



tomo 1

el manual del mezierista

Godelieve Denys-Struyf

2ª edición



COLECCIÓN FISIOTERAPIA Y TERAPIAS MANUALES

EL MANUAL DEL MEZIERISTA

TOMO I

615.822
D417m
v. 1



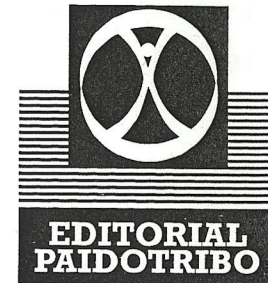
Por

Godelieve Denys-Struyf

PUCRS/BCE



0.600.199-5



PRESERVE SUA FONTE DE CONHECIMENTO



BIBLIOTECA CENTRAL
PUCRS

AGRADECIMIENTOS

Debemos agradecer a la señora Moens, de Profondeville, el conocimiento de Françoise Mézières en Bélgica. Fue el principal testigo de nuestro encuentro, al principio de este trabajo, y nuestra gran animadora.

Por su colaboración en las imágenes de este libro, damos las gracias a los especialistas:

- a) Robert Warnant, cinesiterapeuta, pionero del método Mézières en Bélgica. Otros lo han seguido en Île d'Elle.
- b) Jean-Marie Jaumin, cinesiterapeuta y osteópata, que nos incitó a entrevistarnos con F. Mézières para el tratamiento de la escoliosis, sorprendido por la convergencia de nuestros puntos de vista. En ese momento, nuestras "cadenas G.D.S." ya habían nacido; nuestros trabajos sobre las sinergias musculares a partir de Kabat y sobre la solidez psico-neuromuscular de los músculos en la postura y en el gesto datan de los años 1960-1970.
- c) Michel Vanderheyden, cinesiterapeuta y osteópata, se encuentra entre los pioneros del método Mézières en Bélgica.
- d) Michel Frères, cinesiterapeuta y osteópata, fue durante varios años después de nuestra estancia en Île d'Elle, un asiduo alumno de Françoise Mézières. Cuanto más profundizaba en el método trabajando con ella, se convirtió, con J.M. Jaumin, en nuestro más preciso consejero sobre nuestro trabajo con este método.

Por último, nuestro agradecimiento a Pierre Corriat, cinesiterapeuta y osteópata, pionero también entre los mezieristas belgas, a quien debemos la aparición y la difusión del primer manual.

ÍNDICE

Prólogo, 7

Prefacios, 11

Introducción, 15

PRIMERA PARTE

**ALGUNAS CONSIDERACIONES ESENCIALES QUE
CARACTERIZAN EL MÉTODO MÉZIÈRES, 17**

CAPÍTULO 1

Bases19

CAPÍTULO 2

Consideraciones diversas43

SEGUNDA PARTE

**ILUSTRACIÓN Y DESCRIPCIÓN
DE LAS «POSTURAS MÉZIÈRES», 51**

A - Posturas de pie

CAPÍTULO 1

Postura en posición de pie, tronco flexionado hacia delante53

CAPÍTULO 2

Postura en posición de pie, espalda contra la pared 93

B - Posturas en decúbito

CAPÍTULO 1

Postura en decúbito dorsal, miembros inferiores estirados 133

CAPÍTULO 2

Postura en decúbito dorsal, caderas y rodillas flexionadas, pies apoyados en el suelo 191

Anexo, 201

Bibliografía, 205

PRÓLOGO

Este libro apareció por primera vez en forma de un modesto manual de curso, y nos ha parecido interesante darle una nueva difusión. Esta vez con una presentación más oficial, revisada, corregida y actualizada por Philippe Campignon, profesor en la A.M.I.K., Association Méziériste Internationale de Kinesithérapie (Asociación mezierista internacional de cinesiterapia), con un prefacio escrito por él mismo y por Jacques Patté, actual presidente de dicha asociación. En esta nueva publicación, hay fotos que acompañan a los esquemas para aumentar y enriquecer la descripción presentada.

En su primera forma, el libro conoció una gran difusión. Para varias generaciones de mezieristas, fue un soporte escrito y visual, una ayuda práctica. Contaba con una sistematizada presentación en cuanto a la utilización del método Mézières, estructurando principios que no siempre son evidentes. En efecto, en los primeros pasos de un quehacer casi intuitivo, plasmando ideas, costumbres y prácticas, se necesitan indicaciones. Rápidamente agotada la primera edición, muchas veces fotocopiada, medio borrada y amarillenta, se reclamaba a gritos una reedición del manual: finalmente ha llegado.

Como para la anterior, el objetivo de esta publicación se limita a proporcionar una base, una estructura, un mástil que permita navegar adaptando la vela a cualquier imprevisible respuesta de nuestro cuerpo.

Por otra parte, para cualquier persona que busque información, esta publicación se convertirá en un medio visual que le permitirá una aproximación a la práctica, según F. Mézières, que le invitará, seguidamente, a experimentar el trabajo en sí mismo para comprenderlo. El método Mézières se comprende trabajándolo.

Sin embargo, debemos precisar que nos vemos voluntariamente limitados a estructurar lo que hemos visto y vivido durante nuestras estancias en Île d'Elle, en Vendée, durante los años 1972-1973. Desde entonces y hasta su aparición, el pensamiento y el *savoir-faire* de Françoise Mézières no han cesado de evolucionar y de ampliar sus aplicaciones.

Como, cualquier método vivo, no puede ser estereotipado. Por otra parte, cualquier actuación llamada «global», centrada en una aproximación al «terreno», conoce mil y un matices en la aplicación de sus reglas, ya que siempre debe adaptarse a la persona a tratar. Una forma de trabajar siempre se verá sometida al hecho de que cada persona es única y diferente en sus reacciones.

Frente a este postulado, podemos pensar que no existen recetas; que un método es indescriptible e incomprensible en las páginas de un libro. Es cierto, pero se debe limitar, en la multiplicidad de sus aplicaciones, una estructura que constituye la armadura del método. El alumno ha de poder empezar con este soporte antes de controlar las adaptaciones.

Nosotros pensamos que las bases, las inamovibles reglas del método Mézières, su rigor, aparecen en este manual con la suficiente claridad salvaguardando sus fundamentos.

Por otra parte, la clase de presentación que se ha dado al libro permite no estereotipar demasiado, lo que responde a las exigencias de un método riguroso y adaptativo al mismo tiempo.

El alumno debe aprender a «infringir», a matizar las reglas con ayuda de un profesor, lo mismo que sus manos aprenderán a modelar el cuerpo. El libro recuerda y preserva, mantiene en su memoria, las líneas directrices del trabajo bien realizado a fin de que las adaptaciones no acaben derivando en una dilución que desestructure el método.

Algunos curtidos mezieristas han encontrado en este libro elementos que la propia F. Mézières ha cuestionado. Nosotros no contestamos, nos limitamos a anotar que las estancias presentaban una continuidad, pero no forzosamente eran similares. Creemos que era debido a los mismos principios del método. En efecto, el cómo la misma F. Mézières trataba a los enfermos, ante los ojos de los alumnos en un momento concreto, suscitaba modificaciones a las leyes dictadas frente a alumnos asistentes de otras épocas y con otras personas.

No pretendemos presentar el método Mézières al completo, con todas sus adaptaciones y todas sus aplicaciones personalizadas, ya que sería imposible. Cada alumno debe completarlo con sus propias experiencias.

La intuición, el *savoir-faire* del mezierista frente a cada caso, redondean la finalidad del método y, repetimos, esto debe aprenderse con un profesor, ya que escapa al rigor de las definiciones y a los límites de las palabras que intentan describir la postura y el gesto. Siempre hay una regla, pero seguida de un «sí, pero...».

A pesar de esta dificultad, hemos intentado, con Philippe Campignon, diferenciar lo esencial, una base, un esqueleto inamovible en la práctica de F. Mézières, partiendo de datos que se remontan a los años 1972-1973 y de una

obra que sigue siendo, a pesar de todo, fruto de una experiencia personal, de un aprendizaje tal como lo hemos vivido.

¿Puede ser de otra manera? Cualquier alumno que recibe una enseñanza sólo ostenta su parte de verdad, la que percibe a través del filtro de su personalidad y de sus experiencias. Sólo el iniciado, en este caso François, Mézières, podría acabar y empezar este libro grabando, al final de su vida, todos los datos del camino recorrido, desde el origen de su método, hasta su final.

Destaquemos que algunos dibujos representan, tomados en directo, a alumnos que realizaban estancias o incluso a la misma F. Mézières. Hemos querido conservar, con algunos croquis más personalizados, el momento, el recuerdo de un trozo de esta vida, hace ya más de veinte años.

En el primer capítulo hemos incluido algunos fragmentos de escritos de F. Mézières; son del período en que residía en Saint-Mont. Estos fragmentos se han extraído de una documentación que ella misma nos ha ofrecido para poder elaborar el resumen que aparece en la primera parte de este libro.

PREFACIO

François Mézières nos dejó en 1991, a los 82 años. Ella creó el método que lleva su nombre y fundó la A.M.I.K., la asociación mezierista internacional de cinesiterapia.

Prologar esta obra es brindarme la ocasión de homenajear a quien nos ha iniciado en su original manera de ver al hombre y la enfermedad, y a quien nos ha transmitido un elemento terapéutico de excepción.

Se dice que la fuerza se equipara a la invención, al trabajo, a la determinación, a la constancia, incluso a la obstinación. François Mézières desarrolló todo esto a la vez y durante toda su vida. Durante más de cuarenta años, militó incansablemente por una aproximación global al paciente, concepción opuesta a la corriente analítica contemporánea. Esta rara disposición de la mente permitió poner a punto un método de reeducación que abría nuevos horizontes a la fisioterapia y contribuía a la evolución de los conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo humano.

Todos aquéllos que han recorrido una parte del camino con ella guardarán el recuerdo de una personalidad fuera de lo común, con una mirada penetrante tanto hacia la persona y su rostro como hacia su cuerpo. Suscitó admiración, emocionó y fue centro de numerosos debates, sin dejar nunca indiferente.

Convicción, precisión, adaptación, generosidad y respeto por el paciente han provocado en sus alumnos la pasión por un oficio y una creatividad indispensable.

Por medio de la observación, F. Mézières ha llegado a sus conclusiones, y por medio de la observación y de la experiencia nos ha permitido descubrir la unidad corporal y traducirla en una práctica coherente y eficaz.

Como escribió Godelieve Denys-Struyf, «ella nos ha demostrado la importancia y el placer de ser terapeutas antes de hacer terapia, la supremacía de sentir y de vivir, el “vivir” antes de privilegiar el saber...».

VER, SENTIR para COMPRENDER y ARMONIZAR, esta es la divisa que la A.M.I.K. ha elegido para simbolizar la formación que propone, asociando lo inmutable a las necesarias evoluciones.

Estoy muy agradecido a Godelieve Denys-Struyf por haber reinstaurado los conceptos elaborados por F. Mézières. También le agradezco, al tiempo que le felicito, la claridad de las ilustraciones y la rigurosa presentación de los casos clínicos. Estas páginas pertenecen a la historia del método cuyos datos han sido establecidos en los años setenta, en la época en que se estructuraba y empezaba a difundirse.

Se trata de los FUNDAMENTOS que ningún mezierista puede ignorar ni olvidar. Son incuestionables para todos aquéllos que deseen comprender y llevar a la práctica el concepto de globalidad, que quieran profundizar en ellos y hacerlos evolucionar aún más.

Este libro se podrá utilizar como una guía práctica, con la cual tanto los estudiantes como los especialistas podrán asimilar o revisar las bases esenciales que han superado los avatares del tiempo y, sobre todo, han creado escuela.

Es mi sincera esperanza.

Jacques PATTÉ
*Presidente y director
 de la formación de la A.M.I.K.*

PREFACIO

Estudié el método de F. Mézières en 1977 y cuando releo mis apuntes (lo que aún hago) me veo de nuevo en Saint-Mont, entre los alumnos que rodean a F. Mézières, intentando seguir el hilo de una sesión, con los ojos clavados en sus manos para no perder detalles de sus movimientos.

¡Qué difícil vincular las diferentes maniobras ejecutadas! ¡Qué difícil comprender por qué se trabaja el pie cuando el problema parece centrarse en la nuca!

De regreso a mi gabinete de trabajo, lo más difícil quedaba por hacer y decidí pasar a la acción, esforzándome por no caer en la estereotipación y conservar una mirada de niño siempre a punto de descubrir algo nuevo. Esta mirada descubriría cada vez más cosas, pero también muchas preguntas sin respuesta.

Años más tarde, habiendo asistido a las clases sobre cadenas de Godelieve Denys-Struyf, empecé a comprender. Formando parte de aquéllos que necesitan comprender para integrar, mi alivio fue considerable. F. Mézières me había enseñado a ver, pero yo, que no siempre conseguía establecer una relación causa-efecto, encontré en esas clases la solución a muchas de mis dudas.

Cuando Godelieve Denys-Struyf me preguntó qué sería lo más interesante a tratar en el curso que ella realizó en 1978, le respondí que sería muy positivo beneficiarse de un tipo de documentación al alcance de todos los mezieristas, presentes y futuros.

Este libro constituye, a mi parecer, una base importante, aunque no figuren expresamente todas las "astucias" de F. Mézières. En efecto, recordamos que cada día que pasamos en Saint-Mont descubrimos una nueva forma de trabajar, con nuevos "tics".

Es cierto que la evolución de los conocimientos nos conduce a realizar algunas modificaciones y que, en la enseñanza, nuevas técnicas aumentan el catálogo. Este libro pretender ser una base y un catálogo de referencia para quienes han seguido la enseñanza del método.

Para los demás, pienso que será difícil no seguir las posturas aisladamente para intentar la receta fuera del contexto global. Sin embargo, en el método Mézières no hay recetas, sólo existe una adaptación permanente a la situación del momento.

Un agradecimiento especial a Godelieve Denys-Struyf por parte de los mezieristas, pero también a título personal por todo lo que me ha aportado y continúa aportándome.

Philippe CAMPIGNION

*Profesor en la A.M.I.K.
Profesor y delegado de la
I.C.T.G.D.S. por Francia*

INTRODUCCIÓN

Françoise Mézières lo afirmó: su método revoluciona. En cualquier caso, agranda nuestro punto de vista sobre la ortopedia, la gimnasia y la cinesiterapia clásica.

Clásicamente, se ha admitido que el cuerpo, "comprimido" por la gravedad, debe reforzar su musculatura para resistir. Pero F. Mézières dio a conocer otros mecanismos. Para explicar la compresión y las deformaciones del sistema locomotor, su sufrimiento, pone en evidencia otros procesos que necesitan respuestas terapéuticas diferentes.

«El cuerpo», dice F. Mézières, «también se ve comprimido por nuestra propia fuerza». Es decir, por nuestras propias fuerzas musculares, nuestra hipertonia, nuestros estados de tensión, de contracción, nuestra pérdida de elasticidad, nuestra retracción. Ella ha demostrado el acortamiento de los grandes grupos musculares. A partir de aquí, debemos comprender la mayoría de nuestras deformaciones, de nuestros sufrimientos articulares que pueden ser remediados por la cinesiterapia.

En la práctica de la cinesiterapia, este dato no es anodino, ya que nos incita a cuestionar de nuevo lo esencial de nuestras intervenciones, es decir, nuestros ejercicios de refuerzo muscular. Frente a esta constante, ¿serían estos ejercicios los factores agravantes de algunas de nuestras desviaciones y deformaciones articulares? Por ejemplo, ¿podemos muscular la espalda de un niño que corre el riesgo de evolucionar hacia una escoliosis?

La respuesta es no. No a la musculación. F. Mézières decía "no" también al estiramiento local; no, en cambio, a un estiramiento global aunque sólo fuera pasivo.

Con Françoise Mézières, se empieza con el trabajo del pie. Se trabaja a partir de las extremidades, a partir de los pies, de las manos y de la cabeza, para englobar, progresivamente, el conjunto del cuerpo, y con la participación de la persona afectada, que está presente y consciente.

Es importante estirar siguiendo un alineamiento previo, ayudado por técnicas reflejas, respiratorias y manipulaciones que favorecen la resolución

de las tensiones. En los principios dictados por el método Mézières es muy importante estirar al tiempo que se detectan y se captan todos los "defectos", todo lo que se puede prevenir, todas las flexiones y todos los movimientos articulares a todos los niveles del cuerpo.

No se tratar de estirar aquí y allá un músculo aislado, sino que el trabajo consiste en dialogar con las líneas de tensión que afectan a los grandes grupos musculares.

Nos esforzaremos por alinear el cuerpo restaurando la elasticidad global en las posturas que adoptamos a diario.

Estas posturas alineadas y estiradas normalmente están consolidadas:

- A nivel de los miembros, por la adquisición y la aplicación de la "dinámica espiroidea" de los huesos, de las articulaciones y de los músculos que caracterizan las cadenas articulares de los miembros.
- A nivel del tronco, por las contracciones estáticas a partir de la longitud muscular adquirida, al tiempo que la respiración moviliza y mantiene la elasticidad.

F. Mézières diferencia dos grupos musculares cuya tensión tiende a ser más marcada. Ella constata que la tensión y la retracción muscular afecta principalmente a los músculos posteriores del tronco y de los miembros inferiores, los rotadores internos de las caderas y el músculo del diafragma.

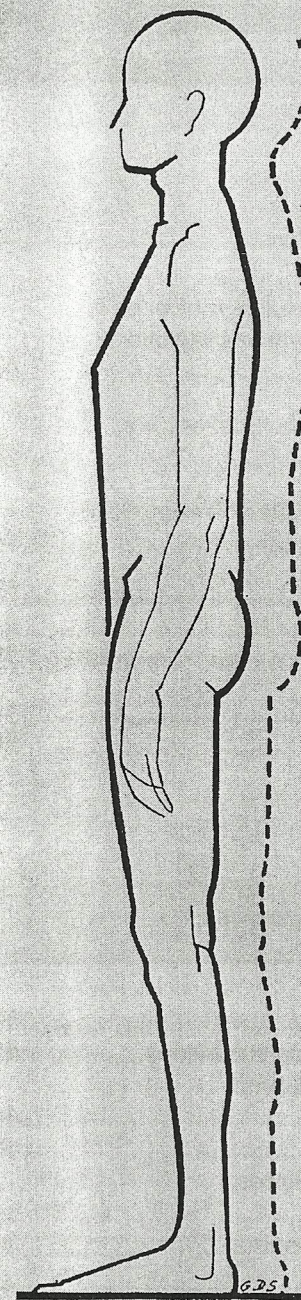
En efecto, ¿está mal distribuido el tono muscular? Fuertes o débiles, aparentemente laxos o más o menos tensos, ¿nos veríamos todos afectados de la misma manera por tensiones desiguales? Tensiones que afectan a los grandes grupos musculares de las que obtenemos la imagen de las "cadenas musculares" que nos encadenan.

La conclusión, para François Mézières, es clara:

"Aplastados" por nuestras propias fuerzas musculares y por las retracciones, intentamos escapar a las consecuencias. De estas consecuencias, estiramientos y dolor, nace un círculo vicioso que constituye lo esencial de nuestras deformidades y de nuestras enfermedades.

Rendimos homenaje a esta mujer que osa zarandearnos, cuestionarnos, incluso a riesgo de equivocarse, que ha sabido escribir su oficio, revisarlo y corregirlo. Su quehacer se cuestiona, forzado a verificar, a observar, a reconsiderar otros puntos de vista. Ella despierta en todo fisioterapeuta el fuego sagrado de la observación y de la investigación. Ella nos ha abierto los ojos y ha revitalizado nuestro trabajo.

Son muchos los enfermos curados por F. Mézières que han recuperado la alegría de vivir gracias a su mejor amigo: su cuerpo.



PRIMERA PARTE

Algunas consideraciones esenciales que caracterizan el método Mézières

ESTRUCTURA DE LA EXPOSICIÓN

CAPÍTULO 1

BASES

- A. La tensión de los músculos posteriores determina a nivel de la columna vertebral la exageración de las curvaturas sagitales y de la escoliosis.....20
- B. La lordosis siempre es primaria, la cifosis y la escoliosis son deformaciones secundarias.22
- C. Las lordosis, las rotaciones internas y el bloqueo diafragmático en inspiración.22
 - 1. Las lordosis.....23
 - Sólo existe lordosis23
 - Movilidad de la lordosis y solidez del tronco y de los miembros...29
 - 2. Los músculos rotadores internos.....36
 - 3. El músculo diafragma.....39

CAPÍTULO 2

CONSIDERACIONES DIVERSAS

- 1. El músculo dorsal ancho.....43
- 2. No existe una buena sujeción de la cabeza sin cuádriceps.....43
- 3. Efectos de las posturas de la cabeza sobre el tórax e importancia de la estática cervical44
- 4. La morfología perfecta46
- 5. Algas del sistema locomotor y reflejos antálgicos, el reflejo antálgico a priori.....50
- 6. «Nunca tonifico un músculo, estiro su antagonista»50

CAPÍTULO 1

BASES

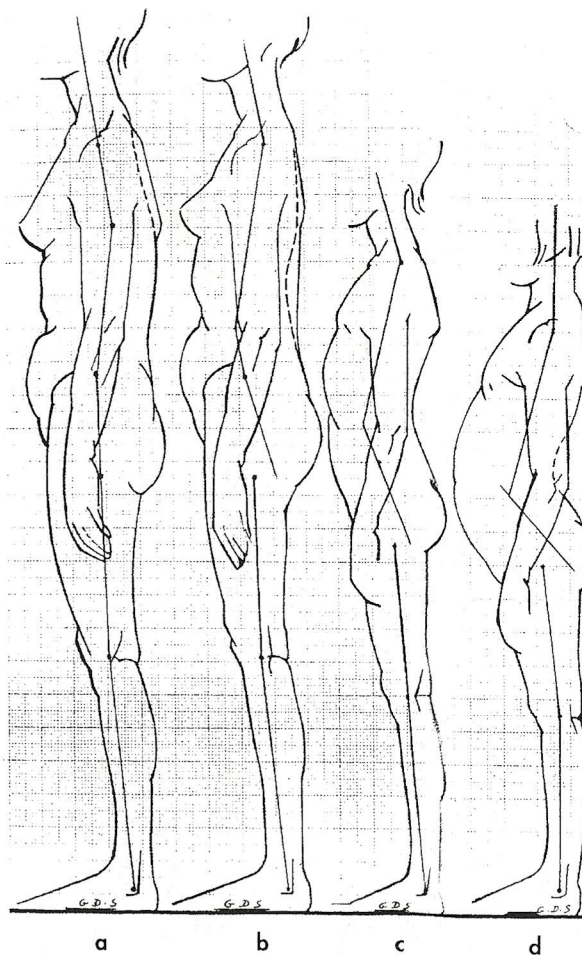


Figura 1. Observaciones morfológicas que presentan diversas formas de curvatura sagital que afectan a la columna vertebral.

A. La tensión de los músculos posteriores determina a nivel de la columna vertebral la exageración de las curvaturas sagitales y de la escoliosis

En la figura 1, las observaciones morfológicas presentan diversas formas de curvaturas sagitales que afectan a la columna vertebral:

- a) desaparición de la columna lumbar, ligera lordosis dorsal,
- b) la punta de la curvatura lumbar sube afectando a la región dorsal,

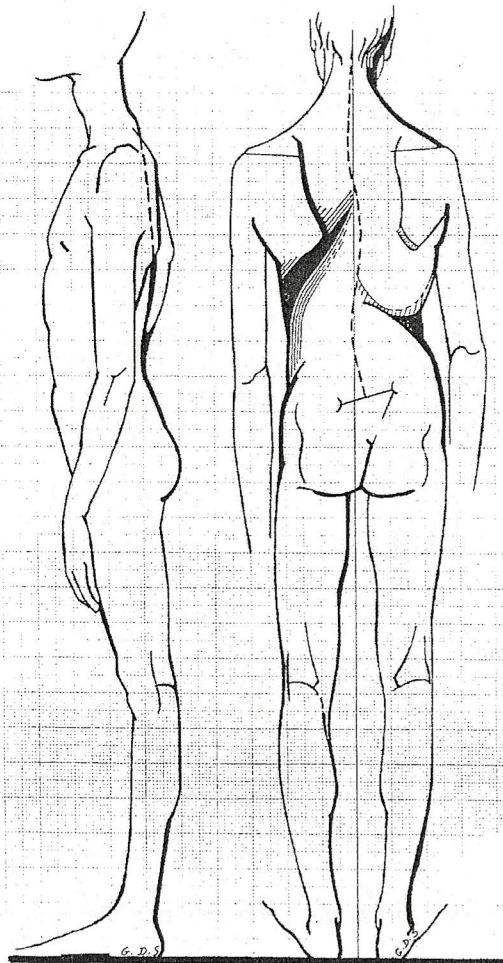


Figura 2. Adolescente con una deformación vertebral evolutiva.

- c) lordosis lumbar extendida,
 - d) hiperlordosis lumbar.
- En la figura 2, un adolescente con una deformación vertebral evolutiva:
En el plano sagital, una lordosis lumbar extendida, una zona dorsal aplanada.

En los planos frontal y horizontal, una escoliosis que afecta a la columna dorsal y lumbar.

Figura 3, un adulto joven, pelvis hacia delante, una ligera lordosis, cifosis baja y zona dorsal media aplanada. Postura escoliótica, pelvis orientada hacia la derecha, tórax hacia la izquierda.

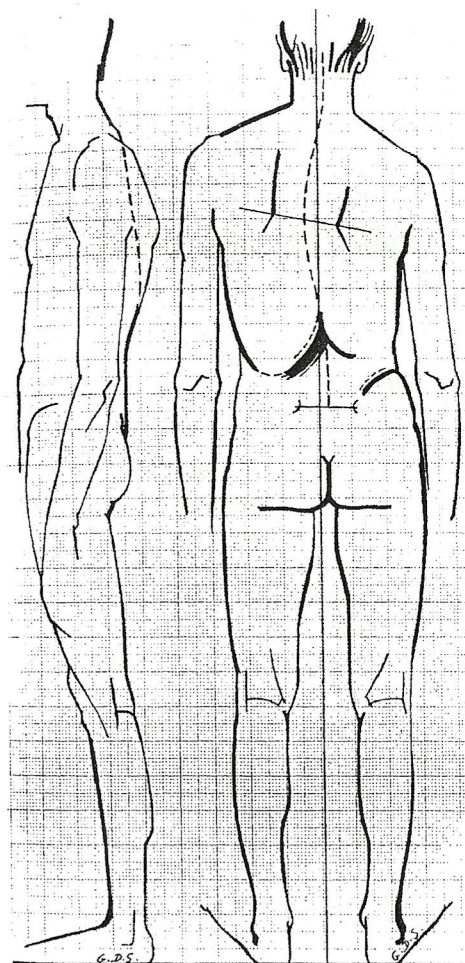


Figura 3. Postura escoliótica.

¿Cómo sería responsable el conjunto de los músculos posteriores de estas desviaciones y deformaciones?

Para Françoise Mézières:

B. La lordosis siempre es PRIMARIA, la cifosis y la escoliosis son deformaciones SECUNDARIAS

Es decir, la tensión posterior es primaria y genera las deformaciones.

Sin embargo, como hemos podido observar en las figuras 1, 2 y 3, todas ellas están muy lejos de una hiperlordosis.

Pero, según F. Mézières, cifosis y escoliosis están provocadas por un proceso de compensación secundaria a la tensión muscular posterior.

En ello vamos a profundizar.

F. Mézières reagrupaba en una única realidad los tres datos siguientes:

C. Las lordosis, las rotaciones internas y el bloqueo diafragmático en la inspiración

Veamos un resumen de su artículo aparecido en *Les Cahiers de la Méthode naturelle*, 1^{er} trimestre 1973, febrero:

El descubrimiento de los mecanismos compensadores nos muestra sólo una fuerte tensión de los grupos posteriores provocada siempre por una rotación interna de los miembros y un bloqueo diafragmático en la inspiración. El primer componente se explica fácilmente, ya que los rotadores internos son solidarios con los músculos posteriores. El segundo debemos atribuirlo a los puntos de apoyo diafragmáticos. Éstos se insertan en D12 - L1 - L2 - L4 y estas inserciones son comunes a las del psoas, que se inserta también en L5 y se une al ilíaco. El diafragma, pues, forma parte de los músculos lordosantes en tanto que atrae a las lumbares hacia delante y hacia arriba, el psoasiliaco actúa hacia delante y hacia abajo sobre los lomos y la pelvis.

Por lo tanto, sólo debemos combatir, según F. Mézières:

- las lordosis,
- las rotaciones internas,
- los bloqueos diafragmáticos en la inspiración.

Esto permite la corrección de los dismorfismos del tronco o de las piernas y la normalización de la función respiratoria, excluyendo cualquier "educación" -o entrenamiento- respiratoria:

1. Las lordosis (fig. 4 y 5)

Sólo existe lordosis

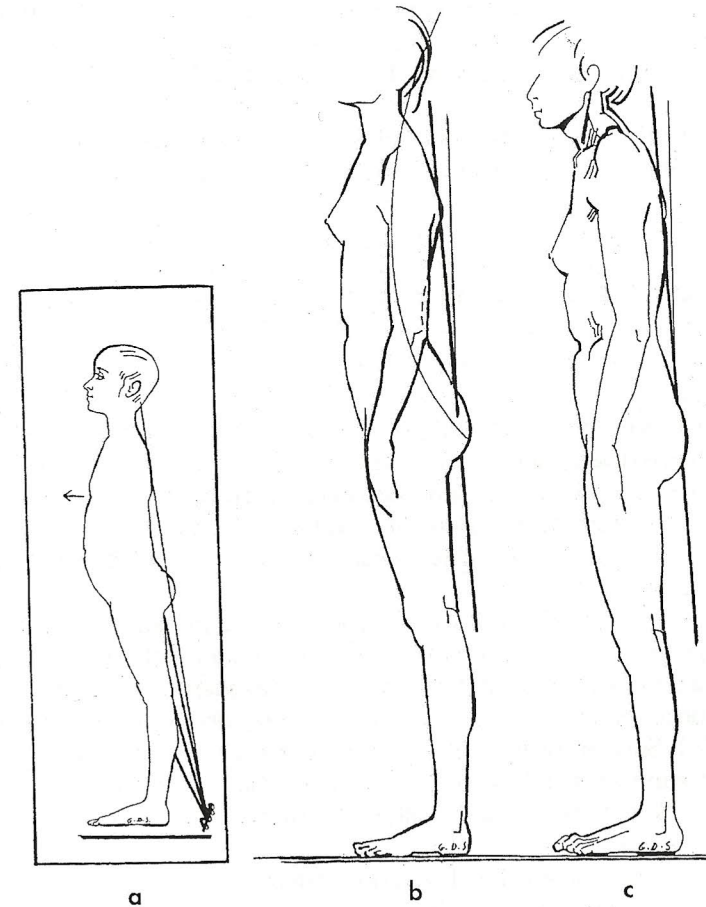


Figura 4. La lordosis es siempre la deformación primaria.

En una antigua publicación titulada *Révolution en gymnastique orthopédique*, F. Mézières escribe:

Estamos tentados a admitir que cualquiera en una posición correcta es un lordótico que lo ignora y que, más pronto o más tarde, se verá afectado por desviaciones o dolores.

Esto no es una exageración si admitimos:

- 1) que la extensibilidad, como la fuerza muscular, debe ser entrenada;
- 2) que cuando una articulación se mantiene siempre en la misma posición, se produce una rigidez en los ligamentos, cuyas inserciones se juntan...

Durante una conferencia, en 1967, F. Mézières decía:

Sólo existe lordosis. La lordosis es el origen de todas las deformaciones y sólo el tratamiento de la lordosis se puede tratar, sea cual sea el caso y su gravedad.

¿POR QUÉ SÓLO EXISTE LORDOSIS?

El particular punto de vista y la lógica desarrollada por F. Mézières, reside en esos puntos:

La lordosis es siempre la deformación primaria por el hecho de que el pie se desarrolla hacia delante y no hacia atrás; forzosamente, el hombre se vio obligado a desplazar su centro de gravedad hacia delante, para encontrar una postura de pie confortable a partir de una base de sustentación estrecha, formada por el pie. Si el pie se hubiera desarrollado primero hacia atrás, hubiera sido diferente.

Para ilustrar esta idea, la figura 4a, demuestra, exagerando, que el cuerpo inclinado hacia delante necesita tirantes posteriores para mantener su equilibrio. Al acortarse, estos tirantes tienden a dar al cuerpo una forma arqueada, es decir, una lordosis, con la concavidad del arco orientada hacia atrás (figura 4b). Si se amplifica el proceso, el cuerpo se ve forzado a encontrar una alternativa, o bien compensaciones que preserven el ritmo de la curvatura. Según los individuos, diferentes propuestas ofrecen diversos resultados (figura 4c).

Continuemos con este análisis. Llega un momento en que el cuerpo adopta la solución del mínimo esfuerzo, una posición de pie que implique el mínimo esfuerzo muscular.

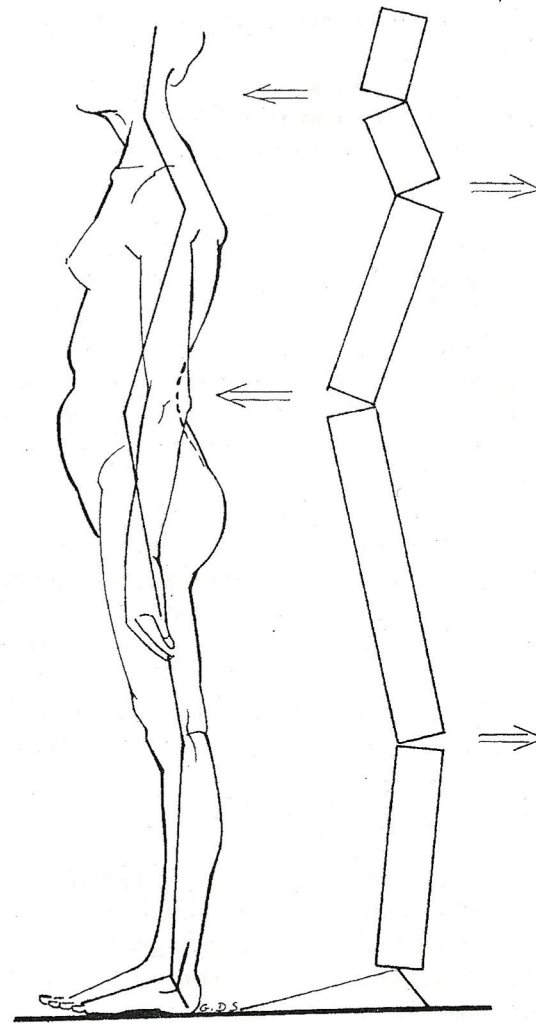


Figura 5. La forma es armoniosa, pero las curvaturas son exageradas y el cuerpo ofrece la sensación de estar plegado y encogido.

EN EL
LA FIG
M 30

EN EL CASO CONCRETO DE LA POSTURA DIBUJADA EN LA FIGURA 5, ¿DÓNDE SE PRODUCE LA TENSIÓN EN LOS MÚSCULOS POSTERIORES?

Según F. Mézières, cuando el cuerpo se esfuerza por economizar el trabajo muscular, debe saber cuándo detenerse, para avanzar el centro de gravedad hacia la zona estable de su base de sustentación sin agotar excesivamente los

tensores posteriores. La parada consiste en aumentar las curvaturas, tal como vemos en la figura 5.

Los segmentos, apilándose de abajo hacia arriba, se inclinan y recuperan uno detrás de otro el equilibrio segmentario. El individuo está estable, de pie, sin fatiga, suspendido a las estructuras músculo-ligamentosas. La forma es armoniosa, pero las curvaturas son exageradas y el cuerpo ofrece la sensación de estar plegado y encogido.

Admitiremos que, en reposo, la musculatura posterior no puede retener el cuerpo que cae hacia delante; la retracción pasiva, acción normal en el individuo, provoca una contracción en estos mismos músculos y son llevados a un estado de inercia en posición acortada.

También en este momento, a pesar de la falta de tensión, encontramos el punto de partida del proceso que justifica el método de F. Mézières, su principio fundamental, el de la falta de longitud de los músculos posteriores, carencia que provoca lordosis. Pero en este caso concreto, ¿por qué sólo los músculos posteriores?

En la figura 5, vemos la postura llamada "asténica", en la que el individuo parece hundirse, aplastado por la gravedad. Nos gustaría enderezar esta postura que ofrece la imagen de una columna vertebral que se hunde, tensando los tirantes posteriores, musculándolos; pero esta postura es, antes que nada, una postura de pie en una relajación exagerada.

Insidiosamente, provoca un acortamiento muscular, que afectará sobre todo a la parte posterior. Esta vez, F. Mézières explica el hecho utilizando nuestro proceso de funcionamiento.

En su *Révolution en gymnastique orthopédique* escribe:

Cada vez estamos más dispuestos a admitir la lordosis como origen de las desviaciones si consideramos que no sólo la postura normal de pie la provoca, sino también porque no puede efectuarse ningún gran movimiento de los miembros o del torso sin caer en una compensación lordótica (y entrenamiento de los músculos lordosantes).

La elevación de los miembros superiores sólo es posible hasta los 150 o 160°. Por encima de esta angulación, se provoca una lordosis. Su rotación hacia fuera provoca la desaparición o la inversión dorsal (por lo tanto, la lordosis). Las articulaciones coxofemorales sólo permiten la abducción hasta los 45° y la rotación externa, posible hasta los 60°, casi nunca se alcanza.

La lordosis, inevitable por encima de estas angulaciones, puede producirse a niveles diferentes. Por esto, la escuela italiana de danza clásica adopta la forma de silla dorsal, mientras que la francesa, la suaviza en los lomos para extenderla hasta la región dorsal.

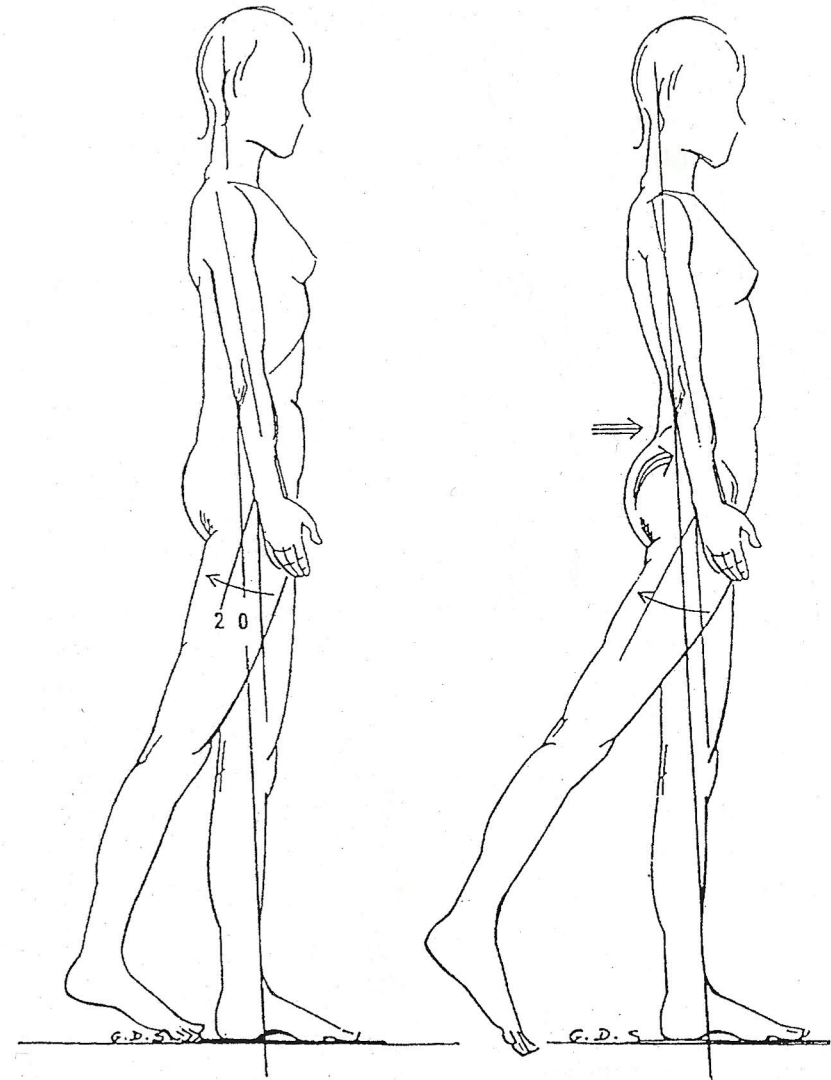


Figura 6a. La extensión de la cadera es limitada. La participación del raquis es necesaria; una basculación de la pelvis hacia delante y la hiperlordosis lumbar aumentan la extensión coxofemoral.

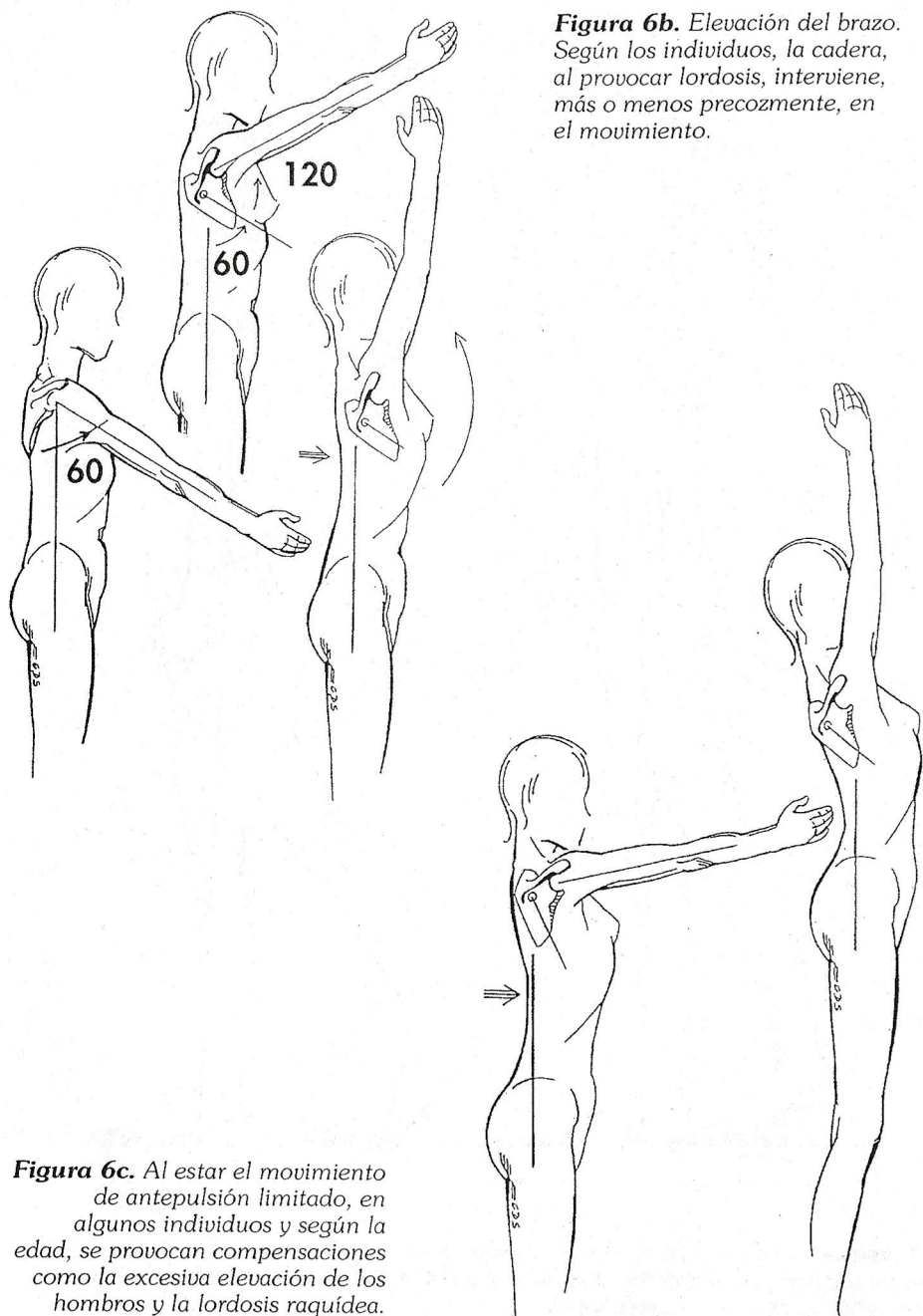


Figura 6b. Elevación del brazo. Según los individuos, la cadera, al provocar lordosis, interviene, más o menos precozmente, en el movimiento.

Figura 6c. Al estar el movimiento de antepulsión limitado, en algunos individuos y según la edad, se provocan compensaciones como la excesiva elevación de los hombros y la lordosis raquídea.

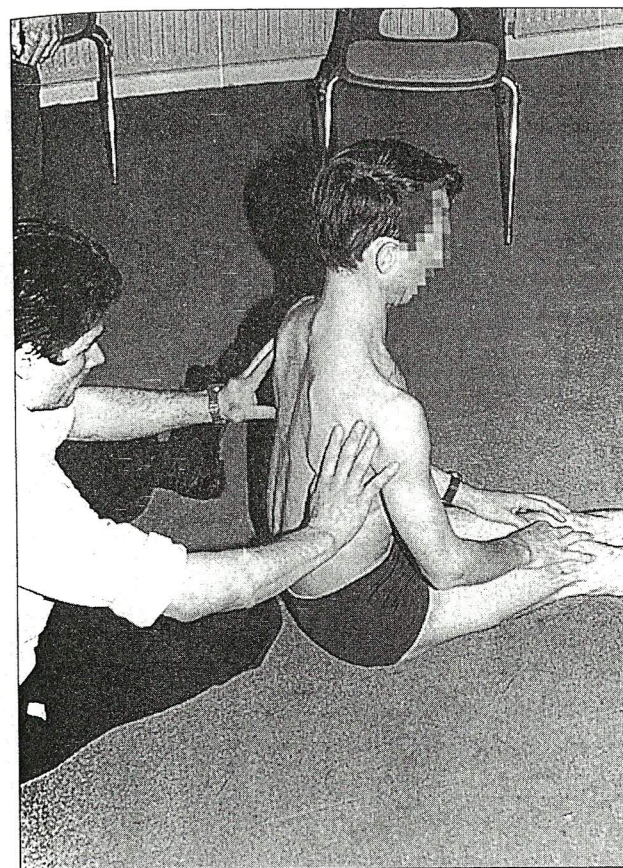
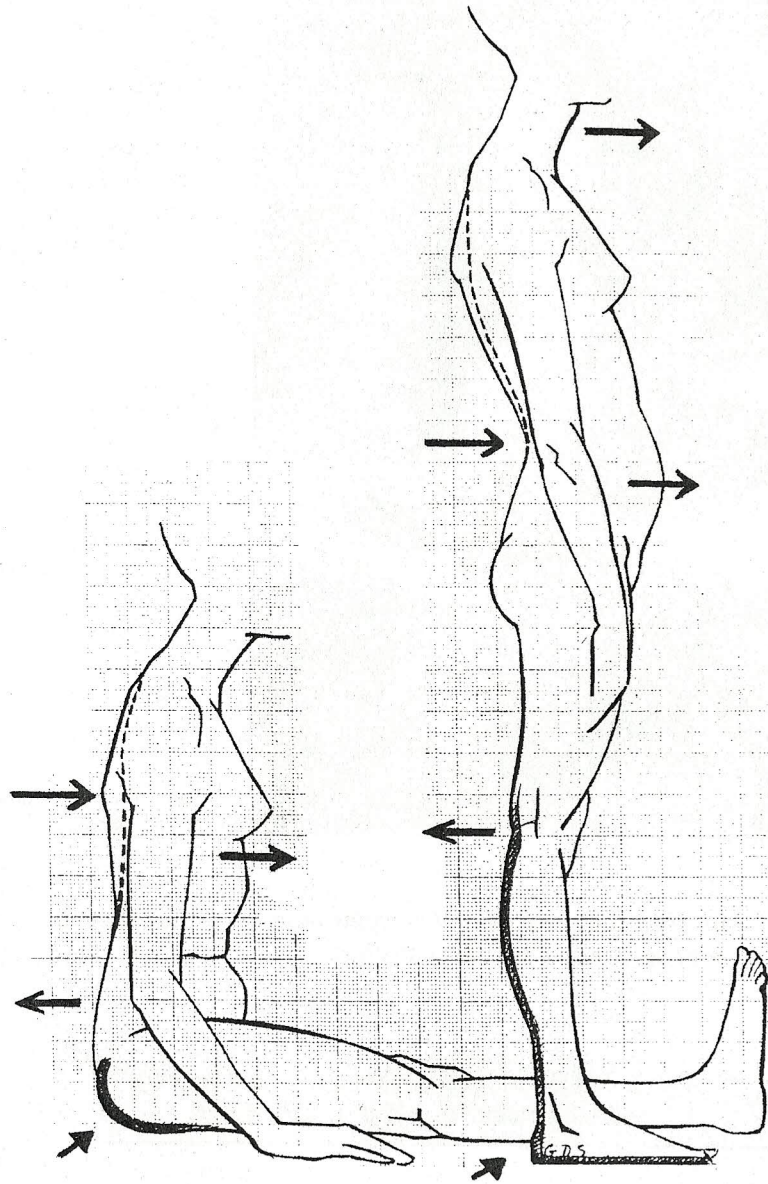


Foto 7a. Movilidad de la lordosis.

Por otra parte, éstas son lordosis obligatorias para los bailarines y los acróbatas que se ven muy afectados por ellas.

Movilidad de la lordosis y solidez del tronco y de los miembros (figuras 7, 8 y 9)

De nada sirve estirar una única curvatura lordótica, ya que se desplazará. Es necesario estirarlas todas al mismo tiempo para recuperar la longitud deseada del "cable", es decir, del conjunto muscular en pérdida de elasticidad.



Figuras 7b y 7c. Los trazos oscurecidos indican zonas de tensión, particularmente afianzadas, que impiden que el tobillo y la cadera se doblen.

Como vemos en la foto 7a y en las figuras 7b y c, variando las posiciones, aquí de la posición sentada a la posición de pie, vemos cómo la lordosis se desplaza.

La lordosis, que en este caso es lumbar en la posición de pie, se desplaza hacia la zona dorsal en posición sentada.

Sucede que la columna vertebral se desplaza lateralmente y se tuerce si no puede controlar la tensión en el plano sagital. Es importante precisar que los miembros, que también entran en estos esquemas de tensión-compensación, se ven atraídos al igual que la columna vertebral por esta misma cadena muscular con deficiente elasticidad.

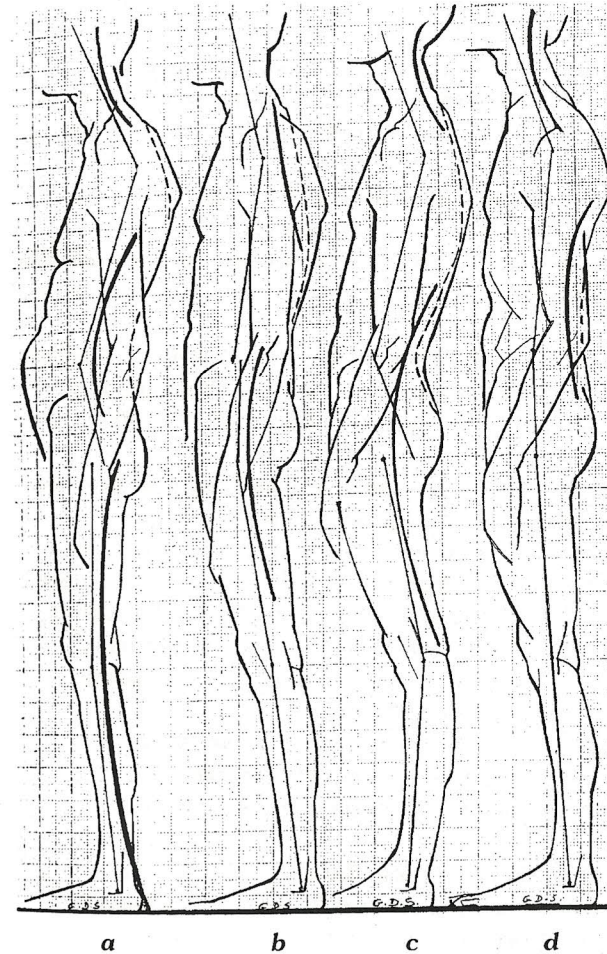


Figura 8. Diversidad de deformidades según el resultado de las adaptaciones y de los compromisos.

Observemos que podemos considerar este impulso de la pelvis hacia delante, visible en la figura 7c, como una lordosis coxofemoral.

En efecto, en el dibujo de la posición sentada (figura 7b), el trazo oscurecido en la parte posterior de la cadera indica una zona en la que la tensión está particularmente afianzada, y se evidencia por esta posición sentada. La "lordosis coxofemoral", visible en la postura de pie, no se deja estirar en la posición sentada y desde ese momento la pelvis bascula hacia atrás, colocando la columna lumbar en cifosis para no tener que doblarse en la zona de la cadera.

En el dibujo en posición de pie (figura 7c), el trazo oscurecido en la parte posterior de la pierna, del talón y de la bóveda plantar indica otra zona de tensión posterior, particularmente acusada en este individuo. Ésta impide que el tobillo se doble y sitúa la articulación tibiotarsiana en una posición de relativa extensión; esta persona inclinará la pierna hacia atrás cuando no pueda apoyarse en la punta de los pies, al llevar tacones altos. Su recurvatum no es el resultado de un déficit de extensión adelante a nivel de la rodilla, sino hacia atrás a nivel del tobillo.

En conclusión, «Todo es lordosis», decía F. Mézières, lordosis cervicales, dorsales, lumbares, incluyendo los miembros inferiores (figura 8).

La tensión existente en los músculos posteriores se concentra en los talones, en la cadera, en la espalda, en la nuca. Negocia con nuestras estructuras óseas la elasticidad de que carece.

Subordinada a la rigidez articular, a los imperativos del equilibrio en posición de pie o en las diversas posiciones adoptadas por el cuerpo, determina la variedad de nuestras deformidades según el resultado de las adaptaciones y de los compromisos.

Figura 8a. Aquí, en relación con la figura 8c, la rodilla tirante no permite el retroceso hacia atrás. En individuos de más edad, con mayor rigidez muscular, la solución se encuentra en la flexión cuando el cuerpo adopta una lordosis "femorotibial". Por otra parte, el tronco inclinado busca en esta misma inclinación hacia atrás suplir la falta de longitud de las estructuras musculares posteriores de la pelvis. Todo esto tiene como consecuencia una pérdida de equilibrio, que le lleva a encontrar cómo avanzar la cabeza para no caerse y de aquí surge esta cifosis secundaria, compensatoria.

Figura 8b. La lordosis es coxofemoral, el avance de la pelvis está provocado por la tensión de los músculos extensores de la cadera.

Figura 8c. Lordosis coxofemoral y tibiotarsiana como en el caso de las figuras. 5, 7b y 7c.

Figura 8d. ¿Qué decir de esta postura particularmente paralizada?

Una zona dorsal media "rota" entre dos zonas dorsolumbares y cervical, hundidas y bloqueadas en una lordosis.

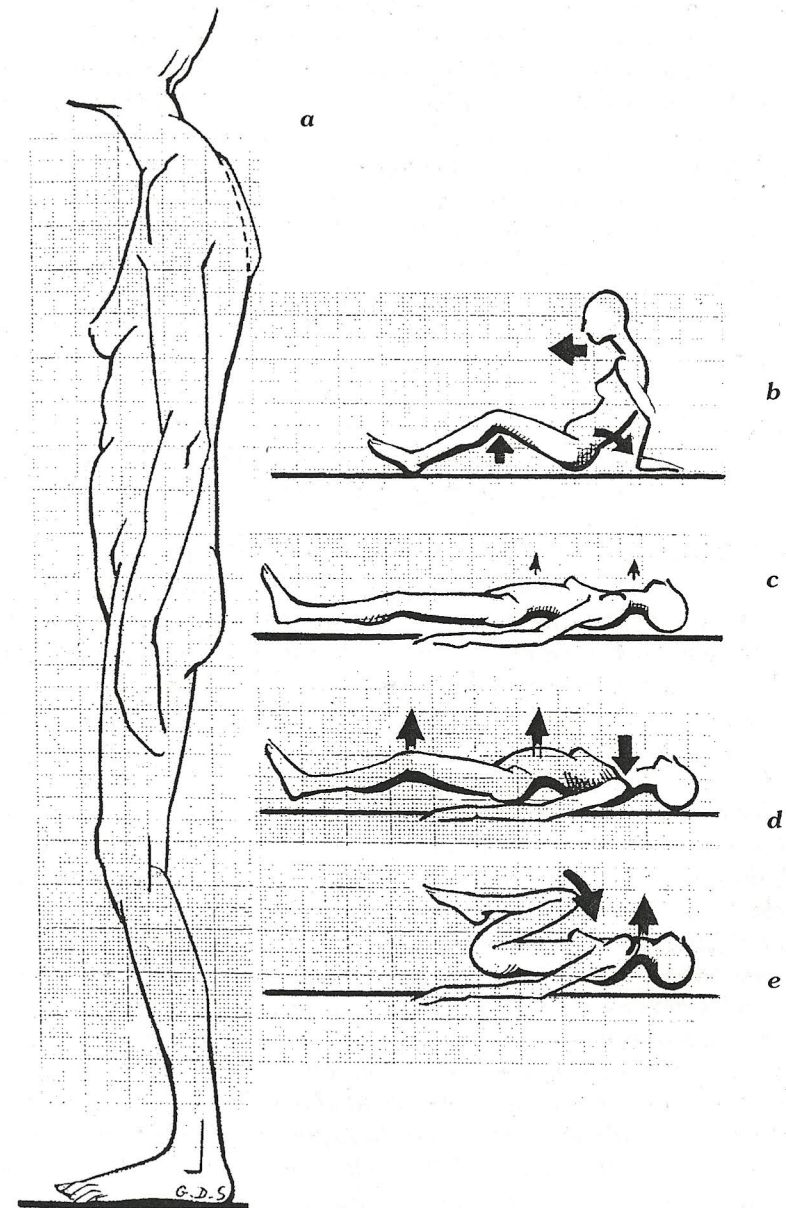


Figura 9. ... estábamos absolutamente convencidos de la exactitud de los principios ortodoxos según los cuales la gravedad es el enemigo número uno.

Todo es lordosis. F. Mézières propone otro punto de vista: cada postura puede ser vista, analizada como acabamos de hacerlo; pero para las "tensiones" como la de la foto 7a (una tensión sentada con las piernas estiradas), F. Mézières observa y confirma este proceso. Proceso que no tiene nada que ver con un hundimiento del cuerpo a consecuencia de las fuerzas de gravedad; las que lo provocan son fuerzas intrínsecas, derivadas de un combate entre "cables y armazones". Un armazón óseo que se esfuerza, tanto como puede, en erguirse hacia y contra todo.

En un artículo aparecido en *Les Cahiers de la Méthode naturelle*, 1.º trimestre 1973, febrero, bajo el título "Méthodes orthopédiques, kinésithérapiques et fonction sympathique", F. Mézières habla del origen de su método:

Cuando una mañana de primavera de 1947, vimos entrar en nuestro gabinete a una paciente que presentaba una acusada cifosis, nosotros no dudábamos en absoluto de nuestra profesión ni de la gran cantidad de enfermos que habían sido curados.

Se trataba de una persona longilínea, muy alta y muy delgada. Un corsé de cuero y hierro habían causado, no el entorpecimiento alcanzado ya en el progreso, decididamente inexorable, de su mal, sino unas equimosis en las caderas y alrededor de los hombros, además de tener siete vértebras en carne viva al igual que el ángulo inferior de los omóplatos.

Pero la enferma no se quejaba y venía porque ya no podía levantar los brazos ni trabajar.

Naturalmente, intentamos los ejercicios de "enderezamiento" y el trabajo de las dorsales para fortalecer los "extensores" de la espalda; pero la rigidez era tal que nada resultaba. Colocando a nuestra paciente en decúbito dorsal, presionamos sobre los hombros y vimos, con gran sorpresa, que se producía una enorme lordosis lumbar, aunque, cuando se examinaba a la paciente de pie, ésta sólo presentaba una cifosis dorsal (figura 9d).

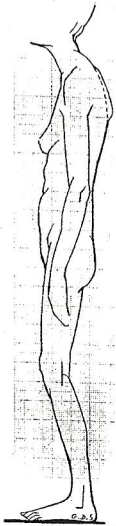
Para evitar añadir otro mal al ya existente, basculamos la pelvis hacia atrás acercando las rodillas al abdomen y, ante nuestra nueva sorpresa, vimos como la hiperlordosis dorsal desaparecía apareciendo en la nuca; la cabeza quedaba hacia atrás, siendo imposible acercar el mentón al cuello (figuras 9d y 9e).

El hecho era claro, pero ante su complejidad decidimos no fiarnos sólo de nuestros ojos y, finalmente, repetimos la experiencia delante de un colega. En efecto, en aquel momento dábamos clases en la Escuela francesa de ortopedia y masaje y en la Escuela de la Salpêtrière, y estábamos totalmente convencidos de la exactitud de los principios ortodoxos según los cuales la gravedad era el enemigo número uno de nuestra estática y los músculos antagonistas de ésta eran los dorsales y los abdominales,

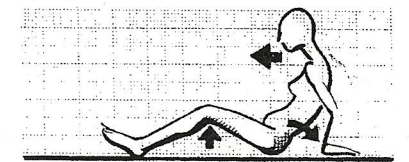
ayudados por una sólida constitución que favorece la oxigenación; nosotros no dudamos en aplicar todos estos principios magistrales y universales, pero erróneos, adoptando astutamente, según los casos, este plan: abdominales, dorsales, respiración.

Este programa pertenecía a todas las gimnasias, pues tanto en el hospital como en la escuela, en la playa, en el ejército e incluso en la televisión se nos muestra su aplicación con motivo del entrenamiento de cualquier disciplina deportiva... En fin, seguros de que nuestros ojos no nos engañaban, llegamos a las conclusiones necesarias para establecer el tratamiento. Puesto que la corrección de la cintura escapular implica una hiperlordosis lumbar y que ésta se desplazaba hacia el cuello, tuvimos que admitir para este caso lo que ahora enunciaremos como una ley:

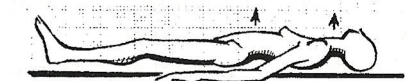
Repetición de la figura 9a



Todo acortamiento parcial de la musculatura posterior implica un acortamiento de todo el conjunto de esta musculatura, ya que el estiramiento de la curvatura se traduce por un acortamiento de la curvatura cervical. La ley es que el alargamiento de un músculo posterior cualquiera implica el acortamiento del conjunto de la musculatura posterior.



9b



9c



9d



9e

Ahora sabemos que los miembros inferiores tienen el mismo comportamiento y que actúan sobre la espalda, de modo que el hueco poplíteo representa, para nosotros, una tercera lordosis psicológica.

Así pues, para este individuo, ningún músculo posterior era

demasiado débil ni demasiado largo, incluso en la región cifótica; al contrario, todos eran demasiado cortos, rígidos y tensos. El individuo no se ve "aplastado" por la ley de la gravedad sino encogido por su propia fuerza, la de sus dorsales. Por lo tanto, en lugar de reforzar esta musculatura, se debe ablandar estirándola de un extremo a otro del raquis, como si se tratara de una lordosis, aunque al principio de la enfermedad el enfermo sólo presentaba una cifosis.»

Como describió F. Mézières, la figura 9a presenta un caso parecido: el individuo presenta un flexum en los miembros inferiores, la pelvis se encuentra en retroversión y ha desaparecido la lordosis lumbar; una cifosis dorsal que se prolonga en el segmento cervical inferior y proyecta el cuello hacia delante. Esto se ve compensado por una hiperextensión cervical alta.

En la figura 9b, sentada, piernas estiradas, el individuo se encuentra en una posición incómoda, la cifosis es total y se acentúa, mientras que las rodillas levantadas concentran en el hueso poplíteo toda la tensión posterior. Las caderas no pueden doblarse a causa de esta tensión.

En la figura 9c, el individuo está en decúbito dorsal con los miembros inferiores extendidos.

La postura corrige un poco el flexum de los miembros inferiores. Sin embargo, en provecho de esta movilidad de la lordosis, la falta de extensión se desplazará del hueso poplíteo a los lomos. Arqueados en posición de pie y sentada, los lomos se ahuecan en este momento.

En la figura 9d, los hombros se apoyan en el suelo y el cuello queda recto, acentuándose la lordosis a nivel lumbar y volviendo los miembros inferiores a estar en flexum.

En la figura 9e, los miembros inferiores están flexionados sobre el abdomen para corregir la lordosis lumbar.

Si la hiperlordosis lumbar se corrige, el individuo, más molesto por la falta de extensión global de sus músculos posteriores, limitará la extensión a nivel cervical.

2. Los músculos rotadores internos (figuras 10 y 11)

Los rotadores internos de los miembros siempre están presentes cuando los músculos posteriores se tensan, es decir, que la lordosis está asociada a una pérdida de elasticidad de los músculos rotadores internos de la coxofemoral de los hombros.

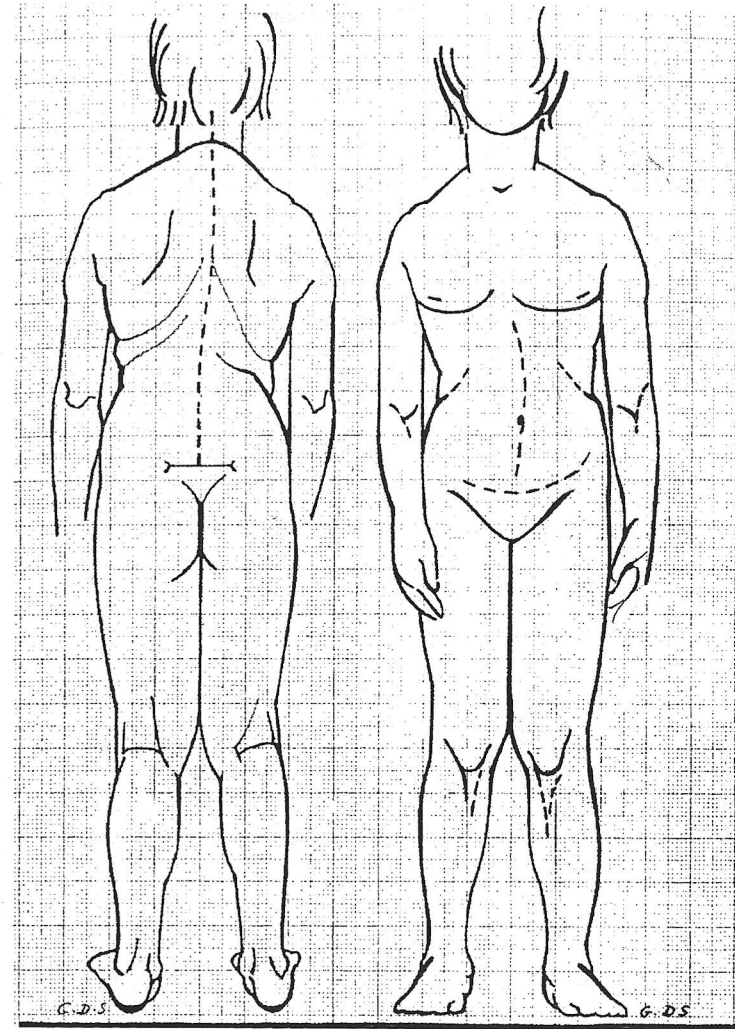


Figura 10. Clara rotación interna del fémur, la meseta tibial gira hacia el interior y provoca unas rodillas en valgus.

Sin embargo, si a nivel de los miembros inferiores, los rotadores internos determinan la torsión hacia el interior del fémur, debemos recordar que en este grupo muscular figura el músculo tensor de la fascia lata, que desciende por su aponeurosis hasta la tibia y tiende a girarla hacia el exterior.

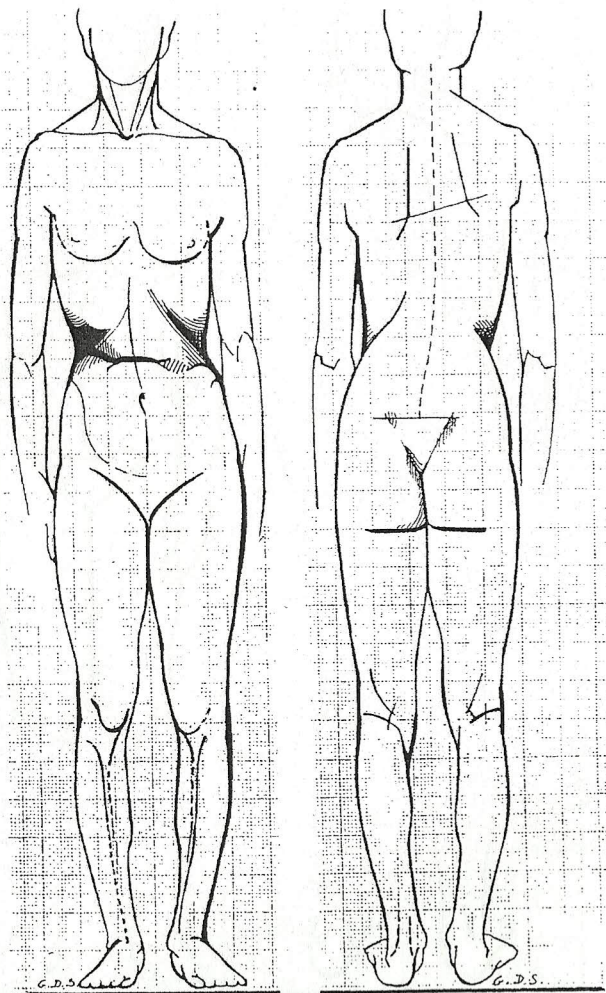


Figura 11.
Clara rotación
interna
del fémur,
la meseta
tibial gira
hacia el
exterior y
provoca unas
rodillas
en varus.

Esta malposición es muy visible en la figura 11.

Los dos casos ilustrados por las figuras 10 y 11 presentan una clara rotación interna del fémur, ocasionando un valgus del calcáneo con, como consecuencia, un pie plano, pie debilitado por el ligamento defectuoso de los segmentos óseos y no por la insuficiencia muscular; por lo tanto, la musculación es, en este caso, inútil.

Unidos a factores individuales, las tibias se comportan de modo diferente en ambos casos.

En la figura 10, las tibias están inclinadas, la meseta tibial gira hacia el interior, o sea, hacia el eje medial del cuerpo, y provoca unas rodillas en valgus.

En la figura 11, mientras que el fémur está claramente en rotación interna, la tibia se ve atraída hacia el exterior. Esta traslación da a la pierna una conformación en varus.

3. El músculo diafragma (figura 12)

El músculo diafragma interviene en la estática e influye en la morfología. No repetiremos los músculos lordosantes que todo cinesiterapeuta conoce, sino sólo uno que siempre olvidamos, el diafragma, músculo de la función respiratoria que, según F. Mézières, también interviene en la estática vertebral.

El diafragma, que presenta intrincadas inserciones con los músculos psoas, determina una lordosis alta y corta, que mira hacia arriba. Mientras que el psoas engendra una lordosis más orientada hacia abajo. Estos dos músculos, dice F. Mézières, actúan en sinergia con el conjunto de los músculos posteriores.

Los ejemplos de las figuras 12a y b muestran individuos en tensión diafragmática y del psoas, asociada a una tensión posterior global. La lordosis dorsolumbar es fuerte en ambos casos. Otras causas intervienen, determinando el diálogo particular instaurado por cada persona entre músculos y armazón. De estos compromisos individuales resultan, para un mismo proceso, formas diferentes.

Extraído del artículo de F. Mézières aparecido en *Les Cahiers de la Méthode naturelle*, 1.º trimestre 1973, febrero:

Nosotros no consideramos al diafragma como motor de la ventilación pulmonar, que no nos interesa. Nosotros lo consideramos como la base de la caja torácica y sabemos que se arquea cuando las costillas también se arquean. De modo que los movimientos de gran amplitud, que los clásicos le hacen ejecutar cuando está deformado, lo deforman todavía más y, con él, las costillas de la caja torácica.

F. Mézières hace espirar al sujeto durante el esfuerzo, ya que el bloqueo en la inspiración provoca crispación, una actitud de defensa, una compensación. El diafragma debe soltarse para que no fije, al bloquearse, las costillas deformadas y la columna con lordosis. El terapeuta controlará la libertad del diafragma para que no entorpezca el trabajo.

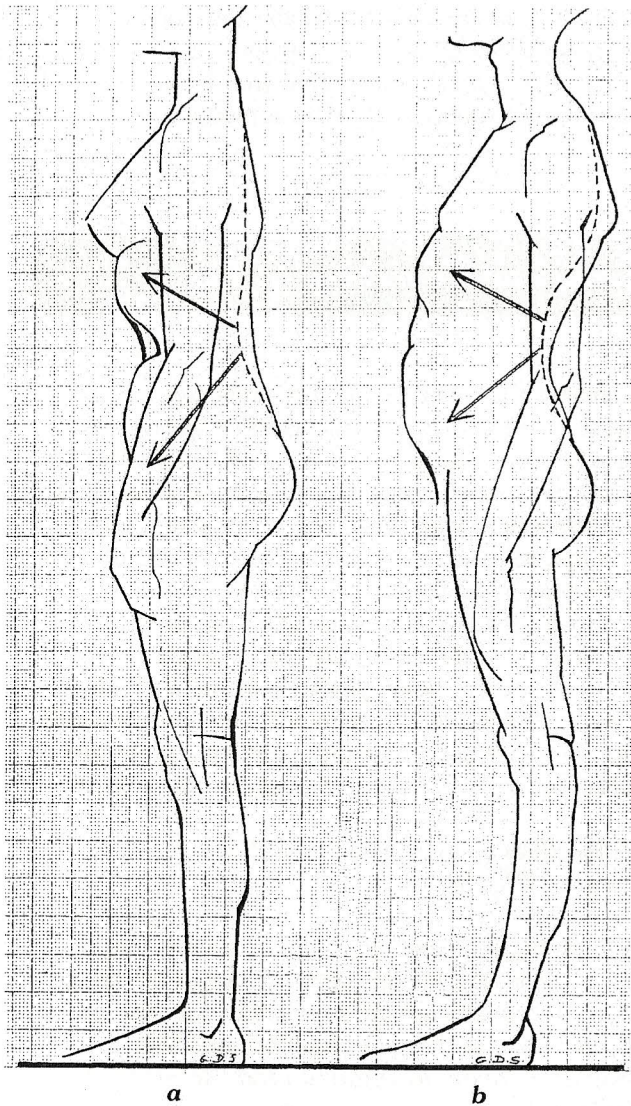


Figura 12.
El músculo diafragma interviene en la estática e influye en la morfología.

En otro artículo del 4.º trimestre de 1972, "Importance de la statique cervicale", leemos:

Vemos aumentar la capacidad torácica y cómo se reeduca la respiración espontáneamente cuando se reforma la caja torácica suprimiendo lo que

dificultaba la respiración, es decir, cuando se estiran totalmente los músculos posteriores liberando el diafragma.

Finalizamos este párrafo con un resumen de la conferencia de F. Mézières, realizada en 1967. En este texto, precisa su idea en cuanto a clasificar al diafragma entre los músculos de la estática y su influencia sobre la morfología del tronco.

Como fondo de la caja torácica, está vinculado con las partes que le son contiguas, cuyo arqueado lo deforma, y recíprocamente su propio arqueado se opone a la corrección de las partes adyacentes.

Así se explican los agravantes resultantes de la gimnasia respiratoria. Lejos de intentar corregir el movimiento respiratorio, se debe liberar. Es necesario no tolerar ninguna suspensión del ritmo respiratorio durante los ejercicios que, normalizando las partes contiguas al diafragma, corrigen, al mismo tiempo este músculo. Mediante la normalización de la forma orgánica se normaliza la función, contrariamente a las costumbres instituidas.

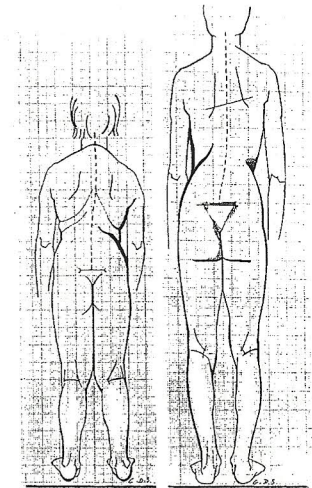
CAPÍTULO 2

CONSIDERACIONES DIVERSAS

1. El músculo dorsal ancho

Insistiendo en los ejemplos 10 y 11, el músculo dorsal ancho se manifiesta principalmente a la derecha en el ejemplo de la figura 10 y a la izquierda en la figura 11.

Además del conjunto de los músculos citados anteriormente, la cadena de tirantes posteriores, los rotadores internos, el diafragma en sinergia con el psoas, debemos centrar nuestra atención en el dorsal ancho, ya que también se encuentra entre las sinergias musculares deformantes al principio de las pérdidas de elasticidad posteriores.



Repetición de las figuras 10 y 11. El músculo dorsal ancho entra en las sinergias musculares deformantes...

2. No existe una buena sujeción de la cabeza sin cuádriceps

Esta afirmación es muy interesante, aunque aparentemente no tiene fundamento, y ha sido constantemente verificada durante nuestras observaciones y aplicaciones.

F. Mézières ve el interés y el funcionamiento de los cuádriceps como parte integrante de su método de la siguiente manera:

(Extracto de la conferencia realizada en 1967)

El cuádriceps, músculo de la estática. En realidad, el cuádriceps es también un músculo de la estática y pienso, incluso, que es el principal en esta función. Sólo considerándolo así podemos actuar con utilidad. En efecto, constatamos que, cuando se impiden simultáneamente las lordosis y las rotaciones internas de los miembros —lo que tensa todo el cuerpo y lleva a cabo la única y verdadera “elongación”— la contracción del cuádriceps es de gran intensidad, tanto cuando toma como punto de apoyo la pelvis para mantener las piernas en escuadra en posición de decúbito dorsal, como cuando toma como punto de apoyo la tibia y el fémur para mantener el tronco vertical (en posición sentada).

Entonces nos damos cuenta de que su trabajo es más dificultoso cuanto más nos esforzamos por colocar el occipucio hacia arriba en el plano del escapular y del sacro. Única posición correcta de la cabeza que estira el raquis hacia arriba.

De aquí la regla: **NO EXISTE UNA BUENA SUJECIÓN DE LA CABEZA SIN CUÁDRICEPS.**

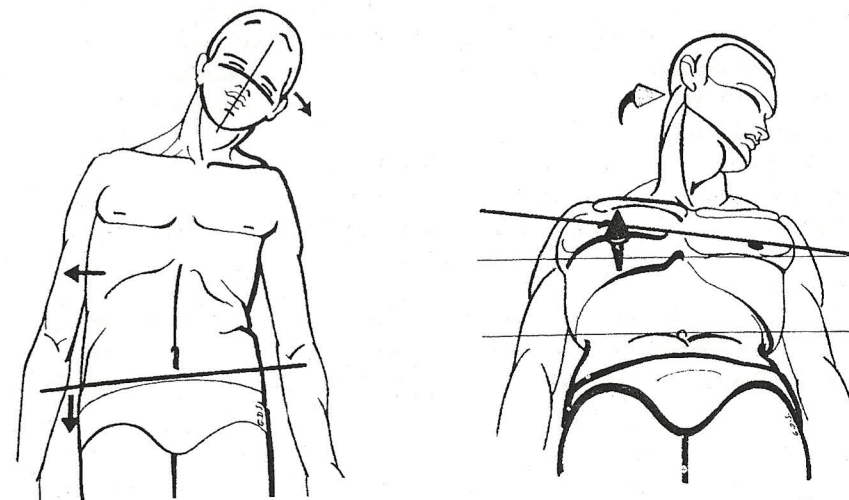
Pero, además de ser indispensable para la marcha y la postura estática correcta, el cuádriceps también es requerido para la movilidad de los segmentos más alejados: movimiento de la cabeza y de los dedos de los pies; la utilización de estos movimientos es, clínicamente, muy eficaz. La atrofia y la parálisis de este músculo es recuperable con estos ejercicios.

Como regla: **SÓLO EL TRABAJO ESTÁTICO** —sea para mantener la posición inicial mientras que, a distancia, se produce un movimiento, sea para que se pueda prolongar la fijación de esta posición— **ES OPERATIVO.**

3. Efectos de las posturas de la cabeza sobre el tórax e importancia de la estática cervical (figuras 13 y 14)

Extracto de la conferencia realizada por F. Mézières en 1967:

Los medios para formar (o deformar) el tronco, parcialmente o en su totalidad:



Figuras 13 y 14. La flexión lateral de la cabeza y la rotación influyen en el tórax.

- 1.º) La elevación del occipucio en el plano del escapular y del sacro implica la elevación de toda la pared anterior del tórax, elimina la lordosis cervical, aumentada, por compensación de la lordosis lumbar que se extiende hasta la región dorsal. Esta inversión de la curvatura dorsal, que es responsable de la proyección hacia delante de la región submamárea, debe ser corregida.
- 2.º) La flexión lateral de la cabeza (figura 13). Produce, en el lado contrario, una expansión del contorno lateral (que se hace convexo), mientras que en su lado el contorno lateral se arquea. Esto implica, en el mismo lado, una elevación de la pelvis, seguida de un acortamiento de los miembros inferiores de ese lado.
- 3.º) La rotación lateral de la cabeza (figura 14). Produce, en el lado contrario, una elevación anterior del tórax. El hombro del lado opuesto a la rotación es impulsado hacia delante, lo que debe impedirse.

Siguiendo con el tórax, F. Mézières añade que:

Sólo por los músculos cervicales se puede aumentar el volumen anterior y lateral.

Trabajando el cuello y manteniendo el estiramiento a nivel de los miembros, de los músculos posteriores y de los rotadores internos, F. Mézières controlaba constantemente el comportamiento del tórax. Este comportamiento es interesante; las últimas compensaciones, cuando la cadena de los músculos

posteriores y rotadores internos es estirada por sus dos extremos, se camuflan en inflexiones anteroposteriores, laterales y rotaciones a nivel dorsal y torácico. El estiramiento puede dar algún resultado cuando se impiden todas las compensaciones. Así, para conseguir compensaciones es necesario corregir continuamente los gestos torácicos y, para conseguirlo, se utiliza el posicionamiento de brazos y cuello.

Conclusión importante:

F. Mézières nos habla en su conferencia de la importancia de la estática cervical:

Descifrando más fácilmente la expresión del modelo corporal, hemos constatado que los dismorfismos se producen, la mayoría de las veces a partir de la cabeza y no a partir del apoyo en el suelo, como se acostumbra a pensar.

4. La morfología perfecta (figuras 15a, 15b y 15c)

Françoise Mézières perseguía un ideal morfológico:

En el cementerio, todos los esqueletos se parecen.

Con esto explicaba que nuestras diferencias están asociadas a nuestros dismorfismos cuando nuestros músculos se encuentran en acción y reacción. Nuestro armazón no debería someterse a las constricciones de nuestros músculos, sino, al contrario, debería subordinar a sus proporciones las estructuras elásticas que lo visten, con lo que se conseguirían armoniosas formas.

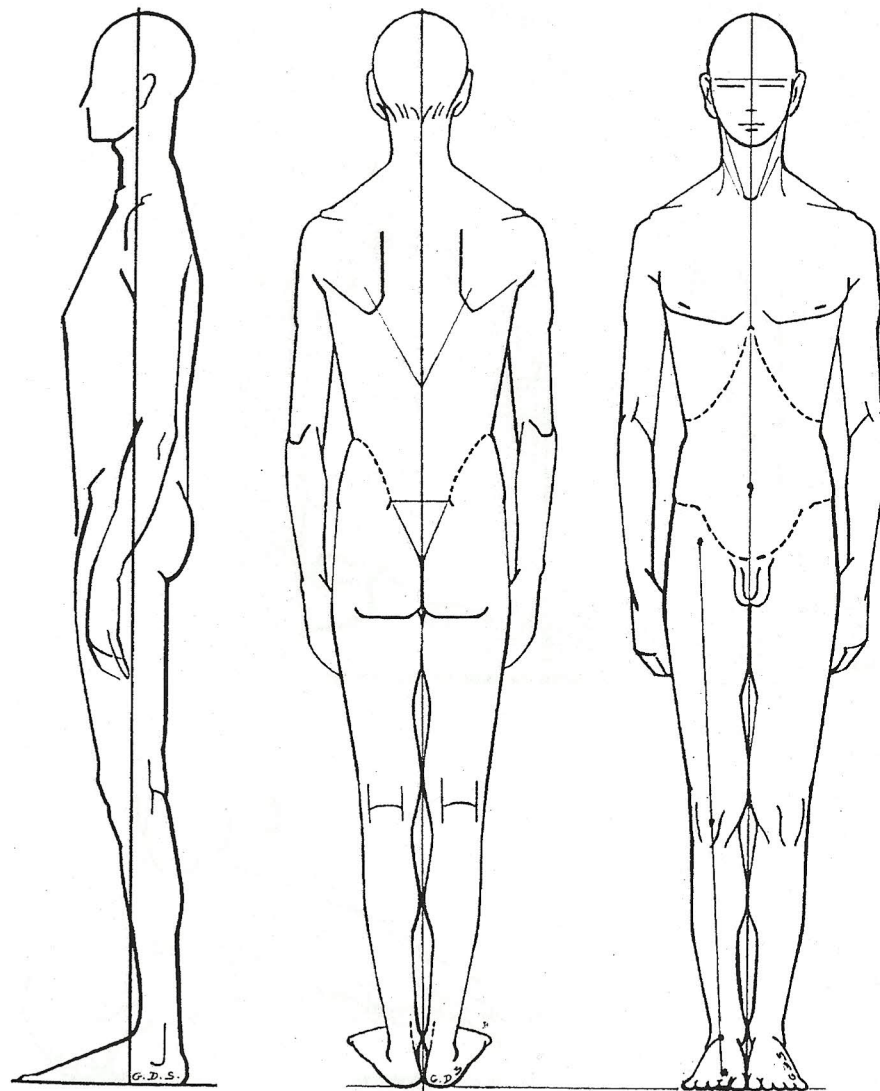
Para F. Mézières, la imagen de la forma armoniosa debe estar siempre presente en la mente del especialista, cuando trabaja la recuperación de los segmentos.

En un artículo escrito en *Cahiers de la Méthode Naturelle*, 1.º trimestre 1973, febrero, escribía:

Todos disponemos de medios simples y naturales: todos tenemos ojos y también un sentido innato de la belleza. Al igual que el oído diferencia las notas rítmicas de las notas falsas, el ojo debe reconocer la forma sana y el dismorfismo.

Françoise Mézières tenía claro que:

La salud es el resultado de la forma perfecta.



Fig

Figuras 15a, 15b y 15c. La morfología perfecta.

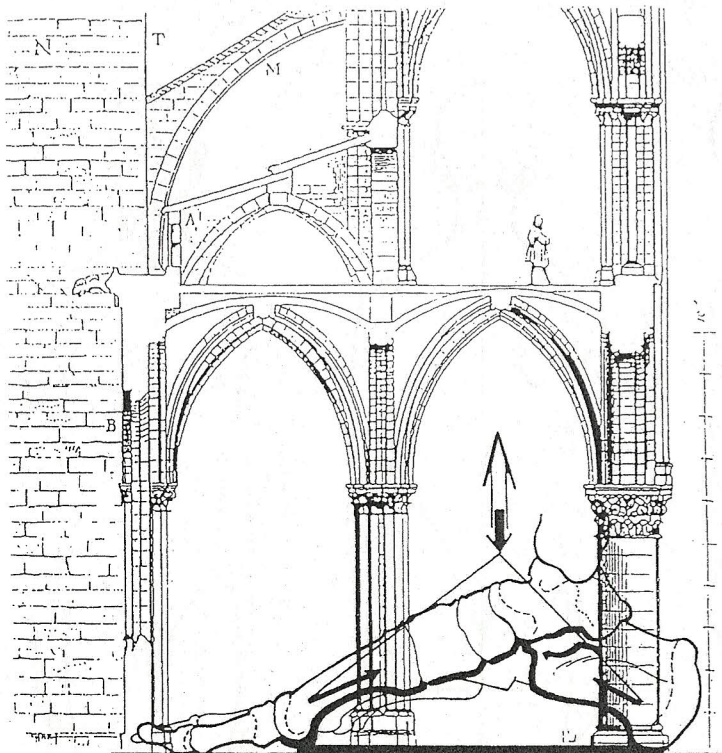


Figura 16a. El arco plantar es parecido a un arco gótico.

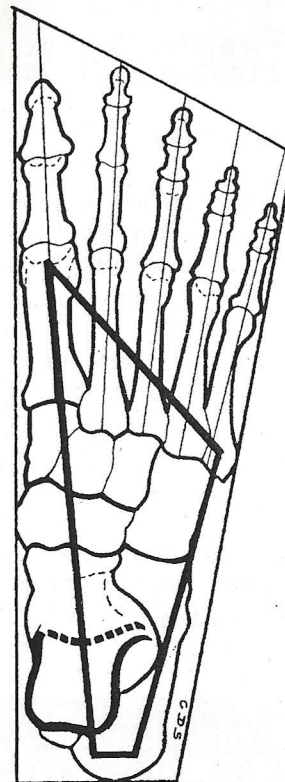
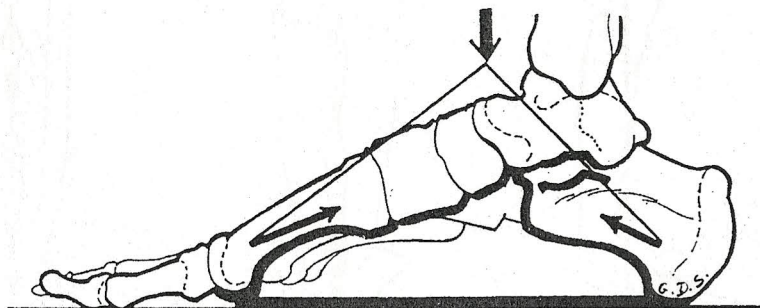


Figura 16b. Cuando el pie presenta un eje correcto, los dedos se separan.

Se preocupaba por un ideal de armonía y de belleza de las formas humanas. Con esta idea elaboró su método.

En este orden de ideas, F. Mézières nos decía que la estructura del arco plantar era parecido a un arco gótico (figura 16a).¹ El centro del arco era sostenido por la presión ascendente que recibe de sus pilares. Cuanta más carga reciben los pilares, más sube el arco.²

Así, F. Mézières nos enseñaba que la gravedad no aplasta el arco plantar, sino que lo eleva. Cuando el arco del pie se aplana en el suelo, es porque los pilares, sin un centro sólido, ceden. Es la rotación interna del fémur la que hace bascular al pie y aplana el calcáneo.

F. Mézières destaca que el pie aparentemente plano de las personas que andan con los pies descalzos debe esta apariencia al hecho del desarrollo de una capa córnea y no a un verdadero hundimiento.

Cuando el pie presenta un eje correcto, se apoya hacia atrás sobre las dos tuberosidades posteriores e inferiores del calcáneo y, hacia delante, por la parte interna sobre la cabeza del primer metatarsiano y, por la parte externa, sobre la base del 5.º metatarsiano (figura 16b).

Los huesos del pie se multiplican de atrás hacia delante para darle al pie una forma ensanchada en su parte anterior. En la prolongación de los metatarsianos, las falanges estarán correctamente centradas si siguen separándose en la prolongación del eje general del pie que se ensancha, como un abanico, hasta la punta de los dedos. Este ensanchamiento debe respetarse.

El método Mézières trabaja mucho sobre la realineación de los dedos, generalmente deformados y, sobre todo, con poca habilidad para alinearse según el eje de los metatarsianos.

¹ El arco gótico ha sido extraído de la *Encyclopédie médiévale d'après Viollet Le Duc*, Tomo I.

² F. Mézières: "Los pies planos" en *Les Cahiers de la Méthode Naturelle*, n.º 49-2.º trimestre 1972.

5. Algas del sistema locomotor y reflejos antálgicos, "El reflejo antálgico a priori"

No podemos hablar del método Mézières pasando por alto su "teoría del reflejo antálgico a priori".³

En la zona donde mella el desfallecimiento, la deformación, las algias, la paresia o la parálisis, no se debe buscar la causa en el proceso degenerativo, ni tampoco la cura. La alteración es el final de un proceso iniciado anteriormente. Estas manifestaciones son sólo los efectos de un problema oculto que se ha iniciado a otro nivel.

Fuertes o débiles, laxos o tensos, no vemos afectados y deformados por un tono muscular mal distribuido. Comprimidos por nuestra propia fuerza, intentamos escapar a las dificultades que nos ocasiona. Por lo tanto, todo se centra en intentar escapar a la tensión de nuestros músculos, en este caso posteriores, ayudados por los rotadores internos y el diafragma, o en intentar huir a priori del dolor.

Así es como aparecen nuestras deformaciones y nuestras enfermedades que, poco a poco, desencadenan tensiones que no sabemos relajar y dolor que sabemos evitar. Con ello llegamos a posteriori a posturas antálgicas.

6. "Nunca tonifico un músculo, estiro su antagonista" (F. Mézières)

El método Mézières enumera los músculos hipertónicos (o retraídos) que provocan lordosis.

Por otra parte, sus antagonistas ¿son hipotónicos? Esto suscita la siguiente pregunta: ¿Cómo tonificar los músculos flácidos?

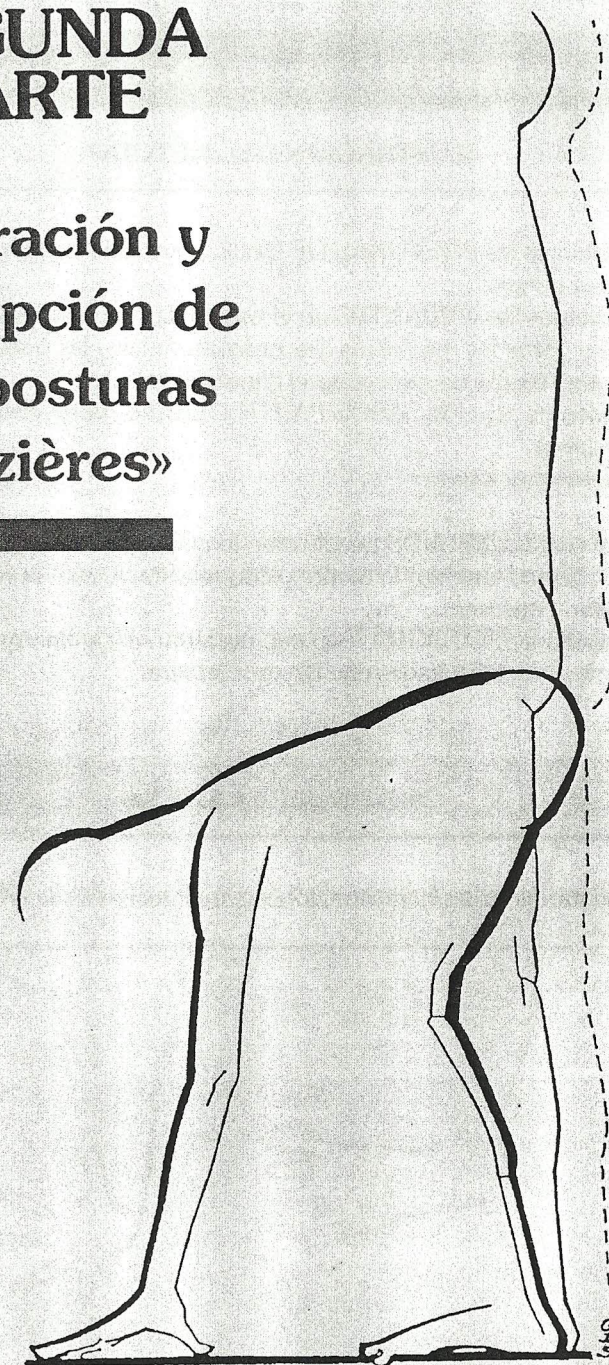
La teoría de F. Mézières referente a la recuperación de la fuerza muscular, dice así:

Si elimino el exceso de fuerza en el grupo fuerte, automáticamente esta fuerza pasa a los antagonistas débiles sin que sea necesario llevar a cabo una estimulación concreta, sino simplemente alinear segmentos (notas de clase).

³ F. Mézières: "Le réflexe antalgique a priori" en *Les Cahiers de la Méthode Naturelle*, n.º 44-4.º trimestre 1970.

SEGUNDA PARTE

Ilustración y descripción de las «posturas Mézières»



ESTRUCTURA DE LA EXPOSICIÓN

ILUSTRACIÓN DEL MÉTODO

Presentamos las POSTURAS DE BASE en el seno de las cuales se desarrolla el trabajo.

Recordamos las VARIANTES en el marco de las posturas y del trabajo de base, así como las maniobras descontracturantes y las presiones modeladoras vinculadas para guiar el alineamiento.

Recordamos algunos CASOS PARTICULARES, vistos durante nuestros cursos.

Dos demostraciones:

- con ayuda de DIBUJOS que ilustran lo que se quiere realizar, el objetivo que debemos tener en la mente y con relación al cual se debe trabajar, modelar, construir;
- con ayuda de FOTOGRAFÍAS que muestran el camino que hay que recorrer y las dificultades que hay que superar.

NOTAS EXPLICATIVAS

Comentarios de las demostraciones con el recuerdo de las ilustraciones.

A. POSTURAS DE PIE

CAPÍTULO 1

POSTURA EN POSICIÓN DE PIE, TRONCO FLEXIONADO HACIA DELANTE



ILUSTRACIÓN DEL MÉTODO

DEMOSTRACIÓN POR MEDIO DE DIBUJOS

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE.....55

VARIANTES.....61

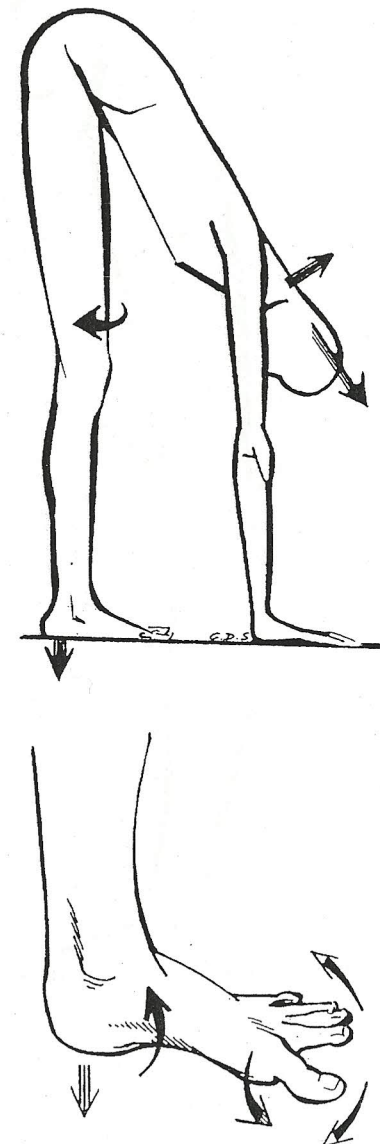
CASOS PARTICULARES.....64

1. El caso de una escoliosis64

2. El caso de una distorsión pélvica.....66

Demostración por medio de dibujos

Posición y trabajo de base



Figuras 17a y 17b. Posición de base.

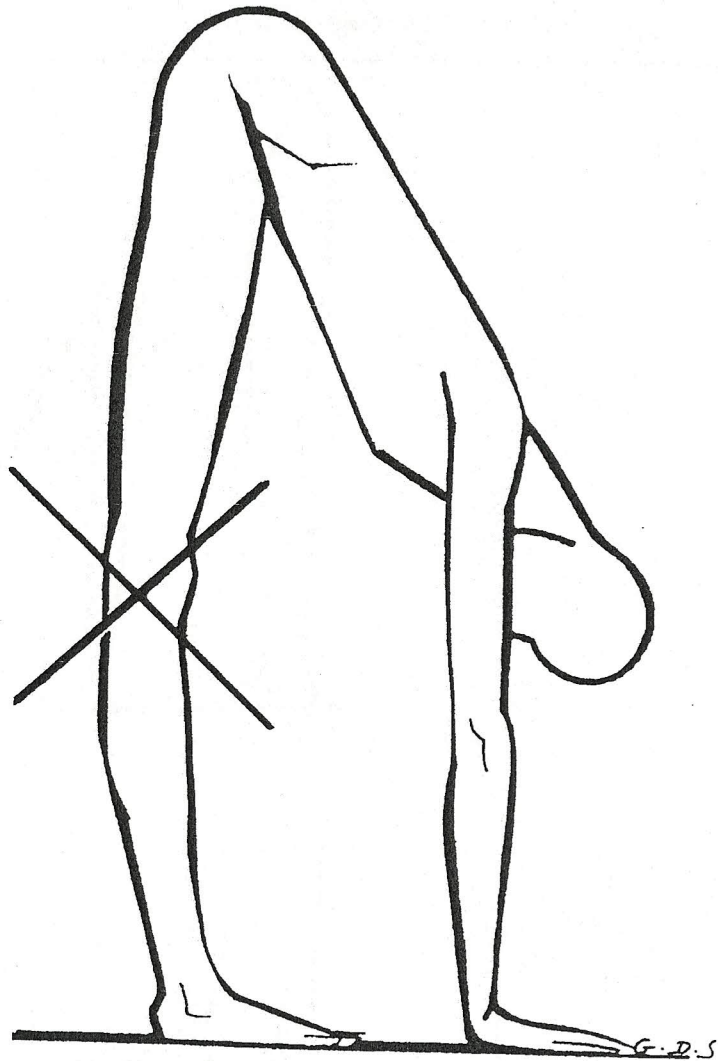


Figura 18. Recurvatum que se debe evitar.

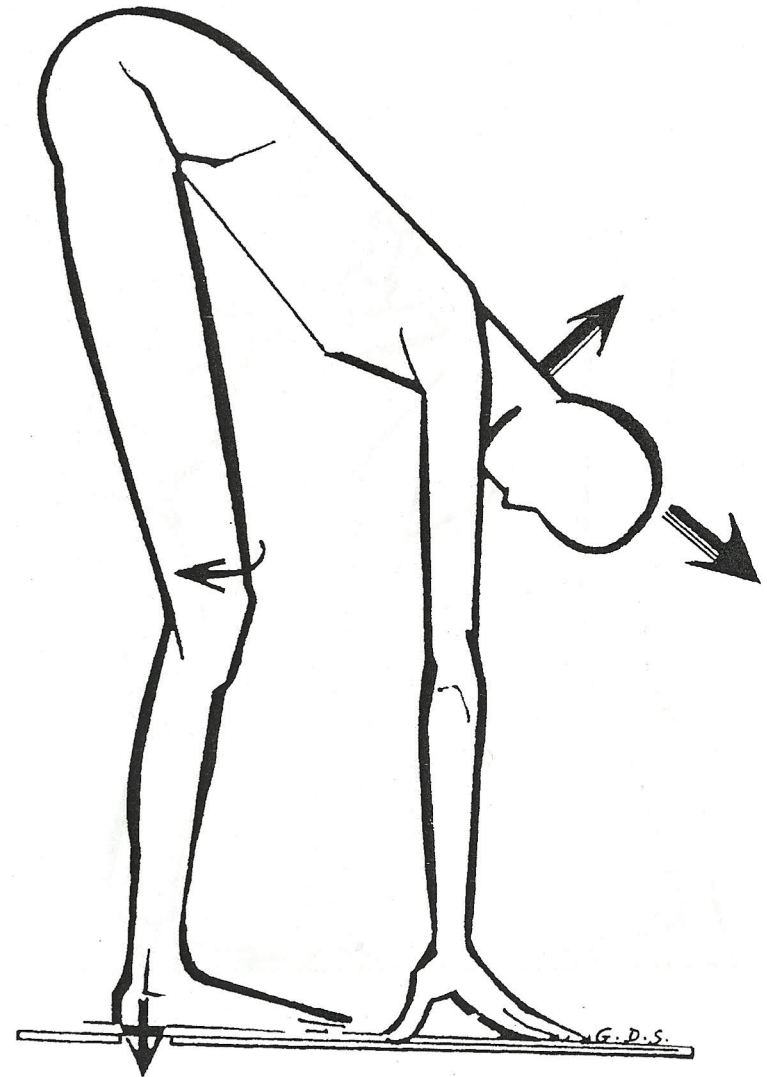


Figura 19. Desbloqueo pronunciado de la rodilla.

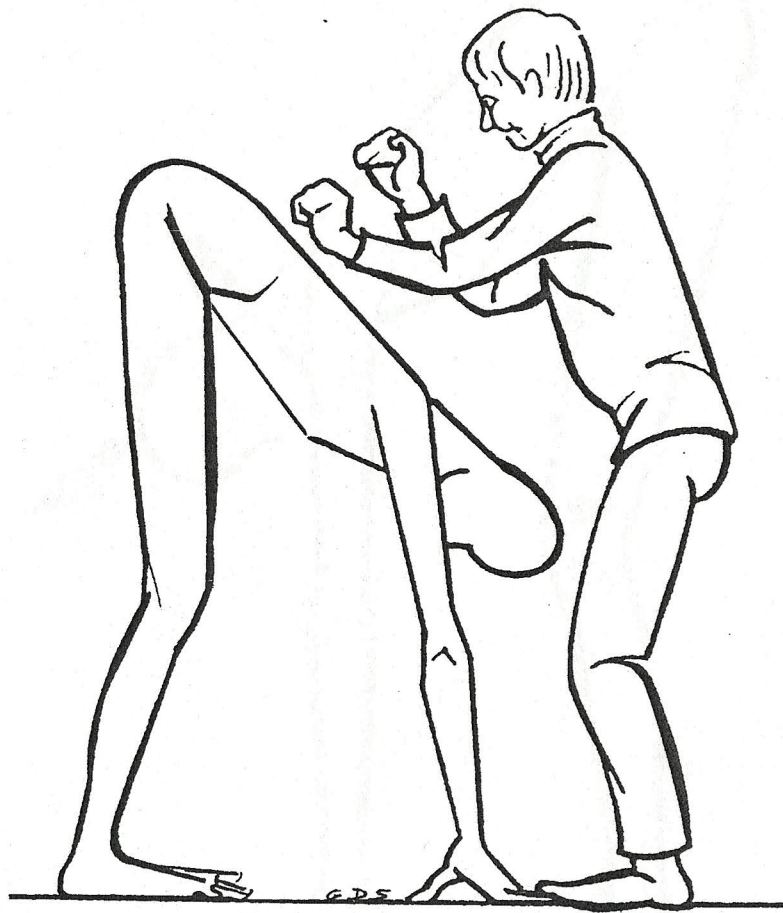


Figura 20. Percusiones relajantes en los músculos posteriores.

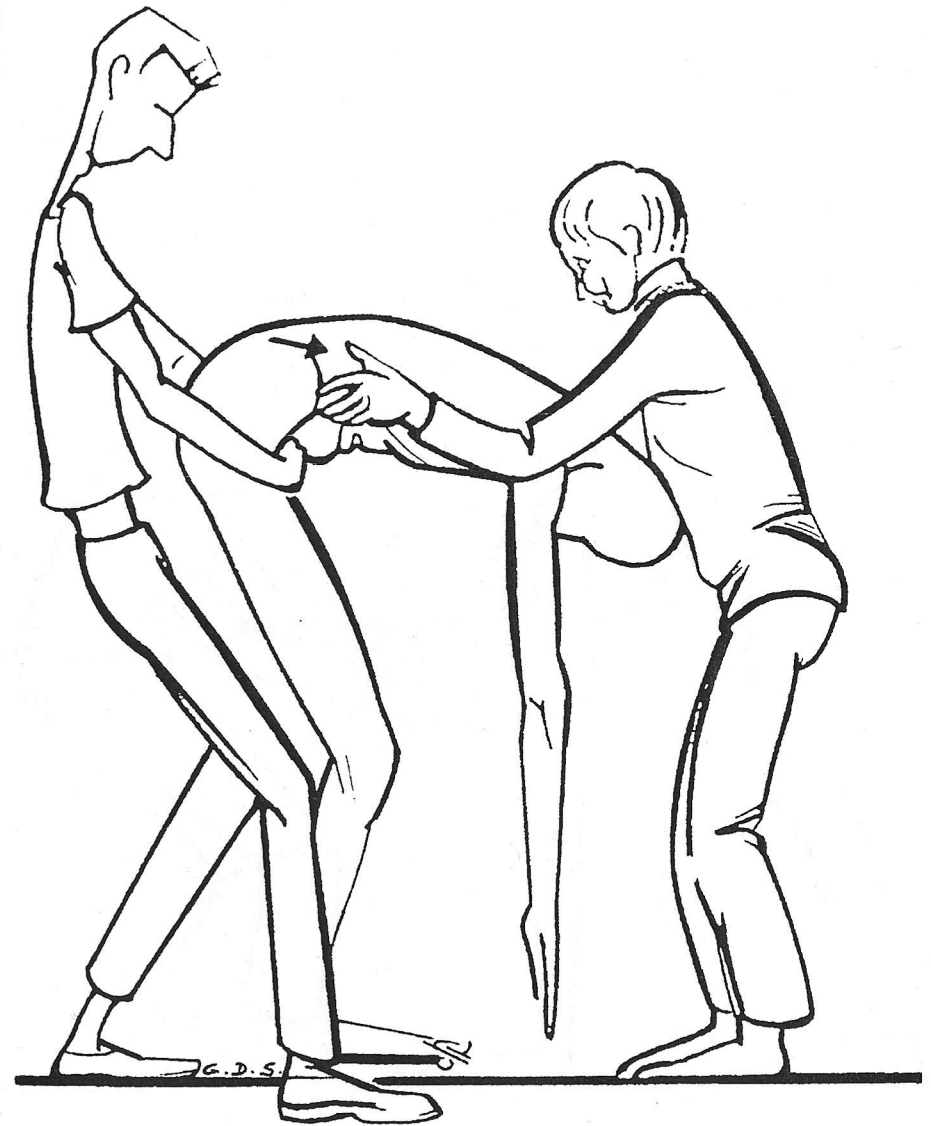


Figura 21. Trabajo entre dos en una relajación difícil. Dos especialistas trabajan conjuntamente: un trabajo propio del método Mézières; uno trabaja en la pelvis, estabilizando y/o estirando para flexionar las caderas; otro en la cabeza, estirando para un alargamiento axial de la columna vertebral; ver figura 22.

F

X

es

pi

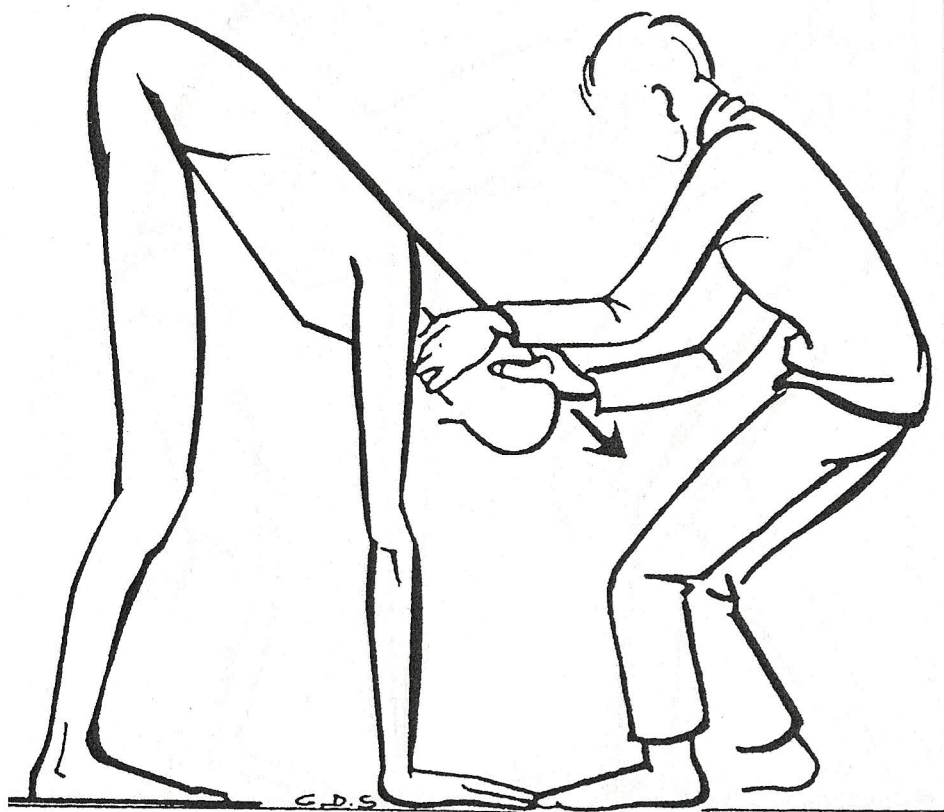


Figura 22. Alineamiento a partir del cuello y de la cabeza. Para facilitar este alineamiento, podemos permitirnos una ligera flexión de las rodillas. Se colocarán las manos en el suelo, alejándolas de los pies.

Variantes de la posición de base

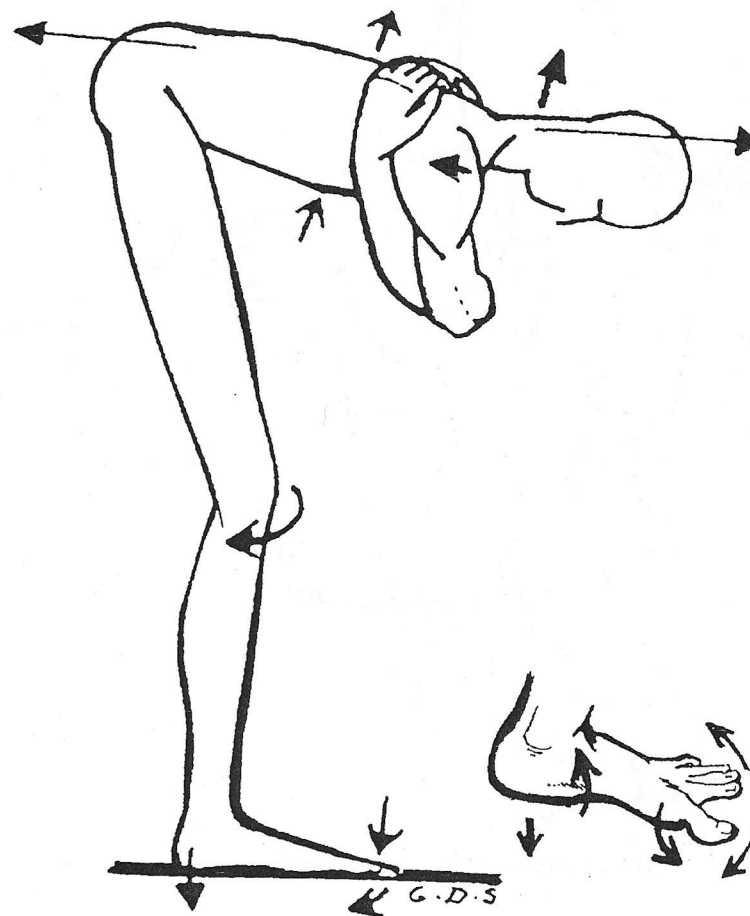


Figura 23. Para una lordosis dorsal media, los brazos rodean el tórax. Estiramientos de la zona interescapular.

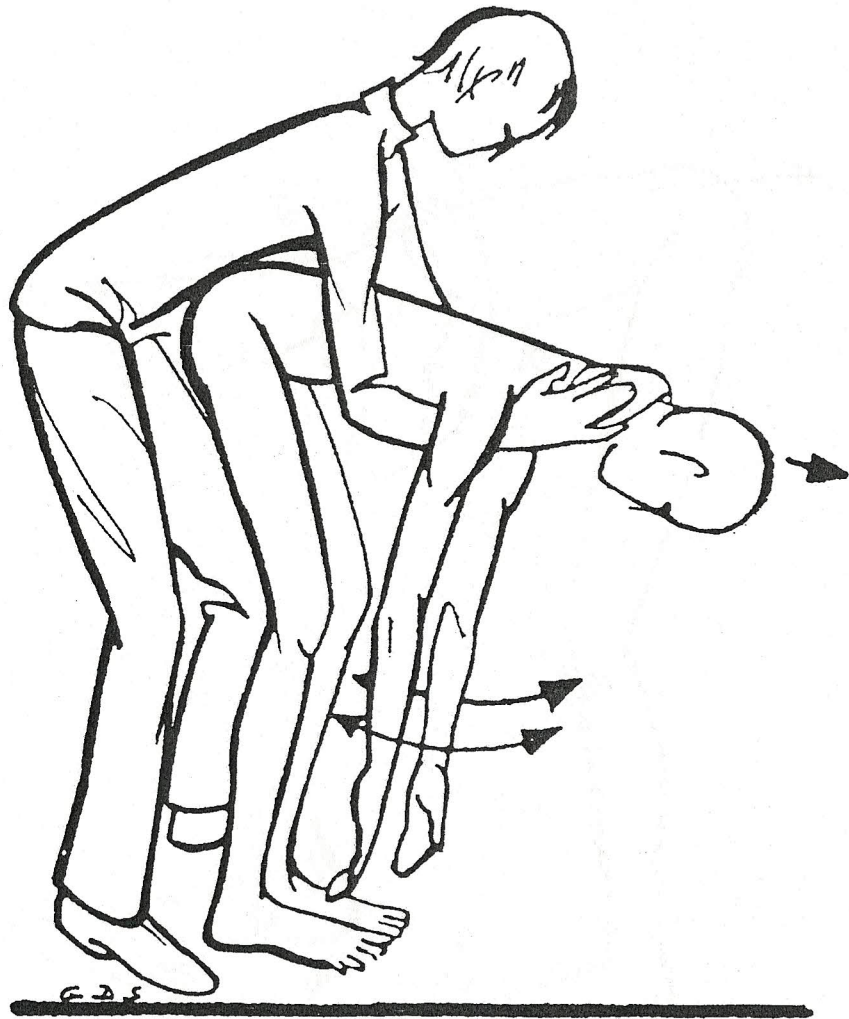


Figura 24. Para una relajación de los hombros, balanceos relajantes de los brazos.

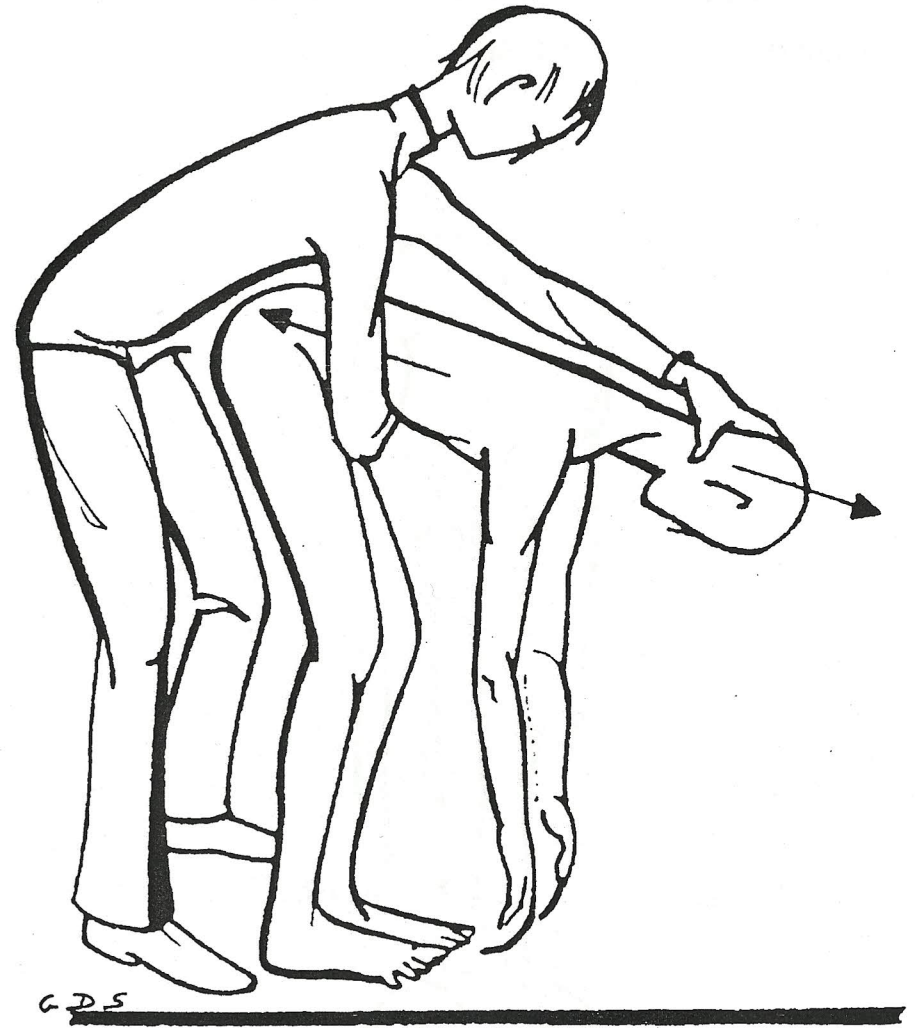


Figura 25. Para alinear el tronco. Los hombros están relajados, pero la columna vertebral está tensa en un esfuerzo de alargamiento axial máximo, activo con ayuda.

Casos particulares

1. EL CASO DE UNA ESCOLIOSIS

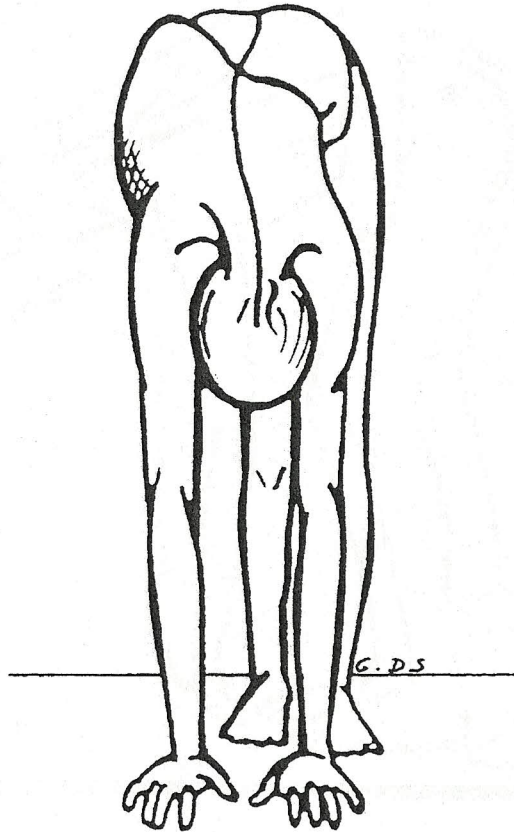


Figura 26. Escoliosis dorsal derecha, lumbar izquierda.

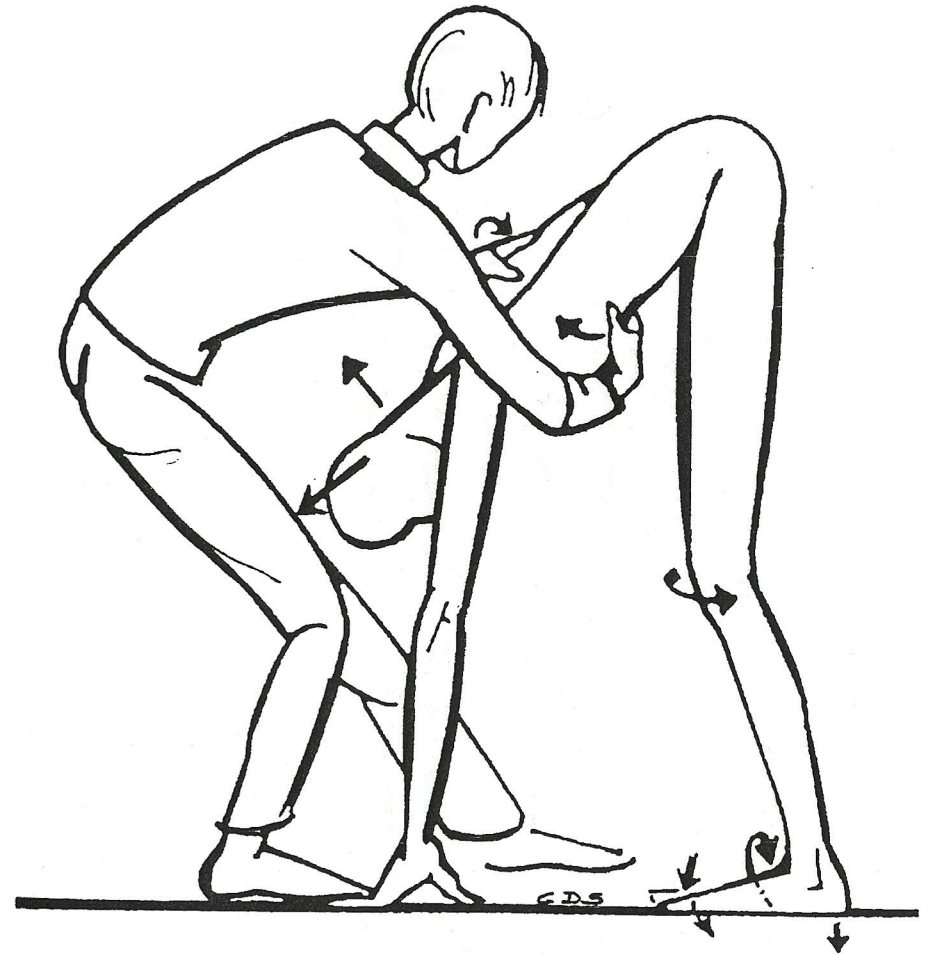


Figura 27. Escoliosis dorsal derecha, lumbar izquierda. Concienciación y modelado.

Fig
mo

2. EL CASO DE UNA DISTORSIÓN PÉLVICA

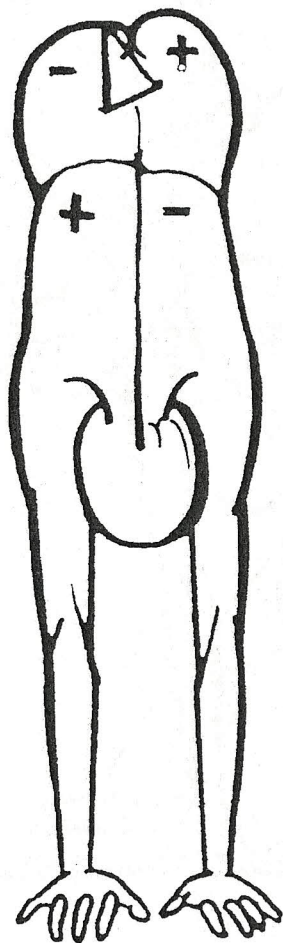


Figura 28. Distorsión pélvica, desviación sacrococcígea.



Figura 29. Trabajo sobre la distorsión pélvica. Intervención local dentro de una situación enteramente global y total desde los pies hasta las manos y la cabeza.

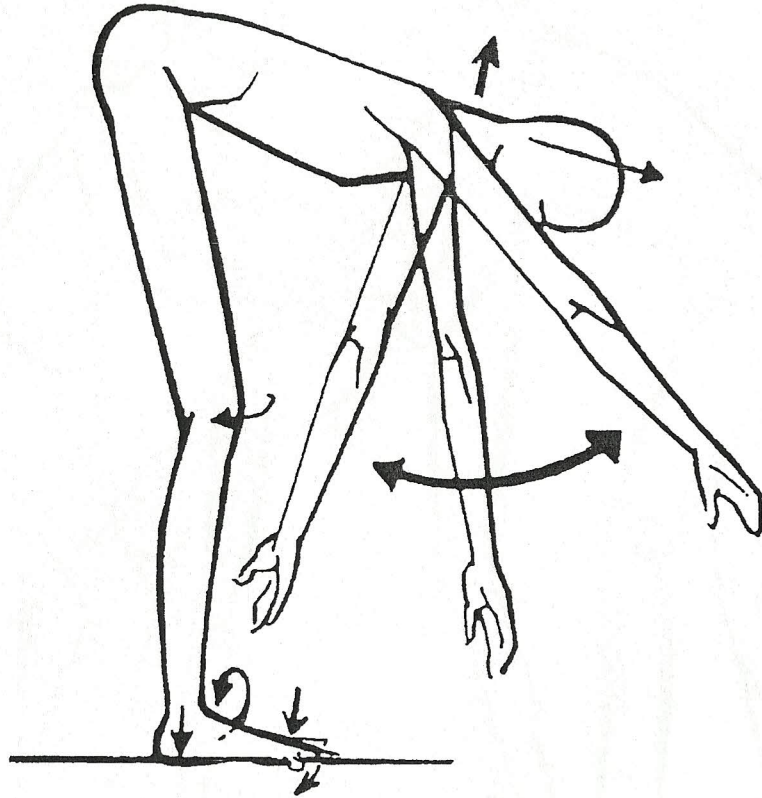


Figura 30. Relajación de los hombros, balanceo de los brazos y mantenimiento de la postura.

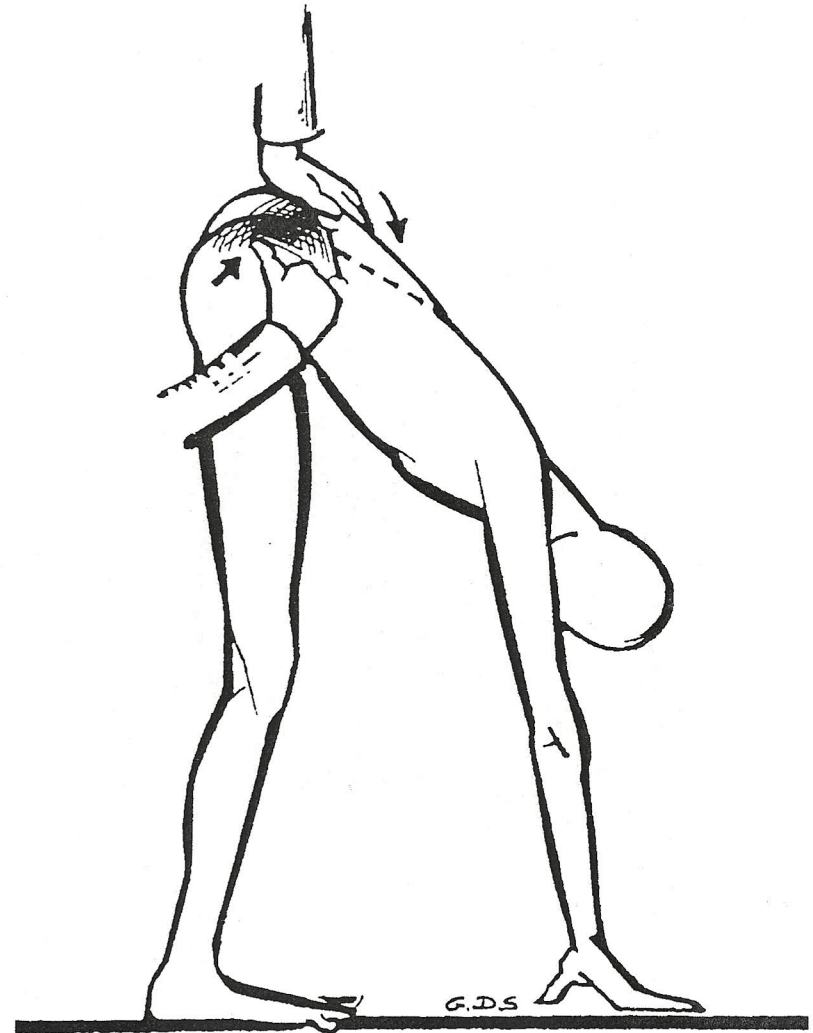


Figura 31. Distorsión pélvica, trabajo sobre el sacro y el cóccix, siempre según el principio del trabajo local, pero con estiramiento total de los músculos posteriores.

Fi
pr

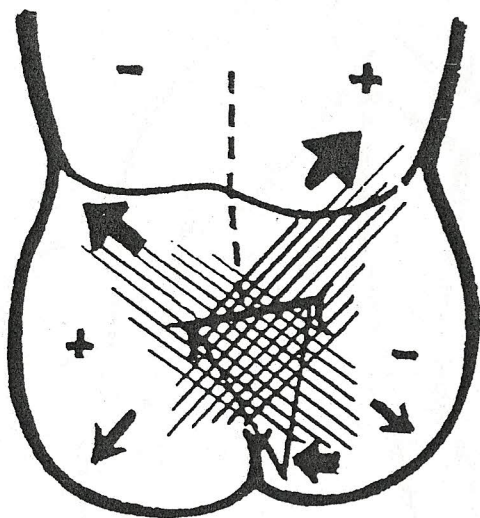


Figura 32. Un sacro desviado es, según expresión de F. Mézières, un "sacro en taza", porque entre las EIPS (espinas ilíacas posterosuperiores) salientes hay un hueco sacro y lumbosacro recubierto de tejido particularmente tenso.

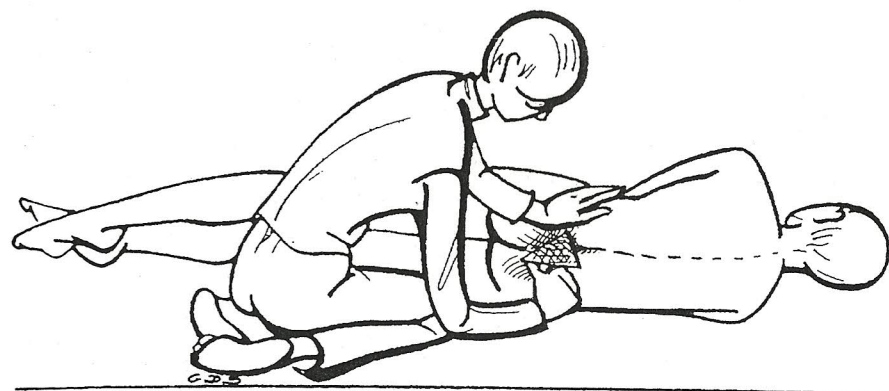


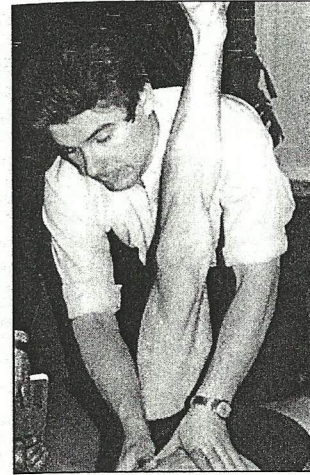
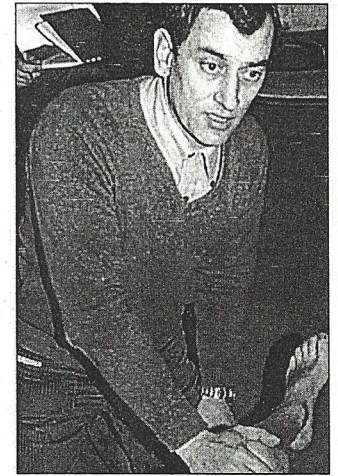
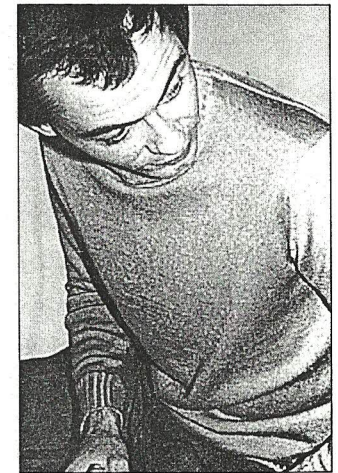
Figura 33. La distorsión pélvica excepcionalmente tratada en decúbito lateral. Desviación sacrococcígea, presiones modeladoras, para preparar una fase como la de la figura 31.

DEMOSTRACIÓN COMPLEMENTADA CON FOTOGRAFÍAS

- | | |
|--|----|
| 1. Correcciones específicas del pie..... | 75 |
| 2. Demostración de una primera exploración | 76 |
| 3. Progresión hacia un riguroso alineamiento
en el estiramiento axial y no en la curvatura..... | 81 |
| 4. Conclusión de una demostración | 85 |

Demostración complementada con fotografías

Citados en el prólogo, con nuestro agradecimiento, los cuatro profesionales cuyas demostraciones jalonarán nuestra exposición.

**Robert Warnant****Jean-Marie Jaumin****Michel Vanderheyden****Michel Frères**



Fotos 1a y 1b. Correcciones específicas del pie.

1.

1. CORRECCIONES ESPECÍFICAS DEL PIE (fotos 1a y 1b)

pro

asc

Parte posterior del pie basculando en supinación, parte anterior en pronación, se introduce en la cadena articular del pie un componente de torsión asociado al estiramiento de los dedos.

1)

1) La supinación de la parte posterior del pie se obtiene: por elevación del arco plantar interno a partir de un talón centrado. Esto resulta de la rotación externa realizada a nivel de la cadera.

2)

2) La pronación de la parte anterior del pie se obtiene fijando la cabeza del primer metatarsiano en el suelo. Se debe mantener el primer dedo apoyado en el suelo y separado de los demás. Esto se facilita, en algunos casos, separando el quinto dedo.

3)

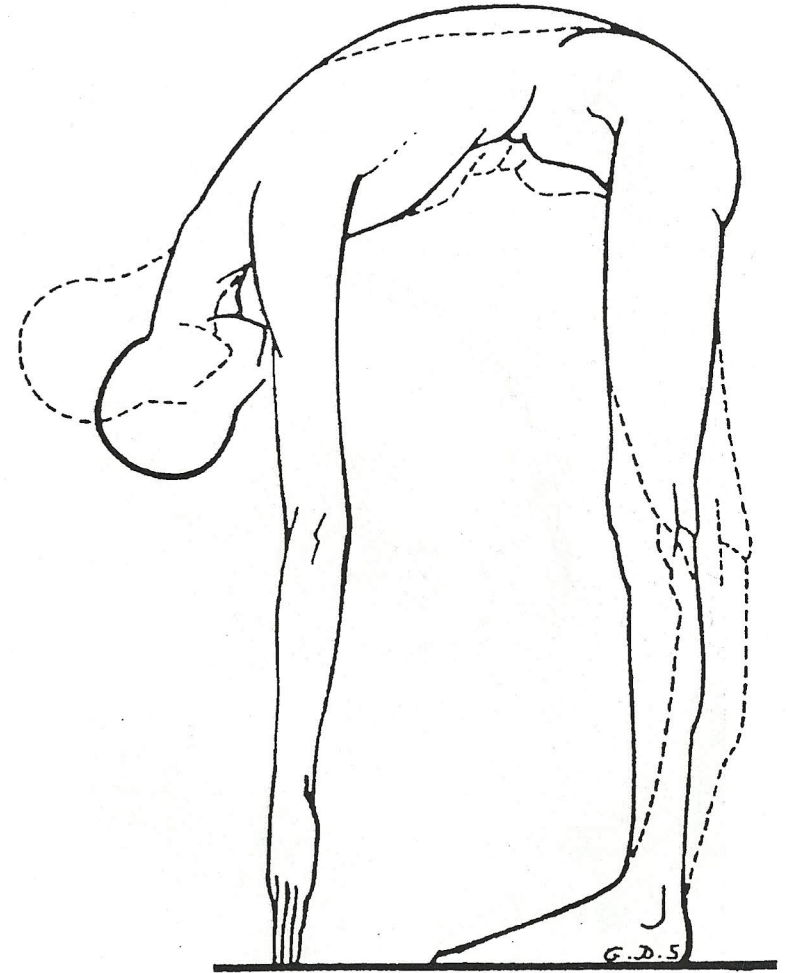
3) Todos los dedos se separan en abanico en el eje longitudinal de los metatarsianos y se trabajan en el estiramiento axial.

2. DEMOSTRACIÓN DE UNA PRIMERA EXPLORACIÓN

Se realizará una flexión para ver, observar los límites, las compensaciones y los obstáculos que se deben superar.



Foto 2 (esquema 2). Atención al recurvatum.

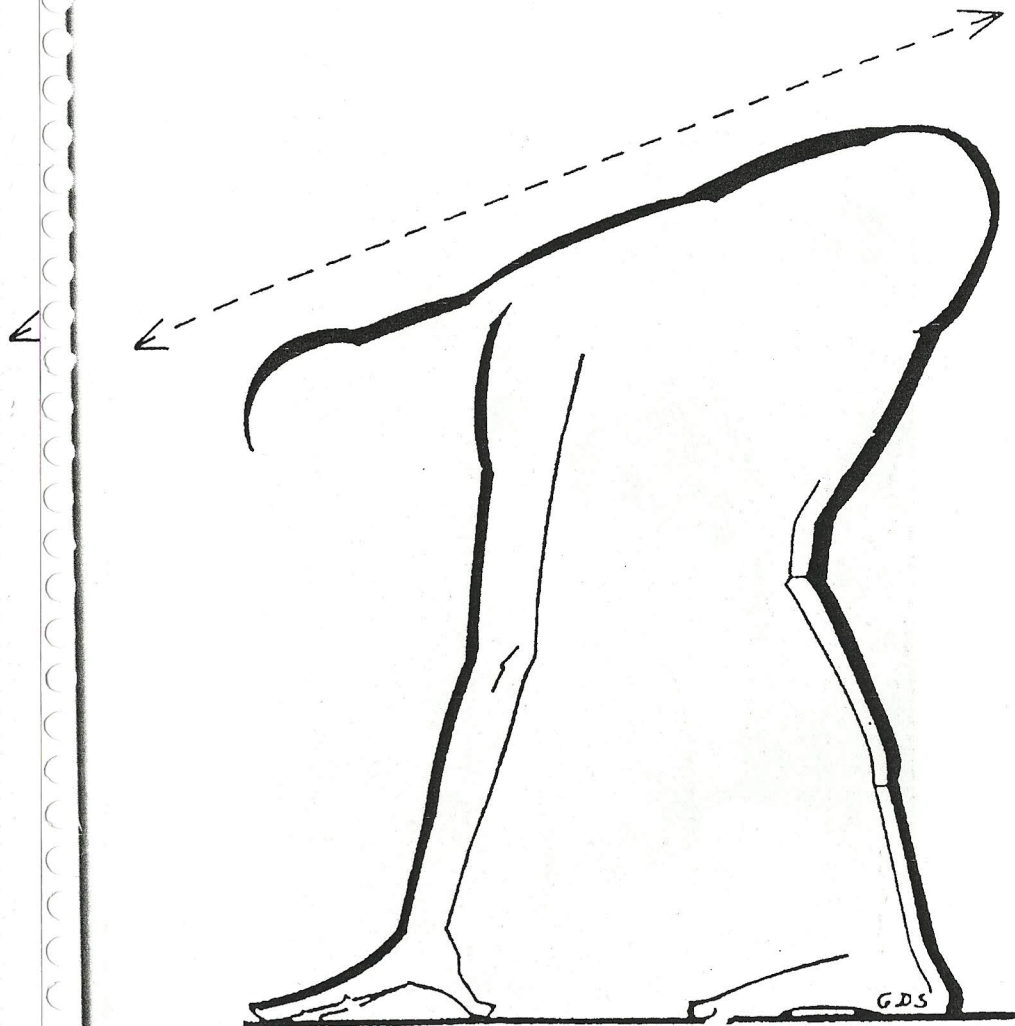


Esquema 2. Esta flexión hace patente la falta de elasticidad de los tirantes musculares, pero, sobre todo, cómo cada persona compensa y se adapta a la insuficiencia de los músculos posteriores.

Las fotos 3 y 4 muestran una persona joven, aparentemente flexible. Sin embargo, observamos las dificultades que este mezierista debe superar. Veamos el camino a recorrer para llegar a este rigor que impone el alineamiento en un mismo plano de la cabeza, la cintura escapular y el sacro.



Foto 3 (esquema 3). Desbloqueo de las rodillas con el fin de permitir una flexión que evite el recurvatum. Ahora se intenta colocar las manos hacia delante para reducir la flexión de las rodillas. Por otra parte, se trabaja con este avance de las manos para ver si se puede reducir la curvatura de la columna vertebral.



Esquema 3. El método Mézières impone el alineamiento sobre el mismo plano del occipucio, la cintura escapular y el sacro.

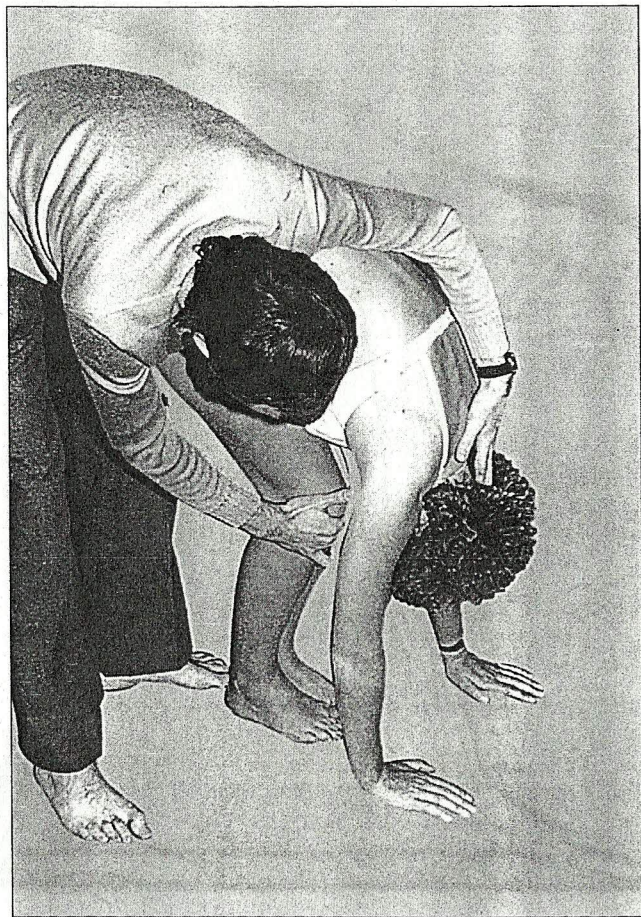


Foto 4. Flexión de las rodillas para poner las manos planas en el suelo; primera directiva para situar en el mismo eje el cuello y la cabeza.

3. PROGRESIÓN HACIA UN RIGUROSO ALINEAMIENTO EN EL ESTIRAMIENTO AXIAL Y NO EN LA CURVATURA

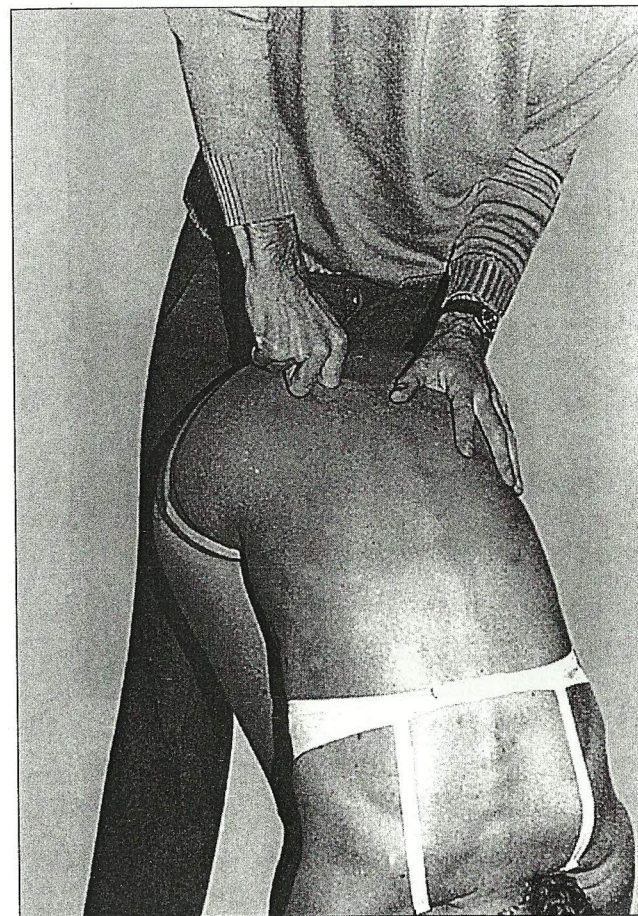


Foto 5. Presión en las zonas de tensión sobre la base de la columna vertebral.

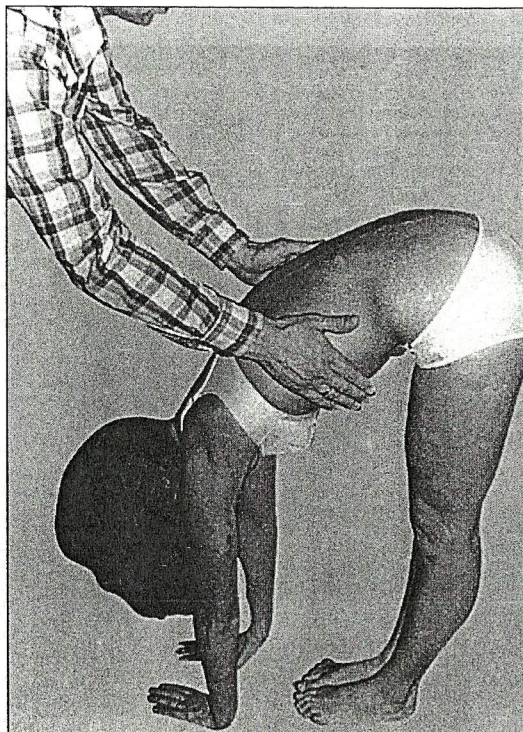


Foto 6. El terapeuta guía las correcciones. Se obtiene un principio de estiramiento en el alineamiento. Desde aquí se obtiene un recurvatum que, momentáneamente, escapa a la mirada del especialista... Controlarlo todo es el enorme y difícil trabajo del fisioterapeuta mezierista, aunque sea bajo la apariencia de simples posturas.



Foto 7. El terapeuta guía las correcciones por medio de presiones manuales.

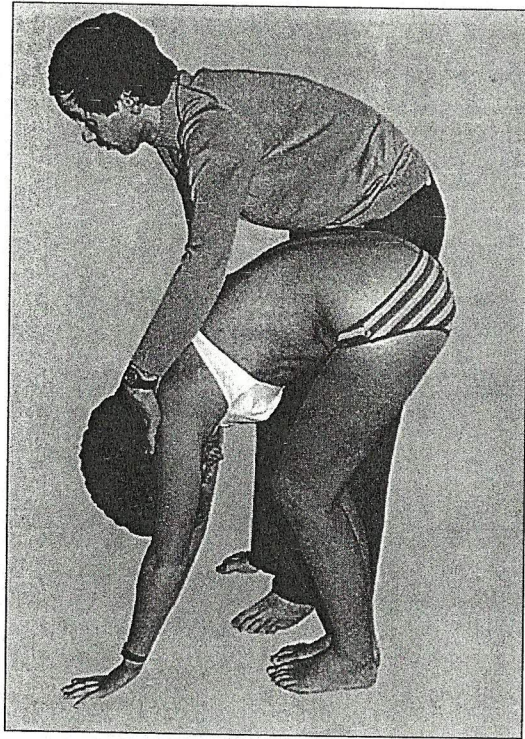


Foto 8. Apoyar en el suelo con los talones y centrar la columna vertebral. En este momento, la columna cervical no se encuentra en el eje, depende de los segmentos subyacentes. Levantar la cabeza sería provocar una lordosis cervical y no un alineamiento en el eje. Las caderas son las que impiden que esta persona alinee la cabeza, el tórax y la pelvis; las coxofemorales no se doblan bastante. Poco a poco las caderas se liberan y la columna cervical conseguirá el estiramiento axial.

4.

4. CONCLUSIÓN DE UNA DEMOSTRACIÓN

Como demostración, estas fotos presentan mucho mejor que los esquemas las dificultades que se deben superar. Una vez conocidos los problemas, a partir de esta flexión, se empieza el trabajo. Pero, si la posición es demasiado imperfecta, difícil de tratar, es importante establecer una progresión a partir de posturas más fáciles para un trabajo más riguroso que será intensificado gradualmente.



NOTAS EXPLICATIVAS

Comentarios de las demostraciones con referencia a las ilustraciones

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE	87
1. Todo debe estar en el mismo eje.....	87
2. Errores que se deben evitar desde el principio.....	88
3. En qué consiste el ejercicio.....	88
VARIANTES.....	88
1. Adaptación de las rodillas.....	88
2. Adaptación en la posición de las manos.....	89
3. Maniobras descontracturantes y modeladoras, asociadas.....	89
4. Tensiones interescapulares, descontracción de los hombros, posición en la relajación.....	89
CASOS PARTICULARES	90
1. Escoliosis dorsal derecha, lumbar izquierda.....	90
2. Distorsión pélvica en torno a una mala posición de las articulaciones sacroilíacas.....	91

Notas explicativas

Posición y trabajo de base

Breve enumeración que se elaborará y completará progresivamente.

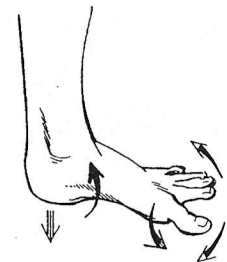
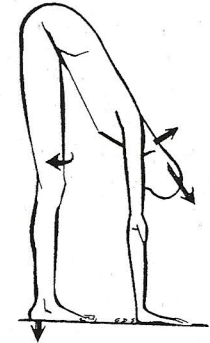
1. TODO DEBE ESTAR EN EL MISMO EJE (figuras 17a, y 17b y fotos 1a y 1b)

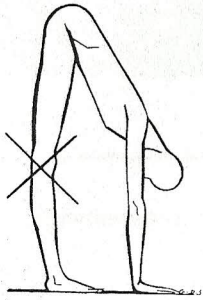
- 1) Rodillas giradas hacia fuera, caderas en rotación externa.
- 2) Correcciones específicas del pie (figura 17b).
Alineación del pie en una estructura en torsión, supinación de la parte posterior del pie, pronación con la parte anterior:

- supinación: elevar el arco interno del pie apoyando el talón en el suelo y el borde externo;
- pronación: apoyo de la cabeza del 1.º metatarsiano con separación del primer dedo.

O sea, aducción hacia el eje medio del cuerpo. Separación, según el caso, del 5º dedo. O sea, abducción en relación con el eje medio del cuerpo.

- 3) Estirar la columna vertebral, la nuca retrocede y se alarga.
- 4) Importante: evitar que se bloquee el diafragma; insistir siempre en la inspiración final.

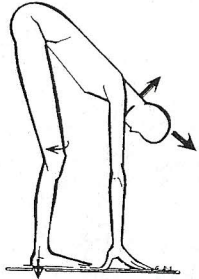




2. ERRORES QUE SE DEBEN EVITAR DESDE EL PRINCIPIO (figuras 18 y 19 y fotos 2, 3 y 4)

La figura 18 y la foto 2 muestran un error que se debe evitar: no se debe permitir el recurvatum en las rodillas, sino que se deben desbloquear como en la figura 17a, o incluso flexionarlas como se indica en la figura 19 y en las fotos 3 y 4.

Como se ve en todas las figuras, se debe controlar la relajación del abdomen.

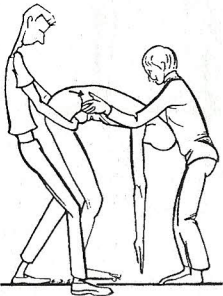


3. EN QUÉ CONSISTE EL EJERCICIO (figuras 20, 21 y 22 y fotos 5, 6, 7 y 8)

El ejercicio consiste en mantenerse en el eje, alineado en la extensión axial, mientras dura toda la sesión, sin relajar, lo mejor posible.

El especialista observa las "trampas", las fullerías, las dificultades y, por su parte, sin desamparar, "trabaja".

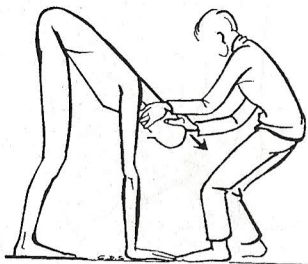
Sus manos animan, guían la corrección; modelan, relajan, agarran allí, reajustan aquí, estiran en un diálogo corporal ininterrumpido.



Variantes aportadas por la postura y al trabajo de base, maniobras asociadas

1. ADAPTACIÓN DE LAS RODILLAS

Hemos visto esta variante en el párrafo anterior con la figura 19 y las fotos 3 y 4.



Normalmente, al igual que en la posición inicial de la figura 17, las rodillas están desbloqueadas, pero cuando el paciente tiende a presentar un recurvatum (figura 18 y foto 2), se permite una ligera flexión de las rodillas.

2. ADAPTACIÓN EN LA POSICIÓN DE LAS MANOS

Variante visible en la figura 20 y en la foto 3.

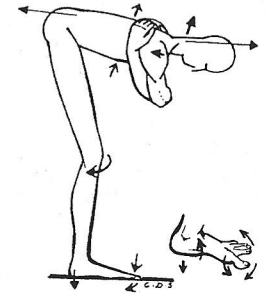
La dificultad de colocar las manos cerca de los dedos requiere, para algunos pacientes, una gran flexión de las rodillas; en este caso, se puede permitir colocar las manos alejadas de los pies y la columna estará en mejor posición.



3. MANIOBRAS DESCONTRACTURANTES Y MODELADORAS, ASOCIADAS

Estas maniobras asociadas son visibles en las figuras 20, 21, 22 y en las fotos 5, 6, 7, 8.

En la figura 20 el terapeuta efectúa percusiones descontracturantes sobre los músculos paravertebrales y el dorsal ancho. Percusiones con los puños firmes pero relajados durante la postura y el trabajo estático del paciente. Mantenerse en el mismo eje sin desalinearse.

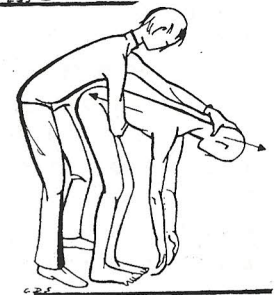
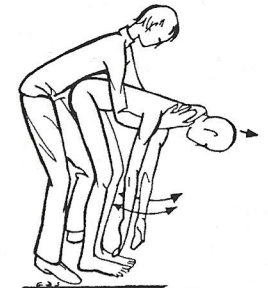


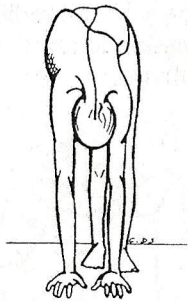
4. TENSIONES INTERESCAPULARES, DESCONTRACCIÓN DE LOS HOMBROS, POSICIÓN EN LA RELAJACIÓN

Variantes visibles en las figuras 23, 24, 25.

La figura 23 muestra cómo facilitar la corrección de un segmento dorsal medio con lordosis; los brazos rodean el tórax para estirar y arquear la zona interescapular.

Las figuras 24 y 25 ilustran ayudas para hacer sentir el trabajo a nivel de los hombros y la nuca, nuca estirada, hombros relajados.





Casos particulares

Ejemplos de casos tratados en los cursos

1. ESCOLIOSIS DORSAL DERECHA, LUMBAR IZQUIERDA (figuras 26 y 27)

Las figuras 26 y 27 muestran el caso de una escoliosis. En esta posición, la rotación vertebral se acentúa, pero la utilizaremos porque es muy favorable para el estiramiento de todos los músculos posteriores.

Alineamiento desde la cabeza hasta los pies y modelados efectuados sobre el tórax y la parte inferior de la espalda.

Reflexiones personales referentes a la escoliosis:

Puede parecer irrisorio esperar obtener por medio del estiramiento y del modelado un resultado sobre esta deformación conocida por su avance y su irreversibilidad. Sin embargo, es posible obtener resultados, al menos al principio de su evolución, siempre y cuando se obtengan del niño y de su familia una gran colaboración en cuanto a regularidad del trabajo y precauciones.

¿Qué precauciones? Evitar cualquier tipo de gimnasia, posturas y actividades lordosantes, el estrés y la debilidad.

Nosotros pensamos que:

1) Las manos modeladoras del terapeuta sobre el tórax favorecen una toma de conciencia intensiva. Hacen sentir a la persona afectada el trabajo que se realiza y se le invita a participar activamente en las correcciones.

«¿Cómo es mi escoliosis? ¿En qué sentido se desarrollan las correcciones?» Las manos modeladoras hacen notar la escoliosis, invitan a ser consciente, a pensar correctamente y a actuar.

En estos casos de escoliosis, la espalda no se percibe como algo difícil de superar, sino como algo que se debe vencer. No se puede ayudar a un cuerpo a que se reestructure sin la participación de su propietario. Toda corrección que no proceda de dentro es ilusoria.

2)

3)

de

in

el

ic

2)

1)

2) La maniobra modeladora estira la piel y el tejido conjuntivo subyacente en una cierta dirección. Por lo tanto, actúa como un *masaje reflejo*. Esta clase de masaje es muy eficaz para obtener relajamientos profundos. Guiado por las manos del terapeuta, este relajamiento tiene posibilidades de triunfar. Triunfo favorecido por el mantenimiento *prolongado* de la postura de estiramiento posterior, una abertura posterior asociada a la toma de conciencia y al esfuerzo por alinear todos los segmentos del cuerpo.

3) Pero este *masaje reflejo*, lo utilizamos también para dialogar con el cuerpo, para dirigirle mensajes. *Mensajes reflejos*, que suscitan mecanismos de normalización.

El cuerpo sensible, consciente, receptivo, como un instrumento de música, será "afinado" por una mano experta que "escucha" a un cuerpo que se expresa.

Alrededor de la zona afectada, es importante abrir, borrar la lordosis; abrir este arco posterior, relajarlo y modelarlo con las manos y con la conciencia del individuo. Todo esto permite un reajuste de las costillas y de las vértebras, como mínimo de las supra y subyacentes que están libres. La postura de pie con el tronco flexionado hacia delante es extremadamente favorable para este modelado de la columna vertebral y del tórax.

El estiramiento del plano dorsal, absolutamente necesario para la escoliosis, es muy intenso cuando va asociado al alineamiento de los músculos posteriores a nivel de los miembros inferiores; en particular, de los tríceps surales, que estarán más alineados cuanto mejor se posicione el paciente con las manos separadas de los pies.

Figura 22: en esta posición, con las manos colocadas hacia delante, alejadas de los pies, tendremos un estiramiento del músculo dorsal ancho que juega un importante papel en el proceso de la escoliosis.

F. Mézières citaba el músculo dorsal ancho para decirnos que a menudo era el enemigo número uno de la morfología humana ideal.

2. DISTORSIÓN PÉLVICA EN TORNO A UNA MALA POSICIÓN DE LAS ARTICULACIONES SACROILÍACAS (figuras 28 y 29)

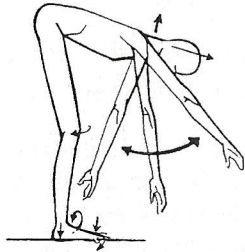
1) La figura 28 presenta una distorsión pélvica en torno a un sacro desalineado.



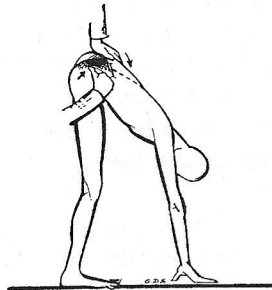


La figura 29 presenta, en el alineamiento de todo el cuerpo, el estiramiento de los tejidos alrededor del sacro.
Estiramiento para guiar una normalización de las articulaciones sacroilíacas.

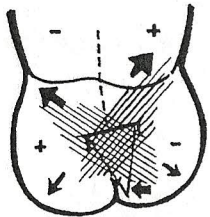
2) La figura 30 presenta, en el caso de un individuo muy tenso, un ejercicio que asociará la alineación de todos los segmentos del cuerpo con una relajación de los hombros y los miembros superiores. Esto se realizará antes de seguir con el trabajo sobre la pelvis.



3) La figura 31 es una variante de la figura 29. Se trata de un estiramiento global del cuerpo mantenido siempre a todos los niveles. Va asociado a un trabajo realizado sobre el cóccix. Las presiones modeladoras o el estiramiento de los tejidos juegan un importante papel en la relajación de tensiones profundas que fijan la mala posición coccígea.



4) La figura 32 ilustra esta mala posición del sacro y del cóccix. Un sacro llamado en "taza", dibujado y descrito durante una intervención de F. Mézières. Este sacro, llamado en "taza", presentaba un claro hundimiento asociado a fuertes tensiones de los tejidos que lo recubrían.



5) La figura 33 presenta un modelado similar al de la figura 31, pero trabajado en este caso en decúbito lateral. Se trata de un trabajo por presiones y percusiones sobre la cara lateral de un cóccix desviado. Trabajo realizado, progresivamente, en relajación, ya que la tensión está totalmente contraindicada para este paciente en este momento.



CAPÍTULO 2

POSTURA EN POSICIÓN DE PIE, ESPALDA CONTRA LA PARED



ILUSTRACIÓN DEL MÉTODO

DEMOSTRACIÓN POR MEDIO DE DIBUJOS

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE.....95

1. Espalda contra la pared.....95

2. Importancia del trabajo específico del pie.....96

3. El calcáneo, seguidamente los dedos97

VARIANTES.....100

1. Trabajo de los dedos, adaptación a las dificultades del paciente.....100

2. Trabajo de pie, apoyándose sobre una pierna, y estiramiento del músculo tríceps sural103

CASOS PARTICULARES.....105

1. Dedos en martillo105

2. El "hachazo" en el maleolo externo106

1. E
C
L
(f
3

Figur

Tr
de
re
se
la
N
es
H
ab
ex
D
lo
cc
ab
gl
Es
in
es
últ

Figur

Pa
aom
zo
rodea
man
re

Demostración por medio de dibujos

Posición y trabajo de base

1. ESPALDA CONTRA LA PARED (figuras. 34 y 35)

Figura 34

- Trabajo específico del pie, cuya realineación se realiza en las caderas.
- Nuca hacia atrás, estirada.
- Hombros hacia abajo en rotación externa.
- Desaparición de la lordosis lumbar sin contracción abdominal ni glútea.
- Esconder el tórax; insistir en la espiración hasta el último momento.

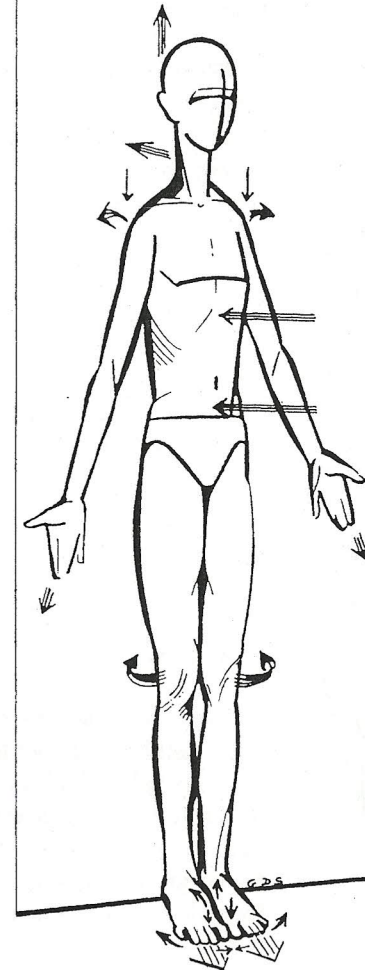
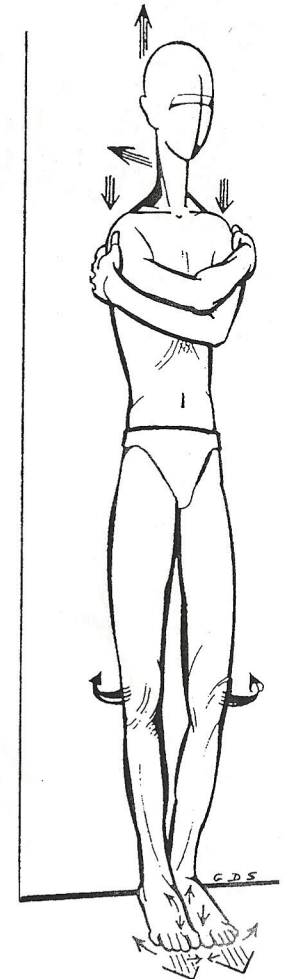


Figura 35

Para impedir el abombamiento, los brazos cruzados rodean el tórax y las manos se colocan sobre los omóplatos.



2. IMPORTANCIA DEL TRABAJO ESPECÍFICO DEL PIE

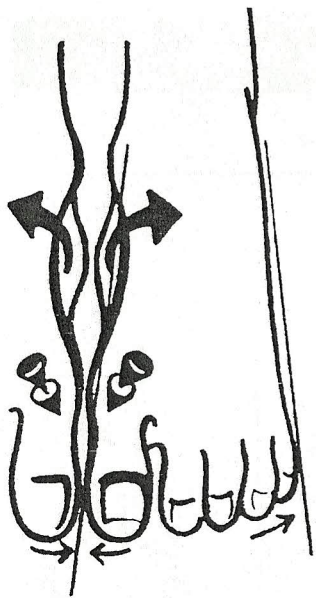


Figura 36

Talones juntos, elevar el arco interno del pie. Alinear el calcáneo y los dedos, o sea, alinear los dedos en la prolongación de los metatarsianos, separando los dedos del pie en abanico.



Figura 37

Debido a nuestros zapatos, se producen habitualmente deformaciones: el hallux valgus y el quintus varus que se deben realinear. Cualquiera que sea el motivo por el que la persona se debe poner en tratamiento, se intentará por todos los medios movilizar y corregir el pie.

Pos

Fig

.iac

rab

nri

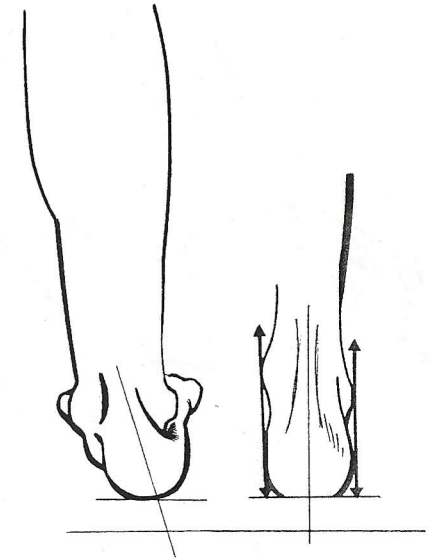
3.

Fig

del

Figura 38

Observemos que no se podrá hacer nada si, desde el principio, el trabajo no está orientado sobre una primera corrección, la del calcáneo.



3. EL CALCÁNEO, SEGUIDAMENTE LOS DEDOS

Figura 39

Trabajo que requiere la intervención del quinto dedo, separándolo.

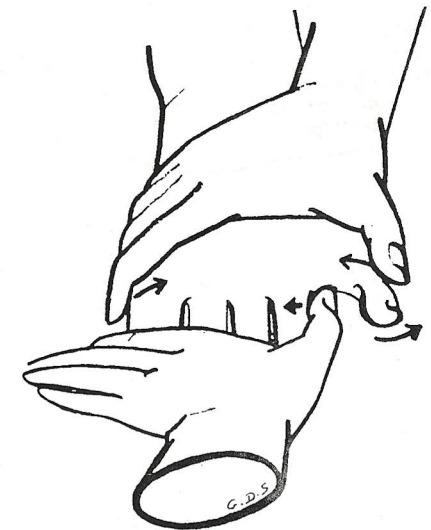
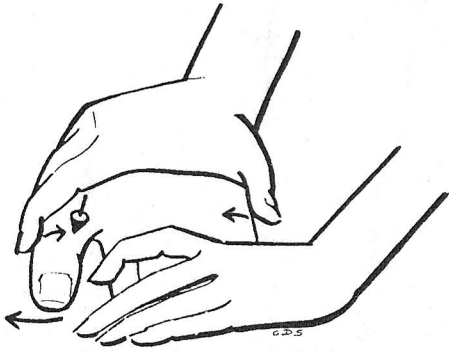


Figura 40

Trabajo que requiere la intervención del primer dedo, separándolo.

**Figura 41**

Estiramiento hacia abajo de los dedos 2.º, 3.º y 4.º; el 5.º y el 1.º permanecen separados.

Juntar los primeros dedos de ambos pies. El especialista los sujeta.

Prominencia de la cabeza de los metatarsianos sobre la cara dorsal del pie. Trabajo de los músculos lumbricales.



Figura 42. Como en la figura anterior, el especialista fija, separándolos y juntándolos, los dos primeros dedos de ambos pies. El paciente moviliza los otros dedos, siempre intentando estirarlos al máximo y separarlos en el eje de los metatarsianos. Aquí, al contrario que en el trabajo anterior, las cabezas de los metatarsianos no sobresalen, sino que están apoyadas en el suelo. Desde esta posición, la punta de los dedos se eleva ligeramente.

Variantes aportadas a la postura y al trabajo de base,
maniobras asociadas

1. TRABAJO DE LOS DEDOS, ADAPTACIÓN
A LAS DIFICULTADES DEL PACIENTE



Figura 43. Siempre a partir del alineamiento del talón, el arco interno elevado, se trabajan los dedos 2.º, 3.º y 4.º, con las cabezas de los metatarsianos hacia abajo y separando y manteniendo fijos los dedos 1.º y 5.º. Estas variantes se introducen según las características morfológicas y las dificultades del paciente para movilizar el pie.

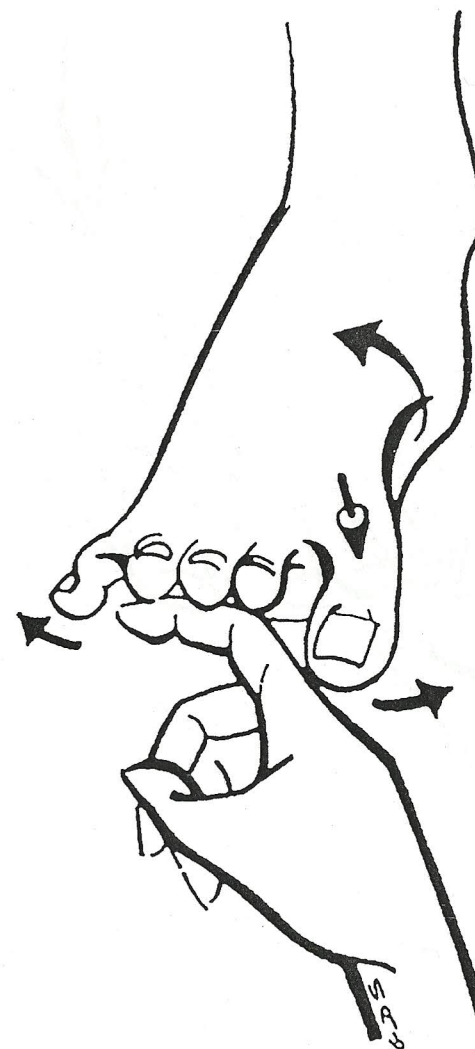


Figura 44. Trabajo de los dedos 1.º y 5.º. Contrariamente al trabajo anterior, esta vez los dedos 2.º, 3.º y 4.º están fijos y el esfuerzo se centra en la movilización activa de los dedos 1.º y 5.º.

Fig
est
mo



Figura 45. Presión contra la cara externa del 5.º dedo para facilitar su separación. Los dedos 2.º, 3.º y 4.º se separan aproximándose al 5.º para un estiramiento que alinea los dedos en la prolongación de los metatarsianos.

sta
5n.
e

2. TRABAJO DE PIE, APOYÁNDOSE SOBRE UNA PIERNA, Y ESTIRAMIENTO DEL MÚSCULO TRÍCEPS SURAL

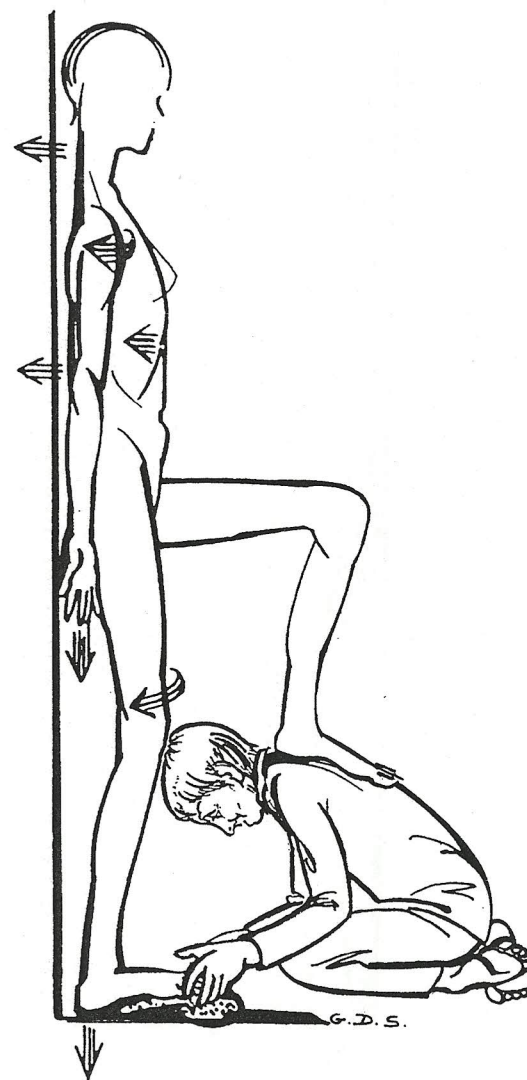


Figura 46. Un factor de equilibrio está asociado a este trabajo. Es importante evitar un trabajo excesivo del músculo psoas. La pierna está elevada, apoyándose sobre el especialista a fin de mantener relajados los músculos flexores de la cadera.

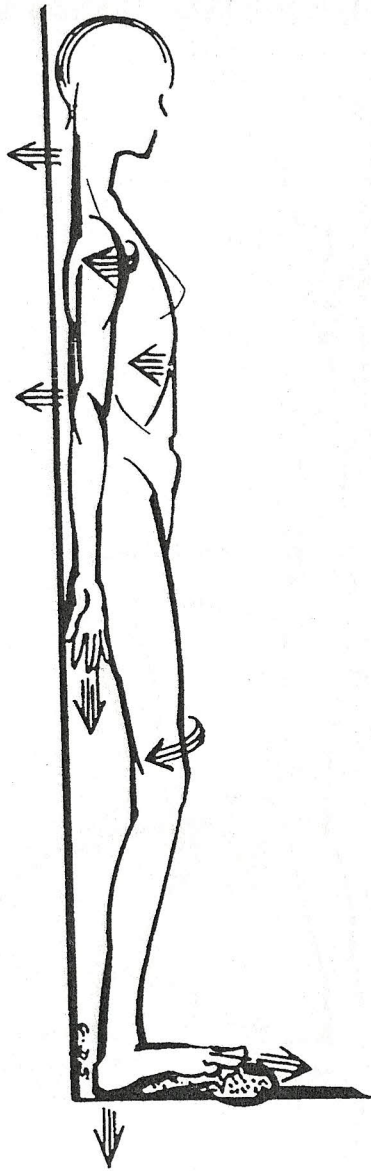


Figura 47. El tobillo interviene en la flexión dorsal estirando, en primer lugar, el músculo tríceps sural. F. Mézières colocaba un cojín debajo del pie.

Casos particulares

1. DEDOS EN MARTILLO

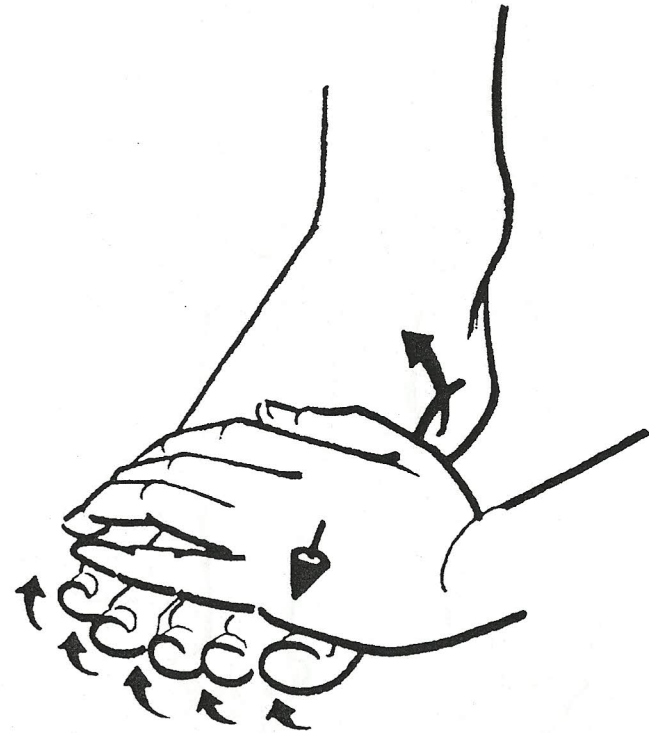


Figura 48. Trabajo comparable al de las figuras 42 y 43. Los dedos se alargan apoyando las cabezas de los metatarsianos en el suelo. En este caso la ayuda es más necesaria. El especialista estira pasivamente los dedos y los mantiene así, mientras que el paciente intenta corregirlos activamente.

2. EL "HACHAZO" SOBRE EL MALEOLO EXTERNO

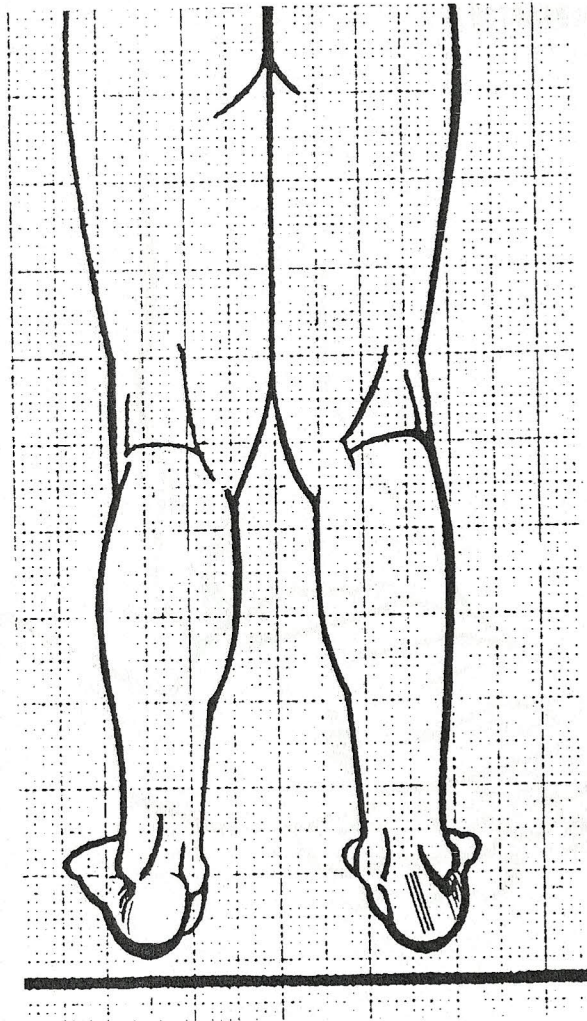
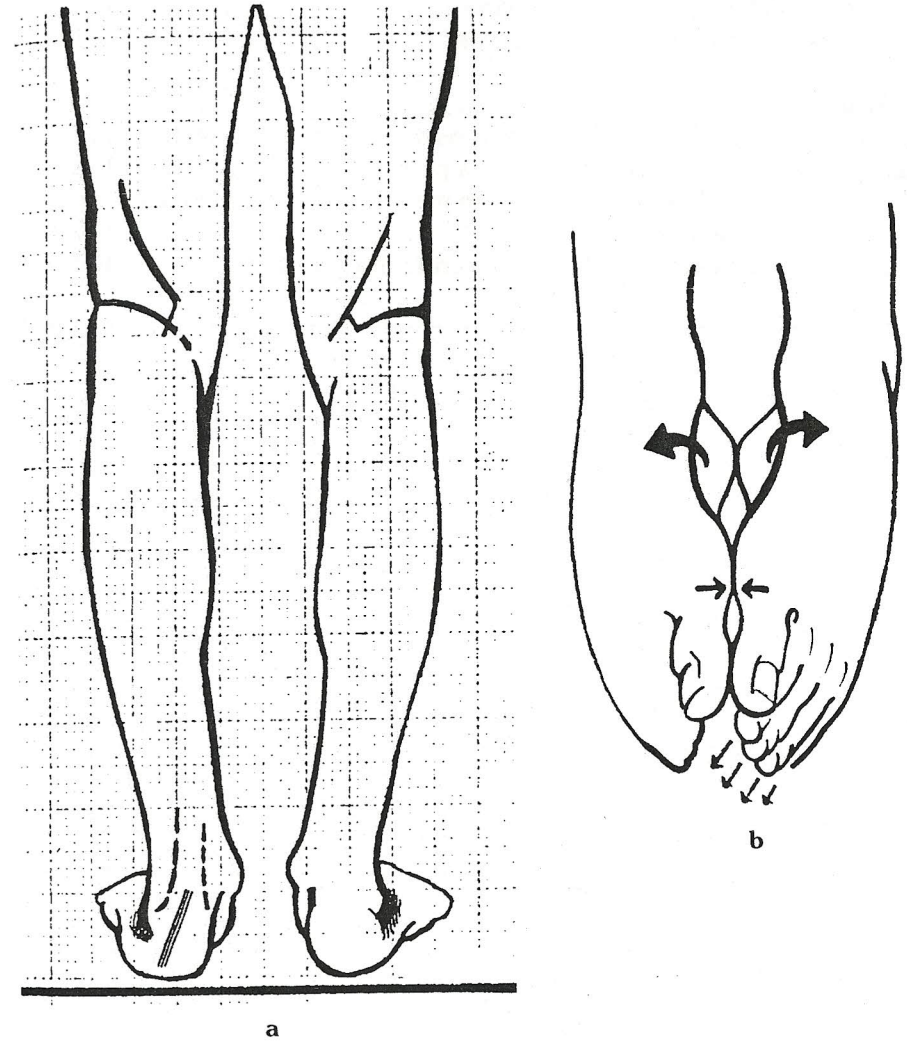


Figura 49. El miembro inferior está desalineado, el talón bascula y el pie descansa sobre su borde interno. Debajo del maleolo externo: "el hachazo".



Figuras 50a y 50b. Bajo el maleolo externo, esta formación conocida como "hachazo", necesita el estiramiento de las estructuras de la cara externa del tobillo. El pie, en este caso, se sitúa sobre su borde externo durante el trabajo de pie.

DEMOSTRACIÓN COMPLEMENTADA CON FOTOGRAFÍAS

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE.....	109
1. Lo que debe y lo que no debe hacerse.....	109
2. Cómo empezar una sesión, enseñanza de base.....	111
VARIANTES.....	114
1. Trabajo de los dedos, adaptación a las dificultades del paciente.....	114
2. Trabajo de pie con apoyo sobre una pierna.....	115
3. En el trabajo global, un estiramiento más específico del músculo tríceps sural a nivel del tobillo.....	117
4. Estiramiento específico de las pantorrillas (los gemelos).....	121

Demostración complementada con fotografías**Posición y trabajo de base****1. LO QUE DEBE Y LO QUE NO DEBE HACERSE**

Lo que debe hacerse:

- La nuca hacia atrás, el maxilar inferior relajado, los hombros hacia abajo y en rotación externa. En efecto, se debe llevar la nuca hacia atrás ya que son los músculos prevertebrales los que hacen desaparecer la curvatura cervical y no los del cuello.
- Eliminar la curvatura lumbar, pero sin apretar y sin "subir" las nalgas. Intentar verticalizar el sacro sin contraer las nalgas. ¿Puede alguien andar con soltura con las nalgas contraídas?
- ¿Enderezar la curvatura dorsal?
Sobre todo no bombear el torso arqueando los omóplatos y presionando sobre los brazos apoyados contra la pared.
- ¿Ventre liso?
Atención, no esconder el vientre elevándolo ni tampoco las costillas. Es importante mantener las costillas hacia abajo espirando para relajar el diafragma.
- ¿Y las rodillas?
Están desbloqueadas.
- Además, en este método, más que en ningún otro, el cuerpo se erige sobre los pies; es algo que no se puede ignorar. Todo está pensado para un apoyo firme y elástico.



Foto 9. Lo que no se debe hacer: no es necesario presentar un doble mentón (ver en la foto la intención de esconder el mentón hacia dentro). Recordar: ¡sobre todo, no meter el mentón!

2. CÓMO EMPEZAR UNA SESIÓN, ENSEÑANZA DE BASE

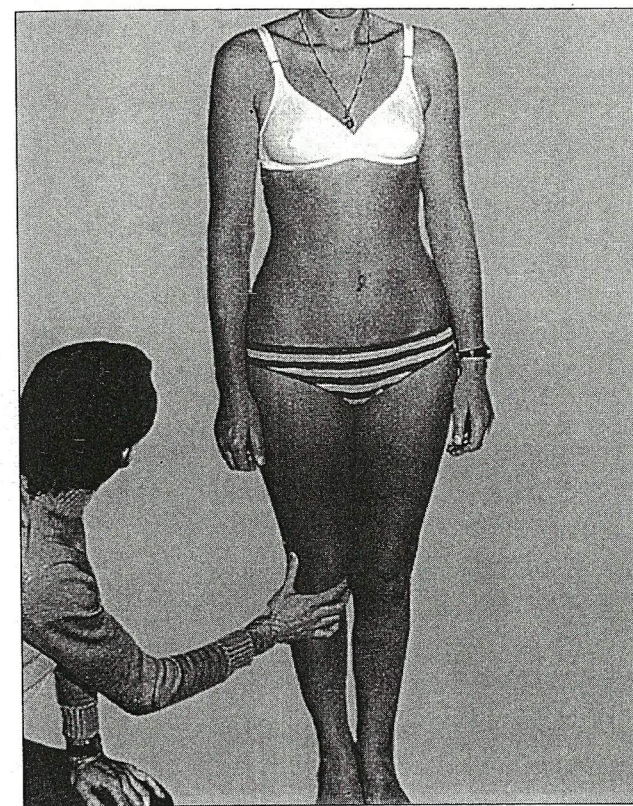


Foto 10. En este momento el paciente aún no tiene la espalda apoyada contra la pared. Se observa y se establecen las primeras directrices: rodillas en rotación externa y ligeramente desbloqueadas.

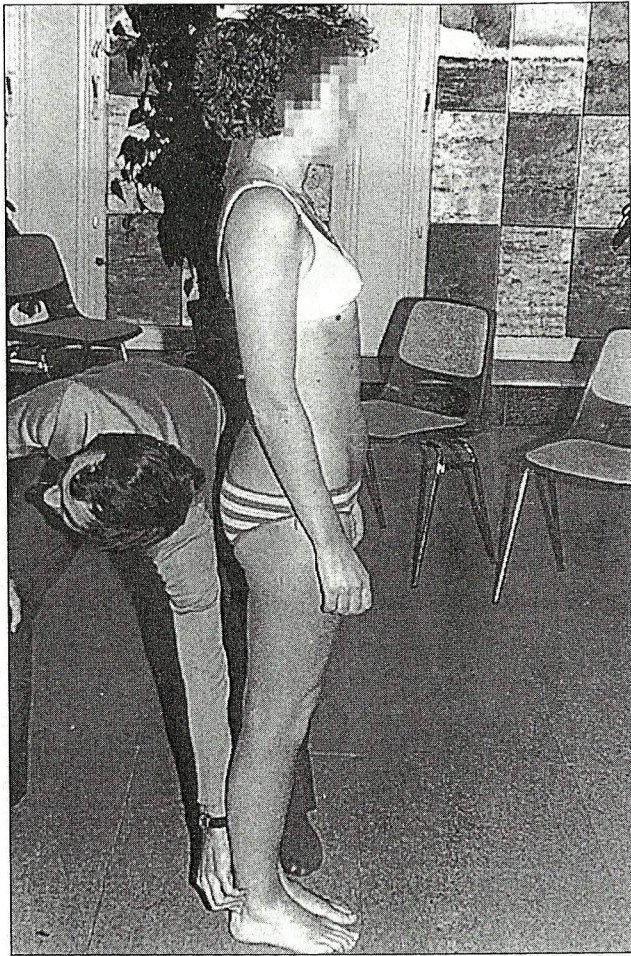


Foto 11. Talones juntos, pies planos en el suelo.



Foto 12. Ahora los talones están contra la pared, juntos y alineados. El cuerpo también mantiene una postura alineada contra la pared, mientras que el terapeuta realiza con el paciente los alineamientos específicos del pie. Si es posible, aunque difícil, mover los dedos sin mirarlos. La postura de pie con el tronco flexionado hacia delante es mejor ya que se puede ver todo lo que hace el pie, pero... «allí abajo, al final de mi cuerpo, casi no noto que mis dedos son separados unos de otros y creo que no puedo hacer casi nada».

Variantes en el trabajo de base

1. TRABAJO DE LOS DEDOS, ADAPTACIÓN A LAS DIFICULTADES DEL PACIENTE

Referencia a la figura 43. Ahora se exploran las posibilidades del paciente antes de seguir con un trabajo prolongado con la espalda apoyada en la pared.

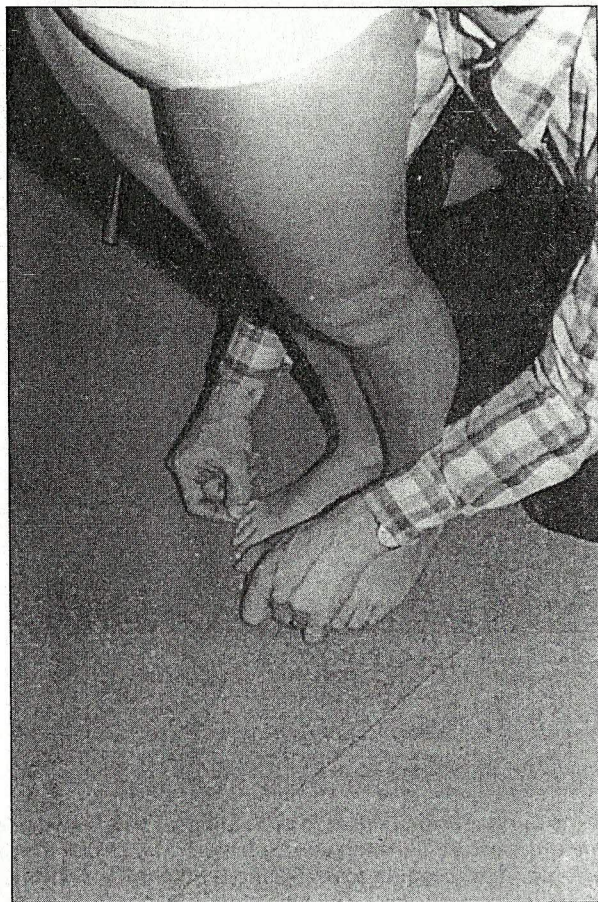
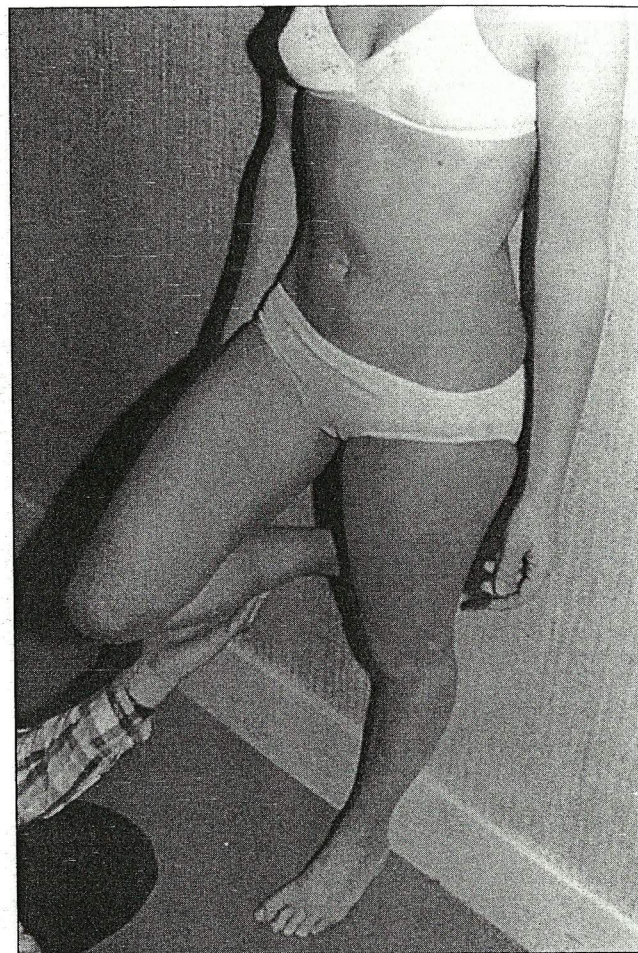


Foto 13. Fijación, por medio del terapeuta, de los dedos 1.º y 5.º; estiramiento y colocación hacia abajo de los dedos 2.º, 3.º y 4.º

2.

2. TRABAJO DE PIE CON APOYO SOBRE UNA PIERNA



Fotos 14 y 15. El trabajo se intensifica por un factor de equilibrio; una pierna se dobla y el apoyo del cuerpo se mantiene con un solo pie con el que se sigue trabajando. Intentar que no trabajen los flexores de la cadera, como el músculo psoasílico. La pierna debe estar relajada.

Fo
se
tra
psc



Foto 15. El ejercicio también se utiliza en caso de clara asimetría en los miembros inferiores: se controla mejor la relajación del miembro inferior flexionado si el pie está apoyado en la espalda del especialista.

3.

3. EN EL TRABAJO GLOBAL, UN ESTIRAMIENTO MÁS ESPECÍFICO DEL MÚSCULO TRÍCEPS SURAL A NIVEL DEL TOBILLO (fotos 16, 17, 18 y 19)

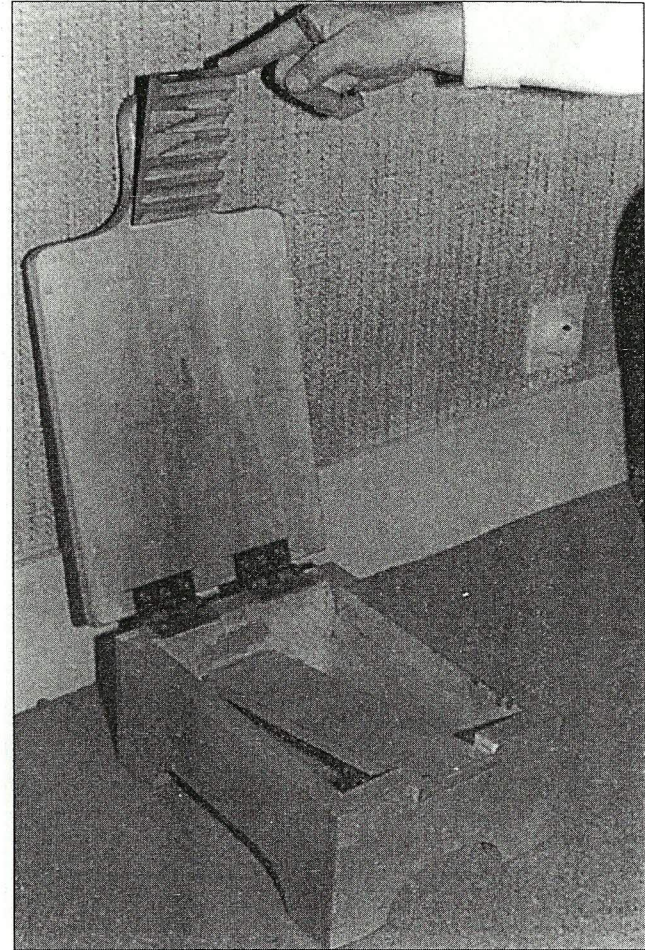


Foto 16. Banco creado por Jean-Marie Jaumin.

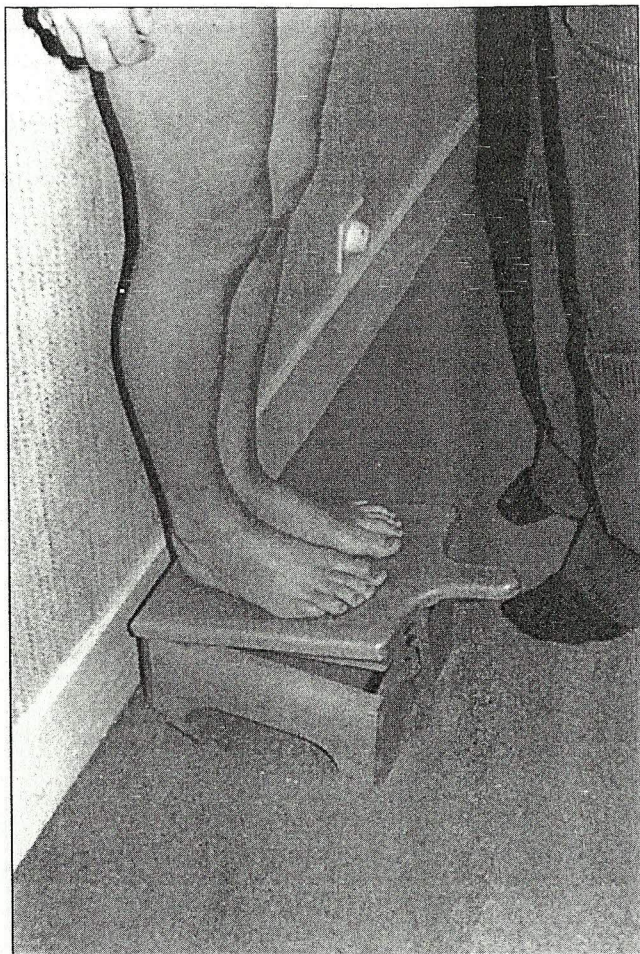


Foto 17. La base inclinada se utiliza en algunos casos para aumentar el estiramiento de los músculos tríceps surales por la flexión dorsal del tobillo.

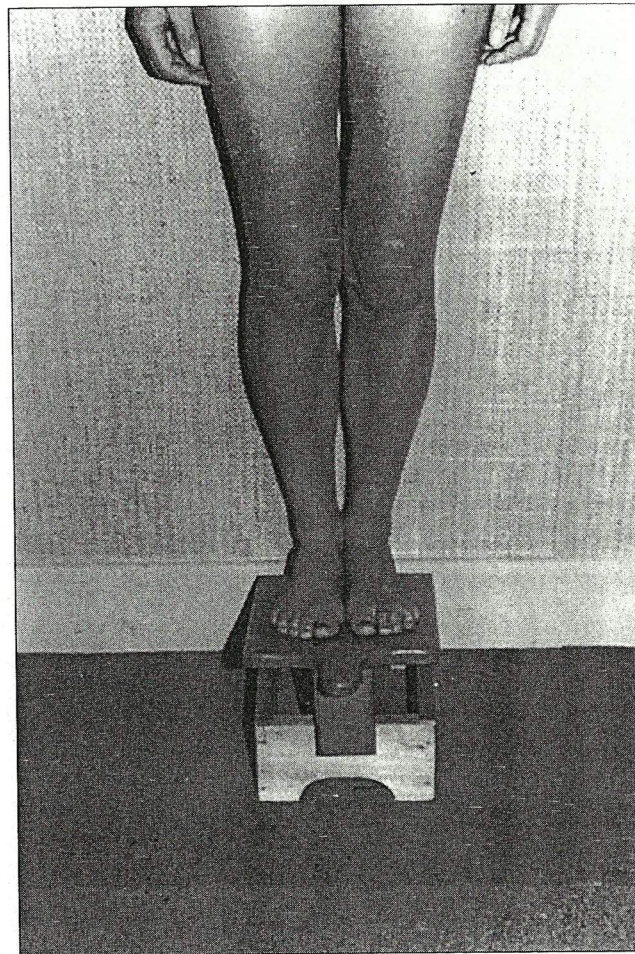


Foto 18. Tensión progresiva del músculo tríceps sural, el estiramiento repercute más arriba; por ejemplo, dificultad para mantener la rotación externa de la cadera, las rodillas giran hacia el interior, aquí principalmente la rodilla derecha.

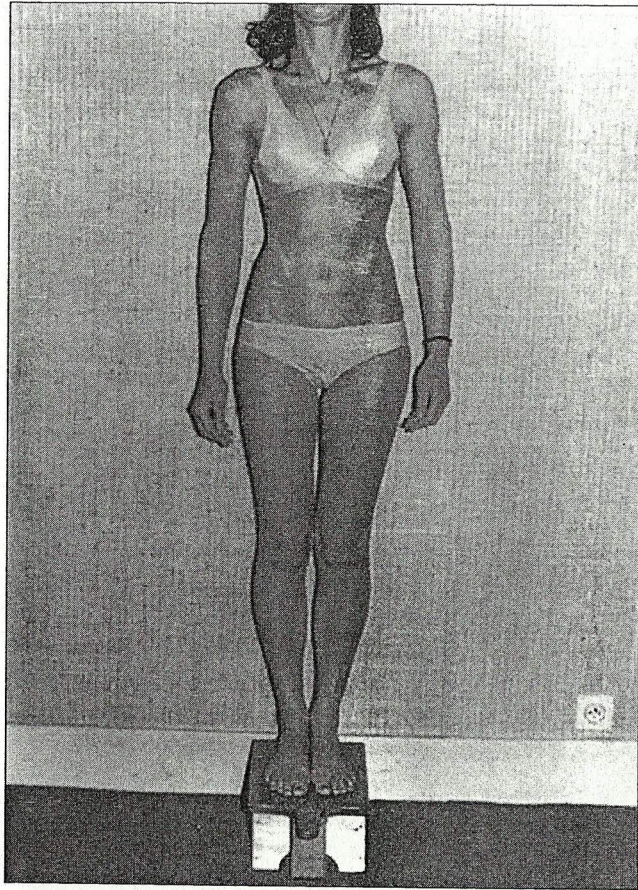


Foto 19. Aparecen tensiones a nivel del tronco, asimetrías, tensiones en el cuello y en los hombros. La progresiva flexión del tobillo intensifica el trabajo de alineamiento de todos los niveles del cuerpo y el estiramiento de todos los músculos afectados por el "acortamiento" de los músculos posteriores.

4.

4. ESTIRAMIENTO ESPECÍFICO DE LAS PANTORRILLAS (LOS GEMELOS) (fotos 20 y 21)

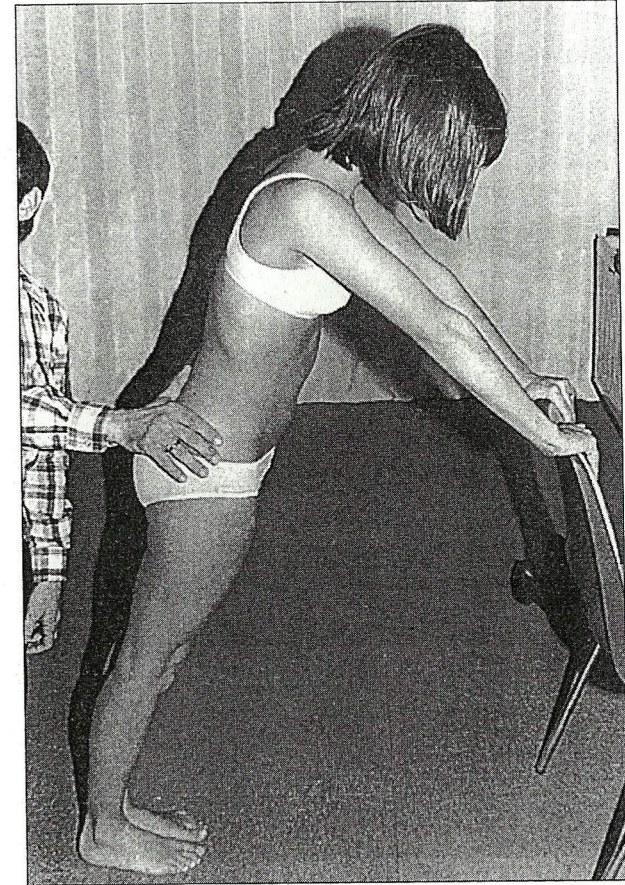


Foto 20. Veamos ahora una flexión dorsal de los tobillos. Si no se posee un banco pequeño o una cuña, se puede evitar el músculo tríceps sural en un alineamiento global inclinando el cuerpo hacia delante.

Fo

pe

gl

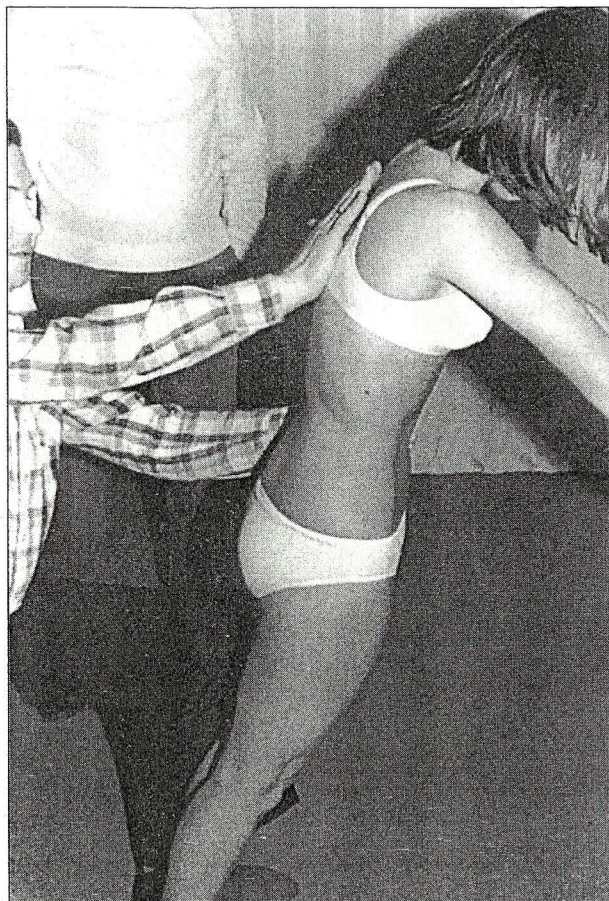


Foto 21. Pero en esta situación es mucho más difícil controlar el alineamiento, sobre todo cuando aumenta la tensión posterior. Se deben impedir las "desviaciones" y no se dispone de referencias y de apoyos cuando se está en contacto con la pared o el suelo.

NOTAS EXPLICATIVAS

Comentarios de las demostraciones con referencias a las ilustraciones

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE	124
1. Todo debe estar alineado	124
2. Las rodillas.....	124
3. El trabajo a nivel del pie es muy importante en el método Mézières	125
<i>Alinear la parte posterior del pie</i>	125
<i>Trabajo de los dedos</i>	126
VARIANTES.....	127
1. Posición de los brazos cruzados sobre el pecho	127
2. Adaptaciones que afectan al trabajo de los dedos	128
3. Trabajo de pie en apoyo sobre una pierna	129
4. Estiramiento posterior aumentado por una flexión dorsal de los tobillos.....	129
CASOS PARTICULARES.....	130
1. Dedos en martillo	130
2. El "hachazo" bajo el maleolo externo	131

Notas explicativas

Posición y trabajo de base

1. TODO DEBE ESTAR ALINEADO (figura 34 y foto 9)

De pie, con la espalda contra una pared que actúa como soporte, ¿es esta postura más fácil para empezar?

- 1) Nuca hacia atrás y estirada, es importante que el maxilar inferior esté relajado, ver la foto 9: no se debe esconder el mentón.
- 2) Los hombros hacia abajo y en rotación externa tocan la pared.
- 3) El tórax no puede bloquearse en inspiración, controlar su descenso. Insistir en la respiración.
- 4) Las lumbares tocan la pared, pero atención, sin contracción abdominal (si el abdomen está contraído, se deberá inspirar con el diafragma, lo que se debe evitar completamente). Realizar un estiramiento de las lumbares pegadas a la pared a partir del sacro, sin contraer las nalgas.

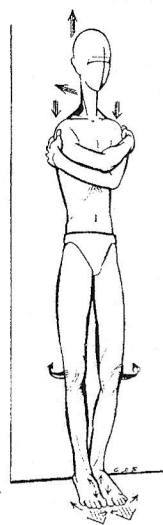
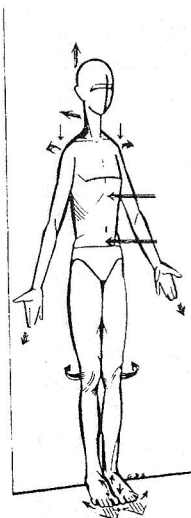
2. LAS RODILLAS (figura 35 y foto 10)

Las rodillas giran hacia el exterior, las caderas están en rotación externa.

Evitar el recurvatum de las rodillas, en estos casos es mejor una ligera flexión de las rodillas.

En algunos casos, sobre todo en rodillas con un valgus pronunciado y rígidas, éstas no llegan a girar totalmente hacia el exterior. Esta rotación es esencial y está indicada en el caso de flexionar y separar un poco las rodillas.

Es importante, en todos los casos, conservar los talones juntos.



3. EL TRABAJO A NIVEL DEL PIE ES IMPORTANTE EN EL MÉTODO MÉZIÈRES

Alinear la parte posterior del pie (figuras 36, 37 y 38 y fotos 11 y 12)

Talones juntos y en el suelo.

Los talones se colocarán junto a la pared o, según las posibilidades del paciente, algo separados de la misma (individuos obesos).

Visibles en la figura 37, las deformaciones más normales de los dedos que es necesario reajustar durante el trabajo de base son el hallux valgus y el quintus varus.

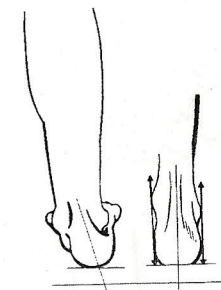
En la figura 36, los dedos están alineados, pero el trabajo empieza en los talones, los tobillos y el calcáneo que debe estar alineado.

La desalineación del tobillo y el eje correcto los vemos en la figura 38.

Para obtener el alineamiento, pedir al paciente que eleve el arco interno del pie (ver las fotos 1a y 1b).

Se trabajará de la siguiente manera:

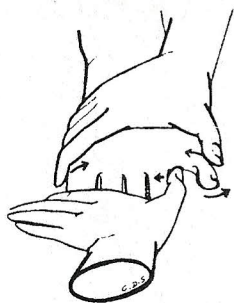
Rotación externa de las caderas obtenida por una intervención de las rodillas que coloca de nuevo los talones en su eje y facilita la elevación del arco interno del pie. La parte posterior se encuentra en supinación; seguidamente, realizaremos la pronación de la parte anterior del pie con ayuda de los dedos.



Trabajo de los dedos (figuras 39, 40, 41 y 42)

A continuación veremos los puntos esenciales del trabajo.

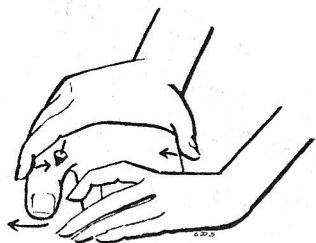
Cuando todo esté alineado como hemos descrito anteriormente (en contracción estática), se pedirá al paciente un trabajo con los dedos de los pies. El paciente debe liberar los dedos 5.º y 1.º.



a) Trabajo del 5.º dedo (figura 39)

Todos los dedos están fijos y se pide al paciente que separe el 5.º.

Nota: Sujetar transversalmente el pie para facilitar el trabajo de los dedos. Sujetar de forma que se pueda reconstruir el arco transversal anterior del pie.



b) Trabajo del 1.º dedo (figura 40)

Cuando todos los dedos están fijos, se pide la separación del 1.º dedo (o sea la aducción hacia la línea media del cuerpo), bajando la cabeza metatarsiana, es decir, presionando el suelo con la cabeza del primer metatarsiano. Esta presión de la zona del primer dedo, provoca la pronación de la parte anterior del pie cuando el calcáneo está bien alineado.



c) Trabajo de los dedos 2.º, 3.º y 4.º (figura 41)

Estiramiento de los dedos, activación de los músculos profundos del pie, sobre todo de los músculos lumbricales, que se trabajarán simultáneamente con los lumbricales de la mano. Este trabajo es parte importante del método Mézières.

Ilustrado por la figura 41, los primeros dedos de ambos pies se separan, se juntan y se sujetan conjuntamente, agarrados por el terapeuta.

Nota: Para liberar una mano, ya que en este método nunca se dispone de manos suficientes para guiar los alineamientos, se acostumbra a mantener los primeros dedos separados vinculándolos por un medio de contención.

El 5.º dedo se separa activamente. El conjunto de los dedos 2.º, 3.º y 4.º se estiran hacia abajo facilitando la sujeción de las cabezas de los metatarsianos sobre la cara dorsal del pie. Es un interesante trabajo para devolver la elasticidad al pie movilizándolo el arco transversal anterior.

Figura 42 y foto 1b. Es casi el mismo trabajo, pero según el caso, es más aconsejable y se ve facilitado de diversas maneras. Ahora no se insiste en la flexión metatarsofalángica, es decir, sobre la sujeción de las cabezas de los metatarsianos.

Los dedos se estiran manteniendo las cabezas metatarsianas en el suelo. El extremo de los dedos tiende a elevarse un poco, salvo el primer dedo. Repitámoslo, ya que el apoyo del 1.º dedo y la fijación de su base en el suelo es importante para la reconstrucción del pie.

La separación del 5.º dedo representa un aspecto más, generalmente, para facilitar la pronación de la parte anterior del pie. Seguidamente se insiste en el estiramiento de todos los dedos separados en el eje metatarsiano, lo que proporciona a la parte anterior del pie su conformación fisiológica que no se debe contrariar.

Es interesante ver la importancia que se le da al pie; ver el trabajo y el cuidado aportado a su refuncionalización. F. Mézières nos ha convencido de que no se trata sólo de corregir ortopédicamente un pie, sino de que ese trabajo se dirige a una zona corporal particularmente reactiva donde se acumulan muchas de nuestras tensiones, pero de la que parten también numerosos mensajes que, por las vías reflejas, pueden influir en el conjunto del cuerpo.



Variantes aportadas a la postura y al trabajo de base, maniobras asociadas

1. POSICIÓN DE LOS BRAZOS CRUZADOS SOBRE EL PECHO

Una variante visible en la figura 35.

Cuando el paciente se apoya sobre los brazos (cuando éstos están apoyados en la pared), es preferible cruzar los brazos sobre el tórax. Los brazos cruzados rodean el tórax, las manos se colocan sobre los omóplatos.

2. ADAPTACIONES QUE AFECTAN AL TRABAJO DE LOS DEDOS

Ya hemos descrito varias modalidades de trabajo con los dedos. Según las dificultades encontradas en cuanto a movilizar los dedos del pie, según los problemas morfológicos de cada paciente, se asociará a los ejercicios fundamentales diversas modalidades para facilitar el trabajo.

Por ejemplo, para algunos pacientes, la separación del 5.º dedo irá asociada a una flexión o a una extensión del dedo:

- separación del 5.º dedo más su elevación,
- separación del 5.º dedo más su descenso.



- 1) La figura 43 y la foto 13 muestran la fijación, por parte del especialista, del 1.º y 5.º dedos, al tiempo que se le pide al paciente el estiramiento y la elevación de los dedos 2.º, 3.º y 4.º, tal como vemos en la figura 43.

O el descenso de estos dedos, tal como vemos en la foto 13.



- 2) La figura 44 muestra el mismo ejercicio, pero ahora son los dedos 2.º, 3.º y 4.º los que están fijos, mientras que se pide al paciente que apoye la cabeza del 1.º metatarsiano separando el primer dedo y el quinto.



- 3) La figura 45 representa un apoyo que facilita el trabajo aislado del 5.º dedo. Además de la presión transversal sobre las cabezas metatarsianas (figuras 39 y 40), la simple presión de un dedo contra la cara externa del 5.º metatarsiano basta para facilitar la separación del dedo.

También se puede, con la separación del 5.º dedo, dejar en valgus los dedos 2.º, 3.º y 4.º (trabajo del pie). Esto lo vemos en la figura 45.

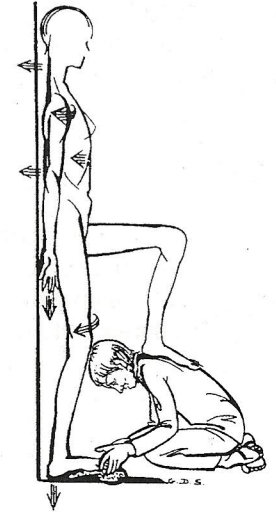
Sin embargo, esto sólo se puede realizar si se asegura el trabajo del abductor del 5.º dedo; un truco frecuente consiste en ver cómo el 4.º dedo descansa sobre el 5.º. En este caso, se deben sujetar los dedos 2.º, 3.º y 4.º y recurrir al trabajo aislado del 5.º facilitando el ejercicio por medio del apoyo sobre la cara externa de la cabeza metatarsiana, como vemos en la figura 45.

3. TRABAJO DE PIE CON APOYO EN UNA PIERNA (figuras 46 y foto 14 y 15)

El paciente está correctamente alineado desde los pies hasta la cabeza; el trabajo puede intensificarse añadiendo un factor de equilibrio.

El trabajo se realizará apoyándose sobre un pie, con la pelvis bien pegada a la pared, la pierna elevada relajada y apoyada en el hombro o en la espalda del fisioterapeuta.

Todo esto para evitar la contracción del músculo psoasílico de este lado.



4. ESTIRAMIENTO POSTERIOR AUMENTADO POR UNA FLEXIÓN DORSAL DE LOS TOBILLOS (figura 47)

Ahora, el tobillo es requerido para una flexión dorsal. Colocaremos debajo del pie una cuña o un cojín, que provocará una interesante progresión para este ejercicio con la espalda en la pared.

En esta aproximación, el estiramiento del músculo tríceps sural se muestra como un elemento muy interesante para muchos casos.



Fotos 16, 17, 18 y 19

El banco presentado en las fotos 16, 17, 18 y 19 fue creado por Jean-Marie Jaumin y consta de una plancha inclinable en la parte superior.

El paciente se coloca sobre el banco, cuya superficie de apoyo puede inclinarse progresivamente para situar el tobillo en flexión dorsal.

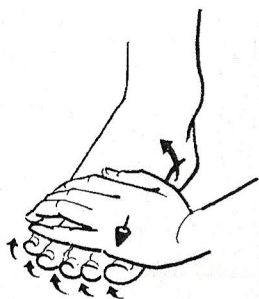
Flexión dorsal y tensión del músculo tríceps sural; este estiramiento requiere la cadena muscular posterior en toda su extensión. Sin embargo, se producen tensiones a nivel del tronco, de los hombros y de la nuca que deberán corregir. Este estiramiento local intensifica el trabajo global.

Fotos 20 y 21

A falta de una inclinación regulable a nivel de los apoyos plantares, el estiramiento se obtiene en este caso por la inclinación del cuerpo hacia delante.

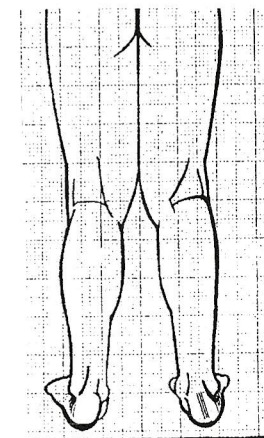
Aunque el alineamiento ideal es más difícil en estas condiciones, sin embargo, el estiramiento de la pantorrilla puede realizarse unilateralmente estirando una pierna hacia atrás.

Casos particulares
(ejemplos obtenidos a lo largo de nuestros cursos)

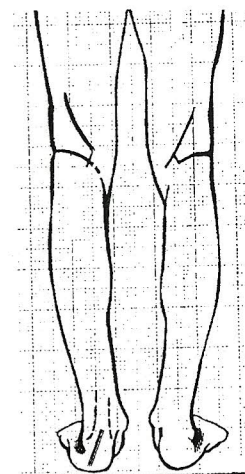
DEDOS EN MARTILLO (figura 48)

En este caso, todos los dedos están estirados pasivamente y sujetos por el terapeuta. Las cabezas de los metatarsianos descansan hacia abajo, mientras que se pide al paciente que haga el esfuerzo de estirar los dedos ya que las últimas falanges tienden a elevarse.

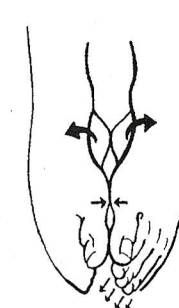
Este trabajo es comparable al de la figura 42, pero ahora debe realizarse con ayuda, ya que la deformación dificulta la movilización de los dedos.

2. EL "HACHAZO" BAJO EL MALEOLO EXTERNO (figuras 49 y 50)**1) Sobre la figura 49**

El calcáneo bascula, se apoya sobre su borde interno, en valgus. La pérdida de la alineación tiene como consecuencia la deformación en "hachazo" bajo el maleolo, en la cara externa del pie.

**2) Ilustrado por las figuras 50a y 50b**

F. Mézières estiraba las estructuras de la cara externa del pie cuando una antigua mala posición había favorecido la retracción. Estiramiento del "hachazo", con los pies juntos apoyados sobre el borde externo.



B. POSTURAS EN DECÚBITO

CAPÍTULO 1

POSTURA EN DECÚBITO DORSAL, MIEMBROS INFERIORES ESTIRADOS

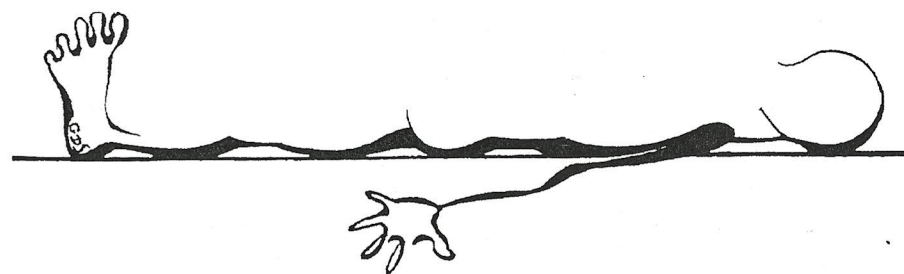


ILUSTRACIÓN DEL MÉTODO

DEMOSTRACIÓN POR MEDIO DE DIBUJO

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE

1. La primera sesión.....135
2. Observación del paciente relajado.....138
3. Tratamiento por masaje reflejo y movilizaciones pasivas del pie.....138
4. Ejercicios asociados a las movilizaciones pasivas del pie.....141
 - *Indicación por la imagen de la torsión activa del miembro inferior*.....141
 - *Liberar los dedos y el tobillo*.....145

CASO PARTICULAR

1. Deformaciones resultantes de un hándicap neurológico.....151
 - Exploración*.....151
2. Descripción de la primera sesión de trabajo.....155
 - Exploración*.....151

Demostración por medio de dibujos

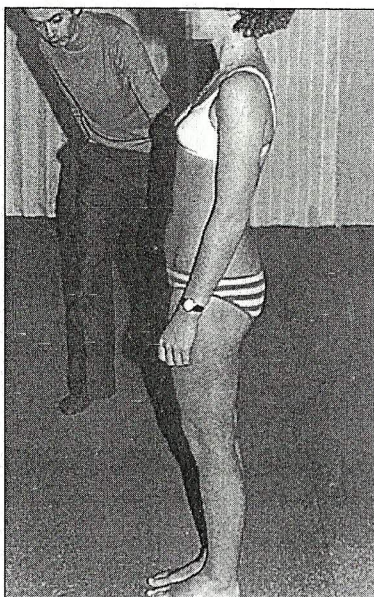
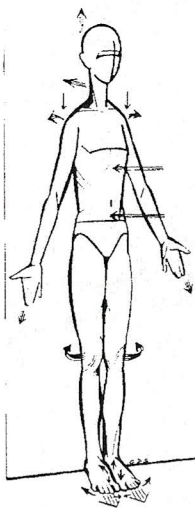
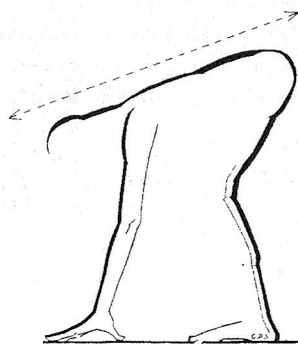
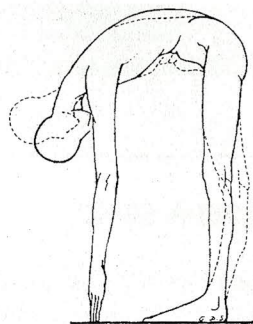
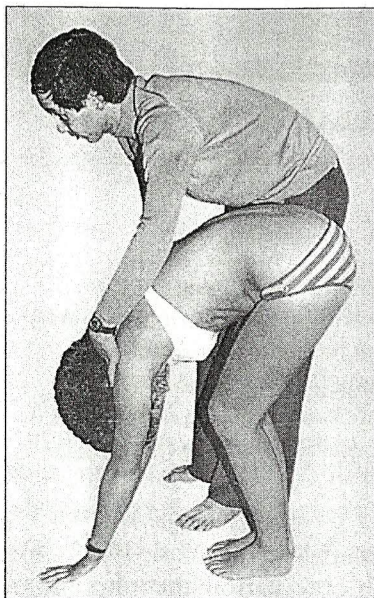
Posición y trabajo de base

1. LA PRIMERA SESIÓN

La primera sesión, en el marco del método Mézières, está largamente comentada en el párrafo siguiente. Este párrafo reagrupa las descripciones más detalladas y las reflexiones. Pero observemos que la intervención se inicia generalmente por una atenta observación morfológica de los signos establecidos por F. Mézières, es decir, las manifestaciones sobre la morfología de la excesiva tensión de los tirantes que sujetan la estructura ósea (figura 51).



Figura 51. F. Mézières, observando a su paciente, hace esta reflexión: «un bonito diafragma».



Volviendo a la figura 34 y a las fotos y esquemas 2, 3 y 4. Es la tensión la que proporciona al mezierista lo esencial de las informaciones.

En efecto, como hemos dicho antes, el diafragma, junto a los tirantes musculares posteriores, contribuye a modelar nuestro esqueleto. Al acortarse, deforman la columna vertebral y la caja torácica. F. Mézières lo tenía muy claro. El paciente "esconde su vientre", o bien eleva el tórax, manteniendo las costillas en posición elevada, bloqueadas en inspiración y dirigiendo el contenido abdominal hacia arriba.

Volviendo a la figura 34 y a las fotos y esquemas 2, 3 y 4.

La observación morfológica se desarrolla muchas veces en las posiciones de pie o con el tronco inclinado hacia delante. Es la TENSIÓN DE LOS MÚSCULOS POSTERIORES, en particular en la posición con el tronco flexionado hacia delante, la que proporciona al mezierista lo esencial de la información que busca.

Sin embargo, F. Mézières empieza por el "decúbito supino", posición relajada, en el suelo.

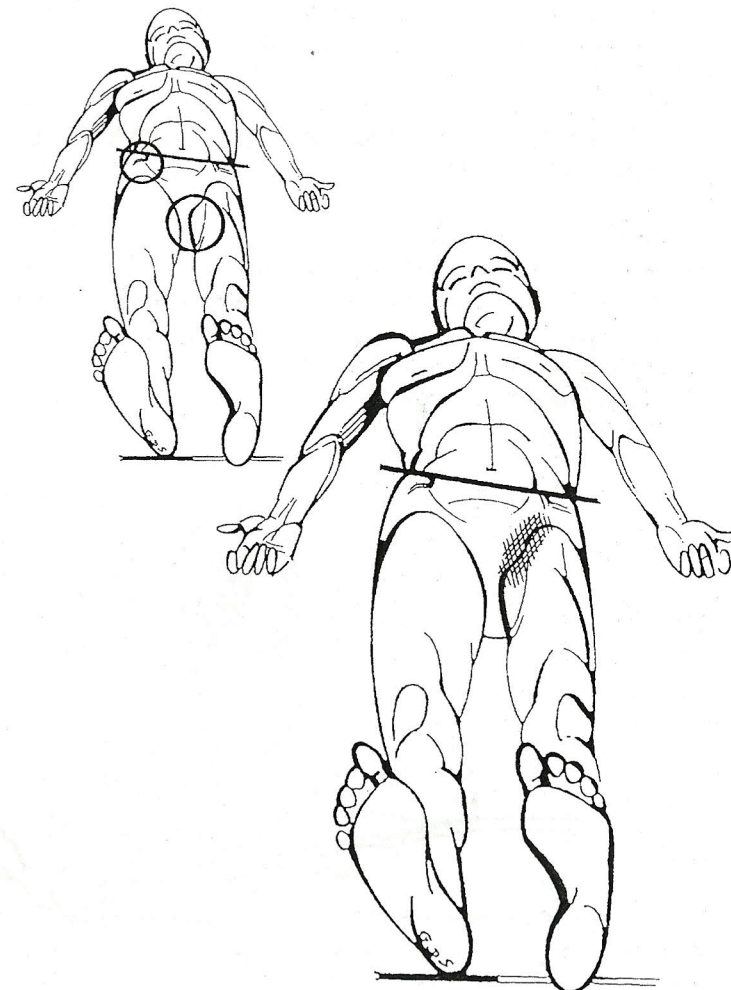


Figura 52. En algunos casos, se empiezan o se continúan en esta posición las observaciones morfológicas del paciente.

2. OBSERVACIÓN DEL PACIENTE RELAJADO

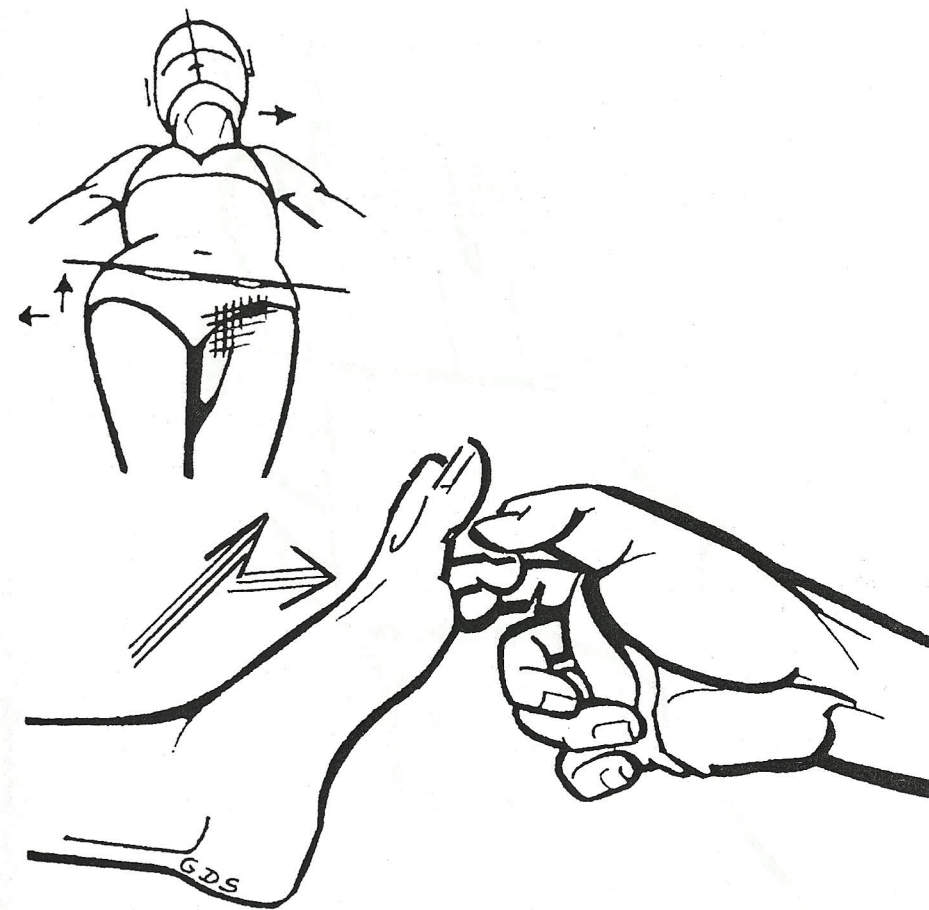
En algunos casos, en esta posición se empiezan o se continúan las observaciones morfológicas del paciente, figura 52.

- Por ejemplo, observaremos:
 - las *asimetrías* a nivel de la pelvis, visibles sobre todo a partir de las espinas ilíacas anterosuperiores (EIAS).
- Como en el ejemplo ilustrado por la figura 52, observaremos:
 - las *tensiones*, o sea, en este caso, una contractura de los músculos aductores y la tensión del músculo cuádriceps izquierdo;
 - las *zonas álgicas*: en el dibujo una zona marcada indica sensibilidad a nivel del pliegue inguinal izquierdo.

3. TRATAMIENTO POR MASAJE REFLEJO Y MOVILIZACIONES PASIVAS DEL PIE

Volviendo a la figura 51.

En la posición tendida, relajada, en el suelo, F. Mézières empezaba con un trabajo en el pie. Exploraba las zonas reflejas del pie (método Ingham) y adaptaba el trabajo global, según su método, a movilizaciones pasivas y activo-pasivas del tobillo y de los dedos. Repetimos: es un método que concede gran importancia al pie.



Figuras 53a y 53b. Movilización pasiva del 4.º dedo.

Figura 53a. Hemos visto en el ejemplo elegido, ilustrado por la figura 52, una zona contraída a nivel de los músculos aductores y sensible en la zona del pliegue inguinal.

Figura 53b. Según F. Mézières, la movilización en tracción del 4.º dedo alivia las algias sufridas a este nivel. La distorsión pélvica y la contractura de los músculos aductores no son extrañas a los mecanismos de este dolor.

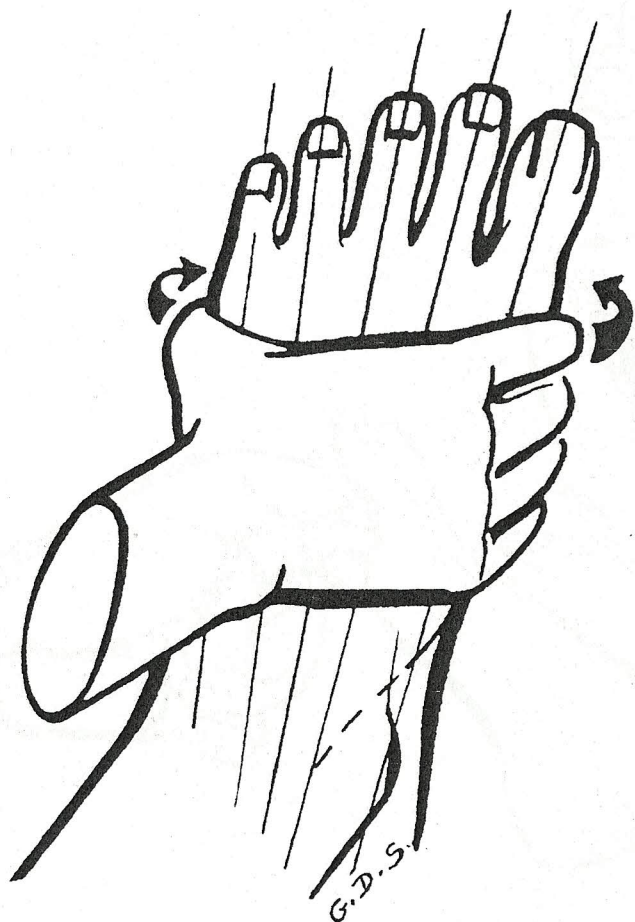
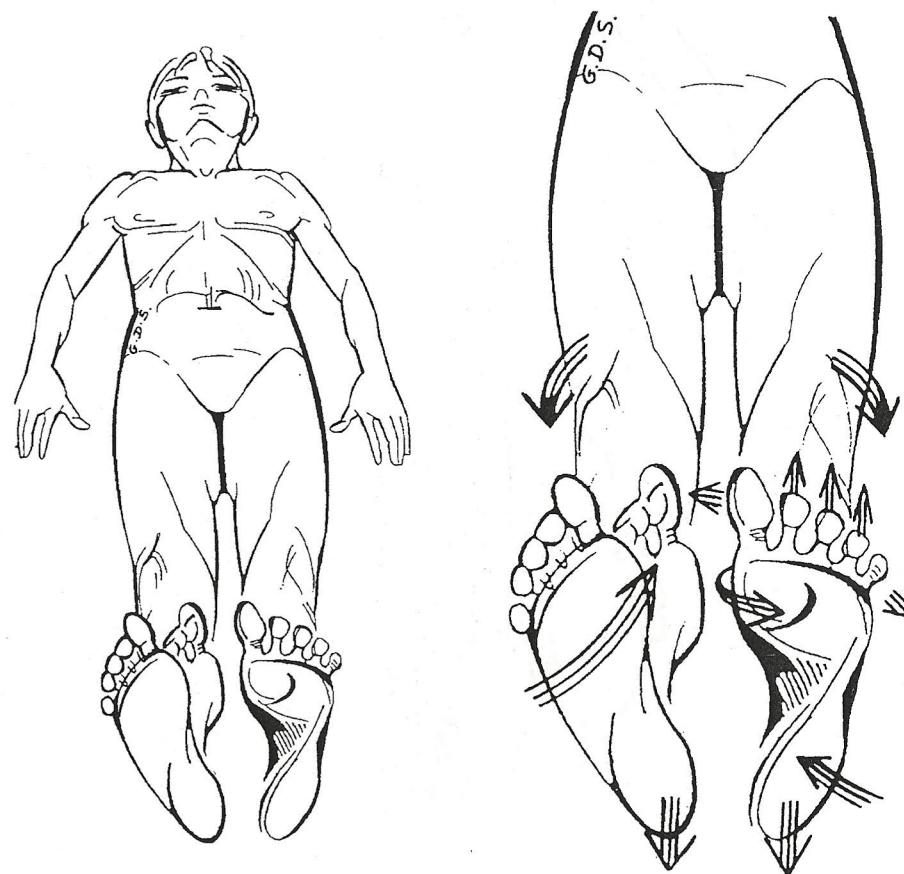


Figura 54. Alineación pasiva de los dedos.
Presión transversal que separa los dedos en el eje de los metatarsianos y que moviliza, arqueándolo, el arco transverso anterior del pie.

4. EJERCICIOS ASOCIADOS A LAS MOVILIZACIONES PASIVAS DEL PIE

- Indicación por la imagen de la torsión activa del miembro inferior



Figuras 55 y 56. Girar las rodillas hacia el exterior, o sea, alinear el miembro inferior por la rotación externa de las caderas. El pie vuelve de nuevo a su eje por una rotación interna, llamada pronación, de la parte anterior del mismo.

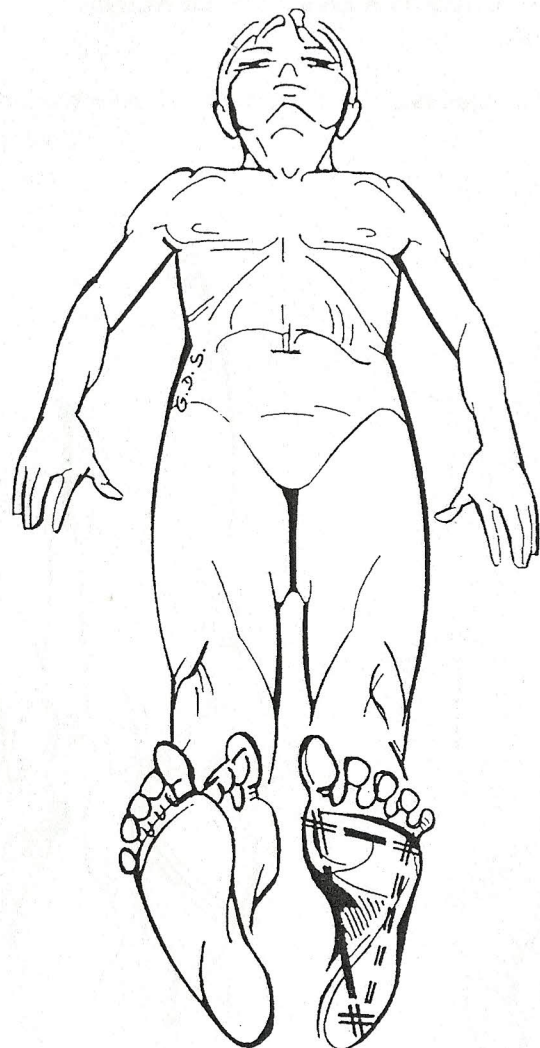
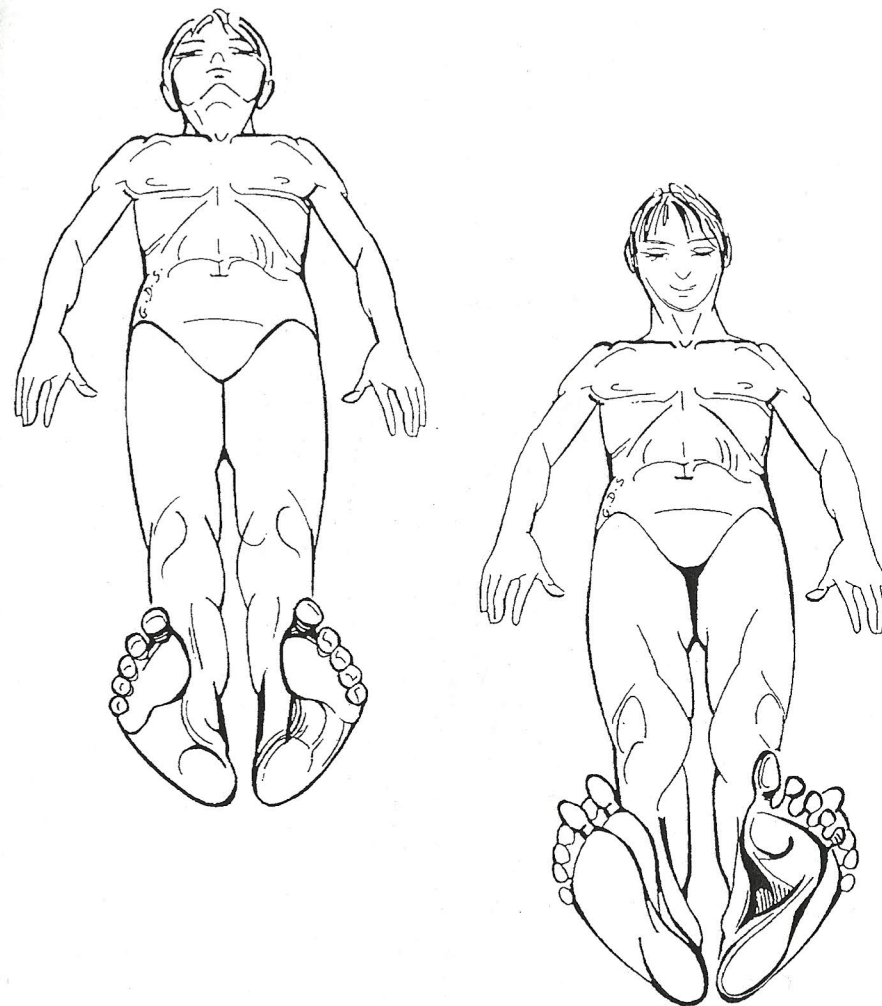


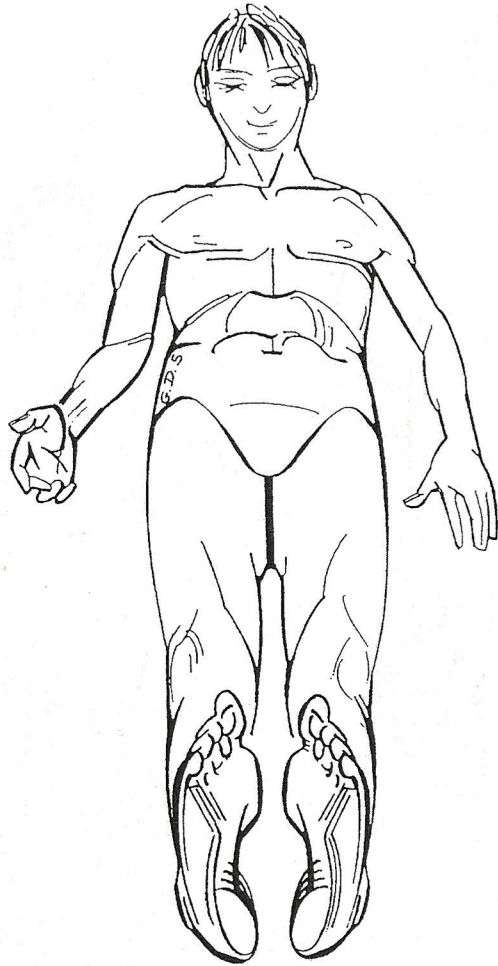
Figura 56. Para enderezar un edificio sobre sus cimientos, se deben asegurar los pilares. F. Mézières se centra en ello e intenta equilibrar los pilares de los pies desde las primeras sesiones. Ésta es una de sus mayores preocupaciones.

Pero como ya hemos indicado, esta movilización intrínseca, esta torsión en el seno del pie y los dedos que se debe liberar, no es fácil.



Ilustrado por las figuras 57a y 57b.

Un niño nos permite resumir la situación. Vino a la consulta para tratar las secuelas de un antiguo esguince. Durante la primera sesión, echado en el suelo, con los ojos mirando al techo, levanta de pronto la cabeza para mirar sus pies con interés: «No imagino en mi mente lo que debe hacer mi pie».



Mi pie, ese desconocido.

Por ejemplo, ilustrado por la **figura 58**, el individuo que mira sus pies se pregunta si se encuentran en rotación interna o externa.

Cuando las plantas de los pies se miran, ¿cómo están los tobillos y las articulaciones del tarso? ¿... giradas hacia dentro?

En el párrafo de nuestras reflexiones, veremos la demostración. Mientras tanto, seguimos con nuestro trabajo: desliar los dedos al mismo tiempo que liberamos el tobillo.

Liberar los dedos y el tobillo

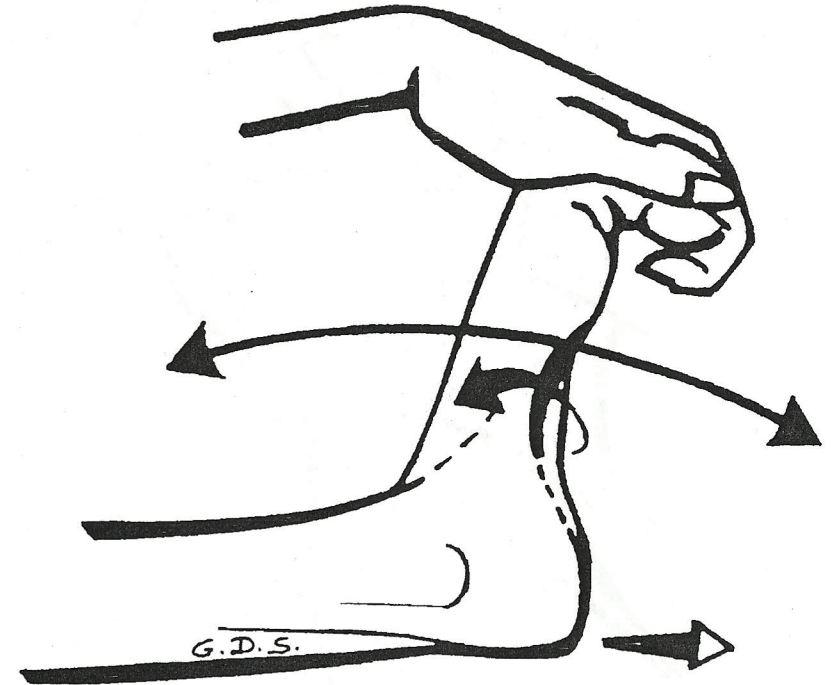


Figura 59. Flexión-extensión de los tobillos. Movilización pasiva de los dedos en la flexión-extensión del tobillo y estructuración en torsión del pie.

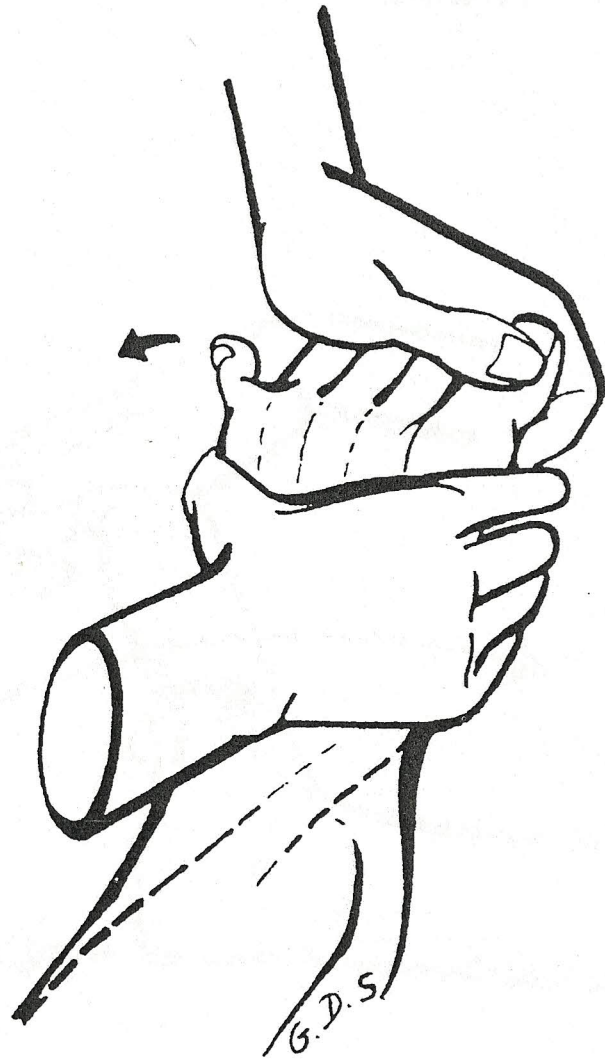


Figura 60. Tobillo en flexión dorsal, liberación del 5.º dedo. Sujeción transversal de los metatarsianos, movilización pasiva de los dedos vinculada al trabajo activo del 5.º dedo. Trabajo cuyas repercusiones parecen enormes en la reestructuración del pie y, partiendo de él, en el conjunto del cuerpo...

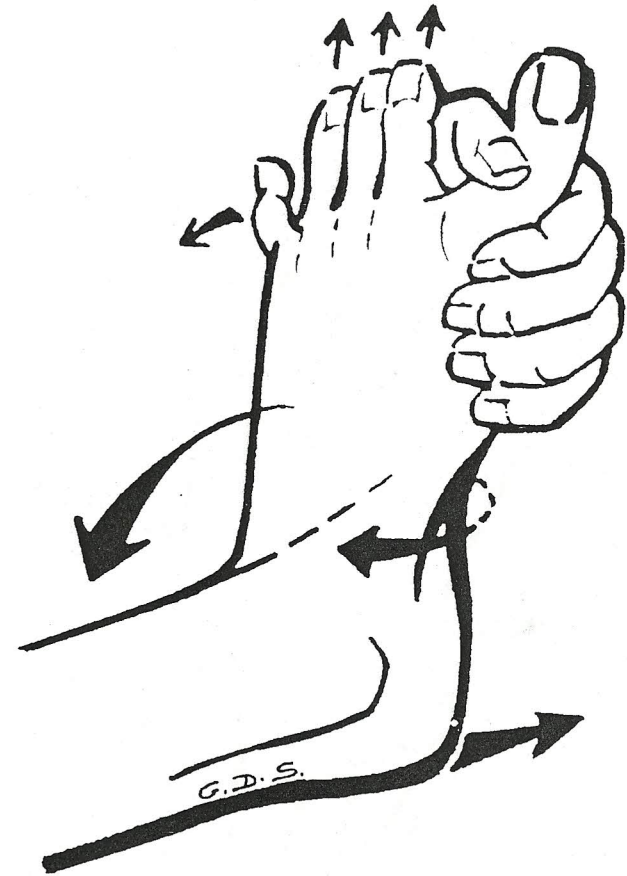


Figura 61. Flexión-extension del tobillo. El tobillo está ahora en flexión dorsal. La alineación de los dedos se ve favorecida por el mantenimiento en corrección pasiva del 1.º dedo.

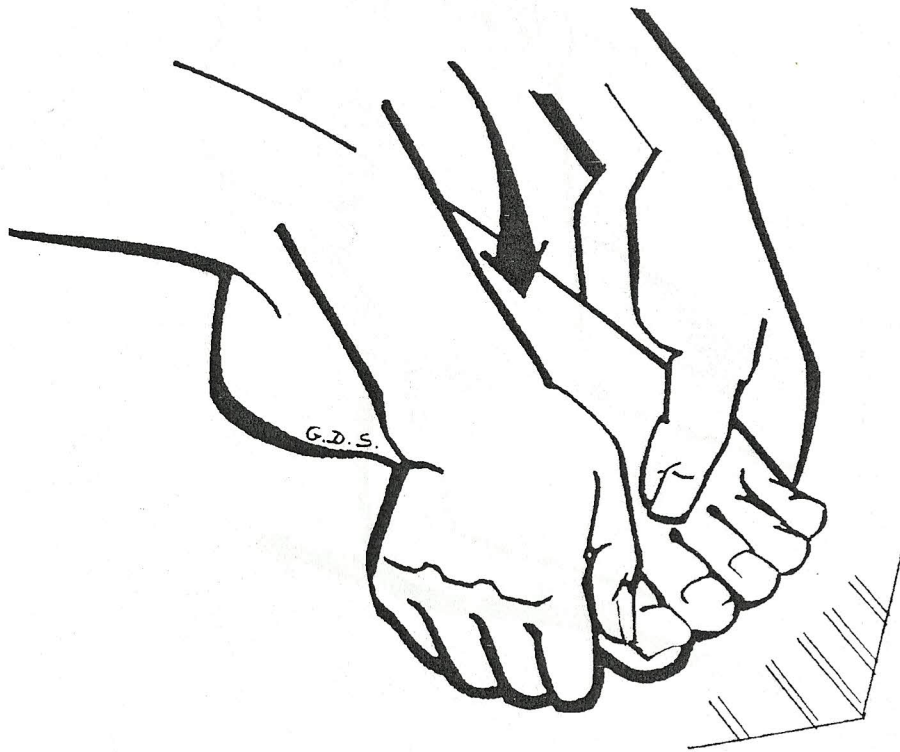


Figura 62. Flexión-extensión del tobillo. Ahora el tobillo está en extensión, o sea, en flexión plantar. Alineamiento de los dedos, movilización activo-pasiva del arco plantar transversal anterior asociada al alineamiento máximo de los dedos del pie.



Figura 63. Con el tobillo en extensión, separación de los dedos 1.º y 5.º mientras se mantiene un estiramiento en los otros dedos.

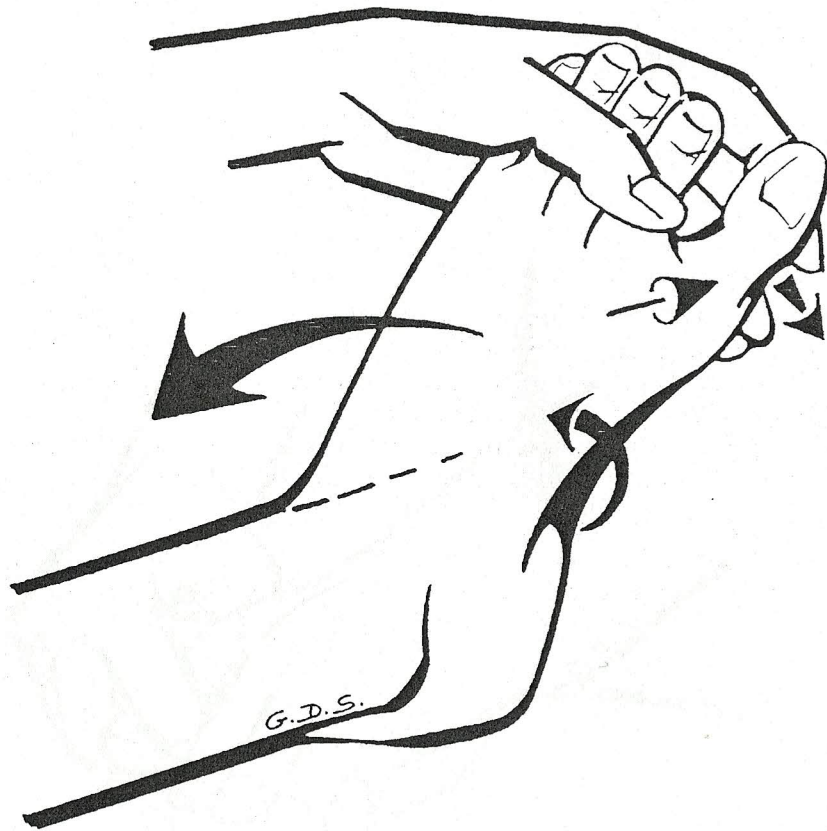


Figura 64. Flexión-extensión del tobillo. Ahora el tobillo está en flexión. Se insiste en la estructuración en torsión del pie.
 Si la parte posterior del pie está en supinación –rotación externa– se elevará el arco longitudinalmente interno.
 Si la parte anterior del pie está en pronación –rotación interna– la primera cabeza del metatarsiano descenderá.

Caso particular

Ejemplo de un caso visto durante un curso.

1. DEFORMACIONES RESULTANTES DE UN HÁNDICAP NEUROLÓGICO

Exploración

- Pie derecho

Figura 65. Pie equino asociado a una basculación en valgus del talón. La parte anterior del calcáneo está hundida.

Dicho de otro modo, la proa del calcáneo enfoca directamente hacia abajo y los huesos del tarso se hunden con ella.

Esto arquea y borra el arco, mientras que la cadena de los metatarsianos se eleva y coloca las articulaciones metatarsofalángicas en extensión.

El pie está doblemente hundido,

- 1) por el valgus del talón,
- 2) por esta basculación hacia atrás del extremo anterior del calcáneo.

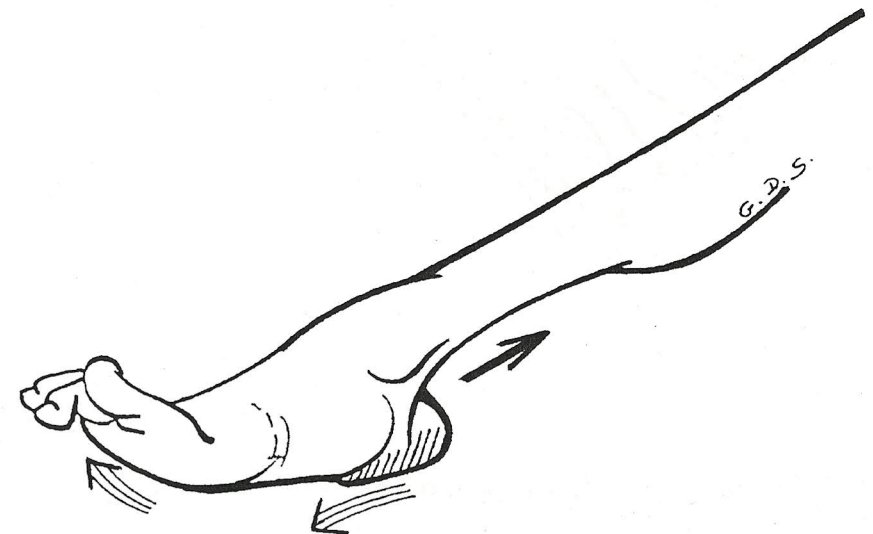




Figura 66. Pie en valgus, el dedo pequeño se separa y se levanta; el primer dedo también.

- Pie izquierdo

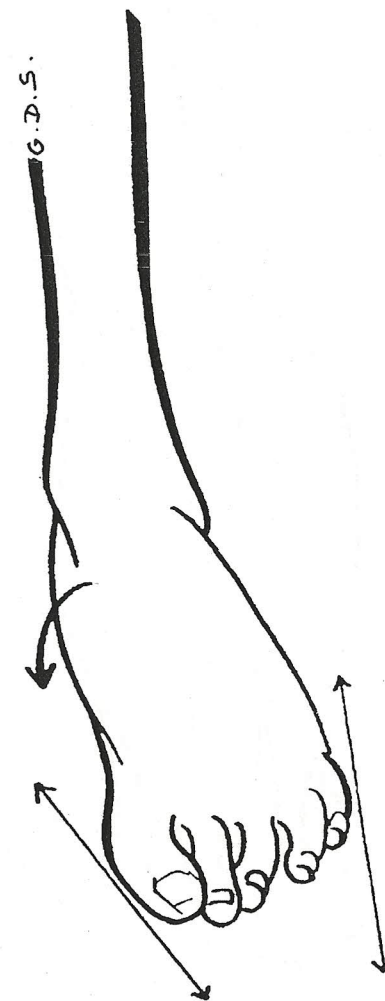


Figura 67. Una deformación del pie más clásica: basculación en valgus del talón y encogimiento de los dedos.

- Comparación de ambos miembros inferiores

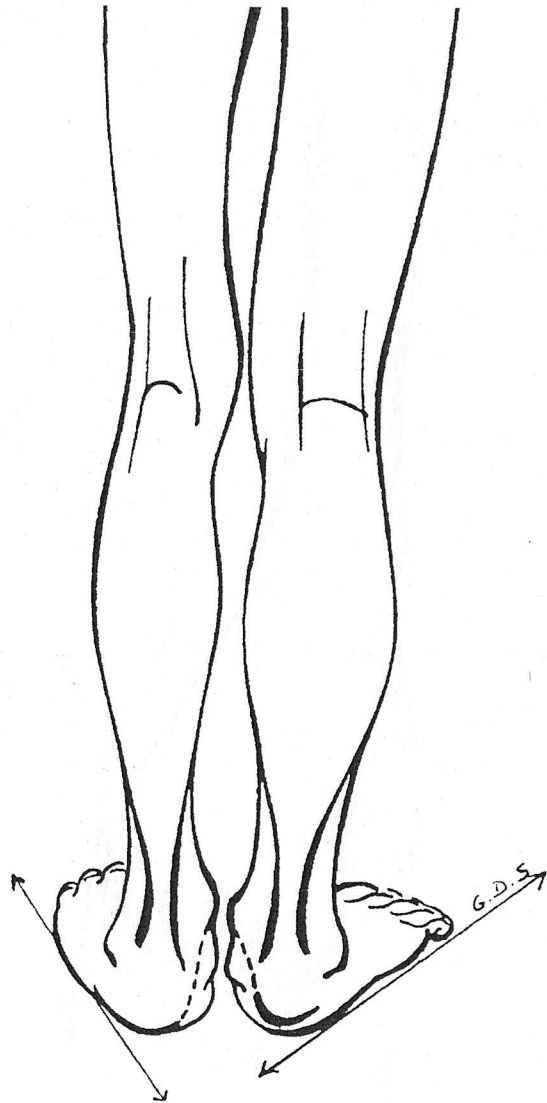


Figura 68. Valgus del talón más acentuado hacia la derecha. El pie está más hundido hacia la derecha y los dedos están separados. A la izquierda, los músculos del muslo y de la pierna están atrofiados. Los dedos están encogidos.

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRIMERA SESIÓN DE TRABAJO

Exploración

- Pie derecho

Ahora los dedos están separados y elevados, por lo que el trabajo será diferente con relación al trabajo de base. Los dedos estarán flexionados. Sin embargo, el trabajo de base se mantendrá en la realineación del calcáneo, el alargamiento de los dedos, la prominencia de las cabezas de los metatarsianos en la cara dorsal del pie.

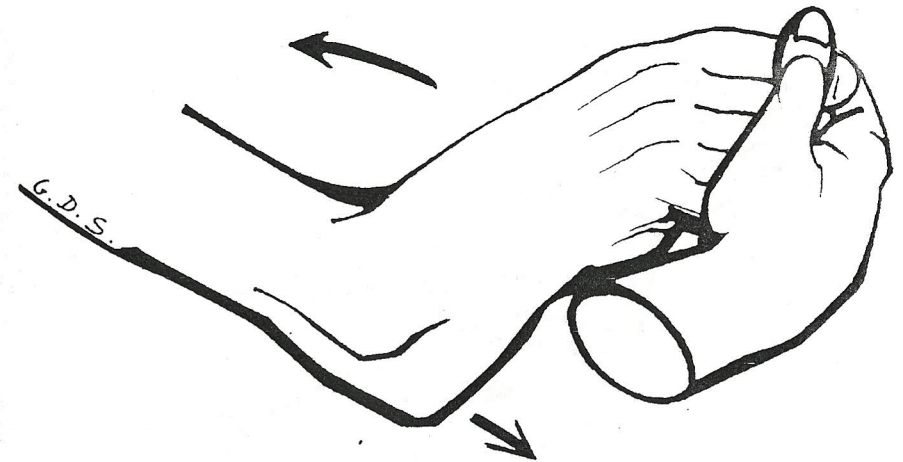


Figura 69. Rotación externa de la cadera, realineación del talón, movilización de los dedos y flexión-extensión del tobillo.

Figuras 70a y 70b

Siempre se insiste en la prominencia de las cabezas de los metatarsianos visibles en la cara dorsal del pie. Tractionar la parte posterior del calcáneo hacia abajo en el eje de la pierna para enderezar el talón. El trabajo está asociado a la elevación del arco interno del pie. El estiramiento del músculo tríceps sural permitirá que el calcáneo remonte su extremo anterior hundido.

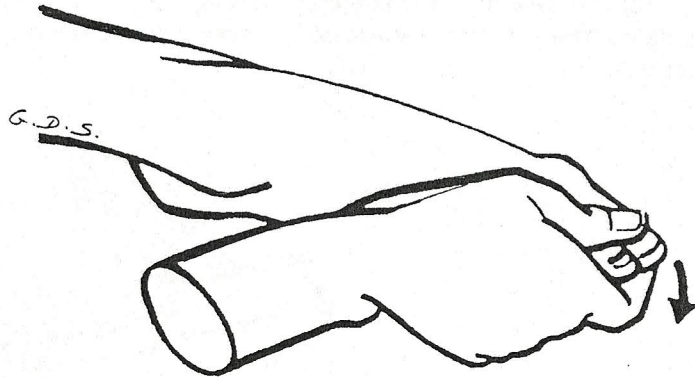


Figura 70a. Ahora el tobillo se encuentra en extensión, pero los dedos se mantienen flexionados y se estiran a partir de una flexión metatarsofalángica.

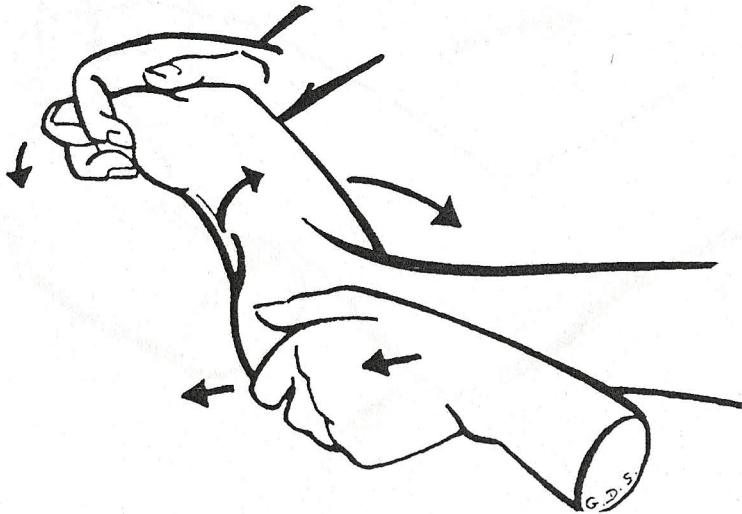


Figura 70b. Nuevo estiramiento en flexión del tobillo. Ahora se observa el pie derecho por su cara interna.

- Pie izquierdo

Para el pie izquierdo hemos visto que sus malformaciones son debidas a malas posiciones corrientes. Nos referiremos al trabajo de base para la basculación del calcáneo en valgus sin hundimiento del extremo anterior. Los dedos están flexionados mientras que en el otro pie están elevados y separados.

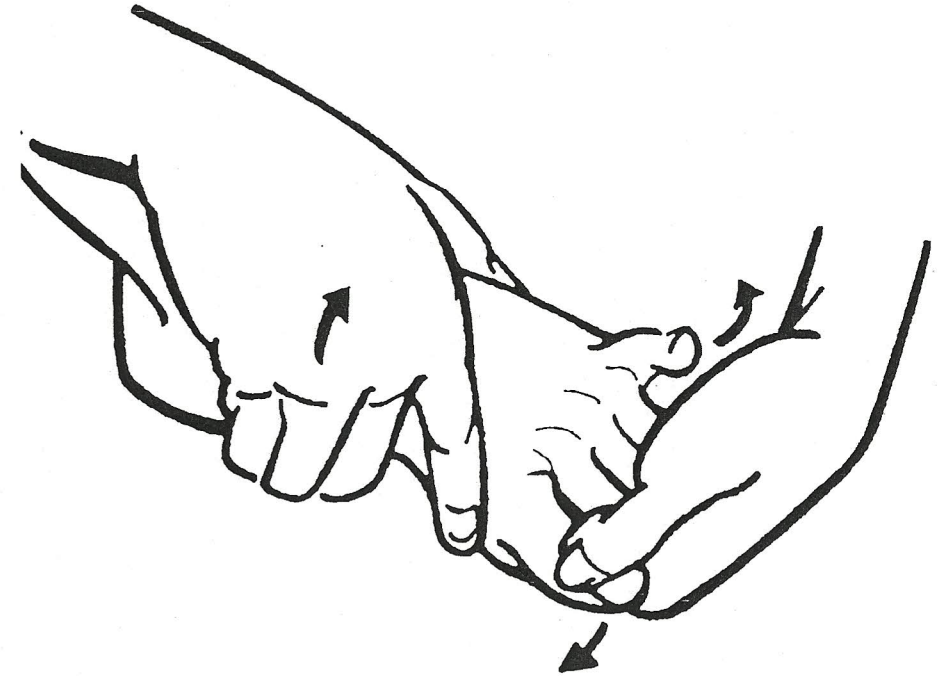


Figura 71. Elevar y separar el 5.º dedo.

Movilización pasiva de los otros dedos siempre sobre un miembro inferior en rotación externa y manteniéndose en tracción en el eje. La serie de ejercicios se realizará en la siguiente posición inicial: echado sobre la espalda, pero esta vez con las caderas y las rodillas flexionadas; los pies apoyados en el suelo.

DEMOSTRACIÓN COMPLEMENTADA CON FOTOGRAFÍAS

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE.....	159
1. Observación del paciente en situación relajada	159
<i>Exploración</i>	159
2. Tratamiento preparatorio para las movilizaciones activas	161

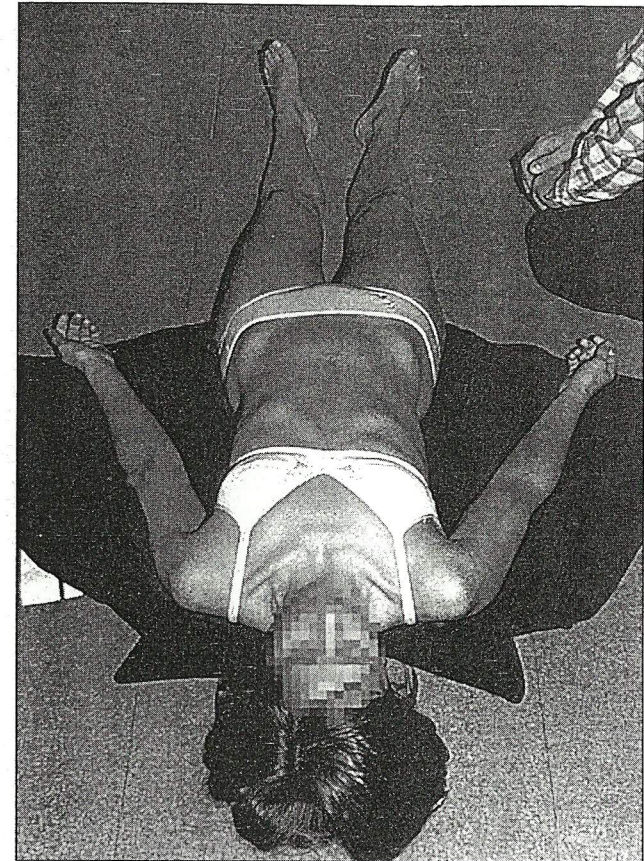
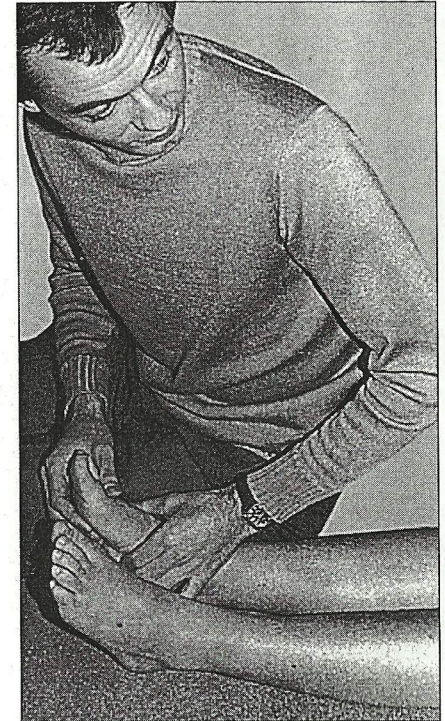
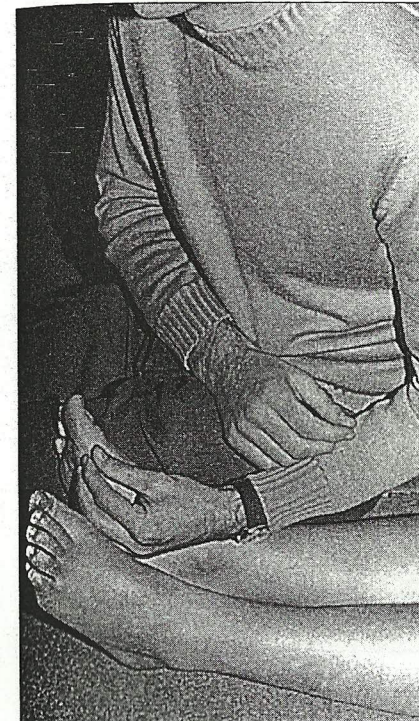
Demostración complementada con fotografías**Posición y trabajo de base****1. OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN SITUACIÓN RELAJADA****Exploración**

Foto 22. En esta posición, el terapeuta observará las "posturas" que adopta el cuerpo: comparar el hemicuerpo derecho y el izquierdo, las asimetrías en la posición relajada de los pies, de las rodillas, de las caderas, de la pelvis, o sea de las EIAS.

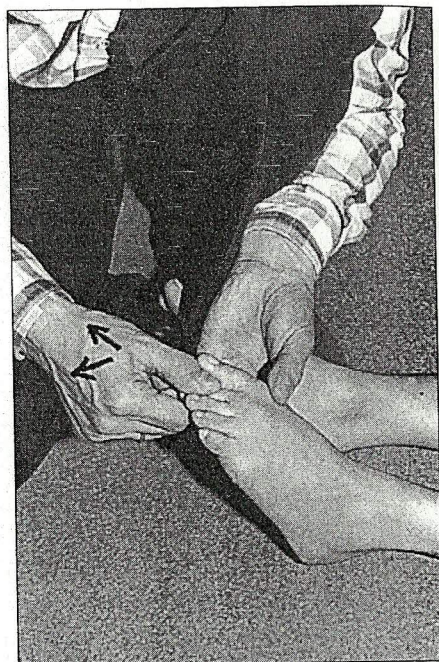
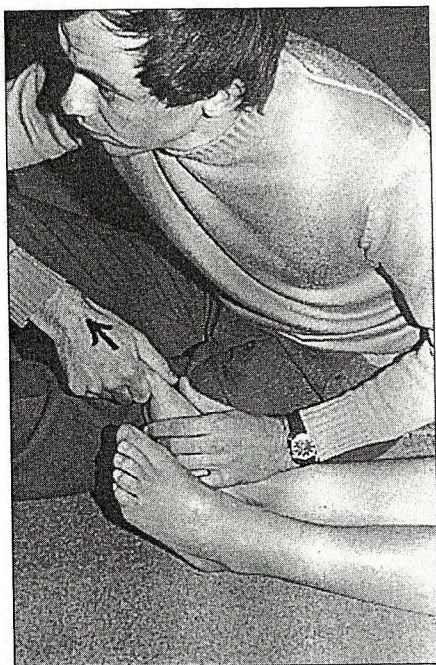


Foto 23. Asimetrías del tórax, de las clavículas, de los hombros; inclinación y rotación espontánea de la cabeza, comportamiento espontáneo de los brazos, de las manos...

2. TRATAMIENTO PREPARATORIO PARA LAS MOVILIZACIONES ACTIVAS



Fotos 24 y 25. Exploración y tratamiento de las zonas reflejas del pie.



Fotos 26 y 27. Movilización pasiva de los dedos, estirarlos, resaltar la prominencia de los metatarsianos sobre la cara dorsal del pie, movilizándolo y modelando el arco transversal anterior.

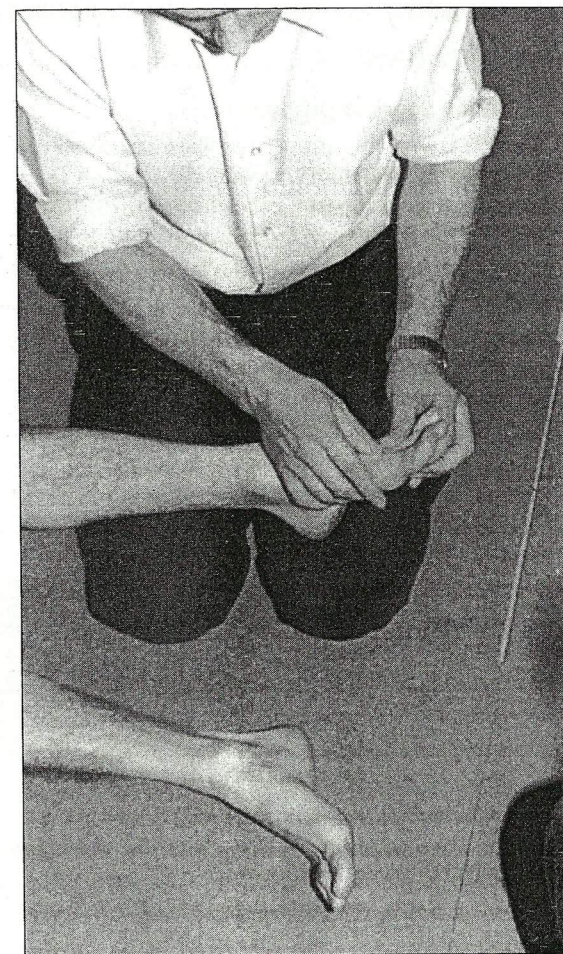


Foto 28. Individuo que presenta un primer dedo elevado, los otros tienden a deformarse en los llamados "dedos en martillo". Todo un programa para estructurar con el primer dedo la función de apoyo en el suelo, para estirar los otros arqueando la cara anterior. Tracciones realizadas sobre los dedos y estiramiento de los músculos extensores.

NOTAS EXPLICATIVAS

Comentarios a las demostraciones con referencia a las ilustraciones

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE165

1. Primera sesión. Reflexión sobre la progresión y el ritmo de las sesiones165
2. Observación del paciente en situación relajada168
 - Desalineamientos y "malas posturas" del miembro inferior.....168*
 - Desalineamientos y "malas posturas" de la pelvis168*
 - Dismorfismos, asimetrías del tórax que afectan a la caja torácica y a la cintura escapular168*
 - Desalineamiento de la cabeza y del cuello169*
 - Desalineamiento de los miembros superiores.....169*
3. Tratamiento por el masaje reflejo y las movilizaciones pasivas del pie170
4. Ejercicios asociados a las movilizaciones pasivas del pie172
 - En decúbito dorsal, piernas estiradas, reflexiones y precisiones sobre el trabajo del miembro inferior y de los dedos.....172*

PARÉNTESIS173	173
<i>Imágenes del cuerpo y biomecánica173</i>	173
<i>El ejercicio Mézières181</i>	181
<i>Las tres secuencias de la construcción del pie182</i>	182

5. Ejercicios asociados a las movilizaciones pasivas del pie184
 - Repaso de las movilizaciones pasivas ilustradas por nuestros esquemas y nuestras fotos184*
 - Ejercicios activos asociados para liberar los dedos del pie y el tobillo.....185*
- CASO PARTICULAR.....187
1. Deformaciones resultantes de un hándicap neurológico187
 - Exploración.....187*
 2. Descripción de la primera sesión de trabajo189
 - Exploración189*

Notas explicativas

Posición y trabajo de base

1. PRIMERA SESIÓN. REFLEXIÓN SOBRE LA PROGRESIÓN Y EL RITMO DE LAS SESIONES

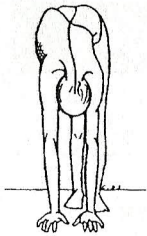


En la figura 51, el paciente está estirado en el suelo. Siendo prioritario que el paciente esté muy cómodo cuando esté sentado en el suelo, F. Mézières empezaba trabajando el pie. Exploraba y trataba las zonas reflejas, los músculos y las articulaciones, por medio del masaje y de las movilizaciones. En esta posición se realizarán las primeras movilizaciones pasivas y activo-pasivas del tobillo y los dedos del pie.

Por otra parte, observando a su paciente, veía cómo en esta posición relajada el paciente, buscando siempre la comodidad, desalineaba sus segmentos. Pero, como ya hemos dicho, esta postura no es necesariamente la de la primera sesión. Las posiciones de pie descritas anteriormente mantienen su lugar en el orden descrito. La postura de la primera sesión depende de la persona y del caso.

El trabajo inicial del mezierista consiste en llevar a cabo una observación morfológica particular. Este análisis se caracteriza en el método Mézières por la observación de las distorsiones morfológicas provocadas por "tensiones".

Por estas "tensiones" en los músculos posteriores fluyen las manifestaciones morfológicas, resultado de una falta de libertad en las articulaciones.



Dicho de otro modo, el acortamiento de los tirantes musculares obliga a las piezas óseas a separarse, a desalinearse, para escapar a las molestias, a las compresiones que dificultan los movimientos y que llegan a ser dolorosas. Si se destaca este acortamiento por medio de una postura que estire, las desviaciones se acentúan. «El cuerpo se llena de malas posturas», se tuerce, como podemos verlo en una columna escoliótica cuando se flexiona hacia delante.

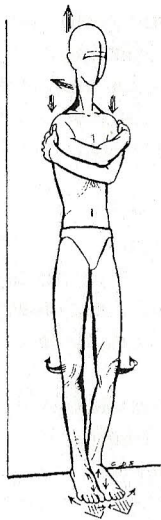
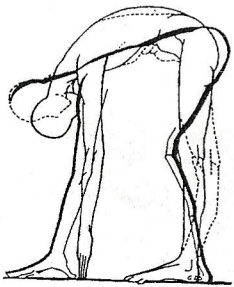
Precisamente, la postura de pie con el tronco flexionado hacia delante, anteriormente descrita, proporciona una excelente tensión en las estructuras posteriores para realizar un análisis y tratar estas tensiones.

La postura de pie con el tronco erguido en extensión axial permite medir exactamente la distancia que separa a la persona afectada de la referencia que se tiene del cuerpo ideal en posición de pie descrita por F. Mézières. Desde este momento, se ha de ser consciente de este exigente objetivo hacia el cual debemos dirigir todos nuestros esfuerzos. Sin darnos por vencidos, pensando y trabajando en ello, lo lograremos.

El trabajo se inicia generalmente respetando una progresión. Por la exigencia misma del método Mézières, la postura debe ser perfecta; la que elijamos como punto de partida depende de las posibilidades del paciente.

Sin embargo, la regla autoriza la excepción tal como hemos visto en F. Mézières. Intervenia muchas veces a partir de una postura difícil; se permitía trabajar en una postura imperfecta; lo hacía valiéndose de su *savoir-faire*, confiando en la capacidad del cuerpo para regenerarse. En efecto, terminada la sesión, el cuerpo es susceptible de continuar trabajando a partir de los mensajes recibidos. Dicho esto, todo se encuentra en el mensaje...

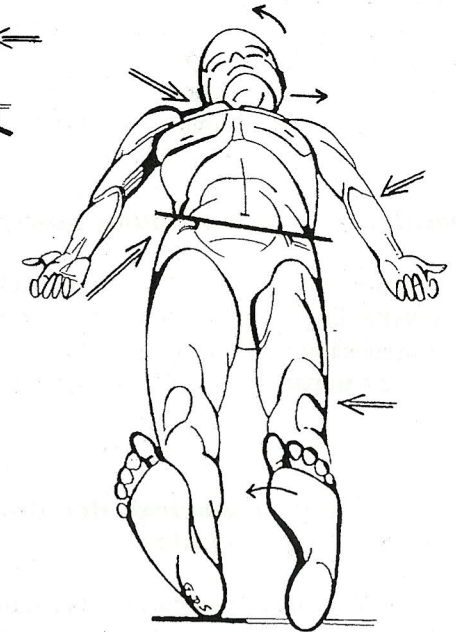
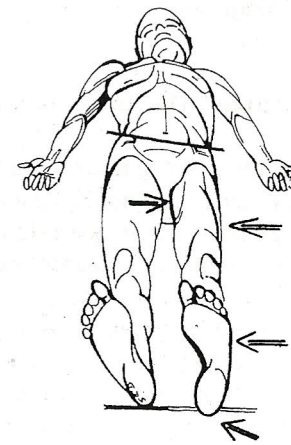
F. Mézières dejaba a sus alumnos muchas veces desamparados. ¿Se podía transmitir su forma de trabajar? Los alumnos, pasando en turnos por sus manos, se veían conquistados la mayoría de las veces por un «no sé qué», pero acababan por decir «sí, es así».



El mensaje pasaba por sus manos, más allá de las palabras y normalmente se aceptaba porque uno sentía que era justo.

Observemos que F. Mézières no tenía ningún temor en espaciar las sesiones; por lo tanto, las vacaciones no significaban un retroceso en la recuperación del paciente.

Recuperemos la postura echada, relajada, sin tensión, en la que examinaremos las malas posturas del paciente. No apartar nunca la vista, se debe ver y alinear todo. Rápidamente, en un segundo tiempo, la observación, el examen y la corrección irán juntos.



Repetición de la **figura 52**. Observemos de nuevo estas figuras para detallarlas.

2. OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN SITUACIÓN RELAJADA (repetición de la figura 52 y de las fotos 22 y 23)

Recuperemos estas figuras para detallarlas.

El paciente se colocará en esta posición inicial de forma natural. El terapeuta observará las asimetrías y las "malas posturas" que adoptan los segmentos.

En algunos casos, en esta posición inicial podremos relajar al máximo las tensiones para preparar el estiramiento.

Pero volvamos a la observación del paciente. Tomemos el ejemplo de la figura 52 para anunciar, según la expresión de F. Mézières, algunos «dismorfismos» o «malas posturas morfológicas»:

Desalineamientos y "malas posturas" del miembro inferior

- 1) Un pie está relajado mientras que el otro, el izquierdo, está tenso.
- 2) Un músculo cuádriceps está tenso, el otro relajado. En el ejemplo de la figura 52, es el músculo cuádriceps izquierdo el que está en tensión.
- 3) El relieve de la masa de los aductores, aquí a la izquierda, indica una contractura.
- 4) Una pierna es ligeramente más larga. Visible en el dibujo de la izquierda, la pierna más larga sería indicio de un iliaco en anteversión en este lado, en relación con el iliaco opuesto. Inversamente, un iliaco en retroversión implicaría el acortamiento de la pierna.

Desalineamientos y "malas posturas" de la pelvis

Las asimetrías de la pelvis son particularmente importantes y se deben tener en cuenta. En el sistema locomotor, la pelvis ocupa una posición central.

Basculaciones, traslaciones, rotaciones y distorsiones sacro-iliacas y púbicas se combinan para desestabilizar la cintura pélvica y repercutir en el conjunto del cuerpo.

Dismorfismos, asimetrías del tórax que afectan a la caja torácica y a la cintura escapular

En el ejemplo de la figura 52, la cintura arqueada hacia la derecha, el hombro derecho vuelto hacia delante y la clavícula avanzada marcan una

asimetría en las tensiones musculares alrededor de la cintura escapular. Solidaria con la cintura escapular, la hemipelvis derecha y el miembro inferior se ven atraídos hacia arriba por el dorsal ancho, otro mecanismo de acortamiento del miembro inferior.

Observamos que la forma del tórax y del abdomen, por ejemplo, del paciente que "esconde su vientre" indica una tensión diafragmática (figura 51) o, al contrario, el abdomen prominente mientras que el tórax está hundido. El tórax es asimétrico: el hemitórax está elevado hacia la izquierda, el costado está curvado hacia la derecha. Obsérvese también la línea blanca.

Observemos las clavículas: a la derecha, el hombro está más alto, incluye la clavícula. El extremo acromial y/o el externo esternal están avanzados, con una asimetría de los músculos esternocleidomastoideos.

Desalienamiento de la cabeza y del cuello

Asimetría de los maxilares inferiores, traslaciones e inclinación de la cabeza. La figura 52 ilustra una traslación de la cabeza hacia la izquierda y una flexión lateral hacia al derecha.

En esta posición se realizará una palpación de las vértebras cervicales (insistiremos en ello en el tomo II).

Desalineamiento de los miembros superiores

Observaremos cómo se comportan los miembros superiores: codos en recurvatum, tensión en la muñeca y en las manos, etc.

Visible en la figura 52, el hombro se eleva hacia la derecha y los codos están en recurvatum.

Basado en un diálogo con el cuerpo, la formación Mézières enseña a observar y a ver. El cuerpo habla y el especialista debe aprender a leerlo a fin de encontrar, a lo largo de las sesiones, las respuestas adecuadas.

La observación no se limita al examen de la primera sesión, sino que es toda la terapia la que se basa en esta observación. Esta última condiciona en todo momento la intervención.

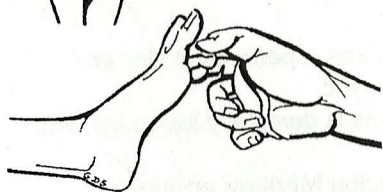
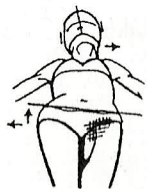
Precisamente, condiciona la respuesta terapéutica adaptada a los "SOS del cuerpo", llamadas de socorro que suscitan las "tensiones" y que conducen al terapeuta hacia las causas y su resolución.

3. TRATAMIENTO POR EL MASAJE REFLEJO Y LAS MOVILIZACIONES PASIVAS DEL PIE (fotos 24, 25, 26, 27 y 28)

Generalmente empezamos en esta posición para trabajar a nivel de los pies.



- 1) Este trabajo comporta la exploración de las zonas reflejas (fotos 24 y 25). F. Mézières comparaba sus observaciones con los datos del método reflejo de Ingham, que le gustaba utilizar cuando exploraba el pie.¹



- 2) Seguidamente, el tratamiento por masaje de las zonas reflejas según los problemas particulares de cada paciente, por ejemplo: la zona sacroilíaca, del diafragma, del cuello, del hombro...
- 3) Por último, la movilización pasiva de los dedos del pie, asociada progresivamente al trabajo activo del tobillo, de la parte posterior del pie y de los dedos (fotos 26, 27 y 28).

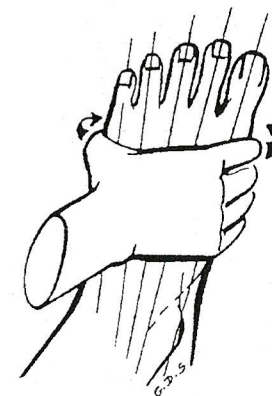
¹ Ver en el anexo una tabla referente a este método

La figura 53b muestra una tracción hacia abajo centrada en el 4.º dedo. Esto tiene como efecto, según F. Mézières, aliviar las algias sentidas a nivel del pliegue inguinal, zona marcada en la figura 53a. Esta algia se produce, dice ella, a partir de una contracción de los músculos aductores, como consecuencia de un problema sacroilíaco.

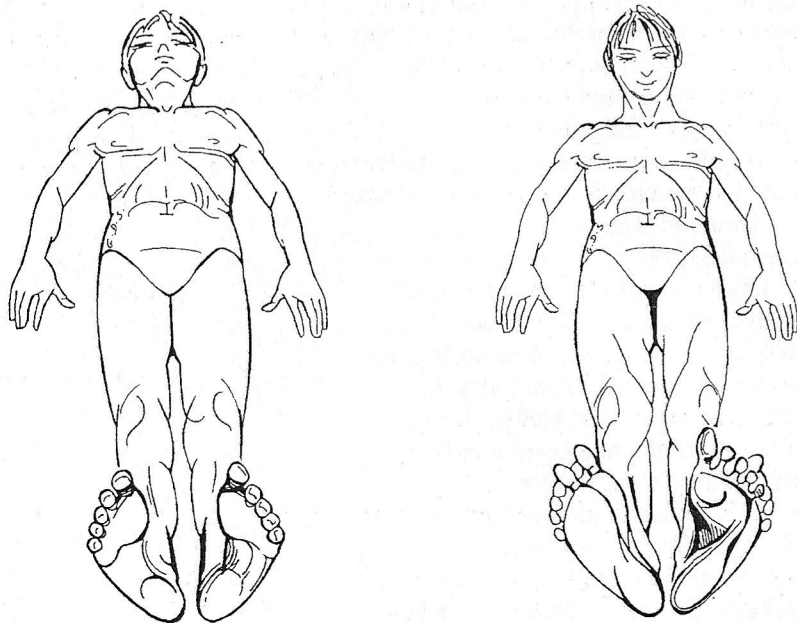
El agarre del dedo debe ser firme, sin pinzar. El terapeuta efectúa una tracción en el eje del dedo, seguida de una flexión de la metatarsofalángica (debe aparecer en la parte dorsal del pie la cabeza del metatarsiano).

Una tracción similar efectuada sobre el 5.º dedo tiene por efecto aliviar las algias posteriores del miembro inferior.

La figura 54 muestra cómo se debe pinzar transversalmente las cabezas de los metatarsianos, es decir, ahuecar el arco transversal anterior para movilizar los dedos. Este aprisionamiento tiene por efecto separar los dedos y situarlos pasivamente en el eje de los metatarsianos; a continuación, se intentará separarlos activamente.



Repetición de la figura 55b



Repetición de la figura 57a

Al paciente no se le mencionarán directamente las caderas, sino que se le pedirá que “gire las rodillas hacia fuera”.

Repetición de la figura 57b

4. EJERCICIOS ASOCIADOS A LAS MOVILIZACIONES PASIVAS DEL PIE

En decúbito dorsal, piernas estiradas, reflexiones y precisiones sobre el trabajo del miembro inferior y de los dedos.

Retomemos las figuras 55b y 57a y 57b.

Figura 55b. Para el método Mézières es importante girar las piernas hacia el exterior, o sea realizar un alineamiento del miembro inferior por medio de una rotación externa de las caderas. Esta rotación externa sólo es interesante si va seguida por una rotación interna que reajusta el eje del pie en relación con la pierna.

En esta postura echada, relajada, ilustrada en la figura 57a, la concienciación,

el trabajo preparatorio ya se ha realizado; la figura 57b introduce el primer esfuerzo que se le pedirá al paciente desde el inicio del trabajo activo. Se trata de llevar a cabo esta rotación externa de la cadera, pero al paciente no se le hablará directamente de las caderas, se le pedirá “girar las rodillas hacia fuera”. Entonces, la rotación se opera en las coxofemorales y repercute en los pies.

Observemos más de cerca las repercusiones sobre el talón y el conjunto del pie. Pero, antes, detengámonos un instante para hacer un **paréntesis**.

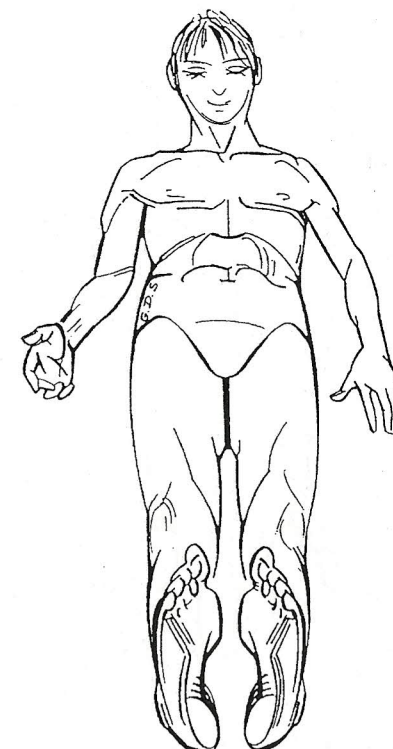
Paréntesis

- IMÁGENES DEL CUERPO Y BIOMECÁNICA
- EL EJERCICIO MÉZIÈRES
- LAS TRES SECUENCIAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL PIE

IMÁGENES DEL CUERPO Y BIOMECÁNICA

Abrimos un paréntesis que, de momento, nos aleja un poco de la pedagogía del método Mézières. Una digresión, con ayuda de una pequeña demostración, sólo para conciliar la lógica de las imágenes del cuerpo con las de las definiciones de la biomecánica. Es decir, comparar y conciliar lo que nuestros ojos perciben del cuerpo con las definiciones anatómicas que perturban, al mismo tiempo, nuestra comprensión del movimiento y “embrollan nuestros gestos”.

Repetición de la figura 58 y de la pregunta planteada a propósito de la posición adoptada por el pie.



Repetición de la fig. 58

Con la figura 58 se ha planteado una pregunta:

El individuo se mira los pies y se pregunta si éstos están en rotación interna o externa.

Sabemos que para el paciente, esto no es totalmente evidente, pero ¿es importante? Sin embargo, concebir el movimiento, enunciarlo y hacerlo es un modo de trabajar estructurado y preferido por el paciente.

Se trata de un desconocido: el pie. Las definiciones son desconcertantes, por ejemplo, cuando la planta del pie mira hacia el interior, pensamos «mi pie está en rotación interna», es lógico. Desde un cierto punto de vista, es lógico, pero es falso desde otro. Cada uno por sí mismo decidirá si prefiere la imagen o las palabras. Lo importante es colocar bien el pie.

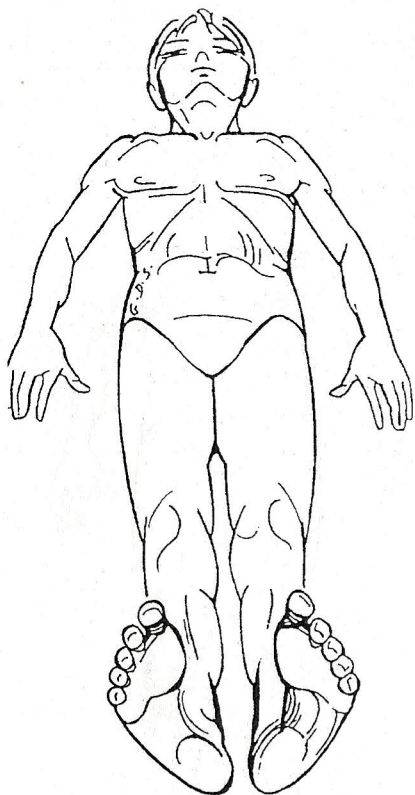


Figura 72. Secuencia 1.

Veamos una pequeña demostración concebida para definir el movimiento, al mismo tiempo que para precisar el ejercicio y guiar el trabajo del paciente.

Recuperamos las secuencias de la estructuración del pie, descomponiéndolas, en primer lugar, y precisando el sentido y la definición del movimiento realizado.

Secuencias de la figura 72. O sea, secuencias 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 reagrupadas en la figura 72.

En la secuencia 1, el individuo está echado en el suelo; los miembros inferiores relajados en la prolongación del tronco.

Las piernas se comportan de modo diferente según las personas: pueden estar más tensas o más relajadas. Los pies están inclinados hacia abajo, más o menos vueltos hacia fuera o hacia dentro.

La secuencia 2 muestra el principio del trabajo activo que se le pide al paciente: «estirar la pierna con el talón apoyado en el suelo». Con esto se produce una flexión dorsal del pie. En este momento, «girar las rodillas hacia el exterior».

Como se ha dicho anteriormente, esto se trabaja en las caderas que se colocan en rotación externa y repercute en los pies que siguen el movimiento girando simplemente la punta hacia el exterior. Pero ya hemos indicado: «esta rotación externa sólo es interesante si va seguida de una rotación interna que reajuste el eje del pie». O bien si se trata de una torsión de la cadena articular por la inversión de sus polos.

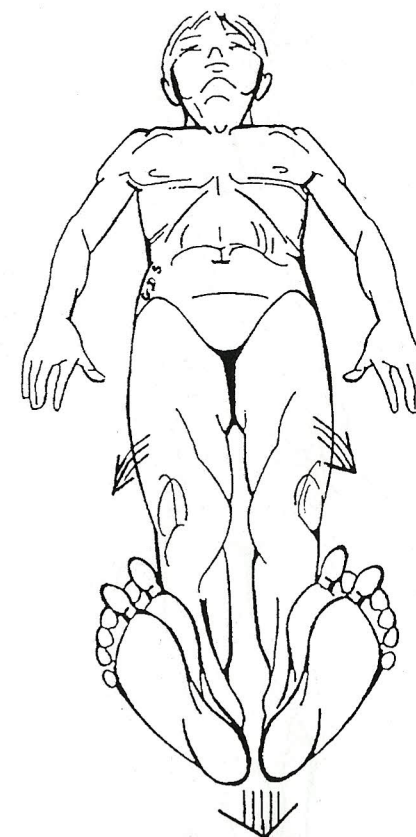
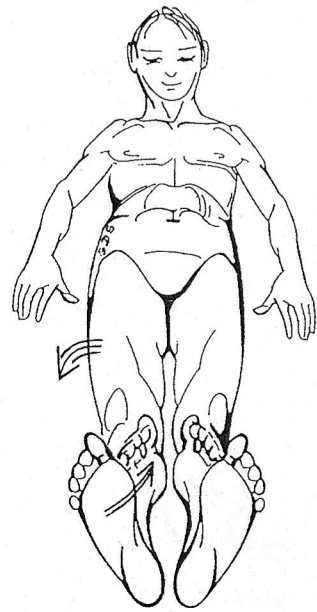
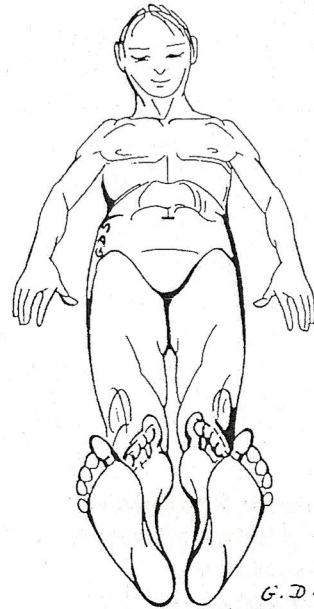


Figura 72. Secuencia 2.



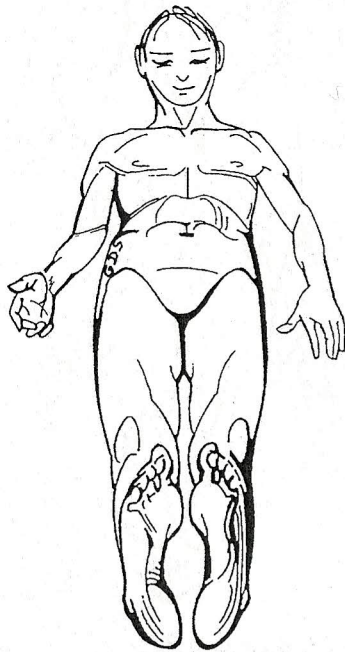
3a



3b

G.D.S.

Figura 72. Secuencias 3a, 3b y 3c.



3c

A primera vista, como vemos en las secuencias 3a, 3b y 3c, la inversión de los polos parece posible por la basculación del pie colocando cara a cara las superficies plantares giradas hacia el interior.

En todo caso, la punta del pie pocas veces está girada hacia el eje central medio del cuerpo y el pie se alinea sobre el eje del miembro inferior. Pero esto no es funcional, el trípode no se garantiza por el apoyo del pie en el suelo.

Secuencias 4a y 4b.

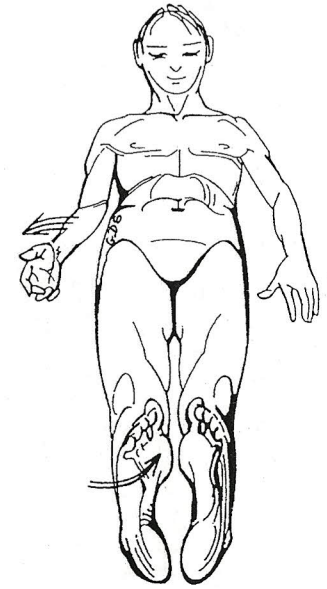
Observemos la secuencia 4a: En esta figura, por analogía con la mano, nos damos cuenta de que la inversión de los polos no es posible. En efecto, el tobillo y las articulaciones de la parte posterior del pie realizan un principio de torsión hacia el exterior.

Borremos la imagen y olvidemos las palabras para tener la sensación de movimiento. Con el primer dedo del pie, iniciamos el movimiento de giro, de ejecución de un círculo hacia el exterior, al igual que con la rodilla. Pero asociemos a este movimiento el gesto de la mano, ya que es más fácil de realizar.

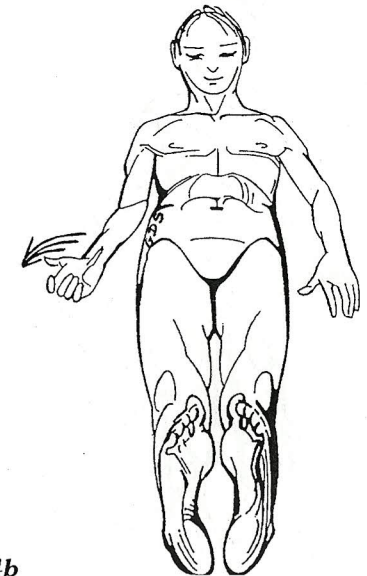
Dicho de otro modo, para comprender y mantener el ejercicio realizado con el pie, hagamos el mismo gesto con el pulgar de la mano. La mano se coloca con la palma hacia arriba y, con el pulgar, se realiza un círculo hacia fuera para finalizar.

Secuencia 4a, la palma dirigida hacia dentro, es decir, hacia el eje central medio del cuerpo, como el arco plantar.

Secuencia 4b, la amplitud del movimiento para la mano es superior que para el pie; la mano continúa y se estira con la palma orientada hacia el techo.

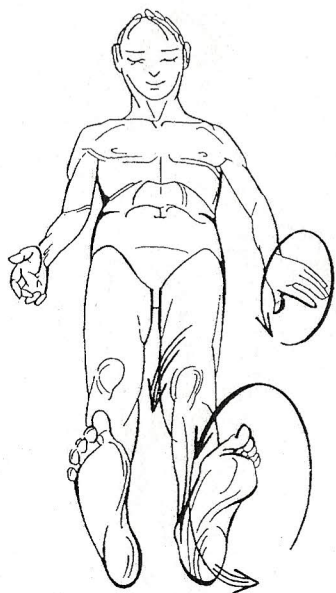


4a

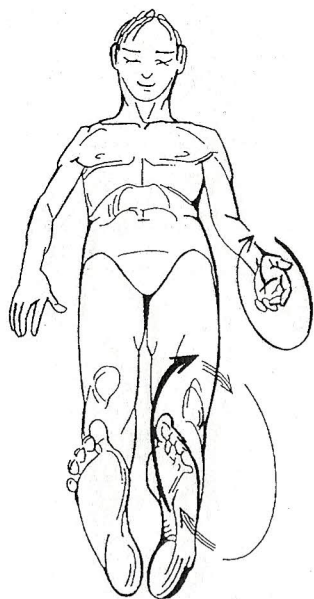


4b

Figura 72. Secuencias 4a, y 4b.



5a pronación



5b supinación

Figura 72. Secuencias 5a y 5b.

Resumiendo, ¿qué hemos hecho?

(Demostración realizada con el miembro superior.)

Hemos realizado a nivel del miembro inferior una rotación externa desde la cadera hasta el extremo del pie.

Definición de los términos de supinación y de pronación de la mano y del pie: esta rotación externa se conoce como, tanto a nivel de la mano como a nivel del pie, movimiento de supinación.

En las secuencias 4a y 4b, hemos realizado un movimiento de supinación. El movimiento inverso se denomina pronación. Cuando se trata del pie, no siempre es claro. Si es nuestro caso, antes de seguir adelante, visualicemos estos dos gestos:

Secuencia 5a, esta imagen muestra una pronación de la mano y del pie izquierdos, o sea, toda la cadena articular está implicada en la rotación interna.

Secuencia 5b, la imagen muestra que la mano y el pie izquierdos realizan un círculo que gira la cadena articular hacia el exterior, es una supinación. Precisamente, a partir de esta torsión externa y global de la cadena articular del miembro inferior podemos en un segundo tiempo reequilibrar los apoyos y reestructurar los arcos del pie por medio de una inversión de los polos.

Como vemos en la secuencia 6, la inversión se opera en el extremo del pie. Podemos ver en esta imagen el pie derecho aún en supinación, o sea, en rotación externa con el conjunto del miembro, mientras que el pie izquierdo realiza el "Ejercicio Mézières".

Sin implicar al talón que permanece solidario con la rodilla y con la cadera, la parte anterior del pie gira en el otro sentido, es decir, en pronación, o sea, en rotación interna.

Esta torsión interna que invierte el polo inferior de la cadena en relación con el polo superior, se realiza, por lo tanto, en el seno del pie. Una torsión que fortalezca considerablemente la estructura del pie, asegurándole al mismo tiempo la elasticidad por medio de la estructuración de los arcos plantares.

Ahora sólo hemos hablado de la torsión activa, es decir, el ejercicio requerido al paciente. Pero otros mecanismos de torsión se realizan espontáneamente dentro de la cadena articular. Desplazamientos articulares resultantes de la conformación del hueso, de las articulaciones y de la disposición de los conjuntos musculares. Pero este aspecto pertenece a otro debate.

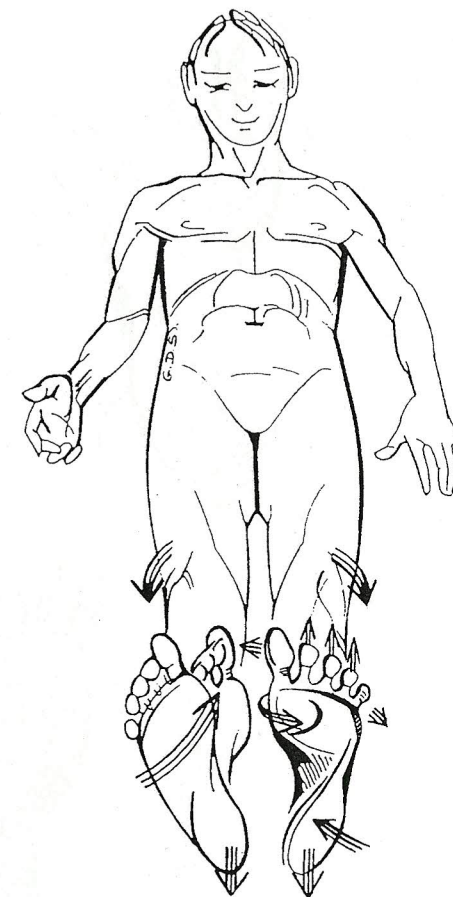


Figura 72. Secuencia 6.

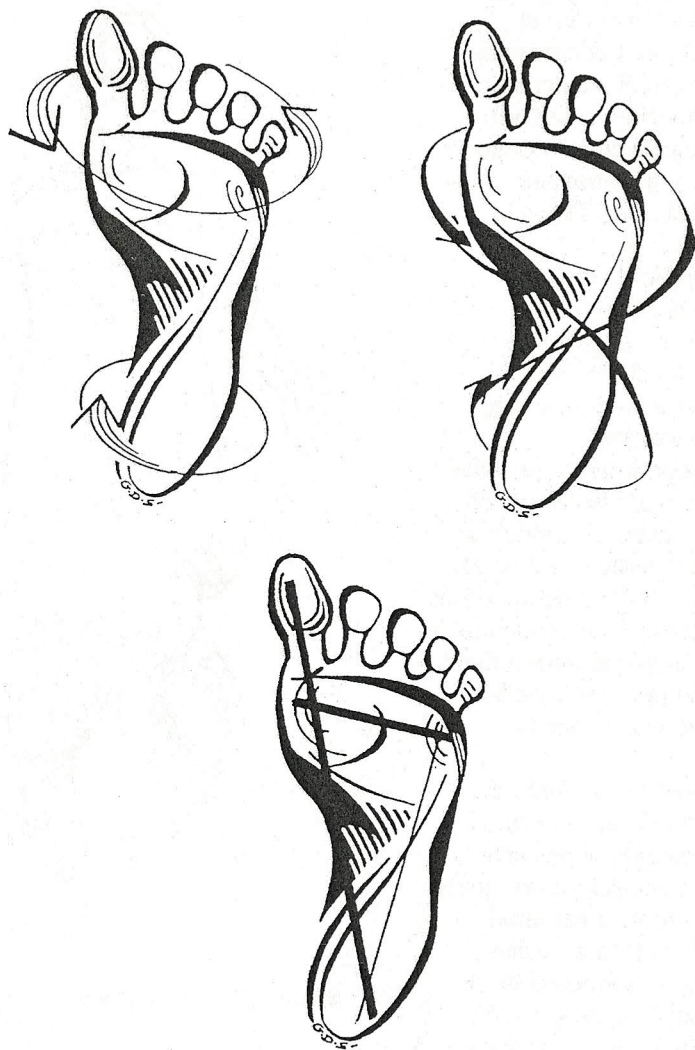


Figura 72. Secuencia 7.

La secuencia 7 para mostrar esta dinámica del pie en forma espiroidea, al mismo tiempo que, estáticamente, su estructura dibuja un triángulo, un trípode.

EL EJERCICIO MÉZIERES

Personalmente, hemos titulado este trabajo del miembro inferior “el ejercicio Mézières” porque, para nosotros, constituye un aporte de lo más esencial del método Mézières a la cinesiterapia.

Considerablemente estructurante, reconstruye, consolida con el pie algo más que una base mecánica. Las repercusiones de esta edificación son ascensionales y repercuten tanto en el conjunto de la estática como en el conjunto de la persona. Muchas veces nos remitimos al método Mézières como el método que sólo estira y que sólo se interesa por un conjunto muscular llamado posterior.

«Las piernas en el aire» (nosotros le dedicamos el segundo volumen) es sin duda el ejercicio que más ha impresionado a los observadores del método Mézières.

Nuestro punto de vista es diferente. Nos vemos impresionados por los resultados y los efectos que proporciona un pie liberado y reconstruido. Desde este punto de vista, fisioterapeutas y podólogos deben ponerse de acuerdo y trabajar conjuntamente.

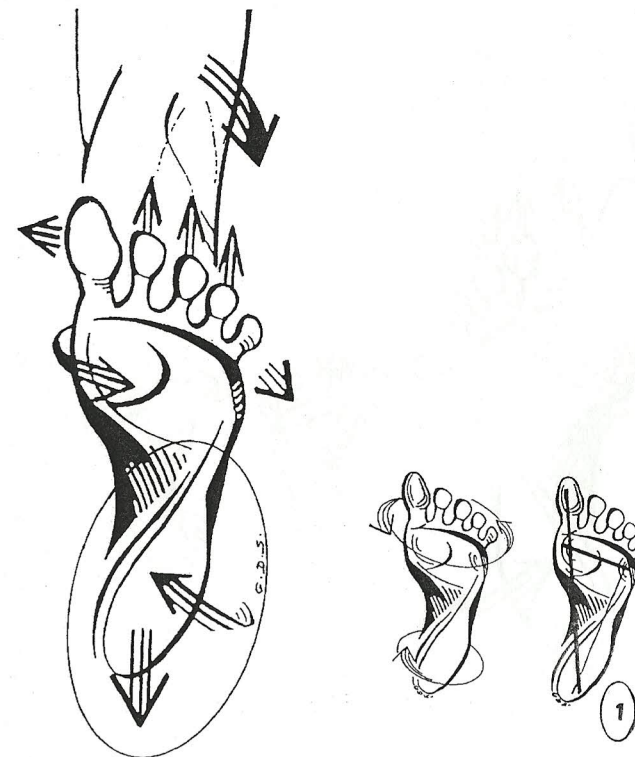


Figura 73a.
Mantenimiento del talón en supinación.
Esta palabra y este ejercicio no tienen ningún secreto, y los hemos ilustrado en las secuencias de la figura 72.

LAS TRES SECUENCIAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL PIE

Con la figura 72-6 recuperamos el método Mézières y las tres principales secuencias de la construcción del pie que son también, en el movimiento, las secuencias de desarrollo de un pie que funciona correctamente cuando el cuerpo se desplaza con ayuda de las piernas. Para realizar esta inversión de polo, esta torsión en el seno del pie, cuando esto no está claro, se deben utilizar las "estrategias" propuestas por F. Mézières.

Si bien esto no es fácil, sí es posible cuando se siguen correctamente las instrucciones y se repite el ejercicio con perseverancia. Algunos dicen: «por la noche repaso mi lección mientras veo la televisión».

Ya conocemos estas estrategias, pero retomemos el hilo con la figura 73.

Nota: recordemos las figuras 55b, 72-6 y 72-7.

Recuperada la figura 73a, esta orientación del talón garantiza al pie el primero de los apoyos por medio de una sujeción ligeramente inclinada hacia el borde externo del talón. Para F. Mézières, se trata de equilibrar el eje del calcáneo para resituar el pilar posterior de un pie que normalmente contacta con el suelo por su borde externo.

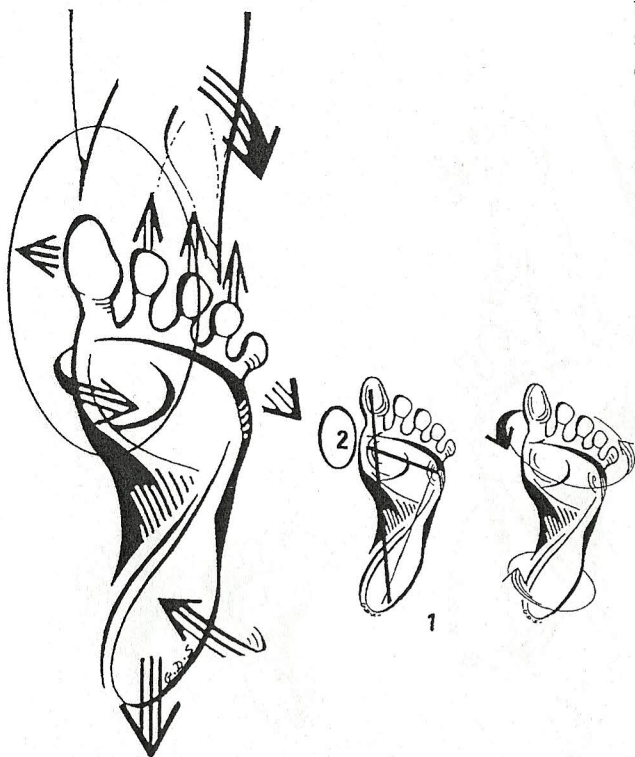


Figura 73b. La segunda secuencia envía de nuevo las cargas soportadas por el pie, del borde externo hacia el borde interno, entrando en funcionamiento una segunda base, una base antero-interna asegurada por la base del primer dedo. Precisamente, a fin de asentar correctamente este apoyo, el pie debe torcerse por el centro, entre la parte posterior y la anterior.

Sin embargo, el esguince está asegurado si la segunda secuencia no restablece inmediatamente el equilibrio de fuerzas y de apoyos.

«Mi cabeza no imagina lo que debe hacer mi pie», decía el niño que se había torcido el tobillo.

Para ver lo que se debe hacer, F. Mézières propone centrarse solamente en el primer dedo. O sea, desvincular este dedo, separándolo y operando con él un movimiento hacia abajo en la dirección del apoyo. La cabeza del metatarsiano y el primer dedo en bloque, siguen la curva de un círculo que gira hacia abajo. Se trata de una pronación, que no incluye al talón, ya que finaliza a medio camino. Así, la primera cabeza del metatarsiano se coloca como punto de apoyo.

Como vemos en la figura 73c, la rotación interna de la parte anterior del pie, por el 1.º dedo que descende, implica también las zonas del quinto dedo. El pulgar descende; el 5.º dedo con el borde externo del pie se eleva. Pero no podemos permanecer así sin perder el equilibrio.

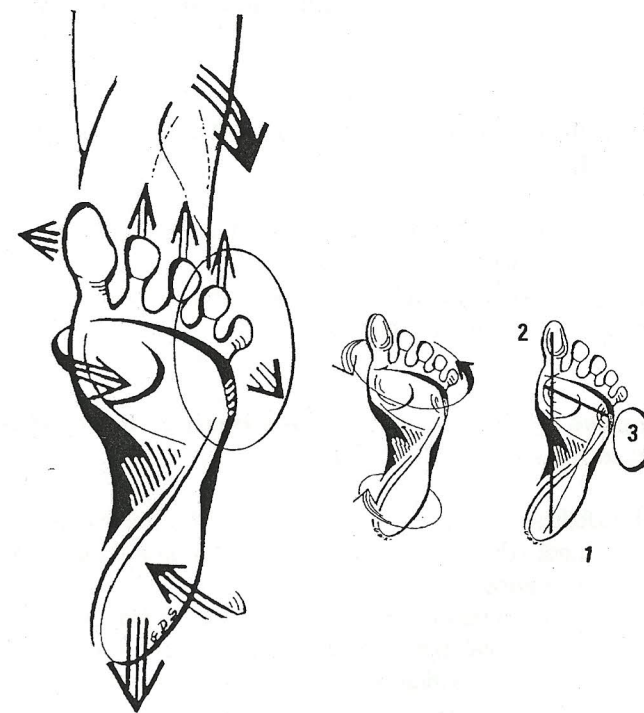


Figura 73c. La tercera secuencia hace oscilar los bordes internos y externos del pie para colocar en su sitio un tercer punto de apoyo.

El equilibrio se restablece con una "astucia" de F. Mézières. Propone liberar el 5.º dedo, separándolo. Elevarlo seguidamente facilita la dinámica de la parte anterior que debe torcerse sobre la parte posterior y, la mayoría de las veces, si esta ayuda es necesaria se pedirá elevar el 5.º dedo, como se separa y eleva el dedo meñique de la mano.

Una vez más, no se debe prolongar este movimiento, sino asegurar un tercer punto de apoyo antero-externo en equilibrio con el apoyo interno que le proporcionará mayor base.

Si por el lado interno el 1.º dedo y la cabeza del metatarsiano se apoyan en bloque, el 1.º dedo conduce el movimiento descendente; mientras que, por el lado externo, el 1.º dedo elevado no debe implicar a la cabeza del metatarsiano. Esto implica muchos ejercicios para liberar al máximo este 5.º dedo. Entonces, cuando sea independiente, el 5.º dedo podrá elevarse para conducir el movimiento con y para el 1.º dedo, pero doblando en su base, deja en el suelo la cabeza del metatarsiano que constituye el tercer punto de apoyo. Con el tercer apoyo, finaliza el desarrollo del pie.

Aquí finaliza nuestro paréntesis

5. EJERCICIOS ASOCIADOS A LAS MOVILIZACIONES PASIVAS DEL PIE

Ejercicios para aumentar la energía del pie y, en consecuencia, desarrollar el conjunto del edificio corporal.

Hemos visto los principios. Seguidamente, veremos las lista de los ejercicios revisados durante nuestros cursos.

- Repaso de las movilizaciones pasivas ilustradas por nuestros esquemas y nuestras fotos

- Flexibilizar y arquear pasivamente el arco transversal anterior del pie por medio de una presión transversal a nivel de las cabezas de los metatarsianos.
- Estiramiento pasivo de todos los dedos, estirando en el eje y flexionando las metatarsofalángicas (lucha contra los dedos en martillo).
- Movilización analítica del 1.º dedo, ilustrada en la foto 25: «se estira y se dobla el 1.º dedo.»

A esta movilización se añadirá para este dedo una separación, o sea, una tracción en varus y, según los casos, una desrotación del dedo.

- Arquear de nuevo el arco transversal anterior por medio de una movilización más específica de los dedos 2.º, 3.º y 4.º: «estirar y doblar» (foto 26).
- Movilización analítica del 5.º dedo: «estirar separando al mismo tiempo».

- Ejercicios activos asociados para liberar los dedos del pie y el tobillo

Las figuras 59 a 64 presentan el trabajo del tobillo en flexión-extensión asistida de diversas maneras y asociada a diversas movilizaciones de los dedos.

Revisión de la figura 59

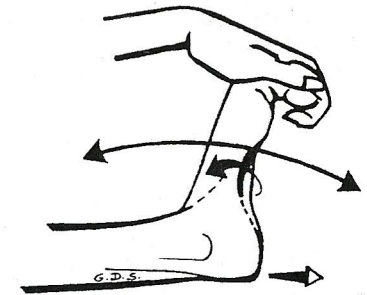
Esta figura muestra un trabajo activo del tobillo en flexión-extensión. Los dedos son, por otra parte, mantenidos pasivamente en flexión metatarsofalángica, el paciente arquea el arco longitudinal interno del pie, con las rodillas siempre giradas hacia el exterior.

Dicho de otro modo, el paciente remonta el arco interno, mientras que efectúa al mismo tiempo flexiones-extensiones del tobillo.

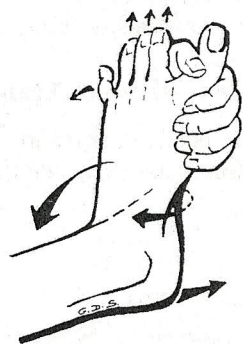
Ilustrado por la figura 60, el tobillo en flexión dorsal, se mantienen estirados y flexionados los dedos 1.º, 2.º, 3.º y 4.º y se pide un trabajo activo al 5.º dedo: «levantar y separar el 5.º dedo».

El descenso activo de la 5.ª cabeza metatarsiana debe ir acompañado de la separación de los dedos (lucha contra el quintus varus).

La movilización pasiva de los dedos 2.º, 3.º y 4.º, o sea, estirar los dedos, estirarlos en su eje, y, seguidamente, flexionar las metatarsofalángicas; esta flexibilidad prepara la activación de la musculatura profunda del pie.



La fase siguiente consiste en destacar las cabezas de los metatarsianos sobre la cara dorsal del pie. Este trabajo equivale a consolidar el arco metatarsiano por la estimulación de los músculos lumbricales.



Revisión de la figura 61

En fase de flexión dorsal del pie, el arco interno se eleva y el paciente debe efectuar al mismo tiempo un empuje con el talón en la prolongación del eje longitudinal de la pierna (la rodilla gira hacia fuera). «Estirar la pierna» y «elevar el pie sin acercar la pierna al cuerpo».

Sobre este esquema, el teapeuta fija únicamente el primer dedo y, además de todo el trabajo descrito anteriormente, el paciente debe mantener los dedos estirados, y el 5.º separado.



Figura 62

Fase de extensión, o sea, fase de flexión plantar.

Durante esta fase de extensión, el terapeuta agarra con la mano todos los dedos para estirarlos y destacar la parte dorsal del pie, y las cabezas de los metatarsianos.

El tobillo en extensión.

La **figura 63** muestra una sujeción de manos diferente.

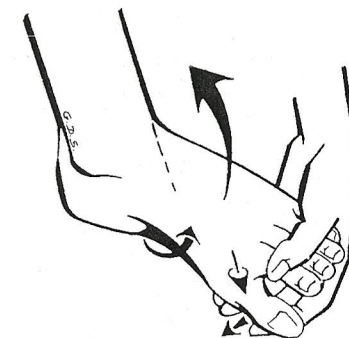
Se trata de una fijación más separación del 1.º y 5.º dedos. Por otra parte, el paciente estirará los dedos 2.º, 3.º y 4.º destacando las cabezas de los metatarsianos.



El tobillo en fase de flexión.

La **figura 64** ilustra la inversión de las fijaciones en relación con la figura 61.

En este ejercicio, son los dedos 2.º, 3.º y 4.º los que se sujetan, mientras se hace trabajar activamente el 1.º dedo. Estirar y separar el 1.º dedo, o sea, sacar la cabeza del metatarsiano sobre la cara dorsal del pie, según el caso, o bien bajarla como cuando se apoya el pie en el suelo. Entonces, el pie está estructurado en torsión por elevación del arco interno y descenso del primer metatarsiano.



Caso particular

Recuperemos, para comentarlo, el ejemplo anterior.

1. DEFORMACIONES RESULTANTES DE UN HÁNDICAP NEUROLÓGICO

Exploración

Según las desviaciones morfológicas particulares de cada enfermo, hay excepciones a las reglas anteriormente dictadas.

Por ejemplo, el paciente cuyo 1.º dedo esté en hiperextensión permanente (contractura del músculo extensor propio) debe ser trabajado en función del problema concreto que presenta. No se pedirá que apoye hacia abajo la cabeza del metatarsiano, sino que la eleve, o sea, que la destaque en la cara dorsal del pie. Veremos un caso que necesita una adaptación a las reglas establecidas.

Descripción de un caso visto durante un curso: un joven que sufría un hándicap neurológico (figuras 65 y 66).

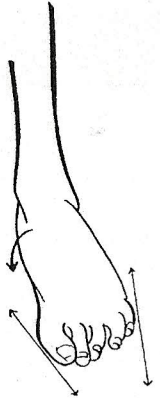
– *Pie derecho*

Clásicamente el arco longitudinal interno se hunde por una simple basculación en valgus del calcáneo.



Aquí el calcáneo está más basculado hacia delante. La enorme retracción del músculo tríceps sural es responsable de esta mala posición del talón, o sea la parte anterior del calcáneo cae en picado hacia abajo, mientras que la parte anterior del pie se eleva. Los arcos del pie desaparecen completamente. El 1.º dedo está en extensión y el 5.º se separa colocándose generalmente en extensión. Por lo tanto, deberemos trabajar estos dedos solicitando su flexión sin insistir en la abducción del 5.º como se hace habitualmente.

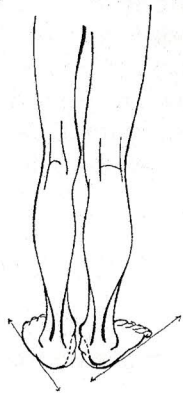
– Pie izquierdo (figuras 67 y 68)



Clásica basculación del calcáneo en valgus. El calcáneo se apoya sobre su borde interno, lo que implica también el apoyo de todo el arco longitudinal interno.

Los dedos presentan una deformación clásica en hallux valgus y en quintus varus.

El pie izquierdo se comporta de manera diferente en relación con el pie derecho.



2. DESCRIPCIÓN DE LA PRIMERA SESIÓN DE TRABAJO

F. Mézières adopta la posición inicial en decúbito dorsal con los miembros inferiores estirados (figura 66).

Exploración

– Pie derecho

Flexiones-extensiones del tobillo.

Figura 69

Miembro inferior en rotación externa. Movilización de todos los dedos: tracción en el eje longitudinal de los metatarsianos, seguido de una flexión de las articulaciones metatarsofalángicas.

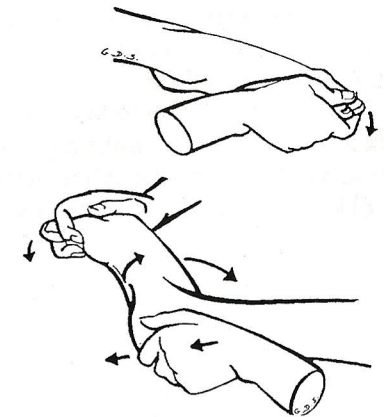


Figuras 70a y 70 b

Tobillo en extensión, los dedos se mantienen juntos y flexionados. Por otro lado, las cabezas metatarsofalángicas sobresalen de la cara dorsal del pie. Se pide al paciente que flexione el tobillo elevando su arco longitudinal interno.

A la flexión del tobillo, es esencial añadir una tracción sobre el calcáneo para estirar el músculo tríceps sural y se pide al paciente que participe activamente: «estire la pierna empujando con el talón hacia abajo.»

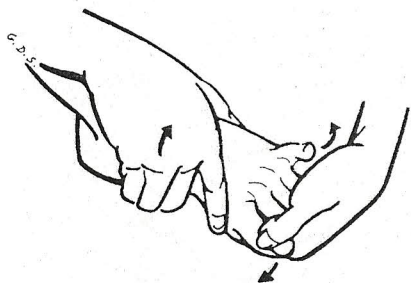
Nota: el paciente tiende siempre a encoger esta pierna y a elevar la cadera de este lado.



El trabajo activo de este pie está pensado para reactivar un músculo flexor, el músculo tibial anterior con paresia, estirando los músculos extensores.

El tríceps sural está fuertemente retraído.

El terapeuta pide esfuerzo, pero sin dejar de estar relajado: «gire las rodillas hacia fuera y levante el pie, sin acercar la pierna al cuerpo, manteniendo los dedos estirados y las cabezas de los metatarsianos salidas.»



El comportamiento del otro miembro inferior es controlado y corregido continuamente. El trabajo conjunto de ambos miembros es asimétrico, lo que representa para el paciente una gran dificultad. Pero se debe coordinar todo, ya que, según F. Mézières, el trabajo analítico aislado del músculo tibial anterior, sin llegar a corregir, a alinear de forma constante todos los segmentos, no tendría ningún resultado.

– Pie izquierdo (revisión de la figura 71)

Aquí no hay excepción a la regla. Rotación externa del miembro inferior, sujetar las cabezas de los metatarsianos para arquear el arco anterior del pie, separar los dedos, colocarlos en el eje longitudinal de los metatarsianos según la forma normal del pie.

Pedir que eleve el arco interno del pie. Movilización de los dedos: «estirar y doblar», requiriendo un trabajo activo del 5.º dedo que debe elevarse al tiempo que se separa. Se puede aplicar también el trabajo de base.

El trabajo se continúa en la postura descrita en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 2

POSTURA EN DECÚBITO DORSAL, CADERAS Y RODILLAS FLEXIONADAS, PIES APOYADOS EN EL SUELO



ILUSTRACIONES Y NOTAS EXPLICATIVAS

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE.....	193
VARIANTES.....	196
CASO PARTICULAR.....	197
<i>Pie derecho (colocarse a la derecha del paciente)</i>	197
<i>Pie izquierdo (colocarse a la izquierda del paciente)</i>	198

Ilustraciones y Notas explicativas

Posición y trabajo de base

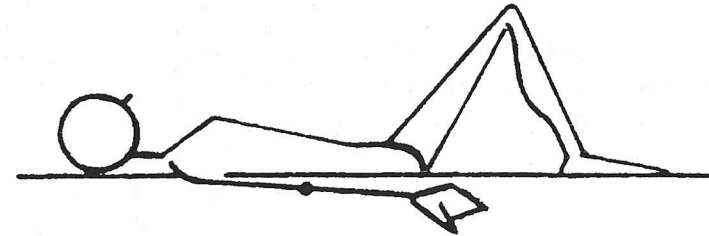
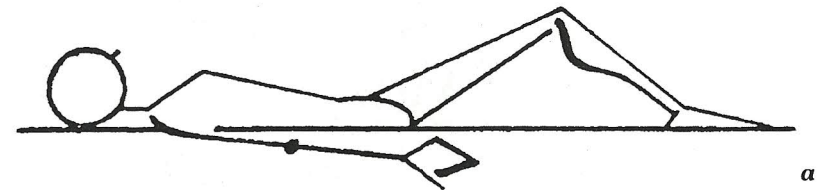


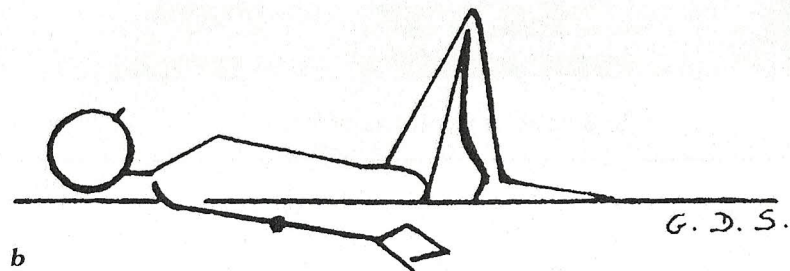
Figura 74. Posición inicial en decúbito dorsal, llamada también de los miembros inferiores en "gancho".



Figuras 75a y 75b. Varias modalidades en la flexión de los miembros inferiores según la forma de la pantorrilla.

Siempre cuidadosa de la belleza de las formas, F. Mézières propone dos modalidades en la flexión de los miembros inferiores. Éstos estarán más o menos flexionados según la forma de la pantorrilla.

En la figura 75a, la flexión de las caderas y las rodillas es reducida, lo que se aconsejará en caso de una pantorrilla baja para afinar el tobillo.



En la figura 75b, las caderas y las rodillas están acusadamente flexionadas de forma que el pie se apoye lo más posible en talus. Esto se aplica en caso de una pantorrilla poco formada para que su relieve descienda un poco más.



Figura 76. El trabajo de base es el mismo. Extensamente descrito en los capítulos anteriores, el trabajo del pie se continúa en esta posición.

Ahora el pie se apoya en el suelo, lo que facilita el ejercicio. El individuo no dispone de la ayuda de la vista, ya que los pies quedan escondidos por las rodillas flexionadas; por lo tanto, debe sentir el trabajo.

Pero el trabajo, según el método Mézières, no se limita a los miembros inferiores; en el segundo tomo se describirá todo lo relacionado con el tronco, la pelvis, el tórax, la columna vertebral, la cintura escapular y los miembros superiores.

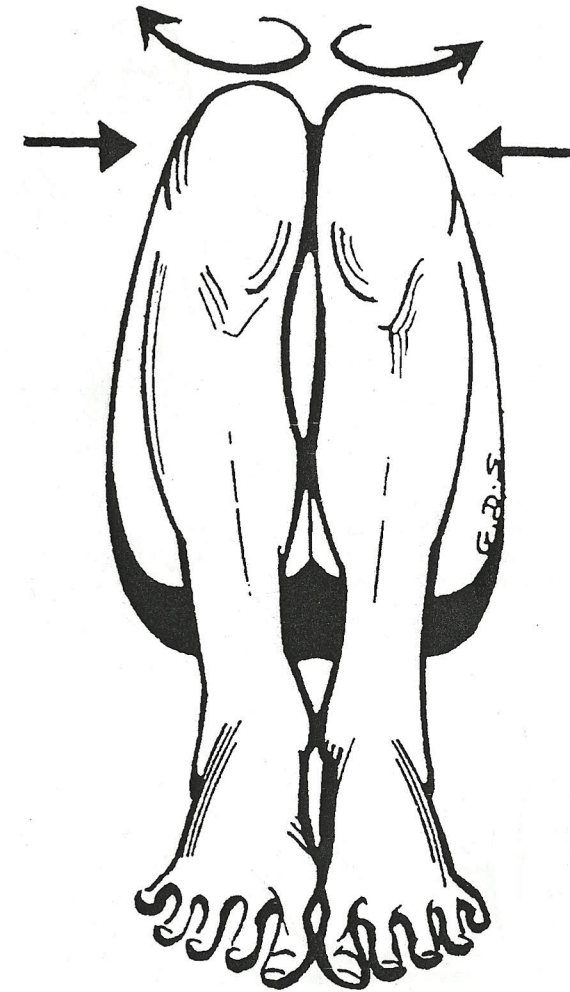


Figura 77. Durante la reestructuración en torsión del pie, las rodillas permanecen juntas. En estas condiciones, mantener las rodillas unidas supone un esfuerzo. Es importante insistir en ello para borrar la lordosis centrada en D12.

En efecto, permitir la separación de las rodillas es permitir una lordosis dorsolumbar.

Cuando las rodillas se separan, D12 avanza y arquea la región. Esto se observa muy claramente en posición sentada.

Variantes

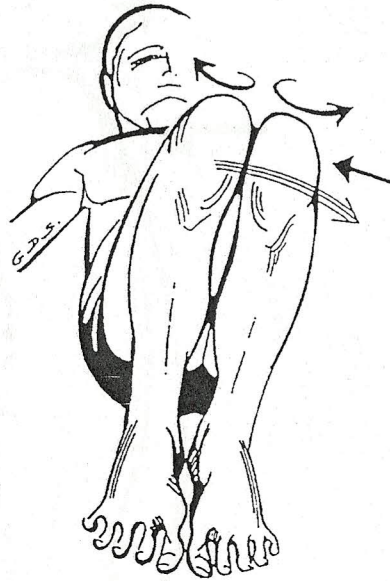


Figura 78. Las piernas se inclinan hacia la izquierda o hacia la derecha para corregir el desalineamiento a nivel de la pelvis. Es necesaria una ligera basculación de las rodillas para colocar la pelvis en posición corregida durante el trabajo.

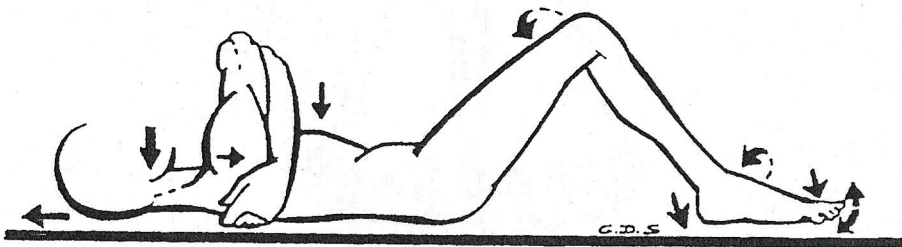


Figura 79. Todo el trabajo de base está asociado a una posición particular de los brazos. Éstos están cruzados y rodean el tórax, situando las manos sobre los omóplatos; los hombros están bajos. Esta posición corrige la insuficiencia de la curvatura dorsal al estirar; a este nivel, las tensiones posteriores.

Todo apoyo, todo afianzamiento sobre los brazos, producido cuando la columna dorsal se lordosa y está poco apoyada en el suelo, necesita la posición de los brazos, tal como ilustra la figura. Esta posición sólo se consigue si el paciente logra realizarla con los hombros bajos.

Caso particular

Se trata de un caso descrito en el capítulo anterior, secuela de un problema neurológico. El tratamiento empieza en la postura anterior y continúa en la posición inicial echado sobre la espalda, caderas y rodillas flexionadas, los pies apoyados en el suelo.

A continuación transcribiremos unas notas dictadas por F. Mézières para el tratamiento de este caso:

Pie derecho (colocarse a la derecha del paciente)

Figura 80

- Impulsar la rodilla hacia la izquierda.
- Mantener el talón apoyado en el suelo y girar el calcáneo sobre su tuberosidad externa.
- Descender, corregir el 5.º dedo y pedir el apoyo sobre el borde externo del pie.
- Arquear el borde interno.
- Descender el 1.º dedo y apoyar en el suelo.



- Pie izquierdo (colocarse a la izquierda del paciente)

Figura 81

- Empujar un poco la rodilla hacia la derecha.
- Pedir el apoyo del pie en el borde externo, destacando la cara interna del cuello del pie.
- Elevar el arco interno.
- Hundir el talón en el suelo.
- Descender la cabeza del metatarsiano del 1.º dedo separándolo.
- Hacer lo mismo con el 5.º dedo.

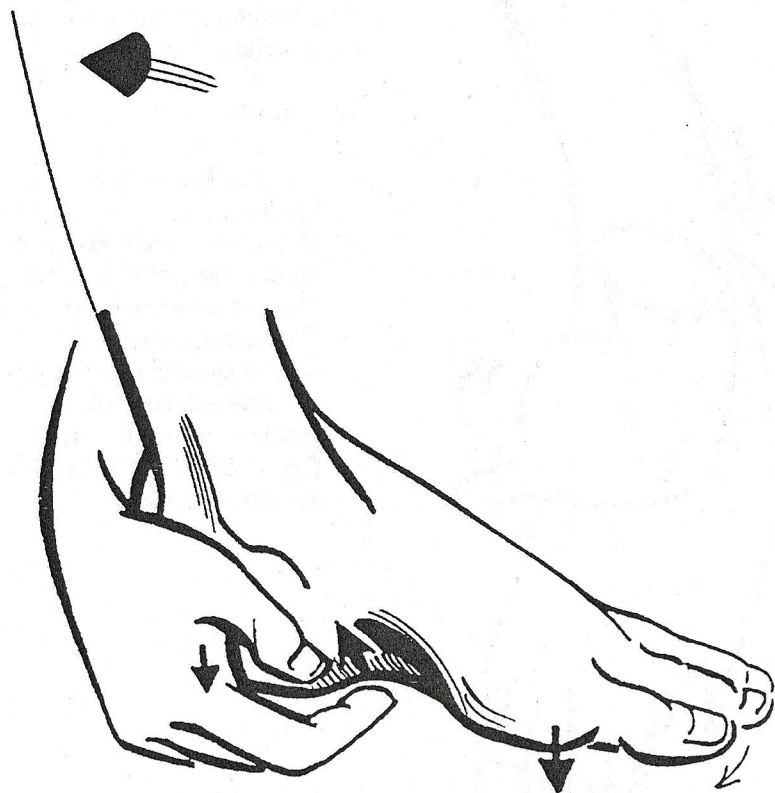
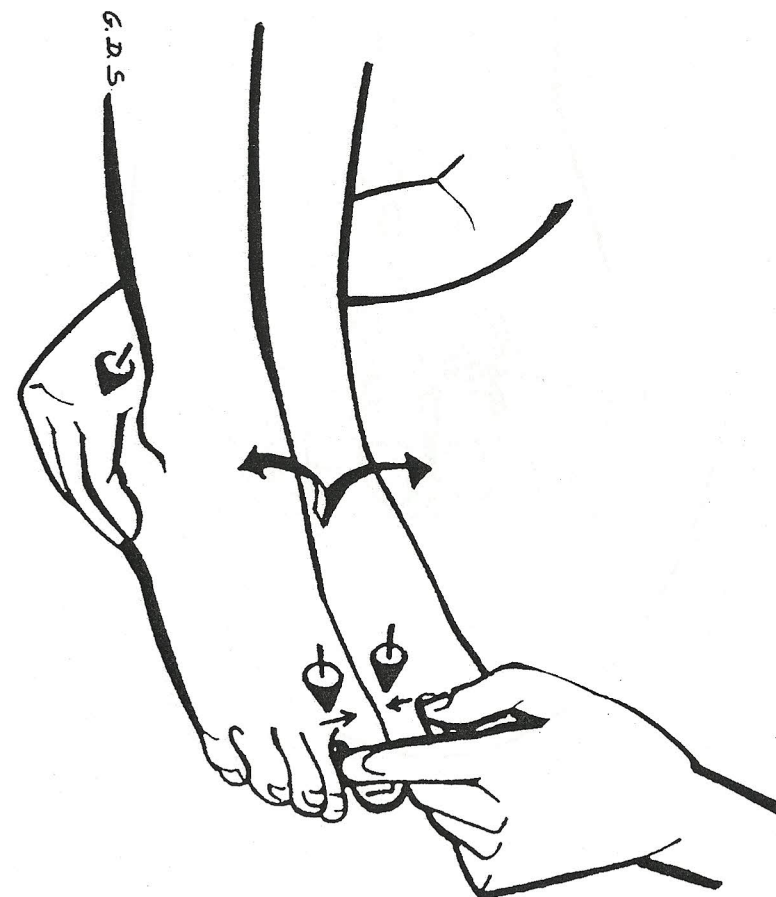


Figura 82

- Rodillas y talones juntos.
- Talones presionando contra el suelo.
- Elevar los bordes internos de ambos pies.
- Los 1.º dedos juntos con las cabezas de los metatarsianos apoyadas.

Para liberar una mano, ambos pulgares deben sujetarse con un elástico.



ANEXO

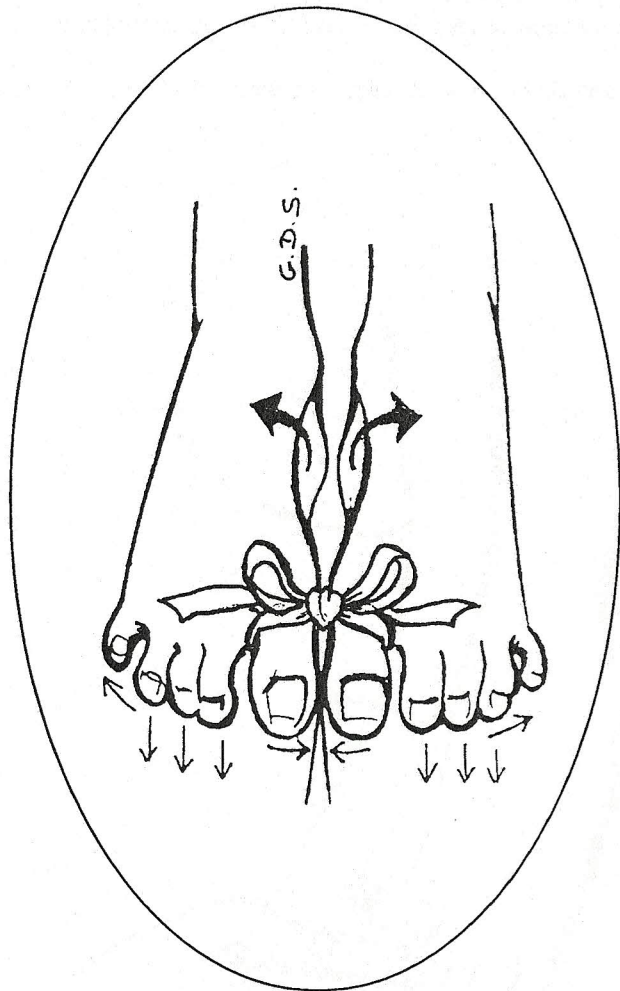
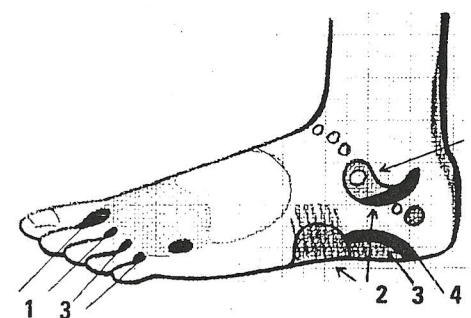
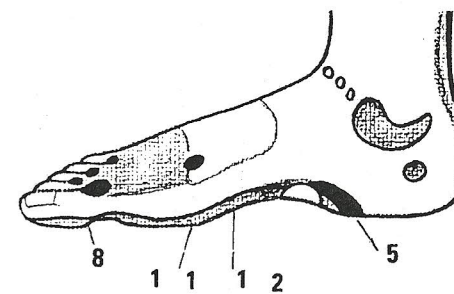
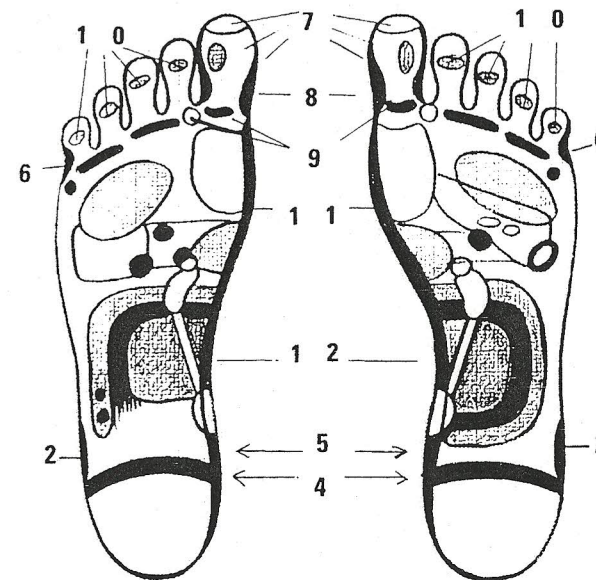


TABLA DE LAS ZONAS REFLEJAS PLANTARES, SEGÚN EUNICE INGHAM

Françoise Mézières asociaba frecuentemente el masaje reflejo a su trabajo. Trabajaba mucho el pie y citaba a Ingham.

A continuación sólo citaremos los puntos más vinculados al sistema locomotor.

1. Articulaciones sacroilíacas
2. Cadera
3. Rodilla
4. Ciática
5. Sacrocóccix
6. Hombro
7. Cabeza
8. Columna vertebral
9. Base del cuello y drenaje linfático del cuello
10. Senos nasales
11. Columna dorsal
12. Columna lumbar
13. Drenaje linfático



BIBLIOGRAFÍA

- M
- Mézières, F.: *Révolution en gymnastique orthopédique – Causes et traitement des déviations vertébrales et algies d'origine musculaire*; 19 p. photocopiées, s.d. (1965?).
 - *Retour à l'harmonie morphologique par une rééducation spécialisée*. Conferencia realizada en el Centro Homeopático de Francia, 1967, red. «Congrès Mézières», mayo 1978, 3-156.
 - Le réflexe antalgique a priori en *Les Cahiers de la Méthode naturelle*, n.º 44, 4.º trimestre 1970.
 - *Méthode Mézières et fonction du sympathique*. Conferencia presentada en las «Journées du Travail post-universitaire» del C.H.F., octubre 1971.
 - Les pieds plats. En *Les Cahiers de la Méthode naturelle*, n.º 49, 2.º trimestre 1972.
 - Importance de la statique cervicale. En *Les Cahiers de la Méthode naturelle*, n.º 51, 4.º trimestre 1972.
 - Méthodes orthopédiques et kinésithérapiques et fonctions du sympathique. En *Les Cahiers de la Méthode naturelle*, n.º 52, 1.º trimestre 1973.