

Actualidad de la R.P.G. en el tratamiento de la lumbalgia

SILVANO FERRARI - CARLA VANTI

Ante gran parte de sus colegas RPGistas italianos, Carla Vanti y Silvano Ferrari han ocupado siempre una posición original, por no decir marginal. Su afinidad por la técnica de McKenzie, que personalmente yo considero incompatible con la R.P.G., y esto es importante.

Pero por otro lado, están coordinando un grupo de estudio sobre la lumbalgia y se han propuesto formar a médicos y fisioterapeutas en el método de la R.P.G., gracias a una compilación de diferentes investigaciones científicas efectuadas en este campo.

Además, la R.P.G. es tan original que no se presta a comparación. Pero si es esa la intención, averiguar en otras publicaciones reconocidas justificaciones u objeciones sobre nuestro método de tratamiento, con el fin de beneficiarnos hacia un mejor reconocimiento oficial, ésto compensa desde mi punto de vista el riesgo de recuperación o desnaturalización que comportan estas investigaciones. Es por este motivo que acepté, hace un año, escribir un capítulo del libro de su grupo de estudio sobre la lumbalgia que se publicará próximamente.

Después de algunas comunicaciones que se han efectuado últimamente, bajo títulos que han dejado perplejo a más de un RPGista Italiano, y como comprenderéis a un servidor, y me han llevado a escribir a Silvano, pues hemos sido juzgados no sobre nuestras intenciones, sino sobre nuestros actos. Me es grato incluir en su dossier y para la apreciación de todos, este artículo que da fe de una investigación profunda y de una bella honestidad intelectual.

(Ph.-E. Souchard)

En Milán, en octubre de 1995, tuvo lugar el Congreso Internacional S.I.R.E.R., subtítulo «El tratamiento de la lumbalgia - Un arte».

Durante las cuatro jornadas de trabajo, se sucedieron conferenciantes de renombre mundial (entre ellos A.L. Nachemson, del Departamento de Ortopedia de la Universidad de Goteborg, autor

de más de 400 obras sobre este tema), que abordaron contenidos como la epidemiología, etiología, biomecánica, neurofisiología, fisiopatología, el origen del dolor y el tratamiento quirúrgico o conservador.

En la última sesión fueron expuestos los principales métodos de rehabilitación que el terapeuta tiene a su disposición para tratar la lumbalgia entre los cuales estaba la R.P.G.

Podemos comparar el contenido de los diferentes métodos expuestos con la R.P.G., para verificar la actualidad del tratamiento, confrontando las referencias científicas y los objetivos terapéuticos de la docencia de Ph. Souchard con los fundamentos fisiopatológicos y los objetivos predominantes del congreso y los aportados por la literatura internacional. Esta es pues, la ocasión de justificar científicamente nuestra acción de fisioterapeutas y estimular la discusión sobre los diferentes objetivos terapéuticos a los que las diversas técnicas se refieren.

Deliberadamente, no trataremos el problema de la lumbalgia con el vocabulario de la R.P.G.

Las bases de la R.P.G. que se han tenido en cuenta en relación a esta patología, son explicadas de forma exhaustiva por Ph. Souchard en sus cursos de especialización: el rol de los pilares del diafragma y de la respiración, el psoas, la retracción de la masa común, las cadenas musculares de la estática, el principio de individualidad, el trabajo dentro de la globalidad para averiguar las causas en los distintos niveles de la zona lumbar, etc.

La finalidad de este trabajo no es mostrar las actualizaciones de la R.P.G., sino dirigirnos a aquellas personas que no conocen las posturas y que no utilizan un método global, limitándose a las indicaciones y a las críticas que puedan leerse en la literatura internacional.

INTRODUCCION

Definamos en primer lugar el término lumbalgia, que por sí

mismo, indica la presencia de un dolor en la región lumbar, sin precisarse la causa ni las zonas implicadas.

La lumbalgia «idiopática» no puede atribuirse a una única etiopatogenia, y en realidad, habitualmente está considerada como un síndrome de origen multifactorial.

Las causas mecánicas-compresivas y las causas degenerativas se unen y se mezclan en los diversos tejidos de la zona lumbar, incluso dando una gran importancia a los mecanismos dolorosos o álgicos de los factores mecánicos, considerando a éstos últimos como los verdaderos responsables de la génesis del dolor lumbar, agudo o crónico.

Boccardi, irónicamente, habla de cerca de 800 causas distintas de raquialgias, pero incluso sin exageración alguna, podemos encontrar en la literatura más de 30 causas de lumbalgias. En consecuencia, si se cuentan más de 30 causas de dolores lumbares, paradójicamente, deberían existir al menos 30 soluciones de intervenciones terapéuticas y cada una dirigida a una sola de estas causas probables de dolor (disco, facetas articulares, etc.) sería incompleta y solamente casual.

Dicho esto, es ya cuestión de R.P.G., con sus bases de individualidad y globalidad la que está en gran medida capacitada de satisfacer una terapia casual, independientemente de cual sea el origen o especificidad del dolor lumbar.

Puesto que para ser científicos es necesario razonar los objetivos dados, vamos a dejar de lado de momento las ventajas de nuestra intervención global y conscientes de que la excesiva individualización de la terapia dificulta la realización de estudios clínicos profundos, vamos a abordar la fisiopatología de las lumbalgias en términos analíticos.

Sabiendo que un gran número de estructuras lumbares pueden estar involucradas en el origen de las algias, quisiéramos citar un artículo de Deyo, aparecido en 1993, sobre la columna vertebral.

En este estudio Deyo ha investigado todo lo que relata la bibliografía a propósito del origen del dolor lumbar, y concluye lo siguiente:

- * algunos estudios relatan que el 80% de los dolores de espalda son debidos a la debilidad o a la tensión muscular;
 - * otros dicen que los ligamentos sacros son el origen de la mayoría de las lumbalgias;
 - * otros aseguran que el 50% de las lumbalgias está causado por una disfunción en las facetas articulares;
 - * otros estudios afirman que entre el 90 y 95% de las lumbalgias son de origen discal;
 - * otros que un enorme porcentaje deriva de problemas en las fascias;
 - * otros indican los problemas de tipo psicológico como causa de un 50 a un 70% de síntomas crónicos.
- ¡Si los sumamos todos, llegamos a un total de un 300%!

Este estudio coincide claramente con todo lo concluido en el Congreso de Milán y con la intervención de Nachemson: «no conocemos con certeza cuáles son las causas de los dolores lumbares y en consecuencia es difícil determinar qué intervenciones terapéuticas, quirúrgicas o conservadoras pueden dar mejores garantías que otras, sobre todo en la fase inicial».

La frecuente remisión espontánea de la sintomatología dificulta la búsqueda sobre la eficacia real de las terapias propuestas (la literatura menciona mejoras espontáneas en un 44% de los casos durante la primera semana, en un 86% de los casos durante el mes siguiente y en un 92% de los casos durante los 2 siguientes meses).

Si bien es difícil encontrar una buena propuesta terapéutica eficaz, es más fácil individualizar las terapias desprovistas de bases científicas honestas.

En 1994, un estudio realizado por el Comité para la verificación de los protocolos de asistencia médica de los pacientes con dolor de espalda del Dpto. de Washington, basado en 3.900 estudios y comunicaciones de Congresos Internacionales, confirmó lo que numerosos defensores de las terapias manuales habían observado hace ya mucho tiempo:

- * No existe ninguna base científica que justifique las tracciones vertebrales, la TENS y los corsés lumbares.

* El calor, la diatermia, los masajes, los ultrasonidos, el láser cutáneo, la estimulación eléctrica, se verifican igualmente insuficientes.

* Por el contrario, el hecho de recomendar el movimiento y no prolongar el reposo en cama más de 3 o 4 días, se ha confirmado como una indicación terapéutica eficaz.

El protocolo-guía divulgado por esta comisión (de la cual formaban parte cirujanos ortopédicos, fisioterapeutas, quiroprácticos, médicos laborales, psicólogos, etc.), coincide esencialmente con el estudio realizado en 1987 por la Quebec Task Force sobre los discos espinales por encargo del Quebec Workers Compensation Board (Despacho de reembolso de los accidentados laborales del Quebec), que se ha convertido en la referencia mundial significativa para quienes se interesan por el dolor de espalda.

Para sintetizar algunos aspectos básicos sobre el tratamiento de la lumbalgia, establecidos por los organismos internacionales más influyentes, podemos afirmar que el tratamiento de la lumbalgia estos últimos años se ha caracterizado por el cambio de una terapia de tipo pasiva a una terapia de tipo activa.

Varios autores se pusieron de acuerdo sobre el siguiente protocolo-guía:

* El reposo en cama debe ser lo más breve posible.

* Los ejercicios y manipulaciones parecen beneficiosos para una reincorporación rápida de los pacientes a su puesto de trabajo, incluso sin haberse probado su eficacia a medio y largo plazo.

* La reeducación postural debe ser reconocida por su importancia capital.

* La prevención es esencial (después de la escuela, las normas de ergonomía y de una «higiene estática-dinámica» de la espalda, ...etc).

Según Doyo, para ser eficaz, una correcta reeducación de la lumbalgia debe respetar los siguientes objetivos terapéuticos:

* intervenir sobre los mecanismos patogenéticos, mejorar la repartición de cargas;

* restaurar los automatismos estático-dinámicos correctos;

* evitar los factores de riesgo;

* educar al paciente a «administrar» racionalmente su problema (desde de la escuela).

LA R.P.G. EN LAS LUMBALGIAS

Llegados a este punto, es fácil reconocer el valor de la R.P.G. en el tratamiento de la lumbalgia.

1. La R.P.G. interviene sobre los mecanismos patogénicos, mejorando la repartición de las cargas

De hecho, la posición de la columna y de la pelvis influyen de forma significativa sobre la cuota de presión que se produce constantemente sobre el núcleo y así mismo sobre los bordes externos del anillo discal; recordemos además que estudios más recientes citan la presencia de una inervación en el tercio externo del mismo anillo.

Por otro lado, una actitud postural correcta garantiza una mejor relación entre los diferentes elementos del trípode articular: si ésta es deficiente, el disco y la carillas articulados se ven forzados a soportar un peso superior al que su fisiología permite, con una mayor sollicitación sobre sus propios discos y complejo capsuloligamentoso, con riesgo de desgaste de los cartílagos, etc.

Las posturas de R.P.G., buscando la normalización de las tensiones y por lo tanto el restablecimiento de unas relaciones biomecánicas recíprocas correctas, son ciertamente capaces de optimizar globalmente las bases individuales, influyendo principalmente sobre los factores patogenéticos de naturaleza miofascial.

2. El restablecimiento de los automatismos estático-dinámicos, respetando el binomio estructura/función, es una de las más importantes formas de prevención intrínseca

Cada movimiento, para ser de gran amplitud, armoniosa y económica (función), presupone una morfología fisiológica correcta (estructura). Sólo si se recuperan las relaciones biomecánicas correctas

entre las diferentes estructuras, será posible devolver a todo el aparato neuro-músculo-articular, las funciones integradas estáticas y dinámicas propias del raquis. Para atender este objetivo, es necesario restablecer los reflejos posturales normales mediante una reeducación cinestésica y propioceptiva que ofrece la reprogramación sensomotriz.

Las tensiones musculares, sobre todo si son crónicas, alteran la capacidad de percepción, ya que la consciencia corporal está estrechamente unida al movimiento: por esta razón, las regiones corporales bloqueadas por tensiones musculares crónicas, son en parte excluidas del campo propioceptivo. Esto provoca un déficit motor y sensitivo.

Para favorecer la estimulación propioceptiva de las zonas bloqueadas, es necesario que el paciente tome consciencia de sus tensiones crónicas: se debe por tanto realizar posiciones específicas (posturas) aptas para percibir esas tensiones y proseguir con movimientos específicos que permitan controlar la eficacia y la armonía del movimiento. Todo esto es la finalidad de la R.P.G.

Por otro lado, como relata también De Giovani, los estudios de Monceaux y Tayon de 1980 han puesto claramente en evidencia que cómo todas las estructuras son función-dependientes, son pues así mismo influenciadas por la respuesta terapéutica. Esto significa que, sea cual sea la postura o el ejercicio, éste tendrá un valor significativo si tiene en cuenta finalmente las funciones de cada estructura específica: éste es fundamental para los aspectos intencionales y esperados de las estructuras de sostén, aunque pertenece tanto al movimiento como a la postura.

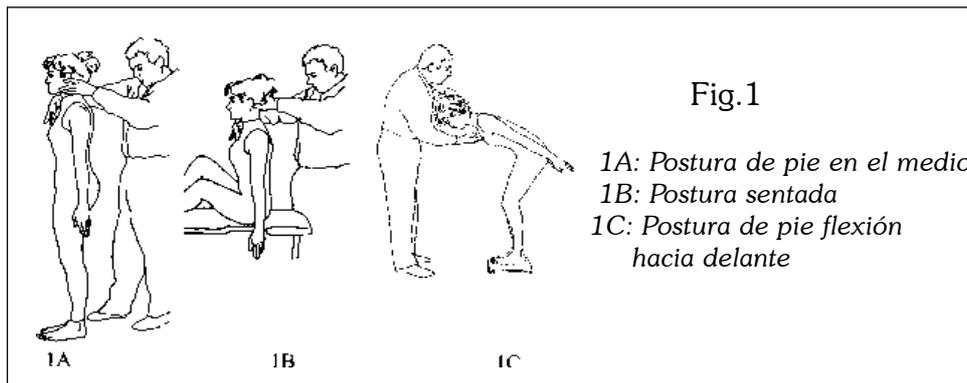
El ejercicio debe pues comportar una tracción cinestésica que continúe después de la sesión a través de una identificación precisa de posiciones y movimientos bien definidos.

Para convertirse en automático, además de ser específico para grupos musculares, el ejercicio debe consumir la menor energía posible y ser repetido el tiempo suficiente para permitir su integración. Esto también forma parte de las bases terapéuticas y de las características especiales de la R.P.G.

Por ejemplo, practicando la postura de bailarina, obtenemos un ejercicio de valor propioceptivo importante, puesto que la flexión anterior es fisiológicamente un movimiento que se realiza en

excentricidad, lo cual constituye el objetivo de esta postura.

Las posturas de pie y sentadas presentan estrategias terapéuticas diferentes pero no son fundamentales para restablecer un modelo postural perfecto, aunque aportan un beneficio fisiológico y económico para la vida cotidiana (Fig.1)



3. La R.P.G. interviene eficazmente sobre los factores de riesgo

Todas las situaciones relacionadas con anomalías estructurales o con limitaciones articulares son, de hecho, factores de riesgo y directa o indirectamente, forman parte en el origen de las lumbalgias.

Pueden ser una espondilolistesis, una L₃ no horizontal, una pelvis en anteversión o retroversión, una hiperlordosis, una retificación o una desviación lateral de la columna, un desequilibrio de los miembros inferiores, una lesión cervical, una mala oclusión, la retracción de los isquiotibiales, etc...

Para la R.P.G., la acción sobre los factores de riesgo forma parte del binomio estructura/función y de la búsqueda de un control postural y gestual que permita la reestructuración de las informaciones y en consecuencia de la acción motriz.

La R.P.G., siendo un método que actúa en globalidad, permite de este modo que los factores de riesgo disminuyan o sean eliminados a lo largo del tratamiento (estiramiento de isquiotibiales, interviene sobre la rigidez de los segmentos del raquis que alteran la funcionalidad y la armonía de las curvas, corrección de la posición de la pelvis que

actúa sobre la angulación del sacro, etc. Por otra parte, sólo el trabajo global nos permite hallar de nuevo todas las señales dejadas sobre el cuerpo por las diferentes compensaciones establecidas.

4. La prevención tiene una importancia primordial, según la literatura internacional

La lumbalgia es un síndrome de gran tendencia recidivante, como lo demuestran numerosos trabajos sobre la epidemiología de la lumbalgia (según un estudio aparecido en el British Medical Journal, en 1996, el 90% de las lumbalgias recidivan).

La prevención debe ser intrínseca y extrínseca, es decir, debe tener en cuenta tanto el restablecimiento de los mecanismos fisiológicos de defensa del individuo (buena coordinación neuromotriz, isquiotibiales y musculatura de la espalda flexibles, perfecta movilidad de las extremidades, sobre todo de las articulaciones proximales, etc) como la ergonomía (puesto de trabajo, asientos, vestimenta, buena colocación de espalda en el coche, etc).

Con la R.P.G., es natural obtener una prevención intrínseca (se busca el establecimiento correcto del binomio estructura/función, la reprogramación sensomotriz, las correcciones posturales y la eliminación de todos los demás factores de riesgo, durante las sesiones normales). Al mismo tiempo debería volverse corriente buscar soluciones técnicas para todas las situaciones de la vida, profesional (u otra) del individuo.

Merece capítulo aparte la comparación de la R.P.G. con otras prácticas terapéuticas utilizadas ordinariamente en Italia: sobre este tema, quisiéramos exponer nuestros puntos de vista.

¿LORDOSIS O DESLORDOSIS?

Desde siempre, la lordosis ha sido considerada la responsable de la mayoría de los dolores lumbares y se han propuesto ejercicios y posturas que tienden a eliminarla sin distinción.

Probablemente tanto las lordosis excesivas como la ausencia de

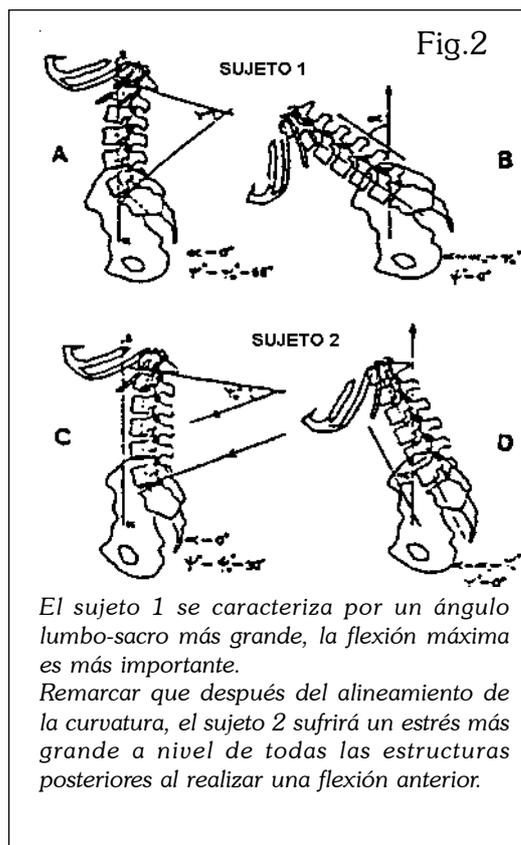
lordosis son elementos provocadores de estrés y de conflictos mecánicos y en consecuencia se convierten en un factor predisponente de lumbalgia.

Actualmente estamos frente a una reevaluación del papel de la lordosis: se considera por ejemplo que, en ausencia de lordosis lumbar, no sería posible efectuar flexiones y extensiones muy amplias.

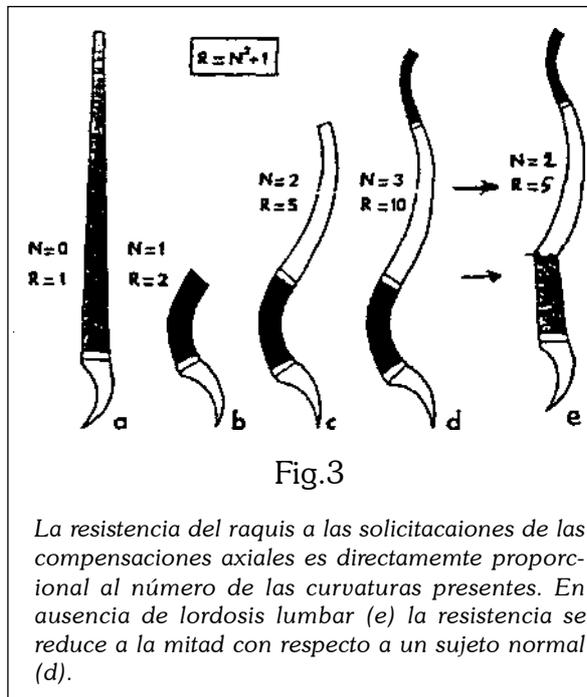
1. Como lo demuestra Gracovetsky en su libro «The spinal engine», si distinguimos la flexión del raquis de la rotación anterior de la pelvis, se observa notablemente que una flexión anterior efectuada con una lordosis fisiológica tiene una amplitud articular mejor en relación a un modelo que presente una lordosis discreta (Fig.2)

Funcionalmente, tal amplitud articular, unida a la posibilidad de una rotación anterior correcta combinada con los isquiotibiales estirados durante el movimiento de flexión, se traduce en un estrés menor a nivel de las estructuras posteriores del raquis.

2. En todas las articulaciones, las limitaciones del arco de movimiento son consideradas como signos preocupantes, y no sería lógico decir que, mientras que buscamos siempre la total recuperación del movimiento después de una torsión de tobillo o en un traumatismo acromio-clavicular, esto no debe tenerse en cuenta en la zona lumbar, impidiendo la extensión y dejando conscientemente al sujeto privado de un movimiento fisiológico.



3. Así mismo, en la estática, la curva lumbar juega un rol importante: la presencia de curva raquídea aumenta la resistencia de la columna vertebral ante las sollicitaciones de compresión axial; por lo tanto, una buena curva lumbar es esencial para disminuir la «carga» que descansa sobre los discos intervertebrales (Fig.3).



4. El tipo «funcionamiento mecánico» de Delmas y los atletas en general, tienen una buena lordosis: esto permite desarrollar una fuerza más importante y más «activa» de la que puede desarrollar un raquis puesto en delordosis. Por cierto, acordémonos del gorila, animal fuerte por anatomía y privado de lordosis lumbar, a causa de ello; ino puede levantar un peso superior a la mitad de su propio peso!

En nuestra opinión, en lugar de buscar una lordosis más o menos importante, el terapeuta deberá intervenir para reequilibrar la propia lordosis, en armonía con la pelvis y el resto del raquis, asegurándose por ejemplo de la horizontalidad de L_3 .

La R.P.G. propone una estrategia terapéutica coherente con los siguientes conceptos: tratándose de tratar una lumbalgia, preferimos adoptar una de las posturas en carga con la que el terapeuta pueda trabajar controlando que la zona lumbar nunca se coloque en delordosis. El respeto a la lordosis fisiológica es, así pues, uno de los factores de calidad de la R.P.G. moderna evolutiva.

¿REFUERZO DE LOS EXTENSORES DEL RAQUIS?

Se han inventado numerosos instrumentos para medir la fuerza

del tronco, con el fin de cuantificar la fuerza de los músculos de la espalda y la resistencia de los extensores del raquis. Para algunos, la idea de aplicar valores cuantitativos a la funcionalidad del raquis es seguramente interesante, puesto que ello permitiría preparar protocolos específicos para el entrenamiento de la fuerza muscular.

Pero ¿es válido el fundamento según el cual en caso de lumbalgia, los músculos de la espalda pueden debilitarse y, en consecuencia, deber ser potenciados?

Varios elementos clínicos y nuestra experiencia profesional nos hace dudar de ello con firmeza.

Por otro lado, la identificación de un menor nivel de funcionalidad de los músculos extensores de los pacientes con lumbalgia no se explica si un déficit tal es debido a la falta de fuerza, al dolor o al empobrecimiento de los esquemas eficaces. Además, sobre el resultado de un posible ejercicio de potenciación, no podemos olvidar que este ejercicio debe ser específico a la función de cada músculo.

En su análisis de la estática vertebral, Perrin ha demostrado la disociación funcional de los músculos paravertebrales: los músculos superficiales (músculos largos de la espalda, sacrolumbares, interespinosos) son músculos extensores de función cinética y voluntaria, por tanto utilizados en el enderezamiento desde la flexión o para frenar la misma; los músculos profundos (intertransversos, transversoespinosos) son músculos erectores con función tónica que funcionan automáticamente y son por tanto responsables de las posturas estáticas.

Así pues: grupos musculares diferentes, sometidos a control neuromuscular diferente, necesitan evidentemente una potenciación diferenciada. Esto es, un reforzamiento específico para la funcionalidad dinámica y un refuerzo específico de la función estática.

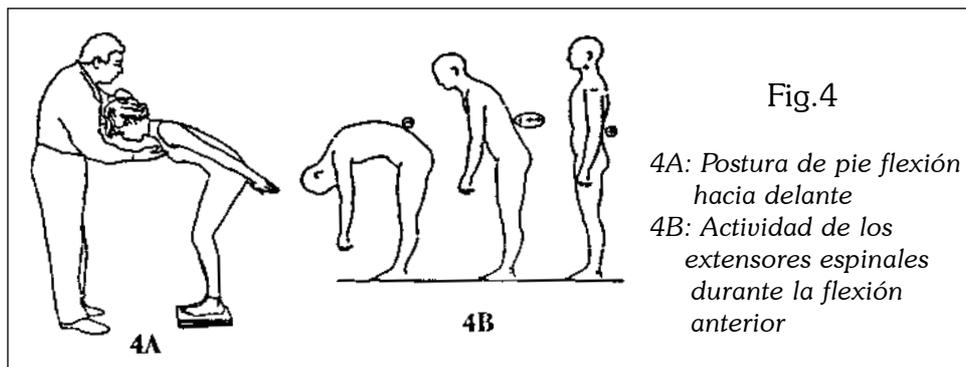
En R.P.G., la postura de bailarina que se utiliza para trabajar sobre la cadena muscular posterior y para localizar las compensaciones, además de ser útil para la reprogramación neuromotriz de la flexión anterior, realiza de hecho un «refuerzo» de la musculatura dinámica del raquis, pues utiliza un ejercicio de contracción excéntrica que es fisiológico para el raquis y que aumenta la fuerza máxima.

Además la selectividad y la precisión que se puede obtener con dicha postura, permiten al terapeuta controlar que el paciente no

efectúe los últimos grados de la flexión anterior con una estrategia ligamentosa. Sabemos de hecho que en esta postura, es más fácil para el paciente colocar su zona lumbar en cifosis, provocando un trabajo muscular activo que se solicita, por el mantenimiento de esta posición «crítica», con una tensión ligamentosa.

La recuperación del control lumbo-pélvico se traduce pues en «fuerza activa» (Fig.4).

Por el contrario, «el refuerzo» (o mejor dicho, la reequilibración) de los grupos musculares con función tónica, sólo tiene sentido si es activado por un trabajo funcional en carga, a la búsqueda de la integración mediante la propiocepción y la economía de los reequilibrios adquiridos, como lo que se puede obtener con R.P.G.



¿REFUERZO DE LOS ABDOMINALES?

Kapandji hace referencia a los trabajos de Asmessen y Klausen de 1962 que ponen en evidencia que, en 4 personas de cada 5, la posición bípeda, se controla por el simple reflejo inconsciente y sólo requiere la contracción tónica de los músculos del plano posterior.

Los músculos abdominales son de hecho músculos dinámicos que entran en acción para enderezar la lordosis, por ejemplo cuando se levanta un peso, pero no forman parte de la estática raquídea inconsciente.

Si bien es cierto que la contracción de los abdominales aumenta la presión intraabdominal y crea una contra-presión en la columna, aligerando la presión sobre los discos, este mecanismo sólo se produce cuando se hace un esfuerzo y es de una duración muy breve ipues

supone una apnea absoluta!

También Boccardi, en el marco de un congreso en 1989 en Parma, relató que «los músculos extensores del raquis y los abdominales son casi inactivos en el mantenimiento de la posición bípeda y en las posturas principales», y Nachemson llega a la conclusión que «la fuerza de los músculos espinales y abdominales es de una dudosa importancia para la prevención del síndrome lumbálgico».

Ante estas premisas previas y ante el hecho de que ningún protocolo internacional acepta el esfuerzo de los abdominales como elemento cualificativo dentro del tratamiento de la lumbalgia, podemos permitir interrogarnos sobre su valor, sobretodo en el caso de pacientes que presentan una sintomatología relacionada con un aumento de presión intradiscal.

Seguramente es más seguro trabajar con R.P.G., mediante la cual el refuerzo de los abdominales no es aislado y antifisiológico, sino incluido en una reequilibración global de la posición del tronco, de la pelvis y de las sinergias que tales músculos accionan íntimamente con el diafragma, preveyendo su participación durante el estiramiento del eje corporal.

Como muestra la figura 1, la búsqueda de una actitud postural correcta comporta naturalmente el restablecimiento de una pared abdominal adecuada.

CONCLUSION

En este artículo, hemos buscado abordar el problema de la lumbalgia, basándonos en los protocolos de tratamiento internacionales y resaltando los conceptos y principios fundamentales de la R.P.G.

A través de esta exposición, nos damos cuenta de la evidencia de la actualidad de la R.P.G. y sobre todo de sus grandes posibilidades terapéuticas, en función de los objetivos de tratamiento que las diferentes tipologías puedan exigir.

La R.P.G. moderna está de hecho a nivel de intervención sobre los mecanismos patogénicos de tipo biomecánico, sobre la recuperación de los mecanismos estático-dinámicos, sobre los factores de

riesgo individuales.

La preocupación manifestada sobre el mantenimiento de una lordosis lumbar fisiológica, el refuerzo muscular intenso en su significado integral en la reeducación y la amplitud de las articulaciones, permiten al terapeuta efectuar un tratamiento no sólo eficaz, sino al mismo tiempo actuando sobre todo lo que corresponde a las exigencias funcionales de la columna.

Naturalmente, es deber de cualquier terapeuta reflexionar sobre las prácticas terapéuticas, incluso las más «afirmadas» con el conocimiento que puede aportar una revisión atenta y actualizada de la literatura internacional.

La curiosidad, la comparación, el sentimiento que cada acto terapéutico puede ser mejorado, son los preámbulos que dan a una profesión como la nuestra la ocasión de mantener una cultura viva y actual.

