EVALUACION DEL DOLOR
ACTITUD POSTURAL ALGICA Y ANTALGICA
de Ugo Morelli

El primer parámetro a considerar en el método de las 3 escuadras es la evaluación del dolor y de su causa. Tal evaluación será la base de la estrategia terapeútica que el terapista desarrollará en el curso del tratamiento . Se pueden distinguir dos estrategias terapeúticas completamente diferentes entre ellas. El sujeto tratado, en efecto puede presentarse con actitudes posturales, en referencia al dolor, completamente diferentes

1) **actitud postural antálgica** (el sujeto asume una postura que alivia o anula el dolor: corrigiendo tal postura el dolor aumenta)
2) **actitud postural álgica** (es la postura presente en el momento de la evaluación que provoca dolor: corrigiendo tal postura el dolor desaparece o se alivia)

1) **En la actitud postural antálgica**: el sujeto ha sufrido un trauma o un bloqueo articular o tiene una hernia discal, etc. El dolor se presenta agudo, a veces surge repentinamente y a menudo es incapacitante. La postura esta muy desequilibrada por un impulso álgico hegemónico respecto a los otros imperativos posturales; el único imperativo de tal postura será: posicionar el propio cuerpo de manera tal que el dolor se atenúe (Ejemplos mas evidentes:: las escoliosis antálgicas, las hernias discales lumbares o la clásica tortícolis)

En estos casos no se realizará ninguna evaluación postural
(la postura está desequilibrada a causa de un dolor y cada evaluación postural sería completamente falsa e inútil) , la causa del dolor no reside en la postura primaria del sujeto o en desequilibrios posturales, sino en un impulso doloroso que – cualquiera sea la causa – debe ser eliminado en el más breve tiempo posible.
Con estos sujetos se deberá realizar exclusivamente una evaluación de la causa que produce el dolor y se trabajará exclusivamente en la zona del dolor, con el objetivo de eliminar el dolor y entonces – una vez concluida la fase álgica – volver a colocar al sujeto en su postura fisiológica y primaria.
Hasta que se tenga un dolor con desequilibrio postural antálgico, sobre todo en fase aguda, el protocolo terapéutico del Método de las Tres Escuadras no prevé un tratamiento postural sino un tratamiento exclusivamente manual; que realiza una atenta evaluación de la zona del dolor y de aquella que este relacionada con dicha zona.
Sólo cuando el dolor haya desaparecido y la postura se haya reequilibrado, se realizará una evaluación global estática y dinámica para evaluar si algunos desequilibrios posturales han causado por ejemplo: una hernia o bloqueos articulares contínuos a nivel cervical o lumbar. Para concluir: nos parece evidente que con un sujeto con hernia discal lumbar, con fuerte dolor irradiado y con actitud antálgica para aliviar el dolor; más corrijamos su postura más aumentará el dolor. Se trabajará sobre la causa del dolor: la hernia, a través de una estrategia terapeútica específica. Una vez desaparecido el dolor y

reequilibrada la postura del sujeto, se realizará una evaluación postural para evidenciar las verdaderas causas de la hernia (salvo que no fuese traumática) y tratarlas- en este caso si – con un trabajo postural del fondo, que no debe ser realizado de ninguna manera en la fase aguda e hiperálgica.

2) **En la actitud postural álgica:** el paciente presenta un desequilibrio postural estático y una limitación dinámica en uno o más segmentos óseos. El dolor es a menudo crónico, no siempre incapacitante – excepto que en las fases avanzadas de la patología frecuentemente la de tipo muscular (pero también articular), reequilibrando su postura el dolor desaparece o se atenúa notablemente. Cómo puede ser que el sujeto asuma una actitud postural que produce dolor? Porque no se corrige automáticamente por el reflejo antálgico o por el reflejo antálgico a priori? Evidentemente el desequilibrio postural es causado por una rigidez muscular y/o articular anterior y/o primaria, lejos de la zona de su dolor, y el dolor aparece en la/las zona/s que compensan tal rigidez. Y entonces un dolor de compensación cuya causa reside en los músculos antagonistas (en referencia al dolor) o en sectores lejanos de la zona del dolor. Algunos ejemplos :

1) un dolor bilateral en los trapecios es – normalmente – causado por la intrarrotación – antepulsión de la cintura escapular, que está fijada por los músculos antagonistas respecto al trapecio-.Trabajar para relajar los trapecios no hará más que aumentar la intrarrotación – antepulsión de los hombros que son la verdadera causa del dolor en los trapecios.
2) Un apoyo plantar asimétrico, llevará a un desequilibrio postural ascendente el cual será compensado por varios segmentos óseos ubicados en la parte superior del pie. Tal desequilibrio llegará a desequilibrar el raquis cervical que con el tiempo desarrollará un dolor. Es evidente que la causa de tal dolor reside en el desequilibrio plantar y trabajar exclusivamente sobre la zona del dolor no producirá ningún beneficio duradero para el sujeto tratado

En caso de actitud postural álgica, el dolor es siempre un dolor de compensación La causa reside en una zona antagonista o lejana del dolor que es siempre hegemónica (al menos sobre un plano del espacio) respecto al dolor mismo. En este caso se realizará una evaluación postural global para individualizar la zona de desequilibrio primario. El tratamiento será exclusivamente postural y global, orientado a la zona de desequilibrio primario de la cual parte toda la cadena de compensaciones estáticas que son la verdadera causa del dolor para lo cual el sujeto ha venido. Nunca se deberá realizar un tratamiento exclusivamente sobre la zona del dolor.
Por último es importante recordar que, con el tiempo, una actitud antálgica, - si no es correcta- puede llevar al desarrollo de un dolor lejano, en otras palabras a la actitud postural álgica (como se evidencia en el esquema siguiente)

POSTURAL ALGICO
Evaluación Postural

La evaluacion postural desarrollada con el método de las Tres Escuadras tiene como objetivo :

1. Individualizar la zona de desequilibrio primario, o bien la zona desde la cual parte el impulso desequilibrante
2. Individualizar las causas de tal desequilibrio y del impulso desequilibrante que lo determina (cada uno en los límites de la posición)
3. Individualizar las zonas de compensación con referencia al desequilibrio primario.
4. Evaluar la postura con referencia al dolor (si la postura produce el dolor o por el contrario es antálgica)
5. Examinar al sujeto en la globalidad de las cadenas musculares tónicas que mantienen o producen el desequilibrio postural
6. Evidenciar dentro de las cadenas musculares tónicas, las zonas de rigidez primaria para adaptar los diferentes tratamientos a las características específicas de cada sujeto
7. Individualizar la Actitud Postural Primaria del sujeto, de modo de volverlo a llevar a su postura natural , una vez eliminado el impulso desequilibrante y de cualquier naturaleza que este sea (álgido, alteraciones de las sensibilidades, posturas incorrectas recurrentes, articulares, etc) Para tal fin la evaluación postural será realizada a través :

1. **EVALUACION POSTURAL ESTATICA**
   Evaluación estática sobre el plano sagital, frontal, horizontal
   Evaluación estática global

La evaluación estática deberá evidenciar, a través de un análisis global, los desequilibrios articulares en las diferentes posiciones estáticas – de pie, sentado, supino – por ejemplo una rodilla varo/valgo, un hombro más cefálico que el otro, una inclinación lateral del busto o del raquis cervical, un desequilibrio sobre el plano frontal de las crestas ilíacas, un apoyo plantar no simétrico, un aumento o disminución de las curvas raquideas, etc

Un desequilibrio articular en posición estática, cualquiera sea la causa – articular, antálgica, visceral, osteopática, etc se mantiene o se fija por un consecuente o en algunos casos (raros), antecedente, desequilibrio muscular tónico. A continuación del cual, normalmente, - sobretodo en el caso en el cual los segmentos óseos en desequilibrio estén activamente involucrados en el mantenimiento de las diferentes posturas – se desarrollarán compensaciones estáticas ascendentes y/o descendentes a partir de la zona primaria de desequilibrio.
Un desequilibrio postural que se evidencie en la evaluación estática del sujeto, indica una significativa causa primaria, que desequilibra los segmentos óseos y que necesita de una consecuente adaptación postural
El kinesiologo observa en la evaluación estática las zonas en desequilibrio estático (en particular el aumento de la lordosis o la disminución de la cifosis)

A esta evaluación le sigue la evaluación dinámica que evidenciará la zona primaria de desequilibrio (zona que permanece en lordosis e hipomovilidad articular, durante la evaluación dinámica) y las compensaciones estáticas y dinámicas que se desarrollan en relación al desequilibrio primario
Por ejemplo :

Una diminuzione della fisiologica lordosi dorsale, o la sua totale scomparsa, può essere imputata all'accorciamento tonico dei muscoli trasversi spinosi dorsali, che hanno un'azione lordosizzante delle vertebre in oggetto sul piano sagittale. Per contro può manifestarsi per compensare uno squilibrio statico della zona lombare o della zona cervicale o addirittura degli arti inferiori senza che vi sia una rigidità primaria significativa dei muscoli trasversi spinosi dorsali; ed infine può essere causata da un "blocco articolare" di una o più vertebre o da una postura antalgica. Esclusivamente attraverso la valutazione dinamica globale e specifica del rachide dorsale, si potrà stabilire la causa della diminuzione della cifosi dorsale in posizione eretta. Si farà flettere il tronco in avanti, sia dalla posizione in piedi che da quella seduta. Una ipomobilità delle vertebre dorsali, o di alcune di esse, ad effettuare un movimento di apertura posteriore cifotizzante, corrisponderà ad una causa primaria in tale zona, che potrà essere muscolare o articolare. Una mobilità normale delle vertebre dorsali, starà a significare che la loro posizione statica non corretta è un compenso posturale ad uno squilibrio statico ascendente o discendente. In tal caso, non occorrerà far assumere al soggetto delle posture di messa in tensione di tale zona –in quanto non ha perso alcuna elasticità- e sarà attraverso la valutazione globale dinamica e statica che si andrà ad individuare la zona di maggior ipomobilità che normalmente è la zona di squilibrio primario che determina la postura del soggetto.

Una disminución de la lordosis dorsal fisiológica, o su total desaparición, puede imputarse al acortamiento tónico de los músculos transversos espinosos dorsales, que tienen una acción lordotizante de las vértebras en objeto sobre el plano sagital. Contrariamente puede manifestarse para compensar un desequilibrio estático de la zona lumbar o de la zona cervical o incluso de los miembros inferiores sin que haya una rigidez primaria significativa de los músculos transversos espinosos dorsales, y finalmente puede ser causada por un " bloqueo articular " de una o más vértebras o de una postura antálgica. Exclusivamente a través de la evaluación dinámica global y específica del raquis dorsal, se podrá establecer la causa de la disminución de la cifosis dorsal en posición erecta. Se hará flexionar el tronco hacia delante, ya sea desde la posición de pie, como desde la posición sentado. Una hipomovilidad de las vértebras dorsales, o de algunas de esas, a realizar un movimiento de apertura posterior cifotizante, corresponderá a una causa primaria en tal zona, que podrá ser muscular o articular. Una movilidad normal de las vértebras dorsales, significará que su posición estática no correcta es una compensación postural a un desequilibrio estático ascendente o descendente. En tal caso, no sera necesario hacer adoptar al sujeto posturas de puesta en tensión de tal zona – ya que no ha perdido elasticidad – y será a través de la evaluación global dinámica y estática que se individualizará la zona de mayor

hipomovilidad que normalmente es la zona de desequilibrio primario que determina la postura del sujeto.

Es esto que sucede en los casos de escoliosis dorsal – la escoliosis es el ejemplo de desequilibrio y de compensaciones estáticas por excelencia, donde la curva primaria es más hipomóvil respecto a la curva secundaria de compensación. Por lo tanto, aun encontrando dos zonas de desequilibrio, el desequilibrio primario está en la zona con mayor rigidez.
La evaluación estática en los tres planos del espacio, por lo tanto deberá continuarse siempre con una evaluación dinámica, tanto a nivel global o segmentaria, para establecer la " verdadera causa " de un desequilibrio estático sobre uno o más planos del espacio

2. EVALUACION DINAMICA

Es indispensable para 3 casos :

1) **Establecer si la postura causa o compensa un dolor**
- **Actitud postura antálgica**: Posición asumida para no sentir el dolor, o bien: en posición correcta tengo una exacerbación del dolor - La evaluación postural no es necesaria, ni el trabajo sobre las cadenas musculares - El terapista debe tratar el dolor (Ej: Trabaja sobre la hernia cervical, desbloquea la sacro-ilíaca) Cuando el dolor ha sido eliminado, el terapista efectúa la evaluación postural para observar los desequilibrios posturales eventualmente fijados por la actitud postural antálgica precedente y si subsiste una causa postural que haya producido la patología.

- **Actitud Postural Algica :** el dolor denunciado por el paciente es provocado por un desequilibrio o patología previa, a veces subyacente y eliminada de la memoria del paciente, en otra zona.- Son necesarias la evaluación y la reeducación postural.
Ej.: *Paciente con dolor de pie Izq*. El terapista hace la evaluación postural y de la simetría de carga Der-Izq descubre que la carga es mayor sobre Izq. Es una actitud álgica producida por un trauma previo en el pie, o en el miembro inferior opuesto, que ha llevado a esta asimetría de carga. El terapista descubre que el paciente por ejemplo – años anteriores – tuvo un accidente con el consecuente trauma discursivo en la rodilla Der

 2) Establecer la zona primaria de desequilibrio y rigidez articular – cualquiera sea la causa

Un desequilibrio articular en posición estática erecta, de un segmento óseo sobre uno o más planos del espacio, de cualquier naturaleza que sea**,** y cualquiera sea la causa, normalmente tendrá alterada dinámicamente su excursión fisiológica articular
De un lado o sobre algunos planos del espacio se encontrará una hipomovilidad articular, del lado opuesto y/o sobre otros planos del espacio se encontrará una hipermovilidad articular.
Las zonas de hiper/hipomovilidad articular desarrollarán con el tiempo patologías articulares y musculares, y estados álgicos específicos y diferentes,

que en el curso de la Reeducación Postural serán tratados de manera totalmente distinta.
Un desequilibrio articular, sobre uno o más planos del espacio, evidenciado en la evaluación estática, como se ha dicho, podrá resultar un desequilibrio de compensación o un desequilibrio primario.

Esto dependerá esencialmente de la movilidad dinámica conservada de la zona de desequilibrio. Si la misma es " hipomóvil ", y su excursión articular es limitada sobre uno o más planos del espacio en referencia a su normal fisiología, la misma es normalmente una zona de desequilibrio primario. Contrariamente, en el caso de los test dinámicos , la zona de desequilibrio articular relevada en la evaluación estática se manifiesta con movilidad normal, tal desequilibrio es sin ninguna duda, un " desequilibrio de compensación "un desequilibrio , que es indispensable para el mantenimiento de una postura ergonómica, de la verticalidad de la cabeza y horizontalidad de la mirada, pero causado por un desequilibrio primario . En este caso exclusivamente corrigiendo el desequilibrio primario se tendrá un real y sustentable reequilibrio postural.
(Los desequilibrios que deberán estar evidenciados en el curso de la evaluación estática son principalmente las zonas de "adaptación estática ",es decir, aquellas zonas, que en el desarrollo de la especie humana han sufrido mayores variaciones posturales (que son principalmente las curvas lordóticas del raquis y de los miembros inferiores)

3) *Establecer si el desequilibrio es fijado y/o causado por un problema :*
A) Muscular b) Articular
La hipomovilidad articular puede demostrar dos patologías distintas :

A) ***En el caso de hipomovilidad articular fijada por una rigidez muscular,*** se encontrará en la evaluación dinámica de la articulación en examen, una disminución de la excursión articular completa opuesta a la acción del o de los músculos retraídos. Que puede variar según el estado de rigidez muscular. Excepto en los casos de un déficit patológico del músculo agonista – neurológico, inmobilidad, trauma, etc. – la hipomovilidad articular nunca es causada por un déficit funcional de la parte dinámica del músculo agonista, que tiene una acción opuesta a su antagonista tónico rígido y a la zona de hipermovilidad. El déficit funcional que se evidenciará en la limitación articular del lado de su acción, es causado normalmente por el acortamiento del músculo tónico antagonista sobre uno o más planos del espacio, que impide la normal excursión articular y crea la disminución de fuerza de los músculos dinámicos en objeto. Cada intervención terapeútica que tenderá a reforzar la musculatura dinámica en oposición a una rigidez muscular de las fibras tónicas antagonistas, no conducirá a ningún resultado sustentable en el tiempo. Exclusivamente a través de la puesta en tensión de las fibras tónicas rígidas, en el interior de las cadenas musculares tónicas, se podrá volver a una situación fisiológica de equilibrio tónico, en la articulación involucrada, y a la recuperación plena del completo funcionamiento articular

Cuanto más rígido sea un músculo, se tendrá una menor excursión fisiológica articular opuesta a su acción – *entonces la hipomovilidad* – y mayor será la

hipermovilidad articular del lado de su acción. El movimiento hipomóvil se detendrá gradualmente y el músculo rígido tenderá a llevar – del lado del movimiento articular opuesto a su acción – los otros segmentos óseos donde se insertan sus fibras distales o proximales respecto a la articulación hipomóvil. Ejemplo: una limitación a la lateroflexión del raquis cervical hacia Izq, se notará que el movimiento de lateroflexión Izq se detiene gradualmente y en el momento en el cual el trapecio superior Der - que limita el movimiento de lateroflexión Izq- llega al límite de su capacidad elástica, el hombro Der- es decir su otro punto de inserción – será arrastrado hacia el raquis cervical, es decir hacia Izq.

A) **En el caso de hipomovilidad causada por un bloqueo articular (osteopática, artrósica, etc.)** haciendo el mismo ejemplo descripto precedentemente, el movimiento de lateroflexión del raquis cervical hacia Ix, se detendrá de golpe, bruscamente, y el raquis, no puede – aun forzando – sobrepasar los grados de lateroflexión alcanzados.El movimiento entonces se bloquea antes que sean puestas en tensión las fibras musculares tónicas que controlan el movimiento de lateroflexión hacia Ix, y el hombro Dx no efectúa ninguna elevación compensatoria.
Los test de evaluación dinámica, serán primeramente globales, para establecer la zona o a veces las zonas de rigidez primaria, y a continuación específicos en le zona de hipomovilidad para establecer si la causa es articular o muscular, y finalmente a través de test profundos, se establecerá la causa específica de la hipomovilidad. Esto es decisivo a fin de establecer una estrategia terapeútica que considere todas las causas posibles de un desequilibrio postural. Si es causado o fijado por una rigidez muscular, el protocolo terapéutico estará orientado a obtener un lento y progresivo alargamiento muscular a través de las diferentes posturas de “Puesta en Tensión “.

Si el desequilibrio postural es causado por un bloqueo articular, no es el músculo la causa de la hipomovilidad, la misma está determinada por factores mecánicos articulares o, en caso de disfunción de micromovimiento osteopático, del sistema facial y ligamentoso. En estos casos los músculos tienden exclusivamente a fijar el desequilibrio y no a producirlo, entonces se aplicará una estrategia terapeútica destinada a articulaciones específicas.
Se podrá intervenir con micromovimientos articulares, con pompages faciales, con trabajo muscular de distensión y relajamiento para decoactar la articulación en “ bloque “ etc. es decir, con todo lo que permita intervenir específicamente en articulaciones bloqueadas.

Hipomovilidad articular en una visión global
Una hipomovilidad articular, de la naturaleza que sea – artrósica, antálgica, osteopatica, muscular- viene normalmente compensada dinámicamente, por una hipermovilidad articular de las articulaciones sobresalientes y/o inferiores y en otros planos del espacio de las articulaciones hipomóviles. Sucede que normalmente se verifican a continuación operaciones de artrodesis lumbar: la primera vértebra libre que ha mantenido intacta sus capacidades articulares, será hipersolicitada e hipermóvil, por lo cual tenderá a compensar bloqueos vertebrales inferiores o sobresalientes.

Una rigidez del músculo sóleo, creará una hipomovilidad en la flexión tibio-társica durante la deambulación, que será compensada por un recurvatum a nivel de la rodilla, entonces en este caso una hipomovilidad en flexión a nivel distal del segmento, es compensada por una hipermovilidad en extensión a nivel proximal.
Una sacralización de L5-S1, es compensada por una hipermovilidad de L4 y a veces de L3
La excursión articular del raquis en los diferentes planos del espacio, es un conjunto de micromovimientos de las diferentes articulaciones vertebrales, la disminución de las capacidades articulares de una o más vértebras, en cualquier zona del raquis, estará siempre compensada por una hipersolicitación y por una hipermovilidad sobre los segmentos vertebrales sobresalientes e inferiores de la zona de hipomovilidad
Globalmente los mecanismos articulares de todas las articulaciones tenderán a compensar con una hipersolicitación articular que se mantiene en el interior de las propias capacidades articulares pero en situación de stress, las zonas de limitación articular e hipomovilidad, para mantener, en la medida de lo posible y del mejor modo posible, la funcionalidad dinámica del conjunto