

De la liberación articular a la restitución del movimiento Hacia una síntesis entre propioceptivos de inhibición y de facilitación

PH.-E. SOUCHARD

Los métodos de reeducación dignos de atención están basados en dos principios neurológicos: la propiocepción de inhibición o de facilitación. Como todo lo que rige el mundo fenoménico, estas aproximaciones son antagonistas y complementarias. Es justo pues que el profesor Perfetti en el Congreso en mayo de 1997 en Bergamo, dedicado a nuestros respectivos métodos, afirmaba que representamos las dos caras de la misma moneda. Cada una de estas aproximaciones puede, efectivamente, aspirar justamente a obtener resultados en lo que podría, a priori, constituir el campo de la aplicación privilegiada del otro.

Basada en el reflejo miotático inverso, la R.P.G. inhibe los músculos estirados y facilita la contracción de sus antagonistas complementarios. Podemos por lo tanto afirmar que, suprimiendo los frenos musculares o articulares, contribuimos a la restitución del movimiento.

Apoyándose sobre el reflejo miotático directo, el propioceptivo de facilitación rehace el movimiento, y con esto, inhibe provisionalmente la función estática.

No es menos cierto que algunas patologías requieren más el empleo del uno que del otro.

El propioceptivo de inhibición se dirige más particularmente a la hipertonia, al acortamiento, a la rigidez de los músculos de la estática y a la restricción de la movilidad articular resultante. Debe ser utilizada preferentemente en todos los problemas morfológicos o articulares.

Por el contrario, se debe pensar inmediatamente en el empleo del propioceptivo de facilitación en todos los casos de patología neurológica, y en particular cuando éstos se acompañan de flacidez.

Todo parecería así cuajado como en el mejor de los mundos cartesianos, cada uno ocupándose de cultivar su terreno cuadrado, pero permitiéndose algunas incursiones en el jardín del vecino.

Es así como la R.P.G., aparte del hecho de restaurar el movimiento retirando los frenos a cualquier nivel, como ya hemos dicho anteriormente, se aplica igualmente con éxito en las patologías neurológicas espásticas, ya que en estos casos no enfrentamos, una vez más a un problema de hipertensión.

Pero hay algo más que podemos mejorar.

Para ello, debemos examinar con más cautela lo que limita la acción del propioceptivo de inhibición y, más particularmente de la R.P.G.

Si liberar el freno de mano de un coche constituye el riesgo previo indispensable para cualquier motricidad, esto no garantiza que se sepa conducir. En particular, cuando hay dolor sabemos que los mecanismos de defensa¹ alteran la morfología y crean el programa motor. El esquema corporal ha sido modificado. Le sigue una inaptitud a restablecer la posición morfológica correcta o a retomar el gesto normal incluso si la espina irritativa ha sido correcta y duraderamente retirada.

Es por este motivo que nuestras sesiones de R.P.G. van seguidas de integraciones estáticas o dinámicas que pertenecen ya al propioceptivo de facilitación. Les falta todavía, hasta el momento actual, copiar perfectamente el estiramiento muscular o la liberación articular obtenidos gracias a nuestro tratamiento de R.P.G.

Todos los RPGistas saben que el movimiento global finalizado a gran velocidad constituye, en dinámico, el propósito a alcanzar.

La finalización deja la elección, según los casos, entre un gesto habitual profesional o deportivo.

La velocidad garantiza que ya no existe «miedo consciente o inconsciente». La globalidad y su toma de consciencia permiten confiar en una integración auto-mática.

No es útil insistir ahora sobre los medios que utilizamos para recuperar este movimiento. Esto ha sido ya expuesto² y forma parte de la formación de base de la R.P.G.

Cabe repetir, sin embargo, que no es posible ninguna integración si todavía existen molestias, o en el peor de los casos dolor. No puede integrarse nada que previamente no haya sido corregido.

Y es justo en este punto exacto donde nos encontramos hoy día.

Para confiarse a una integración, es necesario acordarse con precisión de los diferentes componentes de la deformación morfológica o de la lesión articular que ya hemos corregido.

La integración debe incluir obligatoriamente la detorsión contraria a la lesión previa y ésta dentro de todos sus parámetros del espacio. Sólo quedará entonces imaginar el gesto funcional ejercitando el miembro, segmento o articulación en el sentido exactamente inverso a la posición patológica.

Tomemos un ejemplo sencillo: una 5ª lumbar está morfológicamente en espondilolistesis relativa y en lesión de rotación lateroflexión a la izquierda. Por otro lado, la reequilibración que permite elegir la postura de tratamiento más adecuada hace aparecer un fuerte dolor a la flexión anterior.

Después de corregirlo, la integración consistirá en pedir al paciente en bipedestación, que se incline hacia delante (flexión anterior) para atar su zapato derecho.

En estas condiciones, la integración dinámica merece realmente la denominación de movimiento global puro finalizado.



1. N.D.L.R. Ver «De la perfección muscular al rendimiento deportivo» y los boletines de R.P.G. nº51 y 52 del mismo autor

2. N.D.L.R. Ver los artículos ya citados