

**TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN
CORPORAL EN LA ANOREXIA. REFLEXIONES SOBRE ALGUNOS
INTENTOS INNOVADORES**

**TREATMENT OF ALTERATIONS IN BODY IMAGE IN ANOREXIA
NERVOSA. REFLECTIONS ON SOME INNOVATIVE ATTEMPTS**

Ignacio Jáuregui Lobera¹

¹Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC). Sevilla

Correspondencia: Ignacio Jáuregui Lobera, ignacio-ja@telefonica.net

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/Fernando IV 24, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

Este estudio trata de hacer algunas reflexiones, a través de algunos artículos recientes, acerca del tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en pacientes con anorexia nerviosa. Los tratamientos tradicionales, de efectividad bastante limitada, llevan a la necesidad de replantearse algunos conceptos y, a partir de ellos, establecer posibles nuevas vías de acercamiento al problema.

Palabras clave: imagen corporal, esquema corporal, fisioterapia

ABSTRACT

This study sought to make some reflexions about recent articles on the treatment of body image disturbances in patients with anorexia nervosa. Traditional treatments, with quite limited effectiveness, lead to the need of rethinking some concepts. From these new concepts, it would be possible to develop promising new ways to face the problem.

Keywords: body image, body schema, physiotherapy

INTRODUCCIÓN

Estudios como los de Bruch, Pollatos o Spoor han venido poniendo de manifiesto que en la anorexia nerviosa (AN) la insatisfacción corporal junto con alteraciones en el reconocimiento-identificación de sensaciones corporales son aspectos prevalentes (1-5). La necesidad de analizar lo que ocurría “en los cuerpos de los pacientes” fue demandada por vez primera por Bruch, allá por 1973 (2). Desde entonces, todo lo relacionado con sentimientos, impulsos y sensaciones corporales ha venido siendo objeto de estudio. A lo largo de estos años se ha trabajado en este ámbito desde distintas perspectivas (actividad física, expresión corporal, psicoterapia, etc.) estableciéndose algunos datos de observación que van mucho más allá de hecho de “verse gordo/a sin estarlo”. Así, se han ido describiendo diferentes alteraciones en estos pacientes, tales como problemas relacionados con la conciencia corporal, patrones alterados en la respiración, tensión muscular importante, inadecuada estabilidad postural y frecuente compulsividad hacia el ejercicio. Los pacientes parecen “desconectados” de todo cuanto acontece en su cuerpo.

Para sentar alguna base teórica cabe partir de la idea de que todos esos elementos (respiración, tensión muscular, conciencia corporal, etc.) son una expresión de la psicobiografía del individuo, es decir lo que se expresa en nuestro cuerpo tiene su origen en nosotros mismos, en nuestras experiencias (6). Por ejemplo, es clara la relación entre nuestros estados emocionales y el patrón respiratorio. Igualmente, el miedo, la ansiedad, pueden dar lugar a estados de tensión muscular evidente. Desde un punto de vista fisioterapéutico un examen físico de todos estos elementos parece fundamental a fin de establecer alguna aproximación terapéutica posterior. A veces este trabajo consistirá en cambiar

los patrones de reacción habituales de los pacientes tanto desde el punto de vista físico como emocional. En otras ocasiones el tratamiento estaría centrado en lograr una estabilización del individuo con una mayor conexión con su propio cuerpo. Se trata, en definitiva, de un trabajo de fisioterapia psicomotora con objetivos concretos en las áreas antedichas.

Terapias de conciencia corporal

La aproximación fisioterapéutica orientada al cuerpo trata de lograr una adecuada conciencia de cómo es usado el cuerpo, así como la conducta y interacción con uno mismo y con otros (7). El concepto de conciencia corporal fue acuñado por Roxendal (8) y definido como la percepción de sensaciones corporales, impulsos, sentimientos y reacciones originados en el cuerpo. Integrar el cuerpo en la completa experiencia de uno mismo sería el objetivo de la terapia de conciencia corporal para restablecer la conciencia del cuerpo y el control del mismo, a la par que mejora el desarrollo de la vivencia de emociones y afectos. Reconocer el cuerpo, observarlo, sin interferir ni juzgar, aquí y ahora, es el punto clave del trabajo. Distintos trabajos muestran que trabajar esta conciencia corporal da lugar a una experiencia más positiva del cuerpo y del Yo y mejora la calidad de vida relacionada con la salud.

Estabilidad corporal

La conciencia del cuerpo y el contacto corporal están relacionados con la estabilidad corporal, a su vez conectado con los sistemas muscular, neuromuscular y propioceptivo. Rigidez muscular, alteraciones en la respiración, etc. tienen efectos adversos en dicha estabilidad. El equilibrio y control neuromuscular del cuerpo son esenciales para la estabilidad. El control

y la estabilidad del tronco están conectados con actividad muscular como la del diafragma, la musculatura transversal del abdomen, los músculos del suelo pélvico o los transverso-espinales. Para el trabajo de todo ello, la respiración y relajación son aspectos a entrenar a fin de evitar la rigidez e inadecuada estabilidad.

FISIOTERAPIA Y AN

En pacientes con AN, a la insatisfacción corporal, con diferentes expresiones, se une ansiedad, compulsividad, depresión y dificultades con la expresión y regulación de emociones. Además de múltiples problemas físicos, bien conocidos, los pacientes suelen presentar afectación de la conciencia corporal y del contacto corporal, patrones respiratorios alterados, alteraciones posturales y tensión muscular (9). A ello se une la compulsividad hacia la actividad e incapacidad para el relax. Todo ello requiere un tratamiento que, desde el punto de vista fisioterapéutico, puede hacerse en grupo o individualmente

Alteración de la conciencia y contacto corporales

El contacto corporal es un concepto que abarca el contacto con dimensiones motoras y sensoriales del cuerpo, así como las sensaciones y emociones en el cuerpo. El clásico concepto de imagen corporal incluye aspectos perceptivos, actitudinales, conductuales y cognitivos, pero no parece captar todas las experiencias de las sensaciones corporales. Por ello, desde la perspectiva de la fisioterapia los conceptos de conciencia corporal y contacto corporal resultan interesantes. Es frecuente que los pacientes con AN muestren confusión en cuanto a sensaciones y estados corporales, falta de contacto con su

cuerpo y severa dificultad para describir experiencias corporales. No es infrecuente que no sepan “como hacer” en situaciones como estar de pie, caminar, sentarse o tumbarse, claro está, de una forma natural, espontánea. Algunos autores han señalado que los pacientes con AN tienen menos relación con su cuerpo y una menor capacidad para detectar señales corporales así como menos habilidad para responder a dichas señales (1-4,10,11). En los pacientes hay un distanciamiento de su cuerpo al límite de la disociación y de la negación del propio cuerpo. Parecen ser “mente” exclusivamente. No es rara alguna experiencia en la que tras un tratamiento un paciente señale que al fin ha conectado su cabeza con su cuerpo, experiencia a veces harto angustiada. Otras veces el hecho de estar de pie tratando de reconocer el centro de gravedad o percibir cambios en su patrón respiratorio causa asimismo reacciones de ansiedad. Cuanto el cuerpo se vive “también” como algo real, abierto, visible, detectable, origina fuertes sensaciones en pacientes que, a veces, durante años viven ajenos al cuerpo y lo que en él acontezca.

Patrón respiratorio

Algunos autores refieren que los pacientes con AN presentan un patrón respiratorio “restringido”, costal, con escasos movimientos respiratorios y ritmo frecuentemente alterado (cortas inspiraciones y espiraciones), tenso. Les cuesta respirar profundamente y no suelen ser conscientes de ello. La “inhibición expresiva” de los pacientes se mostraría también en su forma de respirar. También la respiración debe relajarse y con ello se facilita la relajación muscular y la percepción del propio cuerpo de un modo más positivo. Se trata de pacientes muy vulnerables al cambio, especialmente ante los cambios

corporales y la rigidez en este sentido contribuye a mantener su rigidez mental, lo que a su vez mantiene su precaria estabilidad.

Tensión muscular

Se ha interpretado la tensión muscular de los pacientes con AN como una defensa frente a la vulnerabilidad, el dolor o la nostalgia, en general expresados como una excesiva tensión muscular, En ocasiones se observa una disminución de la tensión muscular habitual especialmente en pacientes que han vivido ciertos traumas psíquicos (12).

Alteraciones posturales y del control postural

Con alteración en la respiración, tensión muscular, etc., no resulta infrecuente encontrar alteraciones posturales. No son pocos los pacientes que “meten” su abdomen constantemente, con tensión muscular asociada en su espalda, lo que recuerda a la presión que debían sufrir quienes usaban los corsés. Los ajustes corporales a tales presiones, a una respiración inadecuada, etc., son causa de frecuentes síntomas, muchas veces etiquetados como somatizaciones. A pesar de la tendencia a hacer ejercicio de muchos pacientes o a sentarse-levantarse con frecuencia, no son pocos los pacientes que presentan dificultades en la estabilidad del tronco en sus actividades cotidianas. Algunos autores han señalado ⁹ que los pacientes con trastornos alimentarios tenían dificultad de contacto con el centro de su cuerpo y dificultad para llevar a cabo ciertos movimientos con su pelvis. Fuerza muscular y ejes corporales claros son esenciales para un adecuado control postural, algo que se muestra alterado en muchos de estos pacientes.

Actividad física compulsiva

Es un clásico dato de observación en pacientes con AN, con cifras variables, pero, en general, de alta prevalencia. El hecho es más frecuente en AN que en bulimia nerviosa, y más pronunciado en la variedad restrictiva. El hecho es que actividades de rutina pasan a convertirse en conductas compulsivas, concretando así una “obligación” (ayudar en casa, ir al instituto, etc.) en una “oportunidad” para hacer ejercicio. La cosa no es sólo quemar calorías. Esta actividad, a veces frenética, es capaz de ser un regulador afectivo, un autocastigo (por ejemplo “por haber comido”), el requisito previo para “permitirse comer” o la forma de conseguir relax. Parece además que es un factor de mal pronóstico cuando se produce su persistencia (13). ¿Cómo corregir esta “sobre-actividad”? No parece que el camino sea su supresión (a veces obligada por el estado físico de algún paciente) sino más bien el re-aprendizaje (como en otras áreas). Se ha propuesto, desde la fisioterapia, que la introducción de un programa de actividad física debería seguir al trabajo previo en toma de conciencia del cuerpo, trabajo respiratorio, trabajo en la tensión muscular y control postural.

MÁS QUE VERSE GORDO/A

“No quepo por esa puerta”, “es imposible que pase por ella, me quedaré encajada”. Expresiones habituales, en esa u otras formas similares, que ponen en alerta sobre lo que ocurre más allá de verse gordo/a. La conducta motora de los pacientes expresa, de un modo u otro, esas percepciones y creencias de su imagen corporal. Al “actuar”, querer pasar por una puerta que consideran estrecha para su volumen, hacen los gestos, posturas, movimientos que haría

quien efectivamente teniendo un volumen imposible para atravesar tal puerta intentara hacerlo. Hay conductas de los pacientes directamente relacionadas con su representación mental que van mucho más allá de comer menos. Mucho se ha trabajado con la percepción, sentimientos y cogniciones relacionadas con la imagen corporal, no tanto con aspectos como la psicomotricidad. Actualmente sabemos que, además de las alteraciones mencionadas en los puntos anteriores, los pacientes presentan problemas en la percepción táctil y ofrecen conductas anómalas derivadas de su alterada representación corporal mental. Parece necesario retomar conceptos como el de esquema corporal, representación no consciente, sensomotora, del cuerpo en acción.

El esquema corporal ayuda a la acción dando información sobre dónde está el cuerpo en el espacio y su tamaño lo que permite un adecuado desempeño en el espacio (14,15). Por otra parte, el concepto de imagen corporal sería la parte consciente usada, principalmente, en la percepción relacionada con el tamaño corporal y sus correlatos cognitivo-afectivos (16-18). Mientras que la idea de imagen corporal parece bien consensuada, el término esquema corporal es usado de forma diversa por diferentes autores. En todo caso abarca la información postural y la información proveniente de estímulos táctiles en la piel así como aspectos relativos a las representaciones de la forma corporal (19,20).

Las alteraciones del esquema corporal en la AN hace algún tiempo que han sido sugeridas (21-23), pero no hay trabajos sobre dicho esquema corporal “en acción”. Recientemente se ha investigado mediante el paradigma “andar a través de una apertura” al tiempo que se lleva a cabo alguna actividad distractora. En participantes control se ha establecido en esta actividad que la

anchura de una apertura en la que las personas comienzan a rotar sus cuerpos para pasar (apertura crítica) se puede formular como la relación entre apertura (A) y hombros (S). Supongamos una anchura de hombros de 40 cm y un inicio de rotación para pasar a los 50 cm de apertura. En ese caso $50/40 = 1,25$, sería la apertura crítica, que se muestra constante en sujetos sanos independientemente de la altura y anchura de los participantes. Un trabajo reciente (24) ha estudiado este aspecto en pacientes con AN con la hipótesis de que dicha apertura crítica es mayor en este caso. Tras su trabajo experimental, los resultados dieron apoyo a dicha hipótesis, encontrando que la apertura crítica en los pacientes es de 1,4 frente a 1,25 de los controles (diferencia estadísticamente significativa).

Parece que a lo ya conocido sobre imagen corporal en pacientes con AN quedan aspectos por añadir e investigar, no es un campo de estudio agotado ni siquiera bien establecido. ¿Los problemas de imagen corporal en estos pacientes son una mera cuestión perceptiva (con su correlato emocional y cognitivo) o se extienden a alteraciones del esquema corporal relacionadas con la acción? Se ha sugerido que la alteración del esquema corporal de los pacientes estaría relacionada con una falta de “actualización” de dicho esquema a las nuevas dimensiones corporales tras la pérdida de peso y volumen. Sin embargo, en otros pacientes (por ejemplo con TCANE), sin esa considerable pérdida de peso, se produce el mismo resultado. Por ello, la hipótesis de la “falta de actualización” no se ve apoyada por los resultados en todos los pacientes, lo que obliga a seguir investigando.

Muchos tratamientos para abordar los problemas de imagen corporal de estos pacientes resultan de muy limitada eficacia siendo su base la

insatisfacción-distorsión a partir de la cual se establecen los programas terapéuticos. Realmente se ha venido trabajando con la imagen corporal pero no con el esquema corporal. El trabajo del esquema corporal “en acción” parece, a la vista de algunos estudios, algo necesariamente incluíble en el tratamiento.

CONCLUSIONES

1. Más allá del abordaje tradicional de los problemas relacionados con la imagen corporal en pacientes con AN (enfoque basado en las alteraciones perceptivas), estos pacientes presentan problemas relacionados con la conciencia corporal, patrones alterados en la respiración, tensión muscular importante, inadecuada estabilidad postural y frecuente compulsividad hacia el ejercicio y lo que podría calificarse como una “desconexión” de todo cuanto acontece en su cuerpo.
2. El patrón de hiperactividad física, habitual en muchos pacientes con AN, no parece corregirse adecuadamente mediante la “supresión” sino más bien con un re-aprendizaje. En este sentido, se ha propuesto, desde la fisioterapia, que la introducción de un programa de actividad física debería seguir al trabajo previo en toma de conciencia del cuerpo, trabajo respiratorio, trabajo en la tensión muscular y control postural.
3. Actualmente sabemos que, además de las alteraciones de la imagen corporal “clásicamente descritas” en la AN, los pacientes presentan problemas en la percepción táctil y ofrecen conductas anómalas derivadas de su alterada representación corporal mental. Parece necesario retomar conceptos como el de esquema corporal, representación no consciente, sensomotora, del cuerpo en acción.

4. La muy limitada eficacia de los tratamientos cuya base es la idea de insatisfacción-distorsión anima a pensar en nuevas formas de abordaje, entre las que la idea del esquema corporal “en acción” podría ser un adecuado punto de partida.

REFERENCIAS

1. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962;24:187-94.
2. Bruch H. *Eating Disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within.* New York: Basic Books; 1973
3. Bruch H. *Conversation with patients with AN.* London: Jason Aronson, Inc.; 1988.
4. Pollatos O, Kurz AL, Albrecht J, Schreder T, Kleemann AM, Schöpf V, et al. Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eat Behav* 2008;9:381-88.
5. Spoor STP, Bekker MHJ, Van Heck GL, Croon MA. Inner body and outward appearance: the relationships between appearance orientation, eating disorder symptoms, and internal body awareness. *Eat Disord* 2005;13:479-90.
6. Thornquist E. 2010. Psychomotor physiotherapy -principles, perspectives, and potentials. In: Ekerholt K, editor. *Aspects of psychiatric and psychosomatic physiotherapy.* Oslo University College Report, vol. 3; 2010; p. 203-15

7. Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C. Outcome of a basic body awareness therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care. *Adv Physiother* 2003;5:179-90.
8. Roxendal G. Psychosomatically oriented physiotherapy. In: Sivik T, Theorell T. editorss. *Psychosomatic Medicine*. Lund: Studentlitteratur; 1995. p. 296-312.
9. Kolnes LJ. Embodying the body in anorexia nervosa e a physiotherapeutic approach. *J Bodyw Mov Ther* 2012;16:281-88
10. Thornborg U, Mattson M. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders e a cross-sectional study. *Adv Physiother* 2010;12:24-34.
11. Winberg A, Persson I, Thorssell M. Body perception among patients with anorexia and bulimia nervosa - a study of some physiotherapeutic examination methods. *Nordisk Fysioterapi* 1997;1:18-28.
12. Ekerholt K, Bergland A. Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action. *Phys Ther* 2008;88:832-40.
13. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10e15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997;22:339-60.
14. De Vignemont F. Body schema and body image – pros and cons. *Neuropsychologia* 2010;48:669-80.

15. Stefanucci JK, Guess MN. Big people, little world: The body influences size perception. *Perception* 2009;38:1782–95.
16. Dijkerman HC, De Haan EHF. Somatosensory processes subserving perception and action. *Behav Brain Sci* 2007;30:189–239.
17. Gallagher S. *How the body shapes the mind*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
18. Paillard J. Body schema and body image: a double dissociation in deafferented patients. In: Gauthier GM, Mori GN, Massion SJ, editors. *Motor Control, Today and Tomorrow*. Sofia: Academic Publishing House;1999; p. 197–214.
19. Longo RL, Azañón E, Haggard P. More than skin deep: Body representations beyond primary somatosensory cortex. *Neuropsychologia* 2010;48:655-68.
20. Medina J, Coslett H. From maps to form to space: Touch and the body schema. *Neuropsychologia* 2010;48:645-54.
21. Guardia D, Lafargue G, Thomas P, Dodin V, Cottencin O, Luyat M. Anticipation of body-scaled action is modified in anorexia nervosa. *Neuropsychologia* 2010;48:3961-66.
22. Guardia D, Conversy L, Jardri R, Lafargue G, Thomas P, Dodin V. Imagining one's own and someone else's body actions: dissociation in anorexia nervosa. *PLoS One* 2012;7: e43241.
23. Nico D, Daprati E, Nighoghossian N, Carrier E, Duhamel JR, Sirigu A.

The role of the right parietal lobe in anorexia nervosa. *Psychol Med* 2010;40:1531-39.

24. Keizer A, Smeets MA, Dijkerman HC, Uzunbajakau SA, van Elburg A, Postma A. Too fat to fit through the door: First evidence for disturbed body-scaled action in anorexia nervosa during locomotion. *PLoS One* 2013 29;8:e64602.