

# ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL



**Boletín Digital nº 1 – 2007**  
**España**

## Boletín Digital nº 1 - 2007

### Editor Responsable

Asociación Española de  
Reeducación Postural Global

### Dirección

Avda. Ametzagaña nº 15  
20012 Donostia-San Sebastián

Teléfono: 902.103.126

Email: [asociacion@rpg.org.es](mailto:asociacion@rpg.org.es)

Web Site: [www.rpg.org.es](http://www.rpg.org.es)

### Junta Directiva

Presidente: Garikoitz Aristegui  
Vicepresidente: Pilar Velasco  
Secretario: Rubén Fernández  
Tesorero: Inmaculada Marrodán

Vocales:

Iñaki Pastor  
Marta Prieto  
Leire Merino  
Maite Gómez  
Israel Jiménez  
Victor Sanchez  
Montserrat Palacín  
Amaloha Casanova  
Juan Antonio Tejedor  
César Fernández de las Peñas

## Indice

Editorial

3

Cuando el interrogatorio nos aleja de las causas  
Mario E. Korell (Argentina)

5

Necesidad de tomas proximales en las contracciones excéntricas  
Iñaki Pastor (España)

8

Resultados de Tratamiento de una Hernia Discal Cervical  
Julieta Rubinetti (Argentina)

13

Congreso de Madeira  
Iñaki Pastor (España)

18

Programa Congreso de Madeira

19

## Editorial

Es un orgullo para mi, como presidente de la Asociación Española de Reeducción Postural Global, poder presentar el primer número del Boletín Digital del 2007.

Gracias al esfuerzo de todos los RPGistas podemos contar hoy con este Boletín y está ahora en nuestras manos para compartir aquello que nos une: el Entusiasmo por la RPG.

La RPG lleva empapándonos de su virtud desde hace muchos años. Día a día avanza y crece.

Y si no queremos desaparecer debemos evolucionar, generar cambios que beneficien y lleven a un desarrollo del Método acorde a los tiempos que vivimos y a las demandas y necesidades de nuestros pacientes, que son al fin y al cabo los que precisan los grandiosos beneficios desarrollados por Philippe E. Souchard.

Son cada día más las personas que conocen la RPG, más los pacientes que buscan ser atendidos por un RPGista, más los Médicos que nos solicitan para la derivación de sus pacientes, más los medios de comunicación que nos piden una entrevista o un artículo del Método, más las Investigaciones que respaldan nuestro trabajo y más los Fisioterapeutas que quieren formarse en la RPG.

Por todo ello, el Boletín Digital nace con la intención de ser un aporte a tanta demanda. Queremos colaborar con Asociaciones de RPG de otros países: Italia, Brasil, Argentina, Portugal, Suiza, Bélgica, Canadá, Francia, y muchos más que cada día se unen a nuestra gran familia de RPG. Gracias a estos boletines podemos intercambiar nuestras experiencias, nuestros casos, nuestras dudas.

Nuestra asociación pretende:

Colaborar con los pacientes para ayudarles a encontrar un RPGista cerca de su domicilio.

Colaborar con los organizadores.

Colaborar con Philippe para comunicarnos sus actualizaciones.

Y para algunas de estas cuestiones, un boletín como este constituye una gran ayuda.



La importancia de la escritura es conocida por todos. Necesitamos escribir, necesitamos dar a conocer nuestros tratamientos, necesitamos abrir las puertas de la RPG, expandirla y para ello es necesario que todos colaboremos, cada uno desde su lugar, aportando aquello que pueda aunque le parezca poco.

Está en nuestras manos el poder elegir qué queremos que sea la RPG dentro de 30 años. Qué tipo de RPG deberá ser. Qué alcance tendrá.

Ninguno de nosotros puede imaginar hasta dónde puede llegar la RPG si trabajamos conjuntamente. Llegará allí donde nosotros queramos e incluso un poco más lejos.

Aquí está el número 1 del Boletín Digital del 2007 de la AERPG para todos aquellos que queráis publicar vuestros casos clínicos, vuestras dudas y vuestros artículos.

Aquí estará para todos aquellos que creemos en este Método, en su evolución y crecimiento.

Aquí estará para todos aquellos que vivimos con entusiasmo la Reeducción Postural Global.

Gracias a todos por todo.

*Garikoitz Aristegui*  
*Presidente de la Asociación Española de RPG*



**Indice**

# Cuando el interrogatorio nos aleja de las causas

Lic. Mario E. Korell

[mekorell@rpg.org.ar](mailto:mekorell@rpg.org.ar)

[www.rpg.org.ar/korell](http://www.rpg.org.ar/korell)

Es frecuente en RPG tener que abordar cuadros sintomáticos que afectan al sistema músculo–esquelético. Estos cuadros que responden a un proceso funcional, y tienen como sustento una alteración biomecánica, suelen presentar dificultades en su abordaje. Una de las dificultades es lograr una correcta interpretación de las causas que justifican el cuadro, ya sea por la complejidad del fenómeno en sí mismo y/o por la dificultad para observarlo e interpretarlo. Esto último en gran parte debido a la falta de elementos de diagnóstico, que permitan mostrar los aspectos micro y macroscópicos del funcionamiento biomecánico dentro de una visión global. En este contexto la exploración clínica kinésica, se convierte en una herramienta importante para la interpretación de la situación que motiva la consulta. En la exploración clínica, habitualmente el síntoma se convierte en el elemento central, pues es el disparador de la consulta y la eliminación o disminución se convierte en el principal interés del paciente, incluso el terapeuta suele ponerlo como objetivo substancial de la terapéutica. Dentro de este esquema, el interrogatorio es parte fundamental del abordaje. La referencia que el paciente hace del síntoma, si bien una expresión subjetiva, es un elemento importante para poder comprender como y cuanto ese problema lo afecta, pero debemos tener cuidado con la interpretación que hacemos. Si sólo analizamos el síntoma en sí mismo, y lo identificamos como, EL PROBLEMA, corremos el riesgo de tener una visión atomizada del ser humano; en la cual lo importante está en el lugar de referencia actual y es en él en donde tengo que actuar para intentar resolver el cuadro.

Analizar un síntoma en forma desconectada de la experiencia vivida por quien lo padece, como si ese síntoma no tuviese relación con la historia corporal de la persona; es común en la práctica profesional en salud y puede alejarnos de las razones que le dieron origen y puede conducir nuestra terapéutica en una dirección equivocada o por lo menos poco efectiva. Incluso en el caso que se logre suprimir el síntoma actual, por el abordaje local en el lugar de referencia, habremos perdido la posibilidad de comprender el fenómeno de una manera más integradora y las chances de recidiva serán mayores, pues todavía subyace el factor que lo generó.

Para modificar esta visión parcializada, e intentar un tratamiento que respete la integridad corporal del paciente; debemos tener en cuenta que el síntoma actual, si bien importante y como ya dijimos, muchas veces el principal motivo de consulta; resulta secundario a fenómenos previos dentro de la historia de ese individuo. Por lo tanto debemos tratar de determinar si esto que hoy la persona nos refiere como su problema, guarda relación con alguna situación previa ya suprimida por los mecanismos automáticos de defensa<sup>[1]</sup>. Philippe Souchart definió esta situación con el nombre de “Los efectos permanentes y las causas desvanecidas”, en donde hace referencia cómo un proceso primario genera un síntoma y esta situación de displacer pone en marcha los mecanismos de defensa, los cuales dependiendo de su eficacia y de la magnitud del problema, logran suprimir ese síntoma mediante fenómenos compensatorios corporales.

---

[1] Para ampliar este tema puede consultarse “El protocolo del embudo” autor P. Souchart, Boletín N° 4 año 1999 Asociación Argentina de RPG. Disponible en [www.rpg.org.ar](http://www.rpg.org.ar)



# Cuando el interrogatorio nos aleja de las causas

Lic. Mario E. Korell

[mekorell@rpg.org.ar](mailto:mekorell@rpg.org.ar)

[www.rpg.org.ar/korell](http://www.rpg.org.ar/korell)

De esta manera el cuerpo logra evitar una situación de displacer mediante una modificación morfológica, un cambio en la postura, la cual si el problema de fondo persiste o los mecanismos de defensa no pueden desestructurarse una vez finalizado el episodio inicial, pasará a ser la nueva situación de normalidad para el esquema corporal de esa persona. Podemos definir esta nueva organización corporal como normalidad compensatoria, en donde el sistema es incapaz de reconocer dicha situación como una reacción ante la agresión. De esta manera el individuo continúa funcionando bajo su nueva organización corporal, sin poder asociarla al síntoma que le dio origen.

En un sistema funcionalmente interdependiente como el cuerpo humano, la modificación del funcionamiento de una de las partes trae aparejado un cambio en el funcionamiento de todo el sistema; solo es cuestión de tiempo y un suceso para que un nuevo síntoma aparezca.

El alcance de esta perturbación, está en relación con:

- La magnitud del fenómeno
- Con la importancia de la función que está en juego y la efectividad de los mecanismos de defensa
- Con la capacidad de adaptación corporal en el todo y cada una de las partes

Si el nuevo síntoma se encuentra en la misma zona que el anterior, el interrogatorio nos guiará perfectamente y tendrá valor aquello que el paciente refiera como antecedente.

Pero, si por el contrario, el síntoma se desplazó por causa del funcionamiento dentro de la normalidad compensatoria, el interrogatorio no nos arrojará ninguna pista sobre los antecedentes del cuadro, suprimidos por los mecanismos de defensa. En tal situación en la mayoría de los casos la persona es incapaz de relacionar los dos fenómenos sintomáticos alejados temporo- espacialmente.

El interrogatorio deja aquí de tener tanta importancia y es necesario contar con elementos de diagnóstico clínico que permitan desde el síntoma y la situación morfológica actual, tratar de identificar si existió un proceso patológico previo que le diera origen. En RPG contamos para resolver esta situación con dos herramientas, la Reequilibración y la puesta en tensión que se realiza en la postura de trabajo. Por medio de estas, podremos reconstruir las Cadenas Lesionales. El concepto de Cadena Lesional si bien se basa en el de Cadenas Musculares, intenta determinar el camino de los mecanismos compensadores. Una cadena lesional no siempre coincide o respeta la totalidad de una cadena muscular, y tiene una organización absolutamente individual, no solo en esa persona, sino también dentro de ese cuadro. Esa organización se establece por la acción de los mecanismos de defensa, con el objetivo de evitar el síntoma, y lo hace sobre el patrón morfológico preexistente y las actividades que lo desencadenan. El concepto de Cadena Lesional permite aplicar un tratamiento que respete las características de interrelación e interdependencia entre dos fenómenos, el primario ya suprimido y el secundario que motivó la consulta y que en un principio parecen no tener vínculo alguno.



# Cuando el interrogatorio nos aleja de las causas

Lic. Mario E. Korell

[mekorell@rpg.org.ar](mailto:mekorell@rpg.org.ar)

[www.rpg.org.ar/korell](http://www.rpg.org.ar/korell)

La Reequilibración, es definida por P. Souchard como “Interrogar al cuerpo acerca de lo que le ocurre”. Es la cuarta etapa en el sistema de evaluación del método, y la más difícil de realizar. Consiste en relacionar el síntoma con aquellos aspectos morfológicos que escapan del esquema ideal de organización corporal. Se lleva a cabo mediante maniobras que intentan corregir las alteraciones y determinar si esto produce un cambio en la sintomatología además de observar las compensaciones que se producen por esa corrección, o la aparición de un nuevo síntoma que el paciente puede o no reconocer. La Reequilibración se realiza en las cuatro posiciones básicas de evaluación: de pie con los brazos juntos, de pie con los brazos elevados, sentado con los brazos juntos y sentado con los brazos elevados; las cuales se relacionan con las posturas de tratamiento. Esto permite escoger la postura más adecuada para iniciar el tratamiento.

La puesta en tensión terapéutica, se realiza dentro de la postura de trabajo y consiste en aplicar tensión mecánica dosificada al sistema músculo-aponeurótico del paciente por medio de la tracción manual; al mismo tiempo que se realiza la corrección morfológica de la zona donde se está actuando. Esto permite poner en evidencia la conexión entre esa zona y otra parte del sistema por la aparición de una compensación, y nos muestra el camino de la cadena lesional. La posibilidad de interpretar el cuadro no solamente desde el aspecto local del síntoma y poder llegar a una comprensión de la situación en el contexto del sistema músculo-esquelético, depende de la sutileza y precisión del proceso diagnóstico, y de la mirada bajo la cual se analice el problema. Para ello es imprescindible que dicho análisis funcional se haga en el marco de la globalidad y la interdependencia de cada una de las partes del sistema observado. En última instancia bajo el concepto de Campo Cerrado<sup>[1]</sup>.

Esto nos debe hacer reflexionar sobre el abordaje de los síntomas; es comprensible la necesidad que sentimos como terapeutas, de suprimir el dolor del paciente, pero tenemos que prestar atención de no eliminar con ello la única forma de acceder a desenmascarar un fenómeno mucho más complejo instaurado por los mecanismos de defensa y basado en el concepto de globalidad.



Indice

---

[1] P. Souchard; Reeducción Postural Global, Método del Campo Cerrado, Traducción al castellano por Instituto de Terapias Globales, Bilbao 1981.

## NECESIDAD DE TOMAS PROXIMALES EN LAS CONTRACCIONES EXCÉNTRICAS. SU APLICACIÓN A MIEMBROS INFERIORES. (I Parte)

Iñaki Pastor (España)

La solicitud de las insistencias de un trabajo excéntrico del músculo nudo, o del músculo que mantiene la patología como un candado, es un ejercicio constante en las sesiones de RPG. Su indicación suele ser quitar el dolor, o aumentar la eficacia del estiramiento o la corrección. Normalmente estas contracciones vienen acompañadas de descompresión articular, con ello aumentamos la excentricidad del trabajo muscular e impedimos que la contracción muscular pueda comprimir aun más la articulación. Esta descompresión es especialmente necesaria cuando nos enfrentamos a la labor de eliminar el dolor y como medida de prevención cuando el paciente no es capaz de hacer una contracción pequeña de 200gr. De hecho cuanto más fuerza realiza la compresión es mayor y la descompresión es más necesaria. Todo esto es algo que todos conocemos desde la formación de base.

El aspecto en que me gustaría cuestionar y profundizar es el lugar en el que se ponen las manos para resistir el movimiento y ofrecer, cuando es necesaria, la descompresión. Normalmente no es un aspecto que se cuide mucho. De hecho, ante un dolor en la cadera en una rana al suelo durante la primera parte de insistencia en aductores pubianos, apoyamos las manos en los muslos o en rodillas y pedimos la contracción a cerrar. Por supuesto, al final del suspiro (en apnea) y con corrección pélvica. Como vemos en la imagen siguiente.



Fig. 1a





## NECESIDAD DE TOMAS PROXIMALES EN LAS CONTRACCIONES EXCÉNTRICAS. SU APLICACIÓN A MIEMBROS INFERIORES. (I Parte)

## Iñaki Pastor (España)

Esta foto muestra una maniobra conocida. Con la mano izquierda fijamos la pelvis para evitar las torsiones, pudiendo insistir el iliaco ipsi o contralateral. La mano derecha se presenta en la parte inferior del muslo sobre la cara interna con un interés de tracción para descomprimir. Se puede apreciar el pulgar y el índice en prensión y un apoyo contra el tórax para aumentar la capacidad de tracción. No parece mala toma en principio. De hecho la fijación en el interior del muslo nos da un brazo de palanca envidiable.

Pero tiene una posible falla. Un posible defecto biomecánico, la contracción de los aductores sobre la extremidad distal puede crear un aumento de compresión proximal en la articulación de la cadera. Una hiperpresión en el cótilo.

La contracción de los aductores va a provocar una aducción sobre todo lo que no esté fijado y la articulación no se encuentra fijada en esta toma. Por otro lado hemos de recordar que el cuello femoral hace que la descompresión de la cadera no sea longitudinal al fémur sino transversal.

Este pequeño problema en un caso en el que no haya una patología articular severa y nos encontremos simplemente ante una retracción de aductores puede no ser significativo. Pero si existe compresión o patología articular previa debida a la cadena anterointerna (psoas y aductores), ya podemos intuir que será en coaptación directa y anterorización de la cabeza del fémur. En este caso hemos de ofrecer una maniobra más cuidadosa donde podamos descomprimir y corregir articularmente al mismo tiempo que ganamos sobre los aductores en excéntrico. Una opción sería la siguiente (foto 3).

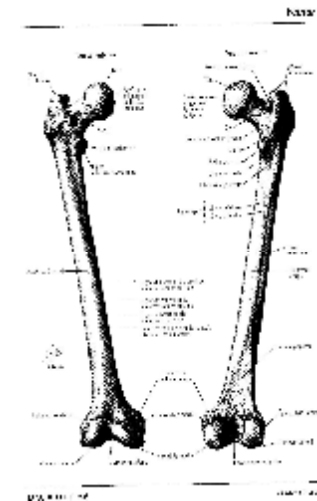


Fig. 3

Fig. 1b



Fig. 2



## NECESIDAD DE TOMAS PROXIMALES EN LAS CONTRACCIONES EXCÉNTRICAS. SU APLICACIÓN A MIEMBROS INFERIORES. (I Parte)

Iñaki Pastor (España)

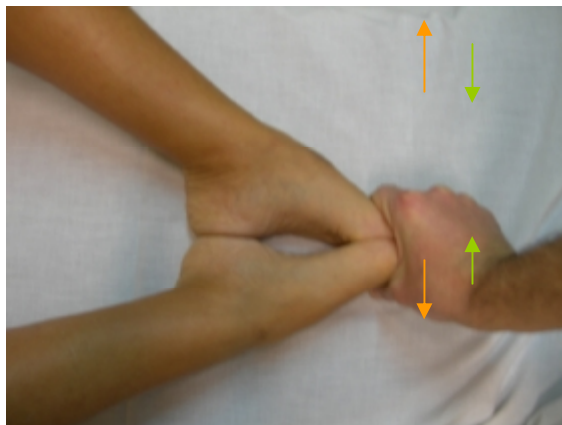
En este caso la fijación es más proximal y la descompresión más transversa. Vemos la flecha verde más grande porque ganamos en la decoaptación con un trabajo articular más fino. La contracción de los aductores en este caso no sólo no provocan la compresión sino que además conseguimos la misma corrección articular. El codo derecho está ampliando el brazo de palanca y la mano izquierda puede fijar cualquiera de las alas iliacas o situarse como en la foto 2, fijando toda la pelvis. El resultado es un alivio del dolor de la cadera mucho más rápido y más efectividad articular.

Lo mismo sería aplicable a todas las fijaciones y tomas en las sollicitaciones de trabajo excéntrico. Haremos un repaso de las insistencias más habituales para distintos grupos musculares y distintas articulaciones.

### Tibial Anterior

En el segundo tiempo de la rana al suelo, podemos ejercer un trabajo más eficaz sobre el tibial anterior. En este momento podemos apreciar las compensaciones más frecuentes fruto del acortamiento del tibial anterior: cierre en aducción de cadera, separación de los pies, apertura en libro de los pies, etc. En este momento podemos solicitar la contracción del tibial anterior manteniendo las correcciones. El trabajo habitual que suele verse es el siguiente.

Fig. 4



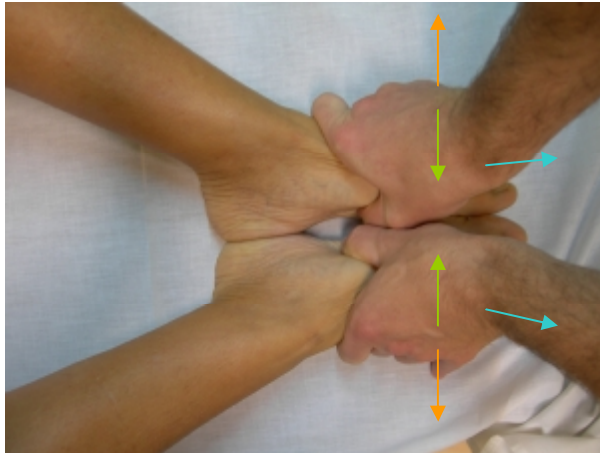
Fijando el extremo de los pies pedimos que separe las puntas. Este trabajo presenta una duda razonable sobre la acción del tibial anterior sobre la primera cuña, donde se inserta. La acción del tibial anterior, al situar la resistencia más distal a su inserción va a tender a levantar la primera cuña deslizándola sobre el primer meta. Un milímetro de ascenso de la cuña perjudica el trabajo excéntrico. La duda se refuerza cuando una de las patologías articulares más típicas en el pie es la rigidificación del arco interno por la situación es ascenso de la primera cuña, debido a la retracción del tibial anterior.

## NECESIDAD DE TOMAS PROXIMALES EN LAS CONTRACCIONES EXCÉNTRICAS. SU APLICACIÓN A MIEMBROS INFERIORES. (I Parte)

Iñaki Pastor (España)

Una toma más interesante sería fijar justo la inserción del tibial anterior e insistir en descender la cuña. (Previamente se puede explorar el bloqueo articular del arco interno). Tenemos para ello la toma siguiente.

Fig 5



En ella las fijaciones son más próximas, pudiendo elegir el lugar de fijación: primera cuña o escafoides. Además hay una ligera decoaptación mostrada en la flecha azul. Realizando junto a la contracción un trabajo articular. Se puede realizar sólo sobre un pie en decoaptación mayor, aplicando las dos manos sobre un solo pie.

### Psoas

La sollicitación del psoas llega en el último tiempo de la rana al suelo. Allí se suele intentar ganar en la extensión de cadera con una toma al final del muslo. Es habitual esta toma porque hay mejor brazo de palanca para hacer frente a la contracción de un músculo tan potente. Vemos en la foto 6 la opción bilateral y en la foto 7 la opción unilateral con mejor control de las compensaciones del iliaco en anteversión.

Pero la toma distal a la zona de inserción tiene el peligro de producir una anteriorización de la cabeza del fémur, una lesión articular por otra parte habitual según Sohier. La distancia entre el punto de inserción del músculo y la toma de resistencia corre siempre estos riesgos.

# NECESIDAD DE TOMAS PROXIMALES EN LAS CONTRACCIONES EXCÉNTRICAS. SU APLICACIÓN A MIEMBROS INFERIORES. (I Parte)

Iñaki Pastor (España)

Fig. 6



Fig. 7



A cambio, propongo la siguiente.

Fig. 8



Continuará....



Indice

# RESULTADO DE TRATAMIENTO

**Terapeuta: Lic. Julieta Rubinetti**

**Paciente:** Cl.D.R

**Edad del paciente:** 45 años

**Sexo:** masculino

**Fecha de inicio:** 20/04/1998

**Fecha de finalización:** 14/12/1998

**Profesión:** Ingeniero

**Diagnóstico:** Protrusión de Disco Cervical posterolateral izquierda de C5-C6

**Total de sesiones:** 37

**Descripción del cuadro clínico:** el paciente consulta el día 20 de abril de 1998 por un fuerte dolor cervical con irradiación hacia el brazo izquierdo que se extiende hasta el antebrazo. Dolor irradiado hacia el músculo angular del omoplato izquierdo.

Dolor e imposibilidad de realizar movimientos con el cuello, principalmente de extensión y giro con inclinación hacia la izquierda. Se presenta con un "Jesús" a derecha.

El dolor va aumentando a medida que transcurren las horas del día y disminuye con el decúbito. Aún así el paciente tenía muchas dificultades para dormir, no podía dormir en decúbito ventral por causa del dolor, su posición preferida para el descanso.

La sintomatología se inicia después de un trauma deportivo. Durante un partido de fútbol el paciente se elevó para cabecear una pelota y un adversario cayo sobre su hombro y su cabeza.

El paciente estaba medicado por su médico, con analgésicos y antiinflamatorios.

El tratamiento médico sugerido era la cirugía.

El paciente fue encaminado para el tratamiento de RPG. Teníamos un diálogo permanente con el Neurocirujano, para poder informarlo de la evolución del cuadro.



# RESULTADO DE TRATAMIENTO

**Terapeuta: Lic. Julieta Rubinetti**

## **Tratamiento:**

Iniciamos el tratamiento el día 20 de abril de 1998. Durante el mes de Abril y Mayo fueron realizadas dos sesiones semanales, un total de 11 sesiones.

El paciente fue mejorando a cada sesión, en la séptima (7), vuelve a manejar su coche, en la 13a vuelve a dormir decúbito ventral por primera vez.

Ante la mejora de la sintomatología pasamos a una sesión semanal a partir del día 9 de junio, 14ta sesión.

En la sesión numero 17, día 29 de junio el paciente prácticamente no tenía mas sintomatología.

Trabajamos principalmente en Apertura de ángulo coxofemoral, utilizando la postura de Rana al Piso. Los motivos para esta elección se basaron en el cuadro de evaluación. Su Morfología era predominantemente anterior, el Interrogatorio, teniendo en cuenta el momento actual y la situación de la lesión que fue en apertura de ángulo coxofemoral; en el Examen local de la Retracción, importante inversión cervical a nivel de la lesión (protrusion C5-C6) y en la Reequilibración, el dolor mas importante era en la línea 1, a pesar evidentemente que presentaba dolor en todas las familias de posturas, por lo cual mas adelante también se trabajó en Rana al Aire y se trabajaron también posturas de brazos en abduccion.

En las primeras sesiones, muy cualitativas, por la presencia de dolor muy importante, eran necesarias mas de 20 cuñas de 0,5 cm abajo del occipital . para permitir el decúbito sin dolor.

El objetivo terapéutico era el de “abrir, para después cerrar” (Ph.Souchard), lo que se traduce en una importante decoaptación, “150” % de tracción axial”,exagerando, para obtener el espacio para poder “cerrar”, o sea relordosar, buscar la extensión ,que era inicialmente el movimiento mas limitado.

Insistencia en el tiempo 1 de la respiración (respiración paradoxal), traccionando de los músculos escalenos, ecom, con la intención de “aspirar” (Ph. Souchard) la región medio cervical, y en el tiempo 2 que también tenía un efecto lordosante sobre la región cervical al traccionar sobre el diafragma y sistema suspensor.. La mínima insistencia sobre la respiración ocasionaba dolor e irradiación, con lo cual la dosificación y el aumento de la tracción axial eran fundamentales. Una compensación evidente era la posteroflexión del cráneo, evidenciada por la elevación del mentón a cada intento de relordosar la región cervical a nivel de la protrusión. Compensación que el paciente utilizaba ya en su cotidiano para poder mantener la hegemonía de la horizontalidad de la mirada, podemos observar en la radiografía de perfil, la adaptación del raquis cervical superior, principalmente de C1, haciendo la extensión que era imposible en el raquis cervical inferior, principalmente a nivel de C5-C6. Continuamos las sesiones hasta el mes de diciembre ya que fueron surgiendo nuevos objetivos de tratamiento. Quisiera destacar el compromiso, la colaboración del paciente y posteriormente el entusiasmo y confianza con el tratamiento. El paciente retomó su actividad deportiva, fútbol, bicicleta, corridas sin problemas.

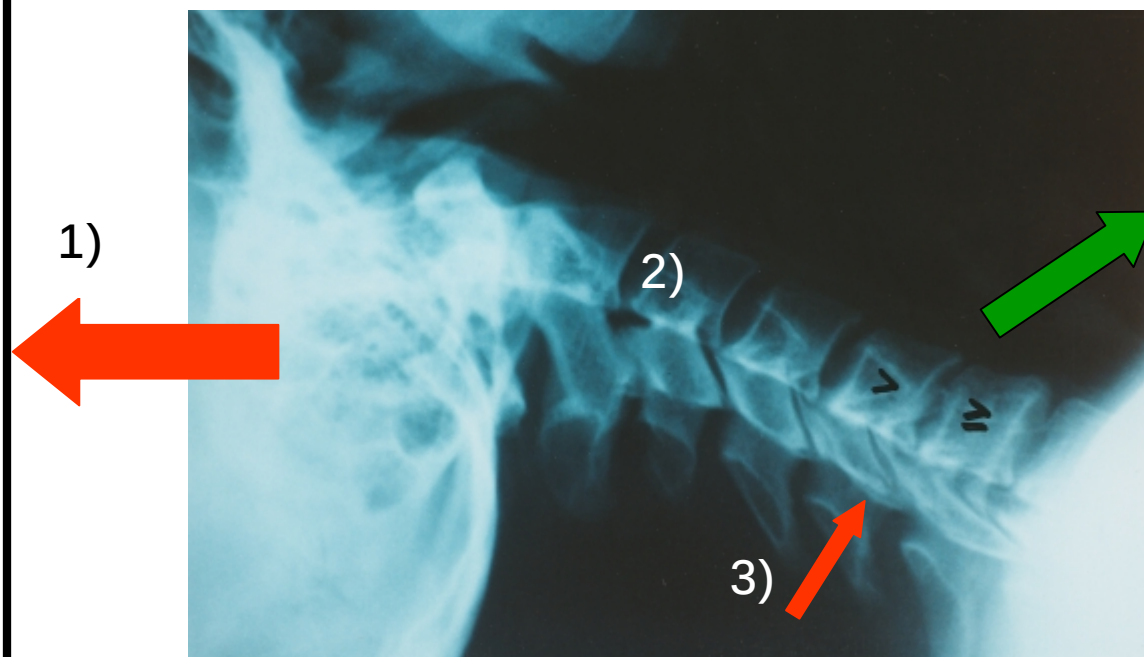


## RESULTADO DE TRATAMIENTO

Terapeuta: Lic. Julieta Rubinetti

Tratamiento de la Hernia  
"Abrir para Cerrar"

- 1) "150 % de tracción axial"
- 2) "Aspirar" la región cervical por medio del T1

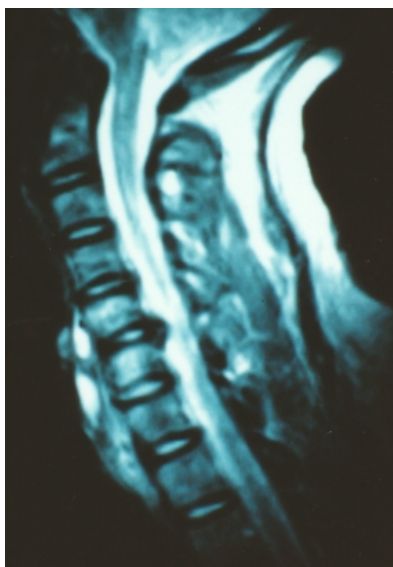


- 3) En globalidad, en absoluta decoaptación, guiar con el dedo, reentrando la hernia, relordosando.

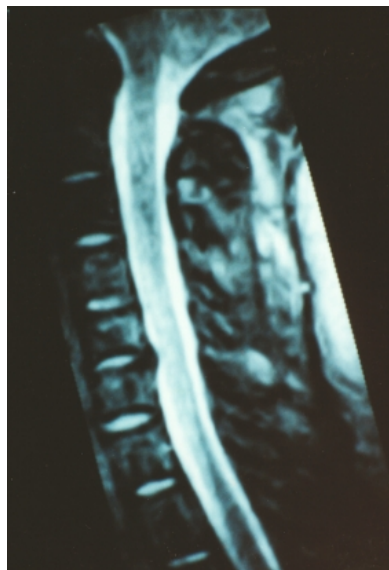
( Ph.Souchard)



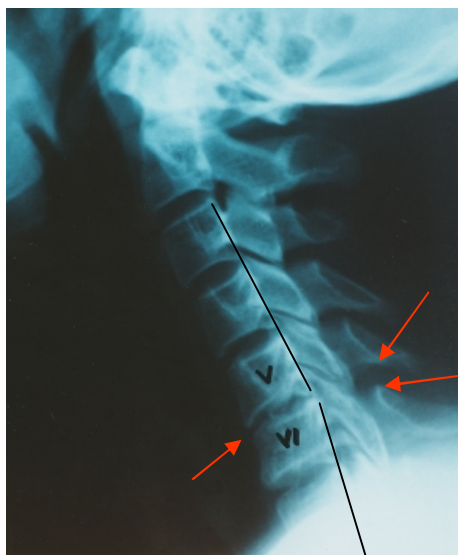




Abril 1998



Diciembre 1998



Abril 1998



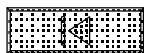
Diciembre 1998



Abril 1998



Diciembre 1998



Indice

# Congreso de Madeira

Iñaki Pastor (España)

Queridos compañeros/as y amigos/as de la RPG:

Me dirijo a vosotros para presentaros en nombre de la Asociación Española de RPG, el VI CONGRESO INTERNACIONAL DE RPG que tendrá lugar en Madeira del viernes 27 al domingo 29 de junio del 2008.

Una de las cosas que más me fascinan de la RPG es el carácter internacional con que se vive el método. He estado presente en varios congresos es increíble como es posible que gente de tantos países hablemos el mismo idioma en la forma de entender el ser humano y en la forma de trabajar con las manos para ayudarlo.

El año que viene todos tenemos la oportunidad de actualizar nuestros conocimientos en RPG, conocer las investigaciones científicas que se están desarrollando sobre la RPG en el mundo, encontrar buena gente, compartir experiencias y descubrir un lugar maravilloso como es la isla de Madeira.

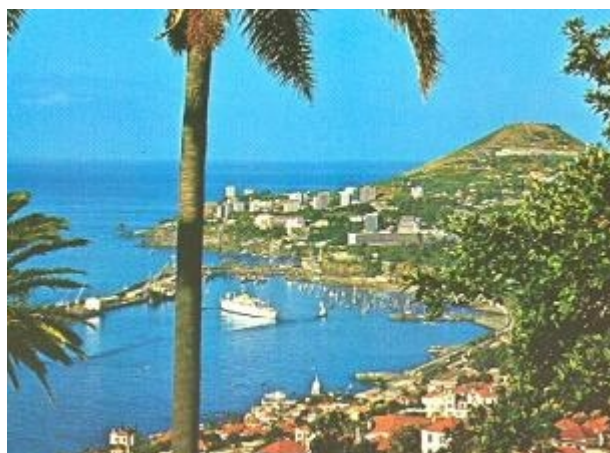
Antes del Congreso y para aprovechar el viaje tendremos la posibilidad de realizar distintas formaciones superiores (cervicales, palapación, ojos, radiología...) y después del Congreso podemos descubrir la isla con varias visitas turísticas organizadas.

Es una gran oportunidad de encuentro festivo para los españoles, por lo que os animo a una experiencia inolvidable en Madeira.

Todas las informaciones estarán disponibles en nuestro site [www.rpg.org.es](http://www.rpg.org.es) dentro de unas semanas. Programa científico, inscripciones, contactos, etc...

Nos vemos en Madeira, un abrazo a todos/as!!!!

Iñaki Pastor



Indice



## VI CONGRESO INTERNACIONAL DE RPG

Evolución de las Investigaciones sobre el método en el mundo y Actualización teórico-práctica

**FUNCHAL – ISLA DE MADEIRA**

Viernes 27 - Sábado 28 - Domingo 29 Junio 2008



**Traducciones simultáneas por traductores profesionales**

**Organización :**

**Señor João ORNELAS**

**Tél : 351.291.200.100**

**Tél : 351.291.200.110**

**e-mail : [jocar@mail.telepac.pt](mailto:jocar@mail.telepac.pt)**

**[www.itg.com.pt](http://www.itg.com.pt)**

**Apoyos :**

**Francia :** UIPTM – Fundación Internacional de RPG – Saint-Mont.

**Italia :** A.I.R.A.R – Roma – AIRPG - Catania.

**Argentina :** Asociación Argentina de RPG – Buenos Aires

**Bélgica :** Asociación Belga de RPG

**Brasil :** Sociedad Brasileña de RPG – Sao Paulo

**Canadá :** Centro de perfeccionamiento de Fisioterapia de la postura – Montréal -

**Luxemburgo :** Asociación de RPG - Daniel Reis – Rodange

**España :** Asociación Española de RPG – San Sebastián - Instituto Terapias Globales – Bilbao – Centre Terapias Globales – Barcelona

**Suiza :** Asociación Suiza de los fisioterapeutas RPGistas – Genève.





## **VI CONGRESO INTERNACIONAL DE RPG**

**Evolución de las Investigaciones sobre el método en el mundo y Actualización teórico-práctica**

**FUNCHAL – ISLA DE MADEIRA**

**Viernes 27 - Sábado 28 - Domingo 29 Junio 2008**

**Viernes 27 junio por la tarde:**

***Apertura solemne seguida de una cena***

**Sábado 28 junio:**

***Trabajos científicos***

**Domingo 29 junio:**

***Trabajos científicos***

***Cocktail de cierre***

### **INVESTIGACIONES**

**M.OLIVERI - RITA LORIGA - ORAZIO.MELI (Italia) –**

**PHILIPPE. SOUCHARD (Francia)**

Correlaciones neurofisiológicas de la RPG. Estudios con estimulación magnética transcraneana.

**PAOLO BUONPENSIERO –V . RAIA-A DI PASQUA-, A .SEPE -P. FERRI-G  
CICCARELLI ( Italia)**

Problemas posturales en el paciente con Fibrosis Quística. Resultados de un protocolo de tratamiento con Reeducción Postural Global.

**GARIKOITZ ARISTEGUI (España)**

Eficacia de la RPG en la escoliosis idiopática .

**MARIO KORELL-SILVIA TERRACIANO-ANNIBAL SCHAROVSKY (Argentina)**

Cambios en la intensidad del dolor en pacientes atendidos con RPG.

**CÉSAR FERNANDEZ DE LA PEÑAS (España)**

La Reeducción Postural Global en Espondilitis anquilosante: estudio científico a largo plazo.

**LUCIA D'ARIO – (Italia)**

Evaluación postural y test de medida :  
una propuesta de escala de evaluación postural.

**NORBERT GRAU (Francia)**

SGA y estudios científicos en Deporte.





## **VI CONGRESO INTERNACIONAL DE RPG**

**Evolución de las Investigaciones sobre el método en el mundo y Actualización teórico-práctica  
FUNCHAL – ISLA DE MADEIRA**

**Viernes 27 - Sábado 28 - Domingo 29 Junio 2008**

### **ACTUALIZACIONES TEORICAS Y PRACTICAS**

#### **PHILIPPE SOUCHARD ( Francia ) :**

Diversas actualizaciones prácticas de nivel superior

#### **BERNARD MICHEL ( Bélgica ) :**

Biomecánica y tratamiento : explicación de las relaciones ofensivas-defensivas en la deformación morfológica de la inversión de curva del arco transversal anterior del pie, hiper-apoyo de la cabeza del segundo meta en el suelo o falso hundimiento del arco anterior

#### **ORAZIO MELI (Italia) :**

La aplicación de la RPG en los problemas motores de las patologías neurológicas del adolescente

#### **IÑAKI PASTOR PONS (España) :**

Repercusión del tratamiento con RPG en las cefaleas de origen oculomotor. Justificación neurofisiológica y resultados sobre 20 pacientes

#### **DIEGO SGAMMA (Italia) :**

Estrategias para la evaluación y el tratamiento de las lumbalgias

#### **RITA MENEZES Y ALBERTO SILVEIRA (Brasil)**

Tratamiento de la coxartrosis en RPG

#### **SORAIA GUERRA (Brasil):**

Diagnóstico palpatorio diferencial de la región lumbar, sacro-ilíaca y miembros inferiores

#### **MONICA RODRIGUES ( Brasil ) :**

Diagnóstico radiológico diferencial de las protrusiones discales de la región lumbar

#### **PILAR VELASCO (España) :**

La RPG en patología postural infantil y juvenil, resultados de tratamientos

#### **AÍTTOR LOROÑO (España) :**

De la globalidad propioceptiva a la salud global - Comentario de casos clínicos

#### **JOÃO ORNELAS (Portugal) :**

RPG visceral

***Se organizará un programa de visitas turísticas de La isla  
de Madeira para las personas que lo deseen  
El lunes 30 de junio  
O lunes 30 de junio, martes 1 y miércoles 2 de julio 2008***





## **VI CONGRESO INTERNACIONAL DE RPG**

**Evolución de las Investigaciones sobre el método en el mundo y Actualización teórico-práctica**

**FUNCHAL – ISLA DE MADEIRA**

**Viernes 27 - Sábado 28 - Domingo 29 Junio 2008**

**Si lo desea, puede inscribirse a las  
FORMACIONES SUPERIORES EN RPG  
que se desarrollarán inmediatamente antes o después  
del CONGRESO en los mismos lugares.**

**Traducciones garantizadas**

**-Formación superior en RPG aplicada a las Ecoliosis.**

***Philippe SOUCHARD***

**- Formación superior en RPG : Tratamiento de las  
patologías cervicales de la cara y del cuello .**

***Rita Menezes***

**- Formación superior en RPG : Las correcciones  
oculares  
en relación con las patologías craneo-cervicales ,  
el equilibrio y el tono .**

***Iñaki PASTOR***

**- Formación superior en Anatomía Palpatoria y  
funcional aplicada a la RPG.**

***Soraia GUERRA***

**- Formación superior : Interpretación de  
radiografías aplicada a la RPG .**

***Monica Rodrigues***

**- Formación Stretching Global Activo – S.G.A.**

***Norbert GRAU y João ORNELAS***

***Información : U.I.P.T.M –***

***SAINT-MONT***

***Tél : 05.62.69.63.18 – Fax : 05.62.69.61.93***

***e-mail : [rpg.souchard@wanadoo.fr](mailto:rpg.souchard@wanadoo.fr)***



**Indice**

