

Escuela Argentina de Eutonía

Tesina

Título: La artrosis de columna vertebral, la visión biomédica y el aporte de la Eutonía en la Calidad de Vida del individuo que la padece.

Alumna: Victoria Jorgelina Zarlenga

D.N.I. 18.604.489

Nov. 2007

INDICE

1-Introducción

2- Definición de la artrosis en general – Pág. 1

3- Patogenia-Pág. 3

4- Artrosis de columna vertebral – Pág.7

5- Raquis - Pág.11

6- Característica de la artrosis de columna – Pág. 22

7- Exámenes complementarios – Pág. 28

8- Tratamiento – Pág.29

9- Un tratamiento especial – Pág. 34

10- Conclusiones parciales – Pág.39

11- Rol del paciente según la visión de la biomedicina – Pág. 42

12-El rol del alumno en su propio proceso dentro del marco de la Eutonia- Pág. 51

13- Eutonia-Pág. 56

14- Desarrollo de casos – Pág.77

15- Conclusiones finales – Pág. 88

16- Bibliografía – Pág. 91

Introducción

Tema: *La artrosis de Columna Vertebral, la visión biomédica y el aporte de la Eutonía en la calidad de vida del individuo que la padece..*

Una de las causales más comunes de inasistencia laboral es la que se conoce popularmente como “el dolor de espalda”. Muchos estudios han comprobado que entre 70 y 80% de la población menor de treinta y cinco años han sufrido al menos un episodio de dolor de espalda en su vida, encontrándose la prevalencia anual de la raquialgia en las sociedades industrializadas entre el 15 y el 45%. En EE.UU la lumbalgia es la causa mas frecuente de limitación de la actividad en personas menores de 45 años, la segunda causa mas frecuente de consultas medicas, la quinta razón mas importante para ingreso hospitalario y la tercera para intervención quirúrgica. Aproximadamente el 25% de la fuerza laboral norteamericana recibe pensiones de discapacidad por dolor vertebral cada año. Los datos de otros países son similares a los de EE.UU.. En el Reino Unido los procesos dolorosos de la columna vertebral fueron la causa mas frecuente de ausencia del trabajo en los últimos años y originaron el 12,5% del total de días perdidos. En suecia este estudio es del 13,5% e iguales cifras corresponden a España. Más allá de ciertos cuadros pasajeros que pueden producir, por ejemplo una lumbalgia, y que desaparecen en unos días, no es extraño encontrarnos con una patología osteoarticular a la que parece que todos los seres humanos estamos destinados con el paso de los años: la artrosis. La artrosis del esqueleto axial y la patología compresiva vertebral – hernia discal, estenosis degenerativa del canal raquídeo- son también causas muy notables de invalidez permanente. En EE.UU. las enfermedades de la columna vertebral constituye la causa

mas frecuente de incapacidad temporal por enfermedad reumática –ITER-, apareciendo en el 51,7% de los casos.

En la Enciclopedia Familiar Everest de la Salud se define esta patología en la columna vertebral como parte del proceso de envejecimiento natural, que comienza a darse a partir de los 40 años de edad. Se sostiene que es el precio que pagamos por el hecho de mantenernos erguidos, pues los discos intervertebrales han de soportar el peso del cuerpo y, además, amortiguar los movimientos bruscos o violentos.

Tanto en el ámbito profesional de la salud como en el campo popular se relaciona la artrosis con el envejecimiento, con episodios dolorosos que se pueden volver crónicos y hasta con la invalidez. Al considerársela una enfermedad degenerativa se acepta como irremediable el hecho de que “la cosa puede ir de mal en peor”. Si bien en ciertos casos se puede recomendar la cirugía ortopédica, la implantación de una prótesis artificial, como la de la cadera, o la fijación quirúrgica de una articulación llamada anquilosis artificial o artrodesis quirúrgica en casos extremos, por regla general se trata a través de fármacos para aliviar ciertos síntomas relacionados básicamente con el dolor y los procesos inflamatorios que presenta.

Sin embargo, en estos últimos años ha aumentado notablemente la cantidad de jóvenes con esta patología lo que me lleva a plantearme ¿si hasta ahora la artrosis era considerada como una patología de la tercera edad porque hay cada vez mas jóvenes que la padecen? ¿Puede ser que más allá de la edad cronológica haya otros factores de riesgo que no se han tenido en cuenta? ¿El estrés de la vida actual puede ser uno de los desencadenantes?.

Durante el proceso de búsqueda de material para este trabajo me surgió la necesidad de

observar que rol cumple el paciente en el tratamiento tradicional y que implicancia puede tener en el desarrollo de esta enfermedad en dicho individuo. Con lo cual surge otra pregunta: ¿Qué rol le asigna al paciente la biomedicina? ¿Hasta donde puede influenciar el propio paciente en su proceso de recuperación?. ¿Se focaliza solo en la patología limitándola a la parte del cuerpo que esta afectando o hay posibilidad de entender al individuo como un ser donde se interrelacionan e influyen factores emocionales, vivenciales, sociales, familiares, culturales, etc.? ¿Si solo se apunta a paliar los síntomas o sea las consecuencias de esta patología, que ocurriría si se busca trabajar sobre las causas ... aquellos factores de base que crean el terreno apropiado en ese individuo para que se de esta enfermedad.

Tal vez en una primera lectura no sea fácil asociar las primeras preguntas sobre la artrosis con las correspondientes al rol del paciente. Para esto es importante comprender que estamos hablando de una enfermedad crónica con la cual debemos aprender a convivir, aclarando que esto no significa resignar calidad de vida sino por el contrario asumir la responsabilidad del proceso para recuperarla. He aquí donde vale preguntarnos ¿ Puede la Eutonia, como disciplina psicocorporal, que apunta a establecer regulaciones neuromusculares, neurovegetativas y psicológicas, llegar a ser una herramienta valida para apuntalar la calidad de vida de quien la padece?

Creo importante comentar que parte de este trabajo se basa en mi propia búsqueda y experiencia ya que con menos de treinta años me diagnosticaron artrosis en la columna lumbar con pinzamiento L5 S1 junto a una rectificación de la curva fisiológica normal de dicha zona (lordosis). Mi primer contacto con la Eutonía fue a través del libro de Gerda Alexander, creadora de esta disciplina, donde ella describía a alumnos con esta

patología. En estos tres años de formación profesional

Como Eutonista, con un intenso y continuo trabajo personal, he comprobado lo que puede aportar esta disciplina en la calidad de vida de quien tiene artrosis de columna vertebral.

Comenzare con una descripción de la patología donde incluiré algunos tratamientos tradicionales y brevemente ampliare con aquellos que si bien nacen en el marco de la biomedicina no son tan utilizados como por ejemplo la oligoterapia del Dr. Henry Piccard. Definiré el rol del paciente en la biomedicina y el rol del alumno en la Eutonía. Pasare a definir la Eutonía y su visión de esta patología.

Completare este trabajo presentando algunos casos de personas con esta patología que se han experimentado con Eutonía extraídos del libro de Gerda Alexander y del libro del Dr. Alejandro Odeskky, para terminar con mi propio caso.

Para ampliar los conceptos y aportar mayor información sobre algunos temas que abordare utilizare material teórico correspondientes a diferentes autores y disciplinas teniendo siempre presente que la base de este trabajo es proponer a la Eutonía como una herramienta valida para el ayudar en la calidad de vida de quien padece artrosis.

También es importante el planteo de la prevención teniendo en cuenta que las lesiones En la Columna comienzan a desarrollarse mucho antes de que esta duela y que mayoritariamente se

debe a efectos acumulativos entre los que se pueden mencionar el estrés, los hábitos posturales y de vida, los conflictos emocionales entre otros. Seria interesante abrir la posibilidad de utilizar la Eutonía como una herramienta valida en la prevención de este

tipo de patologías.

OBJETIVOS GENERALES

- A- Establecer la descripción de la osteoartritis a través de la visión biomédica.
- B- Definir las funciones que cumple la columna vertebral, las características de la artrosis vertebral y las diferentes estructuras neuromusculares, osteoarticulares y neurovegetativas involucradas.
- C- Conocer los tratamientos biomédicos que se aplican para esta patología y su campo de acción.
- D- Definir el rol del paciente según la visión biomédica.
- E- Establecer el rol del alumno en el proceso de la Eutonía.
- F- Describir la Eutonia , su historia, sus fundamentos y algunos campos de acción.
- G- Analizar la función del tono neuromuscular y las interrelaciones con el sistema neurovegetativo y psicológico.
- H- Conocer el aporte de la Eutonía en la calidad de vida de quien padece artrosis y su campo preventivo.

Definición de la artrosis en general:

La artrosis también se la conoce como artropatía degenerativa (AD), osteoartritis, osteoartrosis y osteoartritis hipertrófica. Para la biomedicina es una enfermedad degenerativa articular de carácter crónico que afecta básicamente al cartílago hialino que recubre la superficie ósea de las llamadas articulaciones sinoviales (rodilla, cadera, articulaciones de las manos, etc.) y al hueso subcondral, si bien todos los tejidos que se encuentran en las articulaciones afectadas por ella, o a su alrededor, suelen estar más o menos hipertrofiados. Lejos de ser un proceso estático la artrosis se produce por un desequilibrio entre los mecanismos de regeneración y degeneración de dicho cartílago. Como consecuencia de un grupo heterogéneo de factores se produce una alteración del metabolismo del condrocito que conlleva un adelgazamiento del cartílago asociados a cambios óseos, que en conjunto, determinarán las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

En el contorno de los extremos óseos aparecen los famosos picos de loro, u osteofitos que no son más que una manifestación de defensa del organismo.

En algunos textos traducidos del inglés se confunde el término “osteoarthritis” con Artritis, cuando realmente se refieren a la artrosis. La diferencia entre ambas patologías reside sobre todo en el hecho de que las artritis son enfermedades de la sinovial, mientras que las artrosis son en principio dolencias del cartílago. La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad sistémica y se caracteriza por producir la inflamación del revestimiento – sinovio y cartílago- en las articulaciones, originando hinchazón, dolor y calor en la zona afectada. En cambio la artrosis es una enfermedad degenerativa del cartílago articular, la que en su fase inicial presenta alteraciones en las

carrillas articulares y conforme avanza puede hasta congelar la articulación, provocando su pérdida funcional.

La causa de la AR esta basada en lo que consiste el sistema inmunológico, pues esta enfermedad se la considera autoinmune y se cree que existe un desorden cuando se producen infecciones – posibles desencadenantes de la AR- por bacterias o virus u otras células ajenas al cuerpo humano. La inflamación de la articulación empieza cuando las células blancas –inmunitarias- migran del torrente sanguíneo y de la vía linfática hacia esta zona debido a que el cuerpo considera que esta presente una célula nociva , por lo general proteínas propias, y la ataca. A diferencia de la artritis, la artrosis no tiene ninguna relación con el sistema inmunológico y se presenta por causas mas accesibles para el humano. Todo motivo de desgaste de cartílago en la articulación es considerada como posible causa de artrosis como puede ser la obesidad y el intenso trabajo que requiere movimientos constantes y exigencias físicas. Incluso también los traumatismos

– golpes- repetidos en las articulaciones suelen provocar artrosis secundaria.

Si bien la causa de la osteoartritis no es conocida, se sabe que la misma es multifactorial. En el desarrollo del proceso artrosico se describen factores predisponentes y de riesgo, entre los primeros se mencionan los genéticos y el envejecimiento o la edad. Entre los riesgos, además de los factores mecánicos – sobrecarga articular- deben considerarse el padecimiento de artritis crónicas, traumatismos articulares, obesidad, etc.

En el desarrollo del cuadro clínico que tiene la biomedicina de esta patología podemos mencionar que cuando aparece sin causa aparente se la considera primaria o idiopatica y suele afectar a personas mayores de 50 años. Son muchas las patologías y eventualidades que pueden generar osteoartritis secundarias, lo que determina su aparición en gente joven. Algunas de las posibles causas son:

- a- microtraumatismos múltiples o un gran traumatismo que ocasione incongruencia articular.
- b- Desordenes congénitos o del desarrollo – luxacion congénita de cadera, etc.-
- c- Enfermedades que alteren la estructura articular o el hueso periarticular- artritis rematoidea, gota, pagget, etc.-
- d- Enfermedades metabólicas – hemoglobinopatias, obesidad, ocronosis, etc.-

- e- Enfermedades endocrinas – diabetes, hipotiroidismo, etc.-
- f- Trastornos estáticos – pies planos, genu valgo o varo, coxa vara o valga, escoliosis, etc.

PATOGENIA

La artrosis es un desorden de toda la articulación. Compromete cartílago, hueso, membrana sinovial y la capsula articular. El cartílago es el tejido mas afectado. La causa de la artrosis –AO- es desconocida.

Estructura básica del cartílago:

Las propiedades biomecánicas tan especiales del cartílago dependen de la matriz

extracelular. Los principales componentes de la matriz son:

- + agua – 65% al 80% del peso tisular-
- + colágenos – 10% al 30%-
- + proteoglicanos – 5% al 10%-

Este tejido es único ya que no posee inervación, vasos sanguíneos, linfáticos ni membrana basal. Las células del cartílago, condrocitos, se nutren por difusión desde el hueso subcondral y más importante, a través del fluido sinovial.

Colágeno:

En un 90% es del tipo II. Se dispone a través de una red tridimensional de fibras dando la forma, volumen y la fuerza tensil del cartílago. El otro 10% es de colágenos tipo VI, IX, X y XI.

Proteoglicanos- PG-:

Se encuentran embebidos en el interior de la red de colágeno. Estos son agregados hidrofílicos altamente cargados, crean presión por retención de agua, la que es comprimida por la red de fibras de colágeno. Esta organización confiere al tejido

articular una estructura con la propiedad de revertir la deformación. El principal PG del cartílago se llama agregan. Consiste en un cordón de proteína de 210 kd al cual se le unen más de cien cadenas de condroitín sulfato y 20 de keratan sulfato. La parte Terminal del cordón de proteína se une al ácido hialurónico con la ayuda de una proteína de enlace. Más de 100 moléculas de agreganos se pueden unir a una sola molécula de hialuronato y formar un agregado masivo. En el cartílago se encuentran además otros tipos de proteoglicanos como dermatan sulfato, que es importante en mantener la integridad del cartílago. Hay muchas otras proteínas como la fibromodulina, ancorita y fibronectina. La naturaleza, tipo y cantidad de los PG y de las proteínas no colágenas cambian con la edad y también con enfermedades como la artrosis.

Condrocitos:

La integridad del cartílago depende de los condrocitos. El recambio de la matriz normal es lento, en especial del colágeno. El tejido se mantiene por un control del balance de las actividades de anabolismo y catabolismo de estas células. Hay un flujo continuo hacia el líquido sinovial de moléculas sintetizadas y degradadas. Los condrocitos responden a estímulos químicos y mecánicos. Poseen receptores para numerosas citoquinas. Existen distintos tipos de condrocitos según su disposición en las distintas capas del cartílago.

Quiebre y Reparación del Cartílago:

Lo característico de la artrosis es la aparición de áreas focales de daño a la integridad del cartílago con fibrilación y pérdida de volumen. Factores mecánicos determinan en

gran parte el sitio y gravedad de las lesiones. Hay numerosas investigaciones actuales sobre las vías bioquímicas que conducen a la destrucción y pérdida de las moléculas de la matriz y de la capacidad de reparación del tejido, ya que se supone que agentes farmacológicos pudieran intervenir terapéuticamente en estas vías.

La artrosis inicial en humanos es de difícil estudio, por lo que se ha recurrido a modelos animales. Inicialmente aparece una pérdida gradual de los componentes de la matriz, en especial pérdida de los PG, aunque la integridad de la red de colágeno también parece alterarse. En etapas tardías las fibras de colágeno también se destruyen. Los cambios precoces no son uniformes, hay áreas en las que predomina la pérdida de la matriz pericelular y en otras la intercelular. Los cambios histológicos precoces incluyen : pérdida de las propiedades tintoriales de los PG, fibrilación de la capa superficial del cartílago y la agrupación de los condrocitos en clones. Las células son metabolitamente muy activas en esta etapa. En etapas tardías hay destrucción de la red de colágeno, pérdida de todos los componentes de la matriz, exposición de hueso subyacente y muerte celular. Muestra de cartílago de áreas adyacentes al área afectada aparecen normales.

Mediadores de la destrucción de la matriz:

La destrucción de la matriz es mediada por varias proteinasas. Las principales enzimas involucradas son : las metaloproteinasas (colagenasa, gelatinasa, estromelisina) y las cisterna-proteinasas (catepsinas). Existe un inhibidor tisular natural de las metaloproteinasas, es la TIM (6 tiosina monofosfato). La actividad de las enzimas esta controlada por la secreción de las proenzimas, que necesitan ser activadas por

factores como la plasmina y por la cosecreción del TIMP, los que forman complejos que inactivan la proteínasa. El balance de estos factores, controlados por el condrocito, es la vía final común que está comprometida en la destrucción del cartílago. Los condrocitos son dependientes del ambiente químico y mecánico. Ellos responden a hormonas sistémicas – estrógenos- y a hormonas locales o citoquinas. Los factores de crecimiento, como el TGF y citoquinas como la interleucina 1 y el factor de necrosis tumoral, que derivan del cartílago o del hueso subcondral, son investigados como potenciales controladores de la degradación del cartílago en la Artrosis. Ellos alteran la actividad de síntesis del condrocito y aumentan la producción de proteinasas. En etapas tardías el daño depende directamente de proteinasas presentes en el líquido sinovial. En humano las osteotomías pueden ser seguidas de neoformación de cartílago en la articulación del tipo fibrocartílago.

Vale completar el cuadro observando los cambios que también se producen en otras estructuras ante la artrosis como ser:

En hueso ... aumento en la vascularidad y en la actividad del hueso subcondral con áreas de esclerosis y áreas de quistes. Suelen producir dolor.

Margen articular ... casi siempre con artrosis aparecen crecimiento de cartílagos – condrofitos- se engruesa la capsula en su inserción y osificándose constituyen osteofitos.

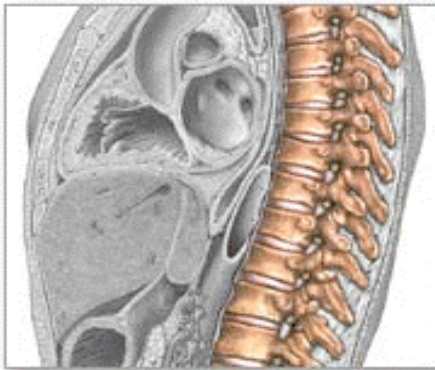
Capsula ... ante esta patología se engruesa en etapas tardías.

Membrana Sinovial ... suele encontrarse una inflamación de la sinovial – sinovitis- en cualquier etapa de la enfermedad; parece ser un fenómeno secundario.

Tejido Periarticular ... se encuentran tendonitis o bursitis acompañando la patología, tal vez por la sobrecarga mecánica de la articulación. La pérdida de la masa muscular es importante y determina incapacidad o invalidez.

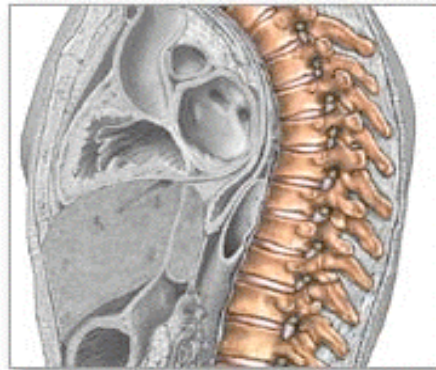
Cambios en la columna por envejecimiento

Persona joven



Curvatura vertebral normal

Persona mayor



Curvatura vertebral deteriorada por cambios óseos v disciales

La columna vertebral se debilita con el envejecimiento y se hace más curva y frágil.

Con respecto a la **Artrosis de Columna Vertebral** es interesante aclarar que

Características y funciones cumple esta estructura en el cuerpo humano para llegar a comprender las diferentes implicancias que puede aparejar esta patología.

La columna vertebral es una estructura compleja, que posee importantes relaciones e interacciones con la mayoría de los órganos del cuerpo y los diferentes sistemas que conforman. Sus funciones básicas se relacionan con:

° **Soporte y protección del Sistema Nervioso central y periférico:** esto se produce al estar

la medula espinal – parte del sistema nervioso central- íntegramente incluida en el canal vertebral que se arma al asociarse las vértebras en su posición conjunta. Además de

esto, los nervios raquídeos, o sea parte del sistema nervioso periférico, salen hacia los órganos que inervan desde los agujeros de conjunción que se arman entre dos vértebras. Con respecto a este tema el Dr. Odeskky explica: “Debido a la interacción, en diferentes niveles jerárquicos, de los sistemas neurovegetativo y neuromuscular, se vuelve evidente que toda alteración funcional en uno de ellos repercute en el otro generando una hipo o hiperreactividad – inmunológica, glandular, muscular, circulatoria, visceral, metabólica, etc.- que involucran funcionalmente a ambos.

Pero, además, por un sufrimiento de carácter local que afecte a los forámenes intervertebrales y estos a su vez a las vías aferentes/eferentes – raíces nerviosas-.

Este es el caso de los desarreglos intervertebrales menores- por ejemplo, pinzamientos del espacio intervertebral-, que bien pueden derivar en una disminución de la altura del disco, discopatias crónicas, hernias de disco-. O de tensiones musculares crónicas, que también reducen este espacio.

De esta forma es que tanto los impulsos aferentes como los eferentes podrían ser amplificadas como distorsionados al transmitirse mediante lo que llamamos en el punto anterior “segmentos de facilitación”.

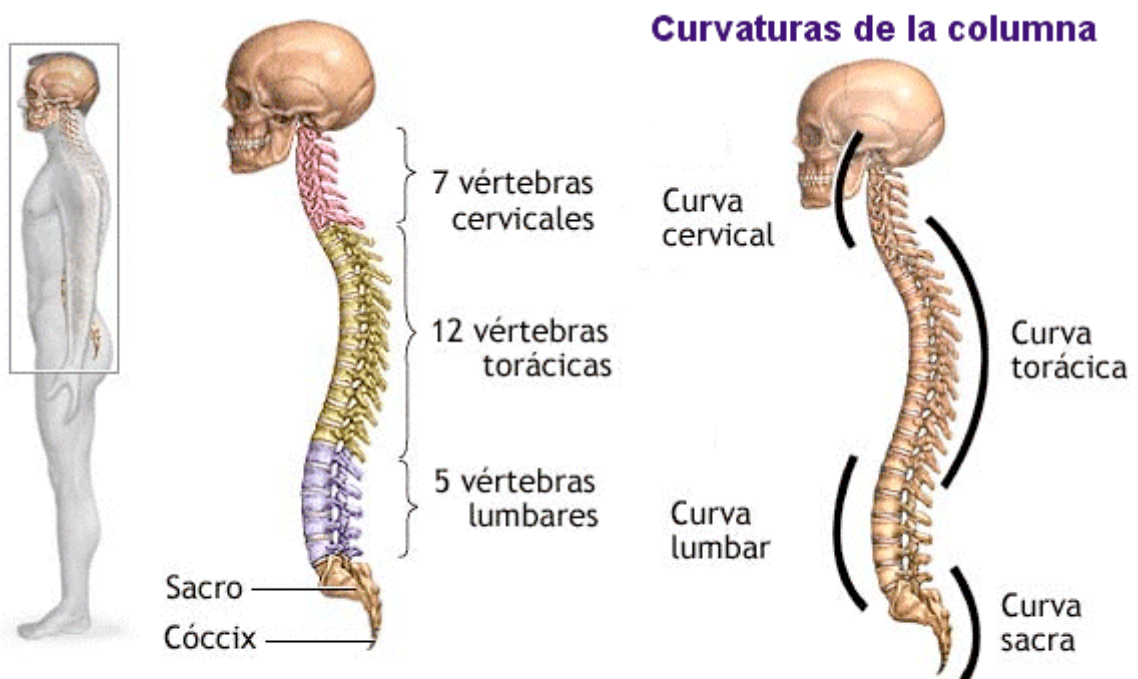
Los segmentos de facilitación son aquellas áreas donde la actividad neurológica se halla alterada por un trastorno intervertebral. Sobre esas áreas inciden ciertos factores – tensiones emocionales, musculares, estados climáticos, etc.- capaces de producir un desequilibrio en glándulas, órganos y tejidos inervados por las vías correspondientes”.

° **Sostén Estructural:** la columna vertebral constituye el principal pilar para el sostén de la anatomía. La forma del cuerpo humano ha sido determinada a través de la evolución en gran medida por los cambios que progresivamente a experimentado la columna, llevándonos a la posición erguida y permitiéndonos un singular deambular en

bipedestación – sostenido en las dos extremidades inferiores-.

° **Estabilidad y funcionalidad biomecánica:** la relación de la columna con las extremidades, con los músculos, ligamentos y otras estructuras, permite la funcionalidad correcta de las extremidades superiores e inferiores, la cintura pélvica y escapular, el tronco, cuello y cabeza; es decir, de todas las estructuras con función dinámica del organismo.

° **Soporte y protección de órganos internos:** las estructuras y órganos internos del cuello, tórax, abdomen y pelvis necesitan del soporte y flexibilidad que brinda la columna vertebral.



Hay cuatro curvaturas naturales en la columna vertebral: cervical, torácica, lumbar y sacra. Las curvaturas junto con los discos intervertebrales, ayudan a absorber y distribuir el esfuerzo que se presenta por las actividades diarias como caminar o por actividades más intensas tales como correr y saltar.

La columna vertebral se compone de treinta y tres vértebras distribuidas de la siguiente manera: siete cervicales, doce dorsales, cinco lumbares, cinco vértebras fusionadas que

arman el sacro y cuatro vértebras soldadas que forman el cóccix. Tanto el sacro como el cóccix se forman de la unión de las vértebras, las que se han fusionado con la evolución de la especie.

El raquis total, la columna vertebral, puede considerarse como un conjunto de unidades funcionales superpuestas equilibradas contra la gravedad y capaces de una flexión funcional. La columna vertebral puede evaluarse como una estructura estática y cinética. El Raquis funciona para apoyar al ser humano bípedo al estar de pie, sentado, caminando y en sus movimientos de la vida cotidiana en distintos niveles espaciales. Colabora con las fuerzas de gravedad y debe acomodarse a ellas con un mínimo gasto energético.

Cuando se presentan problemas en la columna vertebral se debe analizar distintos factores tanto internos como externos en ese individuo.

La columna vertebral, es un agregado de segmentos superpuestos que pueden denominarse **unidades funcionales**. La unidad funcional está compuesta de dos cuerpos vertebrales vecinos, uno sobre el otro, separados por un disco intervertebral. El segmento anterior de la unidad funcional es esencialmente una estructura flexible de apoyo, que soporta peso y absorbe choques. El segmento posterior de la unidad funcional es una estructura que no soporta el peso y contiene y protege las estructuras neurales del sistema nervioso central y también pares de articulaciones que funcionan para dirigir el movimiento de la unidad.

Cada unidad funcional contiene todos los tejidos necesarios para la función total. Estos tejidos pueden ser nociceptivos y causar dolor. **El deterioro de cualquier parte de la unidad puede alterar la función del sistema total.**

El raquis

En vista de lado, la columna vertebral tiene cuatro curvas fisiológicas: dos lordóticas y dos cifóticas. Las curvas lordóticas cervical y lumbar tienen flexibilidad, y la curva cifótica dorsal es limitada, pero la curva cifótica sacra es una curva “inflexible” fija.

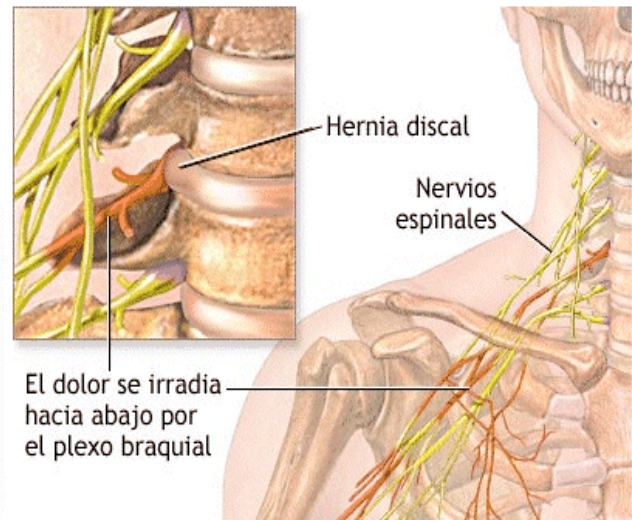
La totalidad del raquis está equilibrada en la base del sacro. La curva lumbar, una lordosis, es inmediatamente cefálica al sacro. Es convexa hacia adelante y cóncava hacia atrás. Comprende, en general, seis unidades funcionales llamadas L1, L2, L3, L4, L5 Y S1. Debido a que la Artrosis, patología en la que se basa este trabajo, suele afectar la parte baja de la espalda- por supuesto no de manera excluyente- se ampliará la información del raquis lumbosacro más adelante.

La siguiente curva hacia arriba es el raquis torácico, que comprende doce vértebras. La curva es una cifosis con convexidad dorsal y concavidad anterior. Los cuerpos vertebrales del raquis torácico y el disco intervertebral son más pequeños que los del raquis lumbar. Esencialmente no hay flexibilidad para la flexión hacia delante ni para la extensión de la columna torácica después de la madurez, y su rotación es limitada por las inserciones musculares de las costillas. Las costillas que se unen a las apófisis transversas de los cuerpos vertebrales y están conectadas entre sí por los músculos ligamentosos intercostales, solo permiten muy poco movimiento individual. El raquis torácico se mueve en la articulación toracolumbar dentro de una unidad funcional transicional.

Vértex cervicales



Dolor cervical



Las vértebras de la columna están separadas por discos cartilaginosos llenos de una sustancia gelatinosa que brinda amortiguación a la columna espinal. Dichos discos se pueden salir de su lugar o romperse debido a trauma o distensión, especialmente si se han presentado cambios degenerativos en ellos. Cuando un disco se sale de su lugar, las raíces nerviosas (nervios grandes que se ramifican desde la médula espinal) pueden resultar comprimidas, ocasionando síntomas neurológicos como dolor y cambios sensoriomotores.

La columna cervical tiene ocho vértebras que forman una lordosis y se divide en un segmento cervical superior: el segmento occipitoatlantoaxoideo, que incluye C1 y C2, y un segmento inferior o bajo, que corresponde a C3 a C7. La curva es convexa hacia adelante y cóncava hacia atrás. En su totalidad, los segmentos del raquis cervical permiten el movimiento en flexión, extensión, flexión lateral y rotación.

Las facetas articulares de las unidades funcionales de las regiones lumbar, torácica y cervical difieren en su angulación, que en parte, determina la dirección del movimiento permitido y el restringido o imposible.

Las tres curvas cervical, torácica y lumbar, hacen una bisección en el centro de gravedad y se equilibran entre sí. Vistas en posición erecta, estas tres curvas pueden considerarse la postura del hombre.

El sacro es la plataforma base en la cual se equilibra la columna vertebral superpuesta.

El sacro está unido a los huesos ilíacos por las articulaciones sacroilíacas. Estos tres

huesos, se mueven en masa, como una unidad, formando la pelvis, que esta equilibrada centralmente en un eje transversal entre dos articulaciones en esfera de las cabezas femorales, que se articulan dentro del acetábulo. Esta articulación permite el movimiento rotatorio en un plano anteroposterior sagital. Cualquier rotación de la pelvis dentro de este plano sagital cambia la angulación de la base del sacro.

La cara superior del sacro, en el cual se equilibra el raquis lumbar, se conoce como ángulo lumbosacro. La articulación de la vértebra lumbar con el sacro se llama articulación lumbosacrorraquidea.

A medida que gira la pelvis, los términos utilizados para la descripción clínica se relacionan con sus efectos en el ángulo lumbosacro. El movimiento hacia arriba de la cara anterior de la pelvis se denomina “rotación hacia arriba”, que baja la cara del sacro y disminuye el ángulo lumbosacro. El movimiento hacia debajo de la porción anterior de la pelvis lleva a cabo el movimiento exacto y eleva la posición sacra, aumentando el ángulo lumbosacro. Estos movimientos pélvicos se denominan inclinación pélvica.

El ángulo lumbosacro se determina dibujando una línea paralela al nivel superior del sacro y en ángulo con un nivel horizontal verdadero.

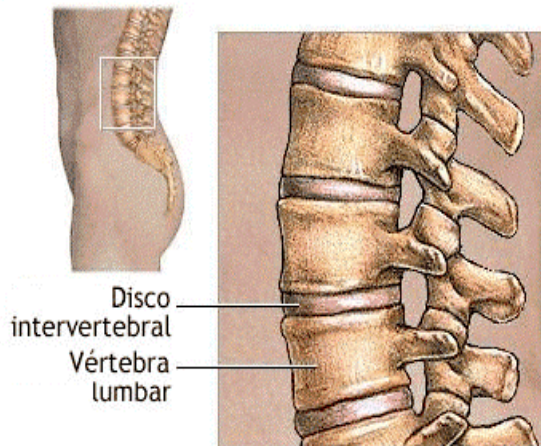
A medida que el ángulo lumbosacro cambia, también se modifica la curva lordótica lumbar que se encuentra arriba. Un aumento en el ángulo lumbosacro origina un incremento de la lordosis, al igual que una disminución en dicho ángulo provoca una reducción de la curva lordótica.

También hay un efecto en la angulación lumbosacra y la lordosis lumbar ejercido por la lordosis cervical.

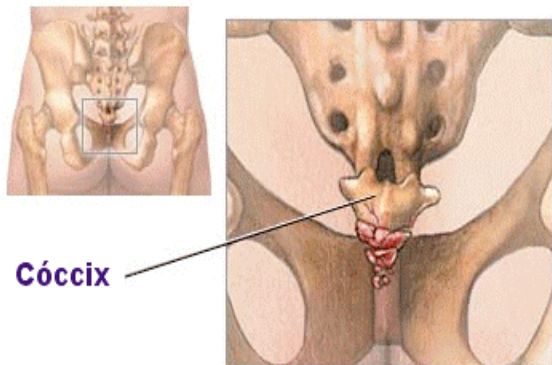
La curva lordótica lumbar también esta determinada por la forma angular de los discos intervertebrales, que son mas anchos adelante y mas estrechos atrás. Como las vértebras

lumbares bajas, en especial L5, L4 y L3, son en ángulo, igual que la articulación lumbosacra, hay un componente de fuerza de deslizamiento en estas unidades funcionales.

Vértebra lumbar

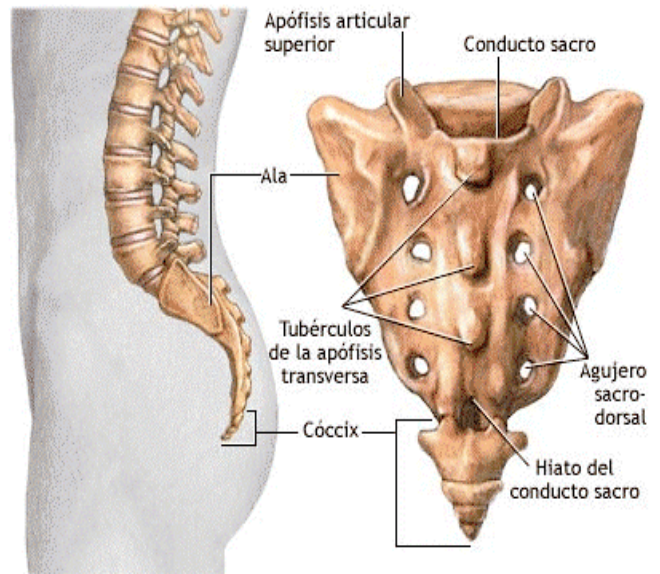


Hay cinco vértebras lumbares ubicadas en la parte baja de la espalda. Estas vértebras son las que reciben la mayor presión y son la porción de la espalda que soporta peso. Las vértebras lumbares son las que permiten movimientos tales como flexión y extensión y algunas flexiones laterales.



Cóccix

Sacro



El sacro es una estructura ósea en forma de escudo que está localizada en la base de las vértebras lumbares. Está conectado a la pelvis, forma la pared pélvica posterior y fortalece y estabiliza la pelvis. Unidas en el mismo extremo del sacro, se encuentran de 2 a 4 vértebras pequeñas y parcialmente fusionadas conocidas como el cóccix o "hueso de la cola" que brinda un leve soporte a los órganos pélvicos, pero realmente es un hueso de poco uso.

El cóccix es el hueso pequeño que se encuentra en la punta inferior de la columna vertebral. La causa más común de lesión al cóccix es una caída de espaldas sobre una superficie dura, tal como un piso resbaloso o hielo.

Las vértebras se articulan entre si a través de estructuras articulares especializadas, así como a través de cojinetes o meniscos ubicadas estratégicamente. Asociados a las vértebras se encuentran una serie de estructuras ligamentosas, cartilaginosas, articulares y musculares que sirven para darle cohesión y funcionalidad.

Vale mencionar:

° **Discos intervertebrales:** son meniscos o cojinetes especializados y únicos en la columna vertebral, situados entre los cuerpos de las vértebras. Estos discos están constituidos por un anillo fibroso y por un núcleo pulposo. Su función es trascendental en permitir los movimientos en todos los sentidos, ser un amortiguador para las fuerzas sobre la columna y dar a la vez estabilidad. Los discos son una fuente de posibles patologías de la columna – discopatías sintomáticas, hernias discales, estenosis o estrechamientos, etc. Vale recordar que el 25% del espacio ocupado en altura por la columna corresponde a los discos intervertebrales. En la medida en que ese espacio disminuye, también disminuirá la altura y el espacio foraminal. Ocurriendo generalmente la subluxación de las apófisis articulares posteriores vertebrales correspondientes al espacio discal comprometido.

° **Ligamentos:** existe una serie de ligamentos que unen los diversos componentes de la columna entre sí y también a la columna con las estructuras que la rodean. Dentro de estos ligamentos podemos destacar al ligamento común longitudinal anterior – une los cuerpos vertebrales por delante-; ligamento común posterior – une los cuerpos por detrás; ligamento inter espinosos – une las apófisis espinosas de las vértebras entre sí; ligamento supraespinoso – une la porción más posterior de las apófisis espinosas entre sí; ligamento amarillo – une las láminas de las vértebras; ligamentos intertransversos – unen las apófisis transversas.

Articulaciones: las múltiples articulaciones presentes en los diferentes niveles de la columna presentan capsulas y ligamentos individuales y colectivos que ayudan a la funcionalidad y estabilidad de estas estructuras.

Músculos: una gran cantidad de músculos se insertan en distintas zonas de la columna en toda su longitud. Estos músculos se relacionan tanto a los movimientos propios de la

columna como a la estabilidad dinámica, aspectos vitales en su funcionamiento.

Para ayudar a amortiguar las tensiones, la columna, como ya comente, tiene cuatro curvaturas que le permiten distribuir el peso. Pero para que estas trabajen adecuadamente la columna debe estar en posición vertical y equilibrada. La columna vertebral del recién nacido no tiene curvas fisiológicas como se observan después en el adulto erecto. El feto está en flexión total. Todas las curvas – cervical, torácica y lumbar- son cifosis.

Durante la seis a ocho semanas de vida el niño levanta su cabeza y por esta maniobra antigravedad inicia la acción de los músculos espinales. Ellos forman gradualmente la lordosis cervical. A medida que evoluciona las actitudes de gateo y sentado, se forma la curva lumbar.

La curva torácica no cambia de manera drástica. Pero cuando la columna vertebral llega a la posición erecta, el músculo iliopsoas no se alarga por completo y mecánicamente hace que el raquis lumbar asuma una lordosis. Cuando se flexionan las caderas y las rodillas contra el abdomen, la posición doblada se conoce como posición fetal. La acción de los músculos iliacos en los fémures conserva a las caderas flexionadas. El psoas se origina en la porción anterior del raquis lumbar y se inserta en la cara anterior del fémur. A medida que se extienden los fémures, tiran gradualmente del raquis lumbar para originar una lordosis. Volviendo al concepto en que al transformarse el hombre en bípedo empezaron los problemas en la estructura de la columna se observa que en los animales, por ejemplo un perro, la columna soporta el peso como una viga. Por el contrario, la espalda de un ser humano, lo hace como un pilar. Cada vez que nos paramos o nos sentamos, la espalda trabaja en contra de la gravedad para sostener una estructura superior pesada.

La terapeuta Ida P. Rolf, creadora del rolfing – técnica que trabaja sobre la estructura miofascial comenta al respecto “En lo que se refiere a entender la función espinal, hay que aclarar aun otra confusión. Hablamos de la espina dorsal llamándola columna, y pensamos que una columna es algo que esta por debajo de la estructura que sostiene. En este sentido la espina dorsal no es, evidentemente, una verdadera columna, ya que se encuentra mas próxima a la superficie dorsal del cuerpo. Es como una viga apoyada sobre un extremo. En los cuadrúpedos actúa como una viga relativamente horizontal, en tanto que en el hombre, al convertirse en una viga vertical, asume las características y las necesidades propias de este tipo de sostén. Esto plantea problemas que no se ocasionarían con una columna central erecta. Primero y principal, es que aun cuando haya partes de la columna – los cuerpos de las vértebras- que puedan funcionar como soportes del peso, la estructura descentrada, como tal, requiere un solidó conjunto de cables de sostén, ajustables, que le ayuden a mantener su posición erguida. La función principal del poderoso complejo miosfacial que forman los extensores de la espalda radica en asegurar ese sostén, y asegurarlo por suspensión. Cuando una viga segmentada y descentrada no esta completamente recta, la tendencia normal a la flexión hace que este mecanismo de suspensión pierda elasticidad, y limita de manera sensible la movilidad de la columna.” En otro tramo sostiene *“En un cuerpo que se aproxime al equilibrio, la columna distribuye adecuadamente el peso, en vez de soportarlo.* Aquí, la clave radica en la estructura miofascial. La columna ósea establece y mantiene el espacio de que disponen las miofascias. Dentro de sus limites, puede facilitar el equilibrio de los tejidos blandos que le corresponden. Por eso, una definición de un cuerpo en equilibrio es un cuerpo en el cual la columna establece igualdades miofasciales. El cuerpo que habitualmente vemos en la calle y la playa, no pertenece a

esta clase. Es verdad que su peso mal distribuido esta más o menos sostenido por una columna, pero, en el mejor de los casos, el peso es inestable y se convierte en una pesada carga. Volvamos a recordar nuestra tienda mal equilibrada, en que el mástil central se aparta de la vertical, y el esforzado propietario debe luchar contra el peso de la lona que se le viene abajo. En una tienda, el dueño a veces gana y consigue enderezar la estructura, pero en las reacciones complejas del cuerpo, la batalla por lo general esta perdida; la que siempre gana es la gravedad. En el hombre-mono – y en los cuerpos mal estructurados-, la columna esta emplazada como el mástil de una tienda que estuviera ligeramente inclinado y desequilibrado. Se usa para soportar el peso, y en las condiciones dadas, el peso debe ser soportado de forma descentrada. Reiteremos que este es un juego cuya secuela es inevitable: si el mástil de la tienda esta descentrado, el peso de esta lo hará caer; si esta recto, el peso lo equilibrara y lo mantendrá recto. Es decir que la función fisiológica de una columna normalmente erecta consiste en distribuir el peso.”

El Dr. Odeskky en su trabajo sobre el trastorno degenerativo lumbosacro expone “ Desde el punto de vista general integrador podemos ver al cuerpo como una estructura recorrida por fuerzas a través de su aparato óseo o, desde otro ángulo, como un fluido de distintas densidades que se desplaza dentro de los limites de ese cuerpo y que le da forma. Desde ambos enfoques encontramos un centro corporal que incluye anatómicamente a la charnela lumbosacra y a otras estructuras de la región abdominolumbar.

Desde ambas interpretaciones podemos decir que, tanto fuerzas como fluidos se transmiten o desplazan desde el centro a la periferia y viceversa. Con un centro enfermo esta transmisión o desplazamiento no será igual y podremos observar la diferencia en la

periferia. Esto se puede observar fácilmente en el momento agudo de la enfermedad – episodio de lumbalgia agudo- cuando la misma se manifiesta tan invalidante. La inversa, es decir, la repercusión de la periferia sobre el centro la observamos al tratar de poner en movimiento los extremos de la estructura - cabeza y extremidades: el centro – charnela lumbo-sacra- resulta aun mas irritado.”. En otro tramo comenta “La manera en que se distribuyen internamente las fuerzas de las que hablamos anteriormente produce infinita variedad de cuadros posturales determinados tanto **por la transmisión de las fuerzas peso y atracción de la gravedad a través de los huesos, como por el tono de los músculos – estática o dinámicamente.**”

Entra aquí en juego un concepto que será básico para el aporte que la Eutonía puede brindar en el tema de la artrosis ... el tono muscular. La Enciclopedia Wikipedia la define como la tensión muscular residual o tono, es la contracción parcial, pasiva y continua de los músculos.

Stambak lo presenta como “un estado permanente de ligera contracción en el cual se encuentran los músculos estriados. La finalidad de esta situación es de servir de telón de fondo a las actividades motrices y posturales”

El Dr. Odessky habla del tono neuromuscular como un componente de la tensión de la musculatura que no pertenece al control conciente y voluntario, y que es el que prepara al cuerpo para la acción, que manifiesta estados emocionales y mentales, la repercusión ambiental y las improntas culturales además de las vivencias personales.

En el libro “Enfermedades Reumáticas, todas las respuestas” de la Sociedad Española de Reumatología”, uno de los autores el Dr. Eliseo Pascual escribe: “Algunas enfermedades reumáticas tienen su origen en problemas en la función de alguna estructuras, por ejemplo una contractura muscular sostenida y relacionada con defectos

de la postura u otros factores”. Uno de los posibles factores esta relacionado con el nivel psicológico y emocional del individuo, la relación que establece con si mismo, los otros y su medio ambiente cultural, social y laboral.

De todas formas este aspecto del tono neuromuscular lo ampliaremos extensamente más adelante, al ocuparnos del desarrollo y la visión que de este tema tiene la Eutonia. Vale de igual manera, más allá de su desarrollo posterior, mencionarlo como un elemento constitutivo del tono en esta primera definición que hacemos del mismo.

El tono esta directamente relacionado con el Sistema Nervioso Central dependiendo del arco reflejo propioceptivo. La función del sistema propioceptivo consiste en regular el tono de todo el cuerpo con la intención de mantener la postura y posibilitar los movimientos. Por ende, la función postural rige la regulación del conjunto de las contracciones de los músculos agonistas-antagonistas. Esta regulación es atravesada además por la organización en el espacio y el tiempo.

El S.N.C. genera una corriente eléctrica que baja desde el encéfalo a través de la medula espinal y desde esta por los nervios periféricos hasta llegar al punto de contacto con el músculo, llamado placa neuromotora, una vez que recibe este impulso eléctrico puede percibir dos tipos de mensajes: uno para realizar el movimiento fásico, que produce el desplazamiento de los segmentos corporales en el espacio, y el tónico que se traduce como la mínima contracción que tiene un músculo y que se observa entre otras cosas en la postura habitual del individuo. Es importante entender que el tono neuromuscular varia constantemente. Sin embargo, por razones que describiremos al referirnos a su función en la Eutonia, se pueden producir fijaciones tónicas tanto en tono alto – hipertonía- como en tono bajo – hipotonía. En una primera lectura se puede relacionar las fijaciones crónicas en tono alto con procesos de *compactación articular* y los de

tono bajo *con inestabilidad articular*.

Con respecto a la columna vertebral, el Dr. Odessky afirma que existen zonas de compactación por tono alto y zonas de inestabilidad por tono bajo, las que pueden ser causantes de tendencias a procesos degenerativos.

Teniendo en cuenta la presencia muchas veces de dolor en la articulación afectada se puede observar como, de manera conciente o no, la persona aumenta la contracción de la musculatura de dicha zona en un intento para inmovilizarla con el fin de disminuir el dolor. Se crea de esta forma un círculo vicioso formado por un juego de tensiones crónicas que agravan la patología. En el caso del dolor crónico, a diferencia del agudo, este persiste mas allá de la presencia de estímulos externos ya que las secciones terminales de los nervios periféricos en la región lesionada, tienen cambios mecánicos y químicos que aumentan la sensibilidad ... todo esto termina produciendo dolor con mínimos estímulos no solo físicos sino además emocionales.

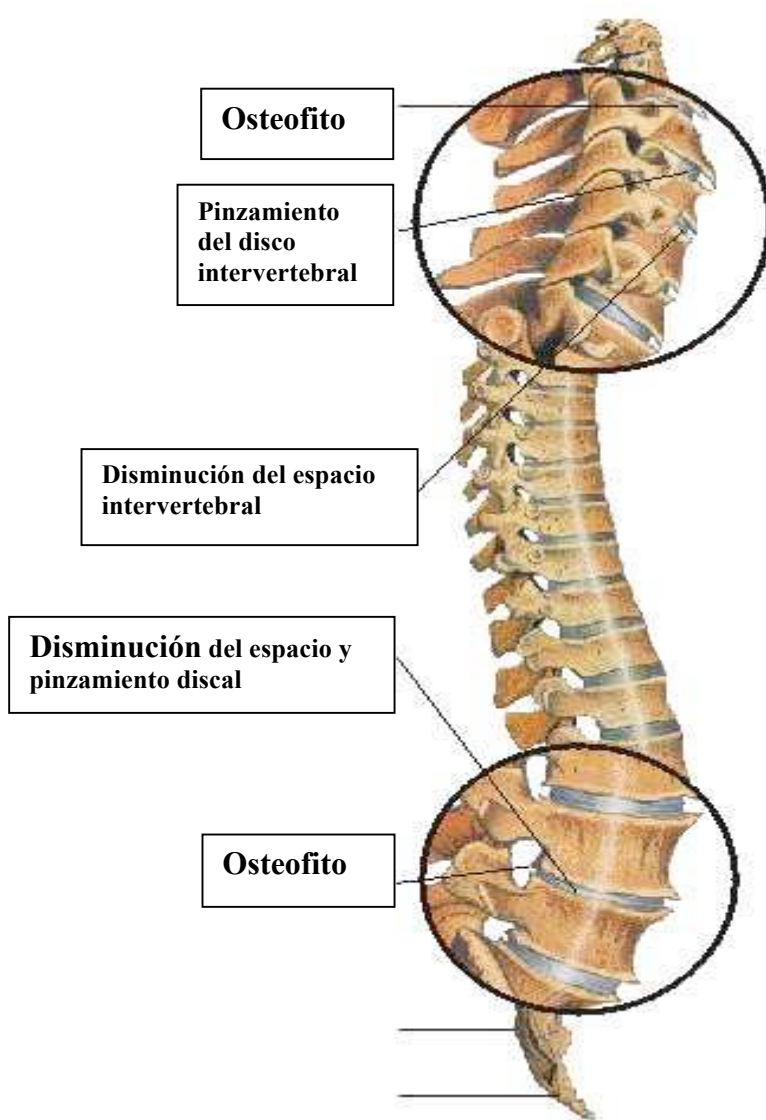
Se sabe que las sobrecargas ocasionadas por tensiones musculares crónicas causan problemas de artrosis en diferentes articulaciones. En las tensiones crónicas, entre otras consecuencias se ve perjudica la circulación interna de los músculos, lo que lleva a una deficiente oxigenación celular, por lo que se ve perjudicada tanto la llegada de nutrientes a la zona afectada como la eliminación de desechos metabólicos, se crean retracciones musculares que cambian los ejes de nuestros huesos lo cual perjudica la dinámica funcional de las articulaciones, las que con el paso del tiempo se desgastan produciendo la artrosis.

Me parece interesante incluir el concepto de estructura miofascial en vez de nombrar solo a los músculos ya que indiscutiblemente la fascia y el músculo son inseparables en cuanto a la función de sostén y de movimiento del cuerpo. El tono neuromuscular

involucran también a las fascias que además de cubrir a los músculos forman la estructura de sostén del cuerpo. La estructura miofascial junto a los huesos sobre los que actúa, arman la postura del individuo. El tema de la postura lo retomaremos en el desarrollo de la Eutonía incluyendo otros puntos fundamentales como la implicancia de los niveles psicológicos y emocionales.

Características de la Artrosis de Columna Vertebral

ARTROSIS DE COLUMNA



ARTROSIS CERVICAL

La artrosis de la columna cervical se manifiesta por dolor en la parte posterior del cuello e irradiación hacia los hombros. En esta imagen se aprecia la presencia de osteofitos y el pinzamiento de los discos intervertebrales. Cuando los osteofitos son muy marcados, pueden afectar partes blandas próximas a la columna cervical, como por ejemplo el esófago.

ARTROSIS DORSAL

El paciente que tiene artrosis de la columna dorsal raramente se queja de dolencias a dicho nivel. Es por ello que los signos radiológicos de artrosis de la columna dorsal son, en general, un hallazgo ocasional a partir de estudios solicitados por supuestas afecciones diferentes a la artrosis.

ARTROSIS LUMBAR

La columna lumbar soporta el peso de una significativa parte del cuerpo. Cuando dicho peso se traslada a vértebras que sufren procesos artrósicos se producen diferentes manifestaciones, tanto clínicas como radiológicas. Entre los rasgos clínicos son de importancia el dolor y, en estadios avanzados, la escoliosis resultante del progresivo deterioro óseo y articular. Desde el punto de vista radiológico son característicos los osteofitos, la disminución de los espacios intervertebrales, el pinzamiento del disco intervertebral y otros.

Con respecto a la columna debe diferenciarse el compromiso de la parte anterior de la posterior. Cuando se afecta la parte posterior – cuerpo vertebral y disco intervertebral- recibe el nombre de espondilosis, si se localiza en la parte posterior – articulaciones intervertebrales- constituye una espondiloartrosis, pues estas articulaciones tienen en su estructura membrana sinovial al igual que las periféricas.

La columna cervical se afecta prácticamente en el 80% de las personas de más de 40 años, debido a que es el segmento con mayor movilidad, no obstante muchas veces el desarrollo del proceso osteoartritico suele ser indoloro, evidenciándose por la limitación de la movilidad.

La sintomatología inicial se produce con molestias esporádicas o por crujidos o craqueos que se producen al mover el cuello. Después del periodo asintomático el paciente empieza a sentir dolor con lo que se limita aun mas la movilidad, sin embargo hay que advertir que no todo dolor cervical se relaciona con esta patología ya que muchas veces el origen del dolor es extraraquideo, entre los que se destacan los de origen muscular.

Además del dolor osteoartítico mencionado, este proceso puede causar otro irradiado a miembros cuando el crecimiento osteofítico de la espondilosis es posterior y provoca compresión de alguna raíz nerviosa. Esto suele observarse en la parte posterior de la columna cervical y lumbar, originando cervicobraquialgia o lumbociatalgia con parestesias y/o dolor de algún miembro, siguiendo el trayecto de la raíz lesionada.

La osteoartritis de la columna lumbar es frecuente debido a que debe soportar exceso de presiones y cargas, agravado en algunos casos por actividades que acentúan las exigencias de las mismas.

Salvo la no percepción de crujidos en la zona lumbar el resto de los síntomas son parecidos a los que se dan en la columna cervical.

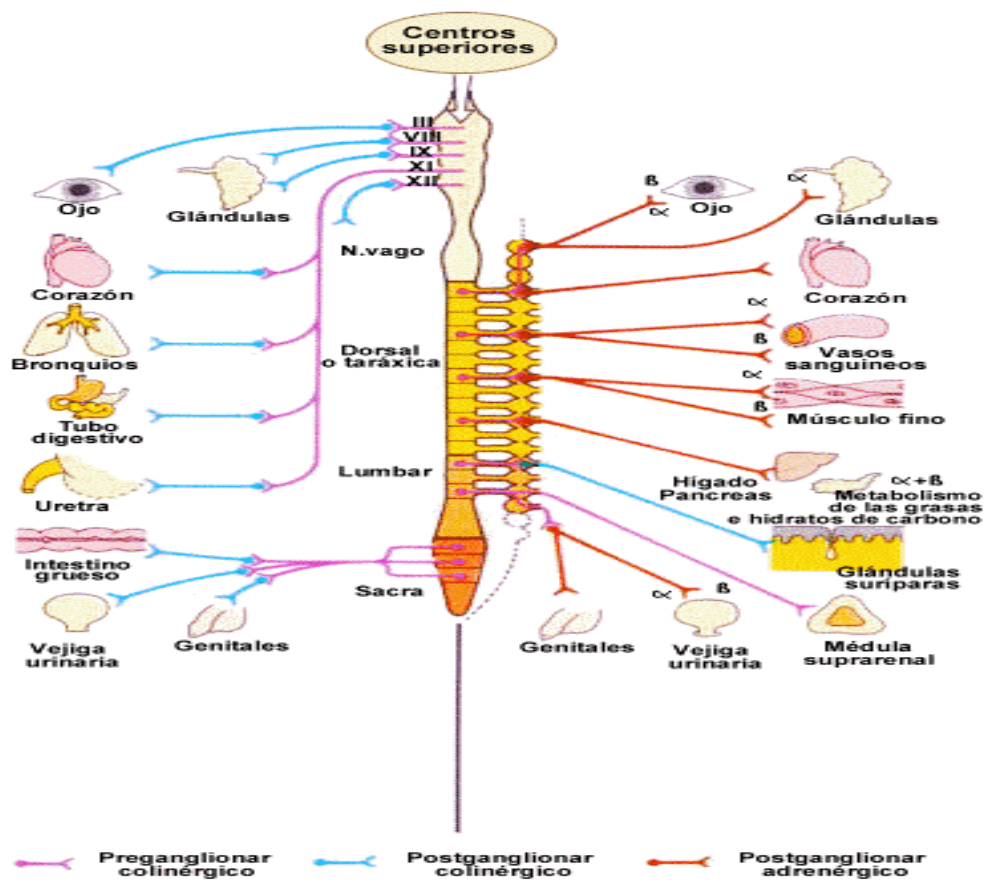
El examen físico de la columna revela limitaciones de los movimientos, principalmente de las inclinaciones laterales – por crecimiento osteofítico en los cuerpos vertebrales, la degeneración discal y el compromiso de las articulaciones intervertebrales – lo que puede causar dolor homo lateral.

Variantes clínicas de la osteoartritis primaria:

Se distinguen tres cuadros clínicos bien definidos:

- a- osteoartritis primaria generalizada: es poliarticular y a veces inflamatoria, afecta manos, rodillas, pies, cadera y columna. En las mujeres predomina la forma nodular por desarrollo de nódulos de Heberden.
- b- Osteoartritis inflamatoria erosiva: afecta preferentemente las articulaciones interfalángicas distales y proximales de las manos de las mujeres con predisposición genética. El compromiso articular se manifiesta con sinovitis y rigidez pos reposo. En las radiografía se observan estrechamiento del espacio articular, erosiones óseas epifisiarias, osteofitos y esclerosis ósea subcondral.
- c- Hiperostosis esquelética idiopática difusa: fue bien estudiada por Forestier quien la llamo hiperostosis senil. Se caracteriza por la calcificación y osificación de los ligamentos de la cara anterolateral de la columna, que a veces ocasiona
- d- anquilosis ósea. La osificación debe extenderse al menos por sobre cuatro cuerpos vertebrales contiguos.

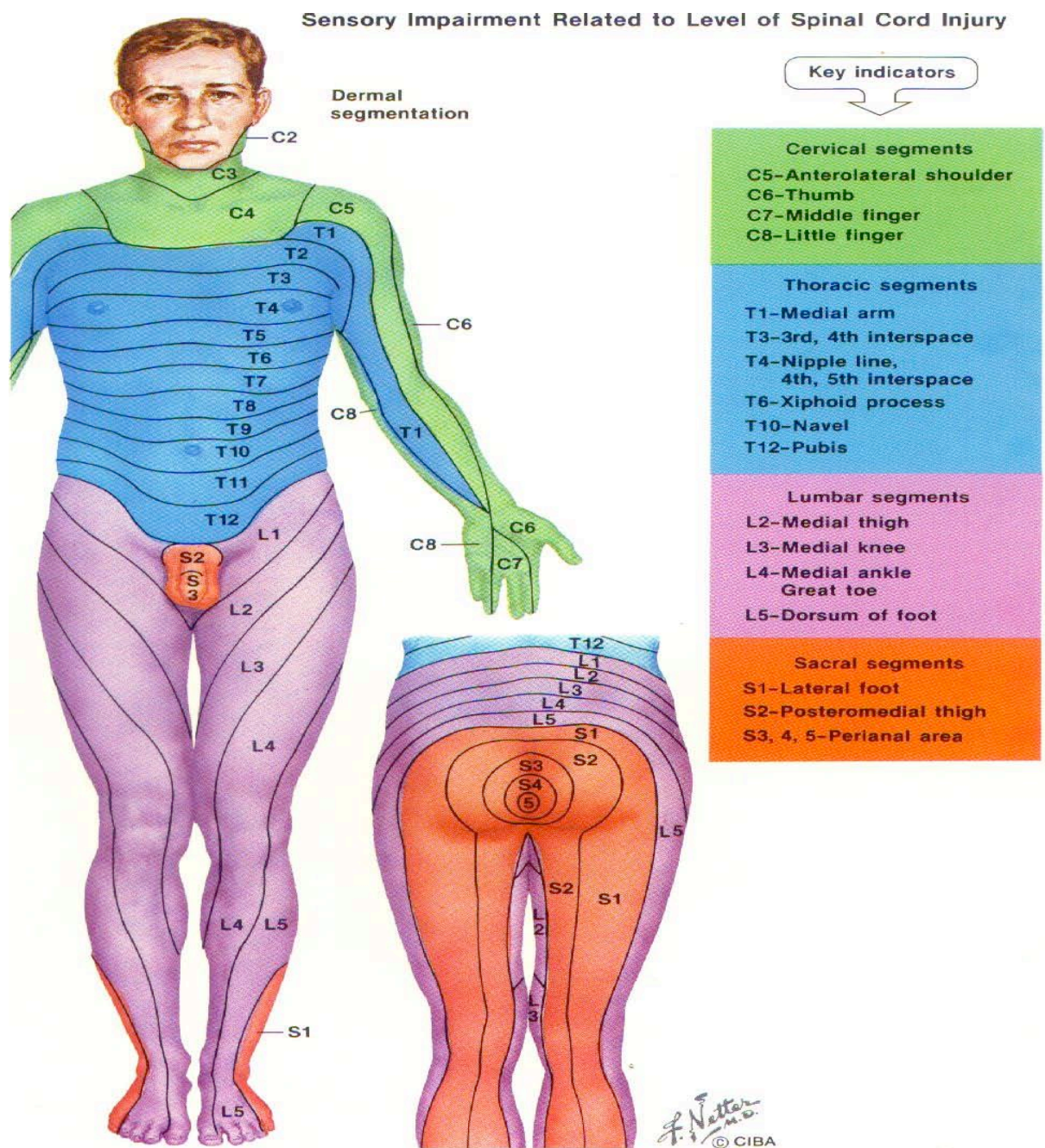
Debido a las distintas funciones que cumple la columna vertebral, las cuales ya describimos, y analizando en particular las que hacen referencia a dar soporte y protección al Sistema Nervioso Central y Periférico nos lleva a establecer que las repercusiones somáticas de las afecciones viscerales y las repercusiones viscerales de las lesiones del sistema músculo esquelético se ubican en la relación directa que se establecen entre el sistema neuromuscular y el sistema neurovegetativo.



Cuando se establece un desorden anatómico y funcional en una articulación de la columna no se trata solo de un tema local sino que puede tener implicancias a distancia y en otros niveles. Estos cuadros suelen traer aparejados procesos inflamatorios que al volverse crónicos pueden debilitar las capacidades de defensa y regeneración del organismo. Incluyendo que los cambios tróficos celulares y funcionales, debido a estos cuadros de irritación inflamatoria que se establece de manera crónica, pueden extenderse hacia el sistema nervioso central conduciendo hacia problemas neurovegetativos y psicológicos.

Una lesión del raquis se asocia a cambios en la sensibilidad, modificaciones del

comportamiento neuromuscular, problemas neurovegetativos, circulatorios no solo zonales sino en áreas distantes, lo que se puede explicar por la organización metamérica transversal del organismo – recordemos que las metamerias son segmentos transversales sensitivos-motores del Sistema Nervioso que controla a través de la inervación de un nervio raquídeo, un segmento corporal determinado.



Es en los reflejos medulares donde se produce la interacción entre el sistema somático y el neurovegetativo.

Korr, Deslow y Thomas han demostrado que los desordenes músculo-esqueléticos pueden ser causas de enfermedades viscerales y viceversa, muchas enfermedades viscerales complicar al sistema somático produciendo sensibilidad cutánea, rigidez muscular, etc. Y predisponiendo a un terreno apto para el desarrollo de una enfermedad. El Dr. Odessky completa estos conceptos a través de la descripción de los procesos que se dan cuando se producen estrechamientos de los forámenes intervertebrales, los cuales se pueden producir por causas diversas que van desde hernias discales a tensión muscular crónica. Sostiene que este estrechamiento puede comprimir la raíz nerviosa lo suficiente como para alterar el umbral de excitabilidad y conductibilidad de algunas fibras. Y provocando la hipersensibilidad de la musculatura de los tejidos paravertebrales, llevaría a reducir el umbral de acción de los reflejos motores, puesto que la musculatura se mantiene contraída aun frente a pequeños estímulos. Completa estos conceptos agregando que al ocasionar un retorno eferente alterado podría interferir, a su vez, en la armonía funcional de los órganos y los tejidos, creando círculos

viciosos de irritación e inflamación; además de otros estados patológicos que tenderían a disminuir la capacidad de regeneración y defensa del organismo

Sobre la relación entre el sistema neuromuscular y el neurovegetativo el Dr. A. Odessky comenta ...”Dada la interacción de los sistemas somático muscular y vegetativo, es posible considerar que, más allá de que exista una determinada patología demostrable, pueden ser detectadas en el cuerpo ciertas áreas, zonas o metameras, que presenten un predominio simpático tónico o vago-tónico, y en las que se produzcan

dificultades adaptativas para la fluctuación.

Igualmente distonias musculares – hiper o hipotono- agudas o crónicas, constituyen acciones a estímulos exógenos o endogenos que promueven estados patológicos debido a la pérdida de la fluctuación tónica.

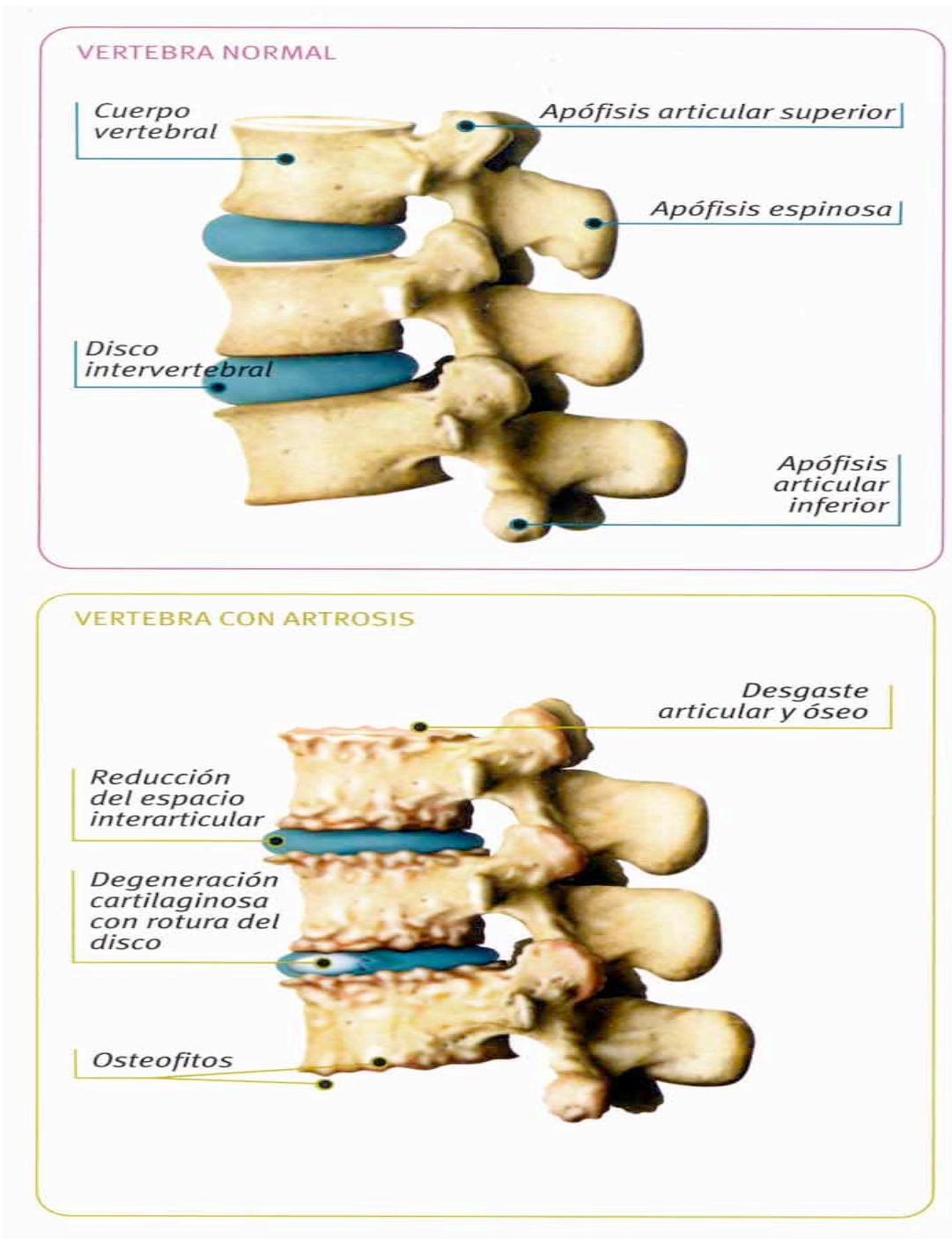
...Debido a la interacción, en diferentes niveles jerárquicos, de los sistemas neurovegetativo y neuromuscular, se vuelve evidente que toda alteración funcional en uno de ellos repercute en el otro generando una hipo o hiperreactividad – inmunológica, glandular, muscular, circulatoria, visceral, metabólica, etc.- que involucran funcionalmente a ambos”.

Exámenes complementarios:

Radiología:

Es un examen complementario muy útil, pues muchas veces permite definir el diagnóstico, posibilita orientar el tratamiento. La radiografía revela de manera indirecta la cantidad de cartílago articular al observar las distancias entre las superficies óseas, además muestra los cambios estructurales del hueso subcondral.

En general los hallazgos radiográficos de las articulaciones osteoarthriticas varían con el grado de lesión, siendo su secuencia habitual el estrechamiento del espacio articular, la esclerosis ósea subcondral y el crecimiento osteofítico. A esto se agrega en etapas más evolucionadas, imágenes quísticas subcondrales y deformidad de la superficie ósea.



Tratamiento:

Como la osteoartritis suele tener un largo periodo asintomático, es difícil detectarla en periodos precoces. Por lo general se acude a la consulta cuando el dolor se hace presente.

En el proceso de la enfermedad se puede definir distintas etapas:

- a- periodo asintomático u oligosintomático: asigna a los pacientes que están en la primera etapa de la enfermedad prácticamente sin dolor ni problemas en la movilidad.

Estos pacientes se pueden tratar con terapia física – calor, masajes, etc.- y reeducación postural.

b-

Periodo sintomático: consiste en aliviar el dolor y en lo posible mantener o recuperar la función articular.

Con el fin de aliviar los síntomas se pueden usar analgésicos o antiinflamatorios no esteroides, o recurrir en casos puntuales a la infiltración intraarticular de esteroides. Los analgésicos se usan para tratar el dolor de poca intensidad. Estos fármacos no tienen acción sobre la agregación plaquetaria ni lesionan la mucosa gástrica. El paracetamol es el analgésico más utilizado. Por su carencia de agresividad gástrica es ideal para los ancianos.

El ácido acetilsalicílico no debe usarse por el efecto adverso en el cartílago articular.

Antiinflamatorios no esteroides: estas drogas han demostrado ser eficaces para aliviar el dolor y mejorar la movilidad articular.

Si se tiene en cuenta que en el curso de esta enfermedad existen brotes inflamatorios se puede comprender lo importante del uso de estos fármacos en el tratamiento. Hay que tener en cuenta ciertos efectos adversos especialmente gastrointestinales y renales en personas con más de 60 años.

Estas drogas tienen acción sobre la agregación plaquetaria. Por tal motivo los nuevos antiinflamatorios no esteroides solo tienden a inhibir la forma inducible de la ciclooxigenasa con los que evitan esos síntomas adversos.

Antiinflamatorios esteroides:

Se usa solo en ciertos casos muy extremos en forma de inyectables de acción lenta , para ser infiltrados en una articulación con un dolor que no responde con los otros fármacos.

Descarga articular: para evitar que se acentúa la lesión se debe tratar de descargar la articulación. Por ejemplo momentos de reposo, el uso del bastón, del collarín en las cervicales o la faja en las lumbares.

Fisioterapia: se trata de aliviar el dolor por medio de la termoterapia profunda – calor por onda corta, ultrasonido, etc.- o por medio de la iontoforesis.

Ejercicios: es imprescindible movilizar la articulación en descarga esto ayudara a recuperar la función articular y la fuerza muscular otorgando mayor estabilidad.

Condroteccion:

La osteoartritis es considerada una enfermedad que produce incapacidad en el individuo con lo que actualmente no solo se apunta a tratar los síntomas sino además a tratar de cambiar el curso de la enfermedad.

Se entiende por condroteccion el tratamiento capaz de prevenir, retardar, estabilizar y revertir las lesiones osteoartriticas del cartílago articular.

Si bien los fármacos usados aun no han probado tener capacidad de regenerar cartílago humano, si han demostrado ser útiles para aliviar ciertos síntomas. En cambio si han dado resultados en experimentos realizados con animales. Se sospecha que puede haber diferencias metabólicas en los tejidos o que las dosis no son suficientes.

Dada las distintas acciones de los fármacos que cumplen con esta función se los

clasifica en dos grupos:

- a- fármacos inductores de remisión con actividad sintomática.-
- b- Fármacos modificadores de la estructura del cartílago.-

Fármacos inductores de remisión con actividad sintomática:

Son fármacos capaces de reducir el dolor y mejorar la capacidad funcional articular, después de ser administrados por unos meses, persistiendo el efecto por varios meses más. Pertenecen a este grupo el sulfato de condroitin, glucosamina, sulfo adenosil-metionina, insaponificables de soja y palta, diacereina, y el ácido hialurónico y sus derivados.

Fármacos modificadores de la estructura del cartílago. Serían los verdaderos condroprotectores, capaces de inducir una remisión y una reparación lesional del cartílago articular. Pertenecen a este grupo algunas tetraciclinas como la doxiciclina, complejos glucosaminoglicanos peptidos, etc.

Es necesario contar con más investigación para asegurar hasta donde puede llegar su función condroprotectora.

Más adelante volveremos al punto recién expuesto sobre el uso de ciertos fármacos regeneradores y la posibilidad de llegar al área afectada cuando existe un estado que, entre otras cosas, no permite ni la eliminación de desechos metabólicos ni la llegada a los tejidos afectados de nutrientes y sustancias que le permiten realizar un proceso de regeneración y recuperación.

Intervenciones Quirúrgicas:

La frecuencia de intervenciones por artrosis es muy variable de un país a otro. Por ejemplo, la cifra de intervenciones de columna en EE.UU. es un 40% más frecuente que en el resto de los países y unas cinco veces mayor que en Inglaterra.

En el caso de la artrosis se interviene quirúrgicamente cuando existe estenosis del canal lumbar.

Estos enfermos se quejan de dolor lumbar y en los muslos cuando caminan , obligándoles el dolor a sentarse. Les cuesta estar demasiado tiempo de pie y encuentran alivio al inclinarse hacia delante.

La causa de este problema es una estrechez del canal medular por donde van a pasar todos los nervios que forman la cola de caballo.

La operación consiste en eliminar la parte de atrás de la columna quitando una gran parte del hueso. Esto puede producir inestabilidad en la columna. En estos casos, y para evitar la falta de sujeción entre las vértebras al faltar hueso, se les tiene que hacer una fusión vertebral, uniendo una vértebra a otra con un injerto de hueso y un sistema de tornillos y barras metálicas que sostienen las vértebras que se tienen que fusionar, pasando desde ese momento a tener un movimiento en bloque.

Un sistema similar se emplea cuando el caso artrosico origina espondilolistesis. En este caso las vértebras que en situación normal están alineadas una sobre otra, empiezan a moverse, descolorándose por deslizamiento. Este fenómeno se suele dar entre la cuarta y quinta vértebra lumbar y la primera sacra.

Para evitar que el deslizamiento sea cada vez mayor y origine dolores importantes , en ocasiones hay que unir las vértebras colocando un injerto de hueso que se pega a las dos vértebras formando un bloque. Hasta que ese bloque se forme la columna se fija con un sistema de fijación intervertebral con tornillos o ganchos, que conectados a unas barras, forman una especie de andamiaje en forma de marco.

No todas las espondilolistesis se tienen que intervenir. Técnicas parecidas se utilizan cuando la artrosis origina una desviación de columna –escoliosis.

Un tratamiento Especial:

Expuesto ya los posibles tratamientos que la medicina actual tiene para tratar la osteoartritis y reconociendo que a excepción de los condroprotectores, cuya eficacia aun no esta comprobada, prácticamente se trabaja sobre el alivio de los síntomas, me parece interesante el aporte que hace algunas décadas realizo un medico pionero en la búsqueda de la curación de la artrosis ... el Dr. Henry Picard.

El Dr. Henry Picard es considerado el mas grande oligoterapeuta de todos los tiempos. Se desempeño como presidente de la Société médicale d'Etude des oligo-elements, miembro de la Société française d'Hydrologie et de climatologie y miembro de la Societé de Phytotherapié et de medicine globale.

Este medico francés comenzó a trabajar en un balneario francés en los años 50 como medico responsable del mismo. Comenzó a observar el alivio que tenían los enfermos reumatológicos al estar en contacto con el agua rica en oligoelementos de dichos lugares, lo que lo llevo a ensayar con sus pacientes la terapia con oligoelementos que conocía de Menetrier. Primero desde el punto de vista de la diatesis o terreno del enfermo, después administrando oligoelementos que intervienen en la formación del cartílago. Las mejorías comenzaron a ser notables en pacientes que ya no tenían las recaídas tan dolorosas que sufrían en invierno. Pero el propio Picard se llevo una sorpresa el día en que examinando una radiografía de una mujer con artrosis de cadera severa, descubre una nueva línea que indicaba la presencia de cartílago, allí donde ya previamente no quedaba nada.

A lo largo de años y en colaboración con un equipo de reumatólogos franceses,

realizaron un estudio en mas de 50.000 enfermos artrosicos según informaron con una evolución favorable del 70% de los casos.

Con semejantes resultados resolvió crear con otros colegas la Sociedad Medica para el estudio de los Oligoelementos.

Ante la pregunta de que es la oligoterapia es lo que se llama una medicina de terreno y se basa en el uso de los oligoelementos, que son elementos minerales presentes en nuestro organismo en concentraciones muy bajas pero esenciales para el correcto funcionamiento de las reacciones metabólicas de nuestro organismo. Su principal función es la de catalizar reacciones químicas, es decir, facilitan el trabajo de las enzimas, que son las encargadas de realizar dichas reacciones, que en conjunto constituyen el metabolismo de nuestro cuerpo.

Infinidad de causas pueden alterar el correcto funcionamiento de nuestro metabolismo, compuesto por infinidad de reacciones enzimaticas en cadena en cada célula de nuestro cuerpo y que tiene sus particularidades en cada individuo. Estas particularidades metabólicas junto a factores biológicos y psíquicos que nos definen, hace que una persona tenga mas o menos facilidad para vivir e el medio que lo rodea, es decir, mas o menos posibilidad de mantenerse sano o recuperarse.

Como una unidad biopsicosocial que somos, estamos continuamente interrelacionándonos en busca de un equilibrio armónico. Cuando nuestros sistema de r regulación funcionan correctamente se dice que estamos en estado de compensación. Cuando, por el contrario, nuestros sistema de regulación son incapaces de recobrar el equilibrio adecuado, entramos en un estado de descompensación donde aparecerán síntomas físicos como psíquicos condicionados por nuestro terreno individual.

Este conjunto de síntomas definirá lo que se llama patología funcional, dentro de la cual podemos definir cuatro grandes síndromes, cada uno de los cuales es tratado con uno o varios oligoelementos asociados:

- a- Los sistemas de regulación funcionan demasiado: síndrome hiperreactivo
- b- Los sistemas de regulación no funcionan lo suficiente: síndrome hiporreactivo.
- c- Los sistemas de regulación funcionan en forma anárquica: síndrome distónico.
- d- Los sistemas de regulación casi no funcionan: síndrome anérgico.

Volviendo al Dr. Picard y su aporte en el tratamiento de la artrosis en su libro “Como vencer la artrosis” de 1985 en el capítulo 7 titulado “ Resultados y estadísticas” comenta que sabemos que con nuestro tratamiento mejoran mas de un 75% de artrosis vertebrales, pero las caderas nos proporcionan mas quebradores de cabeza, y alcanzamos solamente un 60 o 70% de resultados francamente positivos”.

En las estadísticas después de tres años de tratamiento con respecto a la artrosis de columna observo:

+ Mejoría en un 75% de los casos distribuido de la siguiente manera:
 40% con curación aparente.
 20% franca mejoría con disminución de los dolores y dificultades en la articulación.
 15% con mejoría evidente.

Estabilización en el 15% de los casos y agravación en el 10%.-

Ejemplos de casos tratados en el libro con artrosis de columna vertebral:

Caso N^a V.8251, varón, 49 años, director de banca

16 de febrero de 1981. Hombre robusto y deportivo, aquejado por dolores cervicales desde marzo de 1980, que parecen consecutivos a una caída esquiando, pero pequeñas crisis dolorosas en años precedentes hacen pensar que la artrosis existía ya.

En el examen se aprecien movimientos bastantes libres, y la flexibilidad es normal.

Existe un solo signo evidente: crujidos que se perciben al movilizar la nuca

rápidamente.

Los dolores diurnos y nocturnos no son permanentes, pero si frecuentes, varias veces por día, y ceden bastante bien con reposo en posición extendida, con la nuca apoyada en el respaldo del sillón.

Molestan al paciente zumbidos y silbidos auditivos que parecen consecuencia de su proceso vertebral, ya que ningún otro origen ha sido detectado.

Exámenes biológicos: satisfactorios-

Exámenes radiológicos: poco reveladores; presentan solamente un discreto pinzamiento entre c4-c5 y C6 – con osteofitos al borde de los cuerpos vertebrales, signo evidente de artrosis.

El estado general del paciente es mas bien mediocre. Es un hombre cansado, algo deprimido y sobre todo muy ansioso, que solo puede dormir con somníferos. Su memoria ha disminuido mucho.

Comienza el tratamiento con oligoelementos el 16 de febrero de 1981.

13 de mayo de 1982:

Estado local y general transformado, los dolores han desaparecido desde el verano de 1981. Puede prescindir del somnífero, salvo en periodos de gran actividad profesional. No siente dolor en la nuca, aunque tiene la sensación de no poder efectuar ejercicios violentos.

Caso nº V. 3824, varon, 59 años, artesano metalúrgico:

8 de noviembre de 1973: Paciente robusto que ejerce un trabajo bastante penoso de pie, que requiere esforzarse en posición semiinclinada. Se queja desde 1970 de dolores lumbosacros muy molestos, sobre todo para su trabajo, y que frecuentemente se

prolongan durante la noche, dificultando el descanso. Ha tenido crisis agudas con cialgias. Se hizo tratar con manipulaciones vertebrales que le mejoraron desde la primera sesión, pero con resultados posteriores nulos. No ha insistido y toma solo pequeñas cantidades de aspirina o indometacina en casos agudos.

Paciente sobrio, no fuma, pesa 83kg y mide 1,73 m de estatura.

Su estado general es excelente.

El raquis muestra una artrosis lumbosacra evidente con degeneraciones de los discos L4-L5 y L5-S1, que han perdido casi la mitad de su espesor.

Comienza el tratamiento el 8 de noviembre de 1973.

Evolución:

Gran mejoría después de seis meses de tratamiento; creyéndose curado, suspendió el tratamiento durante seis meses entre 1975 y 1977. En cada interrupción después de tres a cinco meses recidiva de las crisis dolorosas.

A partir de 1980 ha comprendido que debe seguir el tratamiento sin interrupción. Su estado es perfecto y puede trabajar normalmente. Cuando se le pregunta por su estado antes de 1973, exclama que antes vivía en un verdadero martirio. Como artesano, no podía efectuar una cura de reposo y estaba desesperado cuando vino a vernos.

El Dr. Picard expuso su trabajo en el Congreso Internacional de Reumatología en 1964.

En su libro comenta ... "Efectué mi intervención sucintamente, acaso un poco tímidamente, y proyecte mis clichés de caderas curadas, cuatro casos extraordinarios de regeneración articular.

Este informe fue seguido por un silencio dubitativo. Sonaron unos pocos aplausos. La sala se había quedado gélida; manifiestamente aquellos celebres reumatólogos no

podían imaginar que el tratamiento de la artrosis fuese descubierta y presentada por un modesto medico del cual habían oído hablar.

Después de la reunión fui abordado por algunos colegas jóvenes que deseaban ser informados.

En estos años los colegas que han seguido mi terapéutica han logrado estadísticamente las misma mejorías que yo he tenido con mis pacientes, siendo esto ampliamente demostrado a través de numerosos estudios clínicos y radiológicos.”.-

No es mi idea defender ni asegurar que esta terapia sea tan exitosa como lo proponía el Dr. Picard. Sin embargo me llama la atención que esta posibilidad concreta de curación de la artrosis, siendo la única terapéutica prácticamente que ha logrado, según sus protagonistas, revertir el cuadro patológico en muchos casos, no haya sido investigado de manera masiva por el mundo biomédico. Si bien es cierto que algunos profesionales lo utilizan en sus tratamientos y en que en países como España se los vende a los oligoelementos, ya combinados para el cuadro de la artrosis, no deja de ser menos cierto que no forma parte de la terapéutica tradicional.

En lo personal y dentro del contexto de este trabajo sobre artrosis y sus posibles tratamientos, tanto biomédicos como eutonicos, me pareció interesante mencionar a este pionero y su investigación sobre los oligoelementos.

De todas formas vale comentar que este medico tenia una visión integral de sus pacientes dentro de un marco holístico del individuo ya que le daba valor tanto a los síntomas físicos como psíquico, como queda expuesto en sus libros..

Conclusiones Parciales:

La ciencia biomédica ha investigado profundamente, como queda manifiesto en este

trabajo, las consecuencias que produce la artrosis en la articulación afectada. Sin embargo debe reconocer públicamente que en realidad se desconoce la causa original de esta patología así como la manera de curarla.

Es interesante comprender el amplio abanico de factores que conducen al desarrollo de la artrosis, desde un desgaste natural de las articulaciones que se produce con el paso del tiempo en los seres humanos, producto del cambio de posición del cuerpo en el espacio – al pasar de cuadrúpedos a bípedos- debido a la evolución de la especie, pasando por malas posturas cotidianas, malos hábitos de movimiento, por exponerse a movimientos que pueden producir microtraumatismos – como pasa en algunos deportes- o por el contrario hábitos sedentarios, obesidad, contracturas crónicas, stress crónico, conflictos emocionales no resueltos, rigidez emocional que se traduce en rigidez física, entre otros. Tener una visión amplia de las posibles causas involucradas puede ayudarnos a abrir la posibilidad de opciones que pueden colaborar con la calidad de vida de quien la padece.

Quitar el foco de lo estrictamente zonal

– la articulación afectada- y abrir el campo hacia aspectos mas generales de los niveles neuromusculares, neurovegetativos y psicológicos nos puede permitir no solo entender las áreas que pueden estar involucradas a través de esta patología en el individuo, sino además, los distintos niveles desde donde podemos modificarla y tratarla

Cuando la estructura afectada en el individuo es nada menos que la columna vertebral nos encontramos, por su estructura, sus funciones y las relaciones que desde ella se establecen con el resto del cuerpo, no solo con una disfunción articular. Resulta, a esta altura, imprescindible establecer el concepto de la integridad psicosomática de la persona y por ende la necesidad de posibilidades , que no queden solo en un paliativo

sintomático, sino que trabajen sobre todos los aspectos involucrados. Como expondré mas adelante la Eutonía , a través de esta concepción integral del ser humano y reconociendo al cuerpo como la base del ser, es sin lugar a dudas un excelente complemento del tratamiento biomédico.

De esta manera he tratado de establecer los tres primeros objetivos de este trabajo:

- a- establecer la descripción de la osteoartritis a través de la visión biomédica.
- b- Definir las funciones que cumple la columna vertebral, las características de la Artrosis de la Columna vertebral y las diferentes estructuras neuromusculares, osteoarticulares y neurovegetativas involucradas.
- c- Conocer los tratamientos biomédicos que se aplican para esta patología y su campo de acción.

Un tratamiento Especial:

Expuesto ya los posibles tratamientos que la medicina actual tiene para tratar la osteoartritis y reconociendo que a excepción de los condroprotectores, cuya eficacia aun no esta comprobada, prácticamente se trabaja sobre el alivio de los síntomas, me parece interesante el aporte que hace algunas décadas realizo un medico pionero en la búsqueda de la curación de la artrosis ... el Dr. Henry Picard.

El Dr. Henry Picard es considerado el mas grande oligoterapeuta de todos los tiempos. Se desempeño como presidente de la Société médicale d'Etude des oligo-elements, miembro de la Société française d'Hydrologie et de climatologie y miembro de la Societé de Phytotherapié et de medicine globale.

Este medico francés comenzó a trabajar en un balneario francés en los años 50 como medico responsable del mismo. Comenzó a observar el alivio que tenían los enfermos reumatológicos al estar en contacto con el agua rica en oligoelementos de dichos lugares, lo que lo llevo a ensayar con sus pacientes la terapia con oligoelementos que conocía de Menetrier. Primero desde el punto de vista de la diatesis o terreno del enfermo, después administrando oligoelementos que intervienen en la formación del cartílago. Las mejorías comenzaron a ser notables en pacientes que ya no tenían las recaídas tan dolorosas que sufrían en invierno. Pero el propio Picard se llevo una sorpresa el día en que examinando una radiografía de una mujer con artrosis de cadera severa, descubre una nueva línea que indicaba la presencia de cartílago, allí donde ya previamente no quedaba nada.

A lo largo de años y en colaboración con un equipo de reumatólogos franceses,

realizaron un estudio en mas de 50.000 enfermos artrosicos según informaron con una evolución favorable del 70% de los casos.

Con semejantes resultados resolvió crear con otros colegas la Sociedad Medica para el estudio de los Oligoelementos.

Ante la pregunta de que es la oligoterapia es lo que se llama una medicina de terreno y se basa en el uso de los oligoelementos, que son elementos minerales presentes en nuestro organismo en concentraciones muy bajas pero esenciales para el correcto funcionamiento de las reacciones metabólicas de nuestro organismo. Su principal función es la de catalizar reacciones químicas, es decir, facilitan el trabajo de las enzimas, que son las encargadas de realizar dichas reacciones, que en conjunto constituyen el metabolismo de nuestro cuerpo.

Infinidad de causas pueden alterar el correcto funcionamiento de nuestro metabolismo, compuesto por infinidad de reacciones enzimaticas en cadena en cada célula de nuestro cuerpo y que tiene sus particularidades en cada individuo. Estas particularidades metabólicas junto a factores biológicos y psíquicos que nos definen, hace que una persona tenga mas o menos facilidad para vivir e el medio que lo rodea, es decir, mas o menos posibilidad de mantenerse sano o recuperarse.

Como una unidad biopsicosocial que somos, estamos continuamente interrelacionándonos en busca de un equilibrio armónico. Cuando nuestros sistema de r regulación funcionan correctamente se dice que estamos en estado de compensación. Cuando, por el contrario, nuestros sistema de regulación son incapaces de recobrar el

equilibrio adecuado, entramos en un estado de descompensación donde aparecerán síntomas físicos como psíquicos condicionados por nuestro terreno individual.

Este conjunto de síntomas definirá lo que se llama patología funcional, dentro de la cual podemos definir cuatro grandes síndromes, cada uno de los cuales es tratado con uno o varios oligoelementos asociados:

- e- Los sistema de regulación funcionan demasiado: síndrome hiperreactivo
- f- Los sistemas de regulación no funcionan lo suficiente: síndrome hiporreactivo.
- g- Los sistemas de regulación funcionan en forma anárquica: síndrome distónico.
- h- Los sistemas de regulación casi no funcionan: síndrome anérgico.

Volviendo al Dr. Picard y su aporte en el tratamiento de la artrosis en su libro “Como vencer la artrosis” de 1985 en el capítulo 7 titulado “ Resultados y estadísticas” comenta que sabemos que con nuestro tratamiento mejoran mas de un 75% de artrosis vertebrales, pero las caderas nos proporcionan mas quebradores de cabeza, y alcanzamos solamente un 60 o 70% de resultados francamente positivos”.

En las estadísticas después de tres años de tratamiento con respecto a la artrosis de columna observo:

+ Mejoría en un 75% de los casos distribuido de la siguiente manera:
40% con curación aparente.
20% franca mejoría con disminución de los dolores y dificultades en la articulación.
15% con mejoría evidente.

Estabilización en el 15% de los casos y agravación en el 10%.-

Ejemplos de casos tratados en el libro con artrosis de columna vertebral:

Caso N^o V.8251, varón, 49 años, director de banca

16 de febrero de 1981. Hombre robusto y deportivo, aquejado por dolores cervicales desde marzo de 1980, que parecen consecutivos a una caída esquiando, pero pequeñas crisis dolorosas en años precedentes hacen pensar que la artrosis existía ya.

En el examen se aprecien movimientos bastantes libres, y la flexibilidad es normal.

Existe un solo signo evidente: crujidos que se perciben al movilizar la nuca rápidamente.

Los dolores diurnos y nocturnos no son permanentes, pero si frecuentes, varias veces por día, y ceden bastante bien con reposo en posición extendida, con la nuca apoyada en el respaldo del sillón.

Molestan al paciente zumbidos y silbidos auditivos que parecen consecuencia de su proceso vertebral, ya que ningún otro origen ha sido detectado.

Exámenes biológicos: satisfactorios-

Exámenes radiológicos: poco reveladores; presentan solamente un discreto pinzamiento entre c4-c5 y C6 – con osteofitos al borde de los cuerpos vertebrales, signo evidente de artrosis.

El estado general del paciente es mas bien mediocre. Es un hombre cansado, algo deprimido y sobre todo muy ansioso, que solo puede dormir con somníferos. Su memoria ha disminuido mucho.

Comienza el tratamiento con oligoelementos el 16 de febrero de 1981.

13 de mayo de 1982:

Estado local y general transformado, los dolores han desaparecido desde el verano de

1981. Puede prescindir del somnífero, salvo en periodos de gran actividad profesional. No siente dolor en la nuca, aunque tiene la sensación de no poder efectuar ejercicios violentos.

Caso nº V. 3824, varon, 59 años, artesano metalúrgico:

8 de noviembre de 1973: Paciente robusto que ejerce un trabajo bastante penoso de pie, que requiere esforzarse en posición semiinclinada. Se queja desde 1970 de dolores lumbosacros muy molestos, sobre todo para su trabajo, y que frecuentemente se prolongan durante la noche, dificultando el descanso. Ha tenido crisis agudas con ciatalgias. Se hizo tratar con manipulaciones vertebrales que le mejoraron desde la primera sesión, pero con resultados posteriores nulos. No ha insistido y toma solo pequeñas cantidades de aspirina o indometacina en casos agudos.

Paciente sobrio, no fuma, pesa 83kg y mide 1,73 m de estatura.

Su estado general es excelente.

El raquis muestra una artrosis lumbosacra evidente con degeneraciones de los discos L4-L5 y L5-S1, que han perdido casi la mitad de su espesor.

Comienza el tratamiento el 8 de noviembre de 1973.

Evolución:

Gran mejoría después de seis meses de tratamiento; creyéndose curado, suspendió el tratamiento durante seis meses entre 1975 y 1977. En cada interrupción después de tres a cinco meses recidiva de las crisis dolorosas.

A partir de 1980 ha comprendido que debe seguir el tratamiento sin interrupción. Su estado es perfecto y puede trabajar normalmente. Cuando se le pregunta por su estado

antes e 1973, exclama que antes vivía en un verdadero martirio. Como artesano, no podía efectuar una cura de reposo y estaba desesperado cuando vino a vernos.

El Dr. Picard expuso su trabajo en el Congreso Internacional de Reumatología en 1964.

En su libro comenta ... “Efectué mi intervención sucintamente, acaso un poco tímidamente, y proyecte mis clichés de caderas curadas, cuatro casos extraordinarios de regeneración articular.

Este informe fue seguido por un silencio dubitativo. Sonaron unos pocos aplausos. La sala se había quedado gélida; manifiestamente aquellos celebres reumatólogos no podían imaginar que el tratamiento de la artrosis fuese descubierta y presentada por un modesto médico del cual habían oído hablar.

Después de la reunión fui abordado por algunos colegas jóvenes que deseaban ser informados.

En estos años los colegas que han seguido mi terapéutica han logrado estadísticamente las mismas mejorías que yo he tenido con mis pacientes, siendo esto ampliamente demostrado a través de numerosos estudios clínicos y radiológicos.”.-

No es mi idea defender ni asegurar que esta terapia sea tan exitosa como lo proponía el Dr. Picard. Sin embargo me llama la atención que esta posibilidad concreta de curación de la artrosis, siendo la única terapéutica prácticamente que ha logrado, según sus protagonistas, revertir el cuadro patológico en muchos casos, no haya sido investigado de manera masiva por el mundo biomédico. Si bien es cierto que algunos profesionales lo utilizan en sus tratamientos y en que en países como España se los vende a los

oligoelementos combinados para el cuadro de la artrosis, no deja de ser menos cierto que no forma parte de la terapéutica tradicional.

En lo personal y dentro del contexto de este trabajo sobre artrosis y sus posibles tratamientos, tanto biomédicos como eutónicos, me pareció interesante mencionar a este pionero y su investigación sobre los oligoelementos.

De todas formas vale comentar que este médico tenía una visión integral de sus pacientes dentro de un marco holístico del individuo ya que le daba valor tanto a los síntomas físicos como psíquicos.

ROLES

Rol del Paciente según la vision de la biomedicina

En la introducción del presente trabajo expuse mi inquietud sobre el rol que el paciente, con esta patología crónica, la osteoartritis, juega en su recuperación. En parte, dicha inquietud surge del rol protagónico que se le da al individuo en la Eutonía como protagonista conciente de su propio proceso y de su posible recuperación.

Este enunciado que parece tan sencillo y básico, encuadra en realidad, la base filosófica y practica en que se basan los dos modelos expuestos en este trabajo: por un lado la visión biomédica y por otro la visión eutonica. De todas maneras, deseo dejar en claro, que en ningún momento surge en el espíritu que me conduce a realizar este análisis, la intención de sugerir la idea de tener que optar por uno u otro. Por el contrario, tal vez comprendiendo las posibilidades y limitaciones de ambos modelos, se pueda utilizar lo mejor de cada uno en pos de reestablecer la salud perdida o al menos apuntalar la calidad de vida del paciente, para la biomedicina, o del alumno, para la eutonia. Más adelante comentare el porque de esta diferencia de términos.

Lograr comprender el rol del paciente, en la biomedicina, resulta imposible si no le damos un marco que nos permita entender la visión que se tiene en este encuadre de la salud y de la función que el medico desarrolla en ella.

Para esto he decidido extraer ciertos conceptos del libro “El punto Crucial – Ciencia, Sociedad y cultura naciente” del notable científico Fritjof Capra.

El capítulo titulado “ El modelo biomédico” comienza diciendo ...” A lo largo de la historia de la ciencia occidental el desarrollo de la biología ha sido paralelo al de la medicina. Es natural, por tanto, que la visión mecanicista de la vida, una vez establecida

firmemente en el campo de la biología, haya dominado también la actitud de los médicos ante la salud y la enfermedad. De la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico resultó el llamado modelo biomédico, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. El cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular; la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico.

Tres siglos después de Descartes, la ciencia sigue basándose, como escribe George Engel en el concepto del cuerpo como máquina, de la enfermedad como consecuencia de la avería de la máquina y de la tarea del médico como la reparación de esta máquina”.

Al concentrarse en fragmentos cada vez más pequeños del cuerpo humano, la medicina moderna suele perder de vista la humanidad del paciente y, al reducir la salud a una función mecánica, pierde la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación. Quizás sea este el más grave defecto del enfoque biomédico...” *Continua en otro momento diciendo “ La definición de salud enunciada en el preámbulo del estatuto de la Organización Mundial de la Salud dice: la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o de males.*

Si bien la definición es poco realista, al describir la salud como un estado de completo bienestar y no como un proceso en continuo cambio y evolución, si sugiere la naturaleza

holística de la salud, que es preciso tener en cuenta para entender el fenómeno de la curación.”

“La revolución cartesiana fue responsable del cambio mas importante en la historia de la medicina occidental. Antes de Descartes, la mayoría de los sanadores se orientaban hacia la interacción entre cuerpo y alma y trataban al paciente dentro del contexto de su entorno social y espiritual. Como sus visiones del mundo cambiaban con el tiempo, también lo hacia su visión de la enfermedad y sus métodos de tratamiento: mas, por general, se preocupaban de toda la persona del paciente. La rigurosa separación que Descartes hizo entre mente y cuerpo llevo a los médicos a concentrarse en la maquina del cuerpo y a olvidar los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad. A partir del siglo XVIII, el progreso en el campo de la medicina siguió muy de cerca de los desarrollos de la biología y de las demás ciencias naturales. Como la perspectiva de la ciencia biomédica se traslado del estudio de los órganos y de sus funciones al estudio de las células, y finalmente, al de las moléculas, se fue descuidando cada vez mas el fenómeno de la curación y a los médicos les resultaba cada día mas difícil tratar con la interdependencia cuerpo-mente”.

En el desarrollo de este capítulo Capra realiza un meticuloso análisis de la historia de la medicina y de aportes que llegaron a través de figuras como Claude Bernard, Rudolf Virchow, Louis Pasteur, entre otros. Extiende dicho análisis no solo al campo individual sino además al social y cultural. Si bien expone con un espíritu crítico a la medicina moderna también le reconoce sus logros y aportes a la humanidad. Invito a quien este interesado en ampliar estos conceptos a leer el capítulo completo ya que el mismo excede el tema principal de este trabajo.

Sin embargo no puedo dejar de transcribir algunos otros pasajes que amplían lo ya expuesto:

...”Siguiendo el método cartesiano, las ciencias medicas se han limitado a intentar comprender los mecanismos biológicos implicados en las heridas de las distintas partes del cuerpo. Estos mecanismos se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular, sin tener en cuenta la influencia que las circunstancias no biológicas ejercen en los procesos biológicos. El enfoque biomédico estudia solamente algunos aspectos fisiológicos de la gran red de fenómenos que influyen en la salud. Desde luego, el conocimiento de dichos aspectos es muy útil, pero solo representa una parte de la historia. Las practicas medicas, basadas en ese enfoque parcial, no resultan muy eficaces en la promoción y el mantenimiento de la salud.

Como los físicos en el estudio de la materia, también los médicos han tratado de entender el cuerpo humano reduciéndolos a sus elementos constitutivos básicos y a sus funciones fundamentales. En palabras de Donald Frederickson, Director del Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos: *El objeto básico de la investigación biomédica es reducir la vida de todas las formas complejas a ciertos elementos fundamentales y luego sintetizarlos para comprender mejor al hombre y a sus enfermedades.* El espíritu reduccionista analiza los problemas médicos utilizando fragmentos cada vez mas pequeños, pasando de órganos y tejidos a células, luego a fragmentos celulares y por ultimo a simples moléculas. Muchas veces en el proceso se pierde de vista al fenómeno en si. La historia de la medicina moderna ha demostrado repetidas veces que no basta con reducir la vida a ciertos fenómenos moleculares para comprender la condición

humana en la salud y en la enfermedad.”

Luego dice ... “ Se ha dividido a los profesionales de la salud en dos campos que rara vez se comunican. Los médicos se ocupan del tratamiento del cuerpo, mientras los psiquiatras y psicólogos se encargan de la curación de la mente. La diferencia entre ambos grupos ha sido un grave obstáculo para la comprensión de la mayoría de las principales enfermedades, pues ha impedido a los investigadores estudiar el papel causativo del estrés y del estado emocional en el desarrollo de una enfermedad. Solo en los últimos años los profesionales de la medicina han comenzado a admitir la importancia del estrés en el origen de una gran variedad de enfermedades, pero siguen prestando muy poca atención al archiconocido vínculo entre los estados emocionales y la enfermedad.

Evitar las cuestiones filosóficas y existenciales que surgen en relación con todas las enfermedades graves es un rasgo característico de la medicina moderna. Es además, consecuencia de la división cartesiana que ha llevado a los médicos a ocuparse exclusivamente en el aspecto físico de la salud. De hecho, en las facultades de medicina, rara vez se plantea la pregunta ¿ que es la salud?, ni tampoco se discuten las actitudes y modos de vida mas saludables, considerado como cuestiones filosóficas que pertenecen al dominio espiritual y no de la medicina...

...La imagen publica del organismo humano, reforzada por el contenido de los programas televisivos y especialmente la publicidad, es la de una maquina propensa a continuas averías a menos que sea revisada por médicos y tratada con medicinas. Los medios de comunicación no transmiten la noción del poder curativo intrínseco de un

organismo y su tendencia a conservar la salud; no se promueve la confianza de un ser humano en su propio organismo, ni tampoco se acentúa la relación entre salud y modo de vida. Se nos incita a suponer que los médicos pueden arreglarlo todo, sin tener en cuenta nuestro sistema de vida”...

Con respecto al rol del medico sostiene:

...Según el modelo biomédico, el medico es la única persona que sabe que es importante para la salud de sus pacientes, y solo él puede hacer algo al respecto, pues todos los conocimientos sobre la salud son racionalistas, científicos y están basados en una observación objetiva de los datos clínicos. Por lo tanto, los análisis de laboratorio y la medición de parámetros físicos en la sala de reconocimiento se suelen considerar mas importante para la diagnosis que la evaluación del estado emocional, de la historia familiar y de la situación social del paciente.

La autoridad del medico y la responsabilidad por la salud del paciente que pesa sobre él le hacen asumir un papel paternal. Puede convertirse en un padre benévolo o un padre despótico, pero su posición es indudablemente superior a la del paciente.

Hechizada por el misterio que envuelve a la profesión medica, nuestra sociedad les ha concedido el derecho exclusivo de determinar que constituye una enfermedad, quien esta enfermo y quien no lo esta, y qué se ha de hacer con los enfermos.”.

En otra parte Capra hace referencia a como este modelo biomédico esta tan arraigado en la sociedad y cultura actual que cuando ciertos médicos tratan de cambiar estos parámetros de diagnósticos y tratamientos muchas veces son los propios pacientes los

que no lo aceptan. Los siguientes párrafos nos ayudan a determinar que tipo de rol juega el paciente en el ámbito biomédico.

....” Pese a no estar satisfecha con la medicina y los médicos, la mayoría de las personas no se han dado cuenta de que uno de los principales motivos de la situación actual radica en la parcialidad de la base conceptual de la medicina. Por el contrario, gran parte del público acepta el modelo biomédico, cuyos principios básicos se hallan tan firmemente arraigados en nuestra cultura que lo han convertido en el modelo más difundido y popular de la enfermedad. La mayoría de los pacientes no entienden sus intrincados detalles, pero se les ha condicionado para creer que el médico es el único que sabe la causa de sus enfermedades y que la intervención tecnológica es lo único que los puede curar.

A causa de la actitud del público, los médicos progresistas tienen grandes dificultades para cambiar los modelos actuales de la asistencia sanitaria. Conozco a varios médicos que tratan de explicar sus síntomas a sus pacientes, relacionando la enfermedad con su modo de vida, y que encuentran una y otra vez que al paciente no le convence esta manera de abordar el problema: quiere otra cosa, y generalmente no queda satisfecho hasta que no sale del consultorio con una receta en las manos. Muchos médicos se esfuerzan enormemente en cambiar la actitud de la gente ante la salud, tratando de que el paciente no insista en que se le recete un antibiótico para curar un resfriado, pero el poder del sistema de creencias del paciente suele invalidar estos esfuerzos. Como me decía un internista: una madre te trae un niño con fiebre y te dice pónganle una inyección de penicilina ¿Qué le contestas? – Señora usted no lo entiende, la penicilina

no sirve de nada en estos casos. Y entonces te dice ¡ Que clase de médico es usted? ¡ si no quiero hacerlo me iré a otro sitio!

El modelo biomédico moderno es mucho mas que un modelo. Entre los profesionales de la medicina ha adquirido la categoría de dogma, y para el gran publico va inexplicablemente ligado al sistema de creencias culturales comunes.

Para ir mas allá de este modelo tendríamos que provocar nada menos que una revolución cultural profunda.

Esta revolución es necesaria si queremos mejorar nuestra salud. El enfoque biomédico de la salud seguirá siendo enorme útil, de igual manera que el esquema newtoniano sigue siéndolo en muchos campos de la ciencia clásica, siempre y cuando se reconozcan sus limitaciones. Los científicos de la medicina tendrán que comprender que un análisis reduccionista de la maquina del cuerpo no puede proporcionarles un entendimiento completo del problema humano. La investigación biomédica tendrá que integrarse en un sistema de asistencia sanitaria mucho mas extenso que conciba las manifestaciones de los males de la humanidad como resultado de una interacción entre mente, cuerpo y entorno y los trate de acuerdo con ello.

Para adoptar un concepto holístico y ecológico de la salud, tanto en la practica como en la teoría, es necesario cambiar radicalmente los conceptos actuales de la medicina y también reeducar al publico. Muchas personas se adhieren testarudamente al modelo biomédico porque tienen miedo de que sus modos de vida sean examinados y deben enfrentarse con su comportamiento poco sano. En vez de confrontar una situación que a

menudo resulta embarazosa y dolorosa, insisten en delegar toda la responsabilidad de su salud en manos de los médicos y los fármacos. Además, como miembros de una sociedad, tenemos tendencia a utilizar los diagnósticos médicos para encubrir los problemas sociales. Es preferible hablar de *la hiperactividad o de los impedimentos en el aprendizaje* de nuestros hijos en vez de hablar de las fallas de las escuelas; preferimos que se nos diga que sufrimos de hipertensión a cambiar nuestro mundo laboral, tan competitivo; aceptamos los elevados índices de muerte por cáncer en vez de investigar como envenena la industria química nuestras comidas para incrementar sus ganancias. Superar el modelo biológico será posible solo cuando estemos dispuestos a cambiar también otras cosas: el cambio estará también vinculado, a la larga, a toda la transformación de la cultura y la sociedad”.

Después de este resumen que realice del libro de Capra sobre biomedicina, la función del medico y el rol del paciente, me gustaría reiterar el porque decide incluirlo en este trabajo.

Como futura eutonista comprendo el rol que una persona tiene en su propio proceso y la función profesional que me corresponde acompañándolo y brindándole las herramientas que le permitan acceder al desarrollo del mismo.

Como paciente, que en algún momento, recibe el diagnostico de la patología en que se basa esta monografía, la artrosis, he experimentado la sensación, en algunos casos angustiada, de saber que uno tiene una enfermedad crónica y degenerativa y que en el contexto medico no tiene solución ... por supuesto si es posible paliar ciertos síntomas.

Tanto individual como profesionalmente he observado las diferencias que se pueden establecer en el desarrollo de esta patología dependiendo de la personalidad del paciente, su historia, su contexto social y familiar, sus creencias y la manera en que se relaciona con su enfermedad. Ante el mismo diagnóstico no siempre los procesos siguen los mismos caminos y llegan a los mismos resultados. A mi entender esto depende, entre otras cosas, de la comprensión profunda del significado de la enfermedad para nosotros, de la responsabilidad que asumimos en el proceso, del entorno que nos acompaña en dicho proceso y en la calidad de las herramientas que utilizamos para recorrerlo.

Vuelvo a reiterar el hecho de que este análisis no quiero transformarlo en una crítica generalizada y absoluta. Nada más lejos de mi intención, ya que conozco médicos que en estos tiempos actuales, tan vertiginosos aun para la atención de la salud, buscan y apuestan a acompañar a sus pacientes en una relación de respeto y mutuo crecimiento. Nuevamente, como profesional y como paciente, apuesto a la unión de lo mejor de estas dos visiones que desarrollo en este trabajo: la biomédica y la eutónica colaborando en la calidad de vida de quien tiene artrosis.

Pasamos ahora a describir cual es:

El Rol del Alumno en su propio proceso dentro del marco de la Eutonía:

Para la Eutonía no existen pacientes sino alumnos. No importa en que estado de salud llegue esa persona al encuentro con el Eutonista, su rol será siempre el de un alumno. Esta primera distinción marca ya una gran diferencia. En el vínculo que se establece

entre ellos no entra en juego “la relación de poder” sino que es un encuentro entre dos iguales ... un encuentro entre dos seres humanos.

En realidad no resulta posible hablar del rol del alumno sin mencionar la función del eutonista.

Una de sus primeras obligaciones es crear tanto en el trabajo grupal como individual, un clima de confianza y seguridad, donde el alumno pueda acceder a un espacio donde pueda investigar sin tener miedo a lo que va a encontrar, ya que no existe el juicio ni el prejuicio por parte del eutonista. En ningún momento se marca lo que esta bien y lo que esta mal en el proceso del otro. A través de una aguda observación el profesional guía al alumno para que pueda acceder a sacar sus propias conclusiones y realizar sus propias modificaciones, conciente de las implicancias que se dan de manera simultanea en el orden neuromuscular, neurovegetativo y emocional. A esta actitud del eutonista de acompañar y sostener sin juzgar ni sugerir se la conoce como “neutralidad” y es fundamental que este presente en un encuentro eutonico.

No siempre el alumno es conciente del camino que tiene por recorrer para superar, en este caso, un problema de salud. Con respecto a esto Gerda decía: “... A los alumnos, en el comienzo, solo les interesa liberarse de los síntomas. El profesor debe ayudarlos a comprender que sus trastornos son consecuencia de posturas y reacciones viciosas que se hallan presentes en todas sus manifestaciones corporales, desde la respiración y el andar hasta cada pequeño movimiento de la vida diaria, y que genera continuamente nuevos síntomas”

Incentivar la investigación y el autoconocimiento de manera conciente, eliminando la sugestión y la imaginación, abriendo las puertas a la percepción, a toda la información

que nuestro cuerpo tiene para darnos, es lo mismo que decir que abrimos las puertas a la historia de nuestras propias vidas, vivenciando de manera intensa el presente y liberando posibilidades nuevas para un futuro mas pleno.

El eutonista debe estar confiado en el proceso del otro y de que manera acompañarlo ya que esto habilita – por un tema hasta de empatía tónica- la confianza del alumno en su propio proceso. Justamente saber transmitir que todo forma parte de un proceso donde los tiempos, las pausas y los modos lo marca el alumno y no el acompañante resulta fundamental.

Encontrar el equilibrio psicocorporal es uno de los grandes objetivos de la Eutonía. Pero no hablamos de un equilibrio estático ya que esto sería contrario al espíritu eutónico donde se trabaja en la búsqueda de una fluctuación en constante adaptación al entorno y a las situaciones. Rescatamos aquí el concepto de equilibrio dinámico reconociendo la capacidad de autorregulación de cada organismo viviente. Este dinamismo estaría también relacionado con el hecho de que así como no puede existir un equilibrio fijo tampoco puede existir una salud eterna e inmutable. En este rico juego de fluctuación se puede pasar por fases de salud y fases de enfermedad de las cuales podemos aprender y madurar enriqueciendo nuestras vidas. Pensemos que nuestros sistemas corporales también trabajan sobre diferentes fases como por ejemplo la fase simpática del Sistema Nervioso y la Fase parasimpático.

Para la Eutonía el alumno tiene el rol protagónico de su proceso. Este rol es intransferible

y el camino por recorrer es propio y único. La responsabilidad de dicho proceso, con todo lo que esto significa, se va asumiendo de manera natural, aceptándola no como

una pesada cruz sino como la llave que le abre las puertas hacia su independencia y libertad.

Si bien el eutonista escucha con respeto las preguntas que en el proceso le surgen al alumno, no le da las respuestas sino que le habilita trabajos de Eutonía para que él mismo las responda.

Sobre el rol que el paciente – alumno para nosotros - debería asumir si cambiara la biomedicina hacia un enfoque mas holístico nos dice Capra:

... “ El primer paso será lograr que el paciente tome conciencia, de la manera mas completa posible, de la naturaleza y la medida de su desequilibrio. Esto significa que sus problemas tendrán que situarse dentro del contexto natural del que derivan, lo que supondrá un examen atento de los múltiples aspectos de la enfermedad por parte del paciente y del terapeuta. El simple reconocimiento de este contexto- de la red de elementos relacionados entre sí que han provocado el trastorno- ya es terapéutico de por sí, pues alivia la tensión y crea una confianza y una esperanza en si mismo, dando origen al proceso de autocuración”.

Al realizarse el encuentro de Eutonía en grupo, cada participante se enriquece con la experiencia del otro, comprendiendo justamente que las experiencias son personales y que los caminos y resultados no siempre son los mismos para todos. Los alumnos interaccionan con los otros y esto es importante porque el tono neuromuscular también sufre modificaciones a través del contacto social. La participación de cada integrante enriquece al propio grupo sin que ninguno de ellos pierda su individualidad que es lo mismo que decir su identidad.

La Eutonía apuesta a la concepción de un hombre libre y a la vez responsable de

su destino y del destino social que comparte con sus pares, libre para decidir, sin ataduras mentales ni fijaciones tonales que sueñe con grandes cosas y que se anime a vivirlas.



Eutonía Gerda Alexander®

... *“Lo que tenemos en común como personas es el cuerpo. La educación y las ideas pueden ser diferentes, pero somos iguales en el funcionamiento corporal. Si respetamos nuestros cuerpos, respetaremos los de los demás. Si sentimos lo que funciona en nuestros cuerpos, sentiremos lo que funciona en el cuerpo del ser humano que tenemos cerca. Si estamos en contacto con los deseos y las necesidades de nuestro cuerpo, sabremos las necesidades y deseos de los otros. Por el contrario, si estamos desconectados de nuestro cuerpo, estamos desconectados de la vida”...*

Alexander Lowen

Eutonía

La palabra Eutonía deriva del griego **EU**: bueno, óptimo, armonioso y **Tonia**: tono, para transmitir una idea básica de esta disciplina que es el desarrollo de una tonicidad adaptada a la situación o actividad del momento.

Su creadora, Gerda Alexander nació en Alemania en 1908. Se formó como profesora de rítmica a través del método Jaques Dalcroze. Su interés, en ese momento, estaba circunscrito al teatro, la música y la expresividad de la danza.

Debido a repetidas fiebres reumáticas y a una afección cardíaca, empezó a indagar en sí misma como moverse de la manera más efectiva posible sin llegar a fatigarse a partir de la posibilidad de la regulación tónica. Observó primero en ella y luego en sus alumnos las distintas dificultades que aparecían en su movilidad y aun cuando el cuerpo estaba en reposo e investigó sobre los fundamentos neuropsicológicos de los movimientos naturales del ser humano. La Eutonía es producto de más de treinta años de investigación y de trabajo, de esta pionera en la concepción holística del ser humano.

En 1940, en la segunda guerra mundial, emigra a Dinamarca donde funda la Escuela de Eutonía. Con el paso del tiempo, la Eutonía se difundió por Europa y América.

Se basa en una concepción holística de la persona donde se integran tanto aspectos emocionales, vivenciales, sociales, ambientales y psicosomáticos entre otros.

Esta disciplina se basa en la experiencia del propio cuerpo, buscando tomar conciencia, en el aquí y ahora - a través del desarrollo de la conciencia, la intención y la atención- de la realidad mental, psíquica, corporal y espiritual de la persona. Si bien el nivel para acceder a esta experiencia es el propio cuerpo, las regulaciones que se logran involucran siempre tres niveles el neuromuscular, el neurovegetativo y el psicológico. Gerda expresaba "...el trabajo en la Eutonia es la búsqueda de la propia personalidad y es la búsqueda de esa totalidad; porque no se trabaja solamente con el cuerpo, se trata de comprender la totalidad del ser humano, el aspecto psicosomático, las emociones, las experiencias, la expresión y la conciencia, es decir el espíritu humano".

La eutonia busca lograr una fluctuación dinámica, armónica y adaptativa en estos tres niveles comprendiendo que toda alteración en la tonicidad muscular genera alteraciones en los controles automáticos del sistema vegetativo, el cual regula la circulación, el metabolismo, el sistema glandular y las funciones de todos los órganos y sistema del cuerpo. En la actividad vegetativa podemos encontrar áreas con predominio simpático-tónico o vago-tónico fijas, que pueden producir cambios en ciertos sectores de nuestro cuerpo, armando un terreno propicio para el desarrollo de una futura patología.

En la Eutonia se habla de **distonía** cuando alguna zona de nuestro manto muscular ha perdido la capacidad de fluctuar por toda la gama, produciéndose una fijación en tono alto, medio o bajo, en ciertas zonas o en todo el cuerpo.

El Dr. A. Odessky amplía este concepto al mencionar a la **distonía neuromuscular**

un estado de hipotono o hipertono en la estructura del manto muscular y agrega el concepto de **distonía neurovegetativa** como desequilibrios dados entre el sistema simpático y el parasimpático en la regulación de ciertas funciones biológicas que implican un predominio simpático-tónico o vago-tónico, y que importan un costo para el organismo en términos de plasticidad. Resulta interesante entender además, las relaciones que se establecen entre ambas distonias. Justamente este análisis ya lo hemos desarrollado al describir las implicancias de la artrosis de columna vertebral.

El tono muscular de una persona se manifiesta de variadas formas: a través de gestos, expresiones, su voz, su respiración, su postura, la manera de ocupar el espacio tanto en actividad como en reposo y hasta con la relación que establece consigo mismo y con los otros. Comprender que todo trastorno físico tiene repercusiones psíquicas y viceversa es fundamental para entender el proceso abarcador e integrativo que propone la Eutonia.

Cuando existen áreas de nuestro manto muscular que sufre de fijaciones tónicas las mismas se pueden dar en un tono alto –hipertonía- las cuales se traducen en contracturas, retracciones musculares, zonas de tensión y dolor que pueden llegar a generar posturas viciosas, generando deseos óseos, con falta de movilidad articular de la zona afectada y con la posibilidad de influir en la estructura ósea al grado de armar cuadros como cifosis, escoliosis, genu varo, genu valgus, entre otras.

Puede fijarse en un tono bajo donde no existe una actividad refleja adecuada produciendo una inestabilidad en las articulaciones que se pueden traducir en esguinces.

Vale tener en cuenta que existen fijaciones de tono medio, a la cuales Gerda las relacionaba con una reducción del espectro emocional. Es importante comprender que generalmente estas fijaciones tónicas suelen conservar una mínima capacidad de

cambio lo suficiente para que, por ejemplo, en procesos articulares degenerativos, ante ciertas influencias internas o externas, la persona pase por una crisis aguda a través de un proceso inflamatorio, el cual luego por un tiempo puede estabilizarse.

Volviendo a la descripción, que realice en la sección donde describí la visión biomédica de la artrosis y recordando el análisis desarrollado sobre el tono neuromuscular, creo que ya se torna imprescindible extendernos en la influencia que tiene la parte emocional y psicológica del individuo sobre el mismo. Por un lado, el tono neuromuscular, a través de la tensión continua e involuntaria de los músculos estriados, es lo que mantiene la postura y posibilita el movimiento ... esta sería su función motriz. Como base del movimiento configura las actitudes volviéndose intermediario entre el pensamiento y la acción ... esta sería la función cognitiva. Existe además una función afectiva que es la regulación de las emociones, la tensión o distensión guarda una relación directa con la expresión de las emociones.

Existen fijaciones de tonos emocionales, como por ejemplo ansiedad y depresión, que como bien explicaron Reich y Lowen tienen implicancia directa en el manto muscular. Reich acuñó para esta definición dos términos: coraza de carácter y coraza muscular.

Enriqueciendo el entendimiento de la relación entre los procesos psíquicos y corporales Reich desarrolló su teoría llamada:

Vegetoterapia y posteriormente, orgonomía. Es considerado el padre de la Psicología Corporal. Reich planteó que el ser humano es más que la palabra, que el símbolo o la imagen, es todo ello sustentado en el cuerpo, la postura y el movimiento. El trabajo psico-corporal, o sea palabra y cuerpo entremezclados, es la vía.

Para Reich el concepto original de la libido de Freud, de quien fue su alumno, era correcto. Luego Freud desarrolla el concepto de dos energías: eros y tánatos. Reich considera que el concepto de Tánatos es innecesario, solo es necesario el eros y, para explicar los comportamientos autodestructivos, explican que son debido a una mala organización de la energía erótica.

Según Reich, no conocemos a la energía como tal, sino solo sus manifestaciones. Las manifestaciones de la energía pueden tomar diversas formas. Reich llama a la libido “orgon” y la conceptualiza como la energía que sustenta su teoría.

Cuando la energía no fluye armónicamente se da la enfermedad. Es necesario un equilibrio flexible entre fuerza – contracción- y relajamiento – expansión- para que haya armonía o sea salud.

Lo que se opone a esta flexibilidad es la “Coraza corporal”, formada por tensiones musculares crónicas, la cual no permite el proceso natural de expansión-contracción.

Todo síntoma físico tiene una repercusión emocional-mental y viceversa. Para Reich **no** existe una dualidad mente-cuerpo. **Tanto los síntomas físicos como los mentales, son parte de un mismo sistema energético.**

La vida se mantiene saludable mientras dejamos ir a la energía ya gastada, hay que dejar que todo salga para que todo se renueve. Existen dos formas de lograrlo: **el orgasmo y la creatividad.** Lo que mantiene saludable a la vida es la vivencia plena de la sexualidad y/o de la creatividad. Para Reich no hay lugar para la sublimación, la sexualidad es el medio de descarga plena de energía para renovarla.

Reich plantea únicamente la existencia de tres emociones básicas: el miedo, la tristeza y la cólera. La persona se defiende de estas tres emociones desagradables de una forma en

particular y empieza a formar su coraza caracterológica.

La primer defensa contra el temor es la represión corporal, la cual interrumpe los impulsos sexuales. Como las defensas del ego llegan a ser crónicamente activas y automáticas, se transforman en rasgos del carácter como mecanismos de protección que se han hecho crónicos en la conducta y en el cuerpo a través de músculos posturales crónicamente tensos que bloquean la energía y que crean las corazas musculares. La coraza significa inevitablemente una disminución de la movilidad psíquica. Para reprimir – hacer inconcientes las emociones y los impulsos- empezamos a endurecer ciertas partes de nuestro cuerpo y vamos formando nuestro propio mapa corporal caracterológico. Si hay un acorazamiento y no se suelta toda la energía esto nos conduce a la enfermedad. Para tener una vida saludable se debe dar la descarga de energía y para movilizar la energía estática de la coraza se debe usar el trabajo corporal, el cual logra provocar el reflejo del orgasmo. Vale para finalizar recordar algunas de las hipótesis básicas en que se basa la teoría de Reich:

+Las emociones primarias beneficiosas, tales como el amor y la cólera son la expresión de la energía en movimiento.

+La energía del Orión realmente se moviliza en el cuerpo.

+Las contracciones musculares bloquean la movilidad de la energía.

+Las contracciones musculares crónicas, se llegaron a formar debido a que emociones específicas fueron bloqueadas por el organismo. Esto resulta en un carácter que expresa

Inapropiadamente las emociones secundarias, tales como la ansiedad, depresión y frustración.

+Las emociones específicas secundarias, tienden a ser causadas por sostener/

bloquear energía en músculos específicos. Por ejemplo, el carácter testarudo,

generalmente tiene contracciones crónicas en los músculos de la baja espalda.

Siguiendo con la mención de grandes investigadores que han realizado enormes aportes

al concepto de unidad psicofísica no podemos dejar de mencionar al Dr. Ryke Geer Hamer creador de “La Nueva Medicina”. Su investigación comenzó en 1979 después de la dramática muerte de su único hijo Dirk. Al poco tiempo se le diagnostica cáncer y lo mismo ocurre con su mujer, solo que en el caso de ella es cáncer de mama. Debido a que el nunca había estado gravemente enfermo en el transcurso de su vida, comprendió que su enfermedad podía estar ligada con el conflicto producido por la muerte de su hijo. En aquel tiempo el Dr. Hamer era internista en jefe de una clínica oncológica en la Universidad de Munich, Alemania. Comenzó a observar a sus pacientes de manera sistemática observando la causas, el desarrollo y los procesos de curación de sus cánceres.

El Dr. Hamer encontró que cada enfermedad se origina de una experiencia traumática inesperada y vivida en soledad. El estableció que tal choque repentino afecta no tan solo a la psique, sino también al mismo tiempo – visible en un escanner cerebral- a la parte del cerebro que corresponde biológicamente al trauma específico. Que el cuerpo responda al evento inesperado con un crecimiento tumoral –cáncer-, con una degeneración tisular, o con una pérdida funcional, está determinado por el tipo exacto de conflicto traumático. A la fecha el Dr. Hamer ha sido capaz de confirmar estos descubrimientos con más de 40.000 estudios de casos. Debido a que la curación solo puede ocurrir después de que el conflicto ha sido resuelto, La terapia de la nueva medicina germánica se enfoca en encontrar y resolver el trauma original.

El Dr. Hamer sostiene ser el primero en probar científicamente que el cáncer, por ejemplo, no es como se pensaba antes, una proliferación de células cancerígenas mortales sin sentido, **sino mas bien el resultado de un programa biológico especial y**

significativo de la naturaleza que ha sido exitosamente practicado durante millones de años de evolución.

Se ofrece aquí una visión completamente nueva de lo que se llama enfermedad. Al entender las cinco leyes biológicas que descubrió, y cuya descripción excede a esta tesina pudiendo ser motivo de otro trabajo, sostiene que los humanos nos volvemos libres del miedo y del pánico que frecuentemente viene como resultado del inicio de una enfermedad.

El hecho de no querer aplicar en los enfermos oncológicos los tratamientos convencionales lo llevo en su momento hasta padecer la cárcel.

Es un pionero y un luchador en hacerle entender a la humanidad hasta donde se fusionan lo mental y lo corporal en el ser humano.

En el libro “La medicina patas arriba”¿ y si Hamer tuviera razón?, Mambreti y Seraphin al referirse a las enfermedades que se desarrollan sobre músculos estriados y huesos hablan de la presencia de un conflicto de autodesvalorización.

Son varios los investigadores que aportan una base sólida para entender la unión del aspecto mental, emocional y corporal del ser humano y sus infinitas interrelaciones.

Gerda, en su época, fue influenciada entre otros por H. Wallon, R. Stainer, R. Laban y J. Ajurriaguerra, quien sostenía el papel de la función tónica poniendo de manifiesto la estrecha relación que existe entre el tono y el movimiento; y sus respectivas asociaciones con el desarrollo del gesto y del lenguaje. Denomino dialogo tónico, a la relación de comunicación que establecen madre y bebe, a través de la acomodación de las posturas y el intercambio de tensiones y distensiones, donde el niño empieza a tomar conciencia de sus limites y a distinguirse del otro. La madre contiene al bebe creándose

una vinculación afectiva que además de aportar bienestar le da una primera referencia de si mismo. El tono tiene una función motriz y afectiva al realizar una regulación de las emociones..

Boscaini enriquece este concepto al expresar que el tono debe ser considerado en su importancia fundamental porque, siendo el punto de referencia esencial para el individuo en la vida de relación, biológica, psicológica e incluso en la toma de conciencia de si mismo, especifica una de las diferencias fundamentales que distinguen al ser vivo del ser no vivo. Agrega que esquemáticamente se podría decir que el tono que va a organizarse a nivel postural esta en gran parte ligado a la vida primitiva, a los deseos primarios, a la vida emocional, a la protocomunicacion, al equilibrio, a la confianza de si mismo tanto en el plano motor como psicológico; la organización tónica a nivel periférico es sobre todo la expresión de la vida cognitiva, asume un valor objetivo, es el indicador de la capacidad de control de si mismo, de resolver los problemas de la vida y de la adaptación a la realidad. Aclara además que la función tónica sola no basta para permitir al individuo ser un sujeto de comunicación y que se necesita además la postura y el movimiento.

Wallon desarrollo su trabajo en la visión psicobiológica del ser humano donde psiquismo

y motricidad, no constituyen dos dominios distintos, sino que representan la expresión de las relaciones reales del ser con el medio. Este autor distingue dos tipos de actividad motriz: la actividad cinética – comprende los movimientos propiamente dichos y esta destinada al mundo exterior- y la actividad tónica – mantiene al músculo en cierta tensión y viene siendo la tela de fondo en el cual se elaboran las actitudes, la postura y

la mímica. En este contexto H.Wallon confiere al tono postural un importante rol, constituyéndose como elemento indispensable tanto en la vida afectiva como de relación.

Por su parte Piaget, en su teoría de la evolución de la inteligencia en el niño, pone de manifiesto que la actividad psíquica y la actividad motriz forman un todo funcional que es la base del desarrollo de la inteligencia. Reconocía que mediante la actividad corporal, el niño piensa, aprende, crea y afronta los problemas.

Muchos autores como el mencionado Ajurriaguerra, Mamo, Laget y Paillard sostienen que la función tónica es la mas compleja y perfeccionada del ser humano. Esta se encuentra organizada jerárquicamente en el sistema integrativo y forma parte del comportamiento del ser humano. En esta función tónica se entrelazan la motricidad y el psiquismo del individuo. El descubrimiento de su función, tras la aparición del huso neuro-muscular y del sistema gamma ha traído nuevas perspectivas. En la conducta humana hay una conexión entre la musculatura estriada, la musculatura lisa y el sistema hormonal. Como argumenta Paillard esto se da porque la función tónica interviene en la regulación del sistema neuromuscular, neurovegetativo y hormonal.

El estudio de la función tónica que fue iniciado por Sherrington a principio del siglo, destaca la necesidad de integrar el estudio del tono a la actividad organizada por el sistema nervioso.

La función tónica constituye una función específica y organizada que prepara la musculatura para las diferentes formas de actividad motora. La posición antigravitatoria de los segmentos del cuerpo es un ejemplo de su función motora.

Paillard sostiene que el tono se encuentra en la base de las manifestaciones organizadas,

armoniosamente repartida por su musculatura al servicio de una función específica – equilibrio o movimiento- y de expresiones más difusas y generales. Como respuesta a ese estímulo que se ejerce continuamente – la gravedad – el organismo reacciona por medio de una actividad nerviosa constantemente autorregulada y por ende inconsciente.

Estos son algunos de los conceptos en que Gerda Alexander basó la Eutonia.

A esta altura de mi exposición me parece interesante aprovechar un aporte que sobre la definición psicósomática nos brinda Capra:

...”La expresión psicósomático necesita una explicación. En la medicina convencional el término fue utilizado para referirse a ciertos trastornos desprovistos de base orgánica claramente diagnosticada. A causa de la fuerte propensión biomédica que hoy existe, estos trastornos psicósomáticos muchas veces eran considerados imaginarios, no reales. El uso moderno del término es completamente diferente, pues deriva del reconocimiento de la dependencia recíproca fundamental que existe entre la mente y el cuerpo en todas las fases de la salud y de la enfermedad. Diagnosticar cualquier trastorno como debido a causas psicológicas sería tan reduccionista como la convicción de que hay enfermedades puramente orgánicas sin ningún componente psicológico. Los clínicos y los investigadores modernos son cada vez más conscientes del hecho que prácticamente todos los trastornos son psicósomáticos, en el sentido que suponen una continua interacción entre la mente y el cuerpo en su origen, en su desarrollo y en su curación.”

Comprender lo rico de este proceso rompe la dualidad mente-cuerpo que llevó a la medicina tradicional a establecer especialistas para las enfermedades mentales y una gran cantidad de especialistas para las distintas manifestaciones que la enfermedad tiene en el cuerpo. Personalmente me parece fundamental dejar en claro que las divisiones

antes expuestas sobre regulaciones neurovegetativas, neuromusculares y psicológicas las realizamos con el objetivo básico de hacer mas fácil la comprensión, para aquella persona que no esta en el tema, hasta donde la Eutonia puede llegar a influenciar y por ende modificar al ser humano. La posibilidad de empezar a aceptar que una persona es más que la suma de sus partes, es comenzar a recorrer el verdadero camino hacia una concepción holística del individuo. Esta es sin duda la visión que del ser humano tiene la Eutonia y a través de ella desarrolla una pedagogía, que permite a la persona redescubrir sus potenciales, habilitándola a mejorar su calidad de vida en relación consigo misma y con su entorno.

Entra en juego otro concepto que es encuadrar al síntoma en la verdadera función que cumple en el proceso de la enfermedad. Prácticamente todo lo que se realiza en el ámbito biomédico busca suprimir o al menos atenuar los síntomas que padece un individuo ... se apunta a las consecuencias de dicho proceso pero rara vez se accede a la posibilidad de modificar la causa original. Para esto se utiliza infinidad de métodos, fármacos, cirugías y tratamientos mas o menos invasivos.

La información que nos llega a través de los síntomas pueden llevar, en muchos casos, a conocernos mejor a nosotros mismos, comprendiendo nuestras reacciones no solo concientes sino además inconcientes, estableciendo la posibilidad de producir modificaciones no solo en lo que involucra a la enfermedad que nos aqueja sino a como nos relacionamos con nuestro entorno, como lo hacemos con nuestras necesidades, nuestros deseos y nuestra esencia. No es extraño escuchar que después de una grave enfermedad, el individuo que la padeció realizo un cambio profundo en su vida, en su mundo laboral, familiar y social. Creemos aquí interesante recordar que para la Eutonía

no se establecen diferencias entre las etapas de diagnóstico y modificaciones ya que se los toma como partes de un solo proceso.

Al respecto Jader Tolja y Francesca Speciani en su libro “Pensar con el cuerpo” comentan: ... “¿Qué ocurre cuando una molestia se mueve más hacia el interior o más hacia el exterior del sistema? Consideremos una situación de este tipo a modo de ejemplo. La mayor parte de los eczemas infantiles y neonatales-independientemente que sean mediados o no por una respuesta alérgica- desaparecen simplemente con el contacto físico o acariciando el punto sobre el que, del todo inconscientemente, el niño llama la atención, y por lo tanto lleva la sangre y la energía. Si en vez de nutrirlo con caricias se le unta sobre la piel una pomada con cortisona, la experiencia clínica muestra que aumentan notablemente las probabilidades de que – a continuación de la desaparición del eczema- se desarrollen brotes asmáticos. Al reprimir la expresión más superficial – y por lo tanto más inocua- de la necesidad del niño, se le empuja a transferir el síntoma al tejido más interno, es decir, a los pulmones y los bronquios que, desde un punto de vista espacial, no son otra cosa que una invaginación del mundo externo en el interior del cuerpo.

Si se continúa eliminando los síntomas, el malestar puede continuar y manifestarse siempre más profundamente, hasta llegar – de tejido en tejido- a los territorios más recónditos del sistema, con consecuencias cada vez más graves para el organismo como enfermedades autoinmunes o leucemias”.

Es cierto, que para llegar a modificar las verdaderas causas que producen desde una simple molestia muscular a un cuadro articular degenerativo, por dar un ejemplo, debe haber un compromiso importante de la persona, debiendo asumir la responsabilidad de

su propio proceso y de las decisiones que lo han llevado a esta situación ... como ya describí, esta es la propuesta que la Eutonía tiene para el ser humano: acompañarlo en el camino que lo conduzca a redescubrir toda su potencialidad intrínseca.

Entra aquí otro concepto que tiene que ver con los distintos niveles desde donde podemos influenciar sobre un síntoma. Cuando leí la descripción que Tolja y Speciani realizan sobre las distintas maneras y niveles con que se puede intervenir en un caso de artrosis cervical me asombre de lo concreto y explícito del análisis ... “De una forma amplia podemos definir la artrosis como la incrustación de una articulación, en este caso las vértebras del cuello, debido a fenómenos degenerativos pero, en cierto sentido, también por algo que nos lleva a tensionar los músculos que la rodean. La tensión determina un estado de constante presión entre las vértebras, con un consiguiente dolor y restricción de los movimientos de la zona cervical que, a su vez, impiden aliviar la presión. Evidentemente, se trata de un círculo vicioso que, para recrear un estado de bienestar, puede ser interrumpido al intervenir **en distintos niveles**.

En un nivel muy superficial, podríamos intervenir con fármacos analgésicos o antiinflamatorios para eliminar el dolor. El principio en este caso, no es muy distinto que cuando en el tablero del auto, se apaga el indicador que marca la falta de aceite en el motor. En la práctica la cosa cambia poco en el cuello y uno se complace notablemente cuando anula la señal de alarma. La diferencia con la comparación mecánica, sin embargo, es que la reducción del dolor ofrece la ventaja de poder introducir un nuevo nivel: pese a no reducir la incrustación, la recuperación del movimiento con ejercicios apropiados puede, a su vez, **iniciar un proceso de ablandamiento de los músculos tensos** y de la presión entre las vértebras.

Otra forma de tratamiento, que actualmente se practica solo de manera experimental, podría ser la sustitución de los cartílagos deteriorados que recubren las articulaciones desgastadas. Los daños en los cartílagos, sin embargo, son también consecuencia de un **proceso mas profundo representado por la tensión muscular**. Eliminarlos, equivale grosso modo a quitar la herrumbre que se ha depositado en las bisagras de una puerta vieja, que no se usa. Por cierto, la herrumbre es la causa del chirrido, pero también la consecuencia de la falta de uso. Por lo tanto, en un caso como en el otro, eliminar la herrumbre equivale a trabajar sobre un síntoma, sobre la consecuencia de una cadena de eventos, y no sobre lo que lo ha determinado. Muchas intervenciones quirúrgicas, y en definitiva gran parte de los acercamientos convencionales a la salud, reflejan este tipo de mentalidad, aun cuando sea menos evidente que en el ejemplo descripto.

Dado que la herrumbre – en las bisagras de la puerta- y las incrustaciones – en las articulaciones – se forman como consecuencia de la reducción de la movilidad y del espacio articular, otro posible tratamiento para recuperar la libertad necesaria es la quiropráctica.

Al hacer palanca sobre los puntos adecuados, el quiropráctico establece un espacio entre los dos huesos, permite alejar las superficies de la capsula sinovial, dispuesta entre las dos cabezas articulares, que , en consecuencia, aumenta de volumen.

Para llenar dicho espacio, el liquido lubricante que contiene la capsula, debe pasar al estado gaseoso y es en este pasaje cuando aumenta el volumen en el interior de la capsula sinovial, y se producen los característicos chasquidos, gratificantes y liberatorios. La maniobra resulta efectiva al crear un espacio entre las cabezas articulares; sin embargo, **sino se elimina la tensión muscular** que mantiene a la

articulación en su estado crónico de compresión, solo produce un alivio momentáneo – a menos que, también en este caso, el alivio y el nuevo espacio creados inicien un proceso de auto corrección del sistema.

Si se quiere intervenir mas directamente sobre la causa de la herrumbre – es decir, las incrustaciones artrósicas- **es necesario eliminar o por lo menos reducir la tensión muscular...**

... dado que la tensión nunca es un fin en si misma, sino que sigue un programa preciso puesto en marcha por el sistema nervioso, si no ha tenido motivos para cambiar de programa, es muy difícil que el organismo este dispuesto a aflojar la tensión.”

El concepto de trabajar sobre un síntoma desde distintos niveles: desde lo superficial a lo profundo, desde lo general a lo particular es también un concepto que se utiliza en la Eutonia.

Continúan estos terapeutas italianos desarrollando los niveles con los que se puede actuar en un caso de artrosis cervical afirmando que se podría plantear que existe la necesidad, inducida tal vez por motivaciones de orden educativo o cultural, de separar la mente del cuerpo, es decir, de no dejar que la mente este condicionada por la información que llega desde el cuerpo – cuando el cuello esta rígido no se siente lo que dice el cuerpo-. Tal vez porque a aprendido a desvalorizar dicha información, porque es incapaz de manejarla, o porque no se corresponde con su modelo ideal, con sus valores, con su concepción de la realidad, con lo que según su criterio debería ser adecuado sentir con relación al modelo cultural que ha elegido – mas o menos concientemente- representar.

Continúan diciendo que separar la cabeza del cuerpo con un aumento de la tensión local responde perfectamente a esta función. Entre los numerosos pacientes a los que les

hemos pedido que se dibujen a si mismos en tamaño natural, esta exigencia de separación de la mente y del cuerpo, culturalmente muy difundida, se evidencia en un porcentaje altísimo de casos como un estrechamiento del cuello. La sinergia entre lo que el cuerpo siente y lo que la mente piensa parece ser un grave problema para nuestra cultura, que programa al individuo para que piense en términos idealistas y simplistas respecto de la complejidad de sus sentimientos y emociones.

Admiten que si una persona tiene una motivación para cambiar, el proceso puede desarrollarse desde el nivel mas profundo y global hasta el síntoma mas superficial.

Aporte de la Eutonia a los alumnos con Artrosis Vertebral

Al comenzar esta sección definía a la Eutonia como EU: bueno, optimo, armonioso y TONIA: tono, para transmitir la idea de una tonicidad adaptada a la situación y actividad del momento.

Después de todo el desarrollo realizado sobre la función del tono neuromuscular y las consecuencias de fijaciones que se traducen en distonías neuromusculares, neurovegetativas con su implicancia psicológica y recordando además que puede haber partes de la columna vertebral con tono alto y otras con tono bajo predisponiendo a la aparición de la patología que se desarrolla en esta tesina: la artrosis, creo que el aporte que puede ofrecer esta disciplina es evidente.

El tono neuromuscular no pertenece al control conciente y voluntario **excepto que la persona se entrene y desarrolle esta capacidad...a esto apunta la Eutonia.**

El ser humano se comunica e interactúa con su entorno adoptando una postura que no solo es reflejo de su vida conciente sino también inconciente. Así como hablamos de fluctuación tónica así también se puede hablar de posibilidades de fluctuación postural

en un individuo, para reconocer el estado de salud psico física en que se encuentra.

Una persona integrada y sana no mantiene siempre la misma postura. Al igual que el tono esta debe tener la capacidad de adaptarse a la situación y actividad del momento, manifestando el estado de la persona aquí y ahora. Nuestra postura nos habla de cómo **estamos** presentes en el mundo. De que lugar ocupamos. De cómo nos relacionamos, nos comunicamos y nos damos a conocer; habla sobre la personalidad, el carácter y el estado de animo del momento. La postura refleja como estamos en este momento en nuestra unidad psicocorporal pero también habla de nuestra historia.

Cuando se sostiene cierta actitud postural en el tiempo, esto se traduce en un desajuste de todo el sistema esquelético que imprime tensión a los ligamentos y fricciones en las articulaciones comprometiendo la salud de los cartílagos. Las consecuencias incluyen además a todo el sistema miofascial y al resto de los órganos y sistemas. Nuevamente entra en juego los conceptos de distonías neuromusculares, neurovegetativas y psicológicas. De esta manera se va creando el terreno sobre el que se va a desarrollar la patología.

De repente alguna situación en particular en la vida de esa persona, desde un conflicto emocional hasta un movimiento perjudicial, puede ser el detonante para que aparezca la patología ya como una enfermedad declarada y acompañada de toda la sintomatología.

Este también es un proceso personal ya que no todas las personas poseen el mismo umbral de dolor o las mismas reacciones inmunológicas, entre otras. Ante el mismo diagnostico una persona puede padecer un mínimo de síntomas y otras prácticamente todos.

La eutonía propone a través de clases individuales y grupales la posibilidad de recuperar la fluctuación tónica. Se le enseña al alumno a descubrir sus propias distonias en lo que

llamamos “autodiagnóstico” como el paso conducente a establecer las modificaciones.

Este es un proceso simultáneo.

Sobre este tema Tolja y Speciani comentan...”En muchos casos curarse significa simplemente observar, comprender y honrar lo que sucede, en vez de interrumpirlo o modificarlo”. Es imprescindible, y a esto apunta la pedagogía de la Eutonía, desarrollar en el alumno una sensibilidad conciente basada no en la imaginación sino en la percepción, del estar alerta, del darse cuenta, de abrirse hacia una mirada interna que no juzga, de reconocer su cuerpo, el espacio que ocupa en el mundo, sus tensiones, sus ejes óseos, la calidad de sus movimientos, las características de su postura, la forma de entrar en contacto con los demás, consigo mismo y con el espacio que lo rodea. Al alumno se le ofrece una serie de herramientas basadas en Los Principios de la Eutonía. Paso ahora a enumerar dichos principios solo como mera información ya que vale tener presente que la Eutonía es una disciplina basada en la experiencia personal de quien la practica y que esto es irremplazable. **Volviendo a los Principios estos son:**

- +Desarrollo de la conciencia de Piel
- +Desarrollo de la percepción tridimensional del cuerpo a través de la conciencia de su volumen; su espacio interno.
- +Conciencia de los huesos, sus ejes y su proyección en el espacio
- +El contacto conciente, que es la toma de conciencia del espacio electrobiomagnético y de las regulaciones que se pueden producir a través de él en el organismo.
- +Desarrollo del transporte – reflejo de enderezamiento y repousse – uso del empuje.
- + Movimientos activos y pasivos
- +Micromovimientos o movimientos de descompresión articular
- +Las posiciones de control que sirven para observar la flexibilidad muscular de la persona estableciendo las zonas distónicas y sus posibles regulaciones.
- +Vibraciones vocales y óseas
- +Movimiento eutonico.

En cuanto a la artrosis en particular el Dr. Odessky hace mención de la importancia del

contacto y de trabajar sobre el espacio interno para recuperar el espacio pedido en la discopatía.

La Eutonía no fue creada para vivirla solo en el transcurso de una clase. La Eutonía apunta a otorgarle al alumno herramientas validas para la vida cotidiana. Nuevamente entra aquí los conceptos de tono, postura y movimiento como una triada indivisible en la persona. El movimiento se vuelve eutónico cuando se produce con un mínimo de gasto energético, sin trabas, fluido, armónico, conciente y creativo en vez de mecánico y automático a través de un manto muscular con un tono justo y equilibrado- entre sus componentes fásicos y tónicos- expresando la armonía de un sistema neuromuscular y psicológico . Gerda decía “no hacer mecánicamente” y completaba diciendo:” La expresión está aquí para entender en el sentido de una motricidad adaptada, sin distonías, donde cada músculo, cada fibra –tónica y fásica- se contrae con la intensidad, la duración y la sincronización optimas en función del programa dirigido por el cerebro, determinado totalmente por el proyecto del sujeto”.Asi como hablamos de una triada entre tono, postura y movimiento lo mismo acontece cuando hablamos de la relación que se establece entre los sistemas neuromusculares, neurovegetativos y psicológicos. Justamente a ellos apuntan las regulaciones que produce la Eutonía.

Los objetivos de la Eutonía son:

- + Normalización del tono muscular y variación conciente del tono neuromuscular.
- + **Prevención y reversión del deterioro de las funciones articulares.**
- + Desarrollo general de la sensibilidad, y por ende aumento de la percepción propioceptiva y exteroceptiva.
- + Mejoramiento de reflejos posturales y cenestésicos.
- + Mejoramiento de las funciones neurovegetativas- sueño, circulación, etc.-
- + Gradualmente se completa la imagen corporal.
- + Conocimiento profundo de si mismo
- + Desarrollo de la autoconfianza y confianza en las propias percepciones

+ Aceptación de si mismo y de la realidad personal.
+ Aprendizaje del uso adecuado del cuerpo en la vida cotidiana y en aquellas actitudes que requieren esfuerzo
+ Mejoramiento general de la salud por el aprendizaje de cómo cuidarse a si mismo.
En cuanto a la función preventiva que podría tener la Eutonía en evitar la aparición de la artrosis, es importante comprender que una patología no se instala sorpresivamente de un momento a otro sino que se va desarrollando en el tiempo y eclosiona, como un cuadro clínico, ante ciertas situaciones que actúan como disparadores. Debemos hablar aquí de un terreno con cierta predisposición para la aparición de la patología.

Considerando que prácticamente no existe personas sin distonias, tal como aseguraba Gerda Alexander, sería valido trabajar sobre las fijaciones tónicas que no permiten una fluctuación correcta, cuando apenas se instala evitando la cronicidad en el tiempo que traería aparejado los problemas osteoarticulares, neuromusculares, neurovegetivos y psicológicos que ya mencionamos. Todo esto es materia de experimentación que creo sería interesante realizar, sobre todo por el alto grado de incidencia que este tipo de enfermedades tiene en la población en general.

Comencé esta sección de mi tesina con una frase de Alexander Lowen y deseo terminarla con otra frase del mismo autor que creo resume todo lo expuesto hasta ahora: **...”Sin cuerpo no somos nadie, y no significamos otra cosa que un número en una civilización masificada que ignora los valores humanos. Somos parte de un sistema masificado, y sin embargo nos sentimos solos y aislados. No pertenecemos a la vida, pertenecemos al mundo de las maquinas; un mundo muerto. Y ni las palabras pueden cambiar esta situación ni el dinero mejorara nuestra situación. Solo podemos volver a la vida contactando con nuestros cuerpos. Cuando lo hagamos, encontraremos que hay fe en la vida y que el cuerpo del hombre es el cuerpo de Dios y algo en lo que creer”...**

Desarrollo de Casos de Alumnos con Artrosis tratados con Eutonía

Para este punto de mi trabajo he decidido exponer una serie de relatos extraídos principalmente del libro de Gerda Alexander “ La Eutonía” y del trabajo del Dr. Alejandro Odessky “Una visión eutónica del trastorno degenerativo lumbosacro”, finalizando con la exposición de mi propio caso.

Antes de continuar deseo recordar que para la Eutonía siempre se habla de alumnos a los que se los acompaña en su propio proceso – punto que además se analizó en la sección destinada al rol del paciente para la biomedicina y del alumno para la Eutonía. En el capítulo VI “Ejemplos de aplicaciones terapéuticas” Gerda nos ofrece el siguiente contexto para luego desarrollar una serie de casos: “Para dar una idea más completa de las diferentes aplicaciones de la Eutonía, describimos seguidamente la evolución de algunos casos particularmente significativos. Publicamos estas notas en su estado original, sin comentarios, con su elocuente cronología, según lo que el paciente ha podido observar o experimentar”.

Aclaro que al no estar desarrollado en el libro un caso de artrosis vertebral he decidido usar un caso de coxartrosis.

... La Sr. P., 65 años, acude al tratamiento en mayo de 1963. Sus primeros dolores de cadera comenzaron en 1935. En una radiografía de 1936 se pueden ver las primeras lesiones de la cavidad cotiloidea, con deformación del cuello del fémur. Un tratamiento por radioterapia no proporciona ningún alivio a los dolores. 1960: la reubicación del cuello del fémur y la medicación logran calmar el dolor. 1961: una fractura de cuello hace necesaria una permanencia de seis meses en una clínica especializada en Alemania. Tras nueve semanas de inmovilidad, enyesada en extensión, la rodilla está completamente rígida. Los masajes no proporcionan

mas que una leve mejoría. Después de dejar la clínica, se declara una flebitis.
1962: histerectomía seguida de problemas circulatorios y de dolores aun más vivos que agravan la limitación de los movimientos y el estado general.

Fin de mayo de 1963: comienzo del trabajo con Eutonía – sin otro tratamiento medico-. La pierna izquierda es tres centímetros mas corta que la otra. Atrofia muscular y acortamiento de los tendones, con posibilidad de flexión de la rodilla muy reducida. Problemas circulatorios y dolores intensos. La paciente no puede ni extenderse ni hacer movimientos de rechazo de costado. No puede sentarse normalmente.

Después de dieciocho días de tratamiento, la amplitud del movimiento de la articulación de la rodilla esta casi recuperada, los dolores han desaparecido y ya no hay mas problemas circulatorios. La paciente puede extenderse sobre el costado y hacer movimientos de rechazo a partir del trocánter – reflejo propioceptivo de extensión-. La pierna enferma sigue siendo más corta, pero solo en un centímetro; la rodilla se hace mucho mas flexible. También es posible observar una notable mejoría en la amplitud del movimiento de la cadera; la paciente puede sentarse normalmente. Ahora que ha aprendido a trabajar sola, puede volver a su casa. Por primera vez después de veintiocho años, puede nuevamente trabajar sin problema en el cuidado de su casa y de su jardín.

En el otoño de 1963, vuelve a la clínica Alemana para un control. Una radiografía demuestra que el cartílago articular se ha reformado.

Las radiografías de la clínica de 1960, 1961 y 1963 están reunidas en la colección científica de dicha clínica.

La paciente siguió una vez mas, en 1964, un trabajo de quince días de Eutonía

y en 1965 participo en el curso de verano de la Escuela.

El Dr. A. Odessky encabeza la presentación de sus casos de la siguiente manera:

...”Aunque para nosotros es claro ver el estado del tono de una persona, presentamos casos clínicos, en los cuales poder observar, como se manifiestan esta esferas y también como se relacionan entre si.

Caso N° 3 A.P.: Sexo femenino, 55 años. Consulta por dolor lumbar de 1 año y 3 meses de evolución. Refiere dos episodios anteriores en un lapso de siete años: el primero en una situación de peligro en un barco que naufragaba; el segundo, en el momento de tener que acusar a una persona que había robado de su cartera en un colectivo.

Los estudios de Rx muestran pinzamiento L5-S1 con disminución del espacio discal.

Evolución: comienza con clases grupales en Marzo de 1991, que continua durante cuatro meses, refiriendo mejoría absoluta de su lumbalgia, pero aparecen algias músculo esqueléticas en rodilla derecha y también migatrices. Refiere inestabilidad emocional – llanto-.

En esta paciente encontramos base reumática que se agudiza por factores emocionales.

Su apreciación de la mejoría se debe, según ella misma, a un mayor conocimiento de lo que le pasa: el conocerse a si misma le ayuda a disminuir su ansiedad y angustia. El encontrar gente en el grupo en situación parecida también la ayuda. Trata de incorporar lo que va aprendiendo a su vida cotidiana.

Caso N°1 C.G.: Sexo masculino, 43 años consulta por lumbalgia de dos años y

medio de evolución con fecha 14-4-89.

Refiere un episodio durante las vacaciones de ese año que lo retiene en la cama durante 20 días. El paciente es derivado por cirujano espinal a operación pero el prefiere buscar otra alternativa.

79

Estudios complementarios: Rx muestra vértebra de transmisión lumbosacra de lado izquierdo con fusión completa. TAC muestra abombamiento discal posterolateral L4-L5; hipertrofia de facetas articulares L4-L5 y L5-S1 con engrosamiento del ligamento amarillo a ese nivel.

Evolución: Toma clases de Eutonía una vez por semana durante ocho meses, después de las cuales evoluciona favorablemente sin presentar lumbalgias ni molestias. Refiere bienestar físico general. Las clases son para el un chequeo para ver y mejorar otras zonas que no duelen pero si molestan como cuello y hombros. Durante las clases recordó episodios de lumbalgia desde los 20 años durante el servicio militar, solía tener días de reposo por los mismos, después de guardias muy prolongadas.

Durante ese periodo de trabajo eutonico tuvo dos episodios que el llamo leves y que supero con lo aprendido en clases.

La parte biomecánica esta muy comprometida en este paciente; a esto hay que sumar una sensibilidad inmunológica exacerbada por situaciones competitivas que comprometen lo psíquico- emocional. Creemos importante aclarar que el paciente hizo trabajo de psicoanálisis durante el período 1980-1988.

Caso N° 5 N.C.: Sexo femenino, 52 años. Consulta por lumbocruralgia el 19-4-91.

Refiere su primer episodio el 20-3-90 como una lumbalgia aguda que se le presento

con un movimiento de flexión forzada haciendo la cama; en el transcurso del día se acentúa la molestia y durante la noche se instala la cruralgia. Luego de consultar sigue varios tratamientos – reposo, antiinflamatorios esteroídeos, calor, etc.- sin mejorar sino agravando el cuadro; aparece hipoesiesia cutánea.

Su examen físico muestra el dermatoma L4 acartonado – hipoestesia izquierda- y dolor a la compresión de L 4.

Los estudios complementarios muestran: Rx vértebra en transición de L5, retrolistesis L4-L5 con fenómenos productivos y degenerativos en articulaciones posteriores de ese segmento. En TAC aparece estrechamiento del canal por fenómenos producidos en articulaciones posteriores de ese segmento, y abombamiento discal hacia el canal.

Evolución: se le indica reposo absoluto en posición de descompresión de la zona y se le dan elementos de la técnica de Eutonía – descompresivos de la zona- para trabajar en reposo. Se suspende la medicación dejando solamente analgésicos según dolor.

El 26-4-91 refiere hipertesia en muslo izquierdo – cara anterior de la rodilla- La sintomatología dolorosa fue cediendo, el reposo fue efectivamente absoluto y solo tomo Diazepan 2,5mg dos veces al día.

El 4-5-91 sigue el reposo; la paciente refiere mejoría total del dolor. La irritabilidad e hipertesia en muslo izquierdo va cediendo. Sigue con sus ejercicios de Eutonía en la cama y comienza a sentarse.

El 10-5-91 comienza a pararse con faja lumbar, continua una pequeña irritabilidad del muslo izquierdo que cede.

El 17-5-91 ya hace las actividades de la casa; toma clases individuales durante

cinco meses. Se recupera por completo y deja las clases porque quiere seguir sola.

Vuelve a las clases en el mes de Octubre.

En esta paciente encontramos un gran deterioro biomecánico con una baja reacción inmune, neurológica y psíquica; su interrelación con el medio es muy pobre; su sensibilidad al dolor también ya que solo consulta cuando el deterioro es grande.

Según sus propias declaraciones, no entiende muy bien lo que paso en su mejoría pero se encuentra muy contenida por el grupo y el terapeuta. Dice sentirse más tranquila de haber abandonado el ritmo de actividad de la juventud que quería mantener.

Mi caso: Victoria Jorgelina Zarlenga- Sexo femenino, actualmente 41 años.

Alrededor de los 34 años decidí consultar a un traumatólogo por molestias que sentía en mi zona lumbar. El año anterior había cursado el profesorado de Yoga Iyengar, este método en particular es muy exigente físicamente, y yo salía de las clases dolorida y agotada. En el momento de la consulta estaba realizando la formación en Yogaterapia, lo que sería una especialización del yoga dirigido a alumnos con ciertos problemas de salud. Me llamo la atención algunas patologías de columna que se describían y como mis molestias lumbares continuaban, cada vez mas intensas, decidí realizar la consulta con el especialista.

Si tengo que hacer memoria desde muy chica tenia ciertas molestias en la espalda que se agudizaban en algunos periodos a través de cuadros de cervicalgia y lumbociatalgia.

Siempre he sido una persona que ha realizado mucha actividad física, de hábitos

sanos – no fumo, no bebo y mi alimentación es naturista desde los quince años.

Hasta ese momento me catalogaba como una persona hipersensible – la Eutonía me enseñó que en realidad soy hiperreactiva- sumamente responsable, fácilmente irritable y sin embargo nada rencorosa, autoexigente, hiper activa, que no conocía límites en el esfuerzo ni físico ni mental,

con la particularidad de llevarme en estos dos puntos al límite, que terminaba mi día agotada de tanto actividad y con un descanso que no me ayudaba a recuperarme por completo, entre otras cosas por que el dolor de mi columna se exacerbaba por la noche en la cama.

Me manda a realizar una serie de radiografías. Reconozco que en ningún momento pensé en tener un problema serio, por lo que al tener las radiografías abrí el sobre y leí el informe donde se explicaba que la zona lumbar presentaba un proceso de artrosis con pinzamiento L5-S1 y rectificación total de la curva lordótica. No podía creer lo que decía el informe. Recuerdo que lo retiro mi pareja y me lo dio en el auto cuando me paso a buscar por mi trabajo. Me sentía impactada y profundamente asustada... ¡ Artrosis! ... acaso no es una enfermedad de viejos ... me aparecían imágenes de gente sufriendo mucho dolor y una serie infinita de problemas físicos y discapacidades ... mi propia abuela paterna termino en una silla de ruedas por artrosis – aclaro que murió cuando yo era chica y no se el cuadro completo de su enfermedad mas allá de este dato.

No solo era mi shock emocional sino el de los que me rodeaban, mi familia, mis amigos, mi pareja.

Cuando concurrí a la consulta del traumatólogo, un hombre mayor, con sobrepeso y como luego me contó que tenía artrosis de rodilla, recuerdo que miro las

radiografías y cuando, a punto de colapsar, solo se me ocurrió preguntar si esto significaba que a los cincuenta iba a estar en una silla de ruedas, él me contesto que los artrosicos no se movían – sentí que ya para él deje de ser una persona para ser una artrosica-por el dolor, pero si lo soportaba no había porque pensar en dejar de moverme... Por lo menos me consoló diciendo que al menos yo era flaca y eso era importante ya que el tenia, con su artrosis de rodilla, que luchar con sus kilos de más. Como solución para todos mis males me receto un antiinflamatorio y diez sesiones con el kinesiólogo.

Consulte a otros traumatólogos y prácticamente la respuesta a mi cuadro era la misma. Me explicaban que últimamente había muchas consultas de gente joven con estos problemas aunque no conocían las causas Parecía que en la lotería con respecto a la salud de nuestras columnas algunos habían sacado el numero equivocado.

Una característica de mi personalidad es que después del primer impacto que me causa un problema automáticamente traslado el foco a buscar una solución.

Ya que la medicina tradicional parecía que no me aportaba mucha esperanza, comencé desde ese momento un largo peregrinaje ... que para resumirlo me llevo a conocer y abonar consultas a homeópatas, acupuntureros, especialistas en medicina china, naturoterapia, médicos antroposficos, etc. Quiero aclarar que no estoy diciendo que estas terapias no sirvan, ya que de hecho muchos años atrás un increíble homeópata – el Dr. Victor Bevacqua- me trato un serio problema de renal maravillosamente bien, por ejemplo. Sin embargo, los profesionales que me atendieron en ese periodo no me aportaron demasiado.

Esta fue una etapa difícil para mí, porque en la búsqueda de una solución que no aparecía, sufrí de un gran desgaste emocional, físico y económico. Este punto no lo puedo dejar de mencionar porque cuando escuchaba hablar de alguna terapia que al menos parecía interesante, los precios de los tratamientos me resultaban imposibles de cubrir ... sobre todo porque la búsqueda corría por fuera de lo que habitualmente cubren las obras sociales.

Si bien no encontraba respuestas a mis inquietudes sobre cómo encarar la patología, más allá de un simple antiinflamatorio, tampoco encontraba contención de parte de muchos profesionales.

Llegó un momento donde sentí profundamente que no quería que nadie me curase sino que necesitaba que me enseñen cómo curarme ... quería ser protagonista de mi proceso de posible recuperación ... esta era una sensación muy fuerte en mí...y prácticamente a la par, apareció la necesidad de enseñar a los otros cómo recorrer este camino.

Fue en ese tiempo donde me puse a investigar sobre la enfermedad y descubrí en una librería de Textos usados en la calle Corrientes, el libro de Gerda. Me pareció increíble lo que esta mujer, desconocida hasta ese momento para mí, contaba sobre esta disciplina. Me llamó mucho la atención cómo sus enfermedades las transformo en oportunidades logrando trascenderlas.

Empecé a tomar algunos talleres de Eutonía y al año siguiente comencé mi formación profesional en La Escuela Argentina de Eutonía, que finaliza este año y que se traduce en tres años intensos de estudio y de trabajo personal.

Si tengo que definir que me aportó la Eutonía, en mi caso en particular, es un

mayor conocimiento de mi misma, en todas las esferas que hacen a un ser humano, y que describí ampliamente en esta tesina al hacer referencia a la unidad psicofísica que somos.

Desde el principio me permitió hacerme cargo de mi proceso, sin que esto significase no sentirme contenida y respetada. Me enseñó a observar mis reacciones y acciones, sin juzgarme ni criticarme, entendiendo como influyó mi historia y mi personalidad en mi patología de columna. Comprendí que hay un cuadro de base desde donde se desarrolla la patología ... que en mi caso podría ser que involucre la esfera inmunológica con cierta base reumática.

Soy más conciente de mis necesidades y de cómo hacerme cargo de ellas.

Mi columna vertebral paso, de ser una parte de mi cuerpo misteriosa y peligrosa, para ser algo conocida y familiar, hacia donde accedo sin miedos. Donde me animo a trabajarla y movilizarla sin prejuicios.

Encontré respuestas al porque y además respuestas al como recorrer un camino que básicamente apunte a mi calidad de vida, brindándome herramientas para trabajar en mi proceso.

En mi caso en particular, desde hace tres años no volví a padecer de cuadros de ciática. Cuando aparecen dolores lumbares, que en otro momento terminarían en cuadros de lumbalgias complicadas y largas, es como si mi organismo hubiese desarrollado nuevas regulaciones ... como si contara con nuevas informaciones para desarmar el cuadro y normalizarlo. Mi movilidad es normal, a tal punto que algunos se asombran cuando les cuento mi problema de columna. No tomo ningún tipo de antiinflamatorios.

Creo un deber aclarar, que esto no paso de la noche a la mañana, sino que fue parte de un proceso continuo y muy comprometido por mi parte.

Deseo expresar que si bien hago referencia a la discopatia en particular, las regulaciones logradas no se circunscriben a un ámbito zonal sino, como se explica en distintas partes de este trabajo, siempre vamos de lo general a lo particular, con lo cual mis regulaciones son de orden general e involucran tanto lo neuromuscular, lo neurovegetativo y lo psicológico.

En estos tres años de trabajo eutonico no solo no avanzo mi problema, recordemos que la artrosis es degenerativa, sino que por lo contrario en gran medida revirtió. No se si esto lo podrían demostrar las Rx y algunos estudios complementarios, que en algún momento haré, pero sí me lo demuestra la sintomatología que acompaña estos cuadros y mi calidad de vida actual.

Cuando aparece algún alumno con discopatias y patologías de columna, siento que haber pasado por este proceso, me ha habilitado canales de empatia, de entendimiento y conocimiento de lo que esta pasando ese individuo en este momento. Se de sus miedos porque han sido los míos. Se de sus dudas porque las he tenido. Se de la desesperanza de no encontrar respuestas porque las he vivido ... pero también se que hay un camino por recorrer que puede hacer la diferencia y creo saber como acompañarlo, como eutonista, en su propio proceso.

Parafraseando al titulo del libro “La enfermedad como camino”, en mi caso, la artrosis ha sido mi camino ... el cual recién empiezo a recorrer.

Conclusiones Finales:

En la introducción de este trabajo se comenta que los dolores de espalda son la causante más importante de inasistencia laboral. Cada día es más común escuchar a la gente, de todas las edades, quejarse de dolor en el cuello, hombros, cintura o cualquier otra parte de la espalda. Las enfermedades que antes se consideraban propia de la vejez, en el caso de este trabajo la artrosis, ahora afecta a gente joven y de mediana edad. La biomedicina, desde el lugar que ocupa en el sistema de salud, trata de paliar la sintomatología de una patología de la que no conoce la causa ni como detener su proceso degenerativo.

No se puede acceder, ni como profesional ni como paciente-alumno, a revertir un proceso que nos aleja de la salud que deseamos, si no tenemos una concepción holística del hombre.

Parte de este trabajo se basa en llegar a entender la unidad psicosomática que somos, donde lo emocional y corporal se retroalimenta, se modifica, se fusiona de manera indisoluble. Su mayor impronta se da en el **tono neuromuscular** que transmitimos no solo a través de nuestra postura y movimiento sino además a través de nuestra voz, nuestros gestos, nuestra mirada, nuestro toque, nuestro encuentro con los otros, con lo otro y con nosotros mismos.

Ese tono se alimenta de todo lo que fuimos y somos ... de nuestra historia, de nuestro presente, de los estímulos externos que continuamente recibe como así también de los estímulos internos y de la visión que tenemos de la vida y del mundo.

Ese tono interactúa desde lo neuromuscular con el sistema neurovegetativo y

psicológico por eso al perder la capacidad de fluctuar se produce una fijación tónica que implica al organismo mas allá del manto muscular. Estas fijaciones pueden ser locales o generales. Cuando perduran y se establecen de manera crónica el cuerpo comienza una serie de modificaciones que implican desde un desfase de los ejes óseos hasta retracciones musculares, complicaciones viscerales, circulatorias, etc. Sin dejar de mencionar el desgaste articular.

Las funciones de eliminación metabólica y regeneración se ven disminuidas. El organismo necesita para mantener cierto equilibrio funcional hacer el doble de esfuerzo, gastar el doble de energía y esto se paga con la calidad de vida que la persona empieza a perder. No es extraño que la fatiga crónica sea un cuadro tan común entre la gente. Se lucha contra el dolor con calmantes, miorelajantes y antiinflamatorios. Se lucha contra el cansancio con estimulantes. Se lucha contra la depresión con pastillas. Se lucha contra el insomnio con somníferos .Se lucha contra la soledad comiendo o muriéndonos de hambre Se lucha contra los efectos del stress con todo lo que tenemos a mano ... se lucha, se lucha y se lucha pero cada vez nos sentimos peor.

Basta ver los registros de los últimos años de las salas de urgencia de los hospitales para comprobar como ha aumentado las consultas por distintos problemas de salud ... y esto pasa a cualquier edad y en cualquier etapa de la vida.

Indiscutiblemente vivimos en una sociedad conflictiva pero esto no alcanza para consolarnos ni para evitar la responsabilidad que tenemos sobre nuestras vidas y nuestra salud.

Esta tesina a significado un doble rol para mi... la realice a través de mi experiencia profesional pero además a través de mi experiencia personal al tener esta patología en particular.

No concebía otra manera de narrar estas conclusiones finales que no fuera en primera persona ... porque parte de lo aquí narrado es mi historia.

La Eutonía a través de su propuesta integradora del ser humano se ofrece como una maravillosa disciplina que a través de un autoconocimiento conciente nos puede permitir acceder a ciertas regulaciones sobre el tono neuromuscular.

La Eutonía nos habilita en la búsqueda de nuestra propia identidad individual, social y espiritual.

El campo de acción de la Eutonía, que presento en este trabajo, no solo esta destinado a quien padece de esta patología osteoarticular sino también a quien sin tener el cuadro manifestado tiene un terreno apto para que ante cualquier estímulo superador se establezca... esta sería la función preventiva de la Eutonía.

Deseo aclarar, antes de finalizar, que no he tenido la intención de presentar la Eutonía como un reemplazo de la terapia biomédica tradicional sino como un complemento al tratamiento tradicional, ya que cada una en el rol que le corresponde, pueden llegar a establecer una diferencia positiva para quien la padece.

BIBLIOGRAFIA:

- *Capra, Fritjof; “El punto Crucial”- Editorial Estaciones-1982
- *Vishnivetz, Berta; “Eutonía – educación del cuerpo hacia el ser”-Paidos- 1996
- *Hemsey de Gainza, Violeta; “Conversaciones con Gerda Alexander”-Editorial Paidos-1983
- *Odessky, Alejandro G.; “Eutonia y Estrés”-Ed. Lugar-2003
- *Odessky, Alejandro G; “Tesina: Las dificultades en la adaptabilidad del tono neuromuscular y del sistema neurovegetativo, y su posible regulación”- 2000
- *Odessky, Alejandro G.; “Una visión eutónica del trastorno degenerativo lumbosacro”
- *Picard, Henry; “Como curar la artrosis”-Hispano Europea- 1985
- *Enciclopedia Familiar EVEREST de la salud- 2001
- *Jader Tolja y Speciani Francesca- “Pensar con el cuerpo”-Del nuevo extremo-2000
- *Alexander, Gerda- “La Eutonía-un camino hacia la experiencia total del ser” Paidos-1979
- *Mambreti G. y sherapin J.: La medicina patas arriba ¿Y si Hamer tenia razon? Ed.Obelisco 2002
- *Lowen, Alexander – “La depresión y el cuerpo”- Alianza Editorial-1972
- *Reich, W –“La función del orgasmo” 1975
- *Rolf, Ida P.-“Rolfing”-ED. Urano-1977
- *Loyber, L; “Funciones motoras del sistema nervioso”-UNITEC-1987
- *Murcia, Raymundo: Apuntes sobre psicomotricidad
- *Wallon, H- “Los orígenes del carácter del niño” -1954
- *WWW.institutferran.org/artrosis.htm
- *[WWW.Apuntes de Reumatología de la Universidad Católica de Chile](#)
- *[WWW.Academia Iberoamericana de Medicina Biológica y Odontostomatologica](#)

*WWW.Reumaonline.com.ar

*WWW.Ligareumatologica.org

*WWW.Zonamedica.com.ar

*www. Elwebdela espalda

*Joselovsky, Daniel – “Confesiones del cuerpo”

*Ajurriaguerra, J-“Manual de psiquiatría infantil-Ed.toray masson-1976

*Boscaini “Les Tonos”-Revista Evolucion Psychomotrices nº 19

*Piagett, “El nacimiento de la inteligencia en el niño” Ed. AGUILAR-1969

