

Elección de la postura en R.P.G.

MICHEL PINTON

En RPG, de cara al paciente, tenemos a nuestra disposición 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 vienen a incorporar 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 (cierre o abertura del ángulo), 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

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

Todas estas posturas clasificadas en la sección «cierre del ángulo coxofemoral», 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 tronco y los miembros inferiores para lograr de forma más intensa el alargamiento de estos músculos.

2) Posturas en abertura del ángulo coxofemoral

- 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.

Pero ¿por qué emplear preferentemente una postura en abertura más que una de cierre del ángulo coxofemoral (o a la inversa)?

Esto va a determinarse en el examen, por el test de elección de postura. Para comprender este test es conveniente repasar el concepto de zona de crédito.

Zona de crédito: es una zona que está siempre situada a la altura de la lordosis lumbar o más exactamente, en la unión de la lordosis lumbar y la lordosis diafragmática; diremos entonces que es una zona lumbodiafragmática. La zona de esta lordosis responde más o menos a la L2, L3.

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

Tomemos un sujeto que tiene un gran calcáneo varo y un antepie varo. Al caminar no tiene sentido, para él, el apoyar el pie sobre el borde externo, por lo que para tener un paso más armónico y estético, pondrá su pie plano. De esta manera, reorientando su calcáneo va a «desordenar» su tríceps sural que va a tener que recuperar su longitud; la que ha tomado a nivel del calcáneo.

Partiendo del principio de que un músculo víctima de una tensión en una de sus inserciones (en este caso el calcáneo) será obligatoriamente victorioso en la otra inserción; el tríceps sural y sobre todo el sóleo, será «victorioso» a nivel de la tibia, lo que va a implicar una retracción externa de la misma. Así, se va a «alterar» la inserción tibial de los isquio-tibiales. Estos a su vez, van a tratar de recuperar la longitud que les ha sido tomada, a nivel de su inserción isquiática, lo cual va a «alterar» el hueso ilíaco «en deslordosis» y los espinales, que a su vez, van a tratar de recuperar, ... etc.

Así, sucesivamente, el desplazamiento de tensiones en desórdenes óseos, no tendría fin alguno, y encontraríamos quizá a nuestro sujeto «con los hombros encima de las orejas» para poder posar su pie en el suelo. En realidad la zona crediticia, lordosis lumbo-diafragmática, se agrava, se acorta con el fin de dar suficiente largura a toda esta cadena particular del miembro inferior, para que en dinámica el pie se pose en el suelo sin demasiado problema.

Sucede lo mismo para cualquier otro segmento cuya rigidez con el desalineamiento óseo que de ello resulta, hiciera difícil su movilización.

Por ejemplo, un hombro muy «enrollado» por la retracción del pectoral mayor debería, permitir al brazo y a la mano coger un objeto en abducción, extensión y rotación externa en los movimientos de la vida cotidiana. Es una vez más, la zona crediticia la que va a ser solicitada, y va a acortarse para dar el crédito de longitud a la periferia y hacer posible todo movimiento funcional respetando las hegemonías.

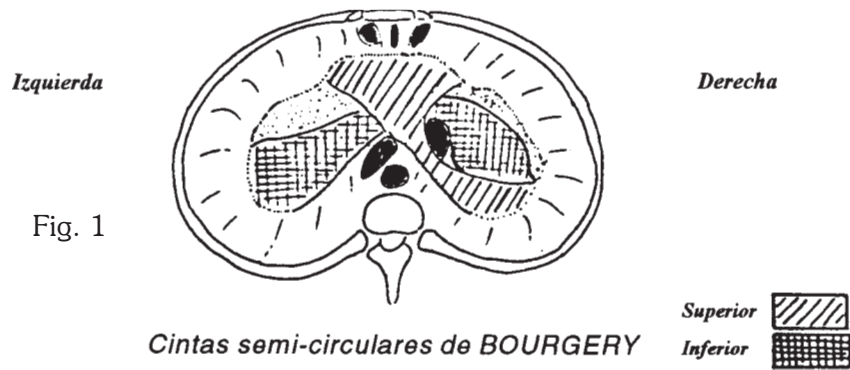
De forma general, la zona crediticia se encontrará más marcada en la derecha que en la izquierda, en la casi totalidad de las personas.

Esto se puede explicar por la configuración del diafragma. En efecto, esta zona lumbo-diafragmática corresponde a la proyección del diafragma sobre la columna; el diafragma es el centro sobre el cual convergen y pasan todas las influencias que vienen 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 Bourgery, la superior enlaza las hojas anteriores y derechas, la inferior une la hoja izquierda a la derecha (Fig.1)], se puede comprender fácilmente que la zona crediticio, proyección del «centro-diafragma», se encuentra más marcada a la derecha que a la izquierda.

El punto torácico corrector de esta zona crediticio, será el diametralmente opuesto. En efecto, el acortamiento se hará en todos los planos del espacio (lordosis-inclinación lateral-rotación). El punto

corrector será más o menos alto, medial o por el contrario, lateral, en función del hecho de que la «zona» sea más marcada en lordosis o en inclinación lateral.



De la compresión de esta zona resulta la intervención terapéutica concreta. Si un paciente tiene esta zona en acortamiento sistemáticamente en la vida cotidiana con el fin de preservar sus hegemonías y sus posibilidades funcionales, es seguro que 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 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.

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

- El juego consiste en corregir los dos (centro y extremidades) simultáneamente, por los que habrá que dosificar las amplitudes de corrección en función de la rigidez particular de cada persona. Esto hace que, si se quiere actuar de una forma global, sea imposible e impensable suprimir totalmente una compensación particular reorientando de manera demasiado rigurosa el segmento en cuestión. En este caso se trataría de un trabajo puramente analítico (*La paradoja-Cuadernos RPG n°9*).

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

- Al fin de poder controlar eficazmente esta zona de crédito y de actuar de manera que no se agrave en el curso del trabajo, lo cual será volver a colocar a la persona en las condiciones de la vida cotidiana (acortamiento del centro para permitir la reorientación de las extremidades), hace falta descubrir cuales son los músculos responsables o directamente ligados a esta lordosis,

- Esta región puede depender de músculos anteriores y posteriores.

1) Músculos ANTERIORES que pueden formar o fijar la lordosis (Fig.2)



Fig. 2

Estos 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

2) Los músculos POSTERIORES que pueden formar y fijar la lordosis (Fig.3)

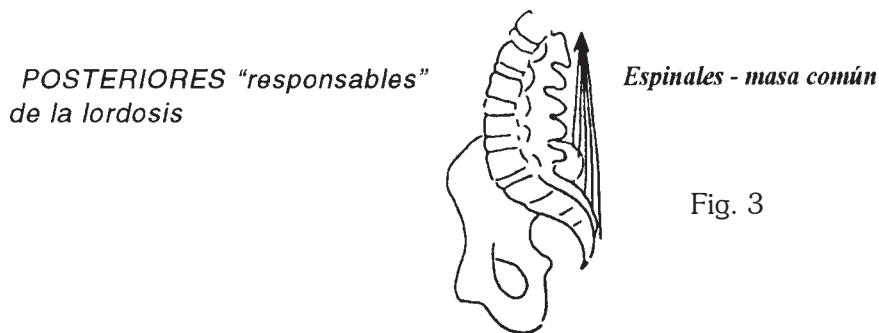


Fig. 3

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 esta lordosis y por lo tanto saber hacia dónde va a ser orientado el trabajo, basta con suprimir, durante el examen, esta curvatura y «leer» hacia que grupo muscular se desplaza la tensión, y sobre todo en qué grupo ANTERIOR (psoas, diafragma, aductores pubianos) o POSTERIOR (espinales) es más importante la tensión.

1) Supresión de la lordosis que tiende a revelar la rigidez de los ANTERIORES



Posición neutra

Fig. 4

En posición, de pie vamos a suprimir la lordosis haciendo una retroversión de la pelvis intentando verticalizar el sacro, lo que tendrá como efecto desplazar arbitraria y voluntariamente la tensión hacia los ANTERIORES y supondrá 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 ejercida sobre los pilares diafragmáticos. (Fig.4 y 5)



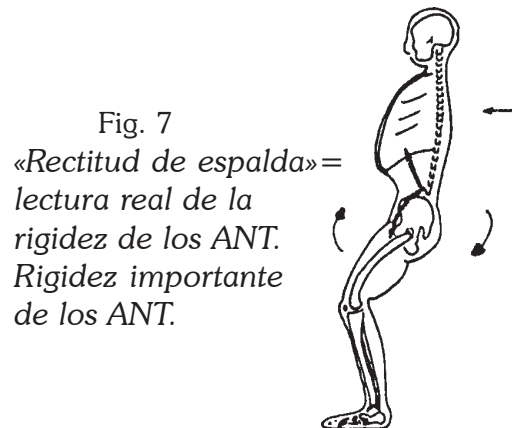
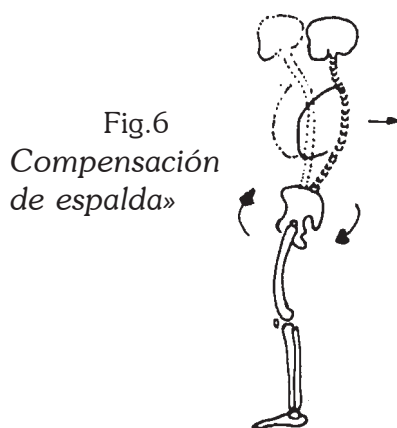
Retroversión:
Flexión fisiológica

Fig. 5

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 buena 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 de masa supone 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. Habrá que hacer 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. (Fig. 6 y Fig. 7)

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. Hay que cuidar de no lanzar conclusiones muy prematuras. Se trata de test comparativos, y para comparar son necesarias al menos dos cosas...



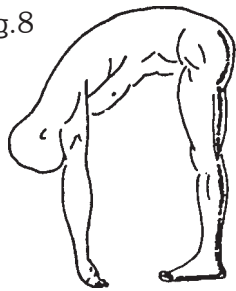
2) Supresión de la lordosis tendente a revelar la rigidez de los posteriores

Una vez más convendrá suprimir la lordosis, pero desplazando en este caso la tensión arbitraria y voluntariamente hacia los posteriores pidiendo a la persona que se incline hacia delante lo que producirá una supresión de la lordosis ya que la región lumbar va a cifosarse. (Fig.8)

Mientras la persona permanezca con su columna vertebral enrollada (inclinado hacia delante, cabeza abajo-Fig.8), podemos apreciar la rigidez de sus músculos posteriores de los miembros inferiores (músculos cortos del pie, posteriores de la pierna, isquios, glúteos) así como la libertad dejada a la pelvis por estos músculos en la flexión anterior. Pero esta posición en ningún caso permite definir la rigidez general de los posteriores en conjunto.

Para ello es necesario, siempre en posición inclinada hacia delante, pedir a la persona que realinie las regiones lumbar, escapular y cervical. Sólo este rigor en la realineación, que recuerda la «rectitud de espalda» del test anterior, permite revelar la rigidez real de los posteriores desde los músculos cortos del pie a la base de la nuca (espinales de la nuca), pasando por el tríceps, isquios, glúteos y espinales. (Fig.9)

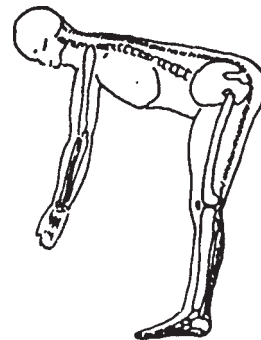
Fig.8



«Rectitud» de espalda:
rigidez de la post. en
su conjunto

«Rigidez» de los posteriores
de los miembros inferiores

Fig.9



Poca rigidez de post.

Una persona cuyos posteriores están poco rígidos podrá poner esta posición en una angulación miembros inferiores-tronco, próxima a los 90°, la espalda casi en horizontal. (Fig.9)

Por el contrario una persona cuyos músculos posteriores están

rígidos, mostrará dificultad para mantener esta angulación próxima a 90°, y cuanto más rígidlos estén estos músculos más tendencia tendrá el tronco a verticalizarse. (Fig. 10)

RESUMEN

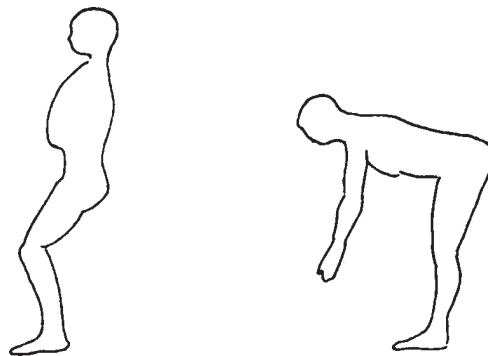
1) El test de elección de posturas no es más que una supresión de lordosis.

2) Una persona que tenga más rigidez de los ANTERIORES que de los POSTERIORES, por lo tanto con más responsabilidad en los ANT. sobre la lordosis tendrá dificultad en suprimir su lordosis en posición de pie, lo que se traducirá por una flexión exagerada de la coxofemoral y de las rodillas, así como una agravación del tórax en inspiración.

3) A la inversa, una persona que tenga más responsabilidad de sus posteriores sobre la lordosis, por lo tanto, más rigidez de los POSTERIORES que de los ANT. , mostrará poca deformación en la posición de pie y una abertura importante del ángulo coxo-femoral representada por una verticalización flagrante del tronco en relación a los miembros inferiores, en la postura inclinada hacia delante.

En el primer caso es más fácil de comprender que el trabajo estará basado sobre todo en una apertura del ángulo coxofemoral para luchar contra la retracción de los ANTERIORES. (Fig. 11)

Fig. 11



*Rigidez más importante de los ANT. que de los POST.:
Apertura del ángulo coxofemoral*

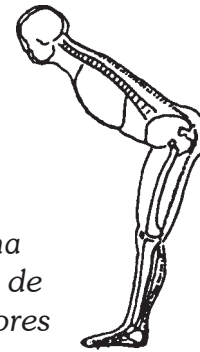
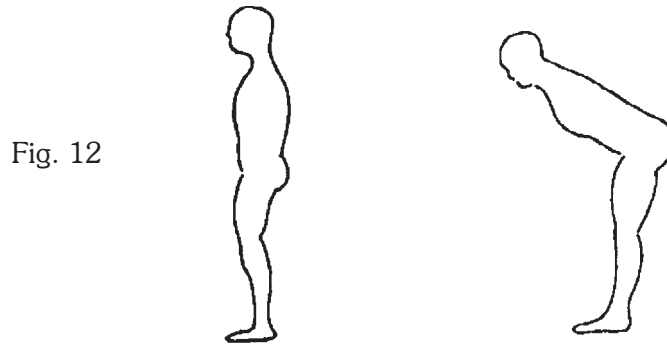


Fig.10

*Mucha
rigidez de
posteriores*

En el segundo caso el trabajo encarará sobre todo los POSTERIORES y pasará por posturas de cierre del ángulo coxofemoral. (Fig. 12)



*Rigidez mayor de los POST. que de los ANT.:
Cierre del ángulo coxofemoral*

- A partir de que los test revelen una retracción importante de los ANT. (psoas, diafragma, aductores pubianos), lo que supone un cierre del ángulo coxofemoral (flexión de cadera) habrá que trabajar hacia una apertura del ángulo.

- A partir de que los test revelen una retracción importante de los POST. (espinales, isquios, glúteos, tríceps, músculos cortos del pie), lo que implica una apertura del ángulo coxofemoral (verticalización del tronco con respecto a los miembros inferiores), habrá que trabajar hacia un cierre en ángulo.

Queda claro que el hecho de haber descubierto el grupo muscular responsable de la lordosis no permite olvidar completamente el otro grupo muscular. En efecto, si los ANT. son responsables de la zona cervicecual y provocan una lordosis exagerada, los POST. van a aprovechar la situación y la posición que les ofrece para acortarse a su vez, serán consecuencia de la rigidez de los ANT.

El trabajo tenderá a devolver su longitud a los ANT. 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 POST. En este caso el trabajo será más importante sobre los ANT pero no se olvidarán los POST.

No pueden tenerse problemas de los ANT. sin tenerlos de los POST. (y viceversa), pero uno de los dos grupos se mostrará siempre más marcado durante los test comparativos y deberá, por lo tanto, trabajarse más que el otro.

Además la cadena posterior de los miembros inferiores (glúteo, isquios post. de la pierna y músculos cortos del pie) se pondrá en colaboración ya sea que la lordosis la fijan los ANT. (psoas, aductores pubianos, diafragma) o los POST. (espinales). Cualquiera que sea la causa de la exageración de la curvatura lumbar estará acompañada de una anteversión de la pelvis; los glúteos y los isquiotibiales intentarán frenar la caída del hueso ilíaco hacia delante. Si los isquiotibiales son víctimas de la tensión a nivel de hueso ilíaco (lo cual es el caso, ya que si no, no habría lordosis), tendrán una tensión victoriosa sobre sus inserciones tibiales (rotación interna de la tibia), el sóleo resistirá a esta rotación interna y de la misma manera desordenará su otra inserción (calcáneo), lo que implica una tensión de los músculos cortos del pie.

Todo desfase del hueso ilíaco hacia la anteversión ya sea debido a los ANT. o a los POST., desencadenará una reacción de los músculos posteriores de los miembros inferiores hacia la tensión-acortamiento.

Esto explica que cualquiera que sean los músculos responsables de la lordosis, revelados por el test de elección de postura, convendrá de todas formas, efectuar una postura en cierre de ángulo para resolver los problemas de los miembros inferiores.

Persona cuyos ANT. son responsables de la lordosis

1) Postura de apertura de ángulo de gran importancia en el tiempo de sesión.

2) Postura de cierre de ángulo de menor importancia en el tiempo, apuntado a la «rigidez-consecuencia» de los POST. y los problemas de miembros inferiores inherentes a la posición de anteversión de la pelvis.

Persona cuyos POST. son responsables de la lordosis

1) Postura de cierre de ángulo de gran importancia en el tiempo de sesión, que tiende a devolver la longitud a la vez de los músculos

espinales directamente ligados a la lordosis, y a los músculos posteriores de los miembros inferiores cuya rigidez deriva de la posición de la pelvis.

2) Postura de apertura del ángulo coxofemoral, de menor importancia en el tiempo, que tiende a luchar contra la rigidez de los ANT. consecuencia de los POST.

Una de las primera grandes cuestiones del interrogatorio homeopático, que procede de la eliminación para llegar a la elección del remedio propio de cada paciente, permite saber si el enfermo se agrava por el frío o por el calor. En efecto, la casi totalidad de los medicamentos homeopáticos pueden clasificarse bajo estos dos aspectos: calor y frío; lo que lleva a eliminar de golpe con una sola pregunta un gran número de medicamentos que corresponden a uno u otro aspecto.

Si un paciente se agrava por el calor hay que eliminar todos los remedios que entran en la lista de «agravado por el frío» y encontrar entre los que quedan el medicamento que responde al mayor número de síntomas descritos por el efecto.

En RPG hay que proceder de la misma forma: uno de los primeros gestos del «examen-interrogatorio» será el test de elección de posturas que indica la responsabilidad de los ANT. o de los POST. respecto a la lordosis (ANT. y POST. = calor y frío). Esto muestra la importancia de este test de elección de postura, ya que una vez establecida la responsabilidad de uno de los dos grupos musculares, el resto del examen en puntos de equilibración, elección de la posición de los miembros superiores en aducción o abducción ... etc, se hará en las posiciones correspondientes a los músculos responsables.

Si los ANT. se revelan por el test de elección de postura, el examen se proseguirá en posición de pie, dejando momentáneamente las posiciones en cierre de ángulo (sentado, de pie-inclinado hacia delante).

Si los POST. se revelan por el test, el examen se proseguirá en posición sentado o inclinado hacia delante, dejando de momento la postura de apertura (de pie).

Esta orientación en el examen procediendo por eliminación, permite delimitar los problemas y descubrir cual(es) posición(es) será la mejor adaptada y la más eficaz para cada persona en función de sus problemas particulares.

Es evidente que no será posible ser tan categórico en RPG como en Homeopatía en cuanto al abandono de una de las dos categorías (aspectos). En efecto, hemos visto más arriba que la responsabilidad de un grupo muscular implica obligatoriamente una puesta en juego consecuente del otro grupo.

En todo caso, este test de elección de postura, si bien no hace posible el abandono total de un grupo-consecuencia, facilita el examen en el sentido que permite orientar las investigaciones y ordenar los problemas con el fin de despejar rápidamente el gesto terapéutico justo correspondiente a los síntomas del enfermo en el día y la hora en que éste se nos presenta.

ELECCION DE POSTURA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

En efecto, cronológicamente durante el examen, se trata de determinar si el grupo responsable de la lordosis lumbo-diafragmática o si los músculos más retraídos en relación con esta curvatura, son los anteriores (psoas, diafragma, aductores pubianos) o posteriores (espinales). Del descubrimiento de esta responsabilidad deriva la elección de una postura en apertura o en cierre del ángulo coxofemoral. A continuación, en la postura que haya sido determinada, resta por saber cual será la posición de los miembros superiores, bien en aducción o bien en abducción. La posición de los miembros superiores completa y especifica la postura elegida en función de la retracción de los ANT. o de los POST.

Pero entendámonos, se trata de un orden cronológico durante el examen, procediendo por eliminación.

La primera parte de este examen permite encontrar la postura más eficaz para trabajar los músculos más retraídos en relación con la lordosis (ANT. o POST.). Después en esta misma postura trataremos

de determinar cual es la posición de los miembros superiores que, una vez más, 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 y menos su responsabilidad ante cualquier patología o sintomatología.

Todo lo contrario, hay que vigilar mucho este trabajo de miembros superiores. De hecho, puede parecer más importante corregir los miembros inferiores que los miembros superiores, por ser la deformación más evidente y más frecuente en los primeros.

Desde mi punto de vista es un error; 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. Es un arma de doble filo, esta libertad de la mano no sólo nos oculta la retracción real de los músculos, de los segmentos brazo y antebrazo, sino que además corre el riesgo de permitir la dilución de las retracciones que no han podido «encontrar su lugar» en otra parte. A menudo la solución de los problemas importantes pasa por la corrección de los miembros superiores, simplemente porque éstos representaban la única escapatoria posible, mientras que el examen revelaba, quizá, una mayor deformación de los miembros inferiores.

No hay que caer en el extremo opuesto y dar más atención a este segmento que a los otros; es necesario comprender bien que en nuestro 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 aductores-rotadores internos o del grupo suspensor. Si una persona presenta más rigidez de los aductores-rotadores internos, convendrá trabajar el brazo en abducción. Si por el contrario, el examen revelase en la misma persona una mayor retracción de los suspensores, el trabajo se haría 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. Bastante a menudo, la retracción de uno, que supone una deformación del hombro y del miembro superior, 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 vamos a «leer» cual es la corrección, en aducción o abducción, que desordena más a la persona. Dado que en una puesta en tensión periférica la agravación de la lordosis cervicocervical es la manifestación inmediata, vigilaremos particularmente esta región. Como en el examen que revelaba la responsabilidad de los ANT. o POST. con respecto a la lordosis, será necesario un realineamiento riguroso de los segmentos óseos del miembro superior para poner en tensión los músculos que lo han desalineado. En la corrección de la aducción rotación interna, por ejemplo, no bastará con volver a colocar el húmero en rotación externa lo que se traduciría bien por una flexión del codo, bien por una «elevación» del hombro, o quizá por las dos cosas.

Desde el momento en que se realiza una corrección del miembro superior 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 este rigor de 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 RETRACCION DE LOS SUSPENSORES

Como hemos descrito más arriba, éste 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 en posición brazos en aducción y, por supuesto, resituar hombros y omoplatos para revelar la tensión de los suspensores.

No se trata de describir todas las deformaciones posibles del miembro superior, sino, de forma general, ver las compensaciones más corrientes de este miembro bajo la dependencia de los suspensores que aparecerán de la siguiente manera:

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

El examen se realizará corrigiendo todas las compensaciones desde la extremidad del miembro hacia la raíz, ya que se pretende desplazar la tensión de una forma centrípeta.

La realineación correcta sólo se realizará si son mantenidas todas las correcciones a la vez en cada nivel, lo que exige una participación activa de la persona. La realineación de los segmentos es importante, pero siempre activa y nunca forzada pasivamente.

Por lo tanto se deberá:

- abrir la mano y estirar los dedos.
- realinear la muñeca con respecto al antebrazo.
- colocar el antebrazo en supinación, los dos huesos del antebrazo paralelos y la palma de la mano vuelta hacia delante.
- 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.
- para terminar, convendrá descargar el hombro, descender y

aducir el omoplato.

- los brazos no deberán separarse del tronco, lo que se produce cada vez que se descarga el hombro y que el sujeto muestra una retracción importante de los suspensores, ya que la longitud tomada en la fisiología de elevación se ha recuperado en la abducción, la persona intenta escapar a la tensión acortando su hombro.

Sólo una vez colocados correctamente los miembros superiores, hombros y omoplatos descargados y descendidos, se podrán apreciar las deformaciones que ello implica en otra zona 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 a la persona.

II - EXAMEN REVELADOR DE LA RETRACCION DE LOS ADUCTORES-ROTADORES INTERNOS DEL MIEMBRO SUPERIOR

La persona coloca sus miembros superiores en abducción de 90° ya que se trata de revelar la tensión de los aductores-rotadores internos (por encima de 90° la elevación de los brazos se hace con una abducción importante del omoplato que no tiene ningún interés en este examen).

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.

- el antebrazo estará entonces situado en pronación, que será suprimida girando la palma de la mano hacia delante de manera que se tengan los huesos del antebrazo paralelos.

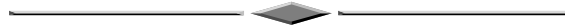
- la mano, a menudo crispada y en inclinación cubital, se abrirá con los dedos extendidos, realineando la muñeca con respecto al antebrazo.

- Esta realineación del miembro superior implicará automáticamente un hombro elevado y adelantado y un omoplato cargado y en abducción, por lo que habrá que desenrollar y bajar los hombros y descender y aducir los omoplatos.

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

Un sujeto 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 apertura o cierre del ángulo coxo-femoral elegida en la primera parte del examen.

A la inversa, un sujeto que después de estos dos exámenes muestre una mayor agravación de la lordosis cervicocervical en el test revelador de la rigidez de los suspensores que en el de los aductores-rotadores internos, deberá ser trabajado con los brazos en aducción, en la posición de apertura o cierre del ángulo coxofemoral elegida en la primera parte del examen.



RESUMEN

EXAMEN - 1ª Parte



EXAMEN - 2ª Parte

ELECCION DE POSICION DE LOS MIEMBROS SUPERIORES ESPECIFICANDO LA POSTURA

