

Efecto de la terapia de conciencia corporal basal sobre la funcionalidad de adultos mayores

Norma Elisa Gálvez Olvera ^{a1}

Daniel Osvaldo Ciudad Antognini ^b
<https://orcid.org/0000-0003-1426-1052>

^a Asociación Mexicana de Fisioterapia en Salud Mental

^b Universidad de Granada, España

Fecha de recepción: 09 de mayo de 2019
Fecha de aprobación: 23 de junio de 2019

Resumen

La Terapia de Conciencia Corporal Basal (BBAT: Basic Body Awareness Therapy) es un enfoque orientado a la salud y centrado en la persona. Ofrece herramientas de evaluación y un programa de tratamiento, es usado por fisioterapeutas de forma individual y grupal. El objetivo de esta terapia es apoyar al paciente a estar más consciente, desarrollar y mantener habilidades funcionales y coordinación en el movimiento. No existen estudios que evalúen el efecto de esta metodología en adultos mayores para mejorar su funcionalidad. **Objetivo:** Describir el efecto de BBAT sobre la funcionalidad de un grupo de adultos mayores. **Método:** Estudio cualitativo, la muestra correspondió a 5 mujeres adultas entre 60-78 años de edad con diferentes comorbilidades y dolor en al menos una articulación. Se realizaron 12 sesiones de BBAT grupal evaluando al inicio y al final la calidad del movimiento y la conciencia corporal usando la escala de conciencia corporal (BARS: Body Awareness Rating Scale) **Resultados:** Se registran cambios en la calidad de movimiento, la postura, elasticidad, equilibrio y coordinación. Mejora la conciencia corporal y se observa disminución del dolor. **Discusión:** Se discute la importancia de promover la calidad del movimiento en este grupo poblacional para mejorar la funcionalidad y calidad de vida. Se subraya la importancia del trabajo grupal desde una visión psicosocial. BBAT puede ser un enfoque útil para las personas mayores cuando se centran en mejorar la calidad del movimiento, la funcionalidad y calidad de vida.

Palabras clave: Fisioterapia; salud mental; terapias mente-cuerpo; anciano; terapia de conciencia corporal basal.

¹ Correo de contacto: n_elisago@hotmail.com
DOI: 10.30788/RevColReh.v18.n2.2019.398

Effect of basic body awareness therapy on the functionality of elderly adults

Abstract

Basic Body Awareness Therapy (BBAT) is a person-centered and health-oriented approach. It offers assessment tools and a treatment program, is used by physiotherapists individually and in groups. The objective of this therapy is to support the patient to be more conscious, develop and maintain functional abilities and coordination in the movement. There are not studies that evaluate the effect of this methodology on older adults to improve their functionality. **Objective:** To describe the effect of BBAT on the functionality of a group of older adults. **Method:** Qualitative study, the sample corresponded to 5 adult women between 60-78 years of age with different comorbidities and pain in at least one joint. 12 sessions BBAT group therapy were carried out, evaluating at the beginning and at the end the quality of movement and body awareness using the body awareness scale (BARS: body awareness rating scale). **Results:** There were changes in the quality of movement, posture, elasticity, balance and coordination. Improved body awareness and pain reduction was observed. **Discussion:** The importance of promoting the quality of movement in this population group to improve functionality and quality of life is discussed. The importance of group work is highlighted from a psychosocial perspective. BBAT can be a useful approach for the elderly when they focus on improving the quality of movement, functionality and quality of life.

Keywords: Physiotherapy; mental health; mind-body therapies; basic body awareness therapy, aged.

Introducción

La demografía mundial está cambiando debido al aumento en el número de personas mayores. La disminución de las tasas de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida de la población ha dado lugar al envejecimiento poblacional. En México, la población de 60 años de edad y más, representa el 10,4% de la población total, 12.436.121 personas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015). Lo cual tiene profundas implicaciones para las políticas públicas y los sistemas de salud.

El deterioro fisiológico es una característica del envejecimiento normal y tiene lugar en todos los sistemas del organismo. La comorbilidad es un problema frecuente en ancianos y es un factor de riesgo para que se presenten eventos adversos como: deterioro funcional, discapacidad, dependencia, institucionalización, hospitalización, mala calidad de vida y muerte (Abizanda et al, 2020). Los pacientes mayores de 70 años sufren de al menos una comorbilidad y en 30% de ellos están presentes dos o más

En la ciudad de México, según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) se identificaron 426 (34.1 %) adultos mayores con dos o más enfermedades crónicas por autorreporte y el resto con una o ninguna enfermedad crónica, estos resultados son similares a los de otros países de Latinoamérica y el Caribe (Menéndez et al, 2005). El mejor indicador de salud para estudiar la población adulta es el estado funcional (Pirki, 2009). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (POS/OMS, 2002) definen como adulto mayor

"funcionalmente saludable", a aquel que es capaz de hacer frente a este proceso de cambio, con un nivel de adaptación funcional y satisfacción personal.

La fragilidad se define teóricamente como un estado clínicamente reconocible de mayor vulnerabilidad resultante de la disminución asociada al envejecimiento en la reserva y la función a través de múltiples sistemas fisiológico, psicológico, físico y social, así como la capacidad de lidiar con los estresores diarios o agudos (Gómez-Montes & Curcio-Borrero, 2002; Rockwood, 2005; García-González, García-Peña, Franco-Marina & Gutiérrez-Robledo, 2009; Xue, 2011; Siordia & Saenz, 2012; Negm et al, 2017). Esta fragilidad, condiciona en muchos casos deterioro funcional, discapacidad, mala calidad de vida y muerte.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar al cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (Ministerio de Salud de Chile [Minsal], 2003).

De esto deriva la importancia de implementar programas de tratamiento/prevención en este grupo poblacional. La terapia de conciencia corporal basal (conocida como BBAT, Basic Body Awareness Therapy por sus siglas en inglés) es una terapia de movimiento con oportunidades para contactar, explorar, experimentar, integrar, crear significado, reflejar y verbalizar experiencias en una situación aquí y ahora (ciclo de aprendizaje de conciencia del movimiento representada en la figura 1), entre un ser consciente que actúa y se relaciona (Skjaerven, 2013; Skjaerven, 2015.) Para integrar tales objetivos el terapeuta utiliza su cuerpo y la voz para guiar de una manera didáctica. BBAT se utiliza en la terapia individual o grupal, en todos los grupos de edad y se puede utilizar en pacientes psiquiátricos, con dolor crónico, en enfermedades reumáticas, en trastornos como ansiedad y depresión entre otros padecimientos.

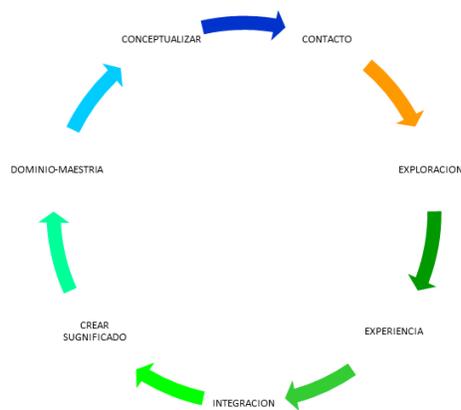


Figura 1. Círculo de aprendizaje de conciencia del movimiento

Terapia de conciencia corporal basal como método fisioterapéutico: orígenes históricos

Existen diferentes técnicas terapéuticas a menudo categorizadas como enfoques mente-cuerpo que pretenden mejorar la conciencia corporal, como: yoga, Tai-Chi, terapias basadas en Mindfulness/meditación,

Feldenkrais, método de Alexander, terapia de respiración, y también el enfoque terapéutico específico ofrecido por fisioterapeutas, llamado *terapia de conciencia corporal basal* (BBAT) (Mehling et al., 2011).

El término "terapia de conciencia corporal" se usó por primera vez a finales de los 60 en fisioterapia para pacientes neuróticos. La experiencia clínica fue la fuente más importante de inspiración para el desarrollo de la terapia de conciencia corporal; los recursos, disfunciones y necesidades de los pacientes fueron en gran medida determinantes para el desarrollo del método (Skatteboe, 2005). En los últimos 30 años se ha realizado el desarrollo profesional y la investigación por la Asociación internacional de docentes en la terapia de conciencia corporal basal (International Association of Teachers in Basic Body Awareness Therapy) (Skjaerven, 2015). BBAT se practica ahora en las unidades de rehabilitación en instituciones del sistema de salud, principalmente en los países escandinavos, pero ha ido ganando terreno gradualmente en países como España, Turquía, Japón, Singapur, Estonia, Brasil, Canadá, Chile y México.

El educador y psicoterapeuta del movimiento francés Jacques Dropsy desarrolló el enfoque de sensibilización del movimiento, su teoría y práctica en los 60's. Dropsy usó el concepto "psicotonia" para describir su método de trabajo (Dropsy, 1998). Afirmó que el patrón tónico-motor se basa en experiencias aprendidas, mismas que se han internalizado gradualmente, pero todavía contienen un potencial de desarrollo. Este patrón influye en las funciones autonómicas que luego están disponibles para una activación consciente (Skatteboe, 2005).

Gertrud Roxendal, fisioterapeuta sueca introdujo este enfoque en fisioterapia en los 70's. Sistematizó muchos años de experiencia de psicotonía y describió la conciencia corporal como concepto general (Skatteboe, 2005).

Teoría

BBAT es un enfoque de sensibilización del movimiento que promueve la calidad del mismo desde una visión integral y salutogénica. El concepto de *salutogénesis* fue introducido a finales de los 70 por Aaron Antonovsky. En este modelo salutogénico se valoran los factores o recursos que facilitan la capacidad de las personas, las comunidades y las poblaciones para mantener la salud y el bienestar (Juvinya-Canal, 2013, Antonovsky, 1987).

BBAT se basa en la hipótesis del triple problema de contacto. En esta teoría, Dropsy postuló que los problemas de contacto con el propio cuerpo (como la falta de conciencia del cuerpo físico y la vida interna), indican un problema en el contacto con los demás y la realidad, y viceversa (Gyllentsen, 2001).

Esta deficiencia de contacto puede conducir a hábitos de movimiento disfuncionales (falta de vitalidad, flujo y ritmo), dolor y reducción del funcionamiento en la vida cotidiana. Este problema se manifiesta en el cuerpo como falta de unidad entre cuerpo y mente, en movimientos inarmónicos o disfuncionales (Skjaerven, 2015.). Una persona que está bien "aterrizada" en la realidad, se expresa a sí misma a través de movimientos coordinados y armónicos (Skjaerven, 2008).

Escala de Conciencia Corporal (BARS)

BBAT como modalidad de sensibilización del movimiento, consiste en un programa de rehabilitación estructurado con herramientas de evaluación válidas y fiables (Lundvik Gyllensten, Ekdahl & Hansson 1999;

Gyllensten, 2001, Lundvik Gyllensten, Ovesson, Lindström, Hansson & Ekdahl, 2004). En BBAT se han desarrollado dos escalas de evaluación, una sueca y otra Noruega, la escala de clasificación de conciencia corporal (BARS: Body Awareness Rating Scale). Esta herramienta incluye dos dimensiones, una de movimiento y otra de conciencia. En la dimensión del movimiento, el fisioterapeuta observa, describe y evalúa la calidad en la coordinación de 12 movimientos básicos. En la dimensión de conciencia, entrevista al paciente acerca de la experiencia del movimiento inmediato después de cada uno de ellos (Skjaerven, 2015). El paciente realiza 5 repeticiones de cada movimiento y el más sano y funcional es el que se evalúa. La escala es ordinal y va de 1 a 7. Donde 1, hablando de la calidad del movimiento (CM), es el más disfuncional y patológico y 7 es el más sano y funcional. Los cambios en la calidad se observan cuando la respiración y la conciencia empiezan a estar integrados en el movimiento. Esta escala también tiene su propio lenguaje (respecto a la forma, dirección, energía, armonía, unidad, etc).

El fisioterapeuta (FT) pone atención a la persona como un todo, lo ve integralmente, así puede ver cómo la respiración, el balance corporal y la conciencia influyen en el movimiento. Las principales razones para el uso del BARS en la práctica clínica es determinar la intervención y el efecto de la terapia. Esta prueba fue desarrollada para evaluar la calidad en la coordinación del movimiento, observando los hábitos, las compensaciones y los recursos de movimiento sanos (Skjaerven, 2015).

El FT le da tiempo al paciente para explorar lo que significa estar en movimiento, dando la oportunidad de que viva la experiencia de lo que está sucediendo. Es importante dar tiempo y silencio para esta exploración. El FT observa, describe, analiza y evalúa la calidad del movimiento, a) evaluando y b) añadiendo comentarios a la observación de la evaluación. Después de anotar, el FT pregunta al paciente: "¿Cómo fue esto para usted? ¿Qué experimentó mientras estaba en el movimiento? Estas descripciones no se evalúan, sino que se manejan como una descripción cualitativa de la experiencia (Skjaerven, 2015).

Cuatro perspectivas

Los principios de movimiento implementados en BBAT y BARS abarcan cuatro perspectivas de la existencia humana: física, fisiológica, psicosociocultural y existencial (Dropsy, 1987, Gyllensten, 2001). Destacan por estimular la conciencia sensorial asociada a la coordinación del movimiento, la respiración consciente y la atención en las sensaciones corporales internas (Gard, 2005; Johnsen & Raheim, 2010). Los componentes centrales son: el eje vertical firme y estable, el centro del movimiento localizado en medio del tronco (anatómicamente en la región donde se localiza el diafragma), respiración y autoconciencia usando movimiento, así como voz y tacto en forma de masaje como enfoque terapéutico (Lundvik Gyllensten, Ekdahl & Hansson, 1999).

La CM se describe como la forma en que se ejecutan los movimientos humanos con respecto a las dimensiones del tiempo, espacio y energía (Skjaerven, 2008). Se enfatiza la influencia de la mente en la CM, afirmando que "es la mente la que da el movimiento de calidad" (Skjaerven, 2008). Las descripciones se refieren a la relación de la persona con el suelo, la estabilidad en la línea media, respiración, flexibilidad, fluidez y coordinación (Gyllensten, 2001).

La función del FT se puede dividir en tres: 1) como un espejo, para dar una imagen más realista que el paciente pueda observar (por lo que los terapeutas entrenados en BBAT, trabajan en su cuerpo), 2) para

proporcionar dirección y 3) el terapeuta confirma lo que el paciente ha encontrado, como una mejor sensación de ritmo, facilidad o equilibrio (Skjaerven, 2015).

La interacción entre el paciente y el FT es fundamental en todas las prácticas clínicas, contribuye a la resolución de problemas y ayuda a activar los recursos del paciente. El comportamiento característico de este proceso incluye los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor (Lundvik Gyllensten, Gard, Hansson & Ekdahl, 2000).

Entre los objetivos de la modalidad de tratamiento BBAT están: aumentar el equilibrio corporal y mental, mejorar el uso del cuerpo, el restablecimiento de la imagen corporal, aliviar los síntomas relacionados con hábitos disfuncionales, aumentar la motivación para los movimientos, la libertad y flexibilidad en el movimiento y la respiración, y fortalecer la capacidad de estar mentalmente presente (Roxental, 1985, Lundvik Gyllensten, Hansson & Ekdahl, 2003). BBAT tiene en cuenta que la parte física, mental y existencial afectan a la persona y la existencia en el movimiento y la vida cotidiana. La presencia encarnada y consciente son importantes; promoverlas durante el movimiento cotidiano representa una clave en el enfoque terapéutico (Skjaerven, 2008).

La terapia grupal como una forma de intervención médica y psicológica se ha desarrollado desde el principio de 1900. Varios tipos de terapias grupales se han fusionado junto con nuevos síndromes clínicos, entornos y enfoques teóricos (Yalom, 2005). Yalom subraya cómo la psicoterapia grupal afecta el crecimiento o el cambio en el hombre y ha establecido los "factores terapéuticos" para su uso en la terapia grupal (inculcar y mantener la esperanza, universalidad, altruismo, aprendizaje interpersonal, cohesión grupal, los factores existenciales, la catarsis y el desarrollo de técnicas de socialización).

Estos factores son efectivos para cualquier perspectiva en todos los modelos de terapia de grupo (Yalom, 2005) y representan el núcleo de la misma, algo que es común a todos los modelos terapéuticos incluyendo mecanismos básicos de cambio. Considerando que muchos adultos mayores padecen aislamiento social, esta perspectiva grupal suma en los procesos fisiológicos, psicológicos y sociales.

Calidad del movimiento a través de cuatro perspectivas

El modelo CM introduce a la comprensión de lo que es y proporciona un discurso profesional sobre el mismo. Es multifacético y contiene recursos importantes para cubrir la salud en relación con el movimiento. Desde una visión biomecánica está conectado a cómo la persona se relaciona con el espacio, cómo esta relación afecta la alineación postural, el trayecto y la forma del movimiento basado en la estructura anatómica. Fisiológicamente conecta cómo la persona se relaciona con el tiempo y cómo esta impacta en los procesos fisiológicos. Psicosocioculturalmente, conecta cómo la persona se relaciona con la energía y cómo estos procesos influyen en los movimientos. Existencialmente está conecta a la autoconsciencia, la capacidad de la persona de estar presente, aquí y ahora, y cómo estos aspectos la influyen. Afinar la CM puede entenderse como un proceso de formación de coherencia en la persona (Skjaerven, 2008).

Síndrome de fragilidad

La fragilidad es un síndrome clínico común en adultos mayores que conlleva un mayor riesgo de problemas de salud, como caídas, pérdida de funciones asociados a debilidad, desnutrición, discapacidad por

incidentes, hospitalización y mortalidad (Ensrud et al., 2009). Un consenso de los geriatras italianos y estadounidenses afirma que los criterios para definir la fragilidad física se basan en alteraciones fisiológicas que afectan la movilidad, equilibrio, fuerza muscular, el procesamiento motor, la nutrición, cognición, resistencia y actividad física (Fried et al., 2001; Walston et al., 2006). Por lo anteriormente expuesto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué efecto tendrá la terapia de conciencia corporal basal sobre la funcionalidad de adultos mayores?

Método

Estudio cualitativo de reporte de caso que reclutó 5 mujeres mayores de 60 años. Sin importar si tenían deterioro cognitivo o alguna patología. Al inicio y al final de las sesiones, los pacientes fueron evaluados con la escala BARS. El tratamiento fue realizado por una FT entrenada en BBAT. Los pacientes fueron informados al iniciar las sesiones sobre el tratamiento (número de sesiones, número de participantes, lugar, hora, tipo de vestimenta) y se enfatizó la importancia de la práctica en casa.

Durante todas las sesiones, la fisioterapeuta escribió notas sobre sus comentarios. Se aplicó un breve cuestionario en la última sesión con la intención de obtener información de su participación en el grupo focal. Las preguntas fueron cualitativas, como: Comparando tu experiencia durante las sesiones, ¿cuál fue tu experiencia al inicio de la terapia? y ¿cuál fue tu experiencia la final de las sesiones?, ¿qué cambios puedes notar en tu cuerpo? Las respuestas fueron sistematizadas y analizadas, así como comparadas con las notas de la fisioterapeuta para obtener los resultados finales.

Intervención

La intervención consistió en 12 sesiones de terapia grupal de conciencia corporal basal, dos veces por semana, con una duración de 90 minutos. Las sesiones empezaban y terminaban con los participantes sentados en una silla y junto con el fisioterapeuta reflexionaban sobre la práctica que habían realizado en su casa (al inicio) o sobre su experiencia de la sesión (al final). Se realizaban diferentes movimientos, teniendo en cuenta su edad y condición física. Los mismos se iban aumentando gradualmente y también se incorporó el masaje.

Análisis de datos

Se basó en el modelo descrito por Giorgi y modificado por Malterud (Malterud, 2001; Malterud, 2012). Para la parte cualitativa, el primer paso fue revisar el material obtenido en las sesiones de grupo, posteriormente se resumió y clasificó identificando ejes temáticos.

El modelo mencionado anteriormente guió el análisis de datos. El foco de interés fueron las experiencias de los sujetos durante el proceso de tratamiento y su opinión acerca de si la terapia les ayudó a mejorar su funcionalidad teniendo en cuenta el punto de vista de las cuatro perspectivas utilizadas en BBAT (Skjaerven, 2008; Skjaerven, 2013; Skjaerven, 2015). Después de revisar el material producido en las sesiones grupales, los ejes temáticos fueron identificados y los resultados fueron analizados, de acuerdo con el modelo de calidad del movimiento propuesto por Skjaerven (Skjaerven, 2008, Skjaerven, et. al., 2010, Skjaerven, 2013).

Los pacientes fueron informados sobre el objetivo del proyecto y después de leer, si estaban de acuerdo con el procedimiento, firmaron carta de consentimiento informado. Los investigadores declaran conocer y respetar los principios éticos para investigación médica en seres humanos, Helsinki.

Resultados

Todos los participantes mostraron mejoría con respecto a la conciencia corporal y la calidad del movimiento. Analizándolo desde las cuatro perspectivas que se usan en BBAT, se observó: aumento en la flexibilidad (con menos tensión muscular en los movimientos), logrando disminución del dolor en diferentes articulaciones, más fluidez y mejoría en la postura (estabilidad y equilibrio). Lograron un mejor apoyo en sus pies, consiguiendo mayor equilibrio.

Mejoraron su capacidad de utilizar el cuerpo con una mejor coordinación (distinguir entre el lado derecho e izquierdo, el peso corporal, superior e inferior, la tensión y el estiramiento), liberando la respiración. Al centrarse en la inhalación y la exhalación, pudieron ver los beneficios de la respiración mejorando su conciencia corporal, identificando cuando su cuerpo estaba tenso o relajado y cómo trabajando con la respiración lograban relajarse. Esto mejoró su calidad del sueño.

Notaron cómo los movimientos ayudaron a hacer la respiración más profunda y cómo se reguló de manera natural, identificando los bloqueos en la respiración que causa el cuerpo cuando tiene tensión. Pudieron notar cómo los movimientos junto con la respiración ayudaron a *"despertar su cuerpo y sus sensaciones"*, según una participante expresó. Relacionando estos resultados con el modelo de las cuatro perspectivas, se expondrán los resultados de todos los casos.

Desde la perspectiva biomecánica

Todos los participantes en el grupo sintieron mejoría en su postura, mayor flexibilidad, menos tensión y con esto, más energía para hacer sus actividades de la vida cotidiana. Lograron caminar de una manera más fluida y ligera, y con mejor apoyo podal permitiendo una mejor coordinación y equilibrio. Este es un punto muy importante que puede ayudar a evitar caídas en este grupo etéreo. Algunos de sus testimonios fueron:

- *"Siento que he mejorado mi postura".*

- *"Me siento muy bien, mis movimientos son más ligeros".*

- *"Siento más flexibilidad en todo mi cuerpo, estoy ansiosa por seguir adelante un poco más con cada sesión."*

- *"Hoy cuando empezamos mis hombros estaban muy tensos, los brazos han mejorado mucho, al principio dolían mucho. Estire la parte inferior del cuerpo, mis rodillas y empezaron a doler menos".*

Desde la perspectiva fisiológica

Todos los participantes del grupo estuvieron de acuerdo en que al principio era difícil coordinar la respiración con los movimientos. También sintieron que su respiración era superficial y estaba bloqueada, a medida que avanzaban en las sesiones, era más fácil para ellas coordinar su respiración con el movimiento y podían sentir la respiración más profunda. Algunas afirmaciones:

- *"Me cuesta concentrarme en la respiración, pero poco a poco lo estoy haciendo y siento que respiro mejor."*

- *"La respiración y el estiramiento fueron las principales maneras a través de las cuales inicié un proceso de despertar las sensaciones..."*

- *"He tratado de observar, por ejemplo, caminar y tratar de respirar al mismo tiempo. Creo que de eso se trata, ¿no? de hacerlas en la vida normal..."*

Desde la perspectiva psicosociocultural

Todos los participantes del grupo estuvieron de acuerdo en que era difícil y sorprendente al mismo tiempo lo que podían descubrir cuando pusieron atención en su cuerpo. Por ejemplo, la diferencia entre el lado derecho y el lado izquierdo, tanto en movimiento como en peso. También notaron cómo podrían sincronizar mejor el movimiento simultáneo de las extremidades superiores e inferiores concentrándose en su centro y realizando el movimiento de una manera más armoniosa. Relatos:

- *"Siento que soy más consciente de mi cuerpo, lo que es tensión y relajación, siento que escucho más a mi cuerpo."*

- *"Con el movimiento en parejas, fue bien, fue muy sincrónica... Me gusta."*

- *"Las tres sesiones previas fueron muy relajantes y hoy me volví más consciente y siendo más consciente, no me relajé, pero siento que estoy activa..."*

- *"Tendida en el suelo ya no me molesta como al principio y ya no tengo tantos pensamientos, ya me las arreglaré para calmar mi mente."*

Desde la perspectiva existencial

Los participantes comentaron sentirse más integrados, con más energía, dándose la oportunidad de sentir su cuerpo y conocer otra perspectiva que los ayudó a mejorar su calidad de vida.

- *"Es una inmensa sensación de compartir, de decir: ¡yo estoy aquí y de saber que no hay nada que perder nada en la vida, que yo permanezco abierta al terreno de la vida!"*

- *"Me gusta, lo siento bien, empiezo a sentir más mi cuerpo y con más vida!"*

- *"He aprendido a reconocer partes de mi cuerpo y saber que se pueden mover, porque había movimientos que había olvidado, estaba bloqueada!"*

- *"Siento que ahora puedo mover todo mi cuerpo, más simétrico, más integrada!"*

- *"Siento que tengo más conciencia de mi cuerpo, estoy más en mi centro, en todos sentidos..."*

Al inicio de la terapia todas las participantes tuvieron una calidad de movimiento disfuncional (evaluado entre 2 y 3 según BARS), caracterizado por un equilibrio pobre en el eje vertical, poca estabilidad y libertad. Las características del movimiento fueron: disfuncional en la forma, mecánico, rígido y arrítmico. La cantidad de energía empleada en el movimiento, a veces era demasiada (acorde con la instrucción), era demasiado pequeño y cerrado o demasiado grande y abierto. La mayoría de las veces los movimientos iniciaron en la periferia (no en el centro) y había falta de unidad entre la parte superior e inferior del cuerpo con poca integración.

Al final de la terapia, todas mejoraron la calidad del movimiento. Pudieron tener en el eje vertical más equilibrio, mejor balance, más estabilidad y firmeza. Las características de los movimientos fueron: mayor forma funcional, con intención y dirección. La cantidad de energía era más apropiada para la tarea. Los movimientos se caracterizaron por mostrar un poco de autoconsciencia. Mostraron signos de que el movimiento se empezaba a originar en el centro del tronco. La unidad e integración expresaron mayor armonía del movimiento. En la tabla 1 se muestran algunos datos de las participantes y la evaluación del BARS y en la figura 2 se muestra el promedio del BARS grupal.

Tabla 1.

Información de los participantes y resultados de la evaluación inicial y final

Participante	Edad	Ocupación	Antecedentes	BARS inicial	BARS final
1	78	Ama de casa.	Hipertensión arterial controlada con medicamento, dolor ocasional en rodillas.	3.3	4.5
2	75	Académica universitaria e investigadora.	Enfermedad de Parkinson con 5 años de evolución y artroplastia bilateral de rodillas	2.9	4.0
3	70	Investigadora	Dolor crónico lumbar y en rodillas.	3.3	4.4
4	60	Ama de casa	Dolor ocasional en pies.	3.0	4.0
5	60	Trabaja en una tienda de material de construcción	Dolor crónico.	2.0	3.0

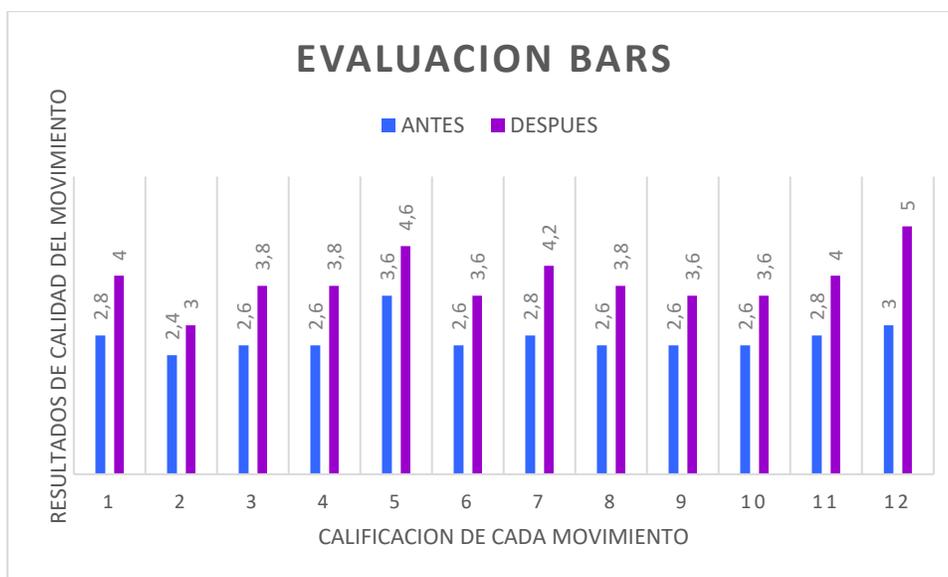


Figura 2. Promedio BARS grupal para todos los movimientos.

Discusión

Un objetivo importante en las intervenciones de fisioterapia en pacientes de edad avanzada, es que el terapeuta guíe al paciente para que se mueva de tal forma que impida el desarrollo de movimientos

compensatorios disfuncionales y al mismo tiempo promueva estrategias de movimiento económicas y equilibradas. A medida que envejecemos, nuestra capacidad para movernos libremente disminuye, esto puede ser causado por problemas de salud, enfermedades o lesiones específicas. Como Soberanes (2009), señaló "menos funcionalidad, mayor deterioro en la calidad de vida". La presente intervención se centró en promover la CM funcional en acciones cotidianas, lo que ayudó a disminuir el dolor, mejorar la movilidad, el control postural y la respiración en las participantes, aumentando así el sentido de unidad.

La estabilidad postural definida como el mantenimiento del centro de gravedad dentro de la base de apoyo del cuerpo y la capacidad de mantenerla son fundamentales para ejecutar con éxito cada una de las tareas de la vida cotidiana. Los componentes sensoriales involucrados incluyen la visión, la función vestibular y el sistema somatosensorial, que actúan enviando información sobre la posición y el movimiento del cuerpo en un espacio tridimensional (Sherrington, et al, 2008; Gómez, 2012a).

Acortar la longitud del paso, ralentizar la marcha y aumentar la doble fase de apoyo son las principales estrategias para adaptarse a un trastorno de equilibrio (Gómez, 2012a). Rubenstein (2006) notó como factores de riesgo individual más importante para las caídas (resumen de 16 estudios controlados): debilidad, deficiencia en equilibrio, en la marcha y visual, limitación de la movilidad, deterioro cognitivo y del estado funcional e hipotensión postural. La marcha en los ancianos también está relacionada con la postura de envejecimiento, se realiza con pequeños pasos, con leve flexión del cuello y rodillas (Rubenstein, 2006; Gómez, 2012b). En algunos movimientos de la terapia BBAT, los miembros (superiores o inferiores) se estiran en una forma suave y tolerable para el participante, sin que el objetivo sea hacer un estiramiento, y se observó que todos los participantes fueron capaces de disminuir las contracturas de flexión de rodillas y codos y lograron una mayor alineación vertebral, lo que llevó a mejorar el control postural, el equilibrio, el sistema propioceptivo, a mejorar la respiración y a incrementar la conciencia corporal. Con un mejor apoyo podal se mejora la estabilidad, y considerando que uno de los principales objetivos en fisioterapia en los adultos mayores es la prevención de caídas, este hallazgo debe ser considerado relevante.

Se han reportado hallazgos similares en personas con esquizofrenia (Hedlund & Gyllensten, 2010; 2016) y accidente cerebrovascular (DAE-Hyouk et. al, 2015; Lindvall, Anderzén, & Forsberg, 2016). En el último estudio, también informaron sentimientos de armonía y una sensación de bienestar y tranquilidad. En el proyecto actual los participantes mencionaron tener "*mayor sentido de unidad y un sentimiento de salud que invadió su cuerpo*".

Eriksson, Möller, Erikson y Kurlberg (2007) y Valenzuela (2012) han sugerido la evidencia de una relación bidireccional entre el dolor y la conciencia corporal, destacando cómo el primero (dolor crónico) afecta elementos del segundo (conciencia corporal), incluyendo el control motor, percepción corporal y reorganización cortical. Según Valenzuela y otros investigadores, está bien establecido que el dolor puede actuar como un factor estresante, perturbando el equilibrio homeostático y activando los componentes simpáticos del sistema nervioso autónomo. (Valenzuela, 2012; McEwend & Kalia, 2010). También se asocian con mala función motora, reducción del rango de movimiento, fuerza y resistencia (como dolor lumbar y fibromialgia) (Valenzuela, 2012). Estos problemas, que impactan en la función motora y que evitan la actividad física pueden resultar en "atrofia por desuso". El desuso tiene un lugar prominente en la expresión del dolor crónico. Además de la atrofia por desuso, en adultos mayores, a menudo están presentes, la polifarmacia, la disfunción psicosocial, la depresión, la restricción en la actividad y adaptación social. La

gravidad de las quejas los imposibilita para participar en grupos de tratamiento o en un entorno ambulatorio (van Wilgen et al., 2009).

Como podemos ver dentro del grupo, aunque no todas tenían dolor crónico (sólo una de las participantes), todas tenían dolor en diferentes articulaciones (rodillas, columna vertebral, hombros), mismo que disminuyó, al aumentar la flexibilidad y lograr una mayor relajación y control postural. El componente social del grupo favoreció la comunicación, el apoyo y autoapoyo mejorando así su estado de ánimo.

Aspergreen (2000) señaló que BBAT tiene como objetivo elevar la conciencia corporal con el fin de aumentar la capacidad del individuo para controlar los movimientos dolorosos (manejo del cuerpo) y movilizar los recursos propios de los pacientes (experiencia corporal profunda), lo que conduce a un aumento de la capacidad funcional. En este grupo, se posibilitó que enfrentaran el dolor de otra manera (al poner atención a la causa ya fuera durante alguna actividad o por una emoción), esto las ayudo a buscar otras alternativas de movimiento.

Ser consciente de la relación o la conexión entre el estado corporal (somatofísico) y el estado mental (psicoemocional) se considera fundamental para el éxito de las terapias mente-cuerpo y se produce cuando un individuo se da cuenta de su experiencia como resultado de la terapia (Price & Thompson, 2007). La capacidad de poder expresarnos a través del lenguaje nos da el poder de cambiarnos comunicando nuestras experiencias y también de regular nuestra fisiología mediante actividades básicas como respirar, movernos y tocar (Van der Kolk, 2017). En este grupo, al abrirse un espacio para reflexionar sobre la experiencia de *estar* en el movimiento, se permitían expresarse y aprender de las experiencias de las compañeras, teniendo la sensación de *estar en el mismo barco*, animándose continuamente entre ellas.

Desde un punto de vista neurofisiológico, la conciencia corporal incluye tanto la propiocepción como la interocepción. La primera, es la percepción de ángulos de articulación y tensiones musculares, de movimiento, postura y equilibrio. La segunda es la percepción de todas las sensaciones desde el interior del cuerpo: latido del corazón, respiración, saciedad, y los síntomas del sistema nervioso autónomico relacionados con las emociones.

La importancia de BBAT en las personas mayores, es que las participantes a través de movimientos simples (que evitan lesionar) y a su propio ritmo, pueden llegar a ser conscientes (sensibilización propioceptiva e interoceptiva) e involucran procesos mentales más altos como emociones, recuerdos, actitudes y comportamiento.

Lo anterior muestra que el fisioterapeuta puede trabajar como educador. A través de la interacción, la fisioterapia activa los recursos del paciente, dando lugar a procedimientos de resolución de problemas, eligiendo entre diferentes alternativas (Lundvik Gyllensten, Skär, Miller & Gard, 2010). A través de la educación, las personas son capaces de pensar por sí mismos, decidir y llegar a metas basadas en sus decisiones. Al proporcionar a los pacientes la base teórica y práctica de la enfermedad o discapacidad, nos permite colaborar activamente con el equipo interdisciplinario en todos los aspectos de su tratamiento y a ellos les favorece ser participantes en vez de pacientes en su proceso de curación.

El fortalecimiento de la autoconciencia aumenta las oportunidades de auto-experiencia y autorreflexión en todas las áreas de la vida (Dropsy, 1987; Mattsson, Wikman, Dahlgren, Mattasson & Armelius, 1998; Skjaerven, 2008).

A través del trabajo terapéutico en un entorno de aprendizaje seguro y confiable, los adultos mayores mostraron una mayor conciencia. Respiración, línea media, equilibrio, uso de energía y centrado mejoraron. A través de su auto-conciencia lograron "reconocer su cuerpo y escucharlo", por lo tanto, tuvieron una mayor sensación de salud, mejorando así su calidad de vida y funcionalidad. Lograron también mejorar la CM y la conciencia, manifestando sentirse más sanos.

BBAT puede ser un enfoque útil para las personas mayores cuando se centran en mejorar la calidad del movimiento, funcionalidad y calidad de vida. Este proyecto se realizó con un grupo pequeño, pero puede abrir nuevas líneas de investigación como terapia preventiva, para mejorar la funcionalidad en personas mayores y puede ayudar a retrasar las discapacidades y enfermedades.

Agradecimientos.

Los autores agradecen a las profesoras Liv Skjaerven y Mary Anne Sundal su colaboración en la supervisión del presente proyecto.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no presentar ninguna relación de interés comercial o personal dentro del marco de la investigación que condujo a la producción del manuscrito.

Colaboraciones

Todos los autores han contribuido intelectualmente en la elaboración del documento.

Referencias

- Dropsy J. (1987). Vivir en su cuerpo. Expresión corporal y relaciones humanas. Argentina: Paidós.
- Dropsy J. (1998). Human Expression - The Coordination of Mind and Body. In: Skjaerven LH, editor. Quality of Movement - The Art and Health. Lectures on Philosophy, theory and Practical Implications to Basic Body Awareness Therapy. Bergen: Skjaerven.
- Eriksson, E., Möller, I. E. Erikson, H. T. & Kurlberg, G. K. (2007). Body Awareness Therapy: a new strategy for relief symptoms in irritable bowel syndrome patients. *World Journal of Gastroenterology*, 13 (23), 3206-3214. Doi: 10.3748/wjg.v13.i23.3206
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walson, J., Newman, A. B. Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences Gerontological Society of America*, 56 (3), M146-56. Doi: 10.1093/gerona/56.3.m146
- García-González, J.J., García-Peña, C., Franco-Marina, F. & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2009). A Frailty Index to Predict the Mortality Risk in a Population of Senior Mexican Adults. *BMC Geriatrics*, 9(47), 1-8. Doi: 10.1186/1471-2318-9-47
- Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 27(12), 725-728. Doi: 10.1080/09638280400009071
- Gómez, M. J. (2012a). Marcha y equilibrio. En J. J. Lopez, *Fisiología del Envejecimiento* (págs. 149-164). Colombia: Celsus.

- Gómez, M. J., (2012b). Envejecimiento y enfermedad. En J. López Ramírez, *Fisiología del envejecimiento*. (págs. 37-44). Colombia: Celsus.
- Gómez-Montes, J. F. & Curcio-Borrero, C. L. (2002). Valoración integral de la Salud del Anciano. (Comprehensive Health Assessment of the Elderly). Manizales, Colombia.
- Lundvik Gyllensten, A., Skär, L., Miller, M & Gard, G. (2010) Embodied identity – A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26 (7), 439–446. Doi: 10.3109/09593980903422956.
- Lundvik Gyllensten, A., Hansson, L. & Ekdahl, C. (2003). Outcome of basic body awareness therapy. A randomized controlled study of patients in Psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy*, 5 (4), 179-190. Doi: 10.1080/14038109310012061
- Lundvik Gyllensten, A., Gard, G., Hansson, L. & Ekdahl, C. (2000). Interaction between patient and Physiotherapist in Psychiatric Care-the Physiotherapist's perspective. *Advances in Pshysiotherapy*, 2 (4) 157-167. Doi: 10.1080/140381900750063427
- Lundvik Gyllensten, A., Ekdahl, C. & Hansson, L. (1999). Validity of the Body Awareness Scale-health (BAS-H). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13 (4) 217-226. recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12032918>
- Lundvik Gyllensten, A., Ovesson, M. N., Lindström, I., Hansson, L. & Ekdahl, C. (2004). Reliability of the Body Awareness Scale-Health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (2) 213-219. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00272.x
- Lundvik Gyllensten, A. (2001). *Basic Body Awareness Therapy (Doctoral disertation)*. Lund University.
- Hedlund, L. & Gyllensten, A.L. (2016). Assessing movement quality in persons with severe mental illness – Reliability and validity of the Body Awareness Scale Movement Quality and Experience. *Physiotherapy theory and Practice*. Doi:10.3109/09593985.2015.1138008 1-11.
- Hedlund, L. & Gyllensten, A.L. (2010). The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizofrenia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14 (3), 245-254. Doi: 10.1016/j.jbmt.2009.03.002
- Instituto Nacional de Estadística y geografía [INEGI]. (2015). Intercensal survey. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Juvinya-Canal D. (2013). Salutogenesis, new perspectives to promote health. *Enfermería Clínica*, 23(3): 87-88. Doi: 10.1016/j.enfcli.2013.03.004
- Johnsen, R.W. & Råheim, M. (2010) Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Advandes in Physiotherapy*, 12(3):166–174. Doi: 10.3109/14038196.2010.501383
- Lindvall, M.A., Anderzén, A & Forsberg, A.(2016). Basic Body Awareness Therapy for patients with stroke: Experiences among participating patients and physiotherapists. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 20 (1) 83-89. Doi: 10.1016/j.jbmt.2015.06.004
- McEwen, B. S. & Kalia, M. (2010) The role of corticosteroids and stress in chronic pain conditions. *Metabolism Clinical and Experimental*. 59 (Supl 1), S9-S15. Doi: 10.1016/j.metabol.2010.07.012
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet*, 483-488. recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11513933>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health.*, 795-805. Doi: 10.1177/1403494812465030
- Mattsson, M., Wikman, M. D., Dahlgren, D. L., Mattasson, B. & Armelius, K (1998). Body Awareness therapy with sexually abused women. Part 2: Evaluation of body awareness in a group setting. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 2 (1) 38-45. Doi: 10.1016/s1360-8592(98)80045-4
- Mehling, W.E., Wrubel, J., Daubenmier, J.J., Price, C.J., Kerr, C.E., Silow, T., Gopisetty, V. & Stewart, A. L. (2011) Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6 (6), 1-12. Doi: 10.1186/1747-5341-6-6
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León-Díaz, E. M., Marín, C. & Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete

- ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5-6), 353-361. Doi: 10.1590/s1020-49892005000500007
- Ministerio de Salud de Chile [Minsal] /Instituto Nacional de Geriátrica (2003). *Evaluación funcional de adulto mayor*. Proyecto FONDEF, Santiago de Chile.
- Negm, A.M., Kennedy, C.C., Thabane, L., Veroniki, A. A., Adachi, J. D., Richardson, J., ... Papaioannou, A. (2017). Management of frailty: A protocol of a network meta analysis of randomized control trials. *Systematic Reviews* 6 (1). 130-138. Doi: 10.1186/s13643-017-0522-7.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2002). Guía clínica para atención primaria a las personas Adultas mayores. Washington OPS/OMS.
- Pirki, J. J. (2009). *Demographics of Aging*. Recuperado de: <http://transgenerational.org/aging/demographics.htm>
- Price, C.J. & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13 (9), 945-953. Doi:10.1089/acm.2007.0537.
- Xue, Q. L. (2011). The Frailty Syndrome: Definition and Natural history. *Clinics in Geriatric Medicine*, 1, 1-15. Doi: 10.1016/j.cger.2010.08.009.
- Rockwood, K. (2005). What would make a definition of frailty successful? *Age and Ageing*, 34:432-434. Doi: 10.1093/ageing/afi146
- Roxental, G. (1985). *Body Awareness Therapy and Body Awareness Scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy*. Götteborg, Sweden: Göteborg Universitet.
- Rubenstein, Z.L., (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Aging*; 35-S2:ii37-ii41. Doi:10.1093/ageing/afl084
- Sherrington, L.S., et al. (2008). *Falls in older people. Risk factors and strategies for prevention*. Cambridge University Press, 2nd Ed
- Siordia, C. & Saenz, J. (2012). Neighborhood Perception and Obesity in Aged Mexican Americans. *Journal of Frailty Aging*, 1(4), 152-161. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223644/>
- Skatteboe, U.B. (2005). *Basic Body Awareness Therapy and Movement Harmony*. Norway: Oslo University College, Faculty of Health Sciences.
- Skjaerven, L. (2008). An eye for movement quality: A phenomenological study of movement quality reflecting a group of physiotherapist's understanding the phenomenon. *Physiotherapy Theory and practice*, 24(1), 13-27. Doi: 10.1080/01460860701378042
- Skjaerven, L. (2013). Promoting movement quality and health for daily life. Bergen, Norway.: Bergen University College.
- Skjaerven, L. (2015.). *Body Awareness Rating Scale (BARS)-movement quality and experiences-manual*. Bergen, Norway.: Faculty of health and social sciences.
- Valenzuela, M.C. (2012). Chronic pain and disturbances in body awareness. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 7(1), 26-37. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=179323099006>
- Van der Kolk, B. (2017). El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro mente y cuerpo en la superación del trauma. Ed. Eleftheria S.L.
- Walston, J., Hadley, E.C., Ferrucci, L., Guralnik, J.M., Newman, A.B., Studenski, S.A., ... Fried, L.P. (2006). Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (6) 991-1001. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x
- van Wilgen, C.P., Dijkstra, P.U., Versteegen, G.J., Fleuren, M.J., Stewart, R. & van Wijhe, M. (2009). Chronic pain and severe disuse syndrome: Long-term outcome of an inpatient multidisciplinary cognitive behavioural. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(3), 122-128. Doi: 10.2340/16501977-0292.
- Yalom I. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5 ed.) New York: Basic Books.

Notas:

Información de autores:

Norma Elisa Gálvez Olvera

Fisioterapeuta, MSc. en sensibilización educativa con orientación Gestalt.
Asociación Mexicana de Fisioterapia en Salud Mental
n_elisago@hotmail.com

Daniel Ciudad Antogini.

Kinesiólogo, PhD en Fisiología del ejercicio aplicada al control del rendimiento deportivo y la salud.
Universidad de Granada,
daniel.ciudad@uv.cl
<https://orcid.org/0000-0003-1426-1052>