

ISBN-13: 978-987-27772-2-5

Título: Actas del I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las Culturas

Editorial: Investigaciones en Artes Escénicas y Performáticas

Edición: 1a Ed.

Fecha publicación: 8/2012



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/).

## Aportes de la Psicomotricidad al diagnóstico y tratamiento de la Anorexia

### **Introducción**

La presente ponencia se basa en la tesis de grado de la Lic. en Psicomotricidad realizada en la Universidad Nacional de Tres de Febrero en el año 2009. Esta investigación aborda una problemática actual como la anorexia desde una perspectiva psicomotriz con el objetivo de brindar aportes al diagnóstico y tratamiento de la misma.

La anorexia nerviosa<sup>1</sup> es considerada una enfermedad de origen multifactorial con lo cual es necesario pensar en la compleja unión de los factores que intervienen (biológicos, psicológicos y socioculturales), facilitando el desarrollo de la enfermedad.

La anorexia es uno de los trastornos de la alimentación que hoy en día afecta a un número importante de la población femenina<sup>2</sup>. Con frecuencia, se presenta en la adolescencia, etapa de la vida en la cual se producen grandes transformaciones corporales y psíquicas, que ubican al sujeto en una posición vulnerable. Se caracteriza por prolongados “ayunos” que ponen en riesgo a aquellas personas que lo padecen, ya que producen grandes deterioros en el cuerpo tales como: extrema delgadez, amenorrea, trastornos en la piel, alteraciones digestivas y cardíacas entre otros (DSM IV, 1985; Turón Gil, 1997)

El compromiso de la alimentación como funcionamiento del cuerpo, nos permite reflexionar acerca de los primeros momentos de la vida de un sujeto, en los cuales la alimentación cumple diversas funciones: de nutrición, de comunicación y de intercambio con el otro. La alimentación es un acto que requiere de otro.

Si bien, la alimentación está ligada al instinto de supervivencia, es mediante el accionar específico del otro materno que a través del sostén, de las caricias, miradas, manipulaciones y palabras imprime sobre lo netamente orgánico un plus de satisfacción. De este modo, se logra trascender la función alimentaria y se va constituyendo lo que denominaremos el “campo del funcionamiento” (Bergés, 1993) alimentario. La madre, en el ejercicio de su función, convoca al bebé a gustar y desear comer y además transmite los hábitos alimentarios familiares que determinarán las conductas alimentarias.

---

<sup>1</sup> Si bien esta es la denominación médica vigente, de ahora en adelante, en este trabajo de investigación utilizaremos el término “anorexia” para hacer alusión a esta entidad.

<sup>2</sup> Si bien se han detectado casos de anorexia en hombres, la mayoría de las investigaciones y/o estudios fueron realizados sobre casos de anorexia en mujeres.

En las pacientes anoréxicas el acto de comer, que debiera ser vivido como algo “natural”, adquiere significaciones ligadas al poder, al control, al premio y castigo quedando despojado de todo placer. Si bien la alimentación es un hecho cultural, en el presente trabajo no nos ocuparemos de ello en profundidad, pero no podemos dejar de considerar que en el contexto de una cultura globalizada, el cuerpo ocupa un lugar preponderante constituyéndose en un pilar de la identidad de cada individuo.

En líneas generales, la anorexia, se hace evidente en sociedades occidentales y occidentalizadas en las cuales el modelo cultural ofrece un discurso acerca de los cuidados del cuerpo, de las dietas y los parámetros estéticos que proclama cánones de belleza y extrema delgadez asociados con una vida exitosa, el cual ejerce una gran influencia sobre esta población (Valiente, 1996). Por otro lado, la industrialización de los alimentos<sup>3</sup> y la modificación de los ritmos de vida que se acoplan a los ritmos del mercado laboral han contribuido a la transformación de los hábitos alimentarios (Cruz, 1991).

Dada la complejidad que presenta la Anorexia, en la actualidad el abordaje de esta patología no puede pensarse por fuera de un equipo interdisciplinario. Los diferentes dispositivos de tratamientos incluyen en sus equipos nutricionistas, ginecólogos y médicos clínicos los cuales intentan estabilizar el estado clínico de las pacientes (Hercovici-Bay, 1993; Turón Gil, 1997); como también a psicólogos y psiquiatras que complementan el tratamiento abordando los aspectos psíquicos de los sujetos involucrados.

¿Es posible pensar el padecimiento del cuerpo y su tratamiento desde otra perspectiva que no sea la medicina o la psicología? ¿Qué pueden aportar las disciplinas que se ocupan del cuerpo al tratamiento de la Anorexia? ¿Una técnica, una reflexión, una experiencia?

La practica psicomotriz tiene como objeto de estudio al cuerpo entendido como “una construcción en y para la relación con un otro” (González, 2009:14). Si bien, en sus orígenes, esta disciplina estuvo vinculada al trabajo con niños y con la patología del

---

<sup>3</sup> “Cuando un niño europeo o norteamericano tiene en su mano una simple bolsa de patatas fritas, en realidad lleva consigo un sinfín de operaciones químicas que han reducido el delgado trozo de patata a una especie de papel secante al que se le ha adherido la grasa y la sal empleadas en su fabricación. Pero antes de eso, la patata ha estado obedientemente sometida al imperio de la química. Primero fue agredida químicamente mientras estuvo en tierra, para no ser atacada por insectos. Después de su recolección, fue tratada con acetato de metilo para que no germinara. En el proceso de fritura y envasado se le pudo añadir conservantes y aromas artificiales. Cuando el eslogan publicitario proclama al fin el carácter natural de es producto, en realidad puede estar ofreciendo casi un detrito, carente de elementos nutritivos originales y, además, peligroso para la salud” (Cruz, 1991:193).

desarrollo, el creciente padecimiento del cuerpo, las exigencias de la sociedad y el desarrollo de la teoría nos lleva a incursionar en nuevos campos.

Es por ello que con este trabajo de investigación nos introducimos en la clínica de la anorexia, buscando reflexionar acerca de esta problemática desde la perspectiva psicomotriz. A través del recurso de la observación psicomotriz buscamos indagar cómo la organización tónico-postural, la mirada, la gestualidad y el lenguaje se encuentran comprometidos en la anorexia afectando diferentes funcionamientos del cuerpo. Y proponemos como nueva perspectiva de abordaje la relajación terapéutica en psicomotricidad.

### **La observación psicomotriz**

El trabajo de observación se realizó en un grupo terapéutico de pacientes anoréxicas<sup>4</sup>. Para ello se elaboró una guía de observación que consideraba algunos aspectos psicomotores que nos permitió, a posteriori, obtener información acerca de los diferentes funcionamientos del cuerpo en las pacientes anoréxicas.

El estudio de los signos psicomotores<sup>5</sup>, como también del fondo sobre el cual se apoyan nos permiten tener acceso al funcionamiento del cuerpo a la manera de ser y hacer de un sujeto. “Las hipótesis teóricas y técnicas a través de las cuales se concibe y se reflexiona al síntoma psicomotor y a la conducción de la cura están cualificando y tiñendo lo que se obtiene en un diagnóstico, siendo la teoría con la cual cuenta el psicomotricista uno de los componentes de lo que podríamos llamar el *fondo del diagnóstico*” (González; 2009:109)

La manera de pensar el cuerpo, de mirar el cuerpo, “tiñe” y condiciona la observación y hace que se constituya en una mirada específica. Las particularidades de la observación psicomotriz están determinadas por la teoría, por la manera en que se piensa a la organización tónica, la postura, la mirada, la gestualidad y el lenguaje variables psicomotoras que describiremos a continuación y en base a las cuales se han organizado los datos obtenidos de las observaciones.

---

<sup>4</sup> Las observaciones fueron realizadas, durante los meses de septiembre y octubre del 2007, en un Centro de Día de asistencia y rehabilitación de patologías alimentarias al que llamaremos “*Caminantes*” ubicado en el partido de 3 de Febrero. El grupo terapéutico se reunía semanalmente los días sábados por el lapso de dos horas; la dinámica del mismo consistía en trabajar, a través de la reflexión y de las experiencias de cada una de las pacientes, temas relativos a la patología. Estaba formado por 6 pacientes mujeres de entre 17 y 31 años, (sólo una de ellas estaba casada y tenía 2 hijas), 3 de las cuales se incorporaron en el transcurso de la realización de las observaciones.

<sup>5</sup> Se entiende por signo psicomotor a aquellos signos a nivel del cuerpo que se hacen presentes en la mirada del otro. Tienen que ver con la manera de ser y hacer de un sujeto. Tienen valor comunicacional.

### **La organización tónica**

Al referirnos a la organización tónica no podemos dejar de señalar el papel de gran importancia que desempeña el tono muscular pues, por un lado sostiene las diferentes posiciones del cuerpo, ajusta las posturas y la actividad general y actúa como fondo en el cual se elabora el movimiento; pero por otro lado, y es lo que más nos interesa destacar, el tono muscular es la primera forma de expresión y recepción del recién nacido con el otro materno (Wallon, 1965). Por lo tanto la organización tónica es sostén del movimiento y la postura y cumple una función central en los primeros intercambios madre-bebe durante el proceso de alimentación.

### **La postura**

Cuando hablamos de postura hacemos referencia a una posición del cuerpo en el espacio; “la postura sirve a menudo para la preparación de un acto y puede, además, ser la continuación de una serie de movimientos que conducen a un estado. La postura, en ausencia de movimientos corresponde a una estabilidad del cuerpo en una cierta posición” (De Ajuriguerra; 1982:17).

### **La mirada**

Es sabida la importancia de la mirada en los primeros momentos de la vida de un sujeto ya que permite la socialización, la exploración del entorno y además funciona como sostén de los intercambios<sup>6</sup>. En los distintos momentos de la relación madre- hijo, a través de los intercambios de miradas que se suscitan, el niño percibe al otro; y cuando mira lo hace porque fue tomado por la mirada de su madre. Se mira en su rostro, que funciona como un espejo, y se ve a sí mismo (Winnicott, 2002). La mirada habilita, sostiene y sanciona, pues cumple una función comunicativa, durante los tiempos constitutivos y a lo largo de toda la vida de un sujeto.

### **La gestualidad**

El gesto es un movimiento dado a ver, cobra valor comunicacional, tiene sentido en cuanto exista otro que lo signifique o lo descifre. Con el gesto se establece un modo particular de comunicación que extrae su sentido del lenguaje hablado, pero que se sitúa a otro nivel, el del cuerpo (Costé, 1978).

### **El lenguaje**

El lenguaje es uno de los aspectos que cumple una función central en la construcción del cuerpo pues el mismo constituye el medio para que el cuerpo haga su anclaje en el

---

<sup>6</sup> En estos tiempos no hay nada que produzca más placer en el niño que la presencia del rostro humano. Los ojos, la nariz, y la frente de cualquier persona o máscara que se le acerque de frente, cara a cara, hacen que el niño sonría.

orden simbólico. Asimismo, “el lenguaje es un tramado somato-psíquico-social y se construye con una Lengua determinada por medio de actos discursivos y en relación con otro” (Levin, 2002:11).

Por otro lado, consideramos relevante darle lugar a la importancia de la voz, tanto en la construcción del cuerpo, como en la instauración del lenguaje. La voz soporta a la lengua y “ante todo representa al que dice, crea un espacio con otro que escucha” (Levin, 2002:45). La voz transmite y vehiculiza, los estados emocionales de la madre, acompaña y sostiene las acciones que ésta realiza en y con el cuerpo de su hijo.

### **Acerca del padecimiento del cuerpo: reflexión y análisis de las observaciones**

A partir del análisis y reflexión de las observaciones encontramos que varios de los funcionamientos del cuerpo se hayan comprometidos en la anorexia.

En primer lugar, ubicamos a **la alimentación**. Sabemos que en esta patología la alimentación se encuentra muy comprometida y se vuelve eje de los tratamientos, pero nos interesa pensarla como un funcionamiento del cuerpo. Funcionamiento del cuerpo que, sostenido en la función nutricia, se constituye como tal mediante el accionar específico del otro materno y de la experiencia que el recién nacido hace con su cuerpo. Consideramos, que en la anorexia la función nutricia se encuentra tomada -en partes- por el otro materno. Como dijimos anteriormente, esta función es esencial, no sólo por ser indispensable para la subsistencia, sino por ser aquella en torno a la cual se organizan los intercambios del recién nacido con el otro.

En las pacientes anoréxicas pudimos observar, tal como lo expresan Hekier y Miller, que “La comida, las dietas, el cuerpo, el peso parecieran ser los ejes sobre los que se debate la vida del paciente. Sentirse bien o mal anímicamente estaría anudado a ello”. (1994:27), pues la comida se vuelve el vector que rige y ordena sus vidas; se haya ligada al poder y al control. No comer significa para las pacientes tener el control. De este modo la alimentación se desliga, se separa de la necesidad; ellas logran ignorar y anular las sensaciones corporales que genera el hambre. La alimentación se haya desnaturalizada<sup>7</sup>, es decir corrida, separada de su función esencial de nutrición.

*“No siento hambre, mi cabeza anula el hambre. No lo pienso. [...] Necesito cada tanto tener un ayuno. Es como un respiro, vuelvo a tener el control. Pero me veo en una posición ridícula. Si me doy permiso para comer se me va el control” (Sol).*

---

<sup>7</sup> Desnaturalizar: tr. Alterar las propiedades o condiciones de algo, desvirtuarlo. Diccionario de la lengua española 22ª edición (2001). <http://www.rae.es>

“El alimento tiene para el hombre no sólo una significación biológica, sino también cultural: se come lo que se acostumbra a comer dentro de un círculo social. [...] En cuanto incorpora normas, preferencias, orientaciones de civilización un alimento se convierte en una expresión, en un lenguaje con el que se <entienden> las personas de un área cultural. Se trata de un signo o expresión con capacidad representativa y comunicativa” (Cruz, 1991:262-269).

Con los rituales que las pacientes anoréxicas establecen alrededor de la comida (comer solas, a escondida, a deshora) hacen que se pierda el lugar de intercambio y de encuentro con el otro que tiene la alimentación. Cuando rechazan la comida, rechazan al otro y lo que el otro (atravesado por el orden simbólico) tiene para ofrecerles junto con el alimento. La comida pierde además el lugar de donación pues para ellas está ubicada en un lugar de premio o castigo.

*“Sé que tengo que comer, pero me cuesta. [...] quiero que me vean comer para que estén tranquilos. Pero si me ven y estoy bien, me angustia porque estoy engordando. [...] (Si) como sola (tengo) el control de la situación” (Laura).*

En segundo lugar, ubicamos el compromiso en **la organización tónico-postural, la pobreza en la gestualidad y la mirada**, también nos lleva a pensar en las primeras organizaciones psicomotoras en las cuales el tono muscular cumple un papel esencial. Hemos señalado anteriormente la función del tono muscular en la construcción del cuerpo, por un lado su lugar de expresión y comunicación de las emociones del niño y por otro lado su lugar de recepción de los intercambios con el otro materno (Wallon, 1965; De Ajuriaguerra, 1982).

En la organización tónica- postural de las pacientes anoréxicas, tal como dijimos anteriormente, se daba a ver una distribución no homogénea del tono, es decir zonas del cuerpo con tendencia a la hipotonía, pero también zonas de tensión (zona oro-facial) que no se resuelven de manera adecuada, dando lugar a ciertas descargas tónicas tales como tocarse las manos o tener algo entre ellas constantemente; y también masticar chicles y chupetines. Como dijimos anteriormente estas cuestiones vinculadas a la boca y a la mano, a la oralidad y lo manual, nos remiten a momentos muy primarios donde se establecen las primeras integraciones psicomotoras. Además observamos un compromiso en el eje del cuerpo, posturas de repliegue y dificultades en el manejo general de su cuerpo.

Respecto de la mirada, en su mayoría presentaban una mirada huidiza, esquiva, sin brillo. Asimismo, se mostraban muy pendientes de la mirada de los otros y muy condicionadas por lo que éstos pudieran decirles acerca de su imagen.

En cuanto al modo de vincularse con su cuerpo y la enfermedad observamos que en las pacientes anoréxicas predomina el *poco registro de su cuerpo y la no conciencia de la enfermedad*. El cuerpo se haya ligado al campo del sufrimiento. Todas las funciones del cuerpo se ponen al servicio del sufrimiento, pues es también un modo de control. No hay lugar para el placer, ni para el disfrute. Tal como sostienen Hekier y Miller, son “sujetos que bordean la muerte, ¿viven para sufrir, sufren para vivir...? Un acontecer que implica puro goce, sufrimiento que mueve a la consulta a algunos, y en otros, el ser llevados por los familiares. Y ahí detienen su andar, su decir”. (1994:20).

Por otra parte, si bien saben sobre dietas, nutrición y sobre los síntomas característicos de la enfermedad, este es un saber “teórico” que las distancia de lo propio. No hay un registro de lo que sucede realmente en sus cuerpos. Esta falta de saber acerca de lo propio obstaculiza que se asuman como enfermas. No tienen conciencia de la enfermedad con lo cual se dificulta el tratamiento que la mayoría de las veces lo emprenden por iniciativa de sus familias comprometiendo el camino de la cura (Recalcatti; 2004). Las familias de las pacientes anoréxicas ponen el acento del tratamiento en la recuperación del peso y suelen tener dificultades para aceptar la enfermedad de sus hijas.

*“Y me asusto que poca noción que tengo, que negación que tengo a verlo en mi cuerpo. ¿Cómo los otros lo notan y yo no?” (Sol).*

*“Lo hago por los otros, para no defraudarlos, a mis papás. Estoy forzada a comer. Tengo que mejorarme. (Estoy) controlada todo el tiempo por mi familia. (Quiero) retomar la vida que tenía” (Laura).*

Contrariamente, a la creencia que las pacientes anoréxicas tienen de poder manejar y controlar las necesidades de su cuerpo, de poder controlar la enfermedad, ésta se les impone a través de los ayunos y/o los atracones, hechos irrefrenables que las anulan como sujetos. “Allí donde el acto impera-en el sentido de que se le impone coercitivamente-, no hay sujeto, en el sentido de sujeto representado por el significante. Entre sujeto y acto hay disyunción” (Hekier-Miller, 1994:56).



*“Estoy mal. La nutricionista (me dijo) que estoy entre la espada y la pared. Hay posibilidades de internación. Por momentos (me pregunto) ¿qué estoy haciendo? Me supera, me invade, algo que no me deja mejorar. La enfermedad me domina.” (Laura).*

Por último, ubicamos dificultades en **el lenguaje**. En estas pacientes observamos cierta monotonía en el tono de voz y pobreza para expresarse verbalmente, tanto como para dar cuenta de sus sentimientos como para referirse a su cuerpo y para dar cuenta de la enfermedad. Cuando hablaban de su cuerpo utilizaban palabras tales como *“físicamente”*, *“límite interno y externo”* e *“imagen”*. Y cuando hablaban de su enfermedad no la nombraban directamente, sino que decían *“tengo problemas con la alimentación”* o bien describían síntomas característicos de la patología *“ayunos y vómitos”*.

Esto nos lleva a reflexionar en la función del lenguaje respecto de la construcción del cuerpo. Nos preguntamos, ¿Cómo habrá sido la sujeción del cuerpo en el lenguaje? ¿Qué palabras habrán sido otorgadas a este cuerpo en construcción? ¿Qué recorridos se habrán trazado sobre ese cuerpo? Para que en el presente, se cristalicen en las serias dificultades que las pacientes tienen en la representación de su cuerpo; en la pobreza discursiva la cual está en concordancia con la pobreza en la gestualidad; y en la desorganización tónico postural, puntos de obstáculos que persisten y no pueden ser metabolizados denunciando el padecimiento del sujeto.

### **La intervención psicomotriz**

La intervención<sup>8</sup> psicomotriz en el tratamiento de las pacientes anoréxicas apuntará a tomar en cuenta los funcionamientos del cuerpo anteriormente mencionados trabajando sobre dos ejes: **el cuerpo y el lenguaje**. Consideramos a La Relajación Terapéutica, como el recurso más apropiado ya que el mismo reúne las condiciones para abordar ambos aspectos, es decir opera directamente sobre el cuerpo y permite la posibilidad de ubicar la experiencia corporal en la dimensión discursiva. “La relajación terapéutica se refiere al mismo tiempo a lo que está sentido en el cuerpo y a lo que está representado, o sea, que es un método que alía una desconcentración muscular con una concentración mental y es en el vaivén entre los dos que está ubicada la relajación” (Boune, 1989; 4).

---

<sup>8</sup> Intervención: (Del lat. *interventio*, -ōnis) f. acción y efecto de intervenir. Intervenir: intr. Tomar parte en un asunto; interceder o mediar por alguien; tr. med. Hacer una operación quirúrgica. Diccionario de la lengua española 22ª edición (2001). <http://www.rae.es>

Nos interesa detenernos y desarrollar brevemente qué es la Relajación Terapéutica, cómo se lleva a cabo la intervención, y por qué sería pertinente utilizarla como recurso en el abordaje de pacientes anoréxicas.

### **Qué es la Relajación Terapéutica**

La Relajación Terapéutica, es uno de los recursos técnicos específicos de la Psicomotricidad que tiene sus orígenes en Francia entre los años '50-'60 de la mano de Jean Bergés y Marika Bounes.

Es un método que se ha nutrido de otras técnicas de relajación, principalmente de los aportes de Schultz y Jacobson. Estos autores fueron los primeros en hablar de relajación y cada uno de ellos elaboró y aplicó un método que apuntaba a alcanzar la distensión muscular, ya sea a través de la sugestión tal como lo plantea "*El training autógeno*" de Schultz o a través de la ejercitación que propone Jacobson en la "*Relajación Progresiva*" (Masson, 1985). Por su parte, Bergés, fue el primero en elaborar y aplicar la técnica de relajación para los niños. Aunque este método ha sido ideado para trabajar con niños con trastornos psicomotores, su aplicación se extiende a adolescentes y adultos con la obtención de resultados favorables.

La Relajación Terapéutica aborda al cuerpo en su totalidad. Si bien actúa directamente sobre el tono promoviendo la distensión, nos parece importante aclarar que este no es el fin de la relajación. La distensión genera un estado que permite al sujeto estar a la "escucha" del propio cuerpo. De esta forma "coloca en una situación particular a las relaciones entre el cuerpo del niño y lo que ocurre afuera" (Bergés-Bounes, s/a). A través de la resolución tónica, de la suspensión de la motricidad y del estado de regresión suscitado por el ambiente, el cuerpo del paciente puede tomar y recibir lo que proviene del exterior. Asimismo, esta apertura habilita al paciente a "recordar las fases iniciales de la historia tónica" (Bergés-Bounes, 1993:1), historia que se remite a los primeros intercambios entre madre e hijo, cuyas huellas quedan inscriptas a nivel del campo tónico postural.

La Relajación Terapéutica permite experimentar una forma diferente de vincularse con el propio cuerpo, a través de las sensaciones, emociones e imágenes que se disparan durante la misma "es un medio para acercarse, para aproximarse al cuerpo. Para experimentar y escuchar la legalidad que le es propia al funcionamiento del cuerpo y que se presenta según la historia y la experiencia vital de cada sujeto" (González, 1998:2).

En los próximos párrafos explicaremos, en forma general, cómo se desarrolla la técnica de la Relajación.

### **Acerca de la intervención en Relajación Terapéutica**

La técnica de la Relajación Terapéutica se aplica de manera progresiva, es decir que se comienza relajando y movilizándolo una parte del cuerpo y luego se van sumando otras, produciéndose una “segmentarización” del cuerpo en donde conviven partes que han alcanzado la distensión y otras que no.

Durante la movilización de las diferentes partes del cuerpo, el terapeuta interviene activamente, a través del tacto y la palabra. El cuerpo del paciente es tocado, y nombrado a la vez, ubicando de este modo sus límites y sus diferentes lugares en forma gradual y segmentada. En cuanto al tacto y la segmentarización Bergés y Bounes dicen que “El tocar, las manipulaciones, etc., ponen en funcionamiento al cuerpo receptáculo, al mismo tiempo que la relajación segmentaria posibilita, por las fronteras que establece entre las regiones relajadas y las que están en tensión, una construcción cambiante, a lo largo de las sesiones del esquema corporal”. (1993:11).

Es necesario detenernos en la importancia de las palabras que utiliza el terapeuta, pues las mismas ofertan imágenes, generando una suerte de sugestión en el paciente. Además, las palabras empleadas están desprovistas de deseo, es decir tienen que ser “las más neutras posibles, lo más estereotipadas incluso a veces sin fantasías, pueden parecer terriblemente pobres, pero es para evitar cualquier tipo de seducción y provocación” (Bounes, 1989:6).

Asimismo, la presencia del terapeuta es muy marcada durante el inicio del tratamiento en relajación, pero luego se irá retirando de la escena sobre todo al llegar a la generalización. La generalización, “representa una construcción del esquema corporal, un reconocimiento de la existencia del cuerpo, de su presencia y de su actualidad” (Masson, 1985:51), ya que se intenta que el paciente pueda alcanzar de manera autónoma la distensión de todas las partes del cuerpo que se fueron trabajando. Este corrimiento del terapeuta es posible dado que en un principio, la cercanía y la “proximidad corporal”, con que se ha manejado en relación al cuerpo del paciente, ha permitido que se establezca entre ambos la transferencia. “Lo que plantea la experiencia de relajación es confrontar al sujeto con su ignorancia, anoticiarlo sobre la presencia del propio cuerpo y su funcionamiento, hacer presente lo propio, condición del yo soy y del yo hago” (González, 1998:3).

## **Relajación Terapéutica y anorexia**

Pensamos que la forma particular de abordar al cuerpo que plantea la Relajación terapéutica, a través del modo gradual y progresivo de presentar el cuerpo; de la proximidad del terapeuta, de su voz y de las palabras que utiliza; del tacto y la movilización de las diferentes partes del cuerpo actuaría para las pacientes anoréxicas como un modo de volver a presentar las funciones del cuerpo, cuyo compromiso no ha podido ser metabolizado. Compromiso que podemos ubicar en el pasaje de las funciones orgánicas al funcionamiento, hecho propiciado por la acción específica del otro materno durante los tiempos constitutivos del sujeto. “En particular las condiciones de la relajación: semi-oscuridad, ojos cerrados, calma del lugar, gestos y palabras exentos de brusquedad- hace al cuerpo del niño sensible a los ruidos, al calor, a la calidad del tacto, a la voz, todas aferencias de las que el niño pudo ser privado, que no le fueron ofrecidas, o incluso que no era capaz de recibir en un momento dado de su primera infancia” (Bergès-Bounes, s/a).

A través de un tratamiento en relajación terapéutica las pacientes anoréxicas tendrían la posibilidad, por un lado de registrar y concientizar las diferentes partes del cuerpo y de este modo “establecer nuevas relaciones con su cuerpo y con los otros” (Bounes, 1989:2); por otro lado, la experiencia de la Relajación Terapéutica les permitiría alcanzar un saber propio acerca del cuerpo al conectarse con las sensaciones corporales y con las emociones durante el trabajo de relajación. De esta manera podrían acortar el distanciamiento que tienen con su cuerpo y podrían vincularse con éste desde un lugar distinto, que no sea la enfermedad.

Asimismo, al trabajar sobre la dimensión somática del cuerpo: el peso, la temperatura y la respiración se estaría operando, a su vez, sobre la dimensión imaginaria y la dimensión simbólica, con lo cual contribuiríamos a modificar las representaciones negativas o distorsionadas que estas pacientes tienen acerca de su cuerpo.

“La Relajación Terapéutica es un modo original de abordar el cuerpo y un abordaje del cuerpo entero y no sólo la parte del cuerpo que está puesta adelante por el síntoma” (Bounes, 1989; 2); es un modo de acceso al cuerpo, un medio que les permite a las pacientes anoréxica la posibilidad, mediando la transferencia, de reencontrarse con las huellas de su historia, de trazar nuevos caminos, de resignificar su “constructividad corporal”.

A través del tacto, la voz, la palabra, las imágenes, se puede realizar un recorrido del cuerpo no sólo desde lo real y concreto del mismo, sino desde la posibilidad de simbolizarlo, de representarlo, y de “tocarlo” a través de las palabras, pues tal como lo dice Jean Bergès **“Lo que articula al cuerpo es la palabra, es la palabra la que lo hace funcionar”** (1998:6).

### **Consideraciones Finales**

El interrogante central de este trabajo de investigación ha girado en torno a los aportes que la Psicomotricidad, como disciplina abocada al estudio del cuerpo, pudiera realizar al diagnóstico y tratamiento de una problemática actual como la Anorexia.

En la anorexia el cuerpo se haya comprometido tanto en su dimensión somática como en su dimensión psíquica denunciando el padecimiento de un sujeto.

Desde una perspectiva psicomotriz consideramos que en la anorexia se hayan comprometidos ciertos funcionamientos del cuerpo siendo la observación psicomotriz el recurso que nos permitió identificarlos y precisarlos.

En primer lugar, ubicamos a la alimentación, cuyo compromiso se manifiesta en las dificultades que las pacientes anoréxicas tienen para vincularse con la comida, es decir el rechazo de la comida, los rituales establecidos a la hora de comer y sobre todo la “desnaturalización” de la alimentación que la separa de su función esencial;

En segundo lugar, situamos a la organización tónica postural, en la cual el compromiso se da a ver por un lado, en las dificultades del manejo general de su cuerpo, en la postura de retraimiento, en la pobreza de la gestualidad y la mirada; y por otro lado en el poco registro de lo que realmente les sucede en el cuerpo y en la no conciencia de enfermedad lo cual les dificulta su participación en la cura.

Y por último, ubicamos al lenguaje, que se manifiesta a través de la pobreza discursiva que les dificulta dar cuenta de lo que les sucede emocionalmente y en su cuerpo; y también en la imposibilidad de hacer entrar en la dimensión discursiva los actos irrefrenables que se les imponen.

Consideramos que la observación psicomotriz contribuye al diagnóstico de la anorexia ya que la misma contempla aspectos del cuerpo, como los que acabamos de señalar, que suelen estar por fuera de los diagnósticos médicos y psicológicos.

En cuanto al abordaje psicomotor de las pacientes anoréxicas proponemos la Relajación Terapéutica en Psicomotricidad puesto que la forma particular de abordar al cuerpo que este método plantea, mediante la presentación progresiva y segmentada del cuerpo; la proximidad del terapeuta, su voz y las palabras que utiliza; como así también

el tacto y la movilización de las diferentes partes del cuerpo actuaría para las pacientes anoréxicas como un modo de articulación entre cuerpo y lenguaje, y además como un modo de volver a presentar las funciones del cuerpo, cuyo compromiso aun no ha podido ser metabolizado y se cristaliza en las dificultades que tienen para vincularse con su cuerpo a través del lenguaje.

Sabemos que este ha sido un primer acercamiento a la problemática de la anorexia desde una perspectiva psicomotriz. Sin embargo, el abordaje de la temática investigada desde el campo específico de la Psicomotricidad plantea la necesidad de seguir interrogándonos acerca de dicho padecimiento para enriquecer el enfoque interdisciplinario que esta patología requiere.

## BIBLIOGRAFIA

- Bergès, J. (1993) El cuerpo y la historia del sujeto en *Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial. Año III-Nº 2*. Buenos Aires: Editorial Elea.
- Bergés, J. y Bounes, M. (1977) *La Relajación Terapéutica en la Infancia*. Madrid: Toray-Masson.
  - (1993) “A propósito de la Relajación Terapéutica en el niño” en *Revista de estudio y Experiencia en Psicomotricidad. Nº 43*. Madrid.
  - (s/a) Reflexiones acerca de la terapéutica de relajación en el niño (Manuscrito no publicado).
- Bounes, M. (1989) *La Relajación en la infancia*. Conferencia. Jornadas de Estudio con Jean Bergès. Buenos Aires.
- Costé, J. (1978) Capitulo II: Los conceptos de la Psicomotricidad, En *La Psicomotricidad*. Buenos Aires: Editorial Huenuls.
- Cruz, J. (1991) *Alimentación y Cultura. Antropología de la conducta alimentaria*. Pamplona: EUNSA.
- De Ajuriaguerra, J. (1982) Ontogénesis de las posturas: yo y el otro en *Revista Cuerpo y comunicación*. Madrid: Ed. Pirámide.
- González, L. (2009) *Pensar lo Psicomotor. La constructividad corporal y otros textos*. Buenos Aires: Eduntref.
  - (1998) *La Relajación o una experiencia significativa con el silencio del cuerpo*. (Manuscrito no publicado).
  - (1998) *La relajación terapéutica en Psicomotricidad. Una experiencia hospitalaria con niños*. (Manuscrito no publicado).
- Hekier, M. y Miller, C. (2005) *Anorexia-Bulimia: Deseo de Nada*. Buenos Aires: Paidós.
- Herscovici, C. y Bay, L. (1993) *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Levin, E. (1991) *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, J. (2002) *Tramas del lenguaje infantil*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (1994)*, España, Masson S.A.

- Recalcati, M. (2004) *La última cena: anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado.
- Turón-Gil, V. (1997) *Trastornos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad*. Barcelona: Masson, S.A.
- Valiente, E. (1996) *Anorexia y Bulimia: el corsé de la autodisciplina*. En M. Margullis Editor *La juventud es más que una palabra: ensayos sobre cultura y juventud*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Wallon, H. (1964) *Los orígenes del carácter del niño*. Buenos Aires: Editorial Lautaro.
- Winnicott, (2002) *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño*, en *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

#### **Referencias electrónicas**

- <http://www.rae.es> (consultado 10/04/09).