



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

Autoras:

**Freire, Sabrina
Robiolo, Luciana**

Tutor Académico:

Sergio De San Martín

Asesor Metodológico:

Andrés Cappelletti

Año:

2003



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Tesina

“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

Autoras:

Freire, Sabrina

Robiolo, Luciana

Tutor Académico:

Sergio De San Martín

Asesor Metodológico:

Andrés Cappelletti

Año:

2003



Resumen

Interesadas por conocer el nivel de información y el grado de importancia que se le da al método de Reeducción Postural Global en la ciudad de Rosario, comenzamos una investigación con el fin de obtener datos reales provenientes de los kinesiólogos.

Con el fin de recabar información sobre los conocimientos básicos y sobre el método en si; se diseñó una entrevista de tipo cerrada para ser realizada en una muestra de 65 profesionales de nuestra ciudad. Además se entrevistó a 5 kinesiólogos RPGistas de la provincia de Buenos Aires.

Mediante un análisis estadístico se determinó que en la ciudad de Rosario la R.P.G. es conocida por 54 de los profesionales entrevistados (83%) ($p < 0,01$), aunque sólo es utilizada en forma parcial por 19 (29%) ($p < 0,01$). Ninguno de los profesionales de nuestra ciudad está especializado en el método, por lo que no se desarrolla en su totalidad.

Se considera importante destacar que los kinesiólogos de Rosario que han manifestado tener mayor información al respecto (76%) ($p < 0,01$) están matriculados en los últimos 5 años; a pesar de que este método comenzó a desarrollarse desde hace más de 20.

Palabras Claves

Reeducción Postural Global - Métodos Posturales - Cadenas Miofasciales -
Posturas



Indice

1. Resumen	3
1.1 Palabras Claves	3
2. Indice	4
3. Introducción	6
4. Problemática	7
5. Fundamentación	8
5.1 Reeducción Postural Global	8
5.2 El Sistema Motor	9
5.3 Mecanismos que intervienen en el mantenimiento y recuperación de la postura: “Reacciones Posturales”	16
5.4 Cadenas Musculares	19
5.5 Posturas	24
5.6 Elección de la Postura en R.P.G.	29
5.7 Elección de la postura de los miembros superiores	37
5.8 El Diafragma y la Respiración	42
5.9 Indicaciones	47
5.10 Contraindicaciones	48
5.11 Posología	48
5.12 Desarrollo de una Sesión de R.P.G.	49
5.13 Empleo del Material de Ayuda	54
6. Objetivos	57



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

7. Métodos y Procedimientos	58
7.1. Tipo de Estudio	58
7.2. Area de Estudio	58
7.3. Población y Muestra	58
7.4. Instrumentos de Recolección de Datos	58
7.5. Procedimientos para la Recolección de Datos	59
7.6. Análisis de la Investigación	59
8. Desarrollo	60
8.1 Conclusión	66
9. Datos Bibliográficos	69
10. Anexos	72



Introducción

Tanto la patología como la terapéutica consideran los problemas de una manera segmentaria, articulación por articulación, casi músculo por músculo. Naturalmente la mayoría de las lesiones que justifican nuestra intervención son locales; por este motivo es que una parte de la recuperación funcional es obligatoriamente analítica. Pero debemos pensar que para localizar su acción debe acompañarse con una actitud global que evite las compensaciones ya que en la función no hay nada aislado. Cada movimiento completa, dirige, orienta o controla otro movimiento y a su vez éste es completado, equilibrado, dirigido, orientado o controlado.

La Reeducción Postural Global nace en el año 1981 en Francia, creada por el fisioterapeuta Philippe Souchart. Es un método científico de evaluación, diagnóstico y tratamiento de patologías de origen mecánico que está estructurado sobre la base de la organización muscular en cadenas y la interrelación que existe entre las diferentes partes del sistema locomotor.

Dentro de la kinesiología la terapéutica se ha desarrollado de forma aislada para cada lesión o patología en particular, dificultando de esta forma el abordaje integral de cada individuo.

Consideramos que los principios en que se basa este método nos permiten contemplar que cada individuo es único, cada caso es singular, pero cada enfoque debe ser global.



Problemática

El método de Reeducción Postural Global cuenta en la actualidad con 8.000¹ profesionales formados en el mismo, distribuidos en diferentes países: Francia, Brasil, España, Italia, Argentina, Canadá, Bélgica, Luxemburgo, Portugal y Suiza.

En nuestro país hay 73² RPGistas:

- ❖ *21 en la provincia de Buenos Aires*
- ❖ *1 en la provincia de Mendoza*
- ❖ *1 en la provincia de Entre Ríos*
- ❖ *1 en la provincia de Río Negro*
- ❖ *49 en Capital Federal*

Siendo este método reconocido a nivel mundial, ¿por qué motivos no hay ningún profesional en la provincia de Santa Fe, y específicamente en la ciudad de Rosario que lo desarrolle?

¹ www.rpg-souchard.com

² www.rpg.org.ar



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

Fundamentación

Reeducación Postural Global

“La globalidad no existe.

Lo sé,

Yo cree la Reeducción Postural Global!”³

Este método se basa en tres principios fundamentales:

1) *Causalidad*: es fundamental encontrar la causa que está produciendo el dolor al paciente. Si el mismo ha sufrido una caída, por ejemplo, la causa de ese dolor es evidente; pero si siente el dolor sin que exista nada que lo justifique significa que estamos frente a una causa oculta. Lo importante es no trabajar sólo el o los síntomas, sino encontrar la causa que los está produciendo.

2) *Globalidad*: los músculos estáticos se asocian en cadenas funcionales. Están unidos entre si por fascias y aponeurosis. Cuando se produce una lesión, ésta se fija en forma de acortamiento muscular, pudiendo dar luego síntomas a distancia. Para poder remontarnos a la causa habrá que poner en tensión toda la cadena muscular afectada y trabajar de forma global y simultánea.

³ Souchard, Philippe E.; “Vous avez dit holistique ?”; Ed. Le Pousoe ; Saint Mont ; 1991.



3) *Individualidad*: no hay una lesión igual a otra, ni hay dos formas idénticas de responder a una lesión. Hay que tratar enfermos, no enfermedades.

El Sistema Motor

Un acto motor implica diferentes tipos de acciones, las cuales están controladas por las contracciones de los músculos esqueléticos. Cuando hablamos de sistema motor, nos referimos a las vías nerviosas que controlan esas contracciones. El elemento básico del control es la unidad motora, que incluye una motoneurona alfa, su axón motor y las fibras musculares esqueléticas que inerva.

La velocidad, fuerza de contracción y fatigabilidad de las unidades motoras varían dependiendo de su tipo histoquímico. Todas las fibras musculares de una unidad motora son del mismo tipo histoquímico. Existen tres tipos: tipo I, tipo IIB y tipo IIA⁴. Las unidades motoras de contracción lenta y resistente a la fatiga se clasifican como S (lentas), tienen fibras de tipo I y obtienen la energía del metabolismo oxidativo. Sus contracciones son débiles. Las unidades motoras de contracción rápida son las FF (rápidas y fatigables) y la FR (rápidas y resistentes a la fatiga). Las FF tienen fibras de tipo IIB, utilizan el metabolismo glucolítico y sus contracciones son fuertes, pero se fatigan rápidamente. Las unidades motoras FR tienen fibras de tipo IIA y utilizan el metabolismo oxidativo; sus contracciones son de fuerza intermedia y son resistentes a la fatiga.

⁴ *Vease al respecto de las fibras musculares, los siguientes textos:*

- Loyber, Isaías; “*Funciones motoras del Sistema Nervioso. Regulación del tono muscular y la postura*”; Ed. Unitec S.R.L.; Córdoba; 1.987.

- Berne, Robert M.; Levy, Matthew N.; “*Fisiología*”; Ed. Harcourt Brace. 2º Edición; Madrid; 1.998.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

Las unidades motoras lentas y rápidas se diferencian por algo más que su exclusiva composición de fibras lentas o rápidas. Generalmente, las unidades motoras lentas generan fuerzas de poca intensidad ya que el diámetro de la fibra es más pequeño y tienen menos células.

La fuerza contráctil de un músculo puede aumentar por dos mecanismos: incrementando la frecuencia de descarga de las motoneuronas alfa o reclutando mayor número de éstas. El reclutamiento se realiza mediante el principio del tamaño: las motoneuronas alfa pequeñas se reclutan primero y las grandes después. Por este motivo, las contracciones son débiles al principio, pero resistentes, permitiendo así mantener la postura; según va aumentando la actividad, comienzan a ser más potentes pero pueden conducir a la fatiga.

El *cociente de inervación* nos indica el número de fibras musculares que hay en la unidad motora promedio. En los músculos que son utilizados para realizar movimientos toscos, ese número de fibras musculares es elevado. Por el contrario, en los músculos que se utilizan para realizar movimientos finos, el número es bajo.

Las células musculares contráctiles pueden realizar varias acciones: pueden desarrollar fuerza sin acortarse, pueden acortarse a varias velocidades o pueden alargarse bajo el efecto de una fuerza mayor a la generada por el músculo.

Se necesitan tres variables para describir el rendimiento de un músculo: fuerza, longitud y tiempo. Este análisis de rendimiento se limita a dos tipos de contracciones: *isométrica e isotónica*.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

En la contracción isométrica, una célula muscular desarrolla una fuerza cuando el estímulo es máximo a una longitud fija.

En las contracciones isotónicas, hay dependencia de la velocidad respecto a la carga. El músculo relajado se ajusta a la longitud óptima para el desarrollo de fuerza y se aplican diferentes cargas a la palanca antes de estimular el músculo. Si la carga es mayor que la que el músculo puede levantar, la fuerza máxima se genera con una contracción isométrica. Si la carga es menor, se genera fuerza sin acortamiento hasta que la fuerza iguala a la carga impuesta. Así el músculo comienza a acortarse isotónicamente.

Los músculos esqueléticos y sus tendones contienen receptores sensoriales especializados, denominados receptores de elongación, que se descargan cuando se estiran los músculos. Entre ellos están los *husos musculares* y los *órganos tendinosos de Golgi*. Los husos musculares perciben la velocidad y el grado de elongación y están compuestos por fibras intrafusales, que se encuentran dentro de una cápsula de tejido conectivo.

Están inervados por terminaciones sensitivas y motoras. La inervación motora está proporcionada por las motoneuronas gamma, las cuales pueden ser dinámicas o estáticas.

La respuesta dinámica indica la velocidad de estiramiento del músculo y la respuesta estática la longitud del mismo.

Los órganos tendinosos de Golgi se encuentran en los tendones, en las inserciones del tejido conectivo con los músculos esqueléticos y alrededor de las cápsulas articulares. Responden al estiramiento y a la contracción muscular. Traduce la tensión que se produce en el tendón.



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

Los músculos de la dinámica que producen débiles tracciones pero grandes desplazamientos, están constituidos por fibras largas y paralelas que prolongan la dirección de los tendones. Los músculos de la estática que producen una fuerte tracción para un débil desplazamiento, están constituidos por fibras más cortas dispuestas oblicuamente en relación al eje longitudinal del músculo.⁵

Los músculos de la estática que están en constante actividad tónica aseguran las 4 funciones hegemónicas que dependen del aparato músculo-esquelético. Estas son:

1) *Respiración*: la inspiración es un mecanismo antigravitatorio (hay que sostener las costillas y todo el peso suspendido en ellas y elevarlas en cada inspiración). Es un mecanismo muscular activo realizado por la musculatura estática. Por el contrario la espiración está favorecida por la gravedad y se produce por la relajación de estos músculos.

2) *La toma de alimentos*: son los músculos estáticos los que aseguran esta función esencial: mantiene la cintura escapular, brazo, antebrazo, mano, agarran los alimentos y lo llevan a la boca.

3) *Bipedestación*: en condiciones normales se logra por el tono muscular y la resistencia fibroelástica y no por la contracción muscular. La bipedestación es esencial para la supervivencia. El mantenernos erguidos en una base de sustentación tan pequeña como los pies es posible gracias al reclutamiento de los músculos estáticos.

4) *Mirada horizontal*: esta es la gran finalidad de la función estática. A pesar de tener desequilibrios en el tronco o las extremidades, nuestro sistema automático hará las compensaciones necesarias para conservar la horizontalidad de la mirada.

⁵ Souchard, Philippe E.; “*Stretching Global Activo (De la Perfección Muscular a los Resultados Deportivos)*”; Ed. Paidotribo; Barcelona; 1 Edición.



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

La postura es la relación de diferentes segmentos corporales entre si y con el medio externo.

Para mantener la actitud erecta es necesario que la vertical que pasa por el centro de gravedad del cuerpo caiga dentro del plano de sustentación, que corresponde al espacio delimitado por los pies. En una persona de pie, con la cabeza erguida, brazos a los costados del cuerpo y piernas juntas, el centro de gravedad se encuentra 1 cm. por delante del ángulo promontorio.

Nuestro cuerpo se encuentra en oscilación permanente, por lo que es necesario un ajuste postural continuo. Este ajuste depende de una correcta posición de las articulaciones de los tobillos, rodillas, caderas, columna vertebral y occipitovertebrales; y es mantenido por la acción fundamental de los músculos de la estática, que junto con la acción de ligamentos, priorizará su función esencial: frenar el movimiento.

El mantenimiento de la postura exige un tipo determinado de acción muscular: la actividad tónica. Los músculos tónicos de nuestro cuerpo representan las dos terceras partes de la musculatura total y nunca cesan en su actividad, incluso estando en estado de reposo. Si así fuera, no lograríamos mantenernos de pie.

Los músculos dinámicos no realizan este tipo de funcionamiento. Cuando finaliza su contracción, regresan a su estado de relajación. Existe una gran diferencia entre estos dos diferentes tipos de músculos, y es que los dinámicos siempre tienen tendencia a la relajación, por el contrario, los estáticos evolucionan hacia la hipertonicidad, la rigidez y la pérdida de longitud por el simple hecho de que se encuentran permanentemente activos.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

Esto es sinónimo de insuficiencia ya que un músculo rígido al igual que un músculo demasiado distendido es un músculo débil.

Cada movimiento es el resultado de contracciones coordinadas en las que participan muchos músculos. Estos pueden actuar como sinergistas para producir el mismo movimiento o pueden funcionar como antagonistas de otro músculo para frenar ese movimiento.

La correcta colocación del hombre en posición erguida se basa en el equilibrio de las tensiones de músculos estáticos y dinámicos antagonistas.

La tensión permanente que da origen a la contracción tónica se llama *tono muscular*. Éste es la capacidad de un músculo o grupo muscular de responder activándose frente a los estiramientos pasivos. Depende de dos reflejos:

Reflejo miotático: Es bineuronal, monosináptico y propioceptivo. La respuesta refleja se produce al estiramiento del músculo y se caracteriza por la contracción refleja de ese músculo y relajación refleja de los músculos antagonistas.

El reflejo miotático tiene dos componentes: uno tónico y uno fásico. El reflejo de estiramiento fásico se provoca al estirar el músculo con rapidez como se produce en el golpe del tendón rotuliano con el martillo de reflejos. Por el contrario, el reflejo de estiramiento tónico se consigue con un estiramiento más lento del músculo, como al realizar la movilización pasiva de una articulación.

La base nerviosa de un reflejo espinal es el arco reflejo. Este, en el reflejo de estiramiento de un músculo en particular, incluye:



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

- El grupo de fibras aferentes IA que proceden de las terminaciones primarias de los husos musculares localizados dentro de este músculo.
- Una conexión excitatoria monosináptica de estas aferencias con las motoneuronas alfa que inervan el músculo.
- Interneuronas inhibitorias que hacen sinapsis con las motoneuronas alfa que inervan los músculos antagonistas.

Se establece una relación músculo-médula-músculo por intermedio de la cual las motoneuronas alfa están constantemente informadas del estado de tensión de los músculos que representan.

Reflejo Miotático Inverso: es bisináptico, está constituido por tres neuronas. Se origina en los Órganos Tendinosos de Golgi, el cual puede ser estimulado tanto por el estiramiento del músculo como por la contracción del mismo.

El reflejo originado en el OTG tiene un efecto opuesto al reflejo miotático, produce la relajación de los músculos extensores o posturales y la contracción de los flexores.

Es un reflejo de seguridad o protección que actúa en condiciones en que es necesario resguardar la integridad del músculo.

El umbral de este receptor es muy elevado y su estímulo principal es la contracción del músculo. Ante una contracción muy intensa que pueda producir lesiones musculares como desgarros, cuando el estímulo producido por la contracción llega al umbral necesario como para estimular al receptor, éste se activa dando origen al RMI. De esta forma se produce la relajación de los músculos contraídos, evitando su lesión.



Reflejo de Flexión: en él se contraen los músculos flexores fisiológicos de una o varias articulaciones de una extremidad y se relajan los músculos extensores fisiológicos. El reflejo flexor de huída consiste en una retirada defensiva de una extremidad de un estímulo amenazante o dañino. Este reflejo puede acompañarse de un reflejo extensor cruzado, que provoca la contracción de los músculos extensores y la relajación de los flexores de la extremidad contralateral. La extensión cruzada sirve como ajuste postural para compensar la pérdida de soporte antigravitacional de la extremidad flexionada.

Mecanismos que Intervienen en el Mantenimiento y Recuperación de la Postura: “Reacciones Posturales”

El mantenimiento o recuperación de la postura normal se produce por medio de reacciones reflejas en las cuales participan receptores, vías nerviosas, centros nerviosos, reflejos miotáticos, actividad muscular tónica y fásica.

Estas reacciones son: reacciones de sostén tónico-estáticas; reacciones de adaptación postural; reacciones de enderezamiento y reacciones de equilibrio o tónico-cinéticas.

* Las reacciones de sostén tónico-estáticas se producen para mantener la postura normal. Incluyen reacciones reflejas locales (originadas por el mismo miembro) y segmentarias (reacciones cruzadas). Mantienen el cuerpo erguido en contra de la fuerza de gravedad. Al movilizar pasiva o activamente una articulación (de los dedos de los pies, tobillos, rodillas, caderas, intervertebrales u occipitovertebrales), los músculos se alargan



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

estimulando los receptores que dan origen a reacciones que tienden a volver estas articulaciones a su posición adecuada.

Hay otras respuestas motoras que se originan ante la estimulación de *receptores exteroceptivos* como el estímulo de la planta del pie al estar en contacto con el suelo. Esta relación produce la *reacción de apoyo positiva*. La flexión dorsal del pie da origen al estiramiento de los músculos flexores de la planta del pie y tobillo. Así se estimulan los receptores propioceptivos de los músculos estriados, lo que origina una contracción refleja de músculos extensores, flexores, abductores y aductores de toda la pierna, fijando las articulaciones y permitiendo la posición de pie.

También existe la *reacción de apoyo negativo*. Al levantar el pie del suelo, se relajan los músculos liberando las articulaciones para que el miembro pueda adoptar las posiciones más adecuadas para realizar cualquier movimiento.

Un ejemplo de reacción segmentaria es el reflejo de extensión cruzada en el que los estímulos provenientes de un miembro alteran el estado del miembro opuesto. Contribuye a mantener la postura, junto con la reacción de apoyo positivo.

* Las reacciones de adaptación postural entran en juego cuando hay necesidad de modificar la postura frente a una situación determinada. Estas reacciones se producen por acción de los músculos del cuello sobre los del tronco y las extremidades, y por acción de los receptores estáticos del laberinto sobre los músculos del cuello y extremidades. Estas reacciones no modifican la postura sino que producen las reacciones necesarias para adaptarla a un fin determinado.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

* Las reacciones de enderezamiento entran en juego para recuperar la postura fundamental cuando ha sido alterada por diferentes causas. Tiene importancia prioritaria la posición de la cabeza en el espacio. La alteración de la misma estimula los receptores estáticos laberínticos y la variación de la cabeza con respecto al cuerpo. Estimula los músculos cervicales.

Las reacciones de enderezamiento tienen una secuencia determinada: la cabeza es la 1º que tiende a colocarse en posición normal y luego siguen los movimientos que tienden a colocar el cuerpo en relación con la cabeza.

* Las reacciones de equilibrio son de dos tipos: *propioceptivas musculares*, que se originan en receptores musculares y *propioceptivas laberínticas*, que se originan en los receptores de los conductos semicirculares. Los dos tipos de respuestas son fásicas, produciéndose las primeras a partir del cuerpo en reposo y las segundas del cuerpo en movimiento.

Las reacciones de equilibrio tienden a mantener el centro de gravedad del cuerpo dentro del plano de sustentación y a asegurar la postura fundamental cuando se desplaza el centro de gravedad.

De las reacciones posturales, las tónico-estáticas y las de adaptación postural corresponden a actividad muscular tónica sin desplazamiento de segmentos corporales.

Las de adaptación postural, aunque impliquen movimientos de segmentos corporales y eso corresponda a una actividad fásica, estos movimientos se producen a partir del cuerpo en reposo.



En las de enderezamiento, las reacciones posturales son fásicas y pueden producirse a partir del cuerpo en reposo o en movimiento, y en las de equilibrio, las reacciones también son fásicas. Por lo tanto, el reflejo miotático, que es la base de la actividad muscular tónica solamente interviene en las reacciones reflejas tónico- estáticas.

Cadenas Musculares

La noción de cadena muscular está vacía de contenido si no tenemos en cuenta la diferencia fundamental entre los músculos de la estática y los músculos de la dinámica. Por lo tanto existen cadenas de músculos estáticos y cadenas de músculos dinámicos.

La función postural es la base de toda motricidad dinámica, y se puede asegurar que no es posible un buen movimiento sin una buena postura que lo sustente.

En la cadena muscular tónica se da la organización neuro-músculo esquelética, en función de una coordinación motora organizada, para mantener una acción o posición en contra de la gravedad. El objetivo es la génesis, control y regulación de la postura.

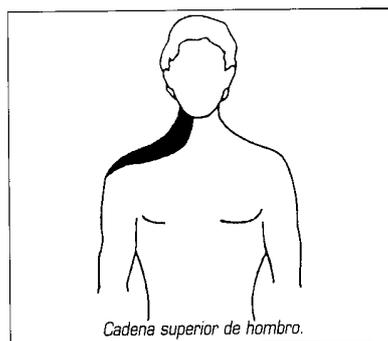
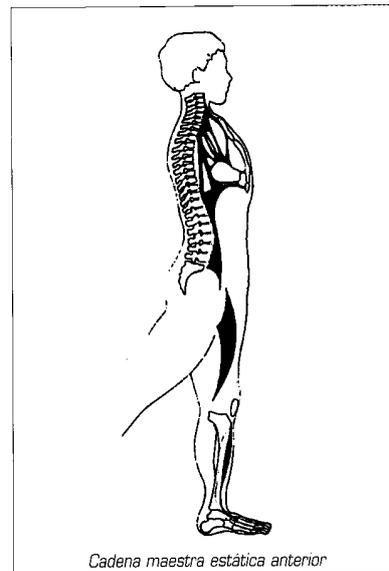
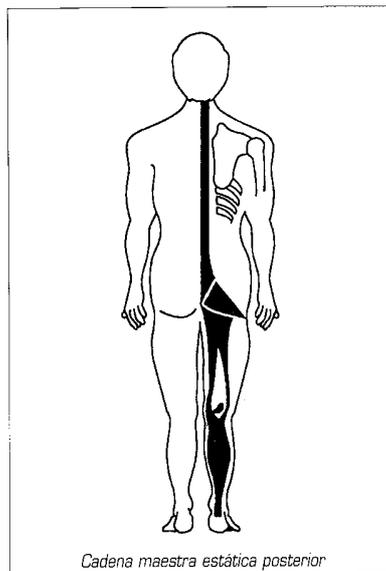
Comprender y respetar esta fisiología muscular es básico dentro de la práctica de la R.P.G. El concepto de cadena muscular es funcional, no anatómico, aún cuando para graficarlas se describan los músculos con sus nombres individuales.⁶ El fin de la terapia es actuar sobre la continuidad del tejido conectivo (fascia, aponeurosis, tendones, etc.) y dentro de esta continuidad, sobre el tejido muscular contráctil.

⁶ Souchard, Philippe E.; “R.P.G. – Les Cahiers”; Tomo II; Ed. Le Pousoe ; Saint Mont ; 1991.

“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

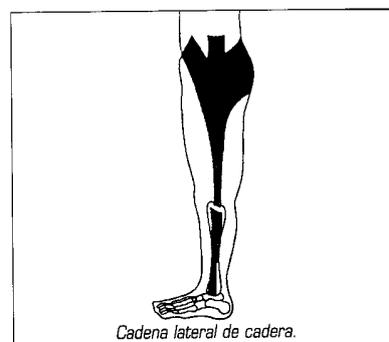
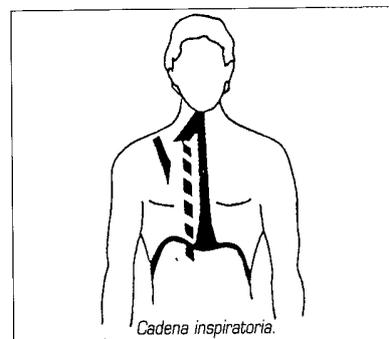
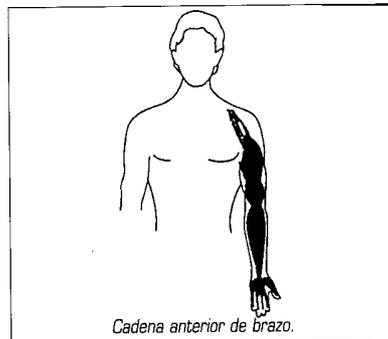
Existen en el hombre ocho cadenas musculares con predominio de función tónica, compuesta cada una de ellas por varios músculos con múltiples planos de acción. Las cadenas se combinan entre sí para satisfacer el control postural.

Las cadenas⁷ son:



⁷ Imágenes extraídas de “Reeducción Postural Global”; Ed. Asociación Argentina de Reeducción Postural Global; Boletín N° 1; 1.997.

“La Reeduación Postural Global en la Kinesiología”



Todas estas cadenas estáticas son las que permiten el reagrupamiento y enderezamiento del bebé desplegado. Una simple observación de la posición del bebé nos permitirá llegar a la conclusión que para llegar a la postura de pie, obligatoriamente se deberán desarrollar los músculos erectores, aductores y rotadores internos (cadena posterior y serie antero-interna de las caderas). De la misma forma que quiere llevarse hacia sí los objetos, deberá desarrollar los aductores y rotadores internos del hombro, flexores del hombro, del codo, de la muñeca y de los dedos (cadena anterior del brazo y antero-interna del hombro).

Finalmente, no es posible suspender sus costillas sin la cadena inspiratoria. Podemos llegar así a la conclusión de que las grande hegemonías, respiratoria, alimentaria



y la posición de pie, están aseguradas por los músculos de la estática reagrupados en diferentes cadenas musculares.

Cadenas musculares estáticas

Serie inspiratoria

Comprende: músculos escalenos, pectoral menor, intercostales y diafragma con su tendón diafragmático.

En caso de acortamiento de esta cadena el paciente no podrá estirar la nuca, descargar los hombros o deslordosar las lumbares sin provocar un bloqueo inspiratorio.

En el caso de retracción más clara de los escalenos o de los pectorales menores, afecta particularmente a la parte alta del tórax. En caso de rigidez del diafragma, y de sus pilares las seis últimas costillas están más claramente en inspiración. Recíprocamente en la espiración adelantan los hombros y la nuca y sólo puede realizarse correctamente con la flexión anterior dorsal como compensación.

Serie posterior

Comprende los músculos espinales, glúteo mayor, isquios de la pierna, poplíteo sóleo y flexores plantares, principalmente el flexor corto plantar.

El acortamiento de los espinales altera la armonía de las curvaturas vertebrales: nuca corta y cabeza adelantada, ausencia de cifosis dorsal o hiper-lordosis lumbo-dorsal. El acortamiento de los músculos estáticos de los miembros inferiores destruye la buena colocación de los diferentes segmentos: genu varum o valgum, calcáneo varus o valgum en los que predomina la rigidez de los músculos del muslo, de la pantorrilla o de la planta del pie.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

Serie anterior

Comprende los músculos ECOM, largo del cuello, escalenos, pilares del diafragma, psoas ilíaca y fascia ilíaca, aductores pubianos y tibial anterior.

Las posibilidades de rigidez de la serie maestra anterior son: cabeza adelantada, hipercifosis dorsal, hiperlordosis lumbar, pelvis muy basculada hacia delante, fémures en rotación interna, genu valgo, calcáneo valgo, pies valgos.

Serie antero-interna de la cadera

Comprende los músculos psoas ilíaco, aductores pubianos (pectíneo, pequeño y mediano aductor, recto interno y parte anterior del gran aductor). Por arriba continúa con los músculos espinales gracias a su acción lordosante sobre los ilíacos y zona lumbar. Por debajo, por la acción flexora y rotadora interna del fémur por el psoas y aductores pubianos, en posición de pie continúa con el músculo poplíteo, el tríceps y los músculos plantares.

La retracción de esta cadena afecta a los fémures en aducción-rotación interna y a la zona lumbar en hiperlordosis.

Serie lateral de la cadera

Comprende el músculo piramidal, glúteo mayor superficial y tensor de la fascia lata.

Serie anterior del brazo

Comprende todos los músculos suspensores del brazo, del antebrazo, de la mano y de los dedos. Es exclusivamente anterior y comprende el trapecio superior, deltoides medio, córacobraquial, bíceps, supinador largo, pronador redondo, palmares, flexores de los dedos y todos los músculos de la cavidad tenar e hipotecar.



Su rigidez lleva el hombro hacia delante (tracción del bíceps sobre la apófisis coracoide) y flexiona exageradamente el codo y los dedos.

Serie antero-interna del hombro

Está constituida por la subescapular, córacobraquial y el pectoral mayor (su fascículo clavicular es suspensor del brazo). Esta serie se continúa por la parte anterior del brazo. Su pérdida de flexibilidad afecta al brazo en abducción-rotación interna.

Posturas

Las posturas de tratamiento son una herramienta que el terapeuta utiliza con el fin de corregir las deformaciones, controlar las compensaciones y eliminar el dolor. Son posiciones de trabajo activas y progresivas, que el paciente realiza con la asistencia permanente del terapeuta, permitiendo trabajar en contracción excéntrica las cadenas musculares estáticas.

Existen ocho posturas⁸ de estiramiento divididas en cuatro grupos; cumplen con fines de diagnóstico, terapéutico y de integración corporal, pueden ser practicadas acostado (en decúbito) o sentado y de pie (en carga).

Posturas en decúbito: Rana al aire brazo abierto, Rana al piso brazos juntos.

Posturas en carga: De pie en el Medio, Sentado, De pie hacia delante.

Son elegidas en función de la lesión, el morfotipo y el interés inmediato del paciente.

⁸ Souchard, Philippe E.: “Reeducación Postural Global. Monográfico n° 1”; Ed. I.T.G.; Barcelona.



Corrección de la cadena inspiratoria

En caso de rigidez de los músculos inspiradores, todo el alargamiento de nuca bloquea a la persona en inspiración por los escalenos y el diafragma que es tirado por sus tendones.

Toda descarga de hombros eleva las costillas 3º, 4º y 5º por la tracción del pectoral menor.

Toda deslordosis lumbo-dorsal tira sobre los pilares del diafragma, bloquea el centro frénico en inspiración, lo que eleva las seis últimas costillas.

Toda maniobra de corrección de la nuca, de hombros o de lumbares tira sobre esta cadena inspiratoria.

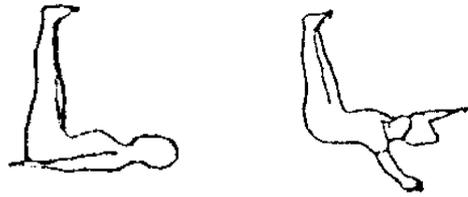
Será necesaria en todas las posturas cuidar de que el paciente respire libremente si se quiere estirar esta cadena muscular. Siguiendo el nivel del bloqueo del tórax el terapeuta interviene manualmente, cualitativamente y progresivamente para corregir más particularmente esta zona.

En caso de bloqueo torácico alto, la persona debe respirar hinchando el vientre. Para el tórax inferior en inspiración debe respirar metiendo el vientre.

Posturas de la cadena posterior

Supone: una tensión de todos los músculos de esta cadena desde el occipital hasta la punta de los dedos del pie. Se pueden emplear dos posturas:

- 1) Rana en el aire



A: Tracción sobre los espinales:

Se efectúa por un alargamiento de nuca metiendo el mentón, una corrección respiratoria del tórax que permite mantener la cifosis o volverla a provocar si ya no existe, una flexión coxofemoral, sacro colocado en el suelo para realizar la tracción sobre los espinales lumbares y la corrección de la hiperlordosis.

B: Tracción sobre los músculos posteriores de los miembros inferiores:

Se realiza a partir de una abducción-rotación externa de los fémures y flexión de las rodillas, llamada “la rana en el aire”. Se pide que tienda progresivamente sus rodillas en buena posición de rotación (ni varum, ni valgum de rodilla). Se cierra lentamente el ángulo coxofemoral empujando los pies hacia la cara del paciente y se colocan poco a poco en talus.

2) Postura sentada



A: Tracción sobre los espinales.

Después de haber colocado correctamente la pelvis del paciente, el terapeuta ejerce una tracción hacia arriba sobre el occipital y pide que meta el mentón. Se alinea en el

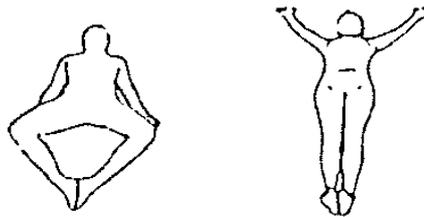
mismo plano vertical el occipital, la región medio-dorsal y el sacro. Si son necesarias, se realizan correcciones manuales del tórax.

B: Tracción sobre los músculos posteriores de los miembros inferiores.

El paciente estira sus miembros inferiores progresivamente orientando las rodillas, tirando de las puntas de los pies hacia sí. El terapeuta hace inclinar el torso lentamente hacia adelante para cerrar poco a poco el ángulo coxofemoral.

Posturas de la cadena antero-interna de la cadera

1) Rana al suelo



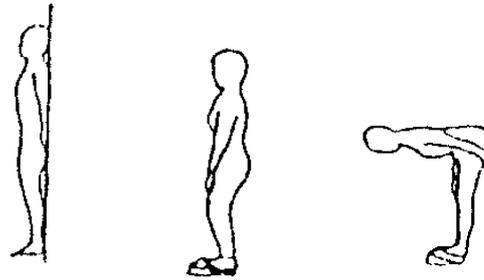
A: Tracción sobre los espinales.

Se realiza al inicio de la postura con un bombeo del sacro para obtener una corrección eficaz de la región lumbar.

B: Tracción sobre la cadena antero-interna de la cadera.

La persona se coloca en flexión-abducción-rotación externa de cadera y estira progresivamente sus miembros inferiores cuidando, particularmente, de no arquear la región lumbar. Al final de la postura, el paciente debe tener las rodillas estiradas, juntas y en buena orientación, los pies en talus.

2) Postura de pie



A: La corrección del conjunto de la espalda se realiza como en el caso de la postura sentada

B: Los miembros inferiores se corrigen colocando los pies de la persona sobre una placa que puede abrirse progresivamente en ángulo hacia adelante de modo que realiza un talus completo, tiene como efecto alargar los músculos del muslo.

El paciente tiende progresivamente sus rodillas en buena rotación vigilando atentamente de no lordosar la región lumbar anteriormente corregida.

Postura de brazos juntos

Permite la corrección de la rigidez de la cadena anterior del brazo.

La rigidez de la cadena superior del hombro se manifiesta por una elevación excesiva de la cintura escapular.

El miembro superior debe permanecer en aducción a lo largo del cuerpo a fin de obtener un estiramiento del trapecio superior y del deltoides medio. El paciente relaja los hombros, los descende y los coloca sobre el suelo en el mismo movimiento. Efectúa una extensión del codo con una pronación seguida de una extensión de la muñeca y de los dedos separando el pulgar.



Postura de brazos en abducción

Flexibiliza la cadena antero-interna del hombro. La rigidez de esta cadena, propulsa los hombros hacia delante (enrollamiento) y coloca los húmeros en rotación interna. Mediante una abducción progresiva del brazo y hombro relajado, hace fluir todos los músculos estáticos abductores del brazo. Se continúa con la cadena anterior. El paciente debe colocar el húmero directamente hacia delante (y no en hiperrotación externa). Termina con una extensión y supinación del codo, extensión de la muñeca y extensión de los dedos. En caso de rigidez particular del músculo subescapular, el terapeuta debe impedir manualmente la abducción excesiva del omóplato.

Elección de la Postura en R.P.G.

La primera indicación de elección entre las diferentes familias, viene de la observación global del paciente (llamada fotografía general) de cara, de perfil y de espalda. De este examen rápido se puede deducir la tendencia general del paciente:

- Retracciones localizadas particularmente en la serie maestra posterior
- Retracciones que afectan sobre todo a la serie maestra anterior
- Retracciones mixtas, sustentadas de manera en las dos cadenas maestras.

En el primer caso tendrá necesidad de posturas de cierre del ángulo coxofemoral.

En el segundo caso, posturas de apertura del ángulo coxofemoral; y en el tercero las dos familias.

Esta primera mirada debe ser seguida del interrogatorio, que permite precisar las impotencias o los dolores; qué movimiento preciso es doloroso o imposible.



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

Puede que este interrogatorio no dé resultados suficientemente provechosos. Los pacientes no ofrecen siempre resultados tan claros.

Además es muy probable que para solucionar un problema sea necesario emplear varias posturas.

Cuando se puede elegir, dentro de una misma familia, entre varias posturas, se debe emplear aquella que permita la mejor intervención manual del terapeuta.

De cara al paciente, hay varias posturas que se pueden ordenar en dos secciones:

- a) *posturas de cierre del ángulo coxofemoral*
- b) *posturas de abertura del ángulo coxofemoral*

A estas dos grandes orientaciones opuestas se incorporan dos subsecciones que son: abducción y aducción de los miembros superiores. Pero estas dos posiciones sólo especifican y afinan el trabajo. Una vez definida la elección de una de las dos grandes orientaciones, se podrá precisar si esta postura en abertura o cierre del ángulo se hará con el miembro superior en abducción o aducción.

1) *Las posturas en cierre del ángulo coxofemoral son:*

- Rana con piernas en el aire
- Sentado
- De pie, inclinado hacia delante (en carga)

Todas estas posturas actúan más particularmente en los “músculos posteriores” (músculos cortos del pie, tríceps y posteriores de la pierna; isquios, glúteos y espinales en su conjunto) y consisten en cerrar de forma cada vez más importante el ángulo entre el



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

tronco y los miembros inferiores para lograr de forma más intensa el alargamiento de estos músculos.

2) *Las posturas en abertura del ángulo coxofemoral son:*

- En descarga: rana tendida en el suelo
- En carga: postura de pie

Estas posturas actúan particularmente en los “músculos anteriores” (psoas, aductores pubianos y diafragma), y consisten en abrir cada vez más en ángulo coxofemoral para actuar de manera más intensa sobre el alargamiento de estos músculos.

Por el test de elección de postura (superposición de lordosis) se va a determinar cuál es la más conveniente a emplear al momento del tratamiento. Para comprender este test es conveniente ver el concepto de zona de crédito.

La zona de crédito está situada a la altura de la lordosis lumbar, en la unión de las lordosis lumbar y la diafragmática (zona lumbodiafragmática); responde aproximadamente a L2, L3.

Sea cual sea la rigidez del paciente, esta zona permanecerá móvil y será capaz de acortarse para dar extensión a la periferia, con el fin de que las hegemonías puedan ser respetadas a pesar de la rigidez general.

En realidad la zona crediticia, se agrava, se acorta con el fin de dar suficiente extensión a toda esta cadena particular del miembro inferior, para que en dinámica el pie se pose en el suelo sin problemas. Sucede lo mismo para cualquier otro segmento cuya rigidez con el desalineamiento óseo resultante, haga difícil su movilización.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

De forma general, la zona crediticia se encuentra más marcada en la derecha que en la izquierda, en la casi totalidad de las personas.

Esto se puede explicar por la configuración del diafragma. Esta zona corresponde a la proyección del diafragma, es el centro sobre el cual convergen y pasan todas las influencias que tienen de la periferia.

Por la diferente longitud de los dos pilares diafragmáticos (el derecho es más largo que el izquierdo), y de la orientación en dirección a la hoja (foliolo) derecha de las fibras tendinosas en el centro frénico (cintas semicirculares de Bourgerie, la superior enlaza las hojas anteriores y derechas, la inferior une la hoja izquierda a la derecha).

El punto torácico corrector de esta zona crediticia, es el diametralmente opuesto. El acortamiento se hace en todos los planos del espacio (lordosis-inclinación lateral-rotación). El punto corrector puede ser más o menos alto, medial o por el contrario, lateral, en función del hecho de que la “zona” sea más marcada en lordosis o inclinación lateral.

Es de la compresión de esta zona que resulta la intervención terapéutica correcta.

Si un paciente tiene esta zona en acortamiento, sistemáticamente, en la vida cotidiana con el fin de preservar sus hegemonías y sus posibilidades funcionales, desde el momento en el que se le reorienten estas extremidades, se va a encontrar frente a una puesta en juego de esta zona que será necesario controlar. Por otro lado si esta zona lordótica es suprimida rápidamente, entonces será imposible corregir al mismo tiempo las extremidades a las que se ha quitado todo crédito de longitud.

-Una excesiva corrección de las extremidades implicará una agravación de la zona crediticia que ya no será posible controlar.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

- Una excesiva supresión de esta zona implicará importantes compensaciones de las extremidades que ya no podrán corregirse.

El secreto consiste en corregir los dos (centro y extremidades) simultáneamente, por lo que habrá que dosificar las amplitudes de corrección en función de la rigidez particular. Esto hace imposible suprimir totalmente una compensación particular reorientando de manera demasiado rigurosa el segmento en cuestión; se trataría de un trabajo puramente analítico.

Para efectuar un trabajo global, cualquiera que sea la postura elegida, la mayor preocupación (y primer gesto) va a ser controlar la lordosis lumbodiafragmática y la tentativa de suprimir esta curvatura al mismo tiempo que se reorientan las extremidades.

A fin de poder controlar esta zona y de actuar de manera que no se agrave en el curso del trabajo, se coloca al paciente en las condiciones de la vida cotidiana (acortamiento del centro para permitir la reorientación de las extremidades), pero aún hace falta descubrir cuáles son los músculos responsables o directamente ligados a esta lordosis.

Esta región puede depender de músculos anteriores y posteriores.

1) Los músculos anteriores que pueden formar o fijar la lordosis son los que “tiran” de la columna lumbar hacia delante y producen una anteversión del hueso ilíaco.

- El diafragma: tira hacia arriba y hacia delante
- El psoas: tira abajo y hacia delante
- Los aductores pubianos tiran del hueso ilíaco en anteversión



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

2) Los músculos posteriores que pueden formar y fijar la lordosis son los que “tiran” y comprimen la columna lumbar hacia atrás y realizan una anteversión que tiende a la horizontalización del sacro:

- Los espinales masa común

Para determinar los responsables de la lordosis y saber hacia dónde va a ser orientado el trabajo, hay que suprimir durante el examen esta curvatura y “leer” hacia qué grupo muscular se desplaza la tensión y en qué grupo, anterior o posterior, es más importante la tensión.

En posición de pie se suprime la lordosis haciendo una retroversión de la pelvis intentando verticalizar el sacro, lo que tiene como efecto desplazar voluntariamente la tensión hacia los anteriores y supone una flexión de la coxofemoral por la tensión de los psoas, aductores pubianos, así como una elevación del tórax en posición inspiratoria por la tracción sobre los pilares diafragmáticos.

Toda la verticalización del ilíaco y del sacro que se acompaña de una supresión de la curvatura lumbar se traducirá de forma fisiológica por una flexión de la coxofemoral y una agravación del tórax en inspiración. La lordosis lumbar se forma por la tracción del psoas sobre sus inserciones vertebrales cuando el niño pasa de la posición cuadrúpeda a la posición de pie. Pero hay que diferenciar entre una flexión coxofemoral fisiológica, de una decena de grados, y una flexión de una cuarentena de grados, que prácticamente hace caer a la persona de rodillas cuando los anteriores están muy acortados.

En este tipo de test, la persona frecuentemente tiene tendencia más que a suprimir realmente la lordosis, a inclinar el tronco hacia atrás. Este desplazamiento supone



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

simplemente una agravación de la lordosis hacia arriba y no una supresión. La lectura de la verdadera rigidez de los músculos anteriores es entonces imposible. Hay que lograr la mayor “rectitud de espalda” posible reorientando hacia delante la región lumbar. Sólo cuando se logra esta buena posición de la columna vertebral se desplazará la tensión efectivamente hacia los anteriores y se podrá leer la retracción exacta de estos músculos.

Una vez apreciada la importancia de la deformación hay que pasar al segundo test para comparar, ya que si en esta postura la persona muestra mucha rigidez de anteriores, es posible que muestre todavía más rigidez de posteriores. Se trata de test comparativos, y para comparar son necesarias al menos dos cosas...nivel de retracción anterior y posterior.

A partir de que los test revelen una retracción importante de los anteriores, lo que supone un cierre del ángulo coxofemoral (flexión de cadera) habrá que trabajar hacia una apertura del ángulo.

Para revelar la rigidez de los posteriores conviene suprimir la lordosis, pero desplazando en este caso la tensión voluntariamente hacia los posteriores pidiendo al paciente que se incline hacia delante lo que producirá una supresión de la lordosis ya que la región lumbar va a cifosarse.

Mientras la persona permanezca con su columna vertebral enrollada (inclinado hacia delante, cabeza abajo), se puede apreciar la rigidez de los músculos posteriores de los miembros inferiores, así como la libertad dejada a la pelvis en la flexión anterior. Esta posición en ningún caso permite definir la rigidez general de los posteriores en conjunto. Es necesario, en posición inclinada hacia delante, pedir a la persona que realinie las regiones lumbar, escapular y cervical. Sólo esta realineación (que recuerda la “rectitud de la



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

espalda” del test anterior), permite revelar la rigidez real de los posteriores desde los músculos cortos del pie a la base de la nuca.

Una persona cuyos posteriores están poco rígidos podrá sostener esta posición en una angulación miembros inferiores-tronco, próxima a los 90°, la espalda casi horizontal.

Por el contrario una persona cuyos músculos posteriores están rígidos, mostrará dificultad para mantener esta angulación próxima a 90° y, cuanto mayor sea la rigidez, más tendencia tendrá el tronco a verticalizarse.

A la inversa, una persona que tenga más responsabilidad de sus posteriores sobre la lordosis, más rigidez, mostrará poca deformación en la posición de pie y una abertura importante del ángulo coxofemoral representada por una verticalización del tronco en relación a los miembros inferiores, en la postura inclinada hacia delante.

A partir de que los test revelen una retracción importante de los posteriores, habrá que trabajar hacia un cierre de ángulo.

El hecho de haber descubierto el grupo muscular responsable de la lordosis no permite olvidar el otro grupo muscular. En efecto, si los anteriores son responsables de la zona cervical y provocan una lordosis exagerada, los posteriores van a aprovechar la situación y la posición que les ofrece para acortarse, serán consecuencia de la rigidez de los anteriores.

El trabajo tenderá a devolver su longitud a los anteriores pasando por una apertura del ángulo, pero a la vez habrá que trabajar el cierre de ángulo para luchar contra la “rigidez-consecuencia” de los posteriores. En este caso el trabajo será más importante sobre los anteriores pero no se olvidarán los posteriores.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

Uno de los primeros gestos del “examen-interrogatorio” es el test de elección de posturas que indica la responsabilidad de los músculos respecto a la lordosis. Una vez establecido el resto del examen en elección de la posición de los miembros superiores, puntos de equilibración, etc.; se hará en las posiciones correspondientes a los músculos responsables.

Sin embargo, no es posible ser tan categórico; en todo caso, la elección de las posturas, si bien no hace posible el abandono total de un grupo-consecuencia, facilita el examen permitiendo orientar las investigaciones y ordenar los problemas para despejar el gesto terapéutico correspondiente a los síntomas del enfermo en el momento en que se presenta.

Elección de la Postura de los Miembros Superiores

La posición de los miembros superiores (en aducción o en abducción) completa y especifica la postura elegida en función de la retracción muscular en el test de elección de postura. Después en esta misma postura se trata de determinar cuál es la posición de los miembros superiores que luchará mejor contra los músculos más retraídos (aductores-rotadores internos o suspensores). Pero no es cuestión de minimizar la importancia del trabajo de los miembros superiores. La mayor deformación de los miembros inferiores reside en el hecho de que el pie, posado en el suelo, deja muchas menos posibilidades de dilución de sus retracciones que a nivel del miembro superior donde la extremidad permanece libre.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

En el enfoque global no puede existir jerarquización de las deformaciones y menos la prioridad de un segmento en relación a la retracción general.

La elección de la posición de los miembros superiores dependerá de la supremacía de retracción del grupo muscular. Si presenta más rigidez de los aductores-rotadores internos, convendrá trabajar el brazo en abducción. Si por el contrario, revelase una mayor retracción de los suspensores, el trabajo se hará con brazos en aducción. Es raro no encontrar ambos grupos musculares retraídos, pero siempre existirá una rigidez más marcada en uno de los dos grupos. La retracción de uno, hará posible el acortamiento del otro grupo. El segundo será consecuencia del primero.

El examen es sencillo, partiendo del hecho de que una persona no puede corregir espontáneamente una región, bajo la dependencia de una retracción muscular, sin desplazar inmediatamente esta tensión y hacer una compensación a otro nivel. Entonces hay que “leer” cual es la corrección, en aducción o abducción, que desordena más a la persona. Si en la puesta en tensión periférica se agrava la lordosis cervicocervical, esta es la manifestación inmediata; hay que vigilar particularmente esta región. Es necesario un realineamiento riguroso de los segmentos óseos del miembro para poner en tensión los músculos que lo han desalineado. Desde el momento en que se realiza una corrección y que se desea desplazar la tensión de la periferia hacia el centro, el miembro superior debe abordarse en su totalidad (cintura escapular, brazo, antebrazo y mano).

Únicamente esta realineación de todos los segmentos, permitirá una “descarga” centrípeta de la tensión muscular y un examen comparativo correcto de las retracciones de los suspensores o de los aductores-rotadores internos.



I- Examen revelador de la retracción de los suspensores

Se realiza en la posición de abertura del ángulo coxofemoral (de pie) o de cierre (sentado), en función de la primera parte del examen.

Se trata de realinear correctamente los segmentos óseos del miembro superior.

No se trata de describir todas las deformaciones posibles, sino de forma general, ver las compensaciones más corrientes:

- *el hombro más elevado y acortado*
- *omóplato subido y ligeramente abducido*
- *húmero en rotación interna*
- *codo flexionado*
- *antebrazo en pronación*
- *muñeca ligeramente inclinada sobre su borde cubital*
- *mano arqueada*

El examen se realiza corrigiendo todas las compensaciones desde la extremidad del miembro hacia la raíz, desplazando la tensión en forma centrípeta.

La realineación correcta se realiza si son mantenidas todas las correcciones a la vez en cada nivel, lo que exige una participación muy activa del paciente y no forzada pasivamente.

Por lo tanto se deberá:

- abrir la mano y estirar los dedos
- realinear la muñeca con respecto al antebrazo en supinación, los dos huesos del antebrazo paralelos y la palma de la mano vuelta hacia delante



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

- extender el codo
- colocar el húmero en una posición neutra de rotación; a menudo la corrección de la pronación del antebrazo supone el húmero en rotación externa. La buena posición del húmero está señalada por el pliegue del codo mirando hacia delante

- convendrá descargar el hombro, descender y aducir el omóplato
- los brazos no deberán separarse del tronco, se produce con la descarga y con la retracción importante de los suspensores, ya que la longitud tomada en la elevación se ha recuperado en la abducción; intenta escapar a la tensión acortando su hombro

Una vez colocados correctamente los miembros superiores, se podrán apreciar las deformaciones que ello implica, particularmente a nivel de la lordosis cervicocervical.

Una vez terminado este examen se pasará inmediatamente al test de los miembros superiores en abducción para poder comparar y apreciar la posición que más desordena al paciente.

II- Examen revelador de la retracción de los aductores internos

El paciente coloca sus miembros superiores en abducción de 90° (por encima de 90° la elevación de los brazos se hace con una abducción importante del omóplato).

En esta posición en cruz conviene de nuevo realinear de forma rigurosa el miembro superior. De forma general:

- *el húmero se coloca en rotación externa exagerada que habrá que suprimir, el pliegue del codo mirando hacia delante, lo que consigue una posición neutra de rotación del húmero*



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

- *el antebrazo estará en pronación, que será suprimida girando la palma de la mano hacia delante de manera que se tengan los huesos del antebrazo paralelos*
- *la mano, crispada y en inclinación cubital, se abrirá con los dedos extendidos, realineando la muñeca con respecto al antebrazo*
- *esta realineación implicará automáticamente un hombro elevado y adelantado y un omóplato cargado y en abducción, por lo que habrá que desenrollar y bajar los hombros y descender y aducir los omóplatos*

Este rigor en la realineación permite leer y apreciar las deformaciones y la importancia de las compensaciones en otras zonas.

Un paciente que después de estos dos exámenes muestre una mayor agravación de la lordosis cervicocervical en el test de los aductores-rotadores internos deberá ser trabajado con los brazos en abducción en la posición de abertura o cierre del ángulo coxofemoral elegida en la primera parte del examen.

Una mayor agravación de la lordosis cervicocervical en el test de la rigidez de los suspensores, deberá ser trabajado con los brazos en aducción, en la posición elegida en la primera parte del examen.

La última elección que permite escoger la postura más adaptada está constituida por los puntos de reequilibración⁹. Se deben corregir las imperfecciones del paciente en cada postura:

- de pie, brazos juntos
- de pie, brazos separados

⁹ Souchard, Philippe E.; “Reeducación Postural Global. Monográfico n° 1”; Ed. I.T.G.; Barcelona.



- de pie doblado hacia delante, o bien sentado brazos juntos
- sentado, brazos separados

El Diafragma y la Respiración

La parte cervico-tóraco-diafragmática de la fascia cervico torácico-abdomino-pelviana comienza por la aponeurosis profunda o prevertebral, las aponeurosis intra y perifaríngea que son las fundas viscerales y vasculares y la aponeurosis media.

Por la masa aponeurótica de fascias y ligamentos, el diafragma se encuentra suspendido en la base del cráneo y en la columna cervico-dorsal hasta la D4.

En la zona cervico-torácica hay una cadena facial muy sólida, destinada a grandes esfuerzos repetidos.

La fascia cervico-torácico-diafragmática puede considerarse como un verdadero tendón del diafragma.

En la mecánica de la inspiración el músculo que se contrae acerca su extremo más móvil al que es más fijo. El músculo cuyos cambios de apoyo son los más frecuentes y por otra parte difíciles de observar es el diafragma.

“El conjunto de la columna vertebral, diafragma y la fascia cervico-torácico-diafragmática puede ser mecánicamente esquematizado bajo la forma de cuerda y arco. Los pilares del diafragma son los tensores de la cuerda y los espinales los tensores del arco.”¹⁰

Hay dos causas principales de perturbación.

¹⁰ Souchard, Philippe E.; “La Respiración”; Ed.Le Pousoe; Saint Mont; 1987.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

Un braquiesófago de nacimiento influirá sobre la curvatura del arco y producirá hiperlordosis cervical, hipercifosis dorsal, hiperlordosis diafragmática.

Una nuca corta y una cabeza hacia delante, unidas a una hipertonidad de los espinales destensará la cuerda del arco. La fascia y el conducto del esófago se acortan. Mecanismo de formación de un braquiesófago a partir de una patología vertebral. Las personas que a la vez presenta una nuca larga y estilizada y una espalda plana sin hiperlordosis diafragmática solo presentarán excepcionalmente un acortamiento de la cuerda.

El tiempo activo de la respiración es la inspiración.

La inspiración tiende siempre al reforzamiento, acortando así los músculos inspiradores y haciendo imposible a la vez, una inspiración amplia y una espiración satisfactoria. Este proceso con carácter patológico más o menos acentuado es absolutamente constante y concierne a cada individuo.

La crispación inspiratoria del diafragma se explica por la inserción del diafragma sobre la masa visceral y el apoyo constante que éste ejerce sobre esta polea de reflexión.

Reviste dos aspectos siguiendo la importancia de la masa visceral de la persona y el estado de su faja muscular abdominal:

- 1) En la persona delgada con morfología deportiva, la masa visceral es débil, el centro frénico descendido. Los abdominales están tónicos. La parte alta del tórax está desfasada de la inspiración. La hiperlordosis diafragmática es evidente.



2) En la persona con masa visceral pletórica, el centro frénico está elevado favoreciendo así el acortamiento de la fascia cervico-torácico-diafragmática. Los abdominales están relajados. La parte baja del tórax está muy separada.

El primer tipo está frecuentemente unido a una espalda plana, el segundo a una cifosis escapular.

Relajación diafragmática

Tipo 1): El diafragma está crispado en una masa visceral poco abundante. La cuerda cervico-torácico-diafragmática está tensa. La hiperlordosis diafragmática es notable. En cualquier postura empleada habrá que cuidar de deslordosar atentamente en D11, D12, L1, L2.

Toda tracción deslordosante sobre la nuca tira de la cuerda facial y bloquea el centro frénico agravando la inspiración de las 6 últimas costillas.

La persona tiende a contraer sus abdominales para hacer la espiración que no puede realizar a nivel torácico alto. Hay que pedir la contracción paradójica del diafragma, exhalar hinchando el vientre.

Es posible espirar contrayendo el diafragma. Es más débil en volumen que cuando hay adición de la elevación del diafragma con descenso de la parte alta del tórax. Esta espiración paradójica sólo se puede realizar sobre un descenso espiratorio de lo alto del tórax. Lo cual llevará la cabeza hacia delante y abajo por los escalenos y los esterno-cleido-mastoideos y los hombros hacia delante por los pectorales menores. El centro frénico puede bajar sin elevar las costillas gracias a la tonicidad, incluso gracias a la contracción del cuadrado de los lomos. Las costillas bajas constituyen entonces con los lomos el punto fijo.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

Una vez establecida esta respiración, hinchando el vientre, convendrá naturalmente deslordosar la zona raquídea lumbodiafragmática y traccionar progresivamente sobre el occipital metiendo el mentón, después de descargar los hombros.

Esto tensará la cuerda facial lo que provoca el descenso del centro frénico y hace muy difícil la respiración paradójica, incluso imposible. Dando por supuesto que la lordosis ha sido corregida anteriormente y que las costillas bajas se mantienen en espiración por el cuadrado de los lomos esto provoca la contracción isotónica excéntrica del diafragma y el alargamiento del conjunto de la cuerda.

Tipo 2): El tratamiento deberá comenzar por el balance de las costillas bajas bloqueadas en inspiración. Cuando los inspiradores hayan comenzado a soltarse, es posible pedir el mantenimiento de la corrección por una contracción isotónica concéntrica de los abdominales. La deslordosis por bombeo del sacro y el mantenimiento de las costillas bajas en espiración por la contracción de los abdominales tenderá a hacer descender el centro frénico.

Tipo 3): personas mixtas. Presentan a la vez un bloque torácico alto y bajo.

Siguiendo el ejercicio y durante la misma sesión será necesario pedir o bien exhalar hinchando el vientre o bien exhalar metiendo el vientre.

Frecuentemente habrá que balancear las costillas bajas y hacer meter el vientre después de la abducción de los brazos. Por el contrario conviene hacer exhalar hacer exhalar hinchando el vientre en las tracciones de nuca que tiran de la cuerda facial.

Patología de “bomberos”: la corona muscular del diafragma alrededor del centro frénico, puede ser tensada y relajada por rotaciones lumbares, patologías del hígado, del



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

estómago, etc. Esto se transmite al lado diametralmente opuesto en función de la disposición de las fibras del centro frénico. Los más marcados son los de las bandas semicirculares.

Necesita las maniobras del diafragma y el balance de las costillas bajas. Las posturas sentada y de pie ayudan a corregir la región dorsal baja.

Patología costal: depende del tipo de crispación diafragmática, de una escoliosis, de una lordosis dorsal, de un traumatismo antiguo e incluso de una patología visceral. Es frecuente el bloqueo inspiratorio de las tres primeras costillas, unido a la retracción de los escalenos.

Al no subir los abdominales más que hasta la 4º costilla no hay de hecho antagonistas de los escalenos.

Los puntos de balance se aplican sobre las zonas costales particularmente bloqueadas en inspiración.

Corrección del desfase en la espiración: todo tratamiento debe comenzar por una tentativa de restablecer la espiración. La persona desfasada en la espiración debe progresivamente corregir su desfase hacia la espiración.

Se necesita comenzar la sesión con maniobras del diafragma.

La espiración debe ser libre, progresivamente cada vez más amplia gracias al empleo de puntos de balance torácicos.

La observación de las compensaciones permite la elección del tipo de corrección.



Indicaciones

Locales: recuperación de los músculos retraídos y relajación tónica de los músculos contracturados, es decir devuelve la elasticidad original perdida haciendo desaparecer el bloqueo articular.

Generales: reestructuración postural con efectos beneficiosos en el plano locomotor, estético, orgánico, funcional y psicológico.

Las más frecuentes son:

- ✓ escoliosis, hiperlordosis, hipercifosis
- ✓ patología dolorosa de la columna. Cervicalgia, neuralgia cervico-braquial, tortícolis, dorsalgia, lumbalgia, ciática, alteraciones sacro-iliacas, protusión discal, hernias discales verdaderas y falsas (pre y post-operatorias) y espondilolistesis
- ✓ rigidez y dolor articular. Artrosis, reuma, espondilitis anquilosante, coxartrosis, epicondilitis
- ✓ pies cavos y planos, hallus valgus, neuritis plantares, rodillas valgus y varas, hiperrecurvatum de rodillas
- ✓ adormecimiento y hormigueos en las manos, hombro congelado, escápulas despegadas, hombros elevados
- ✓ disfunciones respiratorias, bloqueo inspiratorio
- ✓ contracturas, cansancio y calambres musculares (hipertonía muscular, stress)
- ✓ cefaleas, jaquecas, vértigos de origen mecánico
- ✓ secuelas musculares de afecciones neurológicas, patología de esfínteres
- ✓ secuelas de traumatismos, fracturas, esguinces, luxaciones, postquirúrgicos



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

Preventivas: medicina del trabajo (higiene postural), educación postural (niños y adolescentes), medicina del deporte (recuperación y entrenamiento), preparación maternal (parto y post-parto), gimnasia de mantenimiento de adultos y 3ª edad.

Contraindicaciones

Cáncer, infecciones, enfermedades cardiovasculares graves o recientes, traumatismos agudos o sépticos, patología reumática aguda o en estado quirúrgico, desnutrición, psicosis.

Efectos secundarios indeseables

Fatiga muscular, alteraciones parasimpáticas o neurovegetativas transitorias.

Precauciones

Después de las sesiones, prudencia en actividades de responsabilidad como por ejemplo: conducir.

Posología

La RPG es un método de estiramiento suave, progresivo y activo. En cada sesión se realizan 2 posturas como mínimo, aplicadas a cada persona según su patología y su constitución. Frecuencia: 1 sesión semanal de 1 hora o 2 sesiones semanales en casos agudos.



Desarrollo de una Sesión de R.P.G.

Se trata de una intervención cualitativa, ya que ninguna acción cuantitativa puede ser global.

Uno de los intereses de la globalidad es el de permitir remontar de la consecuencia a la causa de los problemas. Antes de hacer ceder tensiones o dolores, no hay que temer reproducirlos. Esto no puede concebirse más que a pequeñas dosis y gracias a la participación del paciente que, más que nadie, es capaz de “tutear” a sus dolores y mantenerlos a un nivel mínimo.

Puntos cronológicos de una sesión:

I – LA DOMESTICACION

El papel de los mecanismos de defensa es el de evitar dolores y molestias, salvaguardando siempre las hegemonías. Las compensaciones que entrañan son puramente automáticas. Quiere decir que más allá de la psicología que se debe usar frente a las personas que sufren, igualmente se debe hablar al inconsciente de los pacientes.

- *Elección de la postura:* se busca restablecer la función perdida, para eso se debe practicar la postura más molesta para el paciente. Debe de hacerse poco a poco. En caso de dolor las posturas en decúbito permiten una mejor corrección articular y una progresión más tranquila de la sesión; no excluye la práctica de posturas en carga. La mayor participación del paciente en este caso le permite dosificar él mismo sus esfuerzos.
- *La posición de salida:* condiciona la secuencia. Es impensable comenzar una sesión en una posición dolorosa que despierta inmediatamente la desconfianza de los



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

mecanismos de defensa. Uno de los principios esenciales de la RPG: todo es aceptable al comienzo, nada al final. El paciente debe estar colocado en la posición más correcta posible sin sentir molestias ni dolor.

- *El primer gesto:* la primera intervención manual del fisioterapeuta debe dar confianza al cuerpo. Son esenciales las maniobras del diafragma, de liberación de la respiración a través de los puntos inspiratorios. La primera tracción debe ser suave y progresiva. Sólo después del primer contacto, tranquilizante, puede comenzar la puesta en tensión.
- *La respiración:* toda crispación inspiratoria acentúa tensiones y dolores. Los músculos inspiradores están siempre demasiados rígidos. Por lo tanto, la primera corrección consiste en instalar una espiración lenta y amplia, sinónimo de relajación.
- *La progresión:* no se puede esperar alargar un músculo más allá de su punto de rigidez de manera brusca y cuantitativa. Las compensaciones que se crean no podrán ser descubiertas. La mentalidad debe ser la de buscar el ganar diez veces un milímetro más que una vez un centímetro, sabiendo bien que es el primero, siempre, el más difícil de ganar.
- *El tiempo:* conocemos su rol en el “fluage” y en la saturación del tono excedente. Por lo tanto es necesario mayor paciencia al comienzo de la postura donde la primera relajación del dolor es siempre más difícil de obtener.
Depende de los casos, pero se debe buscar esta progresión geométrica, símbolo de una buena evolución en el trabajo postural.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

- *La manualidad:* punto fundamental, la experiencia es esencial. Se pueden enunciar ciertas reglas. En primer lugar la manera de dirigirse a la parte alta del cuerpo (supra-diafragmática) reclama más atención. El tono es más importante en este lugar. La nuca tiene siempre reacciones muy “emotivas”. La mano debe informarse del estado de tensión y de dolor incluso antes de intervenir. La tracción ejercida debe ser adaptada en cada instante al grado de retracción muscular o de bloqueo articular. Hay que resistir toda tentación de forzar. Solicitar sin antagonismo, modelar sin dolor.

El ritmo de esta manualidad es igualmente muy importante. Un mensaje que sea calmante debe de ser repetitivo y rítmico. Las manos del RPGista deben ejecutar movimientos armoniosos tanto cuando tratan de aumentar una tracción local, como cuando deben de ir sobre otra parte del cuerpo.

- *La voz:* el tono adaptado para calmar es muy diferente del que debe de ser empleado para pedir un esfuerzo. La voz debe de hacerse automáticamente más suave.
- *Las palabras:* deben ser estimulantes y gratificadoras. Toda palabra con connotaciones negativas debe evitarse.

II – LA CORRECCION

- *El dolor:* cuando la tensión hace imposible la progresión y surge el dolor, la evolución debe ser parada inmediatamente. La desaparición del sufrimiento debe convertirse en el primer tema de preocupación del terapeuta. Pero para esto hay que identificar sus componentes: lugar exacto del dolor, carácter articular o muscular del mismo, sentido de la torsión. Una vez hecho el diagnóstico gracias a la puesta en



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

tensión, conviene confiar el mantenimiento de la corrección del paciente a él mismo que es el que mejor puede dosificar sus esfuerzos.

- *La decoaptación:* en todos los casos, pero sobre todo cuando hay lesión articular, las manos del terapeuta deben llevarse a la zona del bloqueo para aumentar la decoaptación en tracción axial.
- *La detorsión:* debe de hacerse con precisión en todos los sentidos contrarios al comportamiento anormal previamente diagnosticado.
- *La inversión de la tensión:* hay que comprender bien que si la puesta en tensión global ha permitido descubrir rigideces anormales y lesiones gracias a su efecto de amplificación de comportamientos, constituye un obstáculo a la corrección local. Por lo tanto, conviene relajarla ligera y provisionalmente para corregir más libremente la zona bloqueada antes de retomarla globalmente. La inspiración del paciente (obligatoriamente concéntrica) es el momento más apropiado para hacerlo.
- *La contracción isométrica:* de muy débil intensidad, debe ejercerse a nivel de los músculos que impiden la progresión (músculos nudo) o los que puentean la articulación en lesión (músculos puente). Debe mantenerse durante dos espiraciones. Esta contracción es a la vez la clave del “fluage” y del reflejo miotático inverso.

III – RELAJACION

Es fundamental en este punto plantear si se han comenzado ha lograrse los objetivos propuestos, para así poder avanzar en la progresión.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

En el caso contrario hay que retroceder un poco en la misma; pero sin olvidar indagar la causa. El RPGista debe paliar rápidamente estas insuficiencias y volver a pedir el esfuerzo isométrico-excéntrico durante dos espiraciones.

- *La llamada a la relajación:* si lo anterior no es suficiente, entonces hay que pedir al paciente que relaje la zona dolorosa en la mano del terapeuta. Cuando se trata de una parte inaccesible del cuerpo, debe concentrarse mentalmente en la decontracción de la región que le duele.

IV – BENEFICIO DE LA DOMESTICACION

Cuando el RPGista ha podido dominar la aparición de los dolores en 3 o 4 ocasiones, los mecanismos automáticos de defensa del paciente, es decir el sistema inconsciente, está particularmente domesticado. Conviene aprovecharlo para intentar ir más rápido y más lejos. Puede llevarse la ventaja en tres direcciones:

- Para permitir una manualidad un poco más aproximativa
- Para llegar a relajar los dolores más vivos
- Para obtener una ganancia de amplitud más consecuente.

V - LLAMADA A LA RELAJACION Y CORRECCION DEL SINTOMA AL COMIENZO DE LA SESIÓN

Ciertas personas hiper-dolorosas dan la impresión de ser intocables. En este caso, hay que lograr la relajación de la zona que sufre antes de cualquier otra intervención. Esto no puede hacerse sin la aparición de compensaciones que habrá que corregir.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

La puesta en tensión global tiene como efecto la amplificación de los malos comportamientos, pero en casos agudos puede ser evidente, incluso sin estiramiento postural.

Por lo tanto, se puede comenzar la postura por la decoaptación y la detorsión de la articulación dolorosa. Manteniendo esta corrección durante la puesta en globalidad.

Esta manera de apreciar el síntoma desde el comienzo de la sesión, permite adaptarse a cualquier caso, cualquiera que sea la intensidad del dolor.

Empleo del Material de Ayuda

La RPG es un método esencialmente activo y manual. Reclama la participación del enfermo y una finísima manualidad por parte del terapeuta. Pero el empleo de un mínimo de material se hace indispensable.

- *El Tensor*

Debe ser sistemáticamente utilizado para el final del alargamiento de la rana en posición sentado. Se trata en efecto de una postura destinada a la musculación isotónica excéntrica de la cadena posterior. Es necesario estirar el tríceps sural a partir de la colocación de los pies en talus.

También se utiliza en la práctica de la rana en el aire cuando el terapeuta se coloca por detrás de la cabeza del paciente.

En la rana en el suelo permite añadir el trabajo de tríceps.

- *La Plancha Inclinada*



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

Acentúa el talus de los pies para obtener una flexión dorsal completa en las posturas de pie contra la pared, de pie en el centro y de pie inclinado hacia delante.

- *Sacos de Arena*

- Posturas en decúbito: destinados a las puntas de los dedos siempre que las manos del paciente no requieran una corrección particular. Se pide una contracción isométrica de los flexores de dedos mientras se hace una contracción isotónica excéntrica de la cadena anterior de brazo.

- Postura de pie contra la pared: suplen la carencia de tracción constante sobre las manos del paciente en la contracción isotónica excéntrica o isométrica en la posición más excéntrica.

- *Alzas de Compensación*

Son planchas semiduras que se utilizan cuando existe una anomalía morfológica importante o una sintomatología dolorosa aguda. Puede ser en relación a la cabeza, isquios, pies, etc. La altura no tiene que ser excesiva y debe disminuirse progresivamente.

- *Ayudas Propioceptivas*

- *El Espejo*

Permite el control visual y la toma de consciencia. Generalmente las sesiones terminan con una postura de pie en el centro, permitiendo la reequilibración del paciente y la integración del nuevo esquema corporal.

- *La Sábana*



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

En las posturas en decúbito el plano ideal está constituido por una moqueta fina sobre la que se coloca una fina toalla de tela de rizo. Los rizos del tejido marcan ligeramente la piel y permiten verificar las zonas de apoyo.

Todo tapiz mullido está proscrito.

- *El Banco*

Indispensable en la postura sentada con el fin de evitar la flexión del codo.

También permite trabajar la postura sentada a mayor distancia del suelo. Además los brazos pueden colgar.



Objetivos

General:

- Establecer la situación de la Reeducción Postural Global en la provincia de Santa Fe, específicamente en la ciudad de Rosario.

Específicos:

- Investigar las bases de la Reeducción Postural Global.
- Fomentar los conocimientos sobre el método.
- Determinar qué conocimientos tienen los kinesiólogos de nuestra ciudad sobre la Reeducción Postural Global.
- Detectar las causas de conocimiento o desconocimiento de este método en la ciudad de Rosario.
- Sentar bases para futuras investigaciones.



Métodos y Procedimientos

Tipo de Estudio

El siguiente estudio es de carácter cuali-cuantitativo; siguiendo la organización de un diseño cuya profundidad reviste un aspecto exploratorio y descriptivo. La fuente de datos es primaria y secundaria.

Area de Estudio

Este estudio se basó en entrevistar a un significativo grupo de kinesiólogos matriculados en la ciudad de Rosario, consultándolos sobre su práctica profesional.

Los entrevistados fueron contactados a partir de la información que provee el padrón de matriculados del Colegio de Kinesiólogos de la 2da. Circunscripción.

Población y Muestra

Para este trabajo la muestra consistió en 65 profesionales kinesiólogos matriculados de la ciudad de Rosario, los cuales fueron elegidos al azar.

Las entrevistas se efectuaron gracias a la colaboración y predisposición por partes de los profesionales para responder las mismas.

Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se diseñaron:



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

- entrevista estructurada que consta de preguntas de identificación personal, preguntas de respuestas cerradas y preguntas de opción múltiple dirigida a profesionales kinesiólogos de la ciudad de Rosario (*ver Anexo*).
- entrevista estructurada que consta de preguntas de identificación personal y preguntas de respuestas abiertas dirigida a RPGistas de la provincia de Buenos Aires (*ver Anexo*).

Procedimiento para la Recolección de Datos

El trabajo de campo se realizó en la ciudad de Rosario durante los meses de mayo y junio del año 2003.

Análisis de la Investigación

Para el análisis de la información recolectada mediante métodos estadísticos se estimaron y determinaron los valores porcentuales de cada respuesta representada con el gráfico correspondiente.

Desarrollo

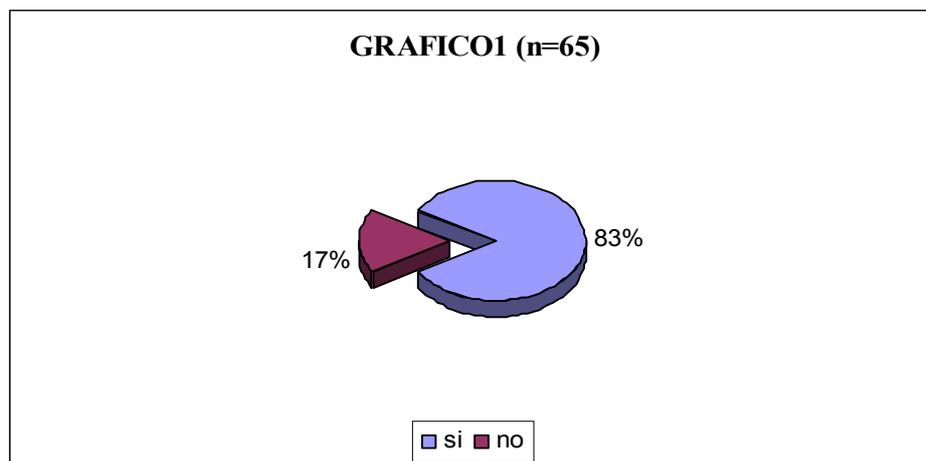


GRAFICO 1: *DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONALES SEGUN SU CONOCIMIENTO SOBRE EL METODO*

El 83 % de los kinesiólogos entrevistados en la ciudad de Rosario conoce el método de Reeducación Postural Global, siendo este porcentaje significativamente diferente del correspondiente al de los profesionales que no lo conocen ($p < 0,01$).

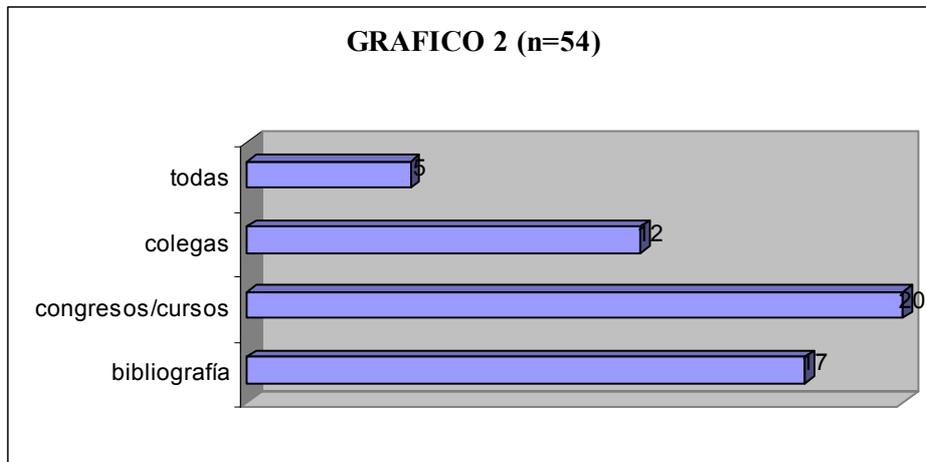


GRAFICO 2: *DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONALES DE ACUERDO A COMO CONOCIERON EL METODO*

Dentro del grupo de kinesiólogos que conocen el método (83%), la mayor parte (37,04%) ha manifestado haberse informado a través de congresos y cursos, el 31,48% por medio de bibliografía, el 22,22% por referencias de colegas y quienes han considerado todas las opciones anteriores representan un 9,26%.

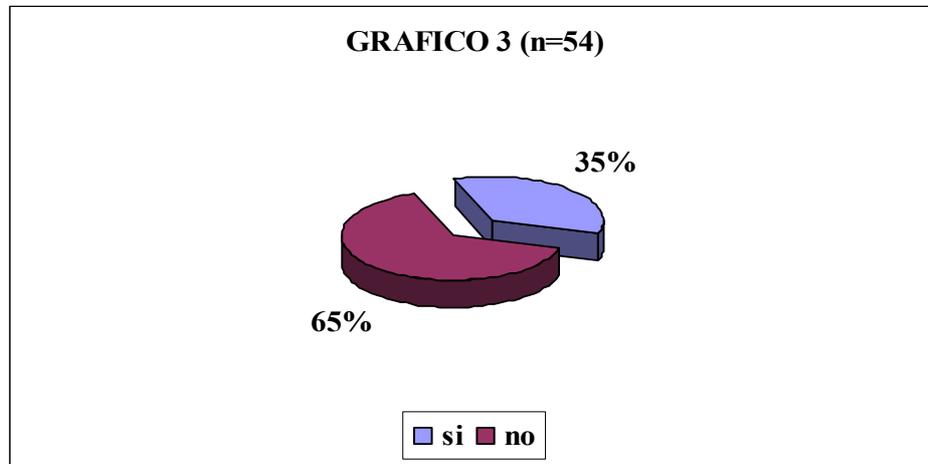


GRAFICO 3: *DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONALES DE ACUERDO A LA UTILIZACION DEL METODO*

Del total de profesionales que conocen la R.P.G., el 35 % ha manifestado utilizarla, siendo importante aclarar que lo hacen en forma parcial, debido a que ninguno de ellos ha realizado la especialización correspondiente.

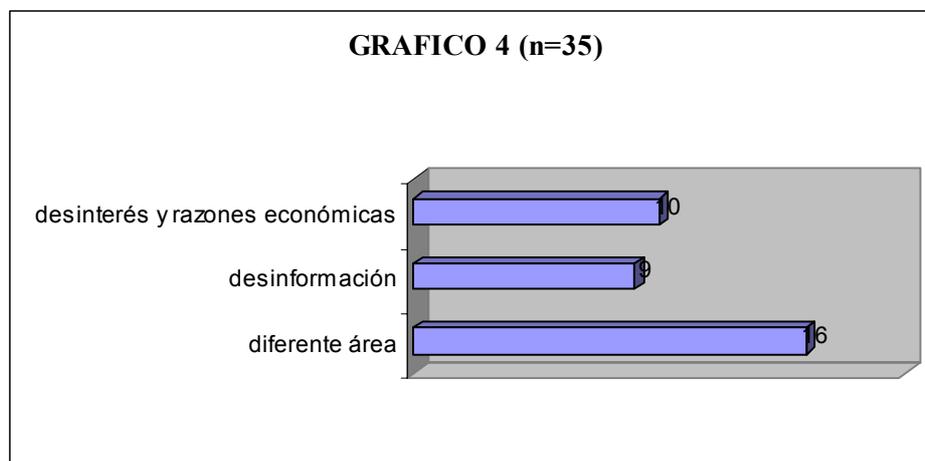


GRAFICO 4: *DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONALES QUE NO UTILIZAN EL METODO*

A pesar de ser muy diferentes los motivos por los cuales los profesionales no utilizan el método (65%), los porcentajes asignados a cada uno no difieren significativamente; demostrando así que no hay relevancia de ninguno de ellos;

- ✓ desinterés y razones económicas 28%
- ✓ desinformación 26%
- ✓ desarrollo de su actividad en diferente área 46%.

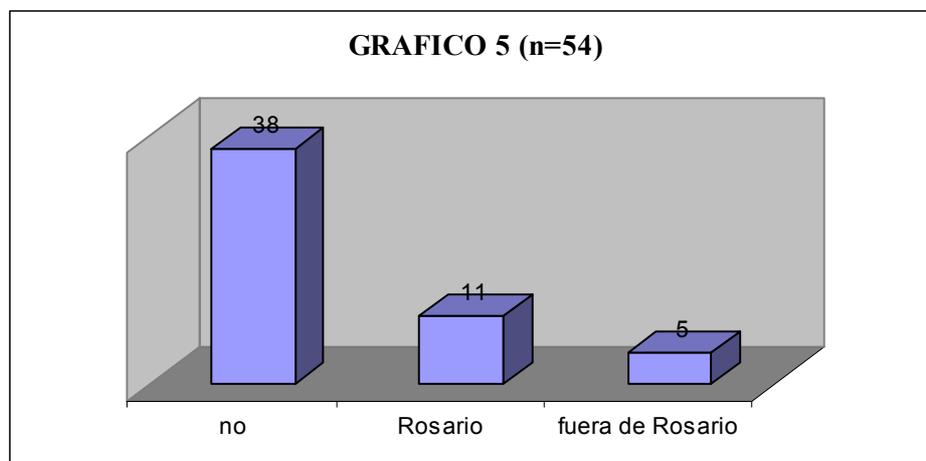


GRAFICO 5: DISTRIBUCION DE COLEGAS QUE UTILIZAN EL METODO

De los kinesiólogos que conocen el método de Reeducción Postural Global (83%), el 70,37% ha manifestado no tener ningún colega que lo desarrolle; el 20,37% tiene colegas que lo utilizan parcialmente en la ciudad de Rosario y sólo el 9,26% tiene conocimientos sobre colegas que lo desarrollan fuera de ella.

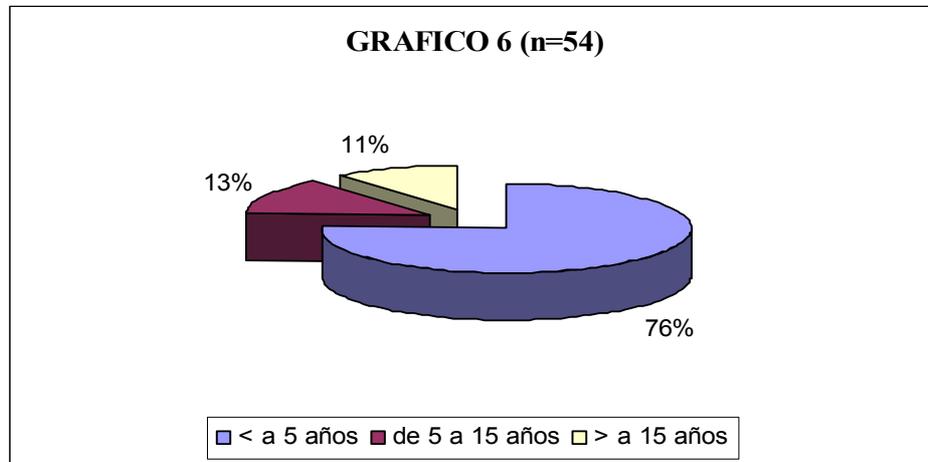


GRAFICO 6: *DISTRIBUCION DE PROFESIONALES SEGÚN LOS AÑOS DE MATRICULADO*

De los kinesiólogos que conocen el método de Reeducción Postural Global (83%), el 76% se ha matriculado dentro de los últimos 5 años; el 13% entre los últimos 5 y 15 años y el 11% lo ha hecho hace más de 15 años.



Conclusión

Cursando el quinto año de la licenciatura en Kinesiología y Fisiatría tuvimos la oportunidad de asistir a una charla informativa sobre cadenas miofasciales. En la búsqueda de información sobre este tema, encontramos un método llamado “Reeducación Postural Global” (R.P.G.) que basa su terapéutica en estas cadenas. Intrigadas por el mismo y con la intención de indagar sobre el tema, comenzamos la búsqueda de material, que se vio dificultado por la escasa difusión que existe en nuestra ciudad.

Este método recupera la terapia manual como pilar fundamental de la kinesiología, basándose en su principio de globalidad, a través del cual se entiende al paciente como un todo; encontrando las causas por las cuales se originaron las alteraciones y confeccionando un plan de tratamiento en base a las individualidades de cada persona. En este método la kinesiología debe ser activa, donde el paciente sea el protagonista del tratamiento. El terapeuta es quien propone las herramientas al cuerpo para que este mismo genere su propia curación, pero es el paciente el encargado de alcanzar el éxito terapéutico a través de su compromiso.

Cuanto más activo es el trabajo y más responsable es el paciente, más efectivo es el resultado.

La filosofía de la R.P.G. nos permitió redescubrir la esencia de lo que para nosotras representa la kinesiología. Fue en este punto donde decidimos realizar nuestra tesina sobre este método.

Con motivo de establecer qué nivel de información se tiene acerca de este método en nuestra ciudad, se realizaron entrevistas a un grupo significativo de kinesiólogos.



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

Analizando los resultados obtenidos, se concluye que la mayor parte (83%) de los profesionales entrevistados afirma conocer el método de Reeducción Postural Global, por medio de material bibliográfico, congresos, cursos, sitios de internet y referencias de sus colegas.

El 29% de los kinesiólogos entrevistados que aplica el método, lo hace sólo en forma parcial. Esto se debe a que en nuestra ciudad no hay ningún profesional especializado. Debe aclararse que el método RPG es enseñado por Philippe Souchard y sus colaboradores dentro del ámbito de la U.I.P.T.M. (Universidad Internacional Permanente de Terapia Manual), en Saint Mont (Francia) y en otros 10 países.

La RPG se ha ido desarrollando desde hace más de 20 años. Los resultados obtenidos demuestran que los profesionales con mayor información sobre el método son quienes se han matriculado en los últimos 5 años (*ver TABLA 1*).

	\leq A 5 AÑOS	\geq A 5 AÑOS	TOTAL
CONOCE	40	15	55
NO CONOCE	6	4	10
TOTAL	46	19	65

TABLA 1

Uno de los factores determinantes de esta situación es la posibilidad de contar con una mayor cantidad y calidad de información sobre este método, siendo favorecido por el desarrollo tecnológico, científico y social.



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

A pesar de estos avances, la kinesiología es una profesión en desarrollo en nuestra ciudad, por lo que no podemos obviar que todavía queden diferentes áreas por investigar y desarrollar. Más allá de poseer un espíritu innovador e investigador, al profesional le resulta difícil mantenerse al margen de la situación económica por la cual atraviesa nuestro país, en particular el área de la salud. Esto hace que cada uno deba limitar la mayor parte de su tiempo al trabajo diario y de esta manera verse restringido en el desarrollo de su crecimiento científico y personal.

Es por todos estos motivos que creemos importante destacar el aporte de algo que no es nuevo, pero sí desconocido para nuestra ciudad.

A raíz de nuestra investigación pretendemos dar difusión al método de *Reeducción Postural Global* por considerarlo un instrumento dentro de otra filosofía terapéutica.



Datos Bibliográficos

- Souchard, Philippe E.; “R.P.G. – Les Cahiers”; Tomo II; Ed. Le Pousoe ; Saint Mont ; 1991.
- Souchard, Philippe E.; “R.P.G. Quid”; Ed. Le Pousoe ; Saint Mont ; 1992.
- Souchard, Philippe E.; “La Respiración”; Ed. Le Pousoe ; Saint Mont ; 1987.
- Souchard, Philippe E.; “Streetching Global Activo (De la Perfección Muscular a los Resultados Deportivos)” ; Ed. Paidotribo; Barcelona; 1º Edición.
- Souchard, Philippe E.; “Streetching Global Activo (II)” ; Ed. Paidotribo, 2º Edición; Barcelona; 2002.
- Souchard, Philippe E.; “Vous avez dit holistique ?”; Ed. Le Pousoe ; Saint Mont ; 1991.
- Souchard, Philippe E.; “Reeducación Postural Global”; Ed. Le Pousoe; Saint Mont.
- Souchard, Philippe E.; “Reeducación Postural Global. Monográfico nº 1”; Ed. I.T.G.; Barcelona.
- “Reeducación Postural Global”; Ed. Asociación Argentina de Reeducación Postural Global; Boletín Nº 1; 1.997.



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

- **“Reeducación Postural Global”; Ed. Asociación Argentina de Reeducción Postural Global; Boletín N° 2; 1.998.**
- **“Reeducación Postural Global”; Ed. Asociación Argentina de Reeducción Postural Global; Boletín N° 3; 1.999.**
- **“Reeducación Postural Global”; Ed. Asociación Argentina de Reeducción Postural Global; Boletín N° 4; 1.999.**
- **“Reeducación Postural Global”; Ed. Asociación Argentina de Reeducción Postural Global; Boletín N° 5; 2000.**
- **“Reeducación Postural Global”; Ed. Asociación Argentina de Reeducción Postural Global; Boletín N° 6; 2000.**
- **Busquet, Léopold; “Las cadenas musculares”; Tomo I; Ed. Paidotribo; Barcelona; 1° Edición.**
- **Bienfait, Marcel; “La Reeducción Postural por Medio de las Terapias Manuales”; Ed. Paidotribo; 2° Edición; 1999.**
- **Freres, Michael; Mairlot, Marie Bernadette; “Maestros y Claves de la Postura”; Ed. Paidotribo; Barcelona; 2000.**
- **Loyber, Isaías; “Funciones motoras del Sistema Nervioso. Regulación del tono muscular y la postura”; Ed. Unitec S.R.L.; Córdoba; 1.987.**
- **Berne, Robert M.; Levy, Matthew N.; “Fisiología”; Ed. Harcourt Brace. 2° Edición; Madrid; 1.998.**
- **www.rpg.org.ar Asociación Argentina de Reeducción Postural Global**
- **www.rpgsouchardinst.br Instituto Philippe Souchard Brasil**



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

- www.fisionet.it RPG Italia
- www.rpg-souchard.com Reeducción Postural Instituto Philippe Souchard
- www.itg-rpg.org Instituto de Terapias Globales Bilbao – España



Anexos

Entrevista a kinesiólogos de la ciudad de Rosario:

Datos del profesional

Año de matriculado:.....

Universidad de la que ha egresado:.....

¿Ha realizado algún postgrado?

si no

¿En qué ámbito realiza atención kinésica?

<input type="checkbox"/> público	<input type="checkbox"/> domicilio
<input type="checkbox"/> privado	<input type="checkbox"/> consultorio externo
<input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> internación

1) ¿Conoce usted el método de Reeducación Postural Global (R.P.G.)?

si no

2) Conoció el método por medio de:

<input type="checkbox"/> colegas
<input type="checkbox"/> congresos / cursos
<input type="checkbox"/> internet
<input type="checkbox"/> bibliografía (libros, revistas, boletines, etc.)

3) ¿Utiliza usted el método? ¿Cómo?

<input type="checkbox"/> en forma total
<input type="checkbox"/> en forma parcial
<input type="checkbox"/> no lo utiliza (contestar pregunta n° 4)

4) No lo utiliza por:

<input type="checkbox"/> desinformación
<input type="checkbox"/> desinterés
<input type="checkbox"/> trabaja en diferente área
<input type="checkbox"/> razones económicas

5) ¿Tiene contacto con algún colega que se haya formado en este método?

si no



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

6) El mismo desarrolla su actividad en:

- Rosario
- Otra ciudad ¿Cuál?.....
- Otro país ¿Cuál?.....



Entrevista a kinesiólogos de la Asociación Argentina de Reeducción Postural Global:

- 1) ¿Cómo conoció usted el método de Reeducción Postural Global?
- 2) ¿Cuándo y dónde se formó?
- 3) ¿Cómo se mantiene informado sobre los avances del mismo? ¿Qué formas de actualización hay?
- 4) ¿Cuáles cree usted que son las ventajas y desventajas del método?
- 5) ¿Trabaja usted en equipo interdisciplinario?

MARIO E. KORELL:

Presidente de la Asociación Argentina de Reeducción Postural Global; Profesor de la Cátedra de Biomecánica de la UBA.

1) Llegué a conocer la R.P.G. cuando estaba en la Universidad Nacional de Buenos Aires. En el momento en que yo estaba cursando 3º año de la carrera leí un libro llamado “El campo cerrado”, es un libro donde se plantean las cuestiones tanto fisiológicas y metodológicas que tiene este método. Fue editado en España y el autor es Philippe Souchard. Este sería el libro que le da punto de inicio a la Reeducción Postural Global.

La forma que tenía el autor de presentar y entender el funcionamiento del cuerpo humano y de analizar sus formas de enfermar, de enfermarse, encajaban muy bien con la forma de pensamiento que yo tenía. A mi, particularmente me cerraron una gran cantidad de cosas que quería explicar.



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

A partir de ahí me comenzó a interesar y me planteé como objetivo formarme en este método.

2) Yo me recibí en año 1.992 y me formé en el método en el año 1.998

3) Hay varias formas de mantenerse informado: la primera es por medio de los boletines que se editan en Francia, otra forma es por la información que circula en el ámbito de la R.P.G., ya sea vía Internet o por cursos (reciclaje o cursos superiores: estos son los que están enfocados a determinados tópicos como la escoliosis).

En general Philippe Souchart cuando viene a dar el curso de base, da un curso superior. También suelen venir profesionales de Brasil, ya que es el país en donde se realiza una formación más continua.

Hay diplomas que se entregan a aquellos profesionales que han logrado un puntaje; es decir que han hecho una serie de cursos superiores y ha presentado un trabajo con un caso clínico.

4) Uno de los aspectos más importantes es que verdaderamente la terapéutica está de alguna manera delineada para cada paciente, es decir que uno aborda cada caso de una manera muy particular, de acuerdo a las características que ese cuadro presenta y a las necesidades que ese paciente necesita. Esto creo que es uno de los principales beneficios, que se puede llevar a la práctica el hacer un tratamiento individual: para esa persona, para su problema y para ese momento. Esto concuerda con uno de los principios del método: la individualidad. Según mi opinión es el principal, ya que los otros se dan por añadidura. Creo que en una patología morfológica, sintomática en una estructura interrelacionada como es el cuerpo humano no puede abordarse sino es desde una concepción global,



“La Reeducación Postural Global en la Kinesiología”

creyendo que hay un suceso que tiene relación o se vincula con varios fenómenos de esa estructura.

La causalidad es más compleja porque no siempre las causas pueden ser verdaderas, es decir los escalones causales pueden ser infinitos, siempre puedo ir pretendiendo subir un escalón más en la búsqueda de las causas pero en algún punto uno para. En general lo hacemos cuando la causa nos da un elemento de trabajo, una vía de corrección.

Uno traza el objetivo de trabajo junto con la evaluación. La evaluación me brinda a mi el objetivo y los lineamientos de tratamiento. Es bastante compleja y tiene varios pasos. Cada uno de ellos tiene una profundidad que es mayor para comprender a ese individuo y comprenderlo de manera absoluta.

Luego de definir el tratamiento hay dos elementos anexos que son muy importantes: uno es la puesta en tensión que la realizamos dentro de la postura. Esta me va a permitir reafirmar la evaluación o encontrar cosas nuevas que la primera evaluación no me permitió ver. La otra herramienta es la postura en si que es lo que me permite cumplir con el objetivo de globalidad. La postura está diseñada justamente para que yo pueda trabajar de manera global.

5) No trabajo en forma interdisciplinaria pero la realidad es que si es necesario. Cuesta mucho y creo que es por este motivo también que no se accede a los pacientes de forma temprana. En general recibimos a los pacientes en períodos en los cuales las patologías están un poco avanzadas. El tema principal es que es muy difícil trabajar de forma interdisciplinaria en un consultorio particular.



SUSANA COBAS:

2da. RPGista del país; Profesora Adjunta de R.P.G.; co-fundadora de la Asociación Argentina de Reeducación Postural Global y organizadora de los cursos de R.P.G. en Buenos Aires.

1) y 2) Conocí el método mientras vivía en París. Estaba buscando un camino diferente de la Kinesiología tradicional que me aburría. Philippe Souchart comenzó con las formaciones del método en el sur de Francia. Yo me fui a formar a Saint Mont que es la Universidad de Terapias Manuales, en el año 1.985.

Francois Meziere hablaba sólo de cadenas musculares posteriores, para ella había una sola cadena responsable de todas las patologías. Cuando quería corregir una hiperlordosis lumbar veía que esa hiperlordosis se trasladaba a una flexión de rodilla. Para que la persona pudiera alongar sus músculos de la zona lumbar, ella corregía doblando la rodilla, hablaba de una traslación de lordosis, de una corrección; ya que lo único que hacíamos era pasar el acortamiento de un lado a otro, con lo que nació el tema de las compensaciones. Para poder alargar un músculo de una cadena había que alargar toda la cadena. Lo incompleto era que solo hablaba de cadena posterior, corregía todo a través de la elongación de los músculos de esa cadena: espinales, isquiotibiales, gemelos, plantares, etc. Pero le quedaban otras cosas para poder explicar, por ejemplo la cifosis. Si todo era responsabilidad de los posteriores, como se producían la cifosis? Por este motivo se culpaba a la gravedad, volviendo a los conceptos clásicos. Pero entonces: por qué la gravedad afectaba a algunos y a otros no, por qué algunos eran cifóticos y otros dorso- plano.



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

A raíz de esta situación Philippe Souchard siguió investigando y llegó a todo esto de cadenas musculares. Yo fui a formarme justo en el momento en que Souchard comenzó con la formación.

3) Yo, particularmente viajo todos los años a Francia, soy Profesora Adjunta de R.P.G. La kinesiología fue desde siempre una terapia manual, las manos del kinesiólogo eran el instrumento más importante y la Reeducción Postural Global en ese sentido recuperó la mano. Es otra forma de abordar al paciente.

Es un método de diagnóstico y de tratamiento. Nosotros tenemos nuestros diagnósticos ya que leemos las retracciones musculares y trabajamos en función de lo que vemos.

4) Son totalmente diferentes las formas de abordar al paciente. Yo diría que desventajas con respecto a la kinesiología clásica es que es más difícil, pero da más resultados. Siempre es necesario ir mejorando, pero en el sentido de la Reeducción Postural Global. La diferencia en el diagnóstico entre la kinesiología clásica y la R.P.G. es la definición de debilidad muscular. Muchos pacientes viene con la orden del médico de ejercitar los músculos de la espalda, porque están débiles. Por qué están débiles?: la diferencia en este concepto es que los RPGistas coincidimos en que hay una debilidad en los músculos espinales, pero producida por exceso. Por el contrario la debilidad muscular en la kinesiología clásica es por falta de tono. A los músculos de la estática no les falta tono. A nivel postural los músculos de la estática están cumpliendo funciones importantísimas: nos mantenemos parados gracias a ellos, son responsables de la función respiratoria, de la alimentación, etc. Son funciones que están muy relacionadas con la



“La Reeducción Postural Global en la Kinesiología”

angustia vital. Por este motivo es que estos músculos están en constante trabajo, no se relajan nunca. Esta es una gran diferencia en el concepto, ya que si el músculo está débil por falta de tono lo tengo que reforzar en acortamiento, pero si lo está por exceso de tono, es decir que está más acortado, lo tengo que reforzar en elongación.

5) Sería deseable. Hoy los médicos aceptan la R.P.G.; pero yo personalmente no trabajo en equipo, excepto con homeópatas que tienen la misma filosofía que los RPGistas.