



# Contenido

---

- Prólogo — Berit Ianssen
- Prefacio — Giuseppe Daverio
- Introducción — Desde Noruega — Berit Ianssen
- Introducción — Desde Colombia — Olga Lucía Montoya Hurtado
- 1.0 El Examen Corporal Completo (CBE)
- Tabla de relación: Subescalas → Manual → Formulario
- 2.0 Variables Corporales
- 3.0 Función y Reacciones Autónomas y Endocrinas
- 4.0 Experiencia de la Imagen Corporal
- 5.0 Descarga Emocional Durante el CBE
- 6.0 Hallazgos del Cuerpo y Otra Información
- 7.0 El Continuo de Recursos
- 8.0 Métodos de CBE
- 9.0 Introducción a los Procedimientos de Examen
- 10.0 Procedimientos de Registro
- 11.0 Datos Sociológicos
- 12.0 Manual para el Examen Comprensivo (CBE)
- 13.0 Respiración
- 14.0 Función Motora
- 15.0 Interacción en la Espalda Durante la Marcha
- 16.0 Reacciones del Cuerpo en Posición Supina
- 17.0 Musculatura
- 18.0 Reacciones y Observaciones
- 19.0 Experiencia Corporal
- 20.0 Experiencias del Paciente Durante los Exámenes
- Formulario de Registro — Examen Comprensivo
- Referencias

## PRÓLOGO

---

*Berit lanssen — fisioterapeuta, especialista NFF en fisioterapia psicomotriz*

Tras la visita de Berit lanssen y Giuseppe Daverio a la Escuela Colombiana de Rehabilitación (ECR) en abril de 2023, se manifestó el interés en traducir al español el libro de Berit Heir Bunkan, Phil.D, "*The Comprehensive Body Examination (CBE) and The Resource Oriented Body Examination (ROBE)*" con el fin de contar con una base para futuras investigaciones en este campo.

La publicación de la traducción debía realizarse en la sección en español del sitio web [www.movephysiotherapy.no](http://www.movephysiotherapy.no). El sitio fue fundado por Berit lanssen y financiado por el grupo profesional de Fisioterapia Psicomotriz de la Asociación Noruega de Fisioterapeutas (NFF). Se trata de una biblioteca en línea, gratuita y abierta, destinada a compartir conocimientos relevantes en el ámbito de la Fisioterapia Psicomotriz Noruega. El sitio cuenta además con versiones en inglés y en español.

La Dra. Berit Heir Bunkan, autora y única titular de los derechos de este libro en inglés, fue contactada en el otoño de 2023. Se le informó sobre el proyecto que se deseaba emprender y se le solicitó su consentimiento para traducir la obra al español y publicarla gratuitamente. Ella recibió la propuesta con entusiasmo y se alegró de que su trabajo pudiera ponerse a disposición de los países de habla hispana. Firmó la declaración de consentimiento el 28 de noviembre de 2023.

Esta edición en español es el resultado de la colaboración entre la Universidad ECR de Bogotá, Colombia, representada por Olga Lucía Montoya Hurtado, Docente de Investigación, junto con sus colegas, y en representación de la Fisioterapia Psicomotriz Noruega (NPMF), Berit lanssen y Giuseppe Daverio.

Traducir de un idioma a otro puede resultar complejo cuando no se domina completamente el campo de especialidad. Por ello, ha sido fundamental para garantizar la calidad del resultado final que Giuseppe Daverio revisara la traducción del original inglés al español. Su labor ha sido especialmente importante para verificar la correspondencia exacta entre los códigos y números de las variables de la versión inglesa y las modificaciones introducidas por la Dra. Berit Heir Bunkan durante el desarrollo del instrumento.

Giuseppe Daverio fue formalmente autorizado por la Dra. Berit Heir Bunkan para el uso del CBE/ROBE en 2019.

La Dra. Berit Heir Bunkan falleció el 17 de enero de 2025. Sus herederos han sido informados de su consentimiento otorgado en 2023 y de esta publicación.

***"Honramos su memoria con gratitud y respeto."***

## PREFACIO

---

*Giuseppe Daverio — fisioterapeuta, máster en salud mental. 2025*

Esta edición en español del manual CBE/ROBE – Comprehensive Body Examination / Resource Oriented Body Examination – (Exploración Corporal Integral / Exploración Corporal Orientada a los Recursos) nace del creciente interés por la fisioterapia psicomotriz noruega (NPMP – Norwegian Psychomotor Psychotherapy) más allá de su país de origen, impulsado por la expansión internacional de la fisioterapia en salud mental.

La obra de la Dra. Berit Heir Bunkan (1929–2025), fisioterapeuta y médica con amplia formación en psicología, constituye una contribución clave en la consolidación científica de la NPMP. Tras graduarse como fisioterapeuta en 1949 y especializarse en fisioterapia psicomotriz en 1958, trabajó durante muchos años junto a Aadel Bülow-Hansen, una de las fundadoras del método. El otro fundador, el psiquiatra Trygve Braatøy, aportó la perspectiva médica y psicodinámica que otorgó al método su carácter integrador.

Ambos formaron parte de una escuela de pensamiento innovadora que, en pleno auge del reduccionismo biomédico, se atrevió a mirar al ser humano como una unidad inseparable de cuerpo, emociones y biografía. Fiel a esta tradición, la Dra. Bunkan dedicó su vida a explorar las manifestaciones corporales de las experiencias emocionales y relacionales. Fruto de sus esfuerzos nació un sistema de evaluación corporal tan exhaustivo como fiable, origen de los instrumentos CBE y ROBE.

Con su doctorado en 2003, a los 73 años, la Dra. Bunkan ofreció una síntesis magistral de décadas de observación clínica, transformando su experiencia en conocimiento cuantificable sin perder la esencia humanística que caracteriza el enfoque de la NPMP. Gracias a sus aportes, la fisioterapia psicomotriz noruega alcanzó reconocimiento académico y un lugar estable en el sistema público de salud del país.

La Dra. Bunkan fue también un puente entre disciplinas. Participó activamente en la psicoterapia corporal y fue miembro de la Asociación Europea de Psicoterapia Corporal (EABP), compartiendo su experiencia en numerosos congresos internacionales. Recibió numerosos reconocimientos, entre ellos la Orden de San Olaf (Caballero de Primera Clase) en 2005, concedida por el Rey de Noruega.

CBE/ROBE es una escala psicométrica de administración heteroevaluada, lo que significa que su precisión depende en gran medida de la competencia del examinador. Se trata de un instrumento de gran valor clínico cuya aplicación rigurosa requiere formación específica en NPMP y una comprensión profunda de sus fundamentos teóricos.

Como subrayó la Dra. Bunkan en la introducción al manual, es fundamental integrar la administración del CBE/ROBE con una comunicación activa y sensible con el paciente. Utilizar la escala fuera de esta mirada fenomenológica y humanista implica el riesgo de reducir el proceso terapéutico a una mera cuantificación corporal (objetivación) o de psicologizar al paciente, perdiendo así el sentido integrador que constituye la esencia de la NPMP.

El equipo responsable de esta traducción se honra en haber contribuido a la difusión de su obra. Nuestro trabajo se centró en mantener la coherencia lingüística con el texto original en noruego y en adaptar el sistema de codificación de variables según la última edición revisada por la Dra. Bunkan.

Agradecemos de corazón a nuestros colegas de la Escuela Colombiana de Rehabilitación (ECR) por su generosa colaboración y su apoyo constante en la traducción práctica y en la selección de una terminología precisa y culturalmente adecuada.

Confiamos en que esta edición acerque a muchos profesionales hispanohablantes a este valioso patrimonio y fomente el diálogo entre tradiciones terapéuticas de distintas partes del mundo.

*Giuseppe Daverio completó la formación en el uso del CBE/ROBE con la Dra. Berit Heir Bunkan en 2019.*

## INTRODUCCIÓN — Desde Noruega

---

*Berit Ianssen — fisioterapeuta, especialista NFF en fisioterapia psicomotriz*

La publicación de este libro marca un hito histórico: es la primera obra de la Fisioterapia Psicomotriz Noruega (NPMF) que se traduce al español.

Las raíces de este momento se remontan lejos en el tiempo: en Noruega hasta la década de 1940, y en Colombia desde comienzos de los años 2000. Giuseppe Daverio pasó un año en Bogotá (2014–2015), donde los encuentros con profesionales interesados en la NPMF dieron un nuevo impulso al desarrollo de este intercambio.

En la conferencia de la IOPTMH celebrada en Madrid en 2016, bajo la dirección de Daniel Catalán, se conocieron por primera vez Olga Lucía Montoya Hurtado, de Colombia, y Berit Ianssen, de Noruega. Ese encuentro fue el inicio de una colaboración que desembocó finalmente en esta publicación.

En el verano de 2022, la Escuela Colombiana de Rehabilitación (ECR) invitó a Berit Ianssen a impartir un curso sobre Fisioterapia Psicomotriz Noruega durante la primavera de 2023. Viajó junto con Giuseppe Daverio. Durante su estancia en Bogotá conocieron también a Claudia Liliana Guarín Espinosa, presidenta de ASCOFI, quien desempeñó un papel importante en la continuación de la colaboración.

La tradición noruega de la NPMF se sitúa en una encrucijada entre dos campos del conocimiento: el biomédico y el fenomenológico. Nuestra profunda comprensión biomédica, como fisioterapeutas, es lo que justifica nuestro lugar dentro del sistema de salud. Al mismo tiempo, incorporamos en esa mirada la conexión con las vidas vividas de nuestros pacientes, integrando su biografía y su experiencia emocional en la comprensión de sus dificultades corporales y afectivas.

Esto permite dar un sentido más amplio a los síntomas con los que las personas acuden a consulta y abre una vía más rica para comprender y trabajar en la práctica fisioterapéutica.

Durante su estancia en la ECR en la primavera de 2023, Giuseppe y Berit revisaron la exploración corporal de la NPMF, que incluye la observación de la postura, la función, la respiración, la musculatura y las reacciones del paciente. Todos los participantes practicaron y reflexionaron sobre este proceso.

Berit atendió, por ejemplo, a una mujer adulta con cefalea, mostrando qué aspectos observaba en la evaluación y cómo los integraba en el tratamiento. Pero el momento más impactante se produjo cuando Giuseppe trabajó con una joven con un trastorno alimentario. Antes de comenzar, la paciente comentó que el día anterior, en el hospital, le habían dado otro diagnóstico: tensión mandibular.

Giuseppe se acercó a ella con respeto, dejándose guiar por lo que la paciente podía tolerar y evitando todo aquello que ella no deseaba que se tocara o se hiciera.

Al finalizar la sesión, se pidió al grupo que compartiera sus impresiones. Una de las observaciones fue que resultaba inusual ver cómo el terapeuta se dejaba guiar por los límites y deseos de la paciente.

Finalmente, se le preguntó a la paciente cómo había vivido el tratamiento. Su respuesta fue simple y profunda:

***"Me sentí tratada como un ser humano."***

*— Paciente, ECR Bogotá 2023*

Fue un momento muy conmovedor, y expresó con claridad la esencia de lo que la Fisioterapia Psicomotriz Noruega intenta alcanzar: ese equilibrio entre la comprensión biomédica y la fenomenológica del ser humano.

## INTRODUCCIÓN — Desde Colombia

---

*Olga Lucia Montoya Hurtado — Fisioterapeuta, Doctora en Salud, discapacidad, dependencia y Bienestar*

Este proceso de traducción al mundo hispanohablante representa un hito significativo en la evolución de la fisioterapia en salud mental y en el reconocimiento de los abordajes psicomotrices como herramientas y enfoques terapéuticos esenciales.

La traducción de *The Complete Body Examination (CBE) and The Resource-Oriented Body Examination (ROBE)* al español no es simplemente un ejercicio de transposición lingüística, sino un acto de transferencia de conocimiento que democratiza el acceso a un saber clínico riguroso y profundamente humanista.

La Fisioterapia Psicomotriz Noruega (NPMP) ha desarrollado, a lo largo de décadas, un corpus teórico y metodológico que integra la comprensión del cuerpo como territorio de la experiencia emocional, relacional y existencial. En el centro de esta tradición nórdica se encuentran los instrumentos de evaluación corporal desarrollados por la Dra. Berit Heir Bunkan: el Examen Corporal Completo (CBE) y el Examen Corporal Orientado a Recursos (ROBE).

La importancia de contar con este legado en español trasciende lo meramente técnico. Para los profesionales de la fisioterapia en América Latina y España, acceder a esta tradición histórica y conceptual representa mucho más que la adquisición de nuevas herramientas: implica reconocer que nuestra profesión se ha construido a partir de múltiples caminos, algunos menos conocidos, pero igualmente valiosos.

La Escuela Colombiana de Rehabilitación (ECR) se enorgullece de haber sido parte de este proceso de traducción y adaptación cultural. Desde su fundación, la ECR ha mantenido un compromiso con la formación de profesionales críticos, éticos y actualizados, capaces de responder a las necesidades complejas de salud de nuestras poblaciones.

El apoyo de la ECR a este proyecto se fundamenta en varios principios institucionales. En primer lugar, la convicción de que la rehabilitación debe nutrirse de múltiples fuentes de conocimiento y que las tradiciones nórdicas en psicomotricidad y fisioterapia en salud mental ofrecen perspectivas particularmente valiosas. En segundo lugar, el reconocimiento de que la internacionalización del conocimiento es un proceso bidireccional.

Este proyecto de traducción no habría sido posible sin el liderazgo y el compromiso de Berit Ianssen y Giuseppe Daverio, FT, quienes no solo coordinaron el complejo proceso de traducción, sino que también garantizaron la fidelidad conceptual y la precisión técnica de esta edición en español.

Agradecemos profundamente a la Dra. Berit Heir Bunkan por su generosidad al permitir que su trabajo cruce fronteras idiomáticas y por el legado invaluable que ha construido a lo largo de su vida profesional.

A los profesionales de la Escuela Colombiana de Rehabilitación: Adriana Milena Pachón Álvarez y Cyndi Yacira Meneses Castaño, nuestro reconocimiento por su compromiso con la precisión terminológica, la claridad conceptual y su invaluable aporte en la adaptación cultural del texto.

Que este manual sea semilla de nuevas prácticas, inspiración para la investigación y puente para el diálogo interdisciplinario en el vasto territorio de la salud mental en el mundo hispanohablante.

## 1.0 EL EXAMEN CORPORAL COMPLETO (CBE)

El Comprehensive Body Examination (CBE) es un instrumento que proporciona información beneficiosa relacionada con esta área. El CBE se basa en dos potentes tradiciones de terapia corporal: la tradición de la vegeto terapia [Faleide, Grønseth y Grønseth 1975] y la tradición de la terapia psicomotriz noruega [Braatøy 1949, Bunkan et al. 1982].

La tensión en el sistema motor se refleja por regla general en la postura, la respiración, los movimientos corporales y la consistencia muscular.

El CBE se desarrolla en discusiones profesionales desde 1960, en el estudio de pacientes, en la enseñanza de estudiantes de fisioterapia y fisioterapeutas de postgrado. Quizá lo más importante hayan sido los debates y las experiencias que han aportado los participantes en los cursos.

### ■ 1.1 Las Subescalas del CBE

El CBE tiene 4 dominios corporales y 13 subescalas. De las 13 escalas del CBE, 9 han demostrado poder discriminar significativamente entre: pacientes con psicosis, pacientes con síndromes de dolor crónico y controles sanos.

Dominio	Subescala	Descripción
Postura	Subescala 1: «Flexión periférica»	Posiciones de extremidades, hombros y cabeza. [Friis et al. 1998]
Postura	Subescala 2: «Flexión espinal»	Partes centrales del cuerpo.
Respiración	Subescala 1: «Cambiabilidad»	Flexibilidad y adaptabilidad. [Bunkan et al. 1999]
Respiración	Subescala 2: «Movimientos decúbito supino»	5 zonas del tórax y abdomen.
Respiración	Subescala 3: «Tensión»	Músculos espiratorios.
Respiración	Subescala 4: «Movimientos en posición vertical»	Movimiento respiratorio en bipedestación.
Respiración	Subescala 5: «Posición del tórax»	Postura inspiratoria o espiratoria.
Mov. corporales	Subescala 1: «Resistencia»	Amplitud y resistencia a movimientos pasivos. [Bunkan et al. 2000]
Mov. corporales	Subescala 2: «Asistencia»	Ayuda a movimientos pasivos.
Mov. corporales	Subescala 3: «Alteraciones motoras»	Equilibrio, movimientos extraños y manierismos.
Consist. muscular	Subescala 1: «Laxitud general»	Diferentes partes del cuerpo.
Consist. muscular	Subescala 2: «Dureza periférica»	Partes periféricas.
Consist. muscular	Subescala 3: «Dureza central»	Partes centrales.

### ■ 1.2 Interpretación de los Resultados

La interpretación de los resultados se realiza ante todo en relación con el grado de desviación de las normas corporales ideales. Una desviación masiva en las puntuaciones totales de todas las subescalas predice que el cuerpo está muy estresado. La experiencia clínica indica que la predicción mediante los resultados de las subescalas de postura y consistencia muscular por sí solas no predicen de forma tan significativa como las subescalas de movimientos y respiración.

### ■ 1.3 El CBE como Introducción a una Alianza Terapéutica

En un diálogo con el paciente en el curso del examen, el examinador tiene la oportunidad de preguntar qué comprensión o pensamientos puede tener el paciente en relación con los fenómenos observados. El terapeuta puede decir: «Tiene los hombros tirados hacia delante y hacia arriba. ¿En qué le hace pensar eso?». El paciente suele experimentar el diálogo como algo positivo y significativo [Hallberg 1993].

### ■ 1.4 Ventajas para el Paciente y el Terapeuta

El CBE puede funcionar como apertura para una alianza entre el terapeuta y el paciente. En un diálogo durante y después del examen corporal, el terapeuta y el paciente pueden confirmar o descartar sus hipótesis. Esto reduce la ansiedad del paciente y contribuye a una comprensión más completa de la historia clínica.

### ■ 1.5 Ventajas de la Cooperación Interdisciplinar

Tras el examen, es beneficioso que el examinador redacte inmediatamente un informe sobre los hallazgos. Un método habitual consiste en extraer los hallazgos más importantes de cada dominio corporal (postura, respiración, movimientos y consistencia muscular). A continuación, se incluye una sección de observaciones/interpretaciones.

### ■ 1.6 Ayuda al Diagnóstico Diferencial

El examen corporal puede proporcionar información útil sobre las posibilidades corporales de mejorar del paciente. La perspicacia y la capacidad verbal del paciente pueden impedir que el terapeuta vea el alcance de sus problemas. En tales situaciones, las puntuaciones en las subescalas del CBE pueden explicar la resistencia del paciente a la terapia.

### ■ 1.7 Bases para el Nivel de Intervención

El CBE puede proporcionar un nivel adecuado para la intervención terapéutica, tanto si se opta por la fisioterapia, la psicoterapia o una combinación de terapia verbal y corporal.

### ■ 1.8 Medicación y Hallazgos

Una dificultad en la interpretación de los hallazgos es que muchos pacientes utilizan fármacos psicotrópicos. Aunque éstos puedan afectar a los hallazgos, los patrones únicos de la tensión básica del cuerpo parecen permanecer relativamente inalterados. En los estudios de Friis et al. [1998] y Bunkan et al. (1999, 2000) la medicación no ha alterado significativamente los hallazgos corporales.

## ■ TABLA DE REFERENCIA — Subescalas, secciones del manual y variables del formulario

*Esta tabla facilita la aplicación clínica y el uso en contextos de formación e investigación, conectando las 13 subescalas con los procedimientos operativos del manual y con los ítems del formulario de registro.*

Subescala	Dominio	Sección manual	Variables
Sub. 1 — Flexión periférica	Postura	12.0	V3–V6, V14–V22

Sub. 2 — Flexión espinal	Postura	12.0	V7–V13
Sub. 1 — Cambiabilidad	Respiración	13.0	V36
Sub. 2 — Movimientos supino	Respiración	16.2	V73–V81
Sub. 3 — Tensión espiratoria	Respiración	13.0	V34–V35
Sub. 4 — Movimientos vertical	Respiración	13.0	V27–V31
Sub. 5 — Posición del tórax	Respiración	13.1	V23–V26
Sub. 1 — Resistencia	Mov. corporales	14.0	V39–V65
Sub. 2 — Asistencia	Mov. corporales	14.0	V39–V65
Sub. 3 — Alteraciones motoras	Mov. corporales	14.6, 15.0	V64–V66
Sub. 1 — Laxitud general	Consist. muscular	17.0	V108–V253
Sub. 2 — Dureza periférica	Consist. muscular	17.3–17.8	V138–V249
Sub. 3 — Dureza central	Consist. muscular	17.2	V108–V135

## 2.0 VARIABLES CORPORALES

---

### ■ 2.1 Postura

La postura depende de factores genéticos, sociales y emocionales y, en cierta medida, de la voluntad individual. La postura refleja cómo se siente el paciente el día del examen, pero también parte del historial físico y psicológico de la persona. En "buena postura", los diferentes segmentos del cuerpo descansan equilibrados unos sobre otros. La tensión en la parte ventral y dorsal del cuerpo es igual. El cuerpo es flexible y libre de respiración. Las tensiones en los aductores y abductores del cuerpo proporcionan información adicional. La angulación del eje longitudinal del cuerpo es un signo de desequilibrio. Se registran 19 ítems.

### ■ 2.2 Respiración

La respiración es decisiva para la vitalidad y para los procesos circulatorios en el ser humano [Guyton 1967]. Braatøy [1947] sostiene que "la respiración es el mejor barómetro del estado emocional de una persona". En posición erguida, los movimientos respiratorios ideales deben ser más visibles en el epigastrio y en las partes basales del tórax. Debe haber un ligero movimiento respiratorio hasta la sínfisis púbica. Se registran 28 ítems.

### ■ 2.3 Movimientos Corporales

La experiencia clínica indica que los movimientos están estrechamente relacionados con el estado de los músculos. Los músculos tensos se vuelven a menudo tirantes y dificultan así la libre circulación de los movimientos. El tejido conectivo se acorta si los movimientos se producen sin alcanzar su longitud fisiológica. Las medidas incluyen: rango y movimientos en articulaciones grandes y columna vertebral, capacidad de relajarse durante movimientos pasivos, flexibilidad, estabilidad (equilibrio), movimientos extraños y manierismos. Se registran 18 ítems.

### ■ 2.4 Consistencia Muscular

Reich [1942] y Braatøy [1947] sostenían que una tensión muscular elevada es un eslabón en la defensa psicológica de un individuo. El grado de dureza o laxitud muscular se mide en función de la resistencia y la elasticidad que los dedos del terapeuta encuentran en el músculo. La musculatura ideal es flexible, elástica, homogénea y moldeable por presión. La consistencia muscular dura y laxa se registra en 25 músculos de cada lado del cuerpo.

### ■ 2.5 Sensibilidad Muscular

Normalmente, el dolor está relacionado con músculos de consistencia dura, pero también se produce dolor en músculos de consistencia laxa. A menudo, pero no siempre, existe una conexión entre la sensibilidad percibida por palpación y la experiencia subjetiva de dolor muscular. Se pregunta al paciente si la palpación le resulta cómoda o si le produce sensibilidad y dolor. El grado de sensibilidad se valora para las grandes regiones corporales: espalda, extremidades, parte anterior del tronco, cuello y cabeza.

### **3.0 FUNCIÓN Y REACCIONES AUTÓNOMAS Y ENDOCRINAS**

---

Faleide [1990], así como Alexander [1958], señalan que los individuos con síntomas y sufrimiento relacionados con el sistema autónomo/endocrino tienen un bajo nivel de conciencia de los conflictos emocionales. Las reacciones autónomas y las alteraciones del sistema nervioso autónomo pueden, por tanto, reflejar tensión en algunos de los individuos. Los síntomas valorados son: transpiración, color de la piel, aumento o disminución experimentados de la temperatura, salivación, flatulencias y ruidos abdominales.

### **4.0 EXPERIENCIA DE LA IMAGEN CORPORAL**

---

La imagen o vivencia que un individuo tiene de su cuerpo es un factor central que orienta sus modos de funcionamiento [Herner 1981]. La experiencia clínica indica que la imagen corporal puede ser una de las primeras cosas que cambian cuando un paciente se vuelve psicótico. Fisher y Cleveland [1958], Rozin y Fallon [1988] se han ocupado de la concepción que tiene el paciente de los límites del cuerpo y la relación de esta concepción con la somatopatología. Las cuestiones para investigar son: la concepción que tiene el paciente del tamaño del cuerpo, las diferencias de gordura entre el lado derecho y el izquierdo del cuerpo, y si el paciente ha tenido alguna vez experiencias peculiares en el cuerpo o ha tenido experiencias fuera del cuerpo.

### **5.0 DESCARGA EMOCIONAL DURANTE EL CBE**

---

La reacción emocional del paciente durante el examen puede informar a menudo sobre la presión emocional del paciente. Algunos pacientes relatan la historia de su vida y su situación actual con mucha facilidad, mientras que a otros no les gusta hablar de sus problemas. Algunos individuos muestran sus sentimientos, mientras que otros son incapaces de mostrar sus emociones. Se toman notas del comportamiento emocional de los pacientes durante el examen.

### **6.0 HALLAZGOS DEL CUERPO Y OTRA INFORMACIÓN**

---

Los hallazgos corporales generalmente proporcionan información confiable sobre la posibilidad de mejora del paciente, especialmente cuando la información de los 4 dominios corporales apunta en la misma dirección. Sin embargo, los hallazgos corporales siempre deben compararse con otra información, como el diagnóstico de los pacientes, la historia y situación social, la motivación del paciente para la terapia corporal, sus expectativas sobre los resultados del tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento, el terapeuta también debe aclarar su propia motivación para comenzar una relación terapéutica que puede durar varios meses o más.

### **7.0 EL CONTINUO DE RECURSOS**

---

En el trabajo clínico, puede ser útil trazar los hallazgos de las subescalas en un continuo. Esto muestra la constelación de las condiciones en los diversos dominios corporales. La constelación muestra los llamados recursos corporales del paciente [Bunkan 1996]. Junto con otra información sobre el paciente, los recursos corporales proporcionan una base para planificar la terapia.

### **8.0 MÉTODOS DE CBE**

Los detalles de los métodos usados en el CBE son descritos en otro texto que aborda los fundamentos funcionales y anatómicos para la elección de las variables del CBE [Bunkan 1996].

<b>8.1 Inspección</b>	Término técnico para una observación clínica donde el fisioterapeuta evalúa el cuerpo desde posiciones articulares definidas, ejes anatómicos, planos y otros puntos de referencia. El método de examen es usado en el análisis de postura, respiración, equilibrio corporal y la marcha.
<b>8.2 Observación</b>	Consideración del tema a partir de: (1) normas clínicas definidas; (2) cuando el individuo se mueve libremente. El método es aplicado para examinar la respiración, los movimientos y las reacciones autónomas.
<b>8.3 Movimientos Pasivos</b>	Mediante agarres definidos el examinador mueve las extremidades, la cabeza y el tronco del paciente, mientras el paciente se concentra en estar lo más inactivo posible. Los rangos de movimiento se estiman en relación con las normas aceptadas en Fisioterapia y en medicina [Kaltenborn and Evjenth 1985].
<b>8.4 Palpación de la Consistencia Muscular y de la Piel</b>	La palpación es la compresión del tejido para evaluar su consistencia. El método incluye 4 procedimientos: 1) Evaluación del espesor del subcutis; 2) localización de la zona a palpar; 3) evaluación del tamaño y homogeneidad del músculo; 4) evaluar la distensibilidad del músculo.
<b>8.5 Preguntas sobre la Experiencia Corporal</b>	En un orden definido y con voz tranquila, el terapeuta hace al paciente las preguntas de interés sobre la experiencia corporal.
<b>8.6 Diálogo con el Paciente</b>	El examen puede llevarse a cabo en diálogo con el paciente, o la retroalimentación puede darse al final del examen. Cuando el objetivo del examen es la terapia individual, el terapeuta suele abrir una reflexión sobre los hallazgos durante el examen.
<b>8.7 Experiencia del Paciente al ser Examinado</b>	Finalmente, el examinador hace un esfuerzo por comprender la reacción propia del paciente al ser examinado. Se le pregunta al paciente, en un lenguaje sencillo, cómo se sintió al ser examinado en todo el cuerpo.

## 9.0 INTRODUCCIÓN A LOS PROCEDIMIENTOS DE EXAMEN

### ■ 9.1 La Sala de Examen

El examen se lleva a cabo en una habitación privada separada con una buena y uniforme iluminación y una temperatura de aproximadamente 23° C.

### ■ 9.2 La Camilla de Examen

La camilla de tratamiento debe ser ajustable. Por lo general, debe ajustarse para que alcance el tercio superior del muslo del terapeuta. La camilla debe ser lo suficientemente ancha para que un paciente grande pueda estar relajado con los brazos a lo largo del cuerpo. Debe tener una superficie plana y uniforme.

### ■ 9.3 El Tiempo de Examen y la Retroalimentación al Paciente

El examen dura aproximadamente 45 minutos para un examinador relativamente experimentado. El examen comienza con el paciente y el examinador sentados juntos durante unos minutos. Se registra información personal, se pregunta al paciente qué espera del examen y se le informa sobre lo que sucederá. Los hallazgos se resumen y discuten con el paciente al final. Cuando el examen se realiza con fines de investigación, es común dar al paciente la información después del examen.

## 10.0 PROCEDIMIENTOS DE REGISTRO

Las escalas están divididas en siete (0 a 6), o en trece (+6 hasta 0 hasta -6). El 0 representa el ideal, mientras que el 6 indica la desviación máxima del ideal. El signo menos (-) indica una forma de desviación, y el signo más (+) la forma opuesta de desviación.

### ■ 10.1 Principios para la Calificación

Grado	Descripción
0	Ninguno / Adecuado
1	Desviación insignificante
2	Desviación leve
3	Desviación clara
4	Desviación significativa
5	Desviación pronunciada
6	Grave

La dirección de la desviación (+ o -) se anotará en relación con las diferentes variables.

### ■ 10.2 Referencias Técnicas, Base Práctica y Teórica

Descripciones técnicas detalladas de los exámenes físicos, así como la teoría para las diferentes partes del examen, se encuentran en Bunkan 1996.

### ■ 10.3 Definición de Posiciones Corporales

#### 10.3.1 Posición Erguida Inicial

Cuando el paciente se examina en posición erguida básica, está parado con los pies paralelos a la distancia de la cadera sin enderezarse demasiado ni relajarse demasiado. Los brazos cuelgan libremente.

#### 10.3.2 Posición Inicial Supina

El paciente se encuentra acostado boca arriba con los brazos a lo largo del cuerpo, sin almohada bajo la cabeza. Se puede permitir una almohada si el paciente siente dolor o molestias sin ella.

#### 10.3.3 Posición Inicial Prona

En posición prona, se le da al paciente una almohada pequeña para colocarla debajo de la parte inferior del abdomen. Si el paciente puede estar con la cabeza hacia el terapeuta, esto es preferible. Los brazos están estirados a lo largo del cuerpo.

## 11.0 DATOS SOCIOLÓGICOS

<b>Números de identificación</b>	Permiten el acceso a los datos de los pacientes.
<b>Números de grupo diagnóstico</b>	Se asigna un número al grupo y/o al grupo diagnóstico al que pertenece el paciente.
<b>Fecha</b>	Es la fecha del examen físico.
<b>Sexo</b>	(1) = masculino · (2) = femenino

<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Altura / Peso</b>	
<b>Afecciones</b>	Describe afecciones físicas y psicológicas.
<b>Preguntas al paciente</b>	1) ¿Tiene alguna queja física? 2) ¿Tiene algún problema emocional? La respuesta del paciente se cita textualmente.

Estos datos sociológicos se pueden agrupar de muchas maneras. Por ejemplo, pueden ser evaluados en calidad, comparados y posiblemente conectados con otros datos, etc. En el trabajo de investigación, la recopilación de información debe formalizarse en formularios separados.

## 12.0 MANUAL PARA EL EXAMEN COMPRENSIVO DEL CUERPO (CBE)

### DOMINIO: POSTURA

#### ■ 12.1 Primeras Impresiones del Paciente

La primera impresión del paciente es principalmente para uso clínico. El examinador describe las características del paciente, buscando peculiaridades generales.

#### ■ 12.2 Postura

*Subescala 1 — Flexión periférica (extremidades, hombros, cabeza) · Subescala 2 — Flexión espinal (partes centrales)*

La postura se examina tanto en la posición habitual de pie como en la posición erguida. La primera se describe y las diversas partes del cuerpo se examinan detenidamente en posición erguida.

##### 12.2.1 Ejes del Cuerpo — V1 Número de rupturas · V2 Grado de rupturas

El eje longitudinal del cuerpo se forma en el cruce medial entre el plano frontal y el plano sagital. Se extiende entre la parte superior del cráneo y la proyección vertical en el punto medio entre los pies.

El grado de rupturas del eje se examina y se estima en el plano sagital. Los ejes se proyectan en las piernas, pelvis, tronco y columna cervical [Bunkan 1996]. Un eje corporal adecuado (línea ininterrumpida desde piernas hasta cabeza) se califica como 0.



III. 1-3. Eje corporal adecuado / inflexión clara / rupturas en cadera y escápula

Grado	Descripción
0	Ninguno / Adecuado

1	Desviación insignificante
2	Desviación leve
3	Desviación clara
4	Desviación significativa
5	Desviación pronunciada
6	Grave

### 12.2.2 Distribución del Peso — V3 Pie derecho · V4 Pie izquierdo

En una posición ideal, el peso está centrado sobre el centro de los pies.

+ Hacia adelante	Grado	Hacia atrás –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

### 12.2.3 Rodillas — V5 Rodilla derecha · V6 Rodilla izquierda

Lo ideal es que haya 180 grados en las rodillas (rectas). En hiperextensión, el eje forma un ángulo abierto ventral; en flexión, un ángulo abierto dorsal.

+ Flexionada	Grado	Extendida –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

### 12.2.4 Posición de la Pelvis — V7 Inclinación de la pelvis

Idealmente, la inclinación de la pelvis debería ser de aproximadamente 60 grados. Idealmente: 1) la espina iliaca anterior superior (SIA) y la espina iliaca posterior (SIPS) están en el mismo plano horizontal; 2) el ángulo formado entre el sacro y una perpendicular elevada en el límite anterior del sacro no debería ser menor a ~15 grados ni mayor a ~40 grados.

+ Aumentada	Grado	Disminuida –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2

+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

### 12.2.5 – 12.2.6 Curvas de la Espalda — V8 Lordosis lumbar · V9 Escoliosis lumbar

La lordosis lumbar se evalúa entre L1 y L5. El punto superior ideal de la concavidad es aproximadamente L4.

La escoliosis se registra solo si es claramente visible en posición erguida.

+ Aumentada	Grado	Disminuida –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

### 12.2.7 – 12.2.9 Lateralización y Región Torácica — V10 · V11 · V12

La lateralización se evalúa como asimetría entre los lados derecho e izquierdo del cuerpo, vista desde el frente y desde atrás. La cifosis torácica se evalúa entre TH1 y TH12; idealmente la convexidad debería ser ligeramente redondeada alrededor de TH6.

+ Aumentada	Grado	Disminuida –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

### 12.2.10 – 12.2.13 Lordosis Cervical, Cabeza, Hombros y Codos

Variable	Descripción	Escala
<b>V13 — Lordosis Cervical</b>	Leve curva dorsoventral con punto más alto en C4.	+6/-6
<b>V14 — Protrusión / Retracción de la Cabeza</b>	Hacia adelante (+) / hacia atrás (-). Posición neutral = 0.	+6/-6
<b>V15 — Inclinación Lateral de la Cabeza</b>	Hacia la derecha (+) / izquierda (-).	+6/-6
<b>V16 — Rotación de la Cabeza</b>	Hacia la derecha (+) / izquierda (-).	+6/-6

<b>V17–V18 — Posición de los Hombros</b>	Hombro protruido (+) / retraído (-) para derecho e izquierdo.	+6/-6
<b>V19–V20 — Elevación / Depresión de los Hombros</b>	Elevado (+) / deprimido (-) para derecho e izquierdo.	+6/-6
<b>V21–V22 — Posición del Codo</b>	Flexionado (+) / extendido (-) para derecho e izquierdo.	+6/-6

## 13.0 RESPIRACIÓN

### DOMINIO: RESPIRACIÓN

*Subescalas 1–5: Cambiabilidad · Movimientos supino · Tensión espiratoria · Movimientos vertical · Posición del tórax*

#### ■ 13.1 Posición del Tórax (Inspiratoria o Espiratoria)

##### V23–V26 — Tórax: ventral superior / ventral inferior / dorsal superior / dorsal inferior

Los criterios habituales para una posición adecuada del tórax son: el diámetro sagital proyectado a través de la 4.<sup>a</sup> costilla tiene aproximadamente la misma longitud desde el plano medio hasta el esternón que hacia la columna. La posición ocurre a menudo en áreas locales del tórax; por ende, el tórax se divide en cuatro cuartos.

+ Posición inspiratoria	Grado	Posición espiratoria –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

#### ■ 13.2 Movimiento Respiratorio

##### V27–V31 — Costal superior / costal medio / tórax inferior / epigástrico / hipogástrico

En posición erguida básica, un individuo relativamente relajado consume pequeñas cantidades de aire. El movimiento respiratorio adecuado ocurre principalmente en el epigastrio y un poco menos en el hipogastrio. Ninguna parte de la caja torácica debe estar fija e incapaz de moverse.



III. 5 Posición inspiratoria del tórax

+ Movimientos aumentados	Grado	Movimientos disminuidos –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

- **V32 — Ritmo Respiratorio:** Irregular (+6) a uniforme (0). En una respiración ideal, los movimientos son uniformes y rítmicos.
- **V33 — Respiración Paradójica:** Cuando el pecho se expande, el abdomen se contrae y viceversa. Severamente paradójico (6) a movimientos en tiempo (0).
- **V34 — Constricción de los Músculos de la Espiración:** Partes del tórax/abdomen planas o retraídas, o constricción en forma de cinturón. Retracción severa (6) a sin constricciones (0).
- **V35 — Actividad Muscular durante la Espiración:** Contracción activa en pared abdominal y músculos intercostales inferiores. Actividad severa (6) a espiración pasiva (0).
- **V36 — Espontaneidad Respiratoria [Subescala 1: Cambiabilidad]:** La respiración debe ser adaptable. Reducción severa (6) a espontaneidad adecuada (0).
- **V37 — Visibilidad del Movimiento Respiratorio:** Respiración invisible o apenas visible ocurre con más frecuencia en personas tensas. Severamente reducida (6) a visibilidad adecuada (0).
- **V38 — Dobles Golpes:** El paciente realiza 5 rápidos dobles golpes con flexiones profundas de rodillas. Se observa si la respiración se inhibe o aumenta.

## 14.0 FUNCIÓN MOTORA

### DOMINIO: MOVIMIENTOS CORPORALES

*Subescala 1: Resistencia · Subescala 2: Asistencia · Subescala 3: Alteraciones motoras*

Varias condiciones son examinadas a través de pruebas de función motora. Las dos más importantes son: (a) rango de movimiento y (b) capacidad de relajación. En la relajación, es importante sentir si el movimiento es libre, con una cualidad de vitalidad. Puede ocurrir ayuda o resistencia en diferentes grados.

#### ■ 14.1 Agarre de Saetre (V39–V42)

Para el agarre de Saetre, el examinador y el paciente se colocan uno frente al otro como si fueran a saludarse. El terapeuta sostiene la mano derecha del paciente en un apretón de manos normal. Con su mano izquierda, el terapeuta levanta el codo del paciente hacia afuera del cuerpo hasta aproximadamente un ángulo de 45 grados, y luego lo suelta. Debería caer suavemente y de manera flexible hacia el cuerpo. Se evalúa la asistencia (ayuda) o resistencia contra el movimiento.

**Instrucción para el paciente:** «Esto es una prueba de relajación. Intenta estar lo más flexible y relajado posible. No ayudes ni resistas.»



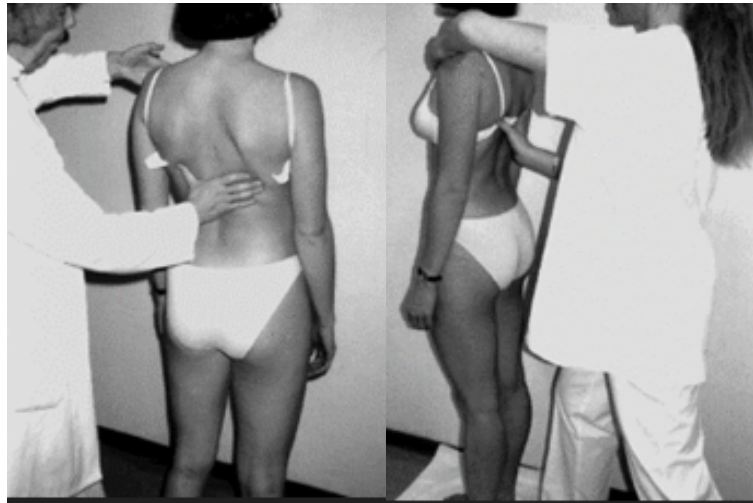
III. 6. Postura para el agarre de Saetre

+ Resistencia	Grado	Asistencia –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

#### ■ 14.2 Retracción Pasiva del Arco del Hombro (V43–V48)

El terapeuta debería ser capaz de jalar pasivamente el arco del hombro hacia atrás y hacia abajo, de modo que el borde vertebral de la escápula se acerque a la columna vertebral. El movimiento debería ser libre y sin asistencia o resistencia, y debería tener un cierto aspecto de vitalidad (elasticidad).

El paciente se encuentra en posición básica erguida. El terapeuta está detrás y a un costado del paciente. La mano izquierda se coloca cruzando la columna vertebral justo debajo de la escápula. La mano derecha agarra la parte superior del arco del hombro sobre el acromion y tira hacia arriba y hacia atrás.



III. 7, 8. Agarre en la retracción pasiva del arco del hombro

Variable	Escala (0–6)
V43–V46 — Arco del hombro: rango de movimiento	0 = Ninguno / Adecuado · 6 = Grave
V44–V47 — Resistencia a la retracción pasiva	0 = Ninguno / Adecuado · 6 = Grave
V45–V48 — Asistencia a la retracción pasiva	0 = Ninguno / Adecuado · 6 = Grave

### ■ 14.3 Dispersión de Movimientos a Través del Cuerpo (V49)

Esta prueba examina la capacidad del cuerpo para captar el movimiento y dejar que se propague suavemente a través del cuerpo. Las partes rígidas y los bloqueos aparecen a través de la falta de movilidad y la propagación interrumpida.

El terapeuta se coloca con las piernas separadas en el lado izquierdo del paciente. Con su mano derecha, el terapeuta empuja ligeramente el sacro del paciente en dirección al manubrio esternal. Para una buena propagación, un claro movimiento ondulatorio debe atravesar todo el paciente hacia arriba y hacia abajo, visible desde los tobillos hasta el cuello.



III. 9. Posiciones y compostura para examinar la propagación del movimiento

Grado	Descripción
0	Ninguno / Adecuado
1	Desviación insignificante
2	Desviación leve
3	Desviación clara
4	Desviación significativa
5	Desviación pronunciada
6	Grave

#### ■ 14.4 Examen Combinado en Posición de «Inclinación» — Espalda (V50)

Posición de inclinación apuntada: el paciente apoya sus glúteos contra una pared, con los pies separados aproximadamente a la distancia de un pie de la pared, luego se inclina lentamente hacia adelante. La espalda debe formar un arco uniforme, algo menos curvado en la región lumbar que en la torácica.



III. 10. El examen muestra una parte plana en la espalda

Grado	Descripción
0	Ninguno / Adecuado
1	Desviación insignificante
2	Desviación leve
3	Desviación clara
4	Desviación significativa
5	Desviación pronunciada
6	Grave

#### ■ 14.5 Dispersión de Movimientos en Posición de «Inclinación» — Cuello y Hombro (V51–V63)

El cuello es muy sensible a cambios en las condiciones generales de tensión. Esto se manifiesta tanto a través de efectos de movimiento disminuidos como mediante resistencia o asistencia.



III. 11, 12. Posición inicial para examen de flexión ventral y rotación en articulación atlantooccipital

- V51 — Rango de movimiento pasivo al inclinar la cabeza
- V52 — Resistencia al movimiento pasivo de inclinar la cabeza
- V53 — Asistencia al movimiento pasivo de inclinar la cabeza
- V54 — Rango de movimientos pasivos en el arco del hombro (elevación)
- V55 — Resistencia a los movimientos pasivos del arco del hombro
- V56 — Asistencia de movimientos pasivos en el arco del hombro
- V57 — Rango de retracción del arco del hombro
- V58 — Resistencia a la retracción del arco del hombro
- V59 — Asistencia a la retracción del arco del hombro

V60–V62 — Rotación del Tórax: rango / resistencia / asistencia. La rigidez en el tórax es parte de la armadura muscular [Reich 1949]. El terapeuta sujeta ambos arcos del hombro con un agarre sobre el deltoides y gira suavemente el cuerpo superior de lado a lado. La rotación debe ocurrir en la parte inferior de la columna torácica, no solo en los hombros.



III. 13. Posición inicial para el examen de rotación de la espalda

V63 — Dispersión del Movimiento a través de la Pelvis. La pelvis se encuentra en el centro del cuerpo. Un ligero empuje contra la parte superior del sacro debería causar dispersión del movimiento hacia arriba y hacia abajo en el cuerpo.

Grado	Descripción
0	Ninguno / Adecuado
1	Desviación insignificante
2	Desviación leve
3	Desviación clara
4	Desviación significativa

5	Desviación pronunciada
6	Grave

### ■ 14.6 Equilibrio de Pierna (V64–V65)

El paciente se para en una pierna y levanta la otra hasta 90 grados en la cadera y la rodilla. El examinador cuenta lentamente hasta 15. Se evalúa para pierna derecha (V64) e izquierda (V65).



II. 14. Posición inicial para el examen de elasticidad en la región pélvica

0	Equilibrio adecuado
1	Desequilibrio insignificante
2	Algo de desequilibrio
3	Desequilibrio claro
4	Desequilibrio considerable
5	Pierde el equilibrio temprano
6	No puede mantenerse en una pierna

## 15.0 INTERACCIÓN EN LA ESPALDA DURANTE LA MARCHA

### Subescala 3 — Alteraciones motoras

#### V66 — Marcha: Diagonalidad (Rotación) de la Columna Torácica

En pacientes con tensión psicológica, los movimientos naturales al caminar del cuerpo a menudo se ven reducidos. La diagonalidad ocurre cuando los hombros y la pelvis tienen rotaciones opuestas. Cuando la pierna derecha y la pelvis avanzan, el brazo derecho y la región del hombro se mueven hacia atrás.

0	Diagonalidad adecuada
1	Reducción insignificante
2	Reducción algo presente
3	Reducción clara
4	Movimiento claramente reducido
5	Movimiento muy reducido
6	Sin rotación

## 16.0 REACCIONES DEL CUERPO EN POSICIÓN DE DECÚBITO SUPINO

### DOMINIO: RESPIRACIÓN — continuación en posición supina

#### ■ 16.1 Postura en Posición de Decúbito Supino

El paciente se acuesta boca arriba con los brazos rectos a lo largo del cuerpo. No debe haber almohadas. En una posición supina relajada, el cuerpo debería estirarse y descansar bien sobre el colchón.

V67–V68 — Posición de las piernas (derecha / izquierda): Las extremidades inferiores deberían reposar ligeramente rotadas hacia afuera (dos tercios del hueso calcáneo deben descansar sobre la superficie de soporte) y las rodillas deberían estar rectas.



III. 15. Lordosis lumbar que no se reduce en posición reclinada

V69 — Lordosis Lumbar: En una posición reclinada relajada, debería ser posible colocar una mano plana debajo de la columna lumbar. La escala es bidireccional: espacio aumentado (+) / disminuido (-).

+ Espacio aumentado	Grado	Espacio disminuido –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

V70–V71 — Posición de hombros (derecho / izquierdo) · V72 — Rostro en el plano horizontal

#### ■ 16.2 Respiración en Posición Supina (V73–V81)

*Subescala 2 — Movimientos en decúbito supino*

Variables: V73 alto costal, V74 medio costal, V75 bajo costal, V76 epigástrico, V77 hipogástrico, V78 constricción de músculos respiratorios, V79 actividad muscular de exhalación, V80 ritmo respiratorio, V81 adaptabilidad respiratoria.

+ Aumentado	Grado	Reducido –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3

+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

**16.3 Movimientos Pasivos en Posición Supina**

Se examina el rango de movimientos y la capacidad de relajarse a través de la flexión pasiva en el hombro y la cadera.

V83–V90 — Flexión de hombros (derecho / izquierdo): rango, resistencia, asistencia, elasticidad.



III. 16. Posición del paciente para el movimiento pasivo de la extremidad superior

V91–V98 — Flexión de caderas (derecha / izquierda): rango, resistencia, asistencia, elasticidad.

V107 — Dureza o Suavidad Excesiva en el Tórax: El terapeuta evalúa la resistencia colocando sus manos debajo de las mamas con los dedos en dirección a las costillas. Presiona hacia adentro y hacia abajo hacia el ombligo. (NOTA: peligro de fractura de costilla en pacientes con osteoporosis). La resistencia aumentada en el tórax indica músculos, tejidos conectivos y articulaciones rígidos.



III. 17-18. Agarres para examinar la flexión en la articulación de la cadera y la resistencia en el tórax

+ Resistencia alta	Grado	Resistencia baja –
	<b>0 — Adecuado</b>	
+1	Insignificante	-1
+2	Leve	-2
+3	Clara	-3
+4	Considerable	-4
+5	Pronunciada	-5
+6	Severa	-6

## 17.0 MUSCULATURA

### DOMINIO: CONSISTENCIA MUSCULAR

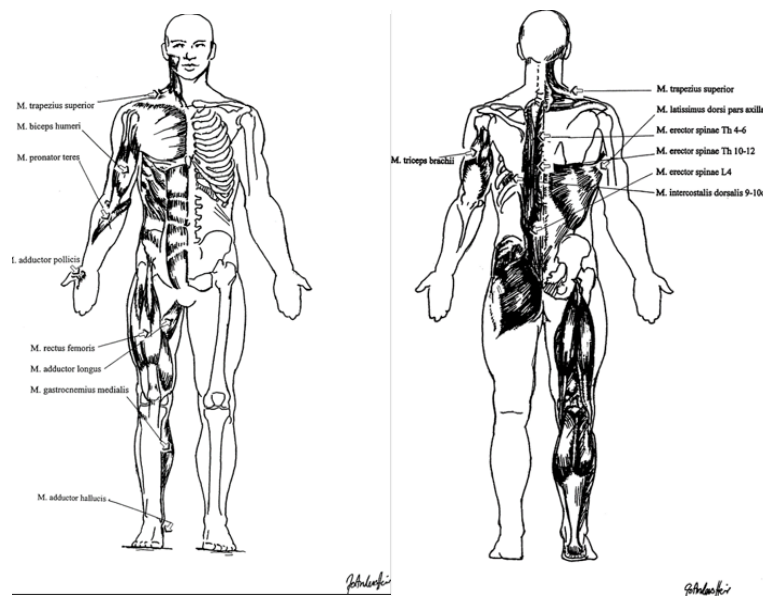
*Subescala 1: Laxitud general · Subescala 2: Dureza periférica · Subescala 3: Dureza central*

#### ■ 17.1 Consistencia Muscular (Dureza y Laxitud)

La dureza, laxitud [Bunkan 1996] y elasticidad muscular regulan la compresibilidad de los músculos. El músculo ideal puede comprimirse hasta que los dedos del terapeuta se detengan (por la base del músculo), y la consistencia debe ser homogénea, relativamente suave y fácil de manipular.

La musculatura no siempre ofrece información inequívoca. En pacientes tensos, puede tener cualidades tanto duras como laxas al mismo tiempo. Cada músculo tiene una escala para la dureza y otra para la laxitud muscular.

Existen **3 tipos de agarres** para la palpación: Agarre 1 — evaluación del tejido subcutáneo; Agarre 2 — localización del músculo; Agarre 3 — evaluación de compresibilidad y elasticidad.



*Ilustración de técnica de palpación muscular*

#### 17.1.1 Escala — Consistencia Muscular Dura

0	Consistencia ideal. Homogénea, elástica y buen tamaño. Dedos penetran fácilmente.
1	Compresibilidad ligeramente reducida. Tejido homogéneo y elástico.
2	Compresibilidad algo reducida. Dedos encuentran trazas de resistencia; no alcanzan el fondo del músculo.
3	Compresibilidad claramente reducida. Músculo más duro que el ideal; vientre muscular extendido, elasticidad aumentada.
4	Músculo tenso, compresibilidad reducida y elasticidad aumentada.
5	Compresibilidad absolutamente reducida y elasticidad aumentada. Vientre muscular rígido; dedos no penetran el tejido.
6	Sin compresibilidad. El músculo se siente óseo y tenso.

#### 17.1.2 Escala — Consistencia Muscular Laxa

0	Consistencia ideal. Homogénea, elástica y buen tamaño. Dedos penetran fácilmente.
---	---

1	Compresibilidad ligeramente aumentada. Tejido homogéneo, elástico y fácil de manipular.
2	Compresibilidad algo aumentada. Consistencia laxa y a menudo un poco gelatinosa.
3	Compresibilidad claramente aumentada. Mucho más suave que lo ideal. Músculo débil, no elástico, a menudo delgado y atrófico.
4	El músculo no responde; las fibras se sienten flácidas.
5	Las fibras se sienten lentas e inactivas.
6	El músculo se siente laxo y sin vida.

Las definiciones para los músculos laxos están inspiradas en Johnsen 1981.

## ■ 17.2 Consistencia de los Músculos de la Espalda

Subescala 3 — Dureza central · Se palpa con el paciente en decúbito prono.

V108–V111 — Erector espinal lumbar (L4)	Derecho duro/laxa · Izquierdo duro/laxa. Área: ~1 dedo al lado de L4.
V114–V117 — Erector espinal torácico (TH10-12)	Derecho duro/laxa · Izquierdo duro/laxa. Área: ~1 dedo al lado de TH10-12.
V120–V123 — Erector espinal torácico (TH6)	Derecho duro/laxa · Izquierdo duro/laxa. Palpación ~1 dedo fuera de TH6.
V126–V129 — Latísimo dorsal (borde axilar)	Derecho duro/laxa · Izquierdo duro/laxa.
V132–V135 — Músculos intercostales dorsales 9-10	Derecho alto/bajo · Izquierdo alto/bajo.



Ill. 19. Posición inicial y colocación de manos para la palpación de los paravertebrales

## ■ 17.3 Músculos de la Cadera

Subescala 2 — Dureza periférica

V138–V141 — Glúteo máximo	Palpación en el medio de una línea entre el tubérculo del hueso isquial y el trocánter mayor.
V144–V147 — Glúteo medio	Palpación ~4-5 cm por debajo del punto más alto de la cresta ilíaca.

## ■ 17.4 Extremidades Inferiores (Posición Supina)

V150–V153 — Músculo plantar	Palpación debajo del hueso navicular, justo detrás del capítulo del primer metatarso.
V156–V159 — Gastrocnemio	Palpación en el lado medial de la pantorrilla, porción muscular medial.

<b>V162–V165 — Recto del cuádriceps</b>	Palpación en el medio de una línea entre la rótula y el ligamento inguinal.
<b>V168–V171 — Aductor largo</b>	Palpación con el pulgar justo encima del centro del muslo.



III. 20. Posición inicial y agarres para la palpación del gastrocnemio

### ■ 17.5 Extremidades Superiores (Posición Supina)

<b>V174–V177 — Bíceps braquial</b>	Palpación en el medio de una línea entre el coracoides y la articulación del codo.
<b>V180–V183 — Tríceps braquial</b>	Palpación en el medio de una línea entre el codo y la axila.
<b>V186–V189 — Pronador redondo</b>	Antebrazo ligeramente flexionado (~45°) con el codo apoyado.
<b>V192–V195 — Abductor del pulgar</b>	Palpación del centro del músculo entre el puño y el segundo metacarpiano.

### ■ 17.6 Músculos Torácicos

<b>V198–V201 — Pectoral mayor</b>	Palpación ~2 cm medial al borde ventral de la axila en el centro del músculo.
<b>V204–V207 — Intercostales ventrales 9-10</b>	Palpación en la línea medioclavicular en el espacio intercostal 7-8.



III. 21. Posición inicial y agarre para la palpación del pectoral

### ■ 17.7 Músculos Abdominales

<b>V210–V213 — Recto abdominal superior</b>	Palpación entre el ombligo y las costillas inferiores (lado opuesto).
<b>V216–V219 — Oblicuo externo inferior</b>	Palpación hacia la parte medial de la espina iliaca ventral superior.



III. 22. La palpación del abdomen se realiza con los dedos planos

### ■ 17.8 Hombros, Cuello y Cabeza (Posición Supina)

<b>V222–V225 — Trapecio superior</b>	Palpación en el punto más grueso en el centro del músculo, con dedos en el lado dorsal y el pulgar en el ventral.
<b>V228–V231 — Escalenos</b>	Palpación con los dedos planos directamente al lado del punto medio del esternocleidomastoideo.
<b>V234–V237 — Esternocleidomastoideo</b>	Agarre con los dedos y el pulgar alrededor del centro del músculo.
<b>V240–V243 — Masetero</b>	Puntas de los dedos en el punto más grueso del músculo, entre hueso de la mandíbula inferior y superior.
<b>V246–V249 — Orbicular del ojo</b>	La punta del dedo índice se coloca hacia la parte superior medial de la órbita.



III. 23. Agarre para la palpación del trapecio

### ■ 17.9 Galea Aponeurótica (V252–V253)

Los dedos se colocan sobre la cabeza y empujan la galea en dirección ventral-dorsal. El terapeuta siente que la galea se desliza aproximadamente 1/2 cm. Si se produce un deslizamiento extenso, se le da la puntuación -6.

<b>0</b>	Deslizamiento observable de ~2 cm.
<b>1</b>	Deslizamiento casi perfecto.
<b>2</b>	Deslizamiento ligeramente inhibido.
<b>3</b>	Deslizamiento claramente inhibido.
<b>4</b>	Deslizamiento definitivamente inhibido.
<b>5</b>	La galea está casi fija.
<b>6</b>	Sin deslizamiento.



III. 24. Agarre para probar la capacidad de deslizamiento de la galea

### ■ 17.10 Mandíbula — Respiración (V255–V258)

El paciente está reclinado con la cabeza en la camilla (posición 0). El terapeuta se sienta detrás de la cabeza del paciente.

<b>V255 — Protrusión mandibular — Rango</b>	Se pide al paciente que empuje la mandíbula inferior hacia adelante. Debe extenderse más de 1/2 cm.
<b>V256 — Protrusión mandibular — Respuesta respiratoria</b>	Idealmente el paciente debería inhalar mientras empuja la mandíbula. La onda debería ser observable desde la ingle hasta las costillas inferiores.
<b>V257 — Apertura máxima de la boca — Rango</b>	Distancia entre dientes frontales superiores e inferiores (buena apertura = 3 dedos medios del paciente).
<b>V258 — Apertura máxima — Respuesta respiratoria</b>	La onda respiratoria debería extenderse desde la ingle hasta la parte superior del pecho.



III. 25. Agarre para la palpación y liberación respiratoria a través del masetero

## 18.0 REACCIONES Y OBSERVACIONES

### ■ 18.1 Sensibilidad a la Palpación

Grado	Descripción
0	Ninguno / Adecuado
1	Desviación insignificante
2	Desviación leve
3	Desviación clara
4	Desviación significativa
5	Desviación pronunciada
6	Grave

Se explica la escala al paciente, quien se le pide que califique la sensibilidad él mismo. Se registra para: Espalda, Extremidades Superiores, Extremidades Inferiores, Región Cervical y Trapecio Superior, Cabeza (masetero, orbicular de los ojos y galea).

### ■ 18.3 Observaciones: Contacto Visual, Reacciones Emocionales, Inquietud Motora y Movimientos Extraños

<b>V267 — Contacto Visual</b>	El contacto visual está relacionado con la salud psicológica. Se registra tanto la reducción como la ausencia de contacto visual, así como expresiones emocionales como sospecha, timidez, mirada forzada, etc.
<b>V268 — Reacción Emocional Ante el Examen</b>	Se registra la reacción emocional observable del paciente. Todas las reacciones adecuadas se registran como 0. Las reacciones emocionales pueden ser rechazo, ansiedad, expresiones inadecuadas como risas o lágrimas.
<b>V269 — Inquietud Motora</b>	La inquietud motora o la quietud petrificada están relacionadas con diferentes tipos de aflicciones psiquiátricas. La inquietud motora incluye inquietud en el cuerpo, manos, piernas o rostro. En la calma petrificada, el cuerpo parece «muerto» o «sin vida».
<b>V270 — Movimientos Extraños</b>	Esta variable registra movimientos inusuales, extraños o estereotipados que se repiten.

Grado	Descripción
0	Ninguno / Adecuado
1	Desviación insignificante
2	Desviación leve
3	Desviación clara
4	Desviación significativa
5	Desviación pronunciada
6	Grave

### ■ 18.4 Reacciones Autónomas y/o Endocrinas (V271–V278)

Si el paciente tiene reacciones autónomas (SNA) y/o reacciones endocrinas observables (RE), se registran. Estas pueden ser cambios en color, humedad, olor, temperatura, sonidos corporales, etc. [Bunkan 1996].

Grado	Descripción
0	Ninguno / Adecuado
1	Desviación insignificante
2	Desviación leve
3	Desviación clara
4	Desviación significativa
5	Desviación pronunciada
6	Grave

## 19.0 EXPERIENCIA CORPORAL

<b>V287 — Contacto Corporal</b>	El terapeuta resume su impresión sobre el contacto corporal y el control del cuerpo del paciente. Las pistas son si el paciente: a) puede describir su experiencia en relación con los agarres; b) puede responder adecuadamente a preguntas sobre partes del cuerpo; c) evaluación de si los movimientos del paciente tienen fluidez natural y coordinación.
<b>V288 — Experiencia del Tamaño del Cuerpo</b>	Muchos pacientes tienen una impresión perturbada de su propio tamaño. Algunos sienten que están demasiado gordos incluso cuando tienen un tamaño normal, o incluso cuando son muy delgados. Escala de adecuada (0) a severamente perturbada (6).
<b>V289 — Experiencia Reducida del Cuerpo</b>	Muchos pacientes tienen experiencias corporales perturbadas. Los pacientes con psicosis o trastornos graves de la personalidad pueden sentir que partes más pequeñas o grandes del cuerpo no se sienten ni se registran, sino que desaparecen de la conciencia.
<b>V290 — Diferencia Derecha-Izquierda</b>	No es inusual que las personas experimenten una diferencia entre el lado derecho y el izquierdo del cuerpo. Esto puede manifestarse como una diferencia experimentada en tamaño, tensión, dolor, reposo, color, peso, etc.
<b>V291 — Experiencias Corporales Fuera de lo Común</b>	Muchas personas han tenido experiencias corporales inusuales o fuera de lo común. Esto no necesariamente indica patología. El terapeuta debe tener cuidado con estas preguntas y no presionar al paciente.
<b>V292 — Mecanismos Habituales de Defensa Corporal</b>	En relación con el examen, es esencial observar si el paciente se tensa o se relaja en conexión con el dolor o la incomodidad. Escala bidireccional de tensión (+6) a relajación (-6).

## 20.0 EXPERIENCIAS DEL PACIENTE DURANTE LOS EXÁMENES

### ■ V293 — ¿Cómo se Sintió al ser Examinado?

Los comentarios de los pacientes, basados en si indican o no tensión, se escalan. Es fundamental que el examinador trate de entender si los pacientes tienen asociaciones cómodas o incómodas/atemorizantes durante el examen.

Grado	Descripción
0	Ninguno / Adecuado
1	Desviación insignificante
2	Desviación leve
3	Desviación clara
4	Desviación significativa
5	Desviación pronunciada
6	Grave

### ■ 20.1 Comentarios del Paciente y del Terapeuta

Comentarios del paciente: Se registran las declaraciones del paciente.

Comentarios del terapeuta: El terapeuta da su impresión general del paciente. En este punto se incluyen las condiciones que no están incluidas en las escalas, así como la calidad de las observaciones: apariencia, expresión facial, la forma en que el paciente se mueve, la vestimenta, lo que el paciente expresa de otras formas, verbal o no verbalmente, durante el examen.

## FORMULARIO DE REGISTRO — EXAMEN CORPORAL COMPRENSIVO (CBE)

*Berit Heir Bunkan 1999*

<b>Nombre</b>	_____
<b>CC / ID</b>	_____ Fecha nacimiento: _____
<b>Fecha examen</b>	_____ Hombre ____ / Mujer ____
<b>Peso</b>	_____ Altura: _____ Profesión: _____
<b>Diagnóstico</b>	_____
<b>Grupo diagnóstico</b>	_____
<b>Medicamentos</b>	_____
<b>Afecciones</b>	_____

### POSTURA CORPORAL (posición erguida)

Ítem	Descripción	Escala
V1	Número de rupturas del eje	número
V2	Grado de rupturas del eje	+6 5 4 3 2 1 0
V3	Pie derecho — colocación del peso	+6...0...-6
V4	Pie izquierdo — colocación del peso	+6...0...-6
V5	Rodilla derecha	+6...0...-6
V6	Rodilla izquierda	+6...0...-6
V7	Inclinación pélvica	+6...0...-6
V8	Lordosis lumbar	+6...0...-6
V9	Escoliosis lumbar	+6 5 4 3 2 1 0
V10	Lateralización	+6 5 4 3 2 1 0
V11	Cifosis torácica	+6...0...-6
V12	Escoliosis torácica	+6 5 4 3 2 1 0
V13	Lordosis cervical	+6...0...-6
V14	Cabeza: protrusión / retracción	+6...0...-6
V15	Cabeza: inclinación lateral	+6...0...-6
V16	Cabeza: rotación	+6...0...-6
V17	Hombro derecho: protrusión / retracción	+6...0...-6
V18	Hombro izquierdo: protrusión / retracción	+6...0...-6
V19	Hombro derecho: elevación / depresión	+6...0...-6
V20	Hombro izquierdo: elevación / depresión	+6...0...-6
V21	Codo derecho: flexión / extensión	+6...0...-6
V22	Codo izquierdo: flexión / extensión	+6...0...-6

### RESPIRACIÓN (POSICIÓN ERGUIDA)

Ítem	Descripción	Escala
V23	Tórax ventral superior — posición	+6...0...-6
V24	Tórax ventral inferior — posición	+6...0...-6
V25	Tórax dorsal superior — posición	+6...0...-6
V26	Tórax dorsal inferior — posición	+6...0...-6
V27	Movimiento costal alto	+6...0...-6
V28	Movimiento costal medio	+6...0...-6
V29	Movimiento tórax inferior	+6...0...-6
V30	Movimiento epigástrico	+6...0...-6
V31	Movimiento hipogástrico	+6...0...-6
V32	Ritmo respiratorio	+6 5 4 3 2 1 0
V33	Respiración paradójica	+6 5 4 3 2 1 0
V34	Constricción músculos espiración	+6 5 4 3 2 1 0
V35	Actividad muscular espiración	+6 5 4 3 2 1 0
V36	Espontaneidad respiratoria	+6 5 4 3 2 1 0
V37	Visibilidad respiratoria	+6 5 4 3 2 1 0
V38	Dobles golpes (cambio por esfuerzo)	+6...0...-6

**FUNCIÓN MOTORA (POSICIÓN ERGUIDA)**

Ítem	Descripción	Escala
V39	Agarre de Saetre: resistencia derecha	+6 5 4 3 2 1 0
V40	Agarre de Saetre: asistencia derecha	+6 5 4 3 2 1 0
V41	Agarre de Saetre: resistencia izquierda	+6 5 4 3 2 1 0
V42	Agarre de Saetre: asistencia izquierda	+6 5 4 3 2 1 0
V43–V48	Retracción pasiva hombro D/I: rango / resistencia / asistencia	+6 5 4 3 2 1 0
V49	Propagación del movimiento (empuje sacro)	+6 5 4 3 2 1 0
V50	Músculos posturales espalda — rango de movimiento	+6 5 4 3 2 1 0
V51–V53	Movimientos asentir: rango / resistencia / asistencia	+6 5 4 3 2 1 0
V54–V59	Retracción hombro D/I: elevación y retracción (rango/resistencia/asistencia)	+6 5 4 3 2 1 0
V60–V62	Rotación torácica: rango / resistencia / asistencia	+6 5 4 3 2 1 0
V63	Movimientos pélvicos — dispersión desde sacro	+6 5 4 3 2 1 0
V64	Equilibrio pierna derecha	+6 5 4 3 2 1 0
V65	Equilibrio pierna izquierda	+6 5 4 3 2 1 0
V66	Marcha: diagonalidad (rotación columna torácica)	+6 5 4 3 2 1 0

**POSTURA Y RESPIRACIÓN (POSICIÓN SUPINA) / MOVIMIENTOS PASIVOS**

Ítem	Descripción	Escala
V67	Pierna derecha en reposo	+6 5 4 3 2 1 0
V68	Pierna izquierda en reposo	+6 5 4 3 2 1 0
V69	Lordosis lumbar	+6...0...-6
V70	Hombro derecho en reposo	+6 5 4 3 2 1 0
V71	Hombro izquierdo en reposo	+6 5 4 3 2 1 0
V72	Plano horizontal del rostro	+6...0...-6

<b>V73–V77</b>	Respiración supina: costal alto/medio/bajo/epigástrico/hipogástrico	+6...0...-6
<b>V78</b>	Constricción músculos respiratorios	+6 5 4 3 2 1 0
<b>V79</b>	Activación muscular respiratoria	+6 5 4 3 2 1 0
<b>V80</b>	Ritmo respiratorio	+6 5 4 3 2 1 0
<b>V81</b>	Adaptabilidad respiratoria	+6 5 4 3 2 1 0
<b>V83–V90</b>	Flexión hombros D/I: rango/resistencia/asistencia/elasticidad	+6 5 4 3 2 1 0
<b>V91–V98</b>	Flexión caderas D/I: rango/resistencia/asistencia/elasticidad	+6 5 4 3 2 1 0
<b>V107</b>	Dureza/suavidad excesiva en el tórax	+6...0...-6

**CONSISTENCIA MUSCULAR: DUREZA (D) Y LAXITUD (L) — por músculo y lado**

Ítem	Descripción	Escala
V108–V111	Erector espinal lumbar L4 · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V114–V117	Erector espinal torácico TH10-12 · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V120–V123	Erector espinal torácico TH6 · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V126–V129	Latísimo dorsal (borde axilar) · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V132–V135	Intercostales dorsales 9-10 · Derecho alto/bajo · Izquierdo alto/bajo	+6 5 4 3 2 1 0
V138–V141	Glúteo máximo · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V144–V147	Glúteo medio · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V150–V153	Músculo plantar · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V156–V159	Gastrocnemio · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V162–V165	Recto del cuádriceps · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V168–V171	Aductor largo del muslo · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V174–V177	Bíceps braquial · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V180–V183	Tríceps braquial · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V186–V189	Pronador redondo · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V192–V195	Abductor del pulgar · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V198–V201	Pectoral mayor · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V204–V207	Intercostal ventral 9-10 · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V210–V213	Recto abdominal superior · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V216–V219	Oblicuo externo abdominal inferior · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V222–V225	Trapezio superior · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V228–V231	Escalenos · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V234–V237	Esternocleidomastoideo · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V240–V243	Masetero · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V246–V249	Orbicular del ojo · Derecho D/L · Izquierdo D/L	+6 5 4 3 2 1 0
V252–V253	Galea aponeurótica · Deslizamiento reducido / aumentado	+6 5 4 3 2 1 0

**MANDÍBULA / OBSERVACIONES / EXPERIENCIA CORPORAL**

Ítem	Descripción	Escala
V255	Mandíbula inferior: rango de protrusión	+6 5 4 3 2 1 0
V256	Mandíbula: respuesta respiratoria a protrusión	+6 5 4 3 2 1 0
V257	Apertura mandibular: rango	+6 5 4 3 2 1 0
V258	Apertura mandibular: respuesta respiratoria	+6 5 4 3 2 1 0
V267	Contacto visual	+6 5 4 3 2 1 0
V268	Reacción emocional	+6 5 4 3 2 1 0
V269	Inquietud motora	+6 5 4 3 2 1 0
V270	Movimientos extraños	+6 5 4 3 2 1 0
V271–V278	Reacciones autónomas y/o endocrinas	+6 5 4 3 2 1 0
V287	Contacto corporal (impresión del terapeuta)	+6 5 4 3 2 1 0
V288	Experiencia del tamaño corporal	+6 5 4 3 2 1 0
V289	Experiencia corporal reducida	+6 5 4 3 2 1 0

<b>V290</b>	Diferencia derecha-izquierda	+6 5 4 3 2 1 0
<b>V291</b>	Experiencias corporales fuera de lo común	+6 5 4 3 2 1 0
<b>V292</b>	Defensa corporal habitual	+6...0...-6
<b>V293</b>	¿Cómo se sintió al ser examinado?	+6 5 4 3 2 1 0

Comentarios del paciente:

---

---

Comentarios del terapeuta:

---

---

---

## REFERENCIAS

---

- Alexander F: Psychosomatic Medicine. New York. Norton 1958
- Braatøy T: De Nervøse Sinn. Oslo. Cappelen 1947
- Brodal P: Sentralnervesystemet. Bygging og funksjon. Oslo: TANO 1995
- Brunstrøm S: Clinical Kinesiology. Philadelphia. FA Davis Company 1967
- Bunkan B, Thornquist L, Radøy L: What is psychomotor therapy. Oslo. Universitetsforlaget 1982
- Bunkan B: Kropp Respirasjon og Kroppsbilde. Oslo. Universitetsforlaget 1996
- Bunkan BH, Opjordsmoen S, Moen O, Ljunggren AE, Friis S: What are the basic dimensions of respiration? A psychometric evaluation of the Comprehensive Body Examination. II. Nord J. of Psychiatry. 1999;53/5, 361-69
- Bunkan BH, Ljunggren AE, Moen O, Opjordsmoen S, Friis S: What are basic dimensions of movements? A psychometric evaluation of the Comprehensive Body Examination. III. Nord J. of Psychiatry (in press)
- Caillet R: Neck and Arm Pain. New York. Davis Company 1967
- Cash TF, Prizinsky T: Body Images. The Guildfords press. New York, London 1990
- Dahl A, Olsen BR, Rindvik E: Menneskets anatomi. J.W.Cappelens Forlag as. Oslo 1990
- Faleide A: Psychosomatik hos barn og ungdom. Oslo. Spartacus forlag 1990
- Faleide A, Grønseth R, Grønseth E: Karakteranalytisk vegetoterapi. Oslo. Spartacus 1991
- Fisher S, Cleveland SE: Body Image and personality. New York. Dover Publ. Inc. 1968
- Friis S, Bunkan B, Ljunggren AE, Moen O, Opjordsmoen S: What are the basic dimensions of respiration? A psychometric evaluation of body posture. Nord J of Psychiatry 1998;52/4, 319-26
- Goldpink G, Williams P: Muscle Fibres and Connective Tissue Changes Associated with Use and Disuses. In Neurological Physiotherapy. Ada Louise and Canning Colleen. Butterworth and Heineman 1990
- Guyton AC: Function of the Human Body. Saunders Company 1967
- Hallberg K: Samtale i forbindelse med samarbeide om forskningsprosjekt. Dalarna forskningsråd. Falun 1993
- Herner T: The Challenge of Schizophrenia. Stockholm. Almquist and Wiksell 1981
- Johnsen L: Integreert Respirasjonsterapi. Oslo. Universitetsforlaget 1981
- Kaltenborn F, Evjenth O: Frigjøring av ekstremitetsledd. Oslo. Norske fysioterapeuters forbund 1985
- Moffroid M, Zimmy N: Musculoskeletal Causes. In Physical Therapy. Red. Scully R, Barnes M. JB Lippincott Com. 1989
- Reich W: Characteranalysis. New York, Farrar and Strauss and Giroux 1949
- Rozin P, Fallon A: Body Image, Attitudes to weight, and Misperception of Figure Preferences of the Opposite Sex. J. of Abnormal Psychology 1988;97; 3:342-345
- Schilder C: The Image and Representation of the Human Body. International University Press 1935
- Simons DG, Mense S: Understanding and measurement of muscular tone as related to clinical muscular pain. Pain 1998. 75; 1-17
- Witkin HA et al: Personality through perception. New York. Harper 1952

## NOTAS AL PIE

---

[1] Solo los profesionales formados y guiados en la tradición NPMP —y que hayan demostrado fiabilidad usando el «estándar de oro» establecido por la Dra. Bunkan— pueden garantizar la validez y consistencia de los resultados.

[2] *Consistencia Muscular*: Representado en la falta de tono y organización del tejido subcutáneo y fascia conectiva, evaluado a través de la observación y palpación.

[3] *Cambiabilidad*: En el sentido de «capacidad de cambiar». Uno de los indicadores importantes que informan sobre la utilidad de aplicar el tratamiento.

[4] «Laxitud» y «dureza» así como otra terminología en el CBE son descriptivos generales que derivan del lenguaje noruego, donde hay poco uso de terminología clásica médica derivada de las lenguas latina y griega.

[5] *Vegetoterapia*: Una psicoterapia corporal desarrollada por Wilhelm Reich.

[6] *Agarre de Saetre*: Expresión idiomática de la FT psicomotriz noruega; es un «dar la mano» como en un saludo entre personas, desde donde se aplica el test.

[7] *Posición de inclinación apuntada*: Posición similar a la del buceador listo para saltar al agua.

[8] *Constricciones*: O contracciones musculares.

[9] *Compresibilidad*: Se comprime el músculo y se evalúa la sensación según las indicaciones.

[10] *Laxa*: Falta de tono, no necesariamente de trofismo.

---

### CBE/ROBE — Edición en Español

ISBN 978-82-998911-8-9 · [www.movephysiotherapy.no](http://www.movephysiotherapy.no)

© Berit Heir Bunkan 1999 · Traducción y adaptación: Noruega & Colombia 2025