

Propioceptividad en R.P.G.

PH. -E. SOUCHARD

Recientes descubrimientos han vuelto a sacar a la luz la propioceptividad. Es bueno, sobre todo si consideramos que estos nuevos conocimientos confirman la función preponderante de la información de origen muscular en la coordinación motriz. Pero, desde mi punto de vista, la propioceptividad en reeducación merece ser redefinida o, por lo menos, precisada para no servir de coartada a tratamientos que nos son muy lejanos. Si todo el mundo está bien convencido de su importancia, no sería inútil que cada terapeuta verifique si el método que emplea es adecuadamente propioceptivo.

Cada uno sabe que nuestro esquema corporal es completamente psicópata. Esto está unido a los mecanismos de defensa. Su primera función es el de salvaguardar el equilibrio y cumplir los gestos necesarios sin dolor, esto da lugar obligatoriamente a deformaciones estáticas de todo género y movimientos limitados o compensados. Desde ese momento gracias a estas múltiples compensaciones, el equilibrio se salvaguarda y los gestos pueden, a pesar de todo, efectuarse sin dolor. Las malas posiciones y las malas coordinaciones son consideradas entonces óptimas y aceptadas como normales, mientras que se han vuelto perfectamente patológicas.

La consecuencia peor de esta «psicosis corporal» es que se opone, desde ese momento, a la corrección; toda tentativa de mejoría de la morfología o del gesto es considerada perturbadora por el sistema automático de nuestro paciente con respecto a lo que está habituado a considerar como normal. «Habla a mi inconsciente, mi consciente está enfermo» se vuelve el leitmotiv de nuestra acción terapéutica.

Corregir las causas

Estas primeras consideraciones sobre la importancia del sistema automático no tienen nada de original, pero conviene ir hasta el principio del razonamiento para estar seguros de haber comprendido

bien todas las implicaciones. Jamás los mecanismos automáticos de defensa van a aceptar una posición incómoda o un gesto doloroso. Nada puede ser integrado, si nada es corregido. Lo previo a la propioceptividad es la causalidad. Mientras que los dolores, molestias o rigideces no sean suprimidos, no es posible ninguna aceptación del cuerpo inconsciente.

Trabajo activo

La propioceptividad bien entendida implica evidentemente que todo tratamiento debe de ser activo. Sin participación del cuerpo del paciente, no puede haber modificaciones de los falsos datos grabados. Tomamos por ejemplo un tratamiento manual pasivo de tipo manipulación. Incluso aunque esté bien hecho y obtenga la analgesia deseada, no garantiza, en ningún caso, que el paciente utilizará la articulación liberada, sobre todo si tiene el hábito de no utilizarla. El bloqueo podrá reproducirse.

Simultaniedad

Si estamos convencidos de que la supresión de la causa de cada dolor, deformación o limitación de movimiento es condición previa a la rehabilitación propioceptiva, no es menos cierto que esta última debe de ser próxima en el tiempo a la corrección, bajo pena de ver re instalarse los antiguos comportamientos. Una corrección pasiva seguida de movimientos destinados a utilizar el beneficio no puede tener todo el efecto esperado. No hay que perder nunca de vista que «el cuerpo automático» no puede considerar las novedades que le imponemos, mas que con respecto a lo que consideraba justo anteriormente.

Sin el «prueba-error» incesante, que impone el gesto corrector del terapeuta con respecto a los viejos hábitos tomados, durante un tratamiento activo con la participación del paciente, la comparación, al principio perturbadora, después gratificante, que debe de presidir a la aceptación de una nueva posición o de un nuevo movimiento, no puede tener lugar.

La propioceptividad en reeducación rima bien con causalidad y simultaneidad.

Examen de conciencia

Estando esto bien establecido, debemos ahora examinar si nuestro método satisface bien a estos imperativos.

Encontrar y tratar de solucionar las causas de los diversos problemas músculo-esqueléticos presentes en nuestros pacientes, es una de nuestras preocupaciones constantes. La globalidad, otro principio en RPG, nos lo permite. El trabajo activo con la participación del sujeto es una característica esencial de nuestro trabajo, pero merece dos reflexiones.

Tenemos en efecto dos tipos de posturas, en posición tumbado o levantado (sentado o de pie). Es evidente que estas últimas, llamadas posturas en carga, reclaman un mayor esfuerzo del paciente.

Las posturas sentado y de pie en el centro, son además las que más se aproximan a las posiciones fisiológicas esenciales de la vida cotidiana. En todos los casos de fuerte perturbación del esquema corporal y de dificultad para mantener de forma duradera los resultados, deben de ser empleadas preferentemente.

La repetición incesante de las correcciones es otra de las características de nuestro tratamiento. Responde a criterios de «prueba-error» comparativos, que hemos evocado. Se efectúan simultáneamente y en globalidad, lo que satisface a otra de nuestras condiciones previas. Pero aquí hay que precisar un punto esencial. La noción de postura es demasiado fácil e injustamente asimilado a inmovilidad. Si hemos diferido provisionalmente los movimientos, para encontrar mejor las causas de sus limitaciones, nuestras posturas no son menos «vivas» por ello, incluso en posición de decúbito. El RPGista no debe de culpabilizarse cara a compensaciones y trampas diversas de su paciente. No solamente son inevitables, sino que además son indispensables para la comparación. Es evidente que deberán ser suprimidas en la progresión de la postura, pero la referencia que representan es necesaria para la instalación de los datos nuevos.

Contrariamente a la banda magnética que acepta borrar un

antiguo registro cuando grabamos de nuevo, nuestro esquema corporal solo puede reaccionar por referencia al pasado.

La «concienciación», punto de paso obligado antes de todo enterramiento automático, interviene permanentemente de manera duradera y repetitiva durante nuestras posturas, ya que cada una de ellas dura alrededor de 1/2 hora.

La Reeducción Postural Global, método propioceptivo de inhibición, responde por lo tanto a los criterios de la reeducación moderna. Nuestros pacientes están, por lo tanto, confrontados cotidianamente a ciertas dificultades de aceptación de las modificaciones obtenidas en el curso de una sesión.

La explicación es simple: incluso si se suprime el dolor, la rigidez y los bloqueos, si son activas y duran una media de una hora, crean un cambio quizás demasiado importante con respecto a los hábitos tomados a menudo desde hace años.

Pseudoparadójicamente, cuanto más espectaculares y rápidos son nuestros resultados, más dificultades va a tener nuestro paciente para integrarlos a nivel automático.

Somos castigados cada vez que somos demasiado eficaces. La repetición de las sesiones de RPG es consecuencia de estos retrasos de aceptación, pero es posible hacerlo de manera más rápida por maniobras de integración estáticas o dinámicas.

INTEGRACIONES DINAMICAS

Hasta ahora hemos visto que nuestro método responde a las exigencias de propioceptividad, por lo que hoy sabemos.

Hemos dicho también, que pseudoparadójicamente corremos el riesgo de ser penalizados cuando realizamos un tratamiento en el que los resultados son espectaculares. El «cuerpo inconsciente» de nuestro paciente no puede en plazos tan breves, integrar las nuevas capacidades que se le han aportado. En este caso es necesario proceder a una integración.

Abordaremos ahora las integraciones dinámicas.

¿Satisfactorio o no ? Test al final de la sesión

Cada vez que nuestro tratamiento se dirija a un paciente limitado en sus movimientos, debemos de testar la amplitud antes y después de la sesión. Una persona con dolor de hombro, no puede separar el brazo más que hasta los 90°. Otra que presenta una ciática no puede doblarse hacia delante, mas que hasta un cierto nivel.

Los test comparativos que efectuamos al finalizar la sesión ¿son concluyentes?, ¿los progresos corresponden a lo que esperábamos, habida cuenta de la evolución de la sesión? Si este no es el caso, la integración es necesaria.

Frontera del dolor

Incluso cuando nuestro paciente parece aceptar de buena gana los movimientos que esperamos de él al final de nuestra sesión de R.P.G., es un caso en el que la integración es sistemáticamente indispensable. Se trata de sujetos que aún no pueden recuperar la totalidad de la amplitud fisiológica sin dolor. Por ejemplo: una cervicalgia puede girar mejor la cabeza, pero aún está bloqueada por dolor a cierto nivel de rotación.

En estos casos, perdemos mucha amplitud de la ganada entre dos sesiones pues nuestro esquema corporal no contento de ser psicópata como lo hemos visto, se ha servido de los mecanismos de defensa paranoicos.

En la vida cotidiana, estos van a bloquear el movimiento mucho antes de llegar a la frontera del dolor. La rigidez se va a reinstalar.

Integraciones dinámicas. Definición

Cuando, después de los criterios que acabamos de establecer, la integración se vuelve indispensable, debe de responder a los imperativos siguientes:

- Obtener el movimiento local puro con sensibilidad en un gesto global rápido terminado.

Hay que recordar que este movimiento debe de efectuarse sin

molestia ni dolor. El sistema nervioso automático no puede aceptar la mínima agresión, es inútil intentar hacerle integrar un gesto más allá del umbral del dolor. Esta definición nos hace eliminar el campo de la propiocepción de inhibición que es el nuestro durante la sesión de R.P.G., para entrar en el de la propiocepción de facilitación.

Objetivo

El gesto global debe de ser finalizado. Para ello, hay que pedir a nuestro paciente realizar el movimiento que le es difícil en el marco de un gesto de la vida cotidiana: Doblarse hacia delante, curvarse hacia atrás, coger un objeto, mirar en una dirección, ... etc.

Desde el comienzo, conviene hacerle comprender al paciente que el movimiento debe de hacerse con la participación de la articulación problemática.

Información

Sin sensibilidad, ningún gesto preciso puede ser repetido de manera idéntica. Obtener de nuestro paciente que sienta el movimiento en el lugar deseado es por lo tanto una necesidad permanente.

Ayudas. Su cronología

Antes de introducir el movimiento local puro a nivel automático debemos de aceptar un cierto número de paliativos provisionales.

En orden de importancia:

- Pasar por el consciente
- Observación en el espejo
- Sensación de movimiento en la mano del paciente
- Sensación de movimiento a través de la mano del terapeuta
- Las compensaciones
- La lentitud

- **Pasar por el consciente.** Utilizado de siempre por todas las técnicas de aprendizaje es un punto de paso obligatorio a toda introducción en el automático.

- **El espejo.** Una de las mejores ayudas para la toma de consciencia es, evidentemente, la observación visual que el sujeto puede hacer gracias al espejo.

- **La mano del paciente.** Cuando él se aplica su propia mano a nivel de la articulación que presenta la restricción de movilidad, puede sentir objetivamente realizarse el movimiento.

- **La mano del terapeuta.** Permite por su apoyo, poner en juego las sensibilidades del tacto superficial y profundo.

- **Las compensaciones.** Inevitables al comienzo del ejercicio, dan al sujeto la posibilidad de seguirse defendiendo en las articulaciones antiguamente dolorosas.

- **La lentitud.** Permite controlar conscientemente el movimiento.

Progresión

En la medida de la repetición del ejercicio, es evidente que estas ayudas deben de ser progresivamente eliminadas. En todos los casos los criterios que deben de presidir la progresión de la dificultad son: la realización correcta del ejercicio, su percepción objetiva, la ausencia de dolor. De esta manera podemos eliminar el espejo, reemplazar la mano del paciente por la del RPGista, antes de suprimirla en su contorno, suprimir las compensaciones y por último realizar el movimiento con una velocidad cada vez mayor.

Si la sesión de R.P.G. que previamente hemos realizado tiene la eficacia que esperamos, esta progresión no debe de exceder cinco minutos.

Repetición personal

Siempre es deseable, pero será inútil si el paciente no está en condiciones de repetir correctamente los ejercicios. Por lo que hay que asegurarse previamente de su capacidad personal para repetir perfectamente y tomar el tiempo necesario para hacerlos con él.

