

S H A V A S A N A (*)
A u t o p s i c o r r e l a j a c i ó n
p o r e l

DR. SAMUEL GRINBLAT

Como consecuencia lógica de nuestra constante lucha por mantener y preservar la salud del cuerpo humano, adaptamos a la tecnificada medicina occidental valiosos conocimientos filosóficos y religiosos Yogas de origen hindú, imperfectamente divulgados.

INTRODUCCION

En el año 1951 se inicia en la URSS el estudio de la psicoprofilaxis de los dolores del parto. Sin duda alguna creemos que la escuela Pavloviana y sus investigaciones están inspiradas, por su similitud, en prácticas yogas de origen hindú, los cuales desde hace milenios de años realizan con idénticos fines ejercicios o posiciones denominadas "asanas", cuyo valor terapéutico consideramos que también sirven para preparar a la mujer y alejarla de temores y dolores. Estas "asanas" rinden incalculable ayuda psíquica y física a distintas afecciones orgánicas y funcionales.

Las "asanas" más divulgadas son la Padmasana, Matsyasana, Bhujangasana, Nauli, Uddiyana y *Shavasana*. Este último ejercicio, motivo del presente estudio, consiste en una completa autopsicorrelajación, cuyo significado científico debe intentarse con probabilidades de buen éxito como profiláctico y curativo de otras afecciones.

BASES

1) La medicina occidental estudia con ahinco medios farmacológicos para conseguir el "último espasmolítico", capaz de contribuir a la curación del ulcus gastroduodenal, de los espasmos del esófago y del cardias, de las disquinesias de la ampolla de Vater, de las disregulaciones tensionales circulatorias.

(*) Véase «Odtría».

rias, especialmente las hipertensivas, etc. Nuestra experiencia, dada por una intensa práctica diaria, considera tan inoperante el "último espasmolítico" como insustanciales resultan las teorías de que la sensación de hambre o dolor epigástrico eran el resultado de las contracciones de los músculos del estómago, según experiencias que datan de 1896 (Arch. de Physiologic.), que demuestran que el hambre desaparece con la gastrectomía. Cannon y Washburn sostienen que el hambre marcha paralela con intensas contracciones del estómago y que el hambre dolorosa es de origen gástrico. Estas teorías o experiencias mal interpretadas no resisten al progreso de la ciencia, demostrándose más tarde que la sensación de hambre y dolor persiste con igual intensidad en el hombre y en el animal gastrectomizado y desnervado.

2) Innegable es que numerosos pacientes psicotraumatizados o accidentados, con lesiones cerebrales de los lóbulos frontales, se ven seriamente perturbados por una sensación de hambre dolorosa anormal. En la enfermedad de Pick o degeneración bilateral de los lóbulos frontales, en los esquizofrénicos, idiotas, P.G.P. y tabéticos, se presentan cuadros similares en algunos períodos del mal. M. Levin observa somnolencia y hambre en pacientes con desórdenes córticohipotalámicos. La destrucción bilateral de la porción lateral extrema del hipotálamo conduce a la anorexia, mientras que las zonas del núcleo ventromedial ejercían inhibición sobre los centros precitados. Mayer J., Vitale J. J. y Bates M. W., admiten la posibilidad de la existencia en el hipotálamo de centros receptores sensibles al nivel glucémico.

CONSIDERACIONES

Lo referido al hambre dolorosa espástica y desequilibrios conectados al mismo, pueden relacionarse a enfermedades ocasionadas como secuelas de injurias constantes, resultados de estímulos de excitación e inhibición que obran como agentes traumatizantes de la esfera neuropsíquica, en especial de los centros subcorticales. La recuperación de ello es breve en el normotipo, pero difícil y tardía en los organismos debilitados por intoxicaciones dietéticas y transgresiones higiénicas, agra-

vadas por el indiscriminado uso de medicamentos, tabaco y alcohol.

La suma de injurias a intervalos regulares e irregulares produce contracciones prolongadas espásticas de defensa en la musculatura esquelética y visceral.

El mal disciplinado reposo no mejoran estos estados. La prescripción médica de guardar reposo en cama, pierde valor si no va acompañada de la indicación de cómo debe realizarlo.

Ni aun el sueño procura a estos pacientes un descanso reparador; los micrópsicotraumatismos de los centros subcorticales que no fueron eliminados durante la vigilia, quedan como focos latentes de excitación durante el sueño, traduciéndose por estado tensional. Esta tensión que denominaremos residual, lleva a desarmonías de mayor volumen que se exteriorizan por pesadillas, palpitaciones cardíacas con disregulación tensional y transpiración profusa.

TECNICA

1) Señalamos que la mayoría de estas afecciones se presentan agravadas por transgresiones higiénicodietéticas; un suministro deficiente de factores alimenticios conducen a perturbaciones biológicas y químicas del organismo. El hambre no es el único peligro para la humanidad; es más peligroso el aniquilamiento gradual que se comete al no proveer de alimentos frescos para un metabolismo normal y del que resultan problemas serios como el de la avitaminosis, arterosclerosis, cáncer, etcétera. Debe orientarse al paciente hacia un régimen aclorurado, lactovegetariano durante veinte días, logrando con ello una ligera alcalinidad sanguínea, permitiendo después la ingestión de pequeñas cantidades de sal; proscribir en forma terminante los preparados sintéticos y productos dietéticos concentrados, inventos de la civilización y factor predominante de los males que le afligen.

2) La autopsicorrelajación constituye, por cierto, una disociación parcial sináptica de las neuromas nerviosas movilizadas por mensajes enviados por los centros de la corteza cerebral al resto del sistema nervioso; sería una puesta en acción de los mecanismos de trabajo no bien estudiados, situados en los centros subcorticales. Un constante entrenamiento logra éxitos

insospechados, hasta lograr la autodisciplina del sistema autónomo, el control de ciertas funciones y órganos que creíamos imposible dirigir.

Se obtiene en posición sentada, abriendo un paréntesis útil y vitalizador a las faenas diarias, estudio o trabajo de escritorio. Se puede adoptar el decúbito dorsal o lateral, preferible el primero, con el cual se obtiene la impresión a los pocos minutos que el cuerpo es absorbido por el lecho donde reposa.

Mentalmente se logra la relajación del cuerpo, la que se hará en forma parcial iniciándola por los miembros superiores e inferiores que se colocan en dirección del cuerpo. Facilita la relajación del cuello y cara una pequeña almohada semidura que permite una flexión pronunciada de la cabeza; la respiración debe ser regular y lenta, siendo la inspiración profunda y suave. Si bien no se logra en un principio alejar pensamientos o hechos ocurridos, una constante y regular práctica, dos veces diarias, hace desaparecer las ideas que impiden su realización; para ello se concentra el pensamiento en un objeto que por su valor pocas asociaciones de ideas puede despertar, por ejemplo, una figura geométrica. Se iniciarán estas prácticas media hora antes del almuerzo y cena, pudiéndose prolongar sin inconvenientes.

CONCLUSION

Las perspectivas al divulgar este procedimiento Yoga, modificado en parte y ampliamente experimentado e interpretado científicamente de acuerdo con los conocimientos actuales de la psicofisiología, sin constituir una panacea terapéutica, obran como útil coadyuvante, profiláctico y curativo de un sinnúmero de afecciones que en nuestra labor diaria resultan problemas insolubles.

(Publicado. por Sem. Med. Odontol.)