

**UTILIDAD DE LAS TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA EN EL
TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN
CORPORAL EN LA ANOREXIA**

**PHYSIOTHERAPEUTIC TECHNIQUES UTILITY IN THE TREATMENT
OF BODY IMAGE DISTURBANCES IN ANOREXIA NERVOSA**

Montserrat Altemir Lara¹

Ignacio Jáuregui Lobera²

¹Centro de Neurofisioterapia (Policlínica Los Remedios, Sevilla)

²Instituto de Ciencias de la Conducta (Sevilla)

Correspondencia: Montserrat Altemir Lara, montsealtemir@yahoo.com

Centro de Neurofisioterapia, Policlínica Los Remedios

Fernando IV 24-26, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue explorar mediante un sencillo diseño en contexto terapéutico las posibilidades que en el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal podría tener una aproximación fisioterapéutica grupal en la anorexia nerviosa. Para ello, un grupo de pacientes con anorexia nerviosa fue incluido en una terapia grupal para tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal mediante técnicas de fisioterapia. .

Palabras clave: Anorexia nerviosa; imagen corporal, fisioterapia, terapia de grupo, insatisfacción corporal.

ABSTRACT

The aim of this work was to explore, by means of a simple design in a therapeutic context, the possibility that an in-group physiotherapeutic approach could have to treat the body image disturbances in anorexia nervosa. A group of patients with anorexia nervosa was included in a group therapy in order to treat the body image disturbances by means of physiotherapeutic techniques.

Key words: Anorexia nervosa; body image; physiotherapy; group therapy; body dissatisfaction.

INTRODUCCIÓN

En la anorexia nerviosa (AN) la insatisfacción corporal y diversas con alteraciones en el reconocimiento-identificación de sensaciones corporales son aspectos prevalentes (1-5). Las alteraciones de la imagen corporal en esta patología se han venido abordando desde distintas modalidades terapéuticas (actividad física, expresión corporal, psicoterapia, etc.), lo que ha permitido constatar en estos pacientes problemas relacionados con la conciencia corporal, patrones alterados en la respiración, tensión muscular importante, inadecuada estabilidad postural y frecuente compulsividad hacia el ejercicio, entre otros. Se ha llegado a decir que los pacientes parecen “desconectados” de todo cuanto acontece en su cuerpo y que ello no sería azaroso. Más bien, todos los elementos señalados (respiración, tensión muscular, conciencia corporal, etc.) serían una expresión de la psicobiografía del individuo, es decir lo que se expresa en el cuerpo tiene su origen en el propio sujeto, en sus experiencias (6). Así, por ejemplo, es clara la relación entre estados emocionales y patrón respiratorio, al igual que el miedo, la ansiedad, pueden dar lugar a estados de tensión muscular evidente.

El acercamiento fisioterapéutico 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 rpo en la completa experiencia de uno mismo ser originados en le cuerpo. repetidamente evaluada y recibir recomendía 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.

Por otro lado, la conciencia corporal y el contacto corporal se relacionan con la estabilidad corporal, algo vinculado a los sistemas muscular, neuromuscular y propioceptivo. Así, la rigidez muscular, las alteraciones en la respiración, etc. suelen tener efectos adversos en la 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.

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.

El objetivo del presente trabajo fue explorar mediante un sencillo diseño en contexto terapéutico las posibilidades que en el tratamiento de las

alteraciones de la imagen corporal podría tener una aproximación fisioterapéutica grupal.

MÉTODO

Participantes

Para este estudio inicial se configuró un grupo de seis pacientes (N = 6), con diagnóstico de anorexia nerviosa (F50.0 o F50.1 de la CIE-10) 10 que venían recibiendo tratamiento ambulatorio semanal, incluyendo tratamiento médico-psiquiátrico, psicológico, dietético-nutricional y de orientación familiar. En el momento de iniciarse el trabajo, había recuperado un peso normal y su función menstrual. Su edad media fue 19, 2 años y todas ellas eran mujeres. Una de las pacientes abandonó el grupo de terapia en la segunda sesión por lo que finalmente fueron cinco las que completaron el trabajo grupal.

Instrumentos

En cuanto al psicodiagnóstico, se aplicaron:

Thought-Shape Fusion Questionnaire (TSF-Q)

Se trata de un cuestionario autoinformado diseñado para medir la distorsión “fusión pensamiento-forma” 11 que consta de 34 ítems y que en su versión española ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (12).

Body Shape Questionnaire (BSQ)

Este cuestionario evalúa la insatisfacción corporal (cita) y se utilizó su versión española (13). Consta de 34 ítems y es de fácil aplicación. Este

cuestionario ha tiene altos índices de consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,95 y 0,97).

Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI)

Se trata de un cuestionario autoinformado de 19 ítems (14) A fin de evitar sesgos derivados de alteraciones patológicas, los ítems se evalúan en una escala de siete puntos de tipo bipolar (desde +3 -efecto muy positivo-, pasando por 0 -sin afectación- hasta -3 -efecto muy negativo-). El inventario mide la calidad de vida relacionada con la imagen corporal, en qué medida la imagen corporal no afecta o afecta (negativa o positivamente) a dicha calidad de vida. El instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, tiene una estructura unidimensional y para el presente estudio se aplicó la versión española (15).

La realización de la actividad conllevó el uso de camillas Bobath, Kinesio Tape, marcadores de piel, demo-anatomía, espejos, pelota Bobath, crema, material didáctico de anatomía patológica, Apps de anatomía y Rivermead sensory test.

Procedimiento

Coincidiendo con la presencia de las pacientes en consulta se diseñó una terapia grupal para las alteraciones de la imagen corporal específicamente desarrollada desde la perspectiva de la Fisioterapia e incluyendo las siguientes técnicas: Anatomía palpatoria, Desensibilización, Técnica de espejos y Comparación de tallas, Desarrollo de la imagen corporal y Propiocepción.

Antes de iniciar la actividad en grupo los participantes cumplieron los instrumentos señalados (T1), lo que volvieron a hacer al final de las sesiones grupales (T2). Las sesiones, desarrolladas por una fisioterapeuta, tuvieron una duración de aproximadamente una hora y en dichas sesiones se desarrollaron actividades enmarcadas en las técnicas antes mencionadas. En concreto:

Anatomía palpatoria: proceso de explorar o examinar a través del tacto, siendo una habilidad fundamental que provee informaciones al examinador sobre las localizaciones de puntos de referencia ósea, temperatura, textura, elasticidad y movimientos del cuerpo humano 16.

Desensibilización: procedimiento para reducir la sensibilidad mediante la exposición de zonas corporales a diversas texturas y presiones.

Técnicas de espejos y comparación de tallas: de utilidad para estimaciones globales de la imagen corporal y/o de ciertas partes del cuerpo.

Desarrollo de la imagen corporal: trabajando conceptos de la formación de la personalidad, autoconcepto-autoestima, la imagen ideal y la insatisfacción de la imagen. Al trabajar este aspecto la base sería el esquema de la Figura 1.

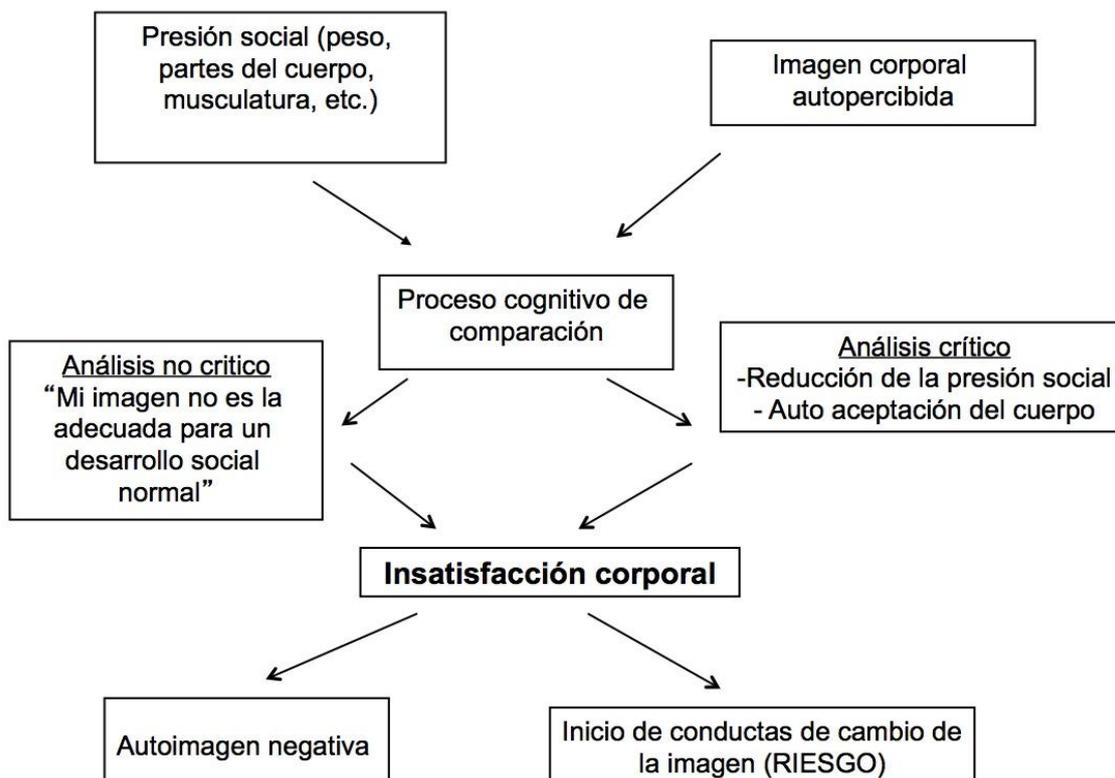


Figura 1. Desarrollo de la Imagen Corporal.

Propiocepción, ejercicios propioceptivos: la propiocepción es el sentido que informa al organismo de la posición de los músculos, es la capacidad de sentir la posición relativa de partes corporales contiguas. La propiocepción regula la dirección y rango de movimiento, permite reacciones y respuestas automáticas, interviene en el desarrollo del esquema corporal y en la relación de éste con el espacio, sustentando la acción motora planificada. En cuanto a ejercicios, cabe destacar la demanda de una mayor tensión de la musculatura a través de la utilización de diversos elementos (tobilleras lastradas, elásticos de diferentes resistencias, etc.), disminuir la base de apoyo (pasar de apoyo bipodal a unipodal, apoyar solamente sobre una parte del pie, etc.), utilizar superficies de apoyo irregulares (pie sobre pelota o balón de espuma, colchonetas de diferentes grosores, tableros y platos basculantes, cojines de aire, etc.) y restringir la información que llega a través de otros sistemas para

centrarnos en los propioceptores (por ejemplo, comenzar los ejercicios delante de un espejo para contar con la ayuda del sistema visual, después pasar a realizar los ejercicios sin mirar al espejo y, por último, cerrar los ojos para restringir las aferencias del sistema visual).

RESULTADOS

Los datos descriptivos (Media y Desviación típica) obtenidos en las distintas pruebas realizadas figuran en la Tabla 1.

Tabla 1. Descriptivos de los instrumentos aplicados (TSF, BSQ, BIQLI) en T1 y T2

	T1	T2
TSF	23,60 (13,76)	13,20 (7,12)
BSQ	106,20 (45,83)	80,60 (35,90)
BIQLI	-0,95 (0,60)	-0,48 (0,99)

BIQLI: Body Image Quality of Life Inventory; BSQ: Body Shape Questionnaire; TSF: Thought Shape Fusion.

Las diferencias resultaron estadísticamente significativas en el caso de la Fusión Pensamiento-Forma medida por el TSF ($p < 0,05$), no así para las otras dos variables analizadas. Asimismo se observó una correlación negativa y significativa entre la puntuación del BIQLI y del BSQ en T2 ($r = -0,91$; $p < 0,05$).

En las Figuras 2-4 puede observarse la tendencia en las puntuaciones de los tres instrumentos tras la realización del trabajo grupal.

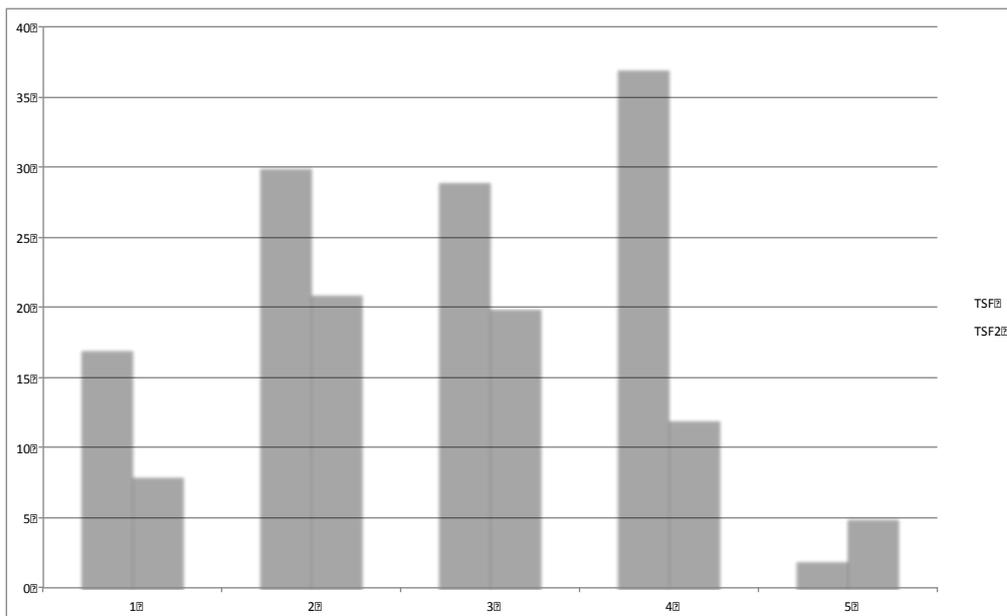


Figura 2. Cambio en las puntuaciones del TFSF

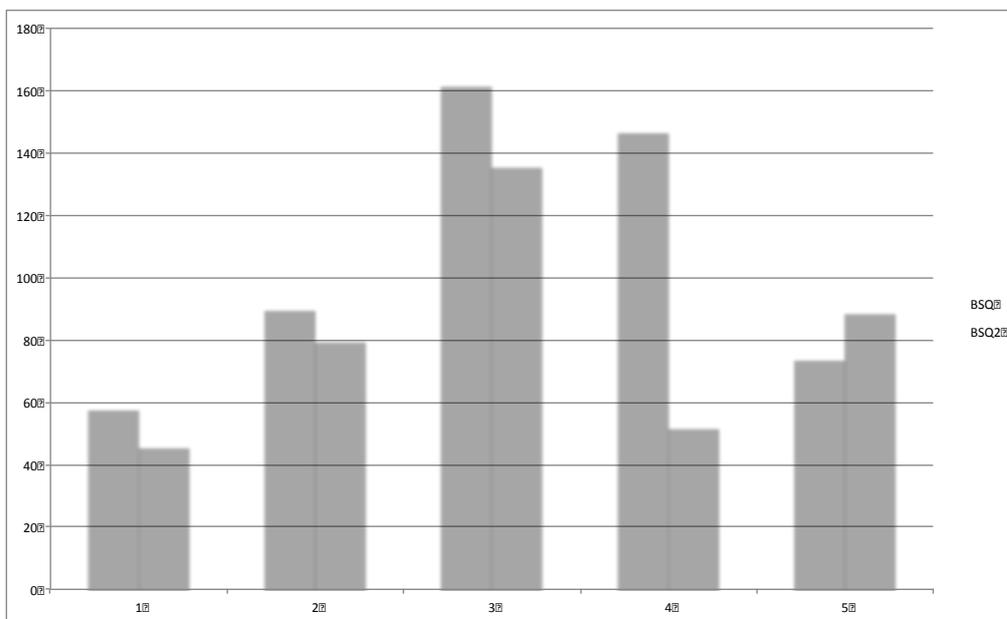


Figura 3. Cambio en las puntuaciones del BSQ

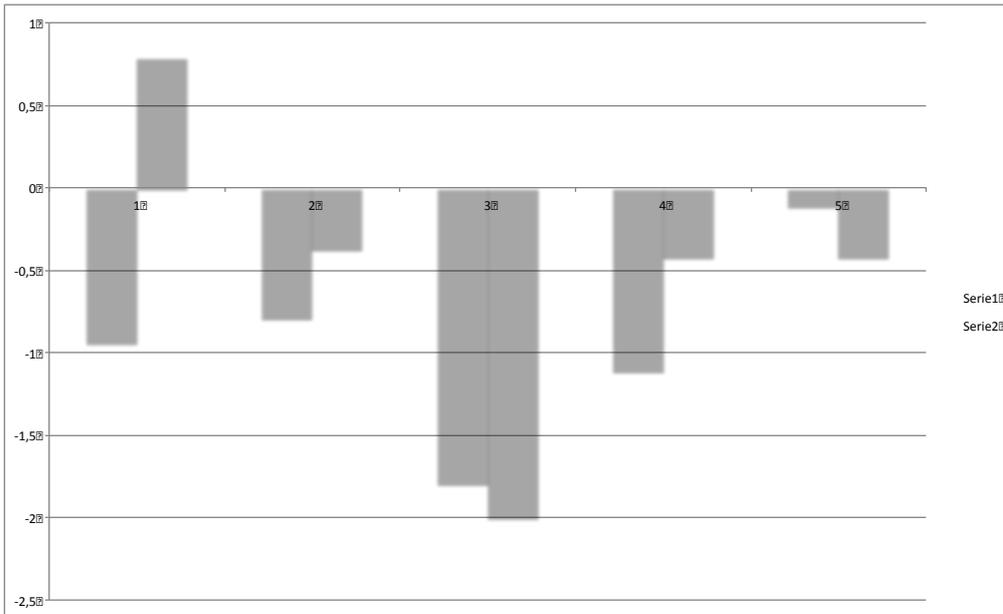


Figura 4. Cambio en las puntuaciones del BIQLI

DISCUSIÓN

El concepto de imagen corporal incluye aspectos perceptivos, actitudinales, conductuales y cognitivos, pero dicho concepto no parece poder incluir 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. Los pacientes con AN suelen mostrar confusión en cuanto a sensaciones y estados corporales, falta de contacto con su cuerpo (que muchas veces rehúsan) y severa dificultad para describir experiencias corporales. Parecen perder la naturalidad de situaciones tan elementales como estar de pie, andar, sentarse o tumbarse. Se ha dicho que los pacientes con AN tienen menos relación con su cuerpo (a veces parecen vivir ajenos al mismo) y una menor capacidad para detectar señales corporales así como menos habilidad para responder a dichas señales (1-4,17-18). Todo lo referente al cuerpo (o partes del mismo) origina fuertes sensaciones en los pacientes que, a veces, durante años viven ajenos al cuerpo y lo que en él acontezca. También se ha dicho que los pacientes con AN presentan un patrón respiratorio limitado, con escasos movimientos respiratorios y dificultad para respirar profundamente, muchas veces sin ser conscientes de ello. La dificultad expresiva de los

pacientes se mostraría también en su forma de respirar, al igual que en una situación, habitual, de tensión muscular y alteraciones posturales y del control postural. En este sentido, se ha dicho que, desde la fisioterapia, podría lograrse en estos pacientes una toma de conciencia del cuerpo, trabajo respiratorio, trabajo en la tensión muscular y control postural (19). Los pacientes con AN presentan también frecuentes 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. 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 (20,21). En el trabajo del esquema corporal con pacientes con AN se ha investigado mediante el paradigma “andar a través de una apertura”, habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles.

En el presente trabajo se ofrece una aproximación a un nuevo trabajo que desde la fisioterapia apunta a resultados prometedores. Al enfoque tradicional, perceptivo, de las alteraciones de la imagen corporal en la AN cabría añadir otras aproximaciones que aborden problemas relacionados con la conciencia corporal, patrones alterados en la respiración, tensión muscular, inadecuada estabilidad postural y frecuente compulsividad hacia el ejercicio y lo que podría calificarse como una “desconexión” de todo cuanto acontece en su cuerpo. Por ejemplo, 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, que la fisioterapia podría llevar a cabo un programa de trabajo de toma de conciencia del cuerpo, trabajo respiratorio, trabajo en la tensión muscular y control postural, a lo que seguiría un re-aprendizaje sobre actividad física (saludable y no compulsiva). Las alteraciones de la percepción táctil y conductas anómalas derivadas de una alterada representación corporal mental son hallazgos habituales de en estos pacientes, por lo que retomar conceptos como el de esquema corporal,

representación no consciente, sensomotora, del cuerpo en acción, sería fundamental.

En el presente estudio se observa una mejoría general exceptuando el caso de una paciente (señalada con el número 5 en las gráficas). La confrontación con esta paciente acerca de dicho “empeoramiento” nos lleva a concluir que no se trató tanto del programa en sí sino de la necesidad de adaptación a una situación grupal, algo difícil en dicha paciente sobre la base de sus rasgos de personalidad (elevada ansiedad-rasgo e introversión). La mejoría se observó tanto en la específica distorsión fusión pensamiento-forma (TSF) como en medidas específicas de insatisfacción corporal (BSQ) y repercusión de la misma en la calidad de vida (BIQLI). La evidencia clínica y psicométrica sobre la existencia de distorsiones cognitivas en los trastornos alimentarios es bien conocida. Shafran et al. (11) postularon la existencia de una distorsión a la que denominaron Fusión Pensamiento-Forma (TSF), que tendría, al menos, tres componentes: a) la creencia de que pensar en comer alimentos prohibidos hace más probable que la persona gane peso o cambie su figura; b) la creencia de que pensar en comer alimentos prohibidos es tan malo moralmente como comerlos realmente; y c) la creencia de que pensar en comer alimentos prohibidos hace sentirse gorda a la persona. Desde el punto de vista psicométrico, clínico y experimental ha quedado bien establecida la existencia de esta distorsión y su importancia en los TCA (tesis).

Son muchas las limitaciones del presente trabajo: muestra, duración del trabajo, variables no controladas, etc. Sin embargo, se trata de una mera aproximación al tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en la AN, a través de técnicas de fisioterapia, con unos resultados que aun con dichas limitaciones son prometedores, al menos para proseguir con otros estudios mejor diseñados.

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. OMS. CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Meditor: Madrid; 1992.
11. Shafran R, Teachman BA, Kerry S, Rachman S. A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *Br J Clin Psychol* 1999;38:167-179.
12. Jáuregui-Lobera I, Santed MA, Shafran R, Santiago MJ, Estébanez S. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Thought-Shape Fusion Questionnaire. *Span J Psychol* 2012;15:410-423.
13. Raich RM, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud* 1996;7-51-66.
14. Cash TF, Fleming EC. The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *Int J Eat Disord.* 2002;31:455-460.
15. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. Body image and quality of life in a Spanish population. *Int J Gen Med* 2011;4:63-72.
16. Souza RB, Carvalho RM, Capelli A, Ribeiro MC, Vandresen Filho S, Simionato C, et al. Effectiveness of the theoretical-practical training in palpatory anatomy applied to the physical therapy students. *195 Int. J. Morphol* 2004; 22:195-200.

17. Thornborg U, Mattson M. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders e a cross-sectional study. *Adv Physiother* 2010;12:24-34.
18. 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.
19. Jáuregui-Lobera I. Tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en la anorexia. Reflexiones sobre algunos intentos innovadores. *Trastornos conduct. aliment.* 2013;17:1848-1862.
20. Longo RL, Azañón E, Haggard P. More than skin deep: Body representations beyond primary somatosensory cortex. *Neuropsychologia* 2010;48:655-68.
21. Medina J, Coslett H. From maps to form to space: Touch and the body schema. *Neuropsychologia* 2010;48:645-54.