
This is the **published version** of the article:

Probst, Rahel; Bräuninger, Iris. ¿Puede ser el primer diagrama del Kestenberg Movement Profile (KMP), en especial los ritmos succionar y morder, predictor del grado de la demencia?. 2017. 131 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/181483>

under the terms of the  license

Trabajo Final de Máster

¿Puede ser el primer diagrama del Kestenberg Movement Profile (KMP), en especial los ritmos succionar y morder, predictor del grado de la demencia?

Rahel Probst

Máster en Danza Movimiento Terapia

Agradecimientos: Agradezco a mi tutora Iris Bräuninger por su apoyo y a la residencia geriátrica por su apoyo y colaboración.

Índice

1. Resumen (abstract).....	5
2. Introducción	6
1. Kestenberg Movement Profile	6
1. Judith Kestenberg	6
2. Descripción general.....	8
3. Ritmos del flujo de tensión (diagrama uno).....	11
1. Ritmos de entrega versus ritmos de lucha.....	12
2. Succionar (<i>sucking rhythm</i>).....	16
3. Morder (<i>biting/snapping</i>)	16
4. Retorcer (<i>twisting rhythm</i>)	17
5. Soltar, Tensionar (<i>strain/release</i>)	17
6. Deslizar (<i>running/driftng</i>)	18
7. Empezar, parar (<i>starting/stopping</i>)	19
8. Acunar (<i>swaying</i>)	19
9. Arrebato/Parto (<i>surgng/birthing</i>)	19
10. Saltar (<i>jumping</i>)	20
11. Chocar contra/Arrancar (<i>spurting/ramming</i>)	20
4. Influencia en el afecto de las calidades de movimiento.....	21
1. <i>Jumping vs. Spurting</i>	21
2. <i>Swaying vs. Biting</i> combinado con <i>starting-stopping</i>	22
5. El Tacto.....	22
1. el autocontacto.....	24
2. El concepto de la vejez	25
1. La vejez como un proceso normal.....	26

2. Tercera y cuarta edad.....	28
3. Demencia	29
1. Definición	29
2. Prevalencia e Incidencia	30
3. Tipos de Demencia	31
1. Criterios Etiológicos.....	32
1. Alzheimer	32
2. Demencia Vascular	33
2. Criterios Neuroanatómicos.....	33
3. Criterios Clínicos.....	34
4. <i>Mini Mental State Examination</i>	38
1. Interpretación	38
5. Hipótesis	40
3. Métodos.....	41
1. Diseño, Setting y Participantes	41
2. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	42
4. Resultados y Conclusiones	43
1. Resultados.....	43
2. Conclusiones.....	59
1. Hipótesis 2.....	59
5. Discusión	60
1. Análisis Metodología.....	61
1. Criterios de Calidad del KMP	61
2. Aspectos Metodológicos a destacar	62
3. Limitaciones Métodos	63
4. Propuestas de mejora metodológicas	67

2. Análisis de Resultados	69
1. Limitaciones de resultados	72
3. Propuesta de intervención	73
1. Justificación teórica.....	75
2. Justificación del tacto con pacientes que sufren de demencia avanzada.....	78
6. Referencias bibliográficas	81
7. Anexo	88
1. Perfiles de Movimiento	88

1. Resumen (Abstract)

En esta tesina se propone un diagnóstico del grado de la demencia a través del *Kestenberg Movement Profile* (KMP), comparándolo con el diagnóstico psicométrico realizado por el *Mini Mental State Examination* (MMSE). Además, se analiza si las demencias severas en la muestra se caracterizan por mayor frecuencia en ritmos de succionar y morder, y muy baja frecuencia en ritmos de acunar, arrebatado/parto, saltar y chocar contra. Se observaron a 45 pacientes de una residencia geriátrica dentro del mismo contexto y horario, realizando un análisis completo como evaluador novato del KMP. Los ritmos de succionar y morder predijeron correctamente, en comparación con el MMSE, el grado de demencia de un total de 30 pacientes de 40 (5 fueron excluidos), lo que supone un acierto del 75%. En demencia severa se observó un acierto de 87,5 %. Las demencias severas analizadas mantienen altas intensidades de ritmos de succionar y morder, y bajas en ritmos de acunar, arrebatado/parto, saltar y chocar. La metodología utilizada y los resultados instan a ciertas mejoras y suponen una base para un plan de intervención.

Abstract

This pilot study propose a diagnosis of the degree of the dementia using the Kestenberg Movement Profile (KMP), comparing it with the psychometric diagnose made by the Mini Mental State Examination (MMSE). Moreover, it analyzes if people with advanced dementia in the sample show a bigger frequency in sucking and biting rhythms, and little frequency of swaying, birthing/surging, jumping and ramming. 45 patients from a nursing home were analysed through a full Kestenberg Movement Profile as novice rater within the same context and schedule. The sucking and biting rhythms predicted correctly, in comparison with the MMSE, the degree of 30 from 40 patients (5 were excluded), a 75%. In advanced dementia the prediction rises up to 87,5%. This advanced dementia patients showed also high frequencies of sucking and biting rhythms, and low frequencies of swaying, birthing/surging, jumping, and ramming rhythms. The used methods and results call for improvements and are the basis for an intervention plan.

KEY WORDS: *Kestenberg Movement Analysis, Tension flow rhythms, dementia, dance movement therapy.*

2. Introducción

2.1. Kestenberg Movement Profile

Según Kestenberg-Amighi, Loman, Lewis & Sossin (1999) se encuentra movimiento en cada rincón del mundo. En otras palabras (Kestenberg-Amighi et al. 1999): “Un paseo y unos labios sonriendo o el pecho encogido y los ojos mirando hacia el suelo, ya dan al observador material para su interpretación. Cambios del nivel de la tensión muscular son calidades de movimiento omnipresentes¹” (p. 23). Aquello da ya bastante información sobre una persona (Kestenberg-Amighi et al.1999).

Kestenberg-Amighi et al. (1999) explican que los observadores a menudo se fían de las variaciones del flujo de tensión de la persona observada para así captar el otro a nivel de tensión muscular, es decir a nivel kinestésico. Otro ejemplo de Kestenberg-Amighi et al. (1999), para hacerse una idea más clara de cómo el denominado flujo de tensión de Kestenberg se observa y se siente, sería: “Al poner la propia mano encima del hombro de alguien, uno puede sentir a lo mejor la ansiedad o la calma de la persona²” (p. 23).

2.1.1. Judith Kestenberg:

Según Koch & Sossin (2013) Judith Kestenberg desarrolló y siguió trabajando durante 89 años el denominado perfil de movimiento de Kestenberg *Kestenberg Movement Profile* (KMP). Ella siguió un enfoque sistemático que fue influenciado por diferentes autores, entre otros Laban y Lamb. Utilizando de fondo los estudios y resultados del análisis de movimiento de Laban y Lamb sobre las categorías de esfuerzo y forma (*effort and shape*), se desarrolló el KMP con la ayuda de muchos otros asociados (Koch & Sossin, 2013), los cuales por limitación

¹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

² Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

de extensión de esta tesina no se mencionarán. Para más información consultar Koch & Sossin (2013) y Kestenberg-Amighi et. al. (1999).

Judith Kestenberg, de nacionalidad polaca, estudió neurología, psiquiatría y psicoanálisis en Viena. Ella completó su educación psicoanalítica en Nueva York. En 1938 se mudó a Nueva York (Koch & Sossin, 2013). “Kestenberg mostró un temprano interés en las facetas no verbales de la interacción madre hijo³” (Kestenberg, 1946, citado por Koch & Sossin, 2013, p. 959). A lo largo del tiempo Kestenberg cada vez se interesó más por la infancia y el desarrollo temprano del niño. Ella se dio cuenta de que se necesitaban métodos más desarrollados para poder observar comportamientos no verbales esenciales en las interacciones tempranas (Koch & Sossin, 2013).

Otro de los ámbitos en los que Kestenberg investigó fue crear un modelo claro del desarrollo a través de qué información otorgaba el movimiento. Esto se basó con el objetivo de buscar medidas de prevención de enfermedades mentales (Koch & Sossin, 2013).

El KMP reúne teorías evolutivas, de las emociones y de la evaluación de la personalidad (Koch & Sossin, 2013). El perfil clasifica los movimientos en patrones, los cuales se desarrollan dentro del niño y se combinan a través de la relación con la persona de referencia (Koch & Sossin, 2013). Según Koch & Sossin (2013) “Empatía quinestésica, conocimiento incorporado y aprendizaje experiencial han sido elementos centrales en el análisis del movimiento desde el principio⁴” (p. 959). Este método otorga información descriptiva y clínica significativa de los pacientes (Koch & Sossin, 2013).

³ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

⁴ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

2.1.2. Descripción General

Ya que las vivencias fisiológicas dejan una impronta en el cuerpo y afectan a qué movimientos se usan, las investigaciones sobre éstos permiten que se creen pautas de desarrollo, afrontamiento y personalidad (Kestenberg-Amighi et al. 1999). También comenta Kestenberg-Amighi et al. (1999) que mucho ocurre en el ámbito de la salud mental a nivel no verbal y puede que utilicen los profesionales del ámbito de la salud mental de manera inconsciente (o consciente según la persona) formas propias de movimiento para crear así un buen vínculo (Kestenberg-Amighi et al. 1999).

Además, el terapeuta accede a través del KMP a “motivaciones (*drives*), relación del objeto, desarrollo del yo, el superyó, y mecanismos de defensa⁵” (Kestenberg-Amighi et al., 1999, p. 2). El KMP, derivado del sistema de Laban, explica de que formas evolucionan los patrones de movimiento a lo largo de la vida, basándose en observaciones y experiencia clínica. Este método creó nueve diagramas de patrones de movimiento (Kestenberg-Amighi, 1999). “El KMP muestra en el denominado sistema uno (del diagrama uno al diagrama cuatro) las calidades de movimiento y en el sistema dos (del diagrama cinco al diagrama nueve) las formas de movimiento⁶” (Koch, 2009, p. 2).

Las calidades de movimiento se refieren a las variaciones entre la tensión y la relajación muscular. También se distingue entre calidades de lucha (*fighting*) y de entrega (*indulgent*). El sistema dos, las formas del movimiento se distinguen por

⁵ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

⁶ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

movimientos crecientes (*growing movements*) y movimientos decrecientes (*shrinking movements*)⁷ (Koch, 2009, p. 2).

A continuación, se muestran dichos diagramas y su función:

Tabla 1

Los nueve diagramas del KMP

Diagrama	Función
(1) Flujo de tensión de ritmo	Refleja las necesidades inconscientes.
(2) Atributos de flujo de tensión	Reflejan el temperamento y los afectos.
(3) pre-esfuerzos	Reflejan maneras inmaduras de estrategias de <i>coping</i> , muchas veces utilizadas en el aprendizaje y en los comportamientos defensivos.
(4) Esfuerzos	Utiliza estrategias de <i>coping</i> con el espacio, con el peso y con los elementos del tiempo.
(5) Flujo de forma bipolar	Se caracteriza por movimientos que reflejan <i>self feelings</i> .
(6) Flujo de forma unipolar	Está involucrado en respuestas a estímulos específico.

⁷ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

(7) <i>shape flow design</i>	Muestra calidades de movimiento que se relacionan a cómo nos movemos y como gesticulamos la kinesfera alrededor nuestro.
(8) formación en direcciones	Utilizado para la defensa y los procesos de aprendizaje.
(9) formación en planos	Enseña relaciones complejas.

Nota: adaptado de Kestenber- Amighi et. al. (1999)

El diagrama siete ya no se usa de una manera regular al hacer un perfil de Kestenber, ya que se ha visto que el diseño de dicho diagrama está afectado por diferencias culturales y que la fiabilidad entre observadores es baja (Kestenber-Amighi et al. 1999).

El KMP es un método complejo de análisis que mide las frecuencias en las que patrones de movimiento suceden, y sirve para analizar características clínicas, evolutivas y de personalidad (Koch, Cruz & Goodill, 2001). En concreto, el KMP establece nueve diagramas separados en dos sistemas (uno y dos) (Koch & Sossin, 2013). Lo que se forma es un perfil que contiene más de 90 patrones de movimiento en un individuo (Kestenber Amighi et. al. 1999).

Como se ha mencionado, existen dos sistemas: el sistema uno, que se encuentra a la izquierda del perfil (véase Anexo, p. 90), le pertenecen los diagramas uno hasta el diagrama cuatro, empieza con ritmos de flujo de tensión. El sistema dos, a la derecha del perfil (véase Anexo, p. 90) le pertenecen los diagramas cinco hasta nueve, enseña vínculos entre sujetos y objetos (Koch & Sossin, 2013).

El desarrollo desde arriba hacia abajo de los nueve perfiles muestra un proceso de movimientos adquiridos más tempranos hacia más maduros (Kestenberg-Amighi et al. 1999; Koch, 2009; Bräuninger, 2017).

El KMP otorga un gran abanico de resultados. Por ejemplo, Kestenberg-Amighi et al. (1999) afirman que:

El KMP sirve como retrato de los movimientos en los cuales se basa el *developmental assessment* y en los contextos clínicos un plan de tratamiento. Se puede usar para evaluar estilos de aprendizaje, características personales, estilos de relaciones, inteligencia creativa; o al comparar dos perfiles, uno también puede descubrir áreas de similitud y de conflictos o diferencias entre individuos⁸. (p. 3)

Originalmente se hizo el KMP para la prevención, y en segundo lugar para hacer un plan de tratamiento y así mejorar la calidad de movimiento y con ello la calidad de vida de las personas (Kestenberg-Amighi et al. 1999).

2.1.3. **Ritmos del flujo de tensión (diagrama uno)**

A continuación, cuando se habla de los ritmos de flujo de tensión se usará el término ritmos básicos como sinónimo. “Kestenberg distingue diez ritmos de movimiento que son básicos y que corresponden a necesidades fisiológicas y psicológicas de una persona⁹” (Koch, 2011, p. 154). La siguiente tesina se centró principalmente en los primeros dos ritmos básicos.

Estos ritmos refieren a los cambios constantes de tensión y relajación en nuestros cuerpos (flujo de tensión). Se dividen en dos categorías básicas: ritmos de entrega (libidinal; con transiciones y reversos suaves) y ritmos de lucha (sádico; con transiciones y reversos agudos)¹⁰ (Koch, 2011, p. 154).

⁸ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

⁹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

¹⁰ Traducción del inglés al castellano por la autora de esta tesina

Cada ritmo se conecta de dos en dos (uno de entrega, el otro de lucha) a las cinco grandes fases del desarrollo humano: *oral, anal, uretral, intragenital y extragenital* (Kestenberg, 1975, citado por Kestenberg-Amighi et al. 1999).

2.1.3.1. Ritmos de entrega versus ritmos de lucha

Con los ritmos básicos se miden las variaciones repetitivas entre el tono muscular tenso y el relajado, dentro de un continuo de tiempo. No siguen siempre patrones regulares, y expresan necesidades como buscar la calma (ritmo de succión en niños, por ejemplo, chupándose el dedo pulgar) o intentar calmar a otros (acunando a los bebés) (Koch & Sossin, 2013). Los ritmos existen desde el feto y se expresan a lo largo de toda la vida (Koch, 2011).

Los ritmos son comunicativos. En especial, los ritmos de entrega pueden señalar que una persona se entrega a una situación o una experiencia vital. Los ritmos de entrega muestran alternancias suaves en el flujo de tensión. En contraste, los ritmos de lucha enseñan transiciones agudas. Un ejemplo sería: a través de ritmos de entrega fijarse en un objetivo y, con ayuda de los ritmos de lucha, separarse de él. Es decir, en el desarrollo del niño pasa que este comienza a mostrar el ritmo de succionar como ritmo dominante al comienzo de su vida, y para poder separarse de esta calidad de movimiento utiliza el ritmo de morder (que es de lucha), y así se puede separar del anterior. Dichos ritmos se registran de tal manera que la persona que observa y que quiere hacer el primer diagrama del KMP intenta conectarse a nivel kinestésico con la persona que está observando. Es decir, se necesita la empatía quinestésica y el propio cuerpo para hacer un *handwriting* de los ritmos básicos observados con el bolígrafo (que está visto como puente entre el propio cuerpo, lo observado y la hoja de observación) para registrar en papel y para traducir lo observado en movimiento a un lenguaje que luego se puede ir contando la frecuencia de cada unidad de ritmo (Koch, 2011).

Ya que se hablará varias veces sobre la empatía kinestésica en este trabajo, parece importante dar una definición de ella.

La empatía kinestésica según Panhofer (2005) se define como:

Una técnica que permite aprender a percibir y leer kinestésicamente el estado emocional del paciente. Él/ la terapeuta intenta adaptar la postura, la respiración, la tensión muscular y las cualidades de movimiento del paciente. Se pone en su piel para recibir más informaciones sobre su percepción física y su vivencia emocional. (p. 116)

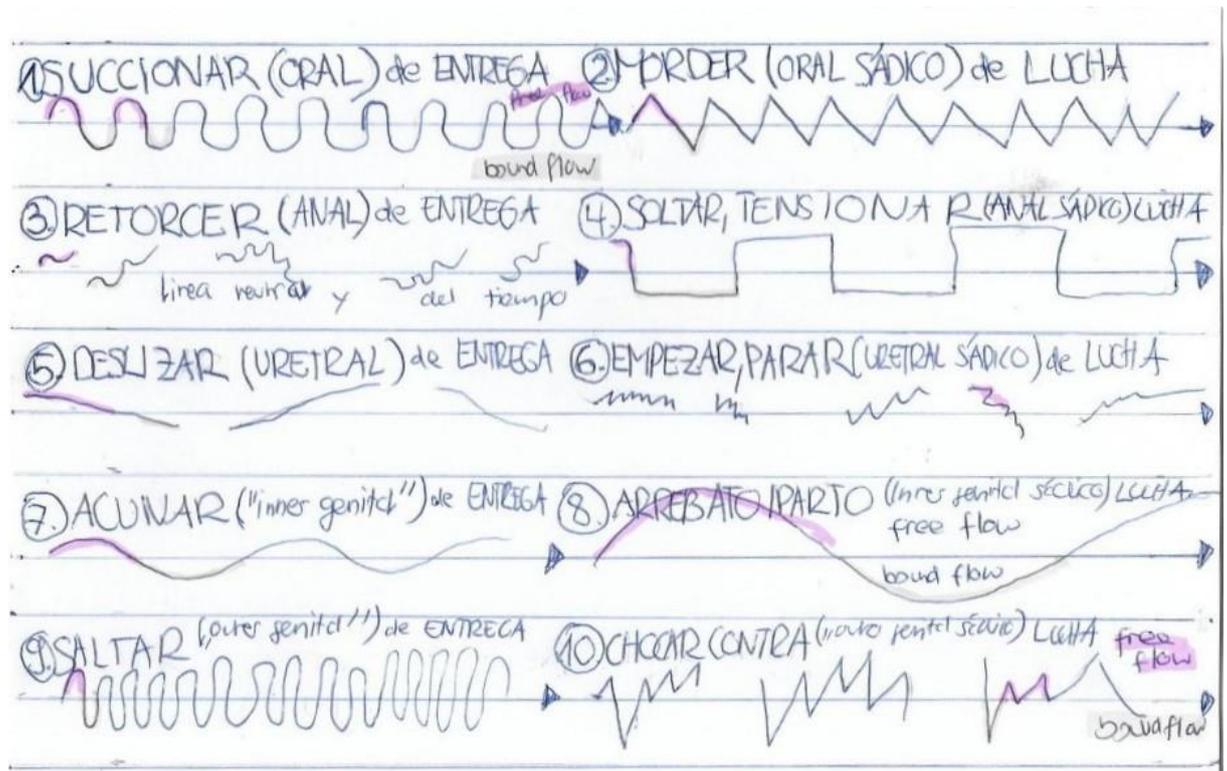


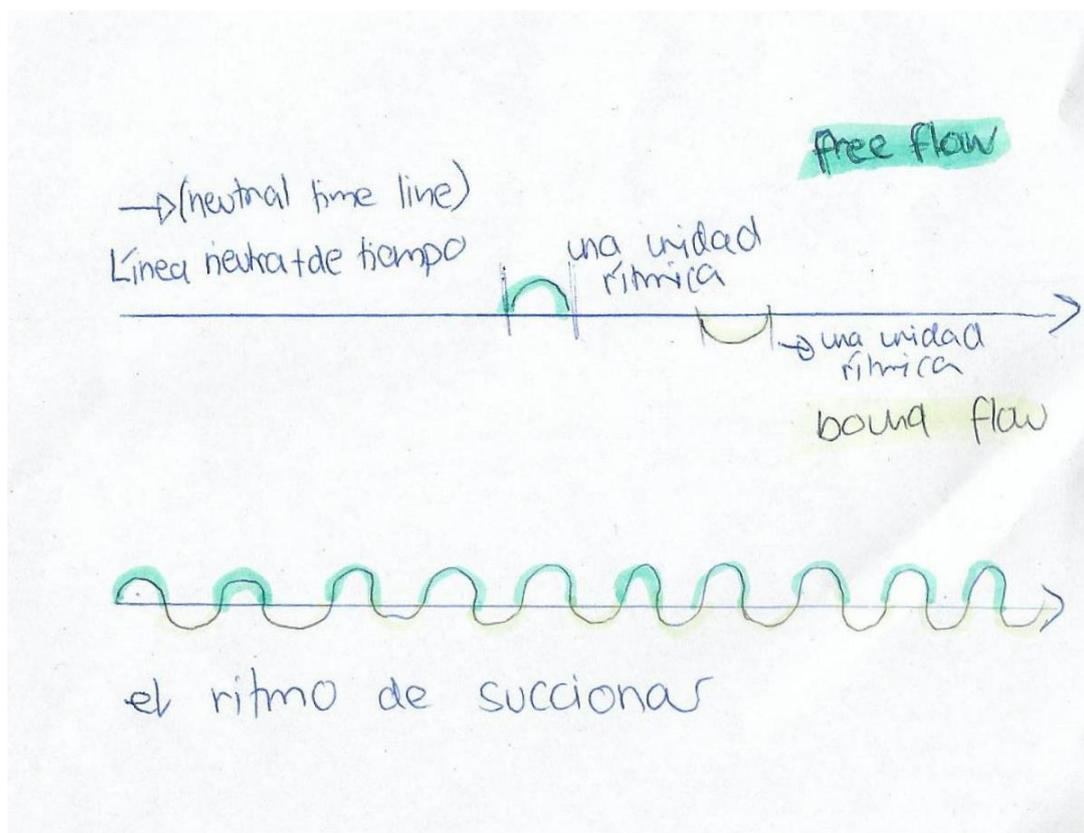
Figura 1 Los diez ritmos básicos del KMP (adaptada de Kestenberg-Amighi et al. 1999; Koch, 2011).

La Figura una muestra los diez ritmos básicos visto en la forma del *handwriting*, usando la empatía kinestésica. En los diez ritmos básicos se encuentra la parte del flujo libre (*free flow*, indicado en la figura 1) en parte alta del gráfico arriba de la línea neutral y del tiempo y en la parte baja de la línea neutral y del tiempo se encuentra la parte del movimiento observado del flujo conducido (*bound flow*).

Según Koch (2011) se puede afirmar que: “La fiabilidad entre evaluadores de los ritmos de Kestenberg se ha demostrado en varios estudios con alfas de Cronbach > 0.8 ” (p. 154). Cabe resaltar que la investigación de los ritmos suaves versus los ritmos agudos no es algo totalmente nuevo en el ámbito psicológico (Koch, 2011).

Poffenberger y Barrows ya han mostrado en el año 1924 que las formas suaves y agudas, como aquellas que se registran en el *handwriting*, están relacionadas con estados como tristeza, alegría, calma, irritación, rabia, juego, con estados desde leves hasta intensos¹¹. (Koch, 2011, p. 4)

También parece importante destacar que la cercanía a la muerte parece relacionada con la línea recta del gráfico en la figura 2 (adapta de Kestenberg-Amighi et al. 1999; Koch, 2011):



¹¹ Traducción del inglés al castellano por la autora de esta tesina

Figura II. Unidades rítmicas del ritmo básico de succión (adaptada de Kestenberg-Amighi et al.1999).

La figura dos muestra una unidad rítmica registrada por el *handwriting* por el evaluador con la empatía quinestésica y la siguiente línea demuestra el ritmo de succión (Kestenberg-Amighi et al. 1999). El ritmo de succionar en el ejemplo escrito a mano muestra unas 20 unidades de una unidad rítmica, es decir una frecuencia de 20. El ritmo de succionar en la persona x se ha observado 20 veces a lo largo de la línea del tiempo y se ve además que haya algo más de *free flow* que de *bound flow*.

También parece importante destacar que Kestenberg-Amighi et al. (1999) mencionan que se distingue entre unos movimientos de flujo animado, de flujo libre y flujo conducido, versus unos movimientos de flujo neutral. Con lo primero se refieren a que los movimientos pueden tener (visto en un continuo) una intensidad muy alta o muy baja. Según Kestenberg-Amighi et al. (1999) la gente que usa un flujo animado, parece vital y presente. Si una persona se mueve con un flujo bastante constante, es decir con pocas variaciones de flujo libre y flujo conducido, entonces la persona puede parecer muy rígida de carácter mecánico. A lo último mencionado, se va a hacer referencia en la parte de la discusión.

Los ritmos agudos se muestran en momentos donde conductas de lucha o de vigilancia tienen un sentido funcional. Es decir, es necesario para evitar la tendencia del cuerpo a relajarse (Koch, 2011). Buscando un ejemplo, se podría decir que escalando es necesario que uno use los ritmos agudos de lucha para evitar que su cuerpo sufra una caída.

Koch (2011) quería investigar en sus estudios empíricos el sentido de las calidades de movimiento, en concreto si los ritmos indulgentes (de entrega) versus los ritmos sádicos (de lucha) son dimensiones básicas del movimiento con implicaciones diferenciales para la cognición y el afecto¹² (p.5).

¹² Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

El primero de dichos ritmos en desarrollarse es el ritmo de succionar (calidad de movimiento de entrega) y el segundo morder (calidad de movimiento de lucha) (Loman, 1998). A continuación, se profundizará cada ritmo del diagrama uno.

2.1.3.2. Primer año de vida: el ritmo de succionar (*sucking rhythm*):

El ritmo de succionar, también denominado ritmo oral, es necesario a nivel biológico para la nutrición. Es el ritmo más frecuentemente visto entre los cero y los seis meses de edad (Bräuninger, 2017). Dicho ritmo también se describe como el proceso de la atención y tiene que ver con la exploración, la empatía, el vínculo, la simbiosis y la conexión (*attunement*) (Kestenberg-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017). Kestenberg-Amighi et al. (1999) describen el *attunement* como la capacidad de asimilar el propio ritmo de movimiento al movimiento de la otra persona. Ejemplos para dicho ritmo son: recibir leche materna, acunar (una cuna), hacer muchos sonidos, etc. (Loman, 1998; Kestenberg-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017).

Al comienzo, el bebé se mueve en el plano horizontal. En estos primeros meses de vida, a él le encanta succionar cualquier cosa alcanzable (Loman, 1998).

En estos meses del desarrollo el infante es más dependiente que independiente y las fronteras corporales son mínimas (Kestenberg-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017).

2.1.3.3. Primer año de vida, el ritmo de morder, (*biting/snapping*):

El ritmo de morder tiene que ver con la aparición del desarrollo de los dientes y suele ser el más frecuentemente observado entre los 6 y los 12 meses de edad. Ejemplos del ritmo de morder son: masticar un chicle, masticar alimentos, dar palmadas, aplaudir, golpear, columpiarse, quitarse las uñas con las manos, tirar del pelo, etc. (Loman, 1998; Kestenberg-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017). Dicho ritmo tiene la función de estar más orientado hacia fuera. Además, muestra límites, quién soy yo y quién es el otro y se desarrolla con ello la

capacidad de concentrarse (Loman, 1998; Kestenber Amighi et al., 1999; Bräuninger, 2017). Interpretaciones posibles de este ritmo son: fronteras corporales sólidas y una base para la separación (Kestenber-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017).

2.1.3.4. Segundo año de vida, El ritmo de retorcer, (*twisting rhythm*):

Aproximadamente a los 12- 18 meses se muestra por primera vez el ritmo de retorcer o contorsionar (*Twisting Rhythm*) y suele ser el más dominante en este tiempo (Loman, 1998; Bräuninger, 2017). Se flexibiliza su cadera y su región pélvica con el objetivo de poder gatear y así el infante se adapta a los desafíos del espacio (Loman. 1998; Kestenber-Amighi et al.1999). El infante se describe en este ritmo como “juguetón, cohibido y comienza a practicar más habilidades locomotoras. Más tarde, el niño encuentra placer untando comida y en juegos de desorden creativo como por ejemplo pintando con los dedos¹³” (Loman, 1998, p.105). Más ejemplos para retorcer que se encuentran en la literatura (Kestenber-Amighi et al., 1999; Bräuninger, 2017) son: hacer girar el pelo con las manos y flirtear. Este ritmo tiene como objetivo la flexibilidad y con ella el cambio a la verticalidad, separarse, individualizarse, explorar y posibilitar cambios en general. Interpretaciones posibles de este ritmo son ser generoso, ser creativo improvisando, etc. Se trata de un ritmo de entrega (Loman, 1998; Kestenber-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017).

2.1.3.5. Segundo año de vida, el ritmo de soltar, (*strain, release*):

El ritmo de soltar (tensionar, apretar) es el más dominante entre los 18 meses y los 24 meses. El ritmo de soltar “está caracterizado por una intensidad constante de tensión muscular, normalmente mantenida en una intensidad alta. Los bebés se levantan y se dejan caer con precaución en ritmos como éste¹⁴” (Loman, 1998, p. 105). En esta fase el infante comienza a

¹³ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

¹⁴ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

controlar su intestino, a escalar, a ser más independiente, es más cabezota que flexible, tiene más control en la verticalidad, etc. (Loman, 1998; Kestenberget al. 1999; Bräuninger, 2017). Además, comienza a hacer el cambio al plano vertical levantándose para conquistar el mundo. “En este tiempo los niños disfrutaban mucho haciendo cosas con arcilla, lanzando objetos en contenedores y autoconfirmándose a sí mismos diciendo NO con gran intensidad. Ésta también es la edad cuando empiezan las pataletas¹⁵” (Loman, 1998, p.105). Las interpretaciones de este ritmo podrían ser: agarrarse, no dejar ir un pensamiento o una emoción, mostrarse cabezota, etc. (Kestenberget al. 1999; Bräuninger, 2017).

2.1.3.6. Tercer año de vida, el ritmo de dejar correr/ tendencia a moverse (deslizar), (running, drifting rhythm):

Este ritmo se identifica por alternaciones suaves y cambios pequeños y paulatinos en la tensión muscular. Se muestra esto, por ejemplo, cuando el infante micciona descontroladamente. En este tiempo, el niño se mueve sin estructura y se relaja. Es el tiempo del desafío de aprender a correr, pero aún no consiguen hacer eso controladamente. Es decir, aún no saben pararse (Kestenberget al. 1999; Bräuninger, 2017).

“También muestra la transición de estar estable en el plano vertical a desarrollar y usar el plano sagital, moviéndose hacia delante y detrás¹⁶” (Loman, p.105). En esta fase del desarrollo es muy típico que los niños juegan al pilla pilla (Loman, 1998; Kestenberget al. 1999; Bräuninger, 2017). Posibles interpretaciones de este ritmo son el descontrol, los niveles de autonomía, limitaciones corporales suaves y limitaciones temporales complejas (Kestenberget al. 1999; Bräuninger, 2017).

¹⁵ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

¹⁶ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

2.1.3.7. Tercer año de vida, El ritmo de empezar, parar (*Run-stop-go-rhythm*), (*starting, stopping*):

Para este ritmo son típicas las alternaciones agudas en los cambios de tensión muscular. En este tiempo, los infantes aprenden a detener su orina. Además, desarrollan la capacidad de frenarse a sí mismos corriendo, sin sufrir caídas. Los niños demuestran un sentido temporal impaciente durante esta fase del desarrollo y tienen un abanico muy grande de intereses y de ambiciones. A parte de eso, saben cada vez mejor tomar decisiones (Loman, 1998; Kestenber-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017).

2.1.3.8 Cuarto año de vida, El ritmo de acunar (oscilar/ondular) (*swaying rhythm*):

Este ritmo tiene como patrón fluctuaciones de baja intensidad muscular y *release*, las cuales se elevan y caen paulatinamente y ocurren en la pelvis (Loman, 1998). Ejemplos para el ritmo de acunar son: mecer, bailar un vals, etc. (Bräuninger, 2017). El desafío de este tiempo es conectar necesidades pasadas y actuales (Loman, 1998). Es una fase en la cual se observa tranquilidad en el niño. En la fase de dicho ritmo, los niños están interesados en juegos con muñecas como si las cuidarán. “Típicamente los niños van cambiando entre comportamientos maduros y regresiones a patrones desorganizados más tempranos¹⁷” (Loman, 1998, p. 106). En este tiempo se fundamenta una base para cuidar de otro, la imaginación y las relaciones (Kestenber-Amighi et al. 1999, Bräuninger, 2017).

2.1.3.9. Cuarto año de vida, El ritmo de arrebatoparto, (*surging, birthing*):

Este ritmo supone la aparición de fluctuaciones opuestas al ritmo de acunar. Un ejemplo del ritmo arrebatoparto “son fuertes contracciones mayormente vistas durante el parto y en la

¹⁷ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

fase de la menstruación de la mujer¹⁸” (Loman, 1998, p.106). Este ritmo se ve sobre todo mezclado con otros ritmos en los niños (Loman, 1998). En este tiempo dan a luz proyectos y emociones y el desafío interiorizar las experiencias (Kestenberg-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017).

2.1.3.10 Quinto año de vida el ritmo de saltar, (*jumping-rhythm*):

“Este ritmo muestra como característica típica una subida e incremento y descenso abrupto de la tensión muscular con alternaciones suaves¹⁹” (Loman, 1998, p. 106). Este ritmo suele ser intenso. En los niños se muestra en momentos de excitación o cuando se observan saltos o juegos de disparo o una gran cantidad de ideas expresadas todas juntas (Loman, 1998). Más ejemplos son: balancear varias partes del cuerpo a la vez (se desarrolla la coordinación), la excitación sexual, etc. (Kestenberg-Amighi et al., 1999; Bräuninger, 2017).

Además, la tarea en esta fase es dirigirse hacia fuera, tienen mayor necesidad de usar la motricidad gruesa (Loman, 1998). “Se caracteriza con unos movimientos intensos, percusivos y abruptos²⁰” (Loman, 1998, p.106). Los niños suelen ser en esta fase extrovertidos y dinámicos. (Kestenberg-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017).

2.1.3.11 Quinto año de vida, el ritmo de chocar contra/ arrancar (embestir) (*Spurting and ramming rhythm*):

“Este ritmo muestra incremento y descenso abrupto del flujo de tensión con alternaciones agudas. Este ritmo es mayormente intenso. Ejemplos son: la externalización y la

¹⁸ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

¹⁹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

²⁰ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

agresividad²¹” (Loman, 1998, p. 6). Este ritmo sirve a los niños para interrupciones agresivas en forma de empujar, golpear y saltos largos. El niño puede demostrar ser expresivo, aventurero, dinámico y desarrolla la determinación (Kestenberg-Amighi et al. 1999; Bräuninger, 2017).

2.1.4. Ritmos básicos de movimiento como una fuente de la influencia del afecto:

A continuación, se resumirán diferentes estudios que hacen hincapié en cómo diferentes ritmos básicos de movimiento afectan el estado emocional o afecto de los pacientes. Koch (2011) menciona que han constatado en 3 estudios como los ritmos básicos de movimiento afectan de manera diferencial, el estado de ánimo según si son de entrega o de lucha.

2.1.4.1. *Jumping vs. Spurling*

El ritmo de saltar, en inglés *jumping rhythm (smooth, indulgent)* versus el ritmo de chocar contra, en inglés *spurling/ramming (sharp, fighting)* “ha conllevado a un afecto congruente significativo en los participantes (p más pequeña que .05). La N era de 60. Los ritmos suaves han creado más afectos positivos (más relajado, pacífico, juguetón, alegre, indulgente), observado a través del *KMP-affect questionnaire*²²” (Koch, 2011, p.156). Y sobre los ritmos agudos concluyeron: “Ritmos agudos crearon más afectos negativos como más tenso, intrusivo, luchador, agresivo, guardando emociones²³” (Koch, 2011, p. 156).

A través de este estudio, los autores correlacionaron movimientos y afecto. Cabe destacar que, tras la búsqueda de literatura para esta tesina, parece que casi no existen estudios que correlacionan los ritmos de flujo de tensión del diagrama uno con el afecto aparte de los estudios de Koch y Müller (2007).

²¹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

²² Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

²³ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

Eligieron a estos ritmos (*jumping and ramming*) para el primer estudio, puesto que son bastante fáciles de observar y por su gran amplitud de movimientos. “Dada la gran intensidad de estos ritmos, son bastante claros para distinguirse el uno del otro²⁴”(Koch, 2011, p. 156).

2.1.4.2. Acunar *swaying* versus morder *biting/snapping* y empezar parar *starting/stopping*

En un segundo estudio (n=60), se encontró el mismo efecto con otros ritmos básicos del KMP (*swaying versus biting* combinado con *starting-stopping*). Los autores se querían asegurar que el efecto encontrado en el estudio uno no sea único para los ritmos usados. La tarea consistió en realizar categorizaciones sentados en una mesa con la ejecución de ciertos movimientos durante dicha tarea (Koch, 2011).

La primera condición fue que tenían que hacer *swings* (balanceos) con sus piernas mientras que solucionaban la tarea de categorización. En la segunda condición tenían que tirar con ambos pies hacia arriba o hacia abajo durante la realización de la tarea de categorización. Los resultados indicaron un efecto en el afecto; (p. más pequeño que .01) y ningún efecto en la cognición. Cuando los participantes realizaron *indulgent movements*, se sintieron más relajados, alegres, etc.; cuando realizaron ritmos de lucha, se sintieron más tensos, más agresivos, etc.²⁵ (Koch, 2011, p.156).

Ambos estudios constan que los ritmos básicos del KMP de entrega versus los ritmos básicos del KMP de lucha parecen estar relacionados con el afecto (Koch, 2011).

2.1.5. El Tacto:

Aparte de cómo los movimientos afectan al estado emocional, se considera importante destacar el tacto, y como éste afecta la vida de los pacientes con demencia. El tacto (y el

²⁴ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

²⁵ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

autocontacto) son de suma importancia para pacientes con demencia severa, ya que ellos se suelen encontrar en situaciones de soledad, lo que conlleva a una carencia de tacto.

A lo largo de las prácticas se ha observado mucha desorientación en los pacientes, la cual también se encuentra en los análisis de la residencia geriátrica (véase información adicional de los pacientes en la tabla VI, p. 46-54).

Fuchs 2000 dice que:

Con el tacto se experimenta tanto la otra persona como a uno mismo. El tacto tiene una dirección bipolar, es decir, es la atención que decide en qué dirección la persona se vaya a fijar; por ejemplo, tocando una superficie; o puede centrarse (con el sentido del tacto) en como son las características de la superficie que está tocando o puede fijarse en cómo se siente su propia mano al tocar este material. Con el sentido del tacto se crea el límite entre el propio ser y el entorno. Es la experiencia del tacto que crea la base para la consciencia²⁶ (p. 109).

Desde este punto de vista, se considera de gran importancia el tacto para la persona con demencia, ya que a lo mejor puede ayudar a la persona “desorientada” a localizarse en el presente. Esto se profundizará en la discusión.

También Montagu (1971) destacó lo imprescindible que es el tacto para el ser humano. En otras palabras, dice que nuestra identidad personal solamente existe mientras que esté registrada en nuestras experiencias corporales (Montagu, 1971, citado por Koch, 2011).

Fuchs (2000) menciona que:

la reciprocidad de una relación encuentra en la esfera del tacto su modalidad más pronunciada. Visión, audición, y otro de los sentidos “distantes” utilizan medios mediadores como el aire y la luz (...). La piel es al mismo tiempo el puente que conecta y separa tanto los órganos sensoriales (impresiones) como los órganos de comunicación activa (expresión)²⁷ (p. 114).

²⁶ Traducción del alemán al castellano por Rahel Probst

²⁷ Traducción del alemán al castellano por Rahel Probst

Un ejemplo de cómo se utilizan los ritmos básicos en la comunicación táctil se encuentra en Kestenberg-Amighi et al. (1999): En el momento de despedirse de un amigo con un abrazo, se comienza usando un ritmo suave de calidad de entrega. Si el abrazo se hace demasiado largo para una de las dos personas, esta persona utilizará un ritmo de lucha con variaciones agudas como por ejemplo dando palmadas en la espalda del otro. Así se indica el deseo de separación y eso suele pasar a nivel inconsciente (Kestenberg-Amighi et al. 1999).

2.1.5.1. Autocontacto:

Meekums (2002) afirma que “la confirmación de los límites corporales es muy importante para todas las personas²⁸” (p. 61). Los límites corporales separan el propio cuerpo del mundo exterior (Meekums, 2002). En la DMT se usa frecuentemente el autocontacto, sobre todo durante el calentamiento (Meekums, 2002; Malaquias, 2010). El autocontacto puede tener varios objetivos en una sesión de DMT: Por ejemplo, aumentar las partes corporales conscientes, reconocer cada parte del propio cuerpo y descubriéndose (Panhofer, 2005; Fuchs 2000; Meekums 2002; Malaquias, 2010).

Meekums (2002) incluye los siguientes ejemplos para enfatizar los límites corporales en el calentamiento de la DMT: “Tocar, dar palmadas y acariciar la piel; sentir el contacto con el suelo; notar la ropa y el aire durante el movimiento y la quietud²⁹” (p. 61)

En la discusión se hablará de nuevo del tacto y del autocontacto y de las observaciones hechas y de que conclusiones se puede hacer de ello.

²⁸ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

²⁹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

3. **El concepto de la vejez:**

Según la sociedad, se considera como mayor aquellas personas que han traspasado la fecha de su jubilación (Cammany, 2005). Según Cammany (2005) “la jubilación no supone ninguna instauración automática de pérdida de la funcionalidad y de rol” (p.265-266). Además, una persona entra en la categoría de mayor cuando ésta suele observar la pérdida de tres poderes (Cammany, 2005):

El primero es el denominado poder de prestigio y autoridad, y se refiere a la pérdida del rol de figura de referencia, la que ocurre en el ámbito laboral. El conocimiento acumulado a lo largo de los años (a no ser que sea técnico) está infravalorado en nuestra sociedad (sobre todo en las ciudades) (Cammany, 2005). Es decir, la identidad de muchos individuos se afianza a través del trabajo y a experiencia ganada, y la jubilación provoca un vacío en esta función.

Segundo, según Cammany (2005), se describe como el denominado poder económico, el cual se refiere “a la pérdida de poder adquisitivo tras la jubilación. Es frecuente en el ámbito social mostrar un trato diferente entre personas mayores que mantienen su poder económico y aquellas personas mayores que con la misma condición cronológica tienen una peor situación económica” (Cammany, 2005, p.266). Esto se entiende como que los trabajadores jubilados suelen perder una parte sustancial de su poder adquisitivo cuando reciben la pensión, lo que normalmente supone una pérdida de calidad de vida. Hay individuos sin embargo que pueden mantener la cantidad de dinero que ganaban, lo que conlleva a una gran diferencia socioeconómica.

Y, tercero, se encuentra el poder de referencia (como persona mayor) (Cammany, 2005).

“En las comunidades rurales, la memoria histórica y la transmisión oral tienen aún un valor de referencia; en cambio este valor no existe en el ámbito urbano” (Cammany, p.266). Es decir, los ancianos son considerados personas sabias en los ámbitos rurales debido a todas las experiencias vitales acumuladas, mientras que lo contrario sucede en las ciudades: son vistos más como una carga que una fuente de sabiduría. “Habría que considerar los distintos ámbitos como el biológico, el psicológico y el ámbito sociocultural para comprender el concepto de la vejez “(Cammany, 2005, p.266).

Según Cammany (2005) es “muy importante que se tenga en cuenta el concepto social de la vejez. La jubilación aparece como uno de los aspectos de retirada de las funciones sociales y culturales que dan la entrada al concepto de vejez social” (Cammany, 2005, p. 266). Esto está en concordancia con lo dicho previamente por la autora, otorgando un mayor peso a las funciones que a la edad como factor determinante del concepto de vejez.

Cammany (2005) menciona que existe una tendencia hacia la “hipovaloración progresiva de la utilidad como individuo y el incremento de dependencia” (p. 267). La función, o el poder, disminuye, llevando a la gente mayor a una situación progresiva de dependencia, de cierto modo se puede como una vuelta a la infancia.

Así, la edad se divide en edad objetivable (cronológica), dividida en años, meses, etc.; edad del organismo (biológica), la que puede ser muy diferente entre sujetos de edades cronológicas iguales, según cómo han mantenido su salud; y edad mental (psicológica), lo que refiere a la capacidad de moldearse en el ambiente de cada uno (Cammany, 2005).

2.2. **Vejez como Proceso normal**

Según Barraza y Castillo (2006) “El envejecimiento se trata de un proceso universal, continuo e irreversible. Con lo último se quiere decir que no se puede detener, es definitivo. Además, el envejecimiento es dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo (p. 2).

También mencionan Barraza y Castillo (2006) que envejecer afecta a todos los individuos, es constante y no puede ser evitado.

Además, éste tiene según las autoras cuatro características más:

- Dinámico, ya que es un proceso que evoluciona siempre (Barraza y Castillo, 2006);
- Progresivo, porque los cambios se van acumulando, y no sustituyen unos a otros (Barraza y Castillo, 2006);
- Declinante, refiriéndose las autoras a que “las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte” (Barraza y Castillo, 2006, p.2).
- Y, por último, es un proceso heterogéneo, lo que supone para las autoras que cada individuo experimenta a su manera idiosincrásica el envejecimiento (Barraza y Castillo, 2006).

El proceso de envejecer puede ser visto de dos formas (Barraza y Castillo, 2006):

- envejecimiento normal o primario, donde la afectación es debida simplemente al paso del tiempo (Barraza y Castillo, 2006);
- y el envejecimiento patológico o secundario, donde el envejecimiento primario se mezcla con sintomatología clínica de una enfermedad (Barraza & Castillo, 2006).

A nivel más concreto, las autoras clasifican a las personas envejecidas en cuatro categorías funcionales, es decir, según el grado de autonomía que las personas poseen (Barraza y Castillo 2006):

- Autovalente: la persona se vale por sí misma (Barraza y Castillo, 2006);
- Autovalente con riesgo: aunque se valga por sí misma, hay ámbitos en su vida diaria que se ven afectados por la vejez o la enfermedad, los que se deberían vigilar (Barraza y Castillo, 2006)
- Dependiente: La persona ha perdido el control en algunas de sus actividades diarias y necesita ayuda (Barraza y Castillo, 2006)
- Postrada o Terminal: la persona es incapaz de llevar a cabo independientemente sus funciones básicas como orinar, comer, etc. (Barraza y Castillo, 2006)

Pero, ¿por qué envejecemos?

“Envejecer es probablemente la consecuencia de una serie de factores internos y externos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y que determinan al final un debilitamiento del equilibrio que culmina con la muerte.” (Barraza & Castillo, 2006, p. 3).

Existen muchas teorías y posibles explicaciones sobre el porqué del envejecimiento. Para profundizar en esta temática, se puede consultar Cammany (2005) o también Barraza y Castillo (2006).

2.2.1. Tercera y cuarta edad

La tercera edad es el grupo de ancianos entre los 65 y los 79 años y la cuarta edad son aquellos que tienen 80 años o más (Sánchez, 1996). La cuarta edad tiene ciertas peculiaridades:

la mayoría son mujeres y reciben una pensión; necesitan continuos cuidados y un estudio de sus perspectivas de futuro (Sánchez, 1996).

Si analizamos la evolución de la población de España entre los últimos dos censos comprobaremos que mientras los menores de 65 años disminuyen efectivos, son los de edades superiores a ésta (65-79 y 80 y más años) los que van a sumar población a la sociedad española. Este dato nos permite enfatizar la importancia del fenómeno de la tercera y de la cuarta edad (Sánchez, 1996, p. 59).

2.3. Demencia

2.3.1. Definición

La demencia es una enfermedad causada por un importante número de patologías. Estas afectan diferentes dominios; dominios cognitivos como la memoria, el lenguaje, el comportamiento, y las funciones ejecutivas, y afectan en las actividades de la vida diaria (Prince et al. 2013).

“Demencia no es un sinónimo de envejecimiento, ni siquiera de vejez. Es verdad que existen muchas dificultades conceptuales y metodológicas para precisar las diferencias entre la vejez normal y la vejez patológica” (Ramos, Fernández y Pérez., 2009, p. 620).

Por ello, a continuación, se resumen conceptos fundamentales de la demencia (Ramos, Fernández y Pérez, 2009):

- (1) Las demencias no suceden por envejecer (Ramos, Fernández y Pérez, 2009);
- (2) Las demencias provienen de enfermedades diagnosticables (Ramos, Fernández y Pérez, 2009);
- (3) Se debe realizar un diagnóstico orientativo de qué demencia padece la persona, aunque la confirmación final sea *post mortem* (Ramos, Fernández y Pérez, 2009).

2.3.2. **Prevalencia e Incidencia**

La prevalencia y la incidencia de demencias son cada vez mayores (OMS, 2012):

24.3 millones de personas de 65 años en adelante vivían con demencia, de los cuales 60%, provenían de países de ingresos bajos y medianos (PIBM). Cada año, se prevén 4,6 millones de casos nuevos, con el número de afectados casi duplicándose cada 20 años para llegar a 81,1 millones en 2040. (OMS, 2012, p.12)

Específicamente, cabe destacar que según la OMS (2012):

La enfermedad de Alzheimer, es la causa de demencia más común, manteniendo una prevalencia entre un 60% y un 70% de los casos totales de demencia. La demencia tiene tanto un impacto físico como psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad. (p. 7)

Analizando la tercera y cuarta edad más en detalle, según Bräuninger (2014):

En el grupo de la gente mayor de 65 años padecen un 5% de demencia y la prevalencia llega a un 20 % de la gente mayor de 80 años. Por ello, la búsqueda de intervenciones eficaces para la persona se vuelve urgente³⁰. (p. 139)

Todas estas cifras hacen hincapié en la importancia presente y futura que tendrán las demencias en la población. Y por ello, podría ser interesante colaborar con la Danza Movimiento Terapia (DMT) y los estudios de análisis de movimiento de Kestenberg en caso de gente mayor, en especial en casos con sospecha de cualquier tipo de demencia.

³⁰ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

2.3.3. Tipos de Demencia

Antes de hablar de los tipos de demencia, y como éstos pueden ser clasificados, se debe mencionar el deterioro cognitivo leve.

El deterioro cognitivo leve (DCL) es un estado previo a la demencia. Este estado se caracteriza por una “pérdida progresiva de la memoria, más allá de lo esperado, considerando la edad y el nivel educativo del sujeto” (Ramos, Fernández y Pérez, 2009, p. 621). La gran diferencia entre la pérdida típica de capacidades mnemónicas es que está última no progresa, mientras que el DCL sí (Ramos, Fernández y Pérez, 2009).

Profundizando sobre el DCL, los criterios propuestos por Petersen et. al. (1997) incluyen:

- (1) Alteración subjetiva de la memoria, confirmada por una tercera persona; (p. 66)
- (2) Alteración objetiva de la memoria, valorada a través de tests; (p. 66)
- (3) Función cognitiva normal, excepto la de un área; (p. 66)
- (4) Realización normal de las actividades de la vida diaria. (p. 66)

La tabla presentada a continuación enseña los tipos de DCL y sus posibles consecuencias (Ramos, Fernández y Pérez., 2009):

Tabla II

Tipos de DCL (adaptado de Ramos, Fernández y Pérez., 2009, p. 622)

Tipos de DCL	Alteraciones Cognitivas	Trastornos Relacionados
---------------------	--------------------------------	--------------------------------

Amnésico (DCLa)	Alteración leve de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Alzheimer
Difuso (DCLmf-A)	Alteración cognitiva leve, incluida la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Alzheimer • Demencia Vascular
No Amnésico (DCLmf-noA)	Alteración leve de una función cognitiva diferente a la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Demencia Frontotemporal • Demencia con Cuerpos de Lewy • Demencia Vascular • Enfermedad de Parkinson • Enfermedad de Alzheimer

Los criterios de clasificación de las demencias son numerosos, pero según Ramos, Fernández y Pérez. (2009) se pueden dividir en tres: criterios etiológicos de clasificación, criterios neuroanatómicos, y criterios clínicos.

2.3.3.1. Criterios Etiológicos

Las enfermedades bajo estos criterios se dividen por el origen biológico del trastorno. Así, se observan las siguientes demencias:

2.3.3.1.1. Alzheimer

A nivel de la enfermedad, no hay una solución aceptada generalizada de por qué ocurre la enfermedad de Alzheimer (EA) (Ramos, Fernández, Pérez, 2009). “La influencia genética explicaría sólo el 5% de los casos” (Ramos, Fernández y Pérez, 2009, p. 628). La teoría más aceptada en la actualidad defiende que la EA se debe a la aparición y acumulación de placas seniles (el péptido beta-amiloide, por ejemplo) y ovillos neurofibrilares (proteínas tau) (Tiraboschi et. al. 2014).

2.3.3.1.2. La demencia vascular

En la demencia vascular se observan varios infartos cerebrales que rompen diversas zonas pequeñas del mismo, lo que conlleva a la larga y tras varias repeticiones a sufrir la demencia. Su curso es fluctuante, a diferencia del de la EA, ya que dichos infartos provocan que el individuo sufra de brotes, lo que facilita el diagnóstico (Ramos, Fernández y Pérez, 2009).

Existen más tipos de demencias (como la frontotemporal, Parkinson o la de cuerpos de Lewy), pero por motivos de extensión y debido a que la incidencia de dichas demencias es más baja, se ha decidido no mencionarlas en detalle. Para un análisis más exhaustivo, se puede remitir al capítulo *Demencias* de Ramos, Fernández y Pérez (2009).

2.3.3.2. Criterios neuroanatómicos

A diferencia de los criterios etiológicos, según Ramos, Fernández y Pérez (2009) los criterios neuroanatómicos siguen una clasificación basada en qué áreas del cerebro se ven afectadas. Desde este enfoque se pueden diferenciar “dos patrones de afectación en el cerebro: las demencias corticales y las demencias subcorticales. La demencia cortical es representada

por la Enfermedad de Alzheimer, la demencia con cuerpos de Lewy y la enfermedad de Pick” (Ramos, Fernández y Pérez, 2009, p. 624). Estas demencias se caracterizan por el “síndrome afaso-apracto-agnosico” (Ramos, Fernández y Pérez, 2009, p. 624). Es decir, problemas en el habla, el movimiento y la visión. En segundo lugar, “ las demencias subcorticales son caracterizadas por síntomas extrapiramidales, como en la enfermedad de Parkinson” (Ramos, Fernández y Pérez. 2009, p. 624).

La diferencia más importante entre estos dos patrones de demencia es que aquellos pacientes que sufren de una demencia subcortical muestran una lentitud muy marcada del procesamiento de la información, mientras que la demencia cortical, además de la amnesia, presenta combinaciones variables entre afasia, apraxia y agnosia (Ramos, Fernández y Pérez. 2009, p. 624).

2.3.3.3. Criterios clínicos

Los manuales diagnósticos más prevalentes en la actualidad siguen criterios diferentes a la hora de describir la clínica de las demencias. Así, la CIE-10 y el DSM IV-TR y el DSM-V no han encontrado una clasificación unificada de qué supone una demencia a nivel sintomatológico (Ramos, Fernández y Pérez, 2009). En la Tabla III se presentan los criterios de cada manual:

Tabla III

Criterios Diagnósticos de Demencia (adaptado de APA, 2000; APA 2013; OMS, 1992).

DSM-IV-TR (APA, 2000, p.140)	DSM-V (APA,2013, p.334)	CIE-10 (OMS, 1992, p.9)
A. Desarrollo de pérdida cognitiva múltiple, manifestada por: <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración Memoria 2. 1 o más: <ol style="list-style-type: none"> a. Afasia b. Apraxia c. Agnosia 	A. Deterioro cognitivo comparándolo con una línea base previa en uno o más dominios: <ol style="list-style-type: none"> a. Reporte del paciente o familiar; u observación clínica 	La Demencia se debe a una enfermedad cerebral, que es crónica y progresiva. Se observan deterioros de múltiples funciones corticales superiores, como memoria, el razonamiento, la orientación,

d. Alteración funciones ejecutivas	b. Deterioro cognitivo sustancial en ev. objetiva	comprensión, cálculo, el aprendizaje y el lenguaje. La consciencia no se ve comprometida. Deterioros de la conducta social o emocional, o en la motivación acompañan (o preceden) la demencia.
B. Las alteraciones previas suponen un deterioro respecto a las capacidades previas del paciente, y suponen dificultades significativas en su vida.	B. El deterioro cognitivo interfiere con las actividades de la vida diaria.	
C. La evolución se caracteriza por ser gradual y el deterioro será continuo.	C. No ocurre en el curso de un delirium	
D. Las alteraciones de A. no se deben a: <ul style="list-style-type: none"> 1. Otros trastornos del sistema nervioso central 2. Trastornos sistémicos 3. Intoxicaciones 	D. No es debido a otra enfermedad psiquiátrica	
D. No ocurre durante un síndrome confusional agudo		
E. No se debe a otra enfermedad psiquiátrica		

Todas las clasificaciones (DSM -5, DSM IV TR, CIE – 10) dan énfasis a que la demencia “disminuye la capacidad de adaptación del paciente (criterio de desadaptación) y que la duración de esta es crónica (criterio de cronicidad). El primer criterio (desadaptación) le da niveles de gravedad a la demencia (mínima, ligera, moderada y severa) (Ramos, Fernández y Pérez. 2009, p. 620). Por otro lado, el segundo criterio “permite diferenciarla de otros cuadros clínicos (delirium, depresión, alcoholismo)” (Ramos, Fernández y Pérez. 2009, p. 620).

Estos criterios son relativos: por ejemplo, el criterio de adaptación en ámbitos rurales puede no ser diagnosticable debido a que en el día a día no se observa dicha desadaptación a nivel ejecutivo (Ramos, Fernández y Pérez, 2009). En casos así es el análisis de movimiento especialmente útil.

En relación a la evolución de un sujeto con demencia se han establecido pautas para clasificar su progresión según el grado de intensidad del trastorno (Roth et. al. 1990). Se distinguen así cuatro niveles (Ramos, Fernández y Pérez, 2009):

- (1) Demencia mínima: déficit limitado en la adquisición de información; (p. 624)
- (2) Demencia leve: déficit en adquisición de nueva información, orientación visoespacial, resolución de problemas y ligeras alteraciones lingüísticas; (p. 624)
- (3) Demencia moderada: incapacidad para retener nueva información. Junto con amnesia de hechos recientes, disminución de la orientación, lenguaje sin sentido y dependencia en el día a día; (p. 625)
- (4) Demencia severa: pérdida importante de procesos mnésicos, rellenando las lagunas con confabulaciones, orientación intensamente afectada, nula capacidad de resolución de problemas, el lenguaje es inentendible. (p. 625)

El DSM-V ha cambiado de manera significativa sus criterios al compararlo con el DSM-IV (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015). “Al ser una clasificación de enfermedades tampoco incluye los estados preclínicos, pero sí que considera un estado patológico pre-demencia al estilo deterioro cognitivo leve de Petersen” (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015, p. 5).

En el DSM-V, los trastornos mentales orgánicos son sustituidos por trastornos neurocognitivos (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015). Éstos se “dividen en 3 subcategorías; delirium, trastorno cognitivo menor y trastorno cognitivo mayor” (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015, p. 5). Cabe destacar que la diferencia entre el trastorno cognitivo menor y el trastorno cognitivo mayor es cuan fuerte son los síntomas y cuanto afecta en su día a día. (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015).

Dentro de la categoría de trastorno cognitivo mayor en el DSM-V se encuentra el EA. Y el diagnóstico de la gravedad de dicha enfermedad (la intensidad de los síntomas) despertó el interés de saber de qué manera se diagnostica hasta qué punto un paciente sufre de demencia.

Por ello, a continuación, se mencionará el *Mini Mental State Examination* (MMSE)

2.4. MiniMental

El Mini-Mental state examination (MMSE) es un cuestionario utilizado ampliamente en el ámbito clínico para analizar déficits cognitivos (Pangman, Sloan y Guse, 2000). Su versión en población española fue realizada por Lobo et. al. en 1979.

Es una herramienta de *screening*, es decir, de evaluación rápida que ayuda a analizar qué déficit cognitivo padece la persona pero que, sin embargo, no dice qué demencia o que afectación específica sufre, por lo que nunca debería sustituir a una valoración clínica (Tombaugh & McIntyre, 1992)

Consiste en “30 preguntas agrupadas en 10 secciones donde las características esenciales que se evalúan son: orientación en el tiempo y el espacio; atención, concentración y memoria abstracción (cálculo), lenguaje y percepción viso-espacial; capacidad para seguir instrucciones básicas” (Secretaría de Salud, s.f., p.1).

2.4.1. Interpretación

“La puntuación dice cuanto deterioro padece el paciente. Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba” (Secretaría de Salud, s.f., p.1-2). Según Lobo et al. (2002) los resultados del MMSE se pueden clasificar de la siguiente manera:

Entre 30 y 27: Sin Deterioro; (p. 12)

Entre 26 y 25: Dudoso o Posible Deterioro; (p. 12)

Entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada; (p.12)

Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa; (p. 12)

Menos de 6: Demencia Severa. (p.12)

Aunque la prueba es muy popular para realizar un análisis orientativo del grado de demencia, ésta también tiene sus limitaciones, especialmente el hecho de que es una prueba verbal y escrita, lo que supone un impedimento para personas ciegas, sordas, o que no sepan leer o que ya no hablan y simplemente hacen sonidos. Y es aquí donde el KMP puede ser de gran ayuda.

2.5. Hipótesis

La siguiente tesina ha comparado el MMSE aplicado ya a los usuarios de la residencia con el análisis del primer diagrama del KMP. Para descartar la variable confusional de sesgo del observador, se escogieron casos cuyo diagnóstico era desconocido y que no estaban en un proceso terapéutico de DMT.

Hipótesis 1: A mayor el grado de demencia, mayor frecuencia de ritmos de succionar y morder se deberían observar.

Hipótesis 2: Las demencias severas analizadas se caracterizan por mayor frecuencia en ritmos de succionar y morder, y muy baja frecuencia en ritmos de acunar, arrebato/parto, saltar y chocar.

Las hipótesis se fundamentan en la siguiente reflexión: mientras más muestra la persona afectada de demencia una regresión a los movimientos primarios dentro del diagrama uno del KMP y, en concreto, los primeros ritmos en desarrollarse (succionar y morder), más habría avanzado ya la demencia. Es decir, en demencias severas se deberían mostrar mayores frecuencias de ritmos básicos. A continuación, se usará la palabra demencia avanzada como sinónimo para la demencia severa.

3. Métodos

1. Diseño, Setting y Participantes

El presente estudio se diseñó siguiendo las directrices del método observacional del KMP según lo aprendido durante el máster de DMT, lo que lo convierte en *descriptivo*, ya que busca describir una correlación, observacional, ya que no manipula las variables. Además, este estudio es considerado *transversal*, ya que las variables son medidas una sola vez. Al analizar dos variables cuantitativas (los ritmos de Kestenberg y los resultados del Mini mental), este estudio se considera *cuantitativo*.

Se realizaron 3 recogidas de datos en la hipótesis 1:

- La primera fue analizar a los pacientes a través del KMP. El orden de observación fue según presencia del paciente, se observó siempre en el mismo umbral de tiempo durante 15 minutos a cada paciente. El momento del día fue por la mañana;
- La segunda fue analizar los datos de los perfiles de movimiento (del KMP) y pronosticar el grado de demencia de cada paciente, sin saber previamente que diagnóstico clínico tenían;
- La tercera fue comparar dichos diagnósticos con el MMSE para comprobar si concordaban o no.

En la segunda hipótesis se realizaron dos recogidas de datos:

- La primera consistió en categorizar a los pacientes de demencia diagnosticados como severa tanto por el MMSE como por el KMP.
- La segunda fue comparar los datos de los ritmos básicos de morder y succionar con los

ritmos de acunar, arrebatado/parto, saltar y chocar.

Se eligió como *Setting* el comedor de la residencia geriátrica (cuyo nombre por el tema de la confidencialidad no se menciona), por los siguientes motivos: la confianza de los pacientes de demencia en dicho espacio, ya que les era familiar y no provocaba confusión espacial; la facilidad de observar a los pacientes sin darse cuenta de que eran observados, gracias a la gran cantidad de estímulos que los rodeaban; y este espacio otorgaba la oportunidad de repetir el momento del día en que se observaba a dichos pacientes, ya que los horarios eran fijos. Esto se hizo para controlar variables confusionales y aumentar la validez interna del estudio. Se consideró como límite de los movimientos la mesa que tenían delante los pacientes, lo que provocaba más movimientos horizontales que verticales. En discusión se abarcará este aspecto.

Se eligieron 45 pacientes de la residencia geriátrica según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Ser parte de la residencia geriátrica.
- Encontrarse en el comedor entre las 9 a.m. y las 11 a.m.

Criterios de exclusión:

- Que fueran pacientes de danza movimiento terapia.
- Fallecimiento.
- Hospitalización.
- Incapacidad de realizar un análisis de KMP por falta de movimiento.
- Falta de diagnóstico de Minimental actual (no mayor que un año)

4. Resultados y Conclusiones

4.1. Resultados

Hipótesis 1:

Tal y como se comenta en la hipótesis 1, a través de los ritmos del primer diagrama de KMP, en concreto los ritmos succionar y morder, se pretende ver si es cierto que a mayor el grado de demencia, mayor frecuencia de ritmos de succionar y morder se observan. En la siguiente tabla se muestra de qué forma se han comparado las frecuencias de repeticiones del ritmo succionar o morder con la escala de valor de Kestenberg:

Tabla III

Categorización Umbrales.

UMBRAL REPETICIONES (FRECUENCIA DE REPETICIONES DE UN RITMO)	VALOR (ESCALA 0-6) DE KESTENBERG, MORDER O SUCCIONAR
≥15	6
≥12 <15	5
≥9 <12	4
≥6 <9	3
≥3 <6	2
1-2	1
0	0

Poniendo un ejemplo para el mejor entendimiento de la tabla cuatro anteriormente expuesta y del método de este estudio piloto, se muestra y se explica a continuación con el diagrama uno del usuario 13.

El usuario 13 obtuvo en el *handwriting* una frecuencia mayor a 15 (repeticiones de movimientos) tanto en el caso de succionar como en el caso de movimientos de morder. En otras palabras, se han visto movimientos de succionar más que 15 veces, lo que corresponde según se ha definido a un valor de 6 en el KMP (el KMP tiene una escala de 0 a 6), juntado con el valor de morder de 6 (frecuencia >15) tiene un valor sumado de 12 (sumando el valor de succionar y de morder) (véase tabla 5, p. 45) se ha definido previamente por la autora de este estudio piloto como una probable demencia severa.

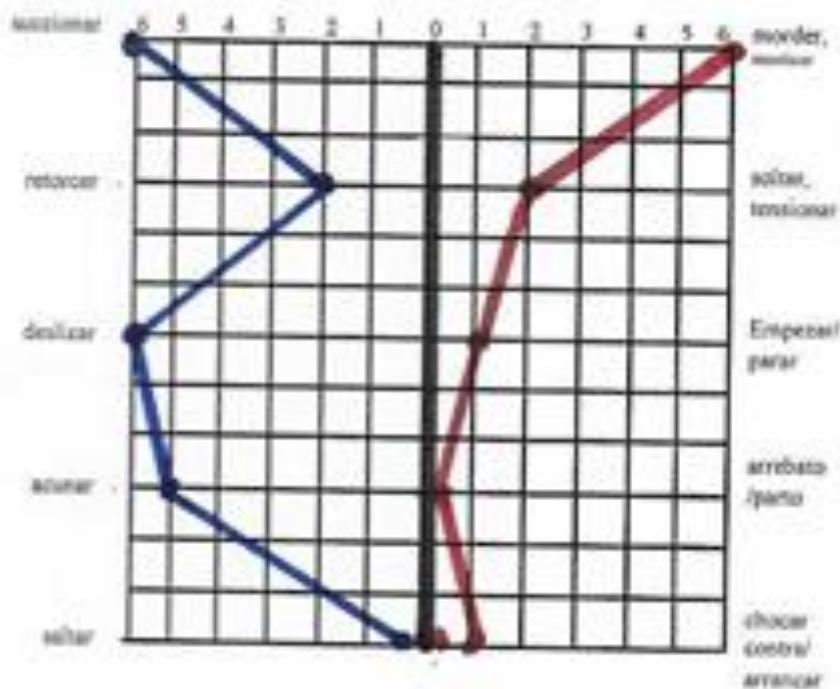


Figura III Diagrama uno del usuario 13 (adaptado de Bräuninger, 2017; Kestenber- Amighi et al. 1999).

Tabla V

Categorización ritmos de morder y succionar sumados.

<hr/>	
Valor de Kestenber	
<hr/>	
Ritmos de succionar y morder sumados	
<hr/>	
10 – 12	Demencia severa
<hr/>	
7 - 9	Demencia moderada - severa
<hr/>	
3-6	Demencia leve/ DCL
<hr/>	
0-2	No Demencia
<hr/>	

A continuación, se observa el análisis completo de los pacientes, añadiendo la columna con los datos del MMSE solo tras realizar una predicción del grado de Demencia (la investigadora era ciega al diagnóstico propuesto del MMSE).

Tabla VI*Análisis y datos de casos*

Usuario	Ritmo Succión	Ritmo Morder	Ritmos Juntos	Predic- ción	MMSE	Edad	Información adicional
U1	1	1	2	No tiene demencia	27/30 No tiene demen- cia	87	Ingresado por Deterioro Funcional. 3X desorientado
U2	4	5	9	D. mode- rada hasta severa	Demencia leve hasta modera- da	89	Diagnóstico de trastorno afectivo bipolar y trastorno delirante
U3	4	2	6	D. leve o DCL	23/30 deterioro cognitivo leve hasta modera- do	93	Síndrome ansioso- depresivo 3X orientado
U4	0	0	0	No tiene demencia	28/30	65	Trastorno

Usuario	Ritmo Succión	Ritmo Morder	Ritmos Juntos	Predic- ción	MMSE	Edad	Información adicional
					sin demen- cia		psicótico crónico
U5	6	4	10	D. moderada hasta severa	10/30 D. modera- da a severa.	92	Desorientado en tiempo y persona
U6	2	3	5	D. leve	17/30 D. leve a modera- da	90	Síndrome depresivo, orientado en espacio, parcialmente desorientado en tiempo y persona
U7	6	6	12	D. severa	No evalu- able EA hace años	84	Det.en grado severo 3x desorientado

Usuario	Ritmo Succión	Ritmo Morder	Ritmos Juntos	Predic- ción	MMSE	Edad	Información adicional
U8	5	4	9	D. moderada hasta severa	12/30 Demen- cia leve a modera- da	82	Desorientado En tiempo
U9	6	4	10	D. severa	No evalu- able	91	Det.severo
U10	1	1	2	No D.	27/30 no tiene D.	80	Síndrome depresivo,
U11	1	5	6	D. leve DCL	23/30 D. leve a modera- da	78	
U12	6	3	9	D. modera -da severa	8/30 D. modera- da a severa	79	
U13	6	6	12	D. severa	4/30 demen-	87	

Usuario	Ritmo Succión	Ritmo Morder	Ritmos Juntos	Predic- ción	MMSE	Edad	Información adicional
					cia severa		
U14	6	3	9	D. modera da - severa	16/30 Demen- cia leve a moderada	86	Síndrome deprimido.
U15	6	4	10	D. severa	14/30 D. leve a moderada	85	
U16	1	1	2	No D.	18/30 D. leve a moderada	55	Epilepsia vascular,
U17	6	5	11	D. severa	No evalu- able Diagn. de EA	87	Síndrome deprimido recurrente desorientado 3x
U18	1	3	4	D. leve/ DCL	25/30 dudoso o	87	Síndrome deprimido 3x orientado

Usuario	Ritmo Succión	Ritmo Morder	Ritmos Juntos	Predic- ción	MMSE	Edad	Información adicional
					posible dete.		
U19	6	6	12	D. severa	2/30 D. severa	81	Trastorno de ansiedad
U20	3	4	7	D.mode rada a severa	7/30 D. modera- da a severa	90	Irritabilidad estado actual 3x desorientado
U21	3	6	9	D.mode rada- severa	8/30 d.mode- rada a severa	77	EA,3x desorientado
U22	6	6	12	D. severa	5/30 D. severa	90	3x Desorientado
U23	6	6	12	Demencia severa	5/30 demencia severa	85	
<i>U24 excl.</i>	0	0	0	Casi no hay movimien-	Cerca d.muerte ?	83	No evaluable

Usuario	Ritmo Succión	Ritmo Morder	Ritmos Juntos	Predic- ción	MMSE	Edad	Información adicional
				to, cerca de la muerte?			
U25	6	5	11	D. severa	5/30 D. severa	84	
U26	1	5	6	D. leve o DCL	22/30 D. leve o mod.	86	Síndrome de ansiedad
U27	5	5	10	D. severa	1/30 D. severa	84	3x desorientada
U28	4	6	10	D. severa	9/30 D. Modera- da a severa	89	
U29	2	2	4	D. leve o DCL	D. leve a modera- da	86	
U30	4	5	9	D. modera da - severa	9/30 D. Modera- da a severa	89	Desorientado en tiempo, parcialmente desorientado

Usuario	Ritmo Succión	Ritmo Morder	Ritmos Juntos	Predic- ción	MMSE	Edad	Información adicional
							en persona y espacio
U31	4	5	9	D.mode rada - severa	9/30 D. modera- da a severa	82	
U32	6	1	7	D.mo- derada a severa	11/30 D. leve a modera- da	81	
<i>U33 excl.</i>	¿	¿	¿	Casi no hay mov. ¿Cerca de la muerte?	¿?	87	No evaluable
<i>U34exl.</i>	0	0	0	¿cerca de la muerte?	¿?	84	No evaluable, diagnóstico no actual de demencia severa
U35	6	1	7	D. modera da a severa	11/30 D. leve a modera- da	82	

Usuario	Ritmo Succión	Ritmo Morder	Ritmos Juntos	Predic- ción	MMSE	Edad	Información adicional
U36	5	6	11	D. severa	5/30 D. severa	81	Deterioro cognitivo severo con trastorno de conducta
U37	1	1	2	No tiene demenc ia	25/30 dudoso o posible deterioro	80	Orientado en espacio y persona. Parcialmente desorientado en tiempo
U38	5	5	10	D. severa	4/30 D. severa	85	
U39	4	5	9	D. modera da a severa	8/30 D. modera- da a severa	87	
U40	6	3	9	D. modera da a severa	1/30 D. severa	93	Diagn.de demenica senil

Usuario	Ritmo Succión	Ritmo Morder	Ritmos Juntos	Predic- ción	MMSE	Edad	Información adicional
<i>U41excl.</i>	0	0	0	?	d.severa?	85	No evaluable
U42	6	4	10	D. severa severa	5/30 D. severa	83	
U43	6	5	11	D. severa	No evalu- able	90	Det.cognitivo severo diagnosticado anteriormente
U44	6	4	10	Demencia severa	5/30 Demencia severa	89	
<i>U45excl.</i>	Fallecido	“”	“”	“”	“”	“”	“”

Nota: D.= Demencia, Det. = Deterioro, EA= Enfermedad de Alzheimer, 3X = espacio, tiempo, persona; Diagn. = diagnóstico

En la siguiente tabla se puede observar casos discrepantes entre el “*diagnóstico*” predictor del KMP y el valor dado en el MMSE.

Tabla VII

Tabla con los casos discrepantes

Usuario	Predicción del grado de la Demencia KMP	Resultado MMSE
2	Moderada a Severa	Leve a Moderada
8	Moderada a Severa	Leve a Moderada
14	Moderada a Severa	Leve a Moderada
15	Demencia Severa	Leve a Moderada
16	No tiene Demencia	Leve a Moderada
28	Demencia Severa	Moderada a Severa
32	Moderada a Severa	Leve a Moderada
35	Moderada a Severa	Leve a Moderada
37	No tiene Demencia	Dudoso o posible deteriorio
40	Moderada a Severa	Demencia Severa

Hipótesis 2:

En la siguiente tabla se describen los pacientes diagnosticados con demencia severa según el Minimental y el KMP, comparando los dos ritmos más básicos con los cuatro ritmos más avanzados del diagrama uno.

Tabla VIII

Comparativa de ritmos del diagrama uno

Usuario	Ritmo de Succionar (R1)	Ritmo de Morder (R2)	Ritmo de Acunar (R7)	Ritmo de Arrebato/Parto (R8)	Ritmo de Saltar (R9)	Ritmo de Chocar (R10)
U7	6	6	0	0	0	3
U9	6	4	0	0	0	0
U13	6	6	5	0	0	1
U17	6	5	0	3	0	0
U19	6	6	0	0	0	0
U22	6	6	0	0	0	0
U23	6	6	4	0	0	0
U25	6	5	0	0	0	0
U27	5	5	0	0	0	0
U28	4	6	0	0	0	4
U36	5	6	0	0	1	0
U38	5	5	0	0	0	0
U42	6	4	0	0	0	0
U43	6	5	1	0	0	1
U44	6	4	1	0	1	1

4.2. Conclusiones

Tras el análisis de resultados, la N total que en un principio era de 45 personas, se vio disminuida a 40.

Los criterios de exclusión de estas cinco personas fueron los siguientes:

- Una persona por fallecimiento,
- Cuatro personas por falta de movimiento (posible explicación se encuentra en la discusión),
- Estas cuatro personas tenían además un diagnóstico del Minimal "No evaluable"

En general, el análisis de movimiento de Kestenber predijo correctamente, en comparación con el MMSE, el grado de demencia de un total de 30 pacientes de los 40, lo que supone un porcentaje de acierto en su totalidad de 75%.

La capacidad predictiva fue mayor en los pacientes con demencia avanzada o también denominada severa. Así, el análisis de Kestenber predijo un 87.5% de los casos (14 de 16). Esto está en consonancia con la hipótesis 1, y defiende el uso del KMP cuando la demencia es avanzada y las pruebas verbales solo provocan malestar o estrés al paciente.

El análisis del KMP ha podido diagnosticar cuatro casos de demencia avanzada que ya no eran evaluables por el MMSE. El MMSE, aunque fuera no evaluable, supone en este caso un diagnóstico actual, ya que intentaron realizar la prueba.

Dentro de la predicción de la falta de demencia, el KMP obtuvo el mismo resultado que el MMSE en 3 de 5 pacientes (60%).

Uno de los casos discrepantes fue analizado por el MMSE dentro de una subcategoría no observada en el KMP: Dudoso o leve deterioro. El otro fue considerado por el Minimental como leve.

En discusión se discutirá sobre el posible porqué de dicho resultado (*DCL, demasiadas categorías MMSE*).

Analizando la categoría leve/ DCL del KMP, se observa que el acierto de la predicción disminuye a un 42.8% de los casos (6 de 14). En cinco de estas discrepancias se observa que el MMSE categoriza a dichos pacientes con un grado más de demencia, es decir, con una demencia moderada a severa. En discusión se discutirá sobre el posible porqué de dicho resultado (*Clasificación muy amplia 10-26 MMSE*).

Los otros tres casos enseñan que el KMP predice No Demencia (caso 16 y caso 37) o Demencia Severa (caso 15).

Dentro del análisis de los ritmos de succionar y morder como predictores de demencia moderada a severa, se ve en correlación con el test de Lobo et al. (2002) un acierto de un 53% (7 de 13 de los casos fueron predichos por el KMP correctamente).

Analizando las discrepancias más a fondo, es importante resaltar algunos casos:

Tabla VIII

Análisis casos discrepantes

- Caso 2* posible explicación discrepancia: Trastorno Bipolar, y trastorno delirante, patología provoca más ritmos primarios, lo que altera al KMP, pero no al Minimental. O simplemente el hecho de no haber elegido la misma cantidad de categorías.
- Caso 14* Síndrome Depresivo altera resultados.

- Caso 16* Epilepsia: demencia subcortical no comienza con un fallo apraso-afasio-agnósico, síndrome que produce peores resultados en el MMSE.
- Caso 32* MMSE 11/30, muy cercano al Moderado Severo (>10)

En conclusión, se puede afirmar que el KMP en este estudio piloto (n=40) ha enseñado una gran capacidad predictiva cuando la demencia era severa (87.5% de aciertos) y una predicción entre el 42.8 % y el 60% cuando era moderada, leve o inexistente. Igual hay que tratar estos resultados con precaución dada que la demencia solamente se ve como 100% confirmada tras la muerte de la persona (Ramos, Fernández y Pérez, 2009).

4.2.1. Segunda Hipótesis

Analizando los datos de la tabla ocho (página 58-59), se ve que los ritmos de morder y succionar aparecen con mayor frecuencia en los pacientes con demencia severa, mientras que los ritmos de acunar, arrebato/parto, saltar y chocar apenas aparecen.

Así, como la segunda hipótesis presuponía, las demencias severas analizadas mantienen altas intensidades de ritmos de succionar y morder, y bajas en ritmos de acunar, arrebato/parto, saltar y chocar.

En definitiva, por observaciones hechas en las prácticas y los resultados de este trabajo, se considera que el KMP podría servir para la detección de la demencia severa y, en menor grado para detectar el grado de demencias menos avanzadas.

Parece importante mencionar que el KMP lleva naturalmente a la DMT (Kestenberg-Amighi et. al., 1999).

5. Discusión

En general se puede decir que los resultados obtenidos en este estudio piloto van en la dirección de la hipótesis uno y dos, pero se acierta más en el caso de la demencia severa y menos en las demencias menos avanzadas.

Aparte de que la demencia se confirma 100% después de la muerte (Ramos, Fernández y Pérez, 2009) hay que mirar estos resultados también con precaución dado que Kestenberg-Amighi et al. (1999) apuntan que “el ritmo de succionar se suele usar también con una bastante alta frecuencia en gente adulta comparando con todos los otros nueve ritmos”³¹ (p. 32).

³¹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

Considerando este hecho, igual hay que mencionar que los ritmos de succionar y morder se han valorado en este estudio piloto sumados y aunque el ritmo de succión se suele encontrar más que los otros en adultos en general, eso no quita que el de morder se encontró también con una frecuencia alta en las demencias severas.

Aparte de eso, también se puede ver el otro lado de la misma moneda, que lo observado, primero intuitivamente, y luego con el KMP evaluándolo, se traduce en que hay mucho ritmo de succión en las demencias avanzadas. Esto se ve apoyado por Kestenberg-Amighi et al. (1999) quién dice que este ritmo es bastante frecuente en adultos.

5.1. Análisis de Metodología

5.1.1. Criterios de Calidad del KMP

Hasta hoy en día la objetividad de la ejecución y la evaluación del KMP han sido demostradas por los siguientes criterios: “La fiabilidad en el perfil entero de KMP para evaluadores novatos se encuentra en 70% comparando con 75% para los expertos³²” (Koch, 2009, p. 3). El segundo criterio es la consistencia interna:

La consistencia interna y la capacidad de discriminación exacta de los ítems (*Trennschärfen der Items*) de una traducción del cuestionario del KMP (1998) han mostrado desde buenos hasta muy buenos resultados (el alfa de Cronbach de los perfiles estaba entre .70 y .95)³³ (Koch, 2009, p. 3). El tercer criterio es la validez:

La validez se ha comprobado por ejemplo para los ritmos de lucha versus de entrega, para los esfuerzos ligeros versus fuertes, y para los esfuerzos directos versus los esfuerzos indirectos por Koch en 2009 y Lotan/Yirmiya en 2002³⁴ (citado por Koch, 2009, p. 3). El cuarto criterio es “la validez de constructo y se comprobó en los años

³² Traducción del alemán al castellano por Rahel Probst

³³ Traducción del alemán al castellano por Rahel Probst

³⁴ Traducción del alemán al castellano por Rahel Probst

setenta a través de una comparación de diagnóstico entre Anna Freud y Judith Kestenberg (ambas no conocían los resultados de la otra)³⁵” (Koch, 2009, p. 3; Kestenberg-Amighi et al.1999, p. 9).

5.1.2. Aspectos metodológicos a destacar

Setting: También se considera que el entorno del *setting* influye. En primer lugar, el hecho que la gente mayor estuviera sentada muchas horas durante el día permitió que se encontrara fácilmente una situación “neutral” sin actividades guiadas, un momento que utilizaban movimientos naturales. Esto solamente era posible hacerlo en el comedor por la mañana para que no se sintieran observados y que no modificaran sus movimientos.

Sin embargo, en contraposición a dicha búsqueda de movimientos naturales en el *setting*, cabe destacar que los pacientes estuvieron sentados delante de una mesa rodeados de estímulos, lo que podría ser un sesgo considerable: la mesa provoca que haya más movimientos horizontales que verticales.

Momento y duración de observación: Se ha elegido como hora de observación la mañana y no la tarde para intentar evitar un sesgo de cansancio del día: dicho cansancio disminuiría aún más la cantidad de movimientos realizados por los pacientes. Hay que contemplar los resultados también con precaución dado que se observó a cada paciente durante 15 minutos. Eso daría al análisis del KMP, al enfocarse principalmente en el diagrama uno, una manera económica y eficaz de ser usado, pero hay que considerar que para poder generalizar los resultados encontrados habrá que repetir el estudio piloto, hacerlo con más pacientes y con más repeticiones de observación o registrarla en vídeo.

³⁵ Traducción del alemán al castellano por Rahel Probst

Número de pacientes observados. Hay que tener en cuenta que se trata de un N de 40, lo que supone una muestra grande dentro de la población típicamente clínica. Ésta podría ser mayor para poder generalizarlo con mayor certeza, buscando aumentar la fiabilidad externa.

Hablar mucho mediante frases enteras o repetitivas. Esta característica de los pacientes se ha evaluado aparte (como comentario en las hojas de observación) y no como ritmo, ya que ha sido considerada más verbal que no verbal y se considera que no se debería confundir ya que tiene ambos componentes (verbales y no verbales).

Analizando el hablar mucho en el sentido de sonidos, se puede decir que es una característica muy primaria del bebé, que le da seguridad y placer (Panhofer, 2005). Parece que la persona demente quiere lo mismo, estar cómoda en su piel, y tiene que darse propia seguridad. Además, haciendo sonidos (parecidos a los de los bebés, si ya es una demencia muy avanzada) se siente a lo mejor más viva, reconocida y haciendo movimientos de boca, ¿tendrá unos recuerdos placenteros del comienzo de su vida?

5.1.3. Limitaciones Métodos

Limitación teórica: Dada la complejidad del KMP y la extensión de los nueve diagramas y el tiempo limitado en el sitio para hacer el estudio observacional, se ha fijado principalmente en sólo uno de los nueve diagramas.

Como limitación se observa que una descripción comprensiva de todas las categorías de movimiento dentro del análisis del KMP va más allá que el enfoque y la extensión de esta tesina.

Sin embargo, una completa descripción del KMP puede ser encontrada por ejemplo en Kestenberg-Amighi et al (1999). Allí también se encuentran ejemplos de diferentes ejercicios para hacer y sentirlo en movimiento.

Segunda limitación teórica: En la búsqueda de literatura y artículos se ha visto que aún no existen investigaciones específicas que asocien el grado de demencia o la demencia en general, con indicadores no verbales (como los diagramas de Kestenberg) pero sí que existen estudios que comprueban indicadores no verbales de depresión y las calidades de movimiento más usadas por las personas afectadas de depresión.

Según Poteat (1981) éstas son: el flujo conducido (*bound flow*), el peso pasivo (*passive weight*), el tiempo sostenido (*sustainment*), una mirada evitadora y una reducida cantidad de contacto visual con gente (citado por Ottenberg, 2001, p.37).

A continuación, se muestran más ejemplos de estudios que asocian la depresión con características no verbales específicas.

Ejemplo 1:

“Davis (1981) ha descubierto que las características difusión y flacidez podrían estar relacionados con la depresión y posiblemente también indicar un potencial de suicidio³⁶” (citado por Ottenberg, 2001, p. 36).

Además, se comenta que “la difusión está relacionada con depresión y una falta de claridad en *shaping in directions and projections in space*³⁷” (citado por Ottenberg, 2001, p. 36) (están hablando del diagrama ocho y nueve del KMP). “El autor se refiere

³⁶ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

³⁷ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

con flacidez a una completa atonía muscular y dejadez hacia la gravedad, lo cual está escrito en términos de *effort-shape* como peso pasivo con un cambio mínimo en el esfuerzo de flujo³⁸ (Davis 1981, citado por Ottenberg, 2001, p. 36).

También se menciona en la literatura que el flujo conducido podría simbolizar un mecanismo de defensa (Kestenberg-Amighi et al. 1999; Ottenberg, 2001).

Ejemplo 2:

El estudio de Schelde (1998) propuso la posibilidad de construir un perfil de comportamiento que se podría usar para la observación del comportamiento no verbal de la depresión y su recuperación. Al comprobar su perfil, Schelde (1998) descubrió que los pacientes experimentaban cambios significativos entre el diagnóstico y la recuperación, entre otras, en las siguientes características de la depresión; mirada no específica, encogimiento y falta de movimientos de boca³⁹. (citado por Ottenberg, 2001, p. 78)

Ejemplo 3:

Según Ottenberg (2001) la mirada como indicador no verbal para la depresión ha sido comprobado en muchos estudios.

Los investigadores han notado una frecuencia significativa más baja y una duración significativa menos larga del contacto visual de ojos en el caso de gente con depresión versus gente sin depresión. Además, la contracción hacia abajo de la boca, la inclinación de la cabeza hacia abajo y una falta de movimientos de las manos han sido identificados como indicadores no verbales de la depresión⁴⁰. (p. 35)

Estos marcadores son un gran ejemplo de cómo el análisis del lenguaje no verbal puede ayudar a diagnosticar ciertos trastornos mentales, interés principal de esta tesina.

³⁸ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

³⁹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

⁴⁰ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

Tercera limitación teórica:

También hay que tener en cuenta que:

el lenguaje y las implicaciones psicológicas de “*body movement*” son difíciles de describir claramente y de comunicar a otros profesionales. Para superar este desafío un sistema comprensible de análisis de movimiento, que utiliza su propio vocabulario, es de gran valor. *Laban Movement Analysis* ha sido de gran ayuda para mucha danza movimiento terapeutas en este sentido⁴¹. (Kestenberg-Amighi, 1999, p. 212)

La teoría de las emociones de Ekman: A diferencia de la propuesta de tesina, en este estudio piloto no se ha podido incluir la teoría de Ekman sobre las emociones universales, ya que no se ha podido hacer un *video taping*, lo cual se considera imprescindible para poder analizar los músculos activados en cada emoción observada (Ekman, 2012).

La grabación y observación de las emociones (micromovimientos) según los patrones de Ekman (2012) permitiría un análisis más completo y certero de cada perfil de movimiento y paciente, sobre todo en aquellos casos con diagnósticos concomitantes (p.ej. Trastorno bipolar, depresión, etc.). Además, el *video taping* también serviría para poder hacer un análisis de KMP más profundo, al poder verlo varias veces y así poder hacer observaciones diferenciadas, como por ejemplo una vez solamente fijarse en el rostro, luego en el diagrama x, luego en los movimientos x, etc.

Como ejemplo de análisis no verbal (en concreto, los ritmos del primer diagrama del KMP) relacionado con el afecto y las emociones, existe el estudio de afecto y movimiento de Koch y Müller (2007). Según Koch (2011) se puede decir que “los ritmos básicos son

⁴¹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

subcategorías que especifican el afecto⁴²” (p. 157). Así, “los ritmos de movimiento (los ritmos de entrega versus de lucha) estarían conectados con el sistema afectivo⁴³” (Koch, 2011, p. 157).

Como dificultad en el proceso de toma de datos supuso un gran desafío medir el ritmo de flujo de tensión, específicamente las alternancias rítmicas de la tensión muscular en el cuerpo.

Esto entre otro por el siguiente motivo, ya que contrariamente a las medidas *shape flow*, las cuales se ven en simples cambios en la forma del cuerpo y en la respiración, los ritmos de flujo de tensión deben ser medidos utilizando la propia empatía quinestésica del observador. El observador tiene que estar sensorialmente ajustado al cuerpo del sujeto y transmitir lo observado y sentido en las alternaciones de flujo de tensión en su escritura a mano (Kestenberg-Amighi et al. 1999; Koch, 2011).

Parece importante mencionar que Kestenberg-Amighi et al. (1999) describen muy detalladamente cada ritmo del flujo de tensión con ejemplos de ejercicios etc., pero también comentan que los ritmos luego no están siempre organizados de manera pura; o sea, se observan muchos ritmos mixtos o en diferentes partes del cuerpo diferentes ritmos a la vez. Esto supone un desafío muy grande para la observación y la precisión de lo observado y se ve como limitación de esta tesina ya que no se pudo grabar a los pacientes.

5.1.4. Propuestas de mejora metodológica

Una posible mejoría metodológica sería realizar un análisis observacional mediante vídeo, tal y como lo hicieron (Koch, Goodill & Cruz, 2001).

⁴² Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

⁴³ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

En dicho artículo los evaluadores observaron independientemente y evaluaron grabaciones de vídeo con 12 minutos de duración de cuatro participantes. Basado en dichos segmentos de 12 minutos, cada uno de los cinco evaluadores analizó tres diagramas del KMP (*tension flow rhythms, bipolar and unipolar shape-flow*) (Koch, Cruz & Goodill, 2001). Según los autores Koch, Cruz & Goodill (2001) estos tres diagramas registran aspectos más primarios de la conducta del ser humano.

Lamentablemente no fue posible en este estudio realizar grabaciones de vídeo como en el estudio de Koch, Goodill & Cruz 2001, ya que la residencia geriátrica no otorgó el permiso para realizarlo con vídeo, pero sí de manera que se garantice la anonimidad de los usuarios.

Un análisis a través de videocámara conllevaría en futuros estudios a una mayor objetividad a la hora de realizar los análisis de los perfiles de movimiento. La empatía kinestésica podría ser contrastada observando en repetidas ocasiones dichos vídeos y por varios evaluadores.

Se considera que la grabación en vídeo quitaría a muchos problemas vistos en este estudio piloto. Además, se considera que el sesgo por los pacientes de saber que les grabasen a lo mejor no sería muy grande en el caso de la gente con demencia, ya que se supone que el juicio de como me veo en un vídeo sería mucho más pequeño en gente con demencia que la población normal.

Otro estudio modelo fue el de Sossin (1987), quien condujo un estudio con dos evaluadores de KMP con una gran experiencia, quienes recibieron dos fases de preparación para la evaluación. La primera fase consistió en periodos de extensiva observación del entrenamiento facilitados a través de la discusión⁴⁴ (citado por Koch, Goodil & Cruz, 2001, p. 74).

⁴⁴ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

Esto es algo que se considera de importancia para el futuro, colaborar con profesionales de KMP y seguir usando el KMP regularmente para aumentar la confianza en su correcto uso y ganar así también una confianza creciente como evaluador novato.

La segunda fase incluyó revisión y refinamiento de las definiciones y problemas conceptuales. El autor aplicó un procedimiento correctivo que consistió en que los evaluadores discutieron y luego volvieron a evaluar con coeficientes como la kappa de Cohen, los cuales se encontraban debajo de 0,7. Tras el procedimiento correctivo se observó que la significación superaba el 0,7 lo que supone que había una relación significativa entre las opiniones⁴⁵ (citado por Koch, Cruz & Goodil, 2001, p. 74).

Esta investigación plantea un método más riguroso del análisis de movimiento del KMP que esta tesina, mediante la intervisión y la enseñanza procedural directa. Este método se considera una gran manera de mejorar la fiabilidad y validez de la observación.

(2) **Análisis Resultados**

En primer lugar, se mencionarán los posibles motivos de la ausencia de movimiento en los cuatro casos excluidos (caso 24, 33, 34, 41). Éstos presentaron las siguientes características:

- Caso 24: Observaciones → Le atan a la silla, se toca los ojos y sonrío al aire, se estira hacia atrás, cabeza indirecta hacia abajo, dormitando. Sólo se observa la respiración en el pecho. Interpretación de lo observado: le falta *grounding* y la manera como sonrío y como se mueve, parece que esté muy lejos de la realidad, del presente.
- Caso 33: La cara parece tensa, postura encogida, mucho *bound flow*, peso pasivo. Según Ottenberg (2001) enseña indicadores depresivos (postura encogida, bound flow, peso pasivo).

⁴⁵ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

- Caso 34: Duerme casi todo el día, con la boca abierta, alargando la cara hacia arriba y atrás. Posición fija, brazos cruzados, está en silla de ruedas.
- Caso 41: movimientos de manos hacia afuera, movimientos repentinos, giros con las manos.

Estos cuatro pacientes, en los que no se ha podido observar ritmos de succión ni morder, no han podido ser además evaluados a través del MMSE. Esto se podría justificar con los siguientes motivos: la cercanía a la muerte por una demencia muy avanzada provoca que tanto a nivel verbal como no verbal no se expresen intenciones y, quizás, la aparición de sintomatología catatónica conlleva a un movimiento y habla inexistentes. Estas consideraciones se pueden ver apoyadas por la mención de Kestenberg-Amighi et al. (1999) que la línea recta del gráfico del *handwriting* está correlacionado con la cercanía a la muerte, como ya se ha dicho en la introducción (véase figura dos).

También cabe mencionar que en el caso de estas cuatro personas pareció muy difícil observar ritmos de flujo de tensión; y cualquier tipo de movimientos. Esto se podría explicar con lo que dice Kestenberg-Amighi (1999) sobre el flujo neutral. En contraste con el denominado flujo animado que cambia entre el flujo libre y el flujo conducido (Kestenberg-Amighi et al. 1999), en el flujo neutral no se observaron tampoco intensidades muy altas ni muy bajas del atributo de flujo de tensión. Es decir, en el caso del flujo neutral la persona se mueve bastante rígidamente y parece de carácter mecánico, lo cual se podría considerar una explicación posible para lo observado en el caso 33 donde se observó una gran cantidad de baja intensidad (valor 5) en los atributos de tensión (segundo diagrama) y un flujo constante/ regular bastante alto (valor 4) en los atributos del flujo de tensión. En los otros tres casos excluidos (24, 34 y 41) no se ha podido registrar ni una intensidad alta ni una intensidad baja en los atributos del flujo de tensión, por ello no hay certeza para interpretar estos casos.

Analizando los resultados válidos, se ve que uno de los casos discrepantes fue que el MMSE tenía una categoría (dudoso o leve deterioro) dentro de una subcategoría no observada en el KMP (en estos casos dentro del análisis de Kestenberg solo se ha categorizado la demencia como leve o no demencia).

En segundo lugar, se observa que la mayoría de discrepancias entre los resultados del KMP y los resultados del MMSE se encuentran en los niveles de “Leve a Moderado” del MMSE y el nivel de “Moderada a Severa” en el KMP.

Dicha diferencia puede tener muchas lecturas. Por ejemplo, se ha analizado que la categoría del MMSE “Demencia Leve a Moderada” abarca gran parte de los posibles resultados, es decir, de 30 puntos posibles, la categoría “Leve a Moderada” abarca entre 10 y 24 puntos, casi un 50% de las puntuaciones.

Por ello, la capacidad predictiva del análisis del KMP se pudo haber visto disminuida por haber hecho unas categorías más pequeñas que el Minimal.

Esta observación y dificultad habrá que tenerla en cuenta en futuras investigaciones.

Otra de las posibles lecturas que se podrían dar a las discrepancias es que los ritmos de succionar y morder son el último escalón en el proceso regresivo observado en la demencia, lo que conllevó a que su fiabilidad a la hora de analizar demencias leves disminuya.

Para futuras investigaciones sería recomendable analizar ritmos del primer diagrama a lo largo de una demencia, empezando por el diagnóstico y haciendo un estudio longitudinal de cohortes.

5.2.1. **Limitaciones de resultados:**

Se ve como una limitación haber hecho estos perfiles de movimiento como estudiante de prácticas, teniendo una formación muy básica en KMP y no una formación y experiencia de muchos años en la teoría y en la práctica de dicha herramienta, ni experiencias previas en la investigación.

Sin embargo, a medida que se ha conectado quinestésicamente en repetidas ocasiones con diferentes usuarios, la confianza como *novice rater* ha aumentado a lo largo del proceso. También se ha mostrado (como ya se ha mencionado en los criterios de calidad) en el estudio de Koch de 2009 que “el 70% de los evaluadores novatos aciertan en su evaluación, en comparación con un 75% entre los expertos⁴⁶” (Koch, 2009, p. 9).

Sea con el objetivo de evaluación clínica o para la investigación, la fiabilidad del comportamiento no verbal (*movement behaviour*) es esencial para la práctica de la DMT. Existen pocos estudios que han examinado las herramientas de observación de movimiento dentro del proceso de aprendizaje del evaluador⁴⁷. (Koch, Goodill & Cruz, 2001, p. 71)

El antes mencionado estudio de Koch, Goodill & Cruz 2001 ha investigado el acuerdo de los evaluadores novatos del KMP:

Los evaluadores novatos del KMP en este estudio eran estudiantes que habían complementado un *basic-KMP-training* de 45 horas. Los cinco evaluadores novatos construyeron un análisis de KMP de cuatro participantes de una población adulta no clínica. Dentro de este análisis los evaluadores novatos se centraron en tres de las

⁴⁶ Traducción del alemán al castellano por Rahel Probst

⁴⁷ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

nueve dimensiones del análisis de KMP: flujo de tensión, *bipolar-shape flow* and *unipolar shape flow*⁴⁸ (p. 71).

Podría ser interesante en futuras investigaciones también dedicar más tiempo al diagrama del *bipolar shape flow* y compararlo con el diagrama uno.

“Los resultados de Koch, Cruz & Goodill (2001) indicaron una fiabilidad algo inconsistente en los análisis de los evaluadores novatos, ellos demostraron una mayor dificultad con el unipolar *shape flow* y una mejor evaluación de los otros dos diagramas⁴⁹” (p.71). Al centrarse esta tesina en ritmos dentro del diagrama uno a diferencia que el estudio de arriba, no entró dentro de la hipótesis analizar cuan fiable ha sido el análisis del *unipolar shape flow* a diferencia de los otros dos.

Esto sería bueno en futuras investigaciones.

5.3. Propuesta de intervención

Viendo que en la demencia severa los pacientes mantienen una gran cantidad del ritmo de succionar y del ritmo de morder, como también del autocontacto y de la exploración de materiales alcanzables, se ve de vital importancia crear una propuesta de intervención a través de la DMT que tenga en mente los siguientes puntos y que sigue un orden como, por ejemplo, el siguiente:

- (1) La primera fase consistiría, al igual que en el estudio de Sossin (1987), en períodos de extensiva observación de los pacientes, facilitados a través de la discusión entre un

⁴⁸ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

⁴⁹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

mínimo de dos evaluadores de KMP (con un mínimo de 45 horas de entrenamiento previo al estudio y que lo hayan usado en el último año de su práctica de DMT) (Koch, Goodil & Cruz, 2001).

- (2) La segunda fase incluiría: “revisión y refinamiento de las definiciones y problemas conceptuales⁵⁰ (citado por Koch, Goodil & Cruz, 2001, p. 74) y que los evaluadores se pusieran de acuerdo con un experto con muchos años de experiencia en KMP”

La segunda fase consistiría en un análisis del movimiento “natural” de la persona en el setting diario, hacer el KMP de cada paciente, grabándolos en su contexto natural (entre 12-15 minutos) para poder repetir las observaciones de movimiento y fijarse en diferentes aspectos. Luego, sería de gran utilidad trabajar con otro experto del análisis de las emociones básicas, alguien que sepa medir los micromúsculos para analizar las emociones observadas en el rostro y observar el paciente a diferentes horas del día, y así poder captar el máximo de su repertorio de movimiento y evitar sesgo de cansancio. Luego, hacer varias tomas a lo largo de una semana buscando así aumentar la fiabilidad interna.

- (3) La tercera fase sería grabar las interacciones entre el paciente con demencia severa y sus cuidadores y familiares (la gente que esté en contacto regular con la persona y el personal que le cuide). Grabar y analizar su comunicación no verbal;
- (4) y en un siguiente paso formar a los familiares y cuidadores en maneras de comunicarse no verbalmente con la gente con demencia severa: con empatía, confianza, apoyo, resonancia, juego y aceptación. Así, se podría sensibilizar a los cuidadores y familiares para que estos se relacionen con los pacientes a través del tacto, del *mirroring*, etc. de una manera consciente más que con la palabra. En casos que según la institución el tacto fuese aún un tema tabú en el tratamiento, se podrían usar materiales sensorialmente agradables para hacer de puente en el contacto físico, por ejemplo, a

⁵⁰ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

través de masajes con una pelota como se usa mucho en la DMT, o del *octaband*® (marca registrada Dance for Connection, 2017), de telas grandes, de globos, juegos con las palmas de las manos en grupos...

- (5) y a lo mejor también colaborar con gente que haga terapia con animales para cubrir las necesidades del tacto con seres vivos donde sea difícil que sea entre personas, evitando así el tabú del tacto ya que serían animales y no personas...
- (6) Hacer un grupo de DMT para fortalecer la cohesión grupal, la identidad de pertenecer a un grupo, trabajar con el humor, la música y las emociones, ayudando a la gente mayor con demencia avanzada a encontrar un acceso a las emociones y movimientos agradables a través del juego y del humor. Es decir, usar las técnicas y métodos conocidos de las pioneras de DMT entre otras como, por ejemplo, Marian Chace,

5.3.1. **Justificación teórica del plan de tratamiento:**

El plan de intervención se puede justificar a través de diferentes enfoques teóricos, los cuales serán comentados a continuación:

En primer lugar, el movimiento otorga información sobre los individuos. Así, “si se acepta que el movimiento revelado en nuestros gestos, movimientos inconscientes (*shadow movements*), como cargamos el cuerpo y nuestras acciones ejecutivas muestran siempre el nosotros⁵¹” (North, 1972, p.6, citado por Ottenberg, p. 36) Entonces “se puede deducir según Ottenberg (2001) que las características del movimiento de un individuo ofrecen una gran cantidad de información al observador entrenado⁵²” (Ottenberg, 2001, p. 36).

⁵¹ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

⁵² Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

También parece importante mencionar que según Kestenbergh-Amighi et al. (1999):

Algunos de los principios de la DMT son la personalidad y que se asume que se refleja en el movimiento, y este comportamiento es comunicativo; cambios en el movimiento del individuo van a conllevar a cambios de la personalidad; y lo más amplio que es el repertorio de movimientos de una persona, más opciones va a tener para manejar (*coping*) con sus necesidades y demandas el entorno⁵³ (p. 212)

“Se ha propuesto por Bartenieff & Lewis (1980) que el uso individual del esfuerzo representa las habilidades de afrontamiento, mientras que la forma del esfuerzo refleja su relación con el contexto⁵⁴” (citados por Ottenberg, 2001, p. 36).

Llevando esta afirmación a un nivel más concreto, a los pacientes con una demencia severa solo les quedan habilidades de afrontamientos no verbales, por lo que modificando la forma de dichos esfuerzos no verbales se podría mejorar su relación con el entorno. A nivel teórico dicha afirmación se justifica con la siguiente cita:

En los casos donde los métodos verbales de psicoterapia no son posibles o útiles, los métodos no verbales ganan importancia para acceder al mundo interno de los pacientes, y para que los pacientes accedan a sus propias emociones y problemas. El cuerpo y el espacio interpersonal son los lugares de dichas traducciones, su resonancia la condición previa para experimentar la *qualia* a nivel individual (Merleau-Ponty, 1962, citado por Koch, 2011, p. 16), y “la empatía a nivel interpersonal y entre cuerpos según Lipps⁵⁵ (1903) (citado por Koch, 2011, p. 16).

Aún más, Panhofer (2012) dice sobre la demencia y la memoria corporal:

Cuando la demencia le roba a una persona todas sus memorias explícitas de la vida, esta persona todavía retiene su memoria del cuerpo: la historia de su vida permanece presente a través de visitas familiares, olores y en el tacto de objetos. Aunque la

⁵³ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

⁵⁴ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

⁵⁵ Traducción del inglés al castellano por Rahel Probst

persona ya no es capaz de explicar la historia de su vida su cuerpo es portador de su continuidad personal; es una memoria más bien sentida que sabida; es la tácita, pero duradera memoria y sabiduría del cuerpo (Fuchs, 2012, citado por Panhofer, 2012, p. 6).

En conclusión, analizando todas estas fuentes, se podría afirmar que la gente con demencia necesita cierta ayuda para acceder a su memoria corporal, ya que a la larga será una de las únicas que permanecerá, y esto se podría apoyar haciendo sesiones con la gente que padece demencia, formar a sus familiares en la comunicación no verbal, haciendo una evaluación antes y después de cualquier intervención con el KMP, etc.

Por ello, sería importante también trabajar con *affect attunement* y *mirroring*. Ambos conceptos fueron descritos por Panhofer (2005) como:

El *affect attunement* (sintonizar) según Stern (1985) permite a la madre dar exactamente lo que el niño necesita: reaccionando y respondiendo con su propio cuerpo y su voz imita las expresiones emocionales del niño. Puede que utilice la misma modalidad (...) u otra como responder a un ruido con un movimiento columpiándolo o acariciándolo de modo que reproduzca el mismo ruido (...) (p. 115).

Además, Panhofer (2005) explica que “de modo parecido a la interacción de la madre y su niño, la DMT usa el *affect attunement* con una técnica que se llama *mirroring*” (p. 115). Con esto quiere decir Panhofer (2005) que el profesional actúa y responde con su melodía de voz y su cuerpo a lo expresado del paciente. “Hacer eco o hacer de espejo sirven para establecer la relación pre y no verbal entre terapeuta y paciente” (Panhofer, 2005, p. 115).

Todos estos conceptos parecen importantes como trasfondo a la hora de realizar una intervención con gente que tiene demencia y que a lo mejor ya no habla o “solamente” con sonidos o frases repetitivas. Se hará más importante prestar atención a lo no verbal o pre verbal.

El plan de intervención podría ser a la larga apoyado por una categorización sistematizada de movimientos patológicos. Así, el objetivo a largo plazo sería crear un sistema como el DSM-V, pero para “patologías de movimiento” o indicadores de movimiento para ciertas enfermedades, por ejemplo, en el caso de este estudio, las demencias.

Sobre todo, será importante a nivel preventivo trabajar con gente mayor, teniendo en cuenta el rostro, el sonido de su voz y el análisis de Kestenberg para captar la persona en más facetas y desde un enfoque de lo que todavía funciona que podría ser el juego, lo sensorial y las emociones. En las prácticas se ha observado en varias ocasiones como los fisioterapeutas cantaron a la gente mayor cuando paseaban en el pasillo con ellos y que eso les traía muchas sonrisas y risas a la cara.

5.3.2. Justificación del tacto con pacientes que sufren de demencia severa:

Como se ha mencionado en la introducción, el tacto y el autocontacto son una herramienta muy útil dentro de una posible intervención terapéutica con pacientes que sufren de demencias.

Tal y como dijo Bowlby en su estudio clásico de vínculo, “Al nacer, el bebé humano muestra numerosos reflejos que indican una creciente sensibilidad al toque. Encima, necesita el contacto físico con su progenitor, y numerosos investigadores creen que esta necesidad es innata⁵⁶” (Bowlby, 1969, citado por Malaquias, p.15). Dicho vínculo es en parte físico, y siguiendo la lógica de regresiones a etapas de la infancia en la demencia, se podría deducir que el tacto, el vínculo, vuelve a ser primordial justo en el momento en que las personas están más solas. En la literatura sobre la vinculación humana, la importancia del contacto físico entre

madre y bebé para que se establezca una base de un vínculo seguro es imprescindible (Malaquias, 2010; Panhofer, 2005).

Las investigaciones sobre el desarrollo del bebé humano muestran que las experiencias precoces de estimulación táctil tienen un rol significativo en el desarrollo del niño. El tacto es el primer sentido que se desarrolla, incluso antes del nacimiento, y también se trata del último sentido en desaparecer, durante el proceso de la muerte (Montagu, 1986 citado por Malaquias, 2010, p. 15).

En conclusión, el tacto y el autocontacto refuerzan aún más el estar aquí y ahora, de existir, da límites corporales, seguridad y tiene que ver con reconocerse, etc. (Fuchs, 2000; Meekums, 2002; Panhofer, 2005).

¿Esto puede ser una vía posible para la persona con demencia también? ¿De comunicarse con ella sobre todo a nivel preverbal, con mirroring, attunement, empatía, paciencia y empatía kinestésica?

Con la literatura consultada y las experiencias y observaciones hechas en las prácticas, más al haber hecho los perfiles de KMP de 40 personas, se demuestra la gran necesidad de la persona demente de tocar y tener contacto con materiales accesibles y de hacer experiencias sensoriales. Por ello, puede ser de gran valor la DMT con dicha población.

Como conclusión de la literatura consultada y los resultados de este estudio piloto, una intervención a través de la DMT puede tener grandes beneficios para pacientes con demencias severas y sus familiares. Además, estudios observacionales indican que la DMT puede aumentar el abanico de movimiento y la libertad completa del movimiento corporal. (Ottenberg, 2001).

Aunque la demencia es crónica y una recuperación no es posible (y, en parte, debido a esto), realizar un perfil de movimiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencia severa supondría un gran avance, y una manera de comunicarse con dichos pacientes en un lenguaje que ellos aún entienden: el movimiento de su fase vital actual y pasada.

6. Referencias bibliográficas

- Abellán García, A.; Pujol Rodríguez, R. (2016) Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, *Informes Envejecimiento en red n° 14*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: *American Psychiatric Association*
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: *Masson*.
- Arevalo-Rodriguez, I.; Smailagic, N.; Roqué i Figuls, M.; Ciapponi, A.; Sanchez-Perez, E.; Giannakou, A.; Pedraza, OL.; Bonfill Cosp, X.; Cullum, S. (2015) Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015*, Issue 3.
- Baars, M. (1996) Making the present come alive. In J. Pearson (Ed.), *Discovering the self through drama and movement* (244-250). London: *Jessica Kingsley*.
- Barraza, A. & Castillo, M. (2006) El Envejecimiento. *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*.
- Bengtsson, L. & Ekman, P. (2002) Emotional response to social dancing and walks in persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, p. 149-153, Volume 17, Number 3, May/June 2002.
- Bräuninger, I. (2014) Dance movement therapy with the elderly: An international Internet-based survey undertaken with practitioners, *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 9:3, 138-153, DOI: 10.1080/17432979.2014.914977
- Bräuninger, I. (2017). *Kestenberg movement profiles 1.- 9. diagrams*. Unpublished manuscript.

- Bräuninger, I. (2015) *Tanztherapie im Alter*. Stuttgart: *W. Kohlhammer GmbH*.
- Cammany, R. (2005) La Danza Movimiento Terapia y sus aplicaciones con los adultos mayores. En H. Panhofer, *El cuerpo en Psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (265-287). Barcelona, *Gedisa Editorial*.
- Capello, P. P. (2007) Dance as our source in dance/movement therapy education and practice. *American Journal of Dance Therapy* 29 (1) : 37-50, June 2007.
- Caplow-Lindner, E. (1982) Dance as a therapeutic intervention for the elderly. *Educational Gerontology*, 8, 167-174.
- Coaten, R. (2001) Exploring reminiscence through dance and movement. *Journal of Dementia Care*, Sept-October.
- Dulicai, B.D. (1995) Movement indicators of attention and their role as identifiers of lead exposure. Unpublished doctoral dissertation, The Union Institute, Cincinnati, OH.
- Ekman, P. (2012) *El rostro de las emociones. Signos que relevan significado más allá de las palabras*. Barcelona: *RBA*.
- Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975) "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3); 189-198.
- Fuchs, T. (2000) *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie.*, Stuttgart: *Klett-Cotta*.
- Fuchs, T. (2001) The tacit dimension. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 8 (4), December, 323-326.
- Hill, H. (1999) *Dance therapy and communication in dementia. Signpost to older people and mental health matters*. Wales: *National Health Service Trust*.
- Hill, H. (2003) Section on dance therapy in chapter on Creative Care. In R. Hudson (Ed), *Dementia nursing: A guide to practice*. Melbourne, Australia: *Ausmed Publications*.

- Hill, H. (2006) Dance therapy as person-centred care. In S.C. Koch and I. Braeuninger (Eds.), *Advances in dance/movement therapy: Theoretical perspectives and empirical findings*. Berlin: *Logos*.
- Kennedy, A. (2013). *Bewegtes Wissen. Laban/ Bartenieff-Bewegungsstudien verstehen und erleben*. Berlin: *Logos*.
- Kestenberg Amighi, J., Loman, S., Lewis, P., & Sossin K.M. (1999) *The Meaning of Movement: Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. New York & London: *Brunner- Routledge*.
- Koch, S.C.; Bräuniger, I. (2005) *International Dance/ Movement Therapy Research: Theory, Methods and Empirical Findings*. *American Journal of Dance Therapy*, March 2005, V 27:1, 37-46.
- Koch, S. C. (2011) *Basic Body Rhythms: From Individual to Interpersonal Movement Feedback Impression Affect Cognition. The Implications of Embodiment*. En Tschacher, W./Bergomi, C. (Eds.): *The Implications of Embodiment: Cognition and Communication* (pp. 151-171). Exeter: *Imprint Academic*.
- Koch, S.C., & Sossin, K. M. (2013) *61.Kestenberg movement analysis*. En C. Müller, A. Cienki, E. Fricke, S. Ladewig, D. McNeill, & S. Teßendorf (Eds.), *Body-Language-Communication: An international handbook on multimodality in human interaction* (pp. 958-973). Berlin/Boston: *De Gruyter Mouton*.
- Koch, S. C., Cruz, R. F., & Goodill, S. W. (2001) *The Kestenberg Movement Profile: Performance of novice raters*. *American Journal of Dance Therapy*, 23(2), 71–87.
- Koch, S.C. (2009) *Entwicklungsdiagnostik mit dem Kestenberg Movement Profile (KMP)*. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Sabine_Koch4/publication/259975946_Entwicklun

gsdiagnostik_mit_dem_Kestenbergs_Movement_Profile_KMP/links/02e7e52ed276318e70000000/Entwicklungsdiagnostik-mit-dem-Kestenbergs-Movement-Profile-KMP.pdf

- Lassenius, O., Arman, M., Söderlund, A., Akerlind, I., & Wiklund-Gustin, L. (2013) Moving toward Reclaiming Life: Lived Experiences of Being Physically Active Among Persons with Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 2013 Oct: 34 (10): 739-746.
- Leventhal, M.B. (1989) The dance of life: Dance and movement therapy for the older adult. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 4(4), 67-74.
- A. Lobo, P. Saz, G. Marcos, Grupo de Trabajo ZARADEMP (2002) MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental: *TEA Ediciones*.
- Loman, S. (1998) Employing a developmental model of movement patterns in Dance/Movement Therapy with young children and their families. *American Journal of Dance Therapy Vol. 20*, No. 2 Fall/ Winter 1998.
- Loman, S. & Sossin, K. M. (2016) Applying the Kestenbergs Movement Profile in dance/movement therapy: An introduction. Chapter 14 in S. Chaiklin & S. Wengrower (Eds.), *The art and science of dance/movement therapy*, Second edition (256-284/364). New York: *Routledge*.
- Lopez-Álvarez, J., & Agüera-Ortiz, L.F. (2015) Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. www.viguera.com/sepg , *Psicogeriatría 2015*; 5 (1): 3-14.
- Lowenstein, D.; Martin, J.; Hauser, S. (2008) Estudio del paciente con enfermedades neurológicas. En: Fauci, Braunwald, Longo. *Principios de Medicina Interna*. Tomo 2. 2008 p 2484-2489 Editorial *Harrison*.
- Malaquias, S. (2010) El toque en la danza movimiento terapia. Perspectivas teórica, ética y empírica. *Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Psicologia*.

- Meekums, B. (2002) *Dance movement therapy: a creative psychotherapeutic approach*. London: Ed. *SAGE*
- Mohacsy, I. (1995) Nonverbal communication and its place in the therapy session. *The Arts in Psychotherapy, Vol 22(1)*, 31-38.
- Needler, W., & Baer, M. (1982) Movement, music and remotivation with the regressed elderly. *Journal of Gerontological Nursing, 8*, 497-503.
- Organización Mundial de la Salud (2012) *Demencia. Una prioridad de salud pública. Organización panamericana de salud* (traducción al castellano), Washington, D.C., ISBN 978-92-75-31825-6
- Organización Mundial de la Salud (1992), CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. *Organización Mundial de la Salud*, Ginebra, 1992
- Ottenberg, M. (2001) An evaluation of measures of depression to provide recommendations for their use in dance movement therapy outcome research. Faculty of the college of Nursing and Health Professions. *MCP Hahnemann University*
- Pangman, V.C.; Sloan, J.; Guse, L. (2000). An Examination of Psychometric Properties of the Mini-Mental Status Examination and the Standardized Mini-Mental Status Examination: Implications for Clinical Practice. *Applied Nursing Research, 13* (4): 209–213
- Panhofer, H. (2005) *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: *Gedisa*.
- Panhofer, H. (2012). La sabiduría y la memoria del cuerpo. En C. Giménez (2012) *La investigación en danza en España*. Valencia: *Mahali Ediciones*.
- Pelletier, E. (2002) *Dance Movement Therapy for Persons with Dementia of the Alzheimer Type. A dynamical systems perspective of personhood*. Manitoba, *University of Manitoba*

- Perrin, T. (1998) Lifted into a world of rhythm and melody. *Journal of Dementia Care, Jan/Feb.*
- Pertegal Felices, A. (2015) Análisis gráfico-plástico de la emociones humanas basado en el Facial Action Coding System (FACS). <http://www.tdx.cat/handle/10803/294861>
- Petersen, R.C.; Smith, G.E.; Waring, S.C.; Ivnik, R.J.; Tangelos E.G. y Kokmen E. (1997) Aging, Memory and Mild Cognitive Impairment. *International Psychogeriatrics, 9*, 65-69.
- Popa, M.R., & Best, P.A. (2010) Making sense of touch in dance movement therapy: A trainee's perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice, 5*(1), 31–44.
- Prince, M.; Bryce, R; Albanese, E.; Wimo, A.; Ribeiro, W.; Ferri, C.P. (2013) The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's and Dementia 9*, Barcelona: *Elsevier*.
- Ramos, F.; Fernández, B. y Pérez, M. (2009) *Capítulo 23: Las Demencias*. En Belloch et. Al. 2009. *Manual de Psicopatología. Volumen 2* (620 – 640). Madrid: *McGrawHill*.
- Roth, M. (1990) CAMDEX. Examen Cambridge para trastornos mentales en la vejez. Barcelona: *Áncora*.
- Sanchez, P. (1996) Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares. *REIS: Revista Española de Investigación Sociológica 73/96*, 57-79, Universidad de Murcia.
- Sandel, S. (1984) Creating and playing: Bridges for intergenerational communication. *Design for Arts in Education, 86*, 32-35.
- Secretaría de Salud (s.f.) Mini examen del Estado Mental (MMSE), México, Recuperado de:http://web.archive.org/web/20140904233604/http://www.dgplades.salud.gob.mx:80/descargas/dhg/M_E_E_M.pdf
- Tiraboschi P.; Hansen L.A.; Thal L.J.; Corey-Bloom J. (2004) The importance of neuritic plaques and tangles to the development and evolution of AD. *Neurology 8*; 62(11):1984-9.

- Tombaugh, T.N.; McIntyre, N.J. (1992) The mini-mental Status Examination: A comprehensive Review. *JAGS*. 40: 922–935

7. Anexo

1. Pérfiles de Movimiento

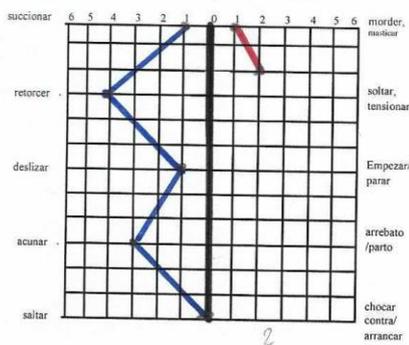
Kestenberg Movement Profile- Bref Español (KMP – Bref E, Bräuninger, 2012)

Perfil (código del cliente): 09 (R.G.)
 Fecha: _____
 Observador: _____

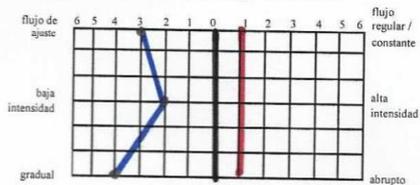
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

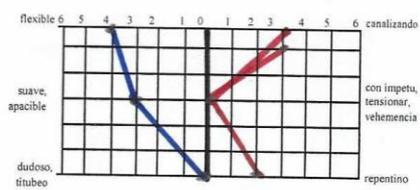
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



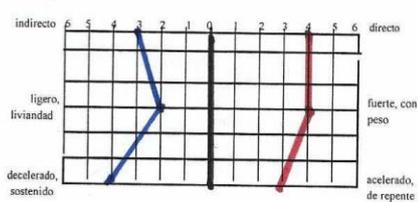
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



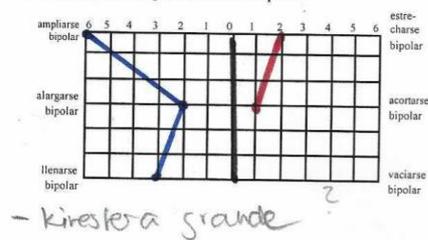
4. Diagrama: Esfuerzos:



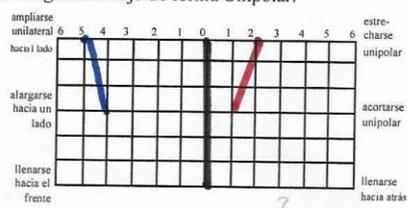
SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer encogerse

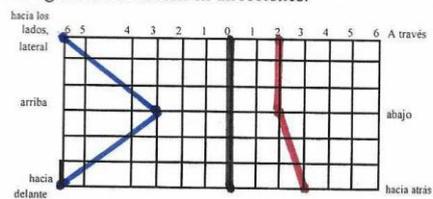
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



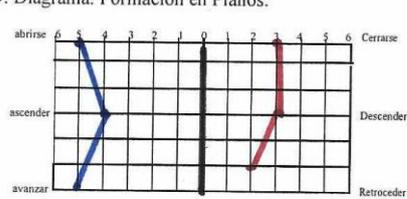
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



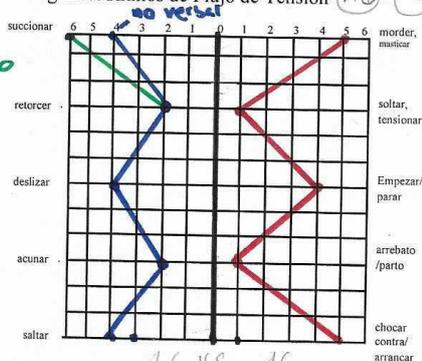
Perfil (código del cliente): C. S. U2
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

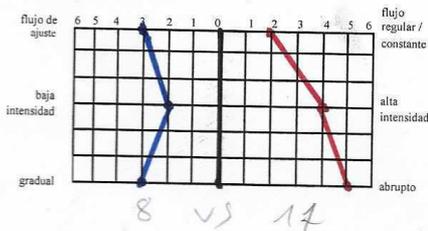
De aceptación De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión (10 o 12)

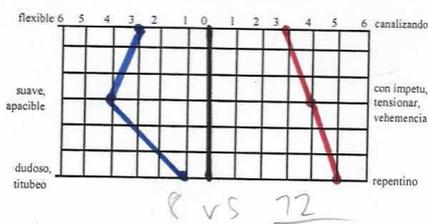
-habla
muy silencioso



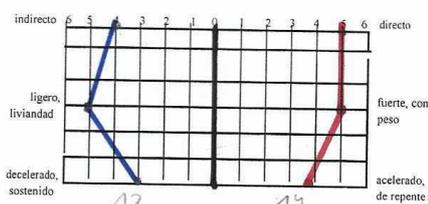
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:



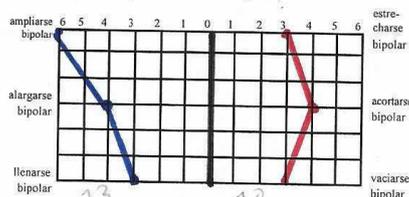
-batao zum o canalizado? = I

E L
54/8

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetuales

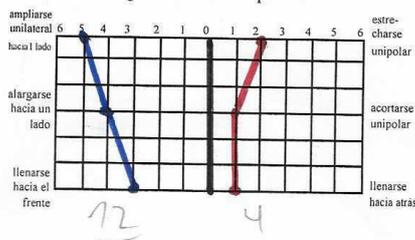
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

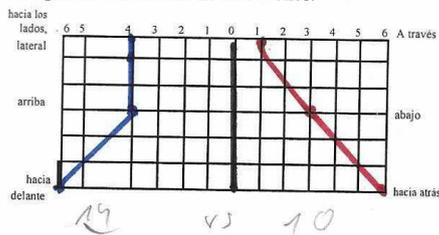


- linkes Bein über rechtem gekrumpft = wackelig?
 - rechter Arm - o - test keine Bewegung
 - rechter Arm ampliado bipolar I
 - becken für sbda III
 - rechts kauen III
 - mover la pierna cruzada swing (= suba?)
 - hacia arriba + abajo III III III

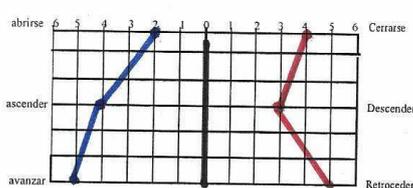
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

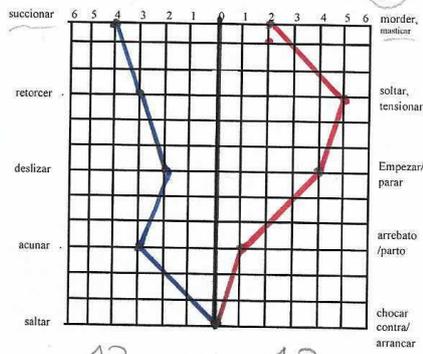


Perfil (código del cliente): U3 L=61 E=65 no o leve
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

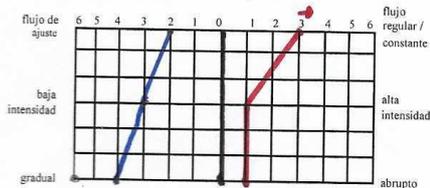
De aceptación De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



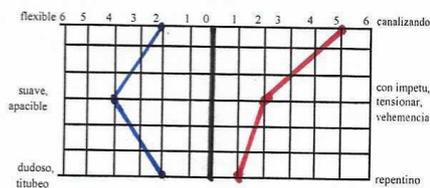
12 vs 12

2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



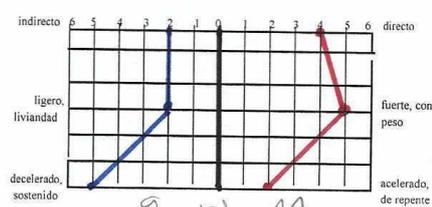
9 vs 5

3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



8 vs 8

4. Diagrama: Esfuerzos:



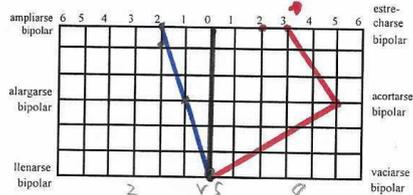
9 vs 11

- auto-contacto
 - inclinándose hacia adelante para escuchar la vejiga
 - inclinando la cabeza hacia delante y abajo

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

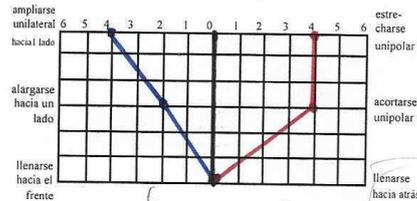
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



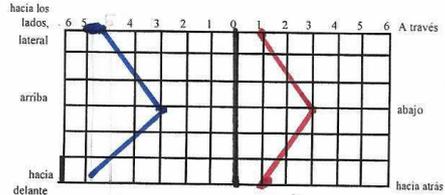
- tensiones de brazos
 - bajando la cabeza
 - apoyando la cabeza en la mano
 - beber agua (cancelado?)
 - estar leyendo - mano izquierda en la frente

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



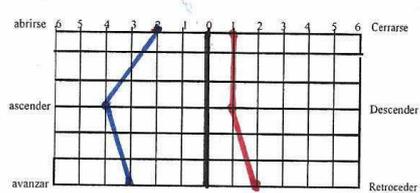
6 vs 8
 con el bds?

8. Diagrama: Formación en direcciones:



13 vs 5

9. Diagrama: Formación en Planos:



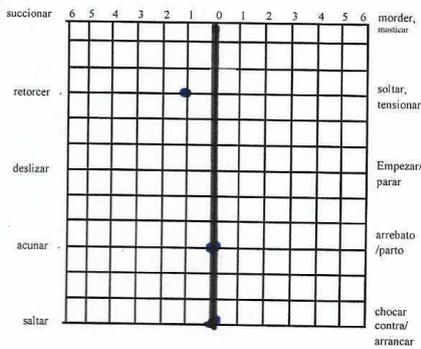
5 vs 4

Perfil (código del cliente): U4
 Fecha: _____
 Observador: _____

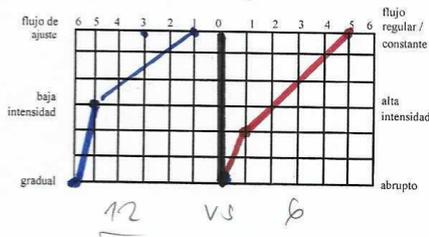
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

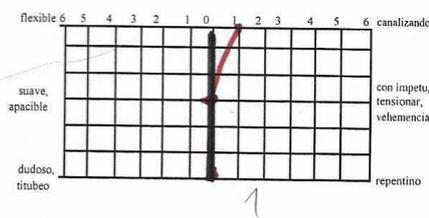
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



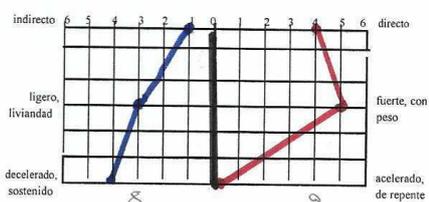
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



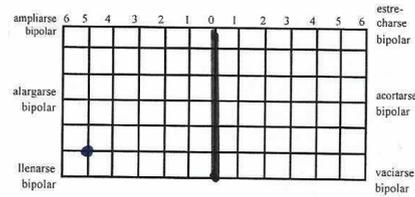
4. Diagrama: Esfuerzos:



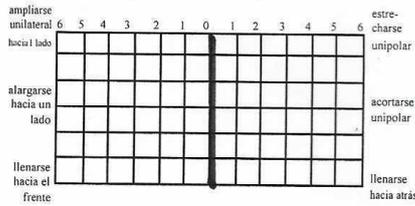
SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer | encogerse

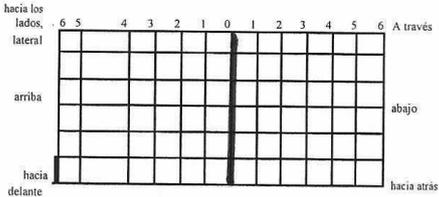
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



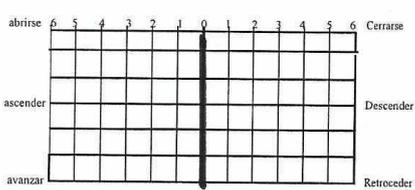
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



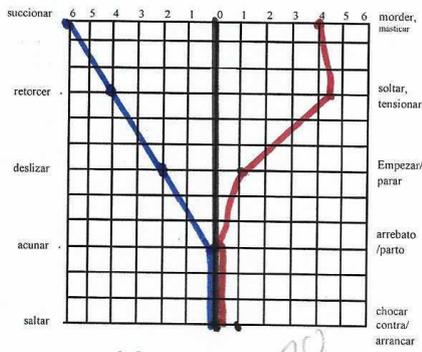
- rostko: narrowing de cajas, murelt vor sich kpm
 - schnäuzt sich die Nase.
 - salida gradual - se inclina hacia delante y luego se deja caer hacia atrás.
 - salidos no definidos - movimientos de levante - pregunta por una cuestión

Perfil (código del cliente): 05
 Fecha:
 Observador:

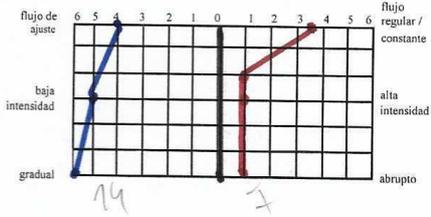
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

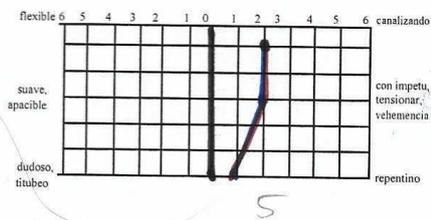
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



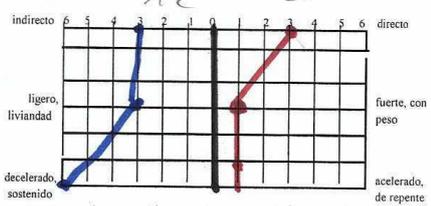
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

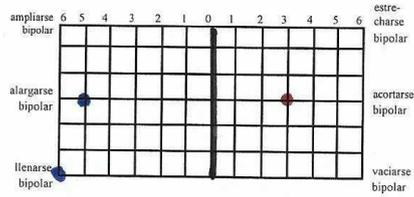


- auto-contacto de manos, dedos y reloj.
 - toca la tela de la mesa, su peso de espaldas
 - coge las esquinas de la mesa con sus manos y tira.
 - abre y cierra los ojos, alarga la boca - tira la mesa hacia ella misma
 - "Sectoride" - voz muy aguda + relajada III - avanza como pidiendo ayuda

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

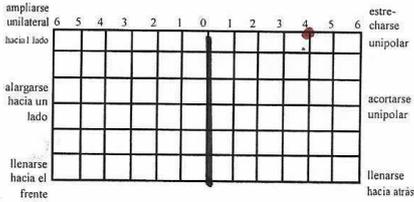
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

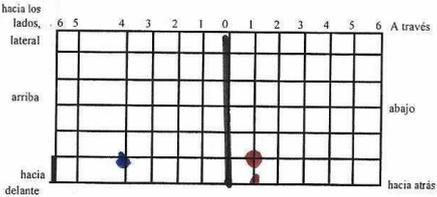


- pocos movimientos
 - está en silla de ruedas
 - se toca sus labios III
 - succionar III III /

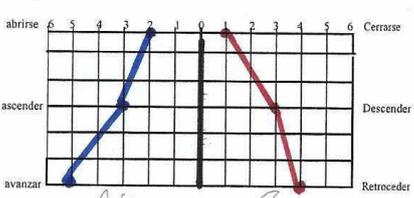
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

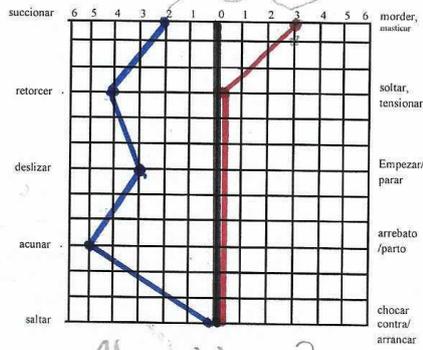


Perfil (código del cliente): 06
 Fecha: _____
 Observador: _____

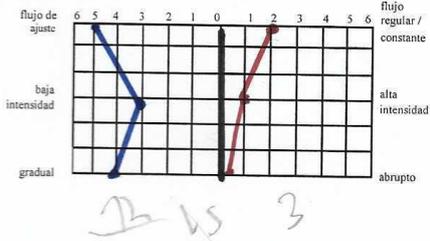
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación / De lucha

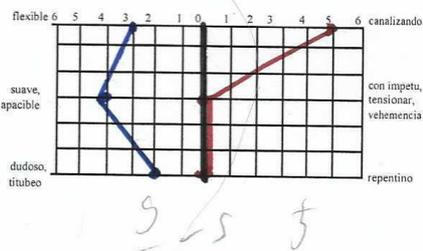
1. Diagrama: Rítmos de Flujo de Tensión



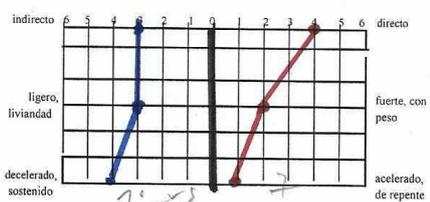
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:



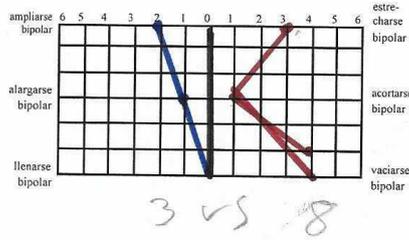
- mov. con clic y dos + direcciones (sicolaje)
 - gira le cabeza a los lados (a los pesos) hasta ajuste de flujo

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

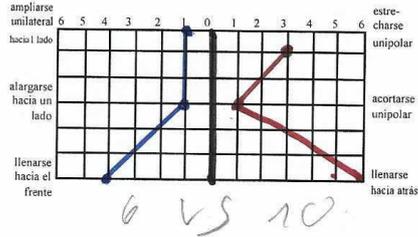
17 - 5 20

crecer / encogerse

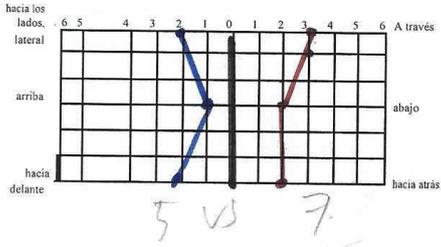
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



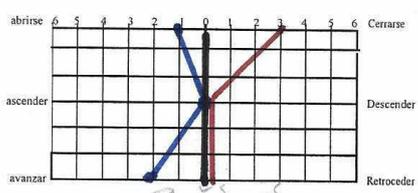
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



- está en silla de ruedas y va hacia delante = avanzar o no?
 - peso positivo = mucho!

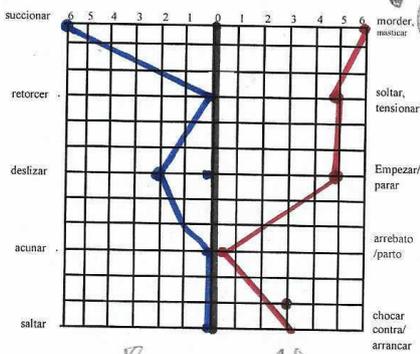
Perfil (código del cliente): UT
 Fecha: _____
 Observador: _____

L=46
E=23

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

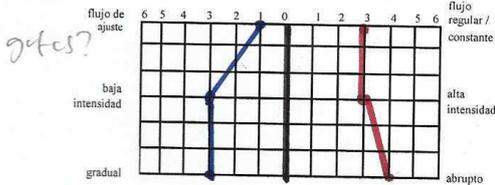
De aceptación | De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



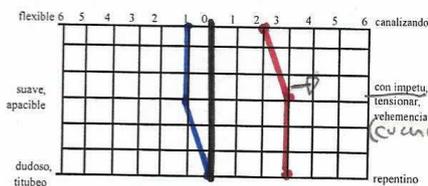
8 vs 19

2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



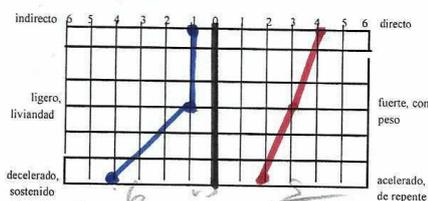
7 vs 10

3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



2 vs 8

4. Diagrama: Esfuerzos:

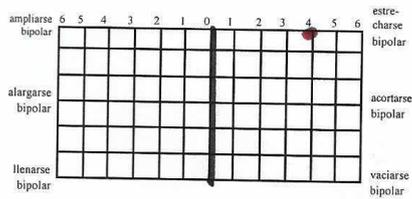


- contacto de mano - giro de cabeza hacia su compañera
 - se mira sus manos, se toca su anillo - se limpia sus ojos
 - nerviosísima - toca la foto de la mamá - movimientos rápidos y multi focos de ojos - helle de su hermano - levantando la mano IIII

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetivas

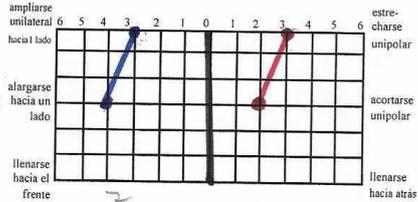
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



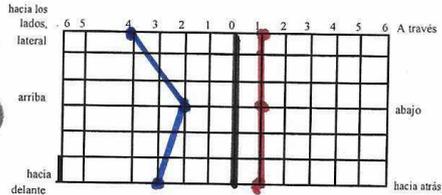
- aptitud encima de la mesa IIII IIII IIII IIII
 - inclinación hacia delante IIII
 - ponerse los zapatos = cambiado?

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



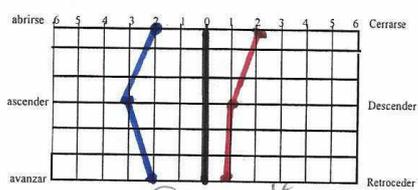
7 vs 5

8. Diagrama: Formación en direcciones:



5 vs 3

9. Diagrama: Formación en Planos:

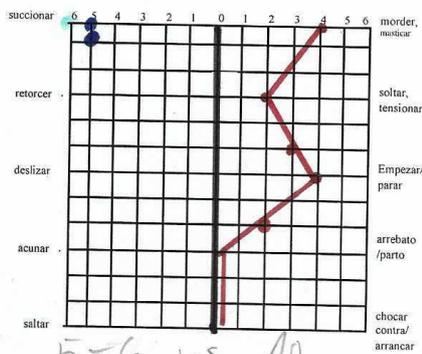


Perfil (código del cliente): 08
 Fecha: _____
 Observador: _____

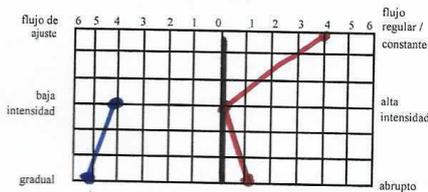
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

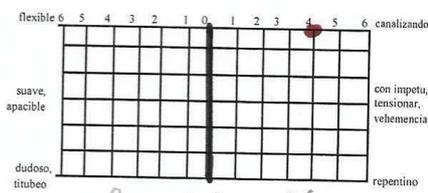
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



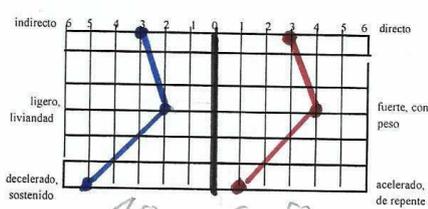
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

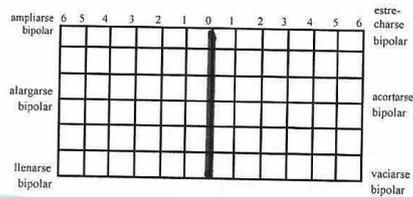


24 vs 27 meses LUCHA

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetuales

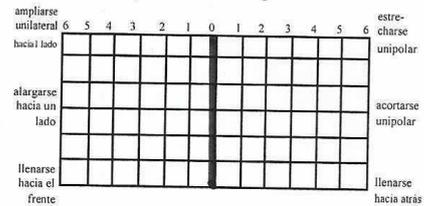
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

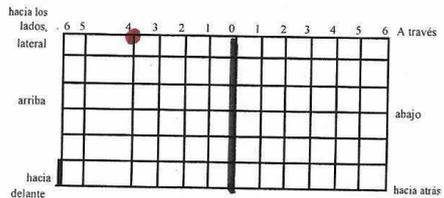


- habla mucho - toca los
 - cite en pocas y lo repite 10 veces
 lesics

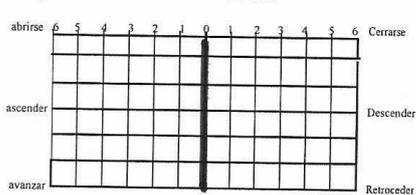
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



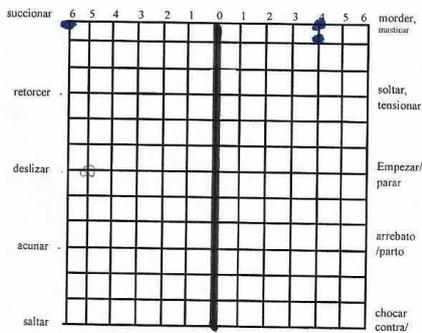
Perfil (código del cliente): V9
 Fecha: _____
 Observador: _____

- muy poco mov. + pegado

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

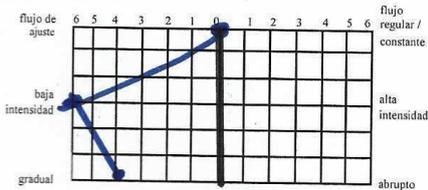
De aceptación | De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

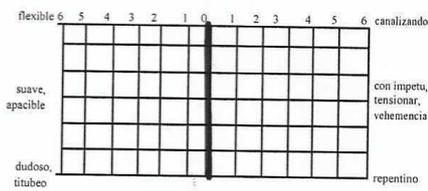


- doeme y esté en silla de rueda, se despieta, se desle

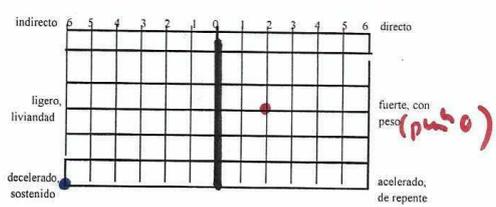
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precusores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

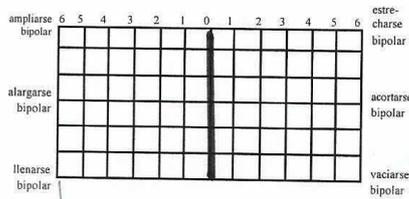


*- mund über sich III - Puls am Hals sichtbar - sorriso indef. como lenguaje
 - ziften des Mundes? - Frau, die mit mir spielt de toto zäh - lepharis?
 occasion, die unbehilflich sind - Augen zucken (auf + zu) hē hē hē III b**

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

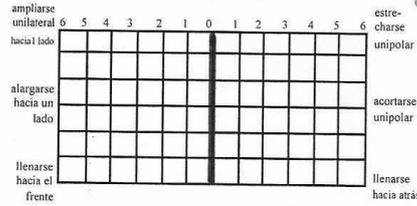
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



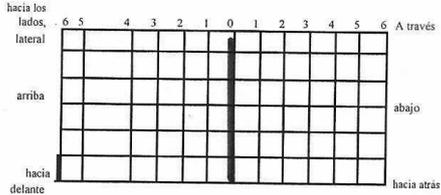
*respiración - Untelippe zittert nach unten III
 - sehr statisch - asym. Kipphilg*

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

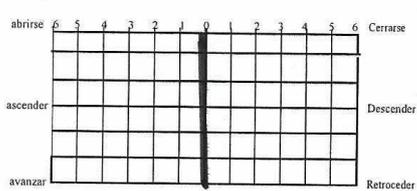


- pie u poco torcido hacia dentro

8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

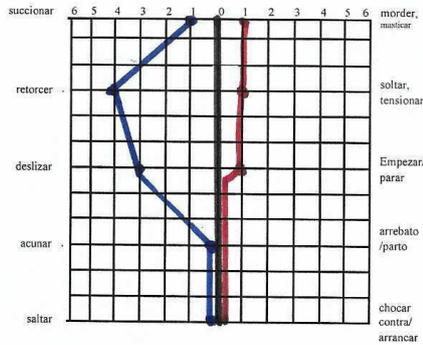


Perfil (código del cliente):	U10
Fecha:	
Observador:	

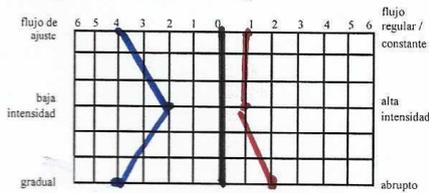
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación	De lucha
---------------	----------

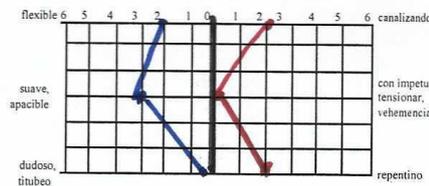
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



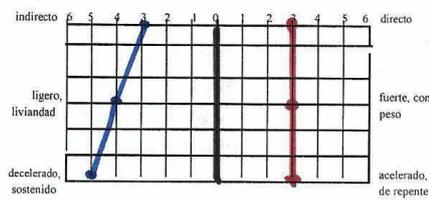
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



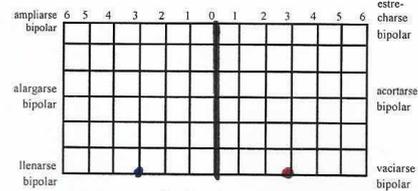
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

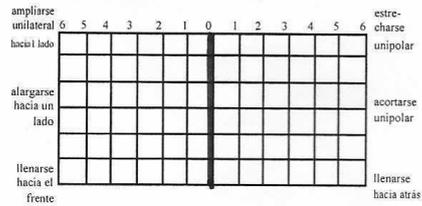
crecer	encogerse
--------	-----------

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

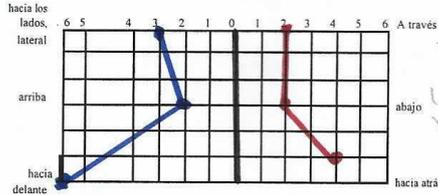


- va girando (ajustando un s. hoja de papel), dibujo de madera scjite
- respiración observable en el pecho

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

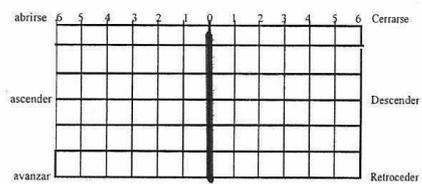


8. Diagrama: Formación en direcciones:



Proble le cabe hacia abajo

9. Diagrama: Formación en Planos:

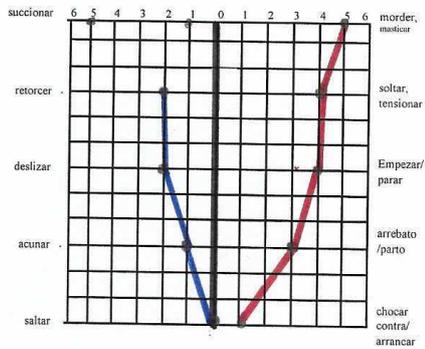


Perfil (código del cliente): UM
 Fecha: _____
 Observador: _____

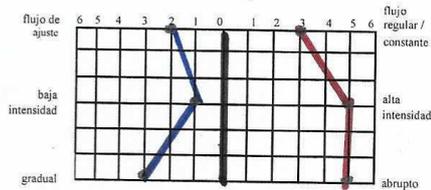
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

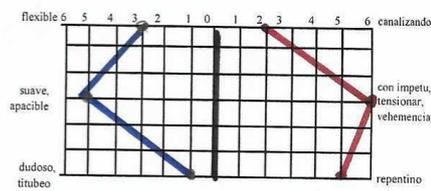
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



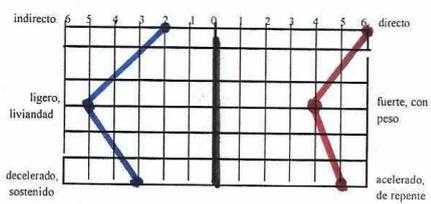
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precusores de Esfuerzo:



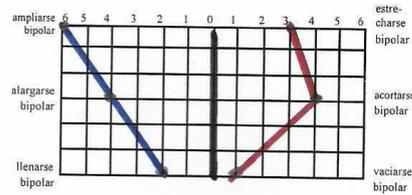
4. Diagrama: Esfuerzos:



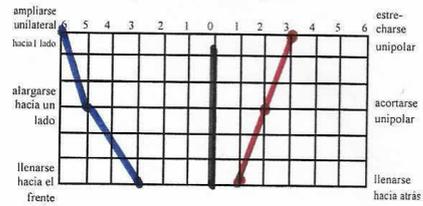
SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer encogerse

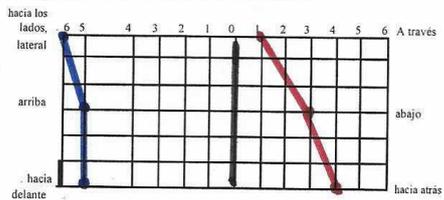
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



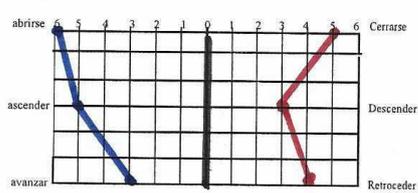
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



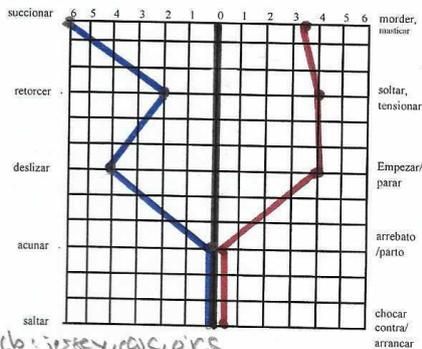
Perfil (código del cliente): U12
 Fecha: _____
 Observador: _____

- a veces hecilo con ella misma

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

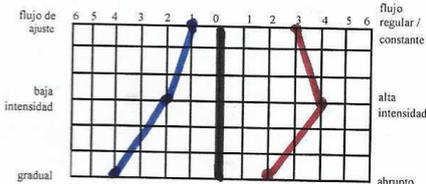
De aceptación | De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

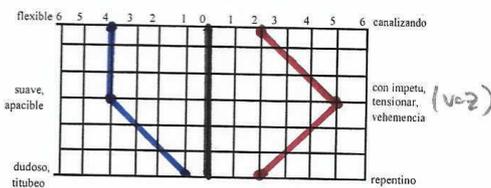


= auto-contrato: jorsey, calcetines

2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión

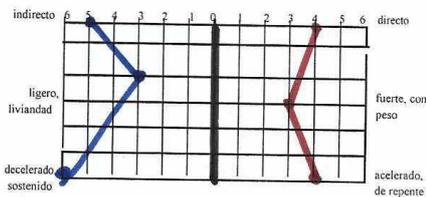


3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



ovoz como ue biclete
 - "powie so ni macre" - cruzo las manos III

4. Diagrama: Esfuerzos:

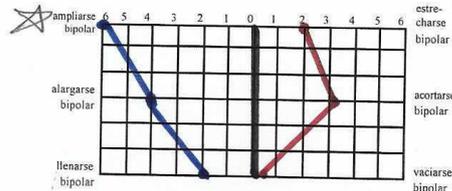


- giros muy sostenidos de la cabeza de un lado a otro (suelo, progresivo) III III III
 - lengthening con la boca

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer | encogerse

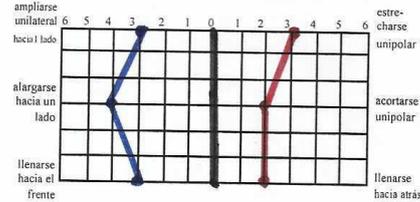
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



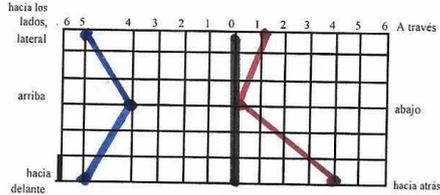
braco
 reñite endme del rejezo

- "ojos azules, ojos poderosos"
 - * muches risas + sonrisas al saludar a ushakov, está burlado en el pesillo de la entrada.
 - narrowing de la cara III
 - inclinarse hacia delante III

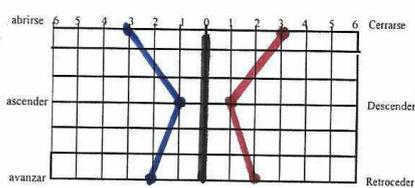
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



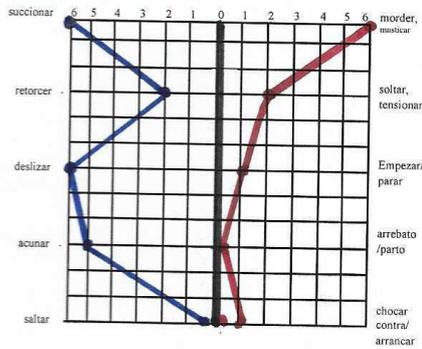
- brazo derecho hece movimientos hacia arriba (circular)
 - lee el periodico y hecilo con X. "su brazo tb hece los ojos azules?"

Perfil (código del cliente): UAB
 Fecha: _____
 Observador: _____

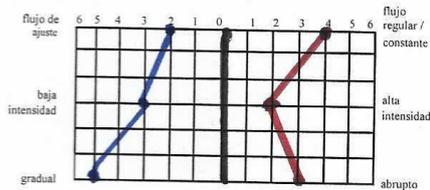
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

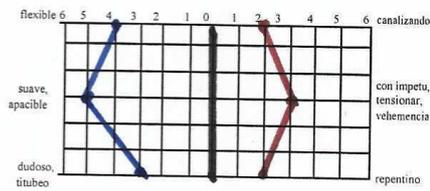
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



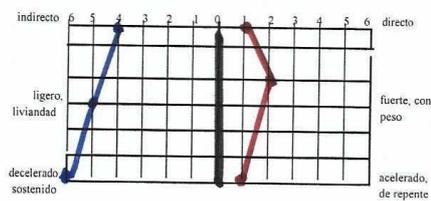
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



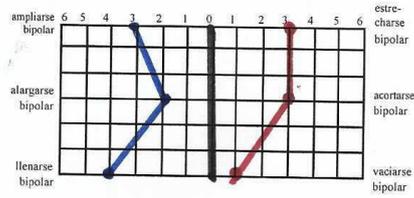
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetivas

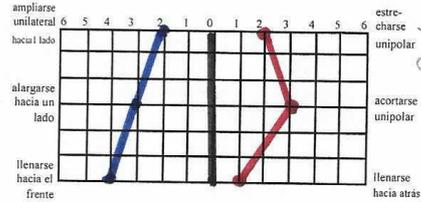
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



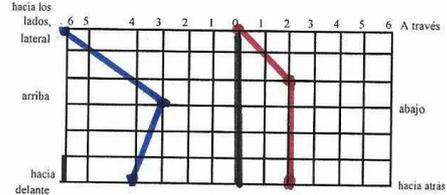
- aplauda IIII
 - finger play IIII
 - suspiros?
 O

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

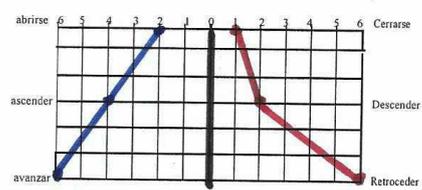


por otro?

8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



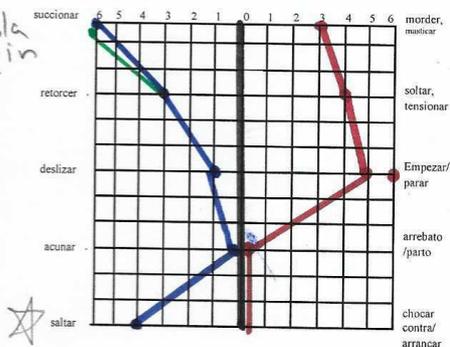
Perfil (código del cliente): 014
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

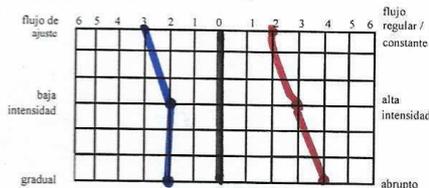
De aceptación | De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

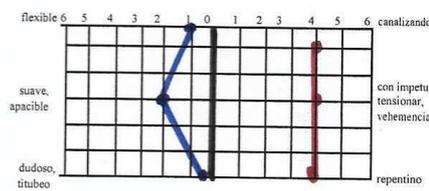
- habla casi sin parar



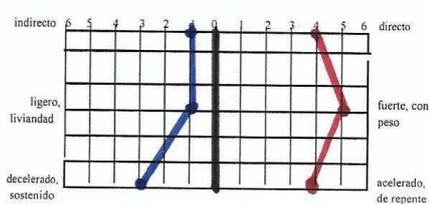
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



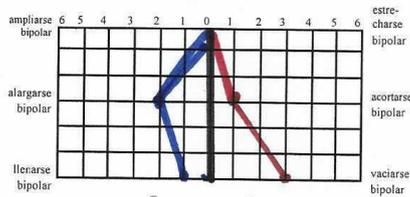
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer | encogerse

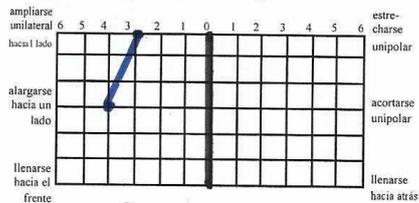
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



3 vs 4

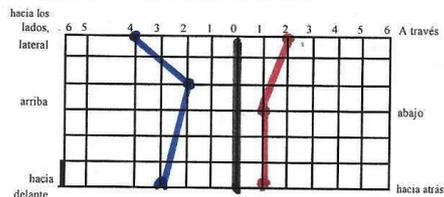
- inclinarse hacia delante (para llamar la atención) - no entiendo nada //
 - no esté a gusto le dice //
 - gran kinestesia general!

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



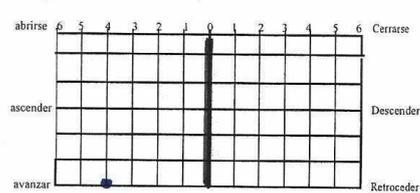
7 vs

8. Diagrama: Formación en direcciones:



13 vs 4

9. Diagrama: Formación en Planos:



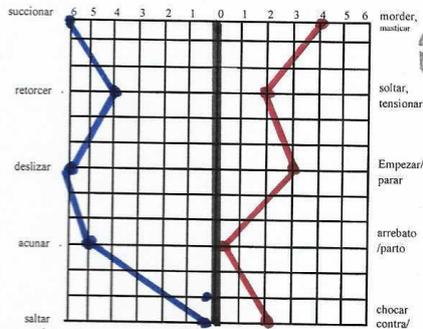
- pies con los puntos movimientos muy rápidos, toca el suelo = saltar *
 - está en silla de rueda, se había caído varias veces, nerviosismo
 - Arm in salute - llame de le ve on le carol
 al personal, pide atención, tapar y explicar mucho. parece impaciente

Perfil (código del cliente): 015
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

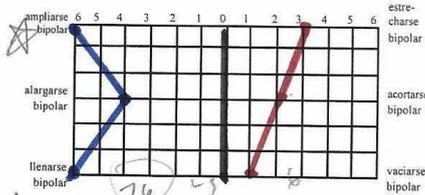


-habla mucho
 -movimientos de la boca y de la lengua (le pare y le pise por sus dientes)

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

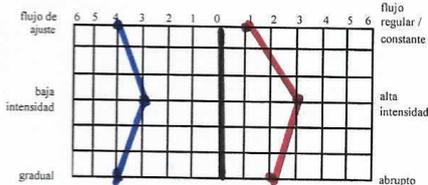
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

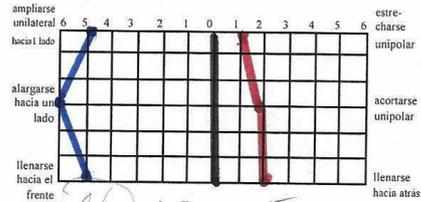


☆ sonríe y se ríe mucho, boca ampliando
 -hacia arriba y hacia los lados
 → V6

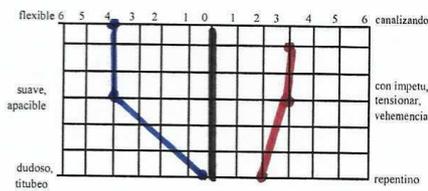
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



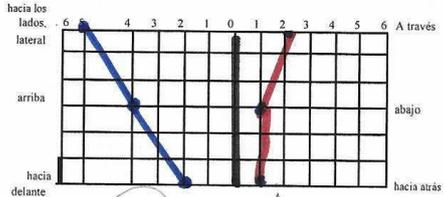
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



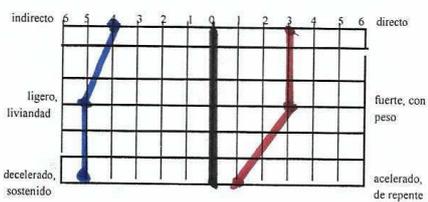
3. Diagrama: Precusores de Esfuerzo:



8. Diagrama: Formación en direcciones:

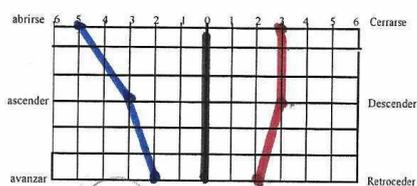


4. Diagrama: Esfuerzos:



-auto-efecto: mano a la cara

9. Diagrama: Formación en Planos:



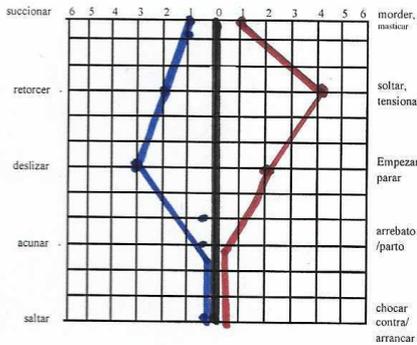
Perfil (código del cliente): U 16
 Fecha:
 Observador:

- rechter Arm in Schulter

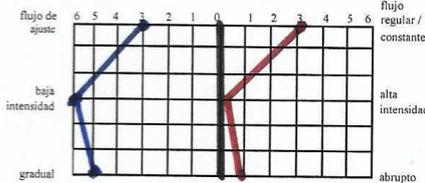
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

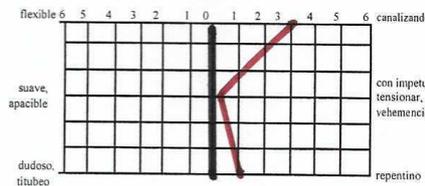


2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión

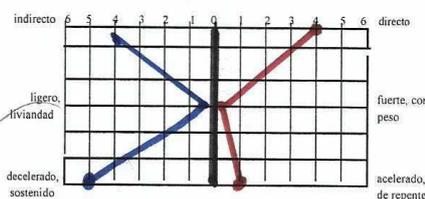


♡ zieht Bach stark ein und lässt ihn wieder III/1

3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

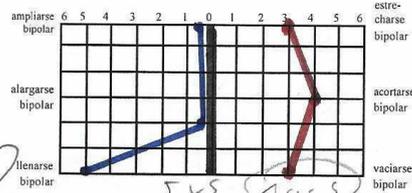


- erster Gesichtsausdruck
 ↳ medio peso positivo!!!
 - sehr wenig Bewegung

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

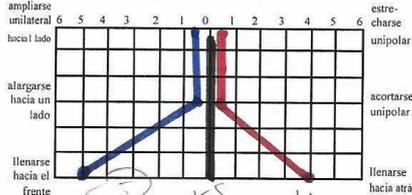
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

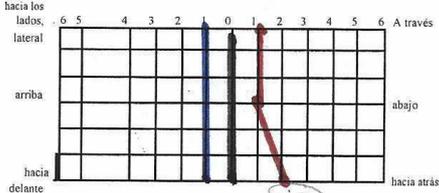


♡ - se observa bastante tensión en los brazos, sujete su sistema con la mano izquierda, los ojos a rebs los drcs. - asymmet. la repetition - después de 4 min se calma

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

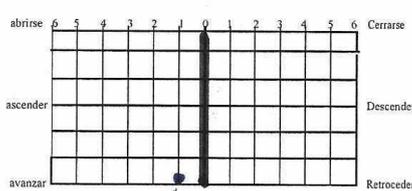


8. Diagrama: Formación en direcciones:



1 us 4

9. Diagrama: Formación en Planos:



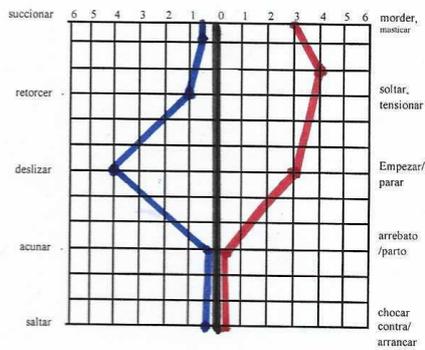
- schritt II (va cambiando a I) - passives Gewicht lässt sich auf still fallen? (bajo sinkend I)

Perfil (código del cliente): V18
 Fecha: _____
 Observador: _____

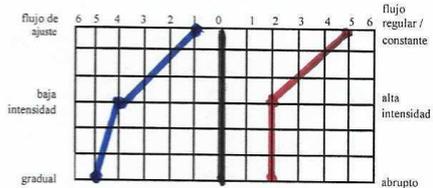
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

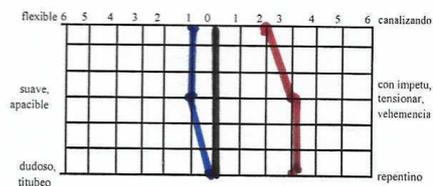
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



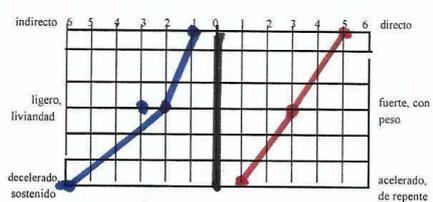
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

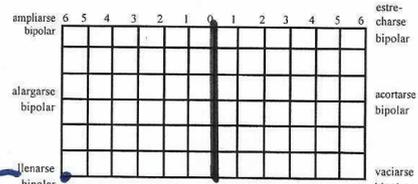


- rostro: Mundwinkel aktiv nach unten gezogen
 Arme überkreuzt, auto-contacto - giro de cabeza
 - se mirare bastante psic

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

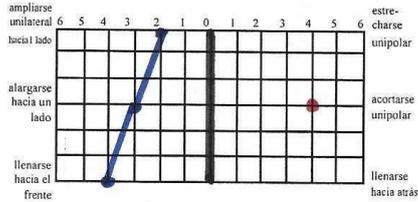
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

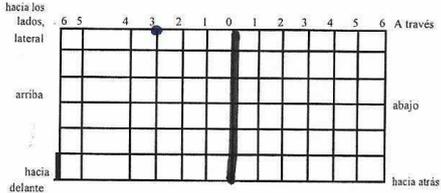


- está en silla de ruedas, tiene
 unas piernas amputadas
 (-respiración observable en
 el pecho, barriga y espalda).

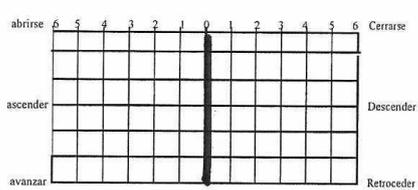
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

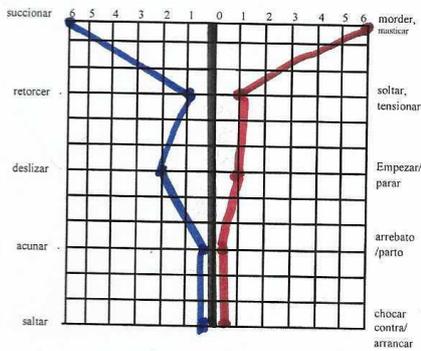


Perfil (código del cliente): 0715
 Fecha: _____
 Observador: _____

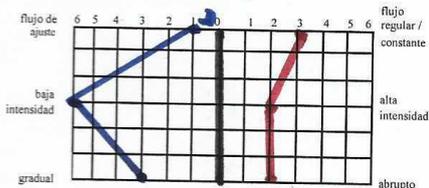
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

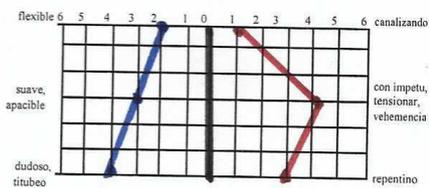
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión

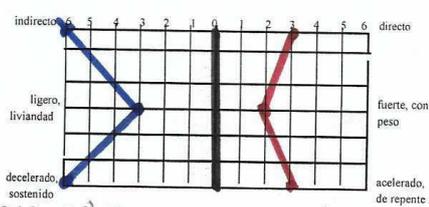


3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



helle muy de repente

4. Diagrama: Esfuerzos:

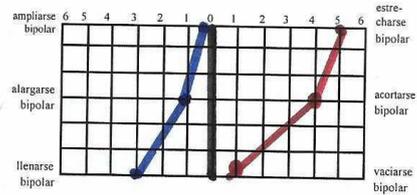


*- parece estar en un película
 - abre cierre los ojos IIII IIII
 - ritmo de succionar IIII IIII IIII
 - morda -> finger play IIII IIII IIII*

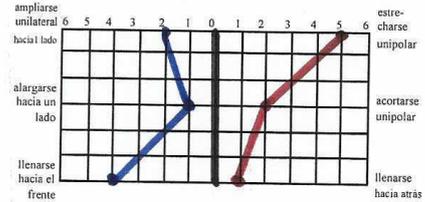
SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer encogerse

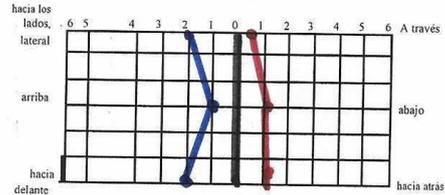
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



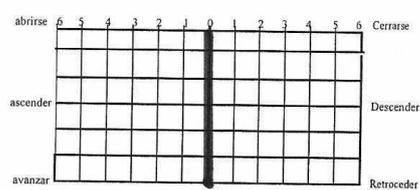
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



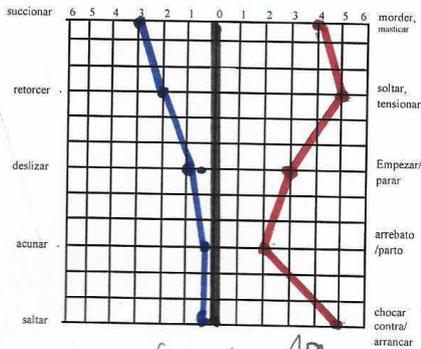
*- freyes sin sentido
 - currete sobre la mesa con la mano
 llave metida // sin freed
 pesas cortas sin poner*

Perfil (código del cliente): U20
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

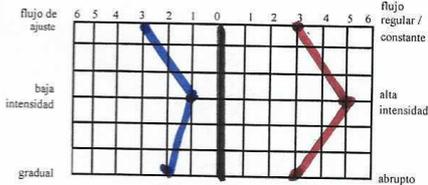
De aceptación De lucha (53p)

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



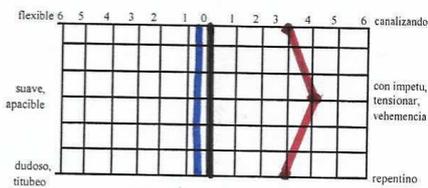
6 vs 10

2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



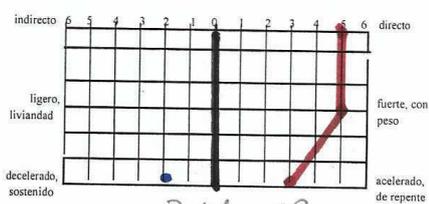
10 vs 11

3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



0 vs 10

4. Diagrama: Esfuerzos:



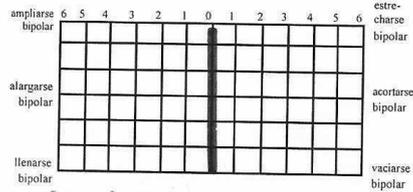
2 vs 13

"me iré a casa de mi padre" - pide por un cuchillo

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

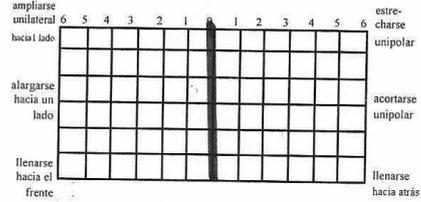
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

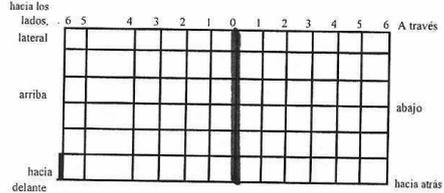


- este atado a su silla...
 - insultos, agresión del UCHA!
 - trote de autismo, piraje

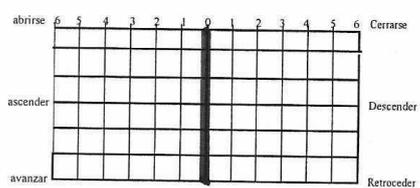
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



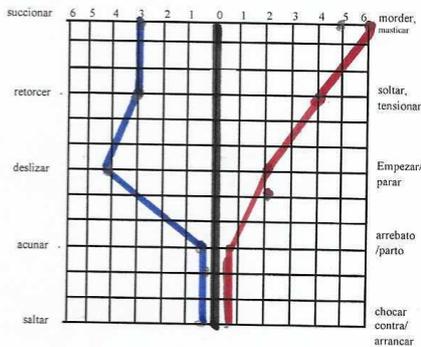
Perfil (código del cliente): 021
 Fecha: _____
 Observador: _____

2
0

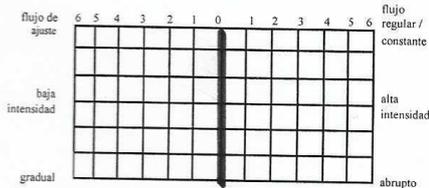
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

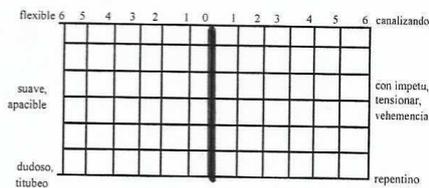


2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión

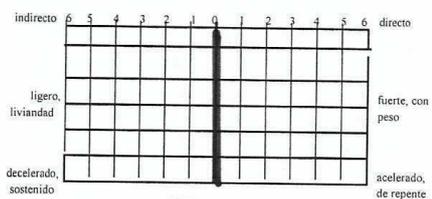


-habla tranquilo, suelto y pregunta
 are tol III III -se levanta de la silla y gira la silla =ajuste de flujo?

3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

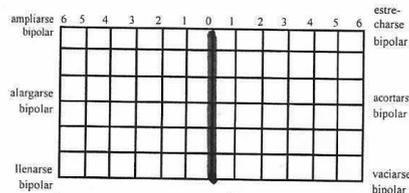


-camina solo I -se relacha II -gira su torso I -grübelt in der Knie I
 -klopft mit dem lötkel auf der Tisch y dice como vamos o que? -movimientos hacia delante

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetuales

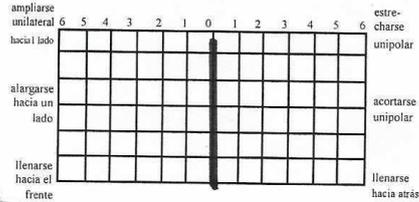
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

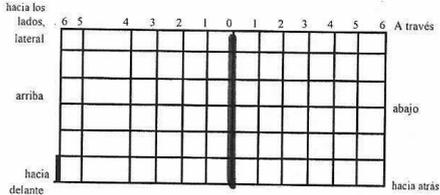


-se toca las uñas III III I
 -toca la cucharita de su café
 -se mueve sus uñas II
 -amplia la casa I
 -movimientos circulares con la mano + el brazo izquierda

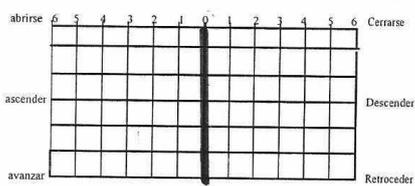
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

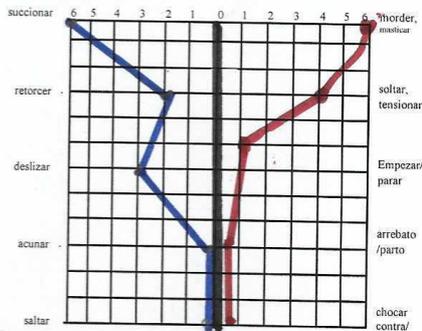


Perfil (código del cliente): 022
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

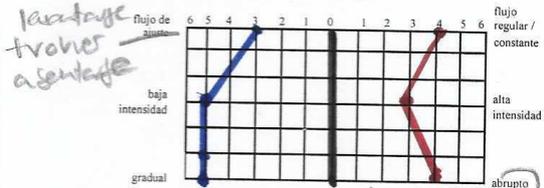
De aceptación | De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



-toca mucho la mesa
 -muy hacia dentro

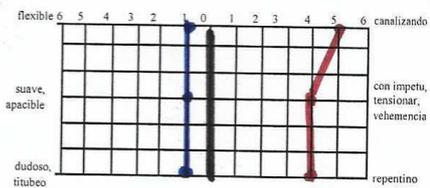
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



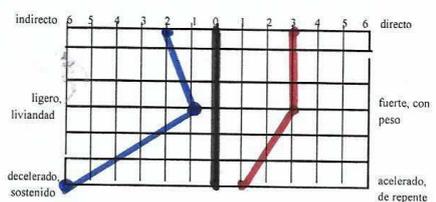
lanzarse
 traer
 asentado

-beuntreten
 y reacciones a un
 sonido/grito

3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

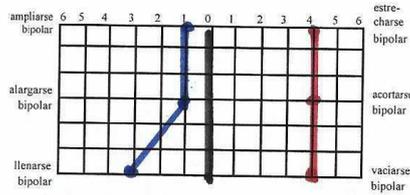


-Aufzittern HX -regiert auf Oberseite wie Nieten
 -sich röhren
 -golpen k. nese HX HX -schloß le. h. d. d. l. m. e. c. HX

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetuales

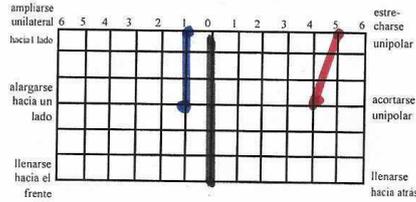
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

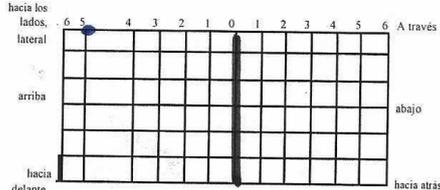


-movimientos laterales de mano (pequeños)
 -muy poco movimiento
 -kinesfer = pequeña -muy sensible
 menos la voz a veces con ímpetu repetitivo

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

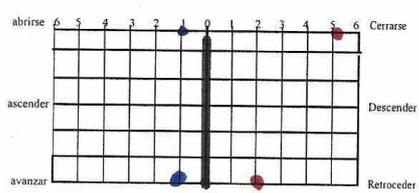


8. Diagrama: Formación en direcciones:



-mirada hacia abajo
 -respiración tranquila

9. Diagrama: Formación en Planos:

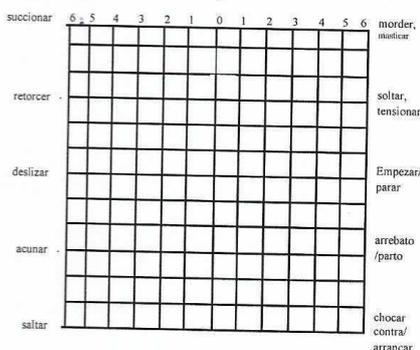


Perfil (código del cliente): 024
 Fecha: _____
 Observador: _____

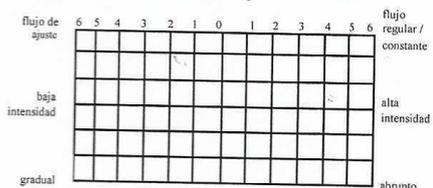
o casi no hay nada de movimiento
 SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

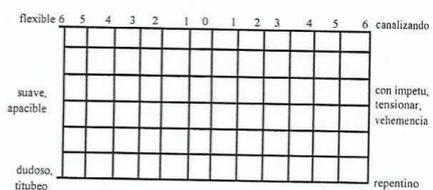
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



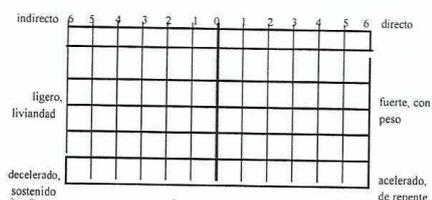
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precusores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

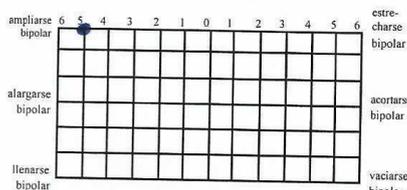


- abrir y cerrar los ojos (se dice casi, varias veces)
 - se arrega b s pios
 - casi no hay nada de mov., solamente lo respiración en el pecho y la cara que sonríe a veces...

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

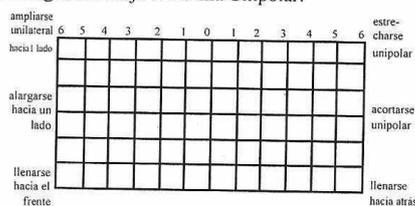
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

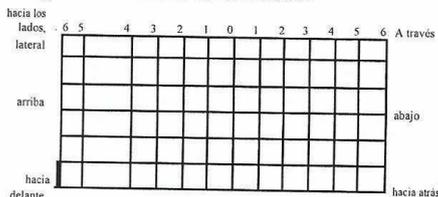


- le suelen atar a la silla
 - falta de grounding
 - está sentado en el pedestal de la catedral - se toca los ojos
 - sonrisa al aire MH MH
 - se amplía + hacia AÑES
 - cabeza inerte hacia atrás, se dice

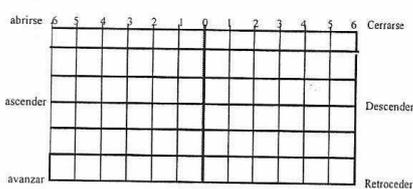
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

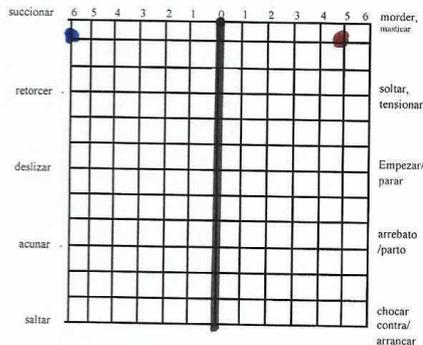


Perfil (código del cliente): 095
 Fecha: _____
 Observador: _____

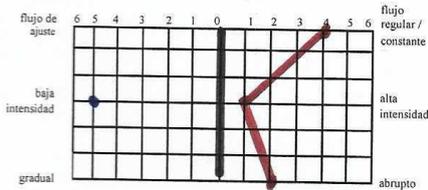
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

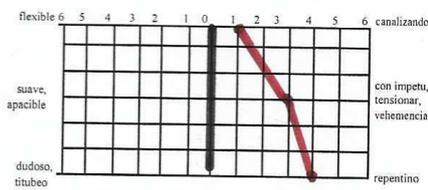
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



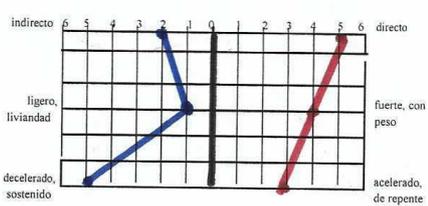
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



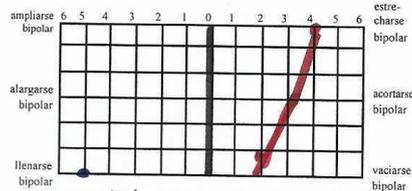
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

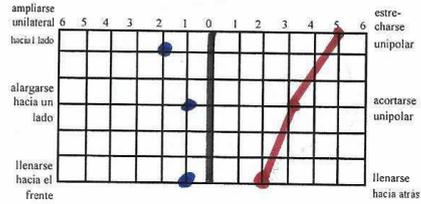
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

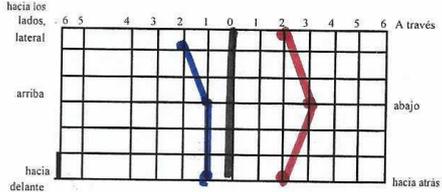


- asymmetrische Körperhaltung nach links (neigende heiss abge)
 - encogimiento = postura
 - se tira los pantalones
 - mal hacia arriba con la mano

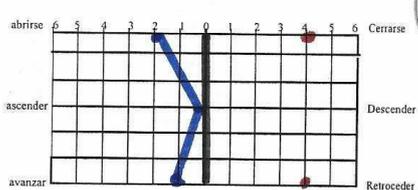
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



(aktivität (corporel))

- side los ojos - se toca los brazos
 - kinestesia pequeña - se toca (sobrecitos) con la mano
 a la boca. - hexiosimo - Note suddenly - muchas risas
 - sonidos repetitivos agudos

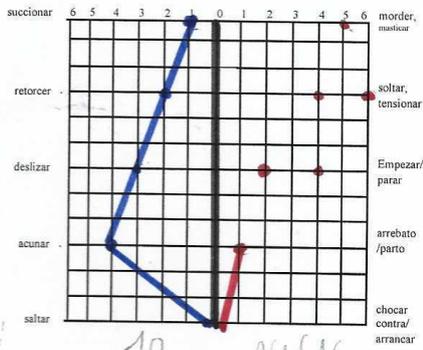
caminando hacia delante parece que camina hacia atrás hollowing?

Perfil (código del cliente): V 2 6
 Fecha: _____
 Observador: _____

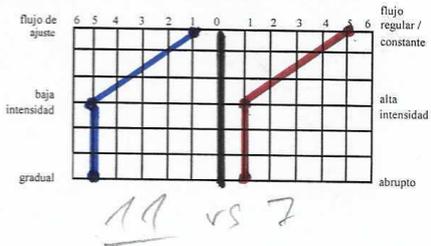
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación / De lucha

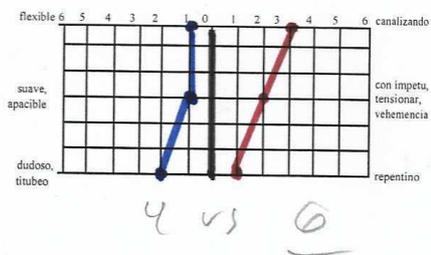
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



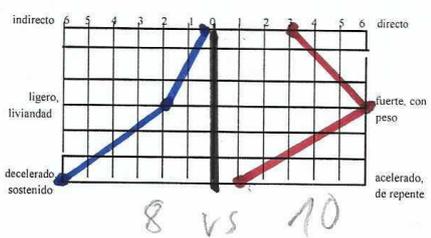
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



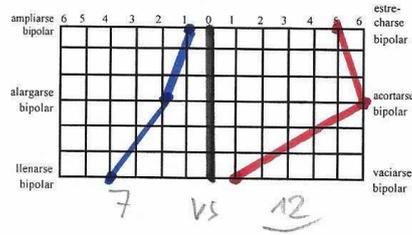
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

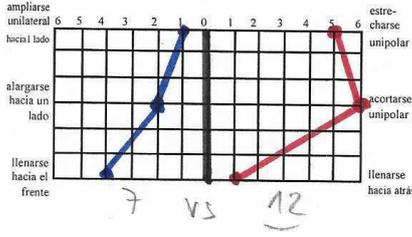
crecer / encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

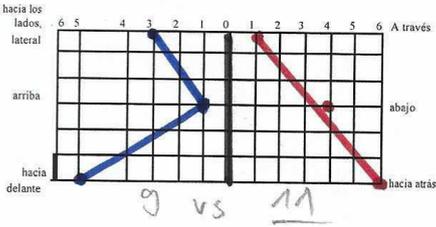


sonríe muy poco
 dice a su compañero
 que este cansado (gehnd valius)/
 veces

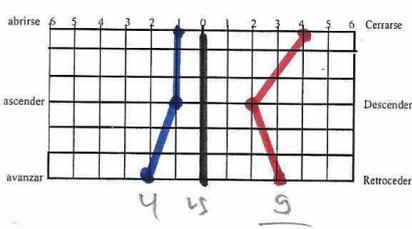
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

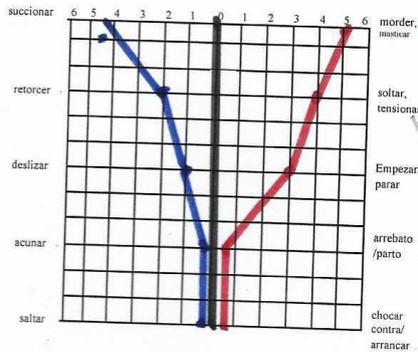


Perfil (código del cliente): 029
 Fecha: _____
 Observador: _____

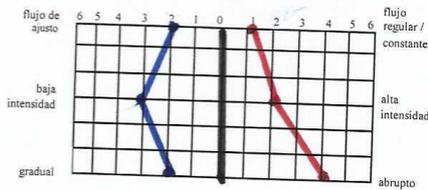
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

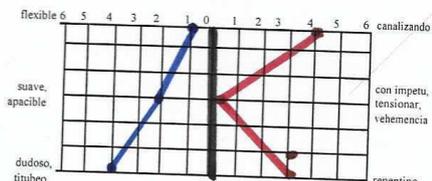
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión

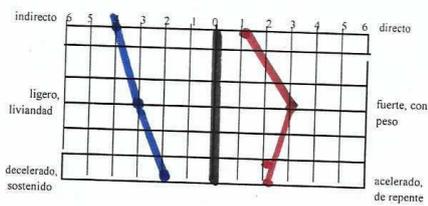


3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



realizaciones propias

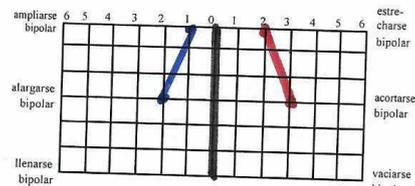
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

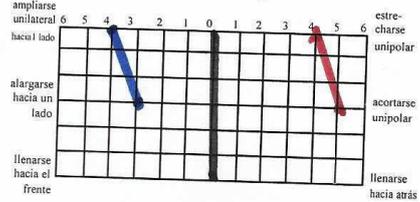
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

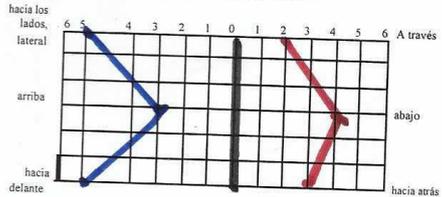


*- kinesfera general pequeña
 - lengua II
 - camino de mano de dejar
 caer al suelo*

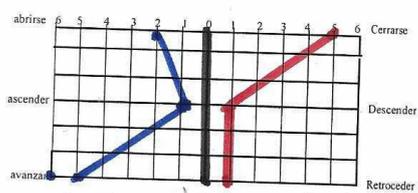
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



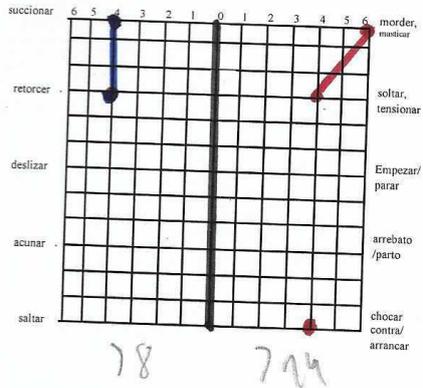
se levanta muchas veces y quiere ir con su jeringa

Perfil (código del cliente): 028
 Fecha: _____
 Observador: _____

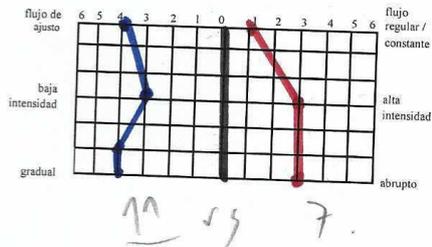
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

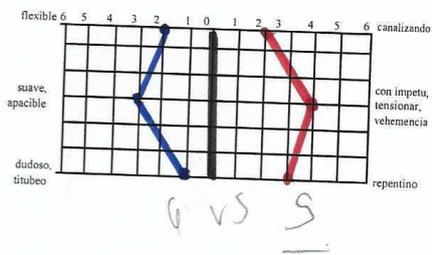
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



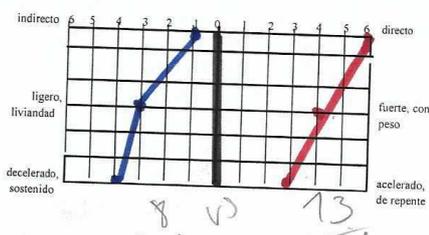
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

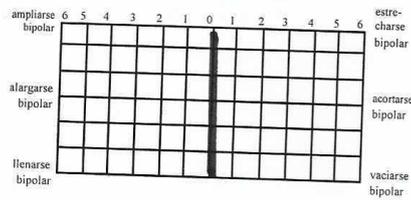


- mucho flujo conducido
 - cerrar y abrir los ojos
 - se mueve muy fácil

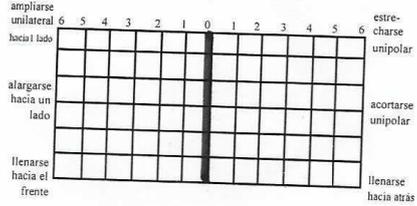
SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer encogerse

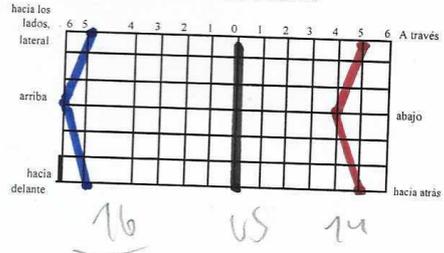
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



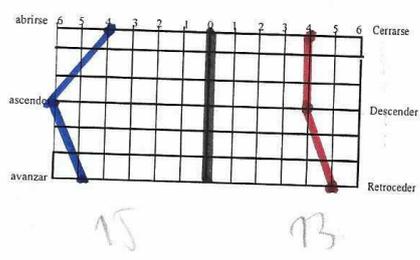
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

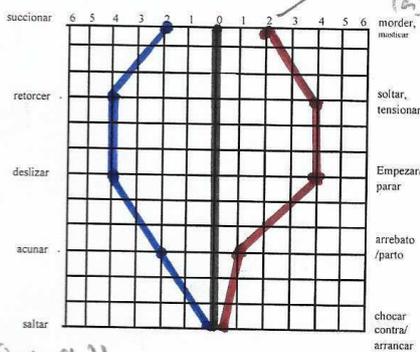


Perfil (código del cliente): 098
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

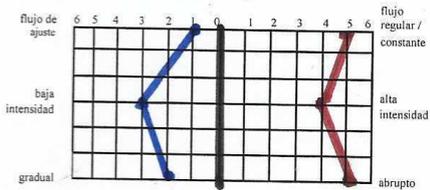
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



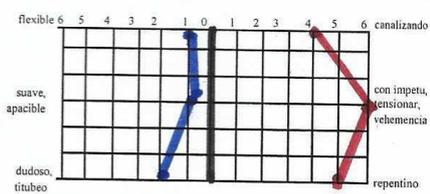
-Kussmund 1)
amplios HL 1

hordaje los labios

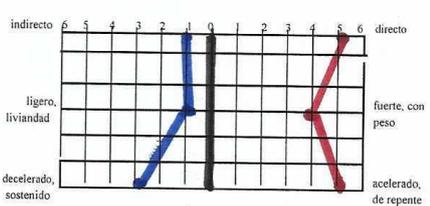
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



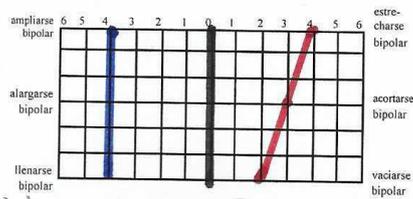
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

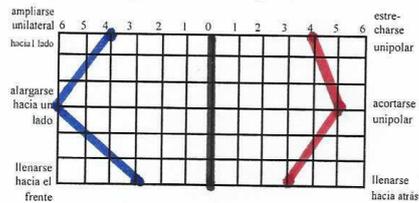
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

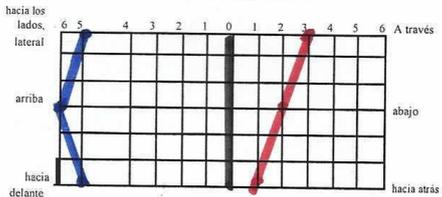


-nicken = shortening? IIII
 -leynahrung (boca, ojo)
 -harawing al escuchar muy abultarse III
 -Kopf san treten III

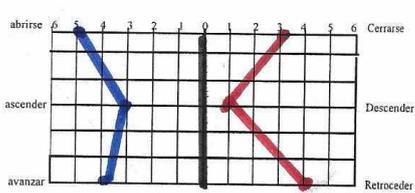
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



-Kopf anegeln nach links
 -rechter Arm mit Zeigefinger halten
 -sichs -avanzar -retroceder con el brazo (haciendo espirales)

Perfil (código del cliente): U30
 Fecha: _____
 Observador: _____

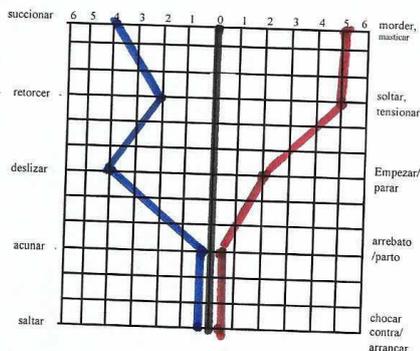
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

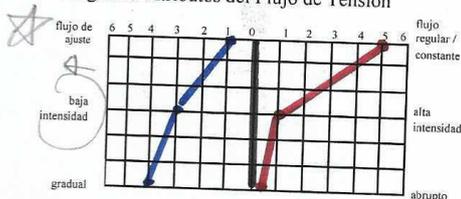
-mov. de boca

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

levantaje?

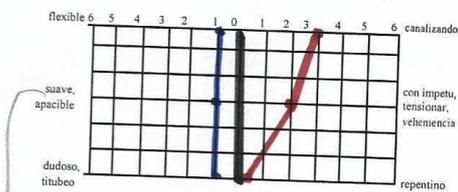


2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



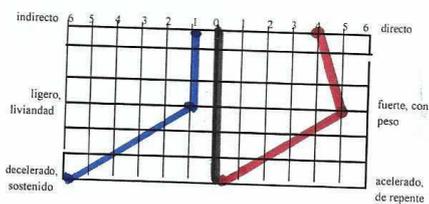
★ ventajas + ventajas?

3. Diagrama: Precusores de Esfuerzo:



auto-control = suave

4. Diagrama: Esfuerzos:

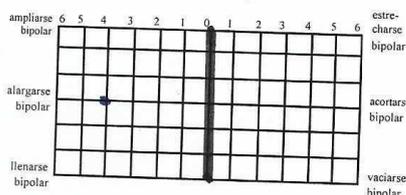


dice: "NO!" (resistencia) pero tiempo sostenido

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

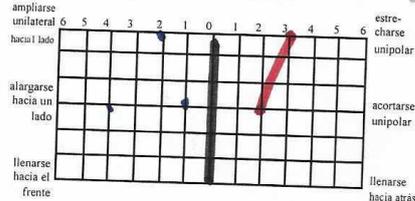
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

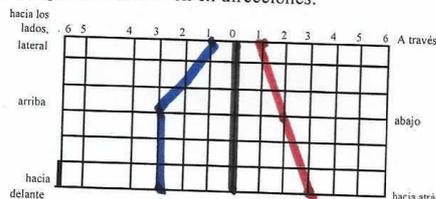


-se toca con la mano izquierda la frente.
 -parece tranquilo, relajado
 -a veces se levanta (se quiere coger de la mesa o silla como un bebé y se deje caer atrás a la silla)

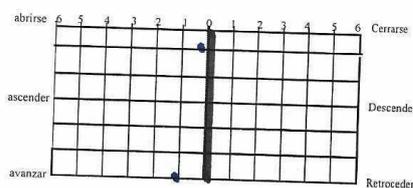
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



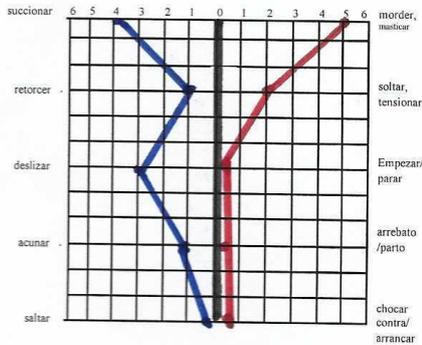
¡Pocos movimientos!
 -se ve mucha tensión en la cara
 -pregunta: ¿qué pes? //

Perfil (código del cliente): U31
 Fecha: _____
 Observador: _____

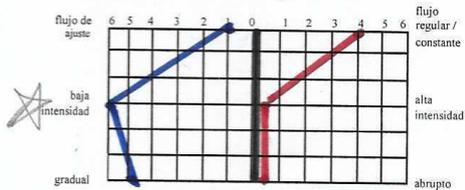
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

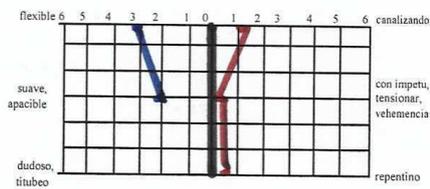
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



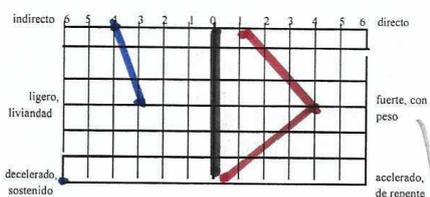
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

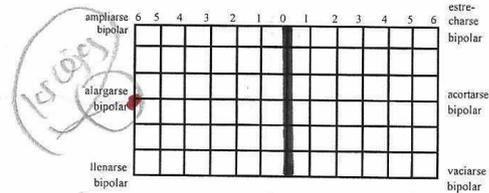


- está ligeramente durmiendo se despierta, se toca con un dedo el mentón

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

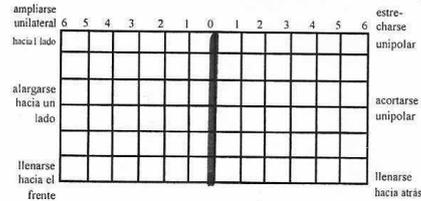
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

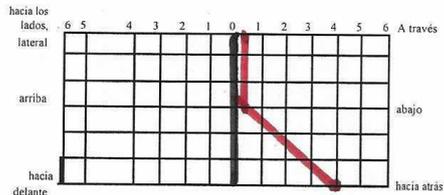


segundo intento de observación
 casi se duerme con una mano apoyada en la mejilla
 - antes, menos hecho punto
 - alarga los ojos, como de boca abierta a cerrada

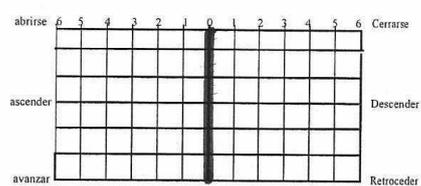
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



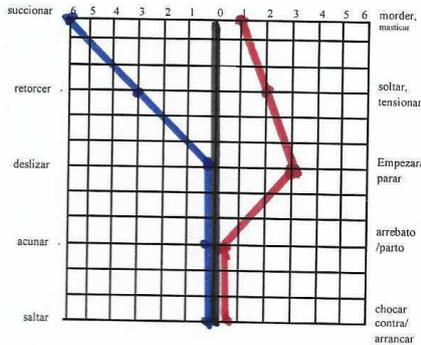
- cabeza inclinándose hacia atrás (ampliando o alargando)

Perfil (código del cliente): V32
 Fecha: _____
 Observador: _____

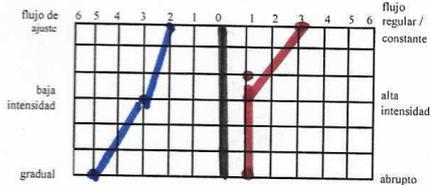
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

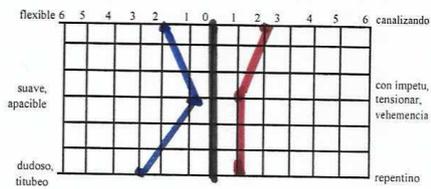
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



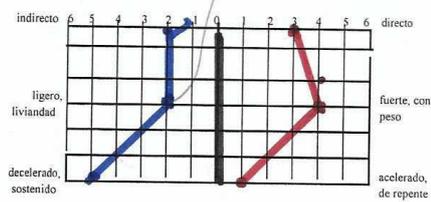
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

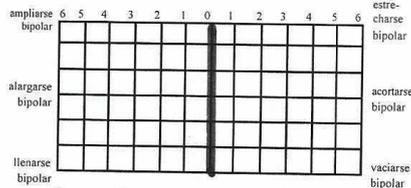


- asymmetr. Körperhaltung
 - Nervosität (vorherige Untersuchungen)
 - Bewegung noch vorerst Zweck (Sicherheit, noch nicht vorsehen) le ramifié, les mains

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

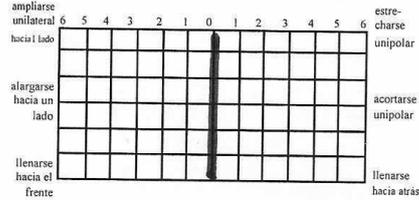
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

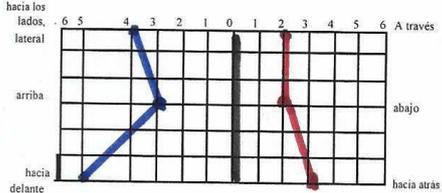


- narrowing im Gesicht beobachtet
 - se toca los dedos (a la altura de la zona íntima) es subit
 Regression in höhere Phage...
 - cuando se le da a alguien, regreñe de la mano, apreta fuerte.

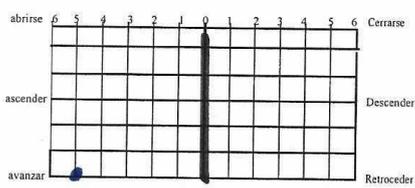
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



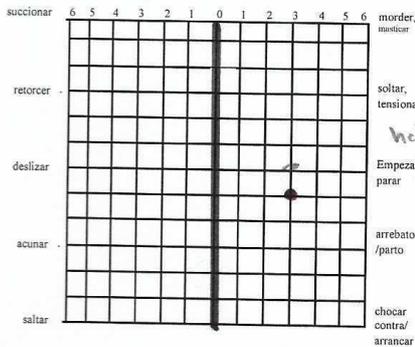
- cabeza inclinada hacia el lado derecho - helle de waer
 - y el hombre

Perfil (código del cliente): U33
 Fecha: _____
 Observador: _____

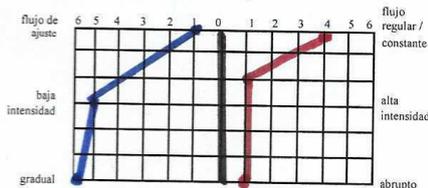
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

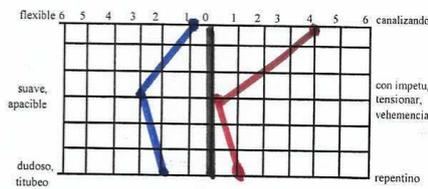
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



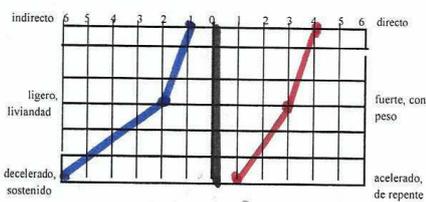
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



4. Diagrama: Esfuerzos:

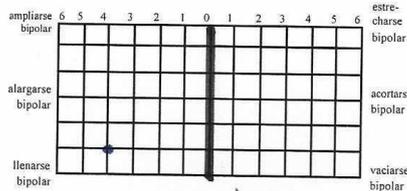


-voz muy silenciosa
 -actitud = muy hacia dentro y engorri
 -pose una Nackenhilfe

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer encogerse

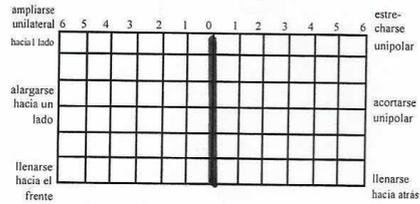
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



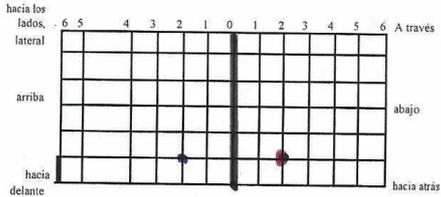
postura actitud corporal

-rostra: muy lento! se alterna much bound flow (hacia la respiración)
 -este en silla de ruedas
 -apoyarse con la mano la cabeza

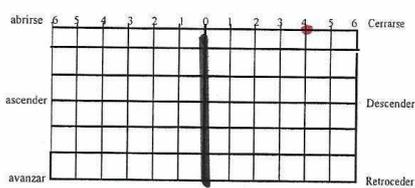
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

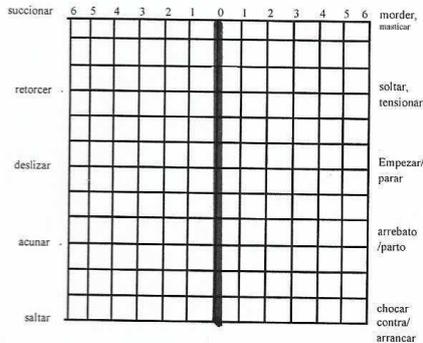


Perfil (código del cliente): 134
 Fecha: _____
 Observador: _____

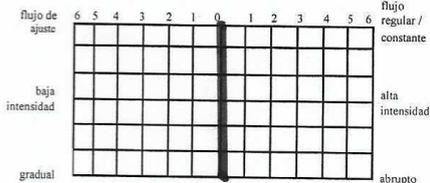
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

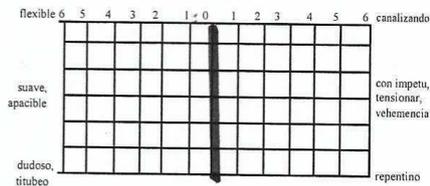
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



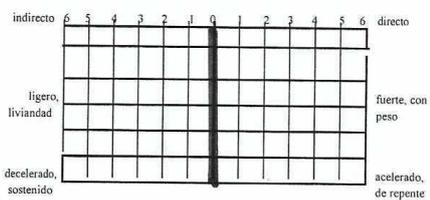
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precusores de Esfuerzo:



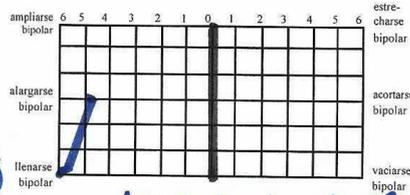
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

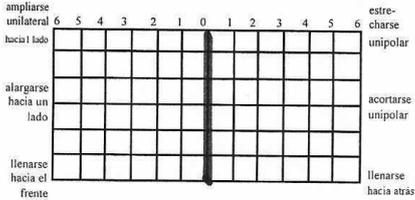
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

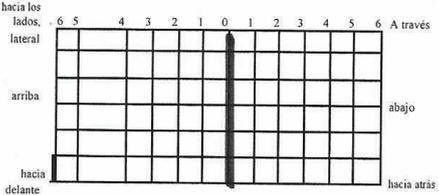


-dueme (casi todo el día) con la boca abierta (alargando la cara hacia arriba y atrás)

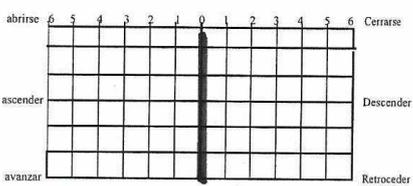
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



*-posición fija brazos cruzados + silla de ruedas
 -cruzadas las manos*

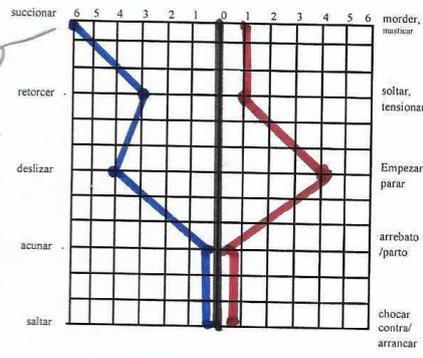
Perfil (código del cliente): U35
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

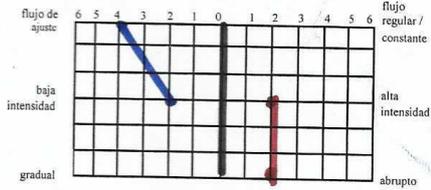
De aceptación | De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

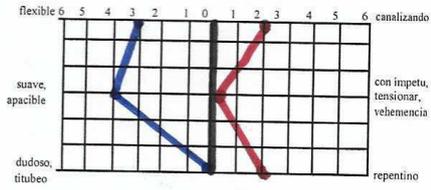
se le rasga el pelo = 1



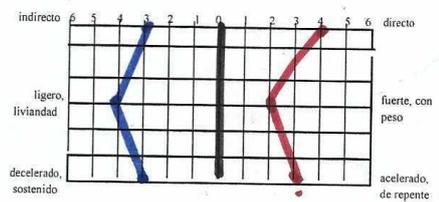
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precusores de Esfuerzo:



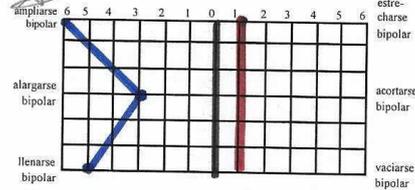
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

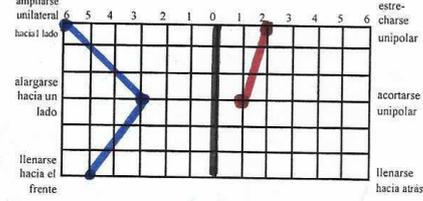
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

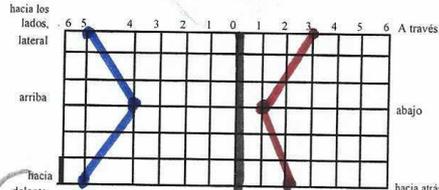


-higheste may grande personal f general -sonríe (degre) -acarica el pelo de P.

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

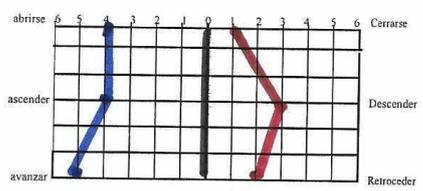


8. Diagrama: Formación en direcciones:



(inclinandose hacia frente, helando, etc)

9. Diagrama: Formación en Planos:



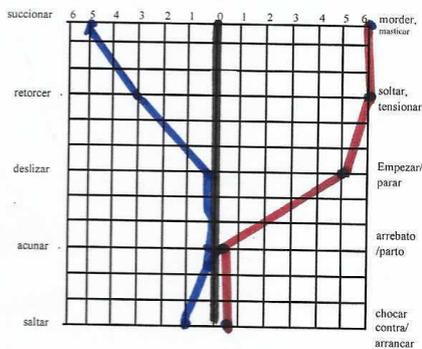
-se rasga III III -mucho contacto visual + físico con la gente de su entorno. -leben d'ij lobst sian reton P. und macht ilen Rockenmessege -busca mucho contacto físico -ayuda a otros

Perfil (código del cliente): 036
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

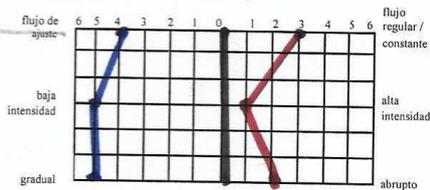
De aceptación | De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

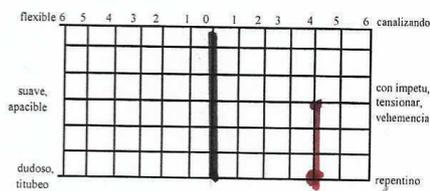


levantage? fontage?

2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión

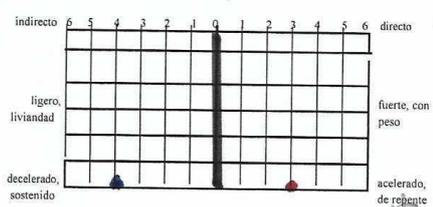


3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



levantage

4. Diagrama: Esfuerzos:

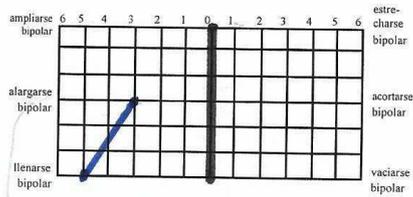


-festet sich an die Augen (steht fest springend auf und lässt sich fallen).
 -tire de sus tobis hacia atrás

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

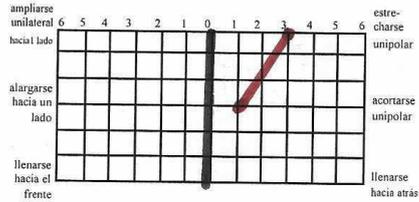
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

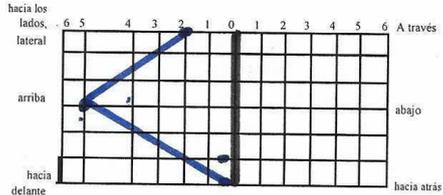


levantage?
 -este ataque a su silla.

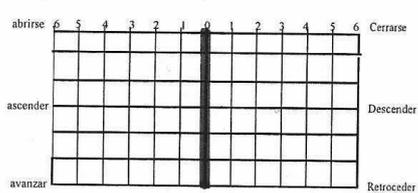
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



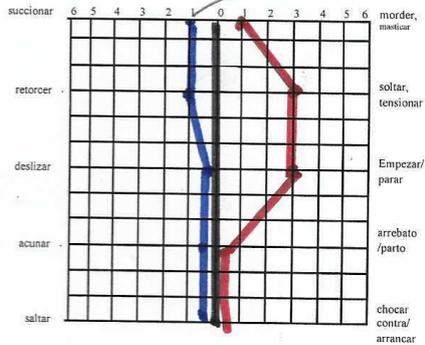
Perfil (código del cliente): U37
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

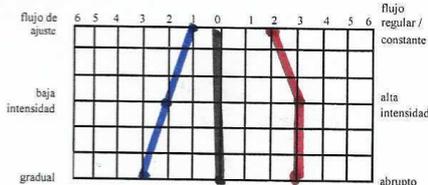
De aceptación De lucha

*propio
resista
sustentarse*

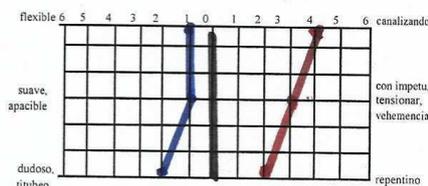
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



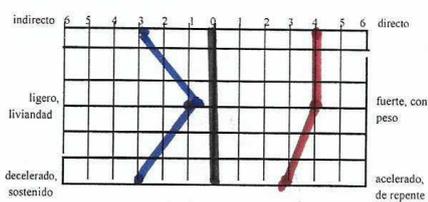
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



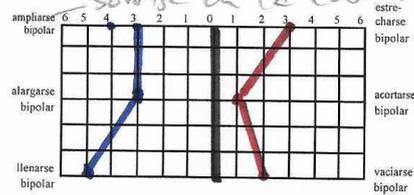
4. Diagrama: Esfuerzos:



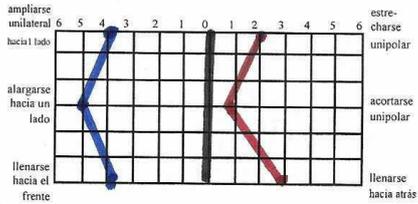
SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer encogerse

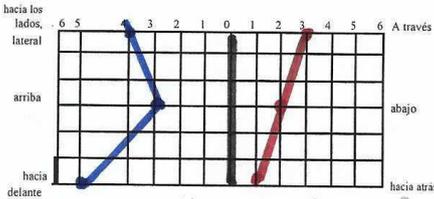
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

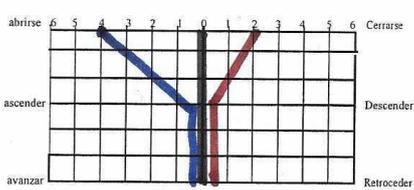


8. Diagrama: Formación en direcciones:



haciendo hace gestos con la mano hacia arriba

9. Diagrama: Formación en Planos:

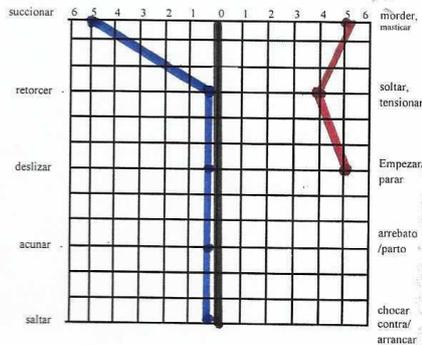


Perfil (código del cliente): U38
 Fecha:
 Observador:

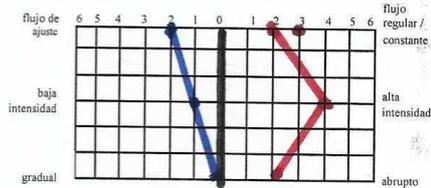
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

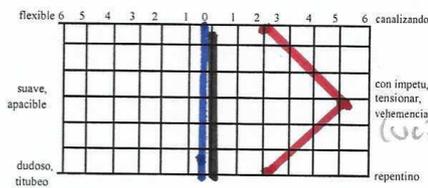
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



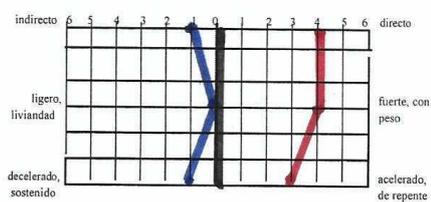
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



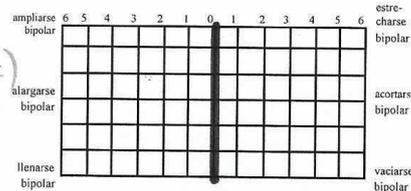
4. Diagrama: Esfuerzos:



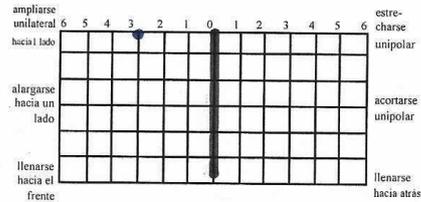
SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer | encogerse

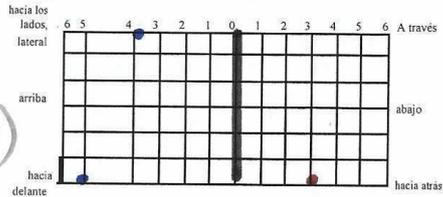
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



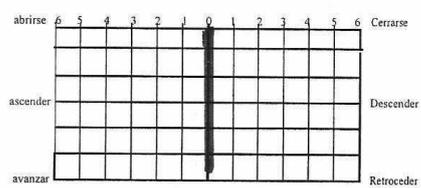
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



rebatog!
(kccc)
 Dice: "hablo muy mal castellano"
 "papa, ven!"
 -cava de sufrimiento
 -grita, halla

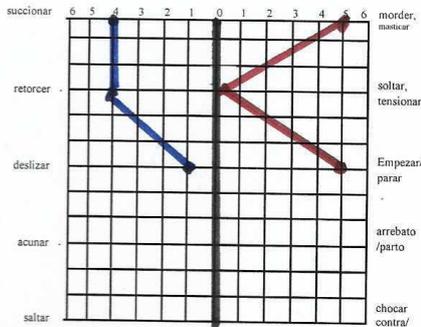
-lucha total -mov. súbitos -mirada perdida
 -toca la nariz

Perfil (código del cliente): V39
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

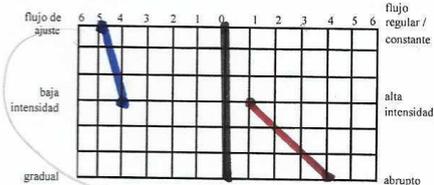
De aceptación | De lucha

1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión

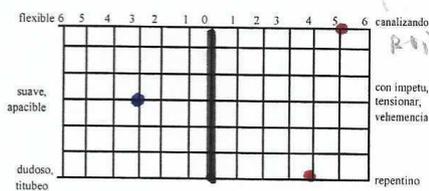


-mov de los tobillos
 -lx trazar - este k saca + enfoca
 of
 o en los III 174

2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión

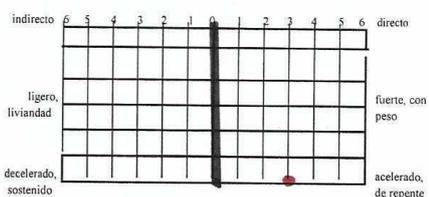


3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



Benejungen des rechten Fußes = aj-ite de flujo?

4. Diagrama: Esfuerzos:

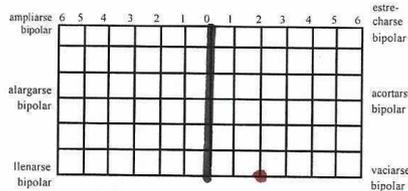


- este en silla de ruedas - movimientos de la mano derecha
 - tiene los ojos mucho rob cerrados - tiene poca fuerza física
 - movimientos acelerados (heridos) pie derecho (movido) - trahite mucha Desc de 2

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

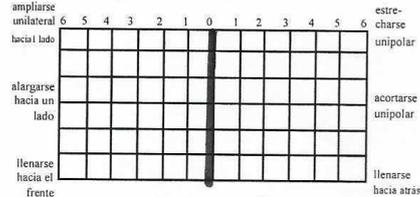
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



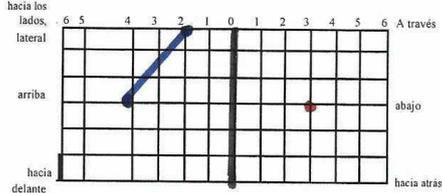
-streich über die Augenbrauen
 -kraben am Oh, an den Haaren
 -streich über Gestand ihre Brille
 -zieht Brille ab + zieht sie sich über die Nase + bleibt hängen. -mouent ihre Brille auf (mouent dies 2x)

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

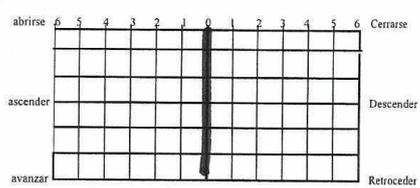


-additionelle Übung

8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



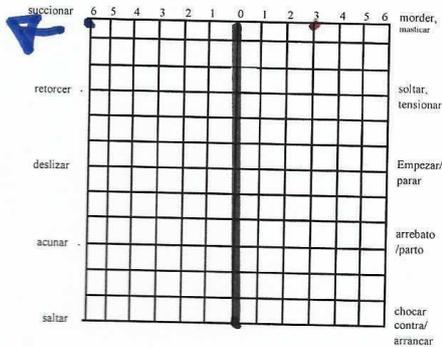
LECHA!

Perfil (código del cliente): 040
 Fecha: _____
 Observador: _____

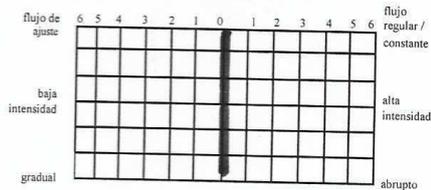
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

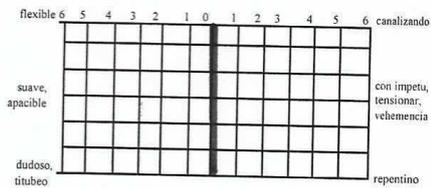
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



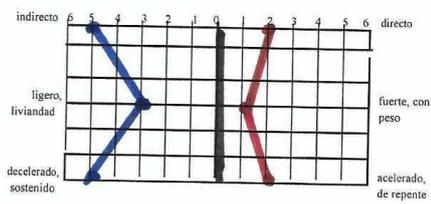
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



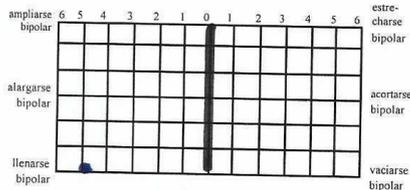
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

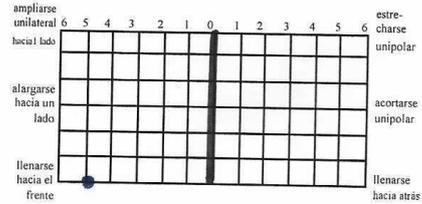
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

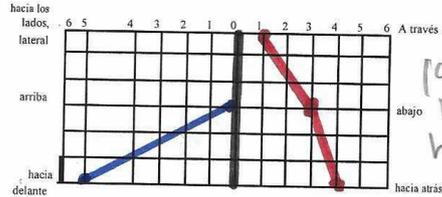


- Interlippen bewegen sich
 - Vide Mundbewegungen
 - mu de angredet rakte?
 - helle an elbarnjme

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

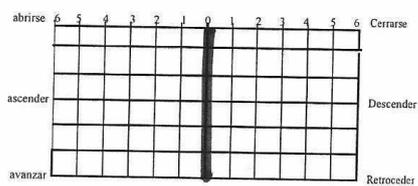


8. Diagrama: Formación en direcciones:



(parado de los cables hacia abajo)

9. Diagrama: Formación en Planos:

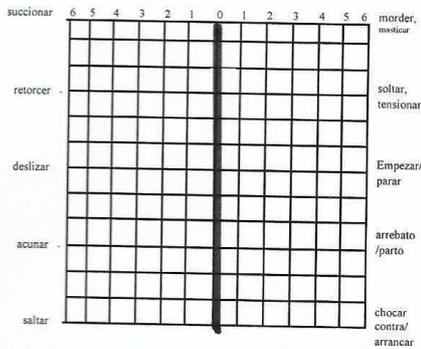


Perfil (código del cliente): U 41
 Fecha: _____
 Observador: _____

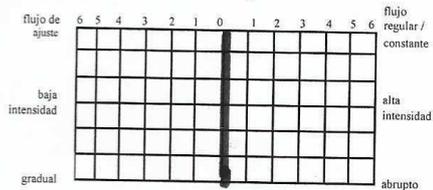
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

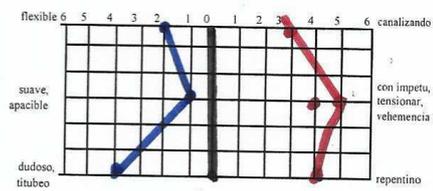
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



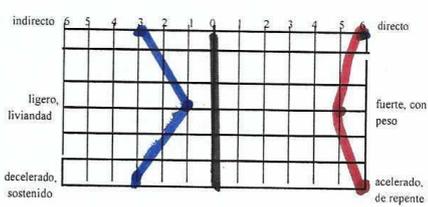
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precusores de Esfuerzo:



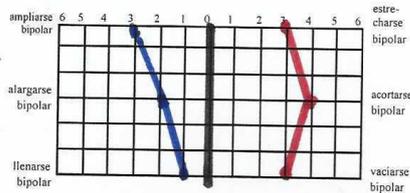
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

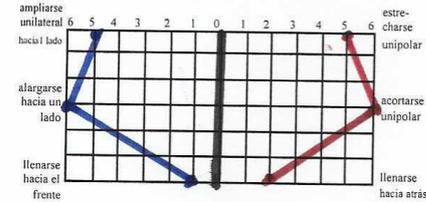
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

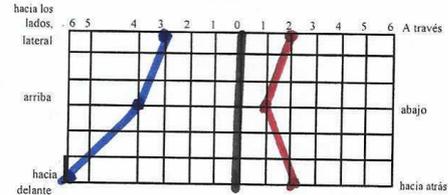


- Handbewegungen nach außen
 - de repente IIII IIII
 - giros con las manos
 - quitándose las gafas
 - mirando fijamente a un personaje

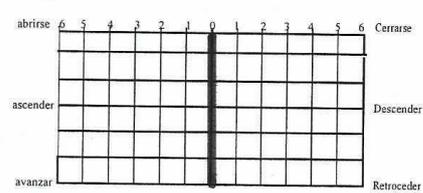
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

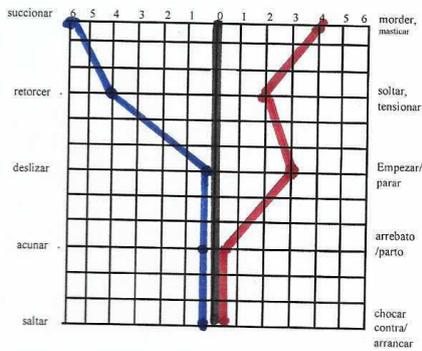


Perfil (código del cliente): 042
 Fecha: _____
 Observador: _____

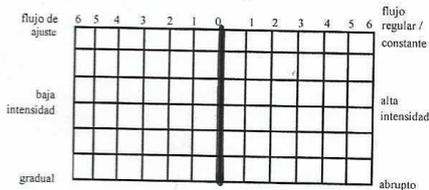
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

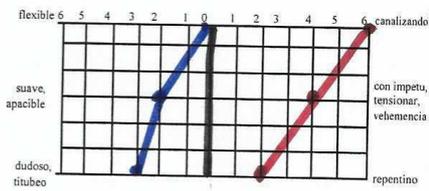
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



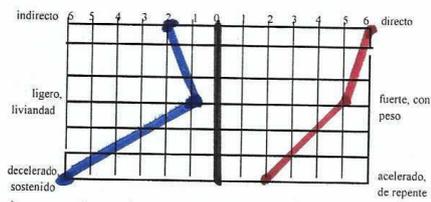
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



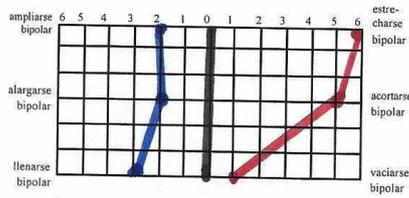
4. Diagrama: Esfuerzos:



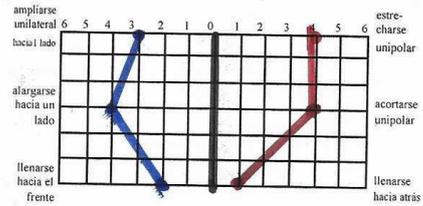
SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

crecer | encogerse

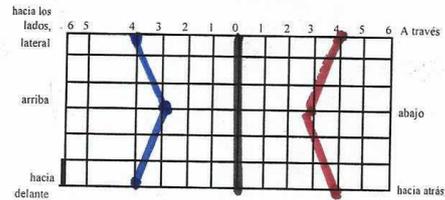
5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



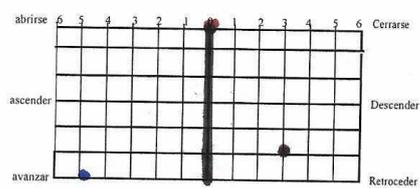
6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



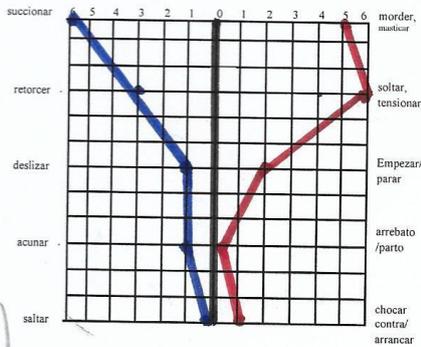
- sostenido IIII TTTT
 - hacia la mesa + hacia delante inclinada
 - succión pesada IIII IIII I - fingido - flujo conducido

Perfil (código del cliente): 043
 Fecha: _____
 Observador: _____

SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación De lucha

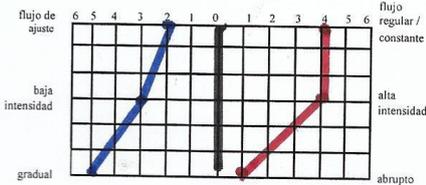
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



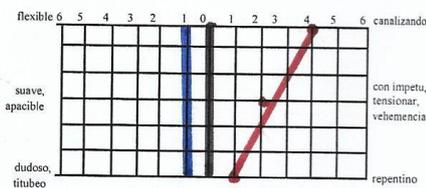
(kopf reifen)
 leichte
 Bewegung
 der
 Position

- Füsse bewegen!!!

2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión

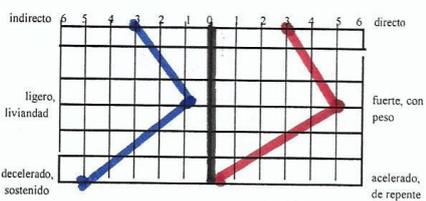


3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



- predominan mov. de las manos

4. Diagrama: Esfuerzos:

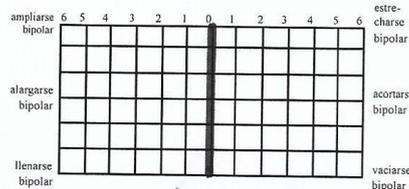


- sitzt im Rollstuhl - movimientos de los dedos (tensionados)
 - cabeza inclinada hacia la izquierda
 - mov. mano izquierda alargado hacia delante (el vacío) - también hacia flexión

SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetivas

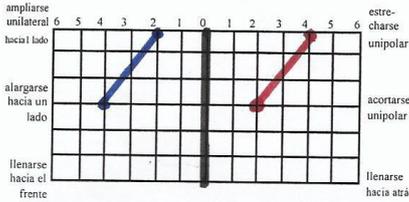
crecer encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:



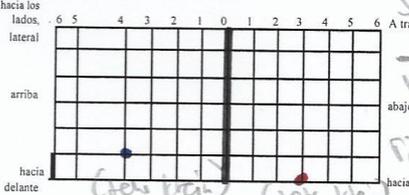
- todo el rato mueve la boca
 - hace sonidos bajos
 - cuando viene una familia suya, escribe, pero ya no habla
 - se toca su ropa todo el rato

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:

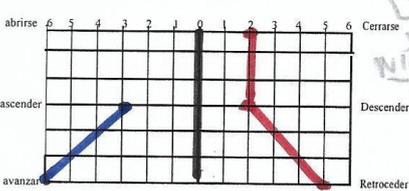


- leichte Aktivität durch Absize - ein

8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:



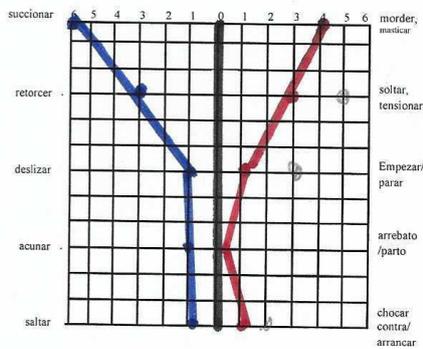
Wolkan sich eher NICHT bewegen!

Perfil (código del cliente): 004
 Fecha: _____
 Observador: _____

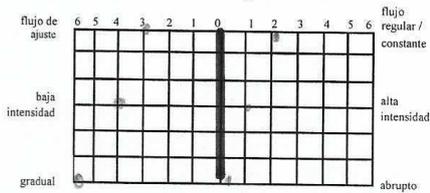
SISTEMA I: Desarrollo intrapsíquico

De aceptación | De lucha

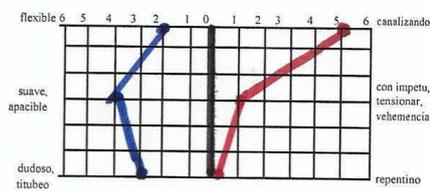
1. Diagrama: Ritmos de Flujo de Tensión



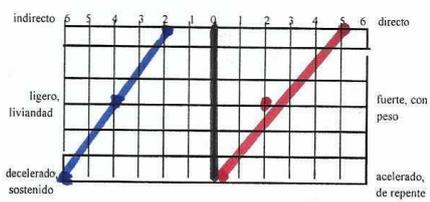
2. Diagrama: Atributos del Flujo de Tensión



3. Diagrama: Precursores de Esfuerzo:



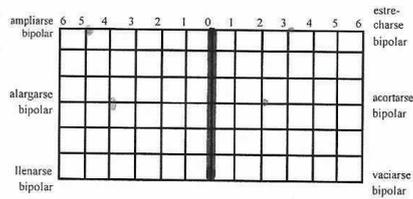
4. Diagrama: Esfuerzos:



SISTEMA II: Desarrollo de las relaciones objetales

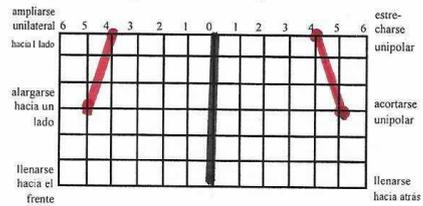
crecer | encogerse

5. Diagrama: Flujo de forma Bipolar:

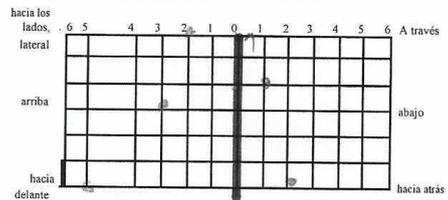


- Im y Jan = hombre congelado o de papel (hírcal) // congelado, un chisite r'side, tarantula etc etc etc

6. Diagrama: Flujo de forma Unipolar:



8. Diagrama: Formación en direcciones:



9. Diagrama: Formación en Planos:

