

# ***Intensidad y duración de la contracción isométrica en la posición más excéntrica***

**PH.-E. SOUCHARD**

Se sabe que en RPG, todas las deformaciones macroscópicas (hipercifosis, hiperlordosis, hom-bros enrollados, genu varo o valgo, etc.) pueden ser simbolizadas mediante un simple croquis. (Fig 1)

**A:** hueso de referencia

**B:** hueso desviado por la retracción del músculo “vencedor” **V**

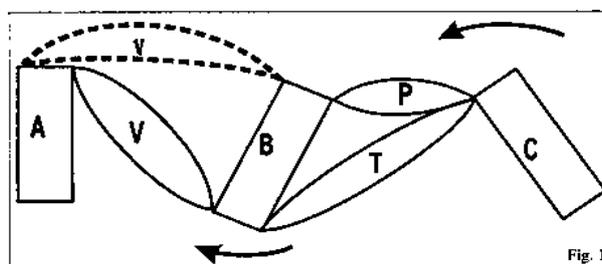
**C:** Hueso desviado por el músculo “transmisor” **T**

**v:** músculo “vencido” antagonista/complementario del músculo “vencedor” **V**

**P:** músculo “aprovechador” antagonista-complementario de **T** que aprovecha el acortamiento del hueso **B** y del hueso **C** para acortarse.

Esta simplificación no debe hacer olvidar que un músculo “vencedor” **V** puede desviar el hueso **B** y el hueso **A**.

Hace falta por otro lado recordar que las retracciones musculares se forman siempre con la función de salvaguardar hegemonías. Ellas se expresan siempre siguiendo la regla del menor desarreglo. Nuestros músculos siendo, en su gran mayoría, más longitudinales que transversales, se manifiesta una pequeña retracción por una “componente de aplastamiento” de las articulaciones. Una retracción más importante entrañará desviaciones en rotación menos penosas que aquellas que se produzcan en ante o postero flexión, en abducción



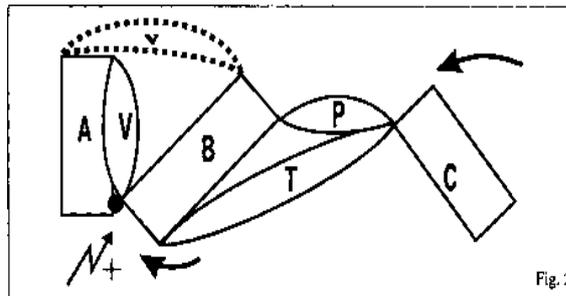
o aducción. En fin, si una retracción todavía más importante produce desviaciones necesarias, ellas se efectuarán sobre el hueso que altera menos la hegemonía del equilibrio estático. Es por lo que un acortamiento del psoas ilíaco y de los aductores pubianos basculan la pelvis hacia delante y provocan una hiperlordosis lumbar antes que flexionar el muslo.

Frente a esta situación, nuestro comportamiento debe ser responder a las mismas reglas de base:

1- Decoaptación articular y estiramiento pasivo del músculo “vencedor” V gracias a la corrección manual de la desviación del hueso B.

2- Contracción isométrica en la posición más excéntrica del músculo “vencedor” V.

3- Globalidad gracias al mantenimiento del hueso C que no dejará de agravar su posición por la acción del músculo aprovechador P a lo largo de la corrección del hueso B. Una falta de este tipo, suprimiría toda



eficacia a la maniobra, el hueso B volvería a su posición patológica de origen cuando el hueso C vaya a su propia posición. La globalidad puede imponer la corrección al mismo tiempo de un hueso D, E, F, etc.

4- Mantenimiento de la corrección del hueso B gracias a la acción del músculo “vencido” v cuando existe una relación vencedor/vencido, lo que no será siempre el caso.

Cuando hay patología articular, la representación esquemática no varía mucho (Fig. 2).

El punto de contacto entre el hueso A y el hueso B significa que en este caso hay una micro-restricción de movilidad y modificación del eje articular.

El signo + representa la presencia del dolor. Las reglas generales de la corrección son las mismas. Una insistencia particular debe ser aportada a la Decoaptación articular.

Es gracias a estos principios que la RPG se enorgullece de corregir **al mismo tiempo** problemas lesionales microscópicos y desviaciones morfológicas macroscópicas. Hace falta ver en ello otra manifestación de nuestro cuidado por la globalidad.

### ***INTENSIDAD DE LA CONTRACCIÓN ISOMÉTRICA EN LA POSICIÓN MÁS EXCÉNTRICA***

Que se trate de un problema macroscópico (Fig.1) o lesional (Fig.2), nos lleva, en un caso como en el otro, a alargar el músculo “vencedor” V.

En las deformaciones morfológicas llamamos a éste el músculo nudo y en las lesiones, músculo puente puesto que es él el que impide la corrección.

Se trata cada vez de un músculo vencedor pidiendo, para alargarse rápidamente y para ver bajar su tono, una contracción isométrica en la posición más excéntrica.

Se trataría de lo mismo en un músculo dolorosamente contracturado. Nuestra manualidad siendo delicada, esta contracción debe ser de débil amplitud bajo pena de ver la contracción muscular vencer nuestra resistencia manual y volverse concéntrica. Conviene explicar al paciente demasiado voluntarioso que no se trata de hacer un movimiento sino de domesticar sus tensiones y sus dolores. El cuidado de la acción cualitativa concierne al paciente a la vez que al terapeuta. Cuando el dolor resida en la inserción de un tendón, la contracción debe ser entonces más ligera de forma que obtenga el alargamiento muscular sin desperdiciar de forma intempestiva la reacción perióstica o la tendinitis. Consiste en lo mismo cuando se trate de un músculo doloroso.

### ***DURACIÓN DE LA CONTRACCIÓN***

El tiempo de contracción es hoy de tres segundos; lo que supone mantener un ligero tiempo de apnea al final del pilotaje espiratorio. Este aumento del tiempo de contracción (era antiguamente de un

segundo) tiene dos orígenes. Es debido, en primer lugar, a la eficacia del stretching global activo, el cual, yo reconozco, ha sobrepasado mis expectativas (como se trata de autoposturas en la que la perfección de la realización es a menudo muy relativa, he preconizado mantener la contracción durante tres segundos... con los resultados que se sabe).

Esto corresponde por otra parte, a últimos estudios sobre la eficacia del “contraer, relajar”.

