante necesidad de aprobación externa y búsqueda de complacencia presentes en este tipo de pacientes (Behar y Figueroa, 2004; Cruzat et al., 2010), junto al miedo a madurar y a ser independientes (Hall y Cohn, 2001). Respecto a la percepción y aceptación del propio cuerpo, los que son aspectos fundamentales no solo del diagnóstico y pronóstico del TCA (American Psychiatric Association, 2014), sino también de su mejoría, ya que representa una precondition de recuperabilidad en la evolución de las psicopatologías alimentarias (Behar, 2008), en este estudio se encontró que tras la intervención las pacientes refirieron sentirse mejor con sus cuerpos y captar mejor sus sensaciones físicas. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por otros autores (Foltz-Gray, 2007; Prichard y Tiggemann, 2007) y, además, son de gran relevancia debido

a que, el aumento en la satisfacción corporal y la autoestima son considerados los mejores predictores de la disminución en los síntomas de los TCA (Berg, Frazier y Sherr, 2009; Cruzat y Haemmerli, 2009; Cruzat et al., 2010). Asimismo, a través de la práctica de KY se apreció que las pacientes establecieron un contacto positivo con su propia femineidad y mostraron una mayor sociabilidad, ambos aspectos relevantes y problemáticos en los TCA, dada la dificultad que tienen estas pacientes para aceptar la posesión de un «cuerpo de mujer» (Behar, Barrera y Michelotti, 2001; Behar y Figueroa, 2004), aunados a un exacerbado sentimiento de desconfianza e incomodidad frente a la intimidad que supone el establecer relaciones interpersonales (Hall y Cohn, 2001).

Además, los resultados del presente estudio son coincidentes con los de Gootjes et al. (2011), quienes encontraron que la práctica de meditación yóguica se asocia a una mayor regulación emocional e incremento de los pensamientos positivos; así como con el estudio de Foltz-Gray (2007), quien señala que con la práctica del yoga las personas comienzan a reconectarse con sensaciones desagradables, al asumir que dicha incomodidad solo es transitoria. En este sentido, las participantes de este estudio enunciaron tener una mayor apertura a la experiencia, con aumento en la capacidad de disfrutar y sobrellevar las emociones negativas. Al respecto, cabe destacar que las dificultades en la regulación emocional es una de las principales características de las pacientes con TCA, siendo el peso y el cuerpo las vías a través de las cuales regulan las emociones negativas (Cruzat y Cortez, 2008; Cruzat et al., 2010).

En este estudio, las participantes también manifestaron cambios a nivel cognitivo, esto en cuanto al contenido de sus pensamientos, con aumento en su toma de conciencia sobre la ingesta alimentaria. Esto es de gran relevancia, dado que en los TCA son comunes los pensamientos autodestructivos y de autosabotaje con relación al peso, la silueta corporal, el intenso miedo a engordar y la culpa, mismos que impiden la recuperación (Behar y Figueroa, 2004). Al parecer, un aspecto relevante para la ocurrencia de estos cambios fue el contexto de la intervención. Las participantes señalaron que se propició un ambiente de calma, contención, cuidado y espiritualidad. Así, es posible pensar que en la promoción del proceso de recuperación se requiere el desarrollo de un cierto tipo de alianza o vínculo del terapeuta con este tipo de pacientes (Cruzat, Aspillaga, Behar, Espejo y Gana, 2013), lo que puede disminuir la falta de adherencia al tratamiento, común en estos casos (Behar y Figueroa, 2004; Chinchilla, 2003; Cruzat y Haemmerli, 2009).

Otro aspecto favorablemente valorado por las participantes fue la práctica realizada con «ojos cerrados», la cual disminuyó la presión por alcanzar un logro (o ejecución), la comparación, la competencia o las sensaciones de amenaza, y favoreció la aceptación (Foltz-Gray, 2006; Tummers, 2005). Por otro lado, el fomentar que las participantes asumieran responsabilidad respecto a su proceso de tratamiento y recuperación, promovió el desarrollo de su autonomía y autoconfianza, muchas veces perdida como producto del trastorno (Behar y Figueroa, 2004; Cruzat y Cortez, 2008; Cruzat et al., 2013), y que son elementos centrales al momento de iniciar y mantener cualquier tipo de tratamiento (Behar y Figueroa, 2004; Escobar, Cruzat y Florenzano, 2014). Lo anterior coincide con lo señalado en la literatura, respecto a que la valoración personal desempeña

un papel fundamental durante el tratamiento de los TCA, siendo un indicador de la evolución de este (McManus, Waite y Shafran, 2008).

Finalmente, otro aspecto interesante a destacar es la relevancia de la intervención, basada en KY, como herramienta complementaria a otros tratamientos, y específicamente para la inclusión de un elemento de introspección. Desde este punto de vista, el yoga aparece como una herramienta efectiva, pues constituye una disciplina que, a través del desarrollo espiritual, ha mostrado beneficiar los tratamientos médicos (Brown y Gerbarg, 2005; Goyeche, 1979; Hopkins et al., 2016) y, por tanto, puede ser un aporte al tratamiento multidisciplinario de los TCA (Boudette, 2006; Klein y Cook-Cottone, 2013). Y, específicamente, se puede destacar el rol de la meditación, que desarrolla la capacidad de observar los contenidos de la conciencia, constituyéndose en una potente estrategia de tratamiento cognitivo-conductual para transformar la forma en la que la persona responde a los acontecimientos (Astin, 1997; Klein y Cook-Cottone, 2013). Finalmente, es relevante plantear el rol del grupo y la constancia de la práctica, lo que de acuerdo a lo declarado por las participantes, es necesario para el éxito de la intervención.

Este estudio contribuye a la inclusión de terapias alternativas, específicamente el yoga, en el tratamiento de los TCA. Los hallazgos en el fortalecimiento de aspectos emocionales, conductuales y cognitivos, mediante el trabajo con KY posibilitan contar con una nueva herramienta para tratar estas psicopatologías. Esto es relevante, ya que los tratamientos convencionales de estos cuadros no incluyen áreas que sí son abordadas por esta práctica. Entre estas destaca el desarrollo espiritual y la introspección, además del trabajo grupal, que funcionaría como apoyo para la experiencia individual. Otra área abordada por el KY es la del trabajo experiencial, totalmente individual y al ritmo de cada persona. Esta modalidad 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 KY dentro del tratamiento multidisciplinario de los TCA, ya que es una intervención relativamente sencilla de implementar. Por otro lado, el presente estudio aparece como un aporte al conocimiento de las aplicaciones clínicas del yoga, ya que si bien —como ya se señaló— existen estudios que han fundamentado sus beneficios en los TCA, no especifican el tipo de yoga utilizado.

Por último, en cuanto a las limitaciones del presente estudio, cabe mencionar que la homogeneidad de la muestra podría limitar el alcance de las conclusiones, en tanto es un grupo de sector socioeconómico medio-alto y, en su mayoría, con cierto acercamiento previo a prácticas de yoga, lo que pudo haber favorecido su apertura ante prácticas alternativas al tratamiento actual. Con relación a futuras líneas de investigación asociadas a los beneficios del KY en los TCA, sería aconsejable realizar una evaluación de seguimiento a largo plazo, para indagar el impacto de los cambios percibidos tras meses de finalizada la intervención. Otros aspectos relevantes a estudiar serían los cambios en los síntomas de las participantes, los efectos diferenciales de la intervención según la etapa de evolución de la enfermedad, los resultados según nivel socioeconómico, y las diferencias en los resultados de mujeres con AN vs. BN. Por otra parte,

un aspecto interesante de abordar sería el impacto que la intervención de KY podría tener a nivel preventivo. Al respecto, existe evidencia que revela que el fortalecimiento en la valoración de sí mismo es la única variable que funciona como factor protector frente a la interiorización del ideal de delgadez, aspecto que tiene un rol fundamental en el desarrollo de los TCA (Cordero, 2010). De esta forma, se podría ajustar la intervención propuesta a distintos niveles del sistema escolar.

En síntesis, los hallazgos expuestos, desde la perspectiva de las propias pacientes, enfatizan los beneficios de incluir el KY en el tratamiento multidisciplinario de los TCA, aportando así a la inclusión de nuevas herramientas, métodos y enfoques que permitan abordar de manera más integral problemáticas tan complejas como son los TCA.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Ninguna

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Agradecimientos

Ninguno

Referencias

- Alonso, M. (2012). *Acompañando a Blanca: Trastornos de la conducta alimentaria y arteterapia*. *Arteterapia*, 7, 79–96.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación de Investigadores de Mercado de Chile (2008). *Descripción de grupos socioeconómicos*. Disponible en: http://www.aimchile.cl/Grupos.Socioeconomicos_AIM2008.pdf
- Astin, J. (1997). *Stress reduction through mindfulness meditation: Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(2), 97–106.
- 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. y Michelotti, C. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 129(9), 1003–1011.
- Behar, R. y Figueroa, G. (2004). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Santiago: Mediterráneo.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. y Medina-Mora, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483–490.
- Berg, K., Frazier, P. y Sherr, L. (2009). Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: Prevalence and predictors. *Eating Behaviors*, 10(3), 137–142.
- Boudette, R. (2006). Question & answer: Yoga in the treatment of disordered eating and body image disturbance: How can the practice of yoga be helpful in recovery from an eating disorder? *Eating Disorders*, 14(2), 167–170.
- Brown, R. P. y Gerbarg, P. L. (2005). Sudarshan Kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression: Part I, neurophysiologic model. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(2), 383–384.
- Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A. J. y Munguía, E. K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51–55.
- Carei, T., Fyfe-Johnson, A., Breuner, C. y Brown, M. (2009). Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 346–351.
- Cayupí, C. (2006). *Experiencia de la práctica del kundalini yoga para el bienestar multidimensional [Tesis de licenciatura]*. Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson.
- Cordella, P. (2010). *Anorexia bulimia y obesidad: Experiencia y reflexión con pacientes y familias*. Santiago: Ediciones UC.
- Cordero, E. (2010). Self-esteem, social support, collectivism, and the thin-ideal in Latina undergraduates. *Body Image*, 8(1), 82–85.
- Correa, M. L., Zubarew, T., Silva, P. y Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(2), 153–160.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Behar, R., Espejo, C. y Gana, C. (2013). Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la díada terapeuta-paciente. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(3), 175–183.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. y Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psyche*, 19(1), 3–17.
- Cruzat, C. y Cortez, I. (2008). Expresión emocional, afecto negativo, alexitimia, depresión y ansiedad en mujeres jóvenes con trastornos de alimentación: Una revisión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 5–17.
- Cruzat, C. y Haemmerli, C. (2009). Escuchando a los pacientes con trastornos alimentarios en relación a su tratamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 5–17.
- Dale, L. P., Mattison, A. M., Greening, K., Galen, G., Neace, W. P. y Matacin, M. L. (2009). Yoga workshop impacts psychological functioning and mood of women with self-reported history of eating disorders. *Eating Disorders*, 17(5), 422–434.
- Daubenmier, J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Sport and Exercise*, 29(2), 855–866.
- De la Barra, M. F., Vicente, P. B., Saldivia, B. S. y Melipillán, A. R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile: Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521–529.
- Dittmann, K. A. y Freedman, M. R. (2009). Body awareness, eating attitudes, and spiritual beliefs of women practicing yoga. *Eating Disorders*, 17(4), 273–292.
- Douglass, L. (2009). Yoga as an intervention in the treatment of eating disorders: Does it help? *Eating Disorders*, 17(2), 126–139.
- Douglass, L. (2011). Thinking through the body: The conceptualization of yoga as therapy for individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 83–96.
- Douglas, V. y Varnado-Sullivan, P. (2016). Weight stigmatization, internalization, and eating disorder symptoms: The role of emotion dysregulation. *Stigma and Health*, 1(3), 166–175.
- Escobar, T., Cruzat, C. y Florenzano, R. (2014). Treatments for eating disorders: The patients' views. En I. Jauregui-Lobera (Ed.), *Relevant topics in eating disorders* (pp. 253–268). Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/relevant-topics-in-eatingdisorders/treatments-for-eating-disorders-the-patients-views>
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. y Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716–721.
- 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.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Gootjes, L., Franken, I. y van Strien, J. (2011). Cognitive emotion regulation in yogic meditative practitioners: Sustained modulation of electrical brain potentials. *Journal of Psychophysiology*, 25(2), 87–94.
- Goyeche, J. (1979). Yoga as therapy in psychosomatic medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 31(1–4), 373–381.
- Greenblatt, J. (2010). *Answers to anorexia: A new breakthrough nutritional treatment that is saving lives*. North Branch, MN: Sunrise River Press.
- Hall, L. y Cohn, L. (2001). *Cómo entender y superar la bulimia*. California: Gurze Books.
- Hopkins, L. B., Medina, J. L., Baird, S. O., Rosenfield, D., Powers, M. B. y Smits, J. A. (2016). Heated hatha yoga to target cortisol reactivity to stress and affective eating in women at risk for obesity-related illnesses: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 558–564.
- Kimchi, J., Polivka, B. y Stevenson, J. (1991). Triangulation: Operational definitions. *Nursing Research*, 40(6), 364–366.
- Klein, J. y Cook-Cottone, C. (2013). The effects of yoga on eating disorder symptoms and correlates: A review. *International Journal of Yoga Therapy*, 23(2), 41–50.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19–39.
- 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.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H. y Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111–122.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 123–146.
- McManus, F., Waite, P. y Shafran, R. (2008). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 266–275.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Rausch, S. M. y Cooke, K. L. (2007). Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 120–128.

- Neumark-Sztainer, D. (2014). Yoga and eating disorders: Is there a place for yoga in the prevention and treatment of eating disorders and disordered eating behaviors? *Advances in Eating Disorders*, 2(2), 136–145.
- Ong, J. C., Shapiro, S. L. y Manber, R. (2008). Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: A treatment-development study. *Behavior Therapy*, 39(2), 171–182.
- Patton, M. (1988). *How to use qualitative methods in evaluation*. California: Sage.
- 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(6), 855–866.
- Racine, S. E. y Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 713–720.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Ruiz, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Deusto, Bilbao: Universidad de Deusto.
- 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*. Nueva York: W. W. Norton.
- Shannahoff-Khalsa, D., Ray, L., Levine, S., Gallen, C., Schwartz, J. y Sidorowich, J. (1999). Randomized control trial of yogic meditation techniques for patients with obsessive compulsive disorders. *CNS Spectrums*, 4(12), 34–47.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tang, Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., et al. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(43), 17152–17156.
- Tummers, N. (2005). Yoga and health at every size. *Journal of Health at Every Size*, 19(2), 91–100.
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A. y Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(2), 128–135.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.
- Walsh, R. y Vaughan, F. (1982). *Más allá del ego: Textos de psicología transpersonal*. Barcelona: Kairos.