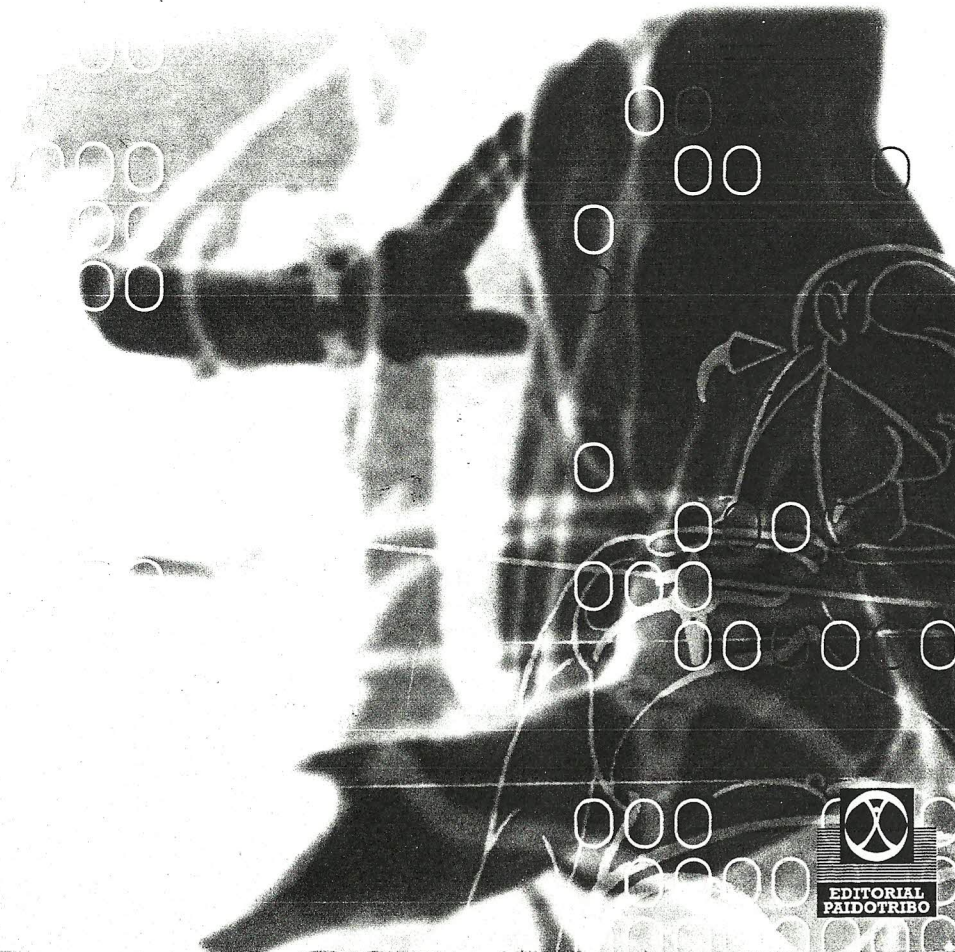


tomo 2

# el manual del mezierista

Godelieve Denys-Struyf

2ª edición



EDITORIAL  
PAIDOTRIBO

COLECCIÓN FISIOTERAPIA Y TERAPIAS MANUALES

# EL MANUAL DEL MEZIERISTA

**TOMO II**

615.822  
D417m9  
v. 2



Por

*Godelieve Denys-Struyf*

2ª Edición



PUCRS/BCE



0.600.846-8

PRESEVE SUA FONTE  
DE CONHECIMENTO



# ÍNDICE

*Introducción, 5*

PRIMERA PARTE

**UNA POSTURA CARACTERÍSTICA DEL MÉTODO MÉZIÈRES, 13**

CAPÍTULO 1

**Estudio de la postura en decúbito dorsal. Miembros inferiores elevados a 90°. Los miembros inferiores y la pelvis .....15**

CAPÍTULO 2

**Aliviar el dolor .....81**

SEGUNDA PARTE

**PARÉNTESIS PARA REFLEXIONES Y APORTACIONES COMPLEMENTARIAS AL MÉTODO MÉZIÈRES, 97**

CAPÍTULO 1

**Reflexiones y aportaciones biomecánicas .....99**

CAPÍTULO 2

**Aliviar el dolor del fisioterapeuta, o lo que puede aportar una mesa .....167**

**Conclusiones, 169**

**Bibliografía, 173**

# INTRODUCCIÓN

**L**as bases del método Mézières han sido descritas ya en el Tomo I. Recordemos que el trabajo, según F. Mézières, se realiza en posturas de estiramiento axial. Estas posturas son simples actitudes, las de la vida diaria, en el seno de las cuales el paciente aprende como reorientarse, alinearse y estirarse en el eje de un cuerpo que, por diversas razones, se desvía.

El paciente podrá progresivamente mantener la postura durante toda la sesión de 30 a 45 minutos, sin agobiarse y en un alineamiento riguroso. Alineamiento que restituye a la musculatura su longitud fisiológica y al cuerpo un nuevo esquema de utilización de sus cadenas musculares con imágenes motrices más justas.

Las posturas de base y sus variantes caracterizan el método.

A. En posición de pie, en el primer tomo se describen dos posturas:

- 1) La postura de pie con el tronco inclinado hacia delante. En esta postura, las caderas se doblan para situar, en un mismo plano, rigurosamente recto, la pelvis, la cintura escapular y el occipucio. Las rodillas se separan y las manos se apoyan en el suelo o sobre un taburete, según las posibilidades del paciente.
- 2) La postura de pie en extensión axial o en estiramiento, con el cráneo apuntando hacia el cielo. Se diferencia sutilmente del "autocrecimiento" clásico, tal como lo hemos descrito.

Al iniciar la postura de pie, lo primordial es: la **toma de conciencia** y el **diálogo** del interesado con su cuerpo. Conciencia y utilización corporal en las cuales el pie adquiere una función muy importante.

B. Por la imagen y el comentario, describimos posturas tumbadas.

En pleno trabajo tumbado, el diálogo corporal, la toma de conciencia y la participación activa se intensifican. En particular, aumenta el diálogo entre la persona afectada y su guía. Un acompañamiento, una ayuda, un apoyo, un masaje, una manipulaciones relajantes, un trabajo, una escultura



que se precisa. El especialista y el paciente obran conjuntamente, cada vez más, el espíritu que el método impone.

¿Un objetivo de tanta exigencia... sin concesiones?

Al respecto se abre un debate muy interesante:

¿Se debe disminuir la vigilancia para adaptarse a las dificultades del paciente o aplicar el método puro sin concesiones? Más allá de la regla impuesta, ¿existiría el método Mézières?

Nosotros pensamos que la enseñanza de un método debe ser rigurosa, pero que la aplicación, de cara a las personas tratadas, queda en manos de un profesional apto para juzgar en cada caso las adaptaciones necesarias. Con relación a los esquemas, las fotos que figuran en el libro lo demuestran, el rigor es progresivo.

En el primer tomo hemos descrito dos posturas tendidas:

- 1) Paciente tendido en el suelo, en decúbito dorsal, miembros inferiores estirados.
- 2) Paciente tendido en el suelo, en decúbito dorsal, caderas y rodillas flexionadas, pies apoyados en el suelo.

En este Tomo II se analiza con todo detalle:

- 3) La postura en decúbito dorsal, las caderas flexionadas a 90°, las rodillas estiradas, los miembros inferiores elevados hasta la vertical. Una postura que caracteriza el método Mézières, interesante por las intervenciones que facilita en la duración y la precisión.

Los miembros inferiores están alineados, los músculos posteriores estirados. Las piernas están apoyadas para evitar el trabajo de los músculos flexores y rotadores internos de la cadera. Esta última postura conduce al paciente y a su guía hacia una más justa aproximación al alineamiento y al estiramiento axial que implica a todas las cadenas articulares.

En el seno del estiramiento global, F. Mézières trataba en esta postura un trabajo zonal: pelvis, hombros, cuello, tórax...

En este libro centraremos la atención en la pelvis. Para tratar esta zona, son imprescindibles unos conocimientos previos y un gran control, ya que es el centro del sistema locomotor y la base para la columna vertebral. Es difícil asentar las zonas subyacentes sin un refuncionamiento de las caderas, sin una reestructuración pélvica.

Acerca de la reestructuración pélvica, ésta es difícil y limitada. Un método vivo evoluciona, no se puede estancar. El método Mézières no escapa a esta regla. Sus discípulos lo han comprendido y buscan qué aportar y soportes para su estructura. Lo que Françoise Mézières no ha dicho sobre la pelvis, no podría

sonsacarse bajo este pretexto. La segunda parte de este libro, titulada "Paréntesis para reflexiones y aportaciones complementarias al método Mézières", trata este punto.

Recordemos que todas las posturas Mézières son, antes que nada, actitudes que ofrecen la posibilidad de insistir, a partir de la base pélvica, en el eje vertebral, en la disposición de las masas corporales según las reglas que impone **la línea recta**.

Sin embargo, a nivel de los miembros, el eje adquiere una sutil perspectiva. Centrado en las posturas erguidas, este "giro" se acentúa y se afirma en el trabajo en decúbito. En efecto, las posturas en decúbito ofrecen la oportunidad de insistir en la firmeza de las cadenas musculares a nivel de los miembros, sobre todo del miembro inferior, con una reestructuración en torsión. Este dato justifica la imagen de un individuo en decúbito dorsal, con un miembro inferior elevado, con la evidencia de un **eje** y de una **torsión** alrededor de ese eje.

**Godielieve Denys-Struyf**

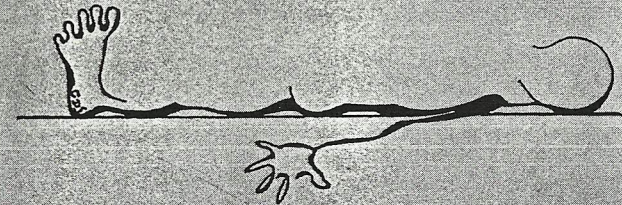


## **POSTURAS EN DECÚBITO**

Visto en el Tomo I

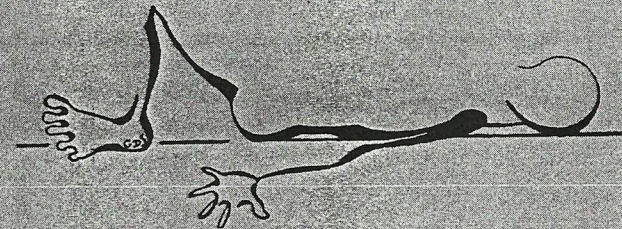
### **CAPÍTULO 1**

#### **POSTURA EN DECÚBITO DORSAL, MIEMBROS INFERIORES ESTIRADOS**



### **CAPÍTULO 2,**

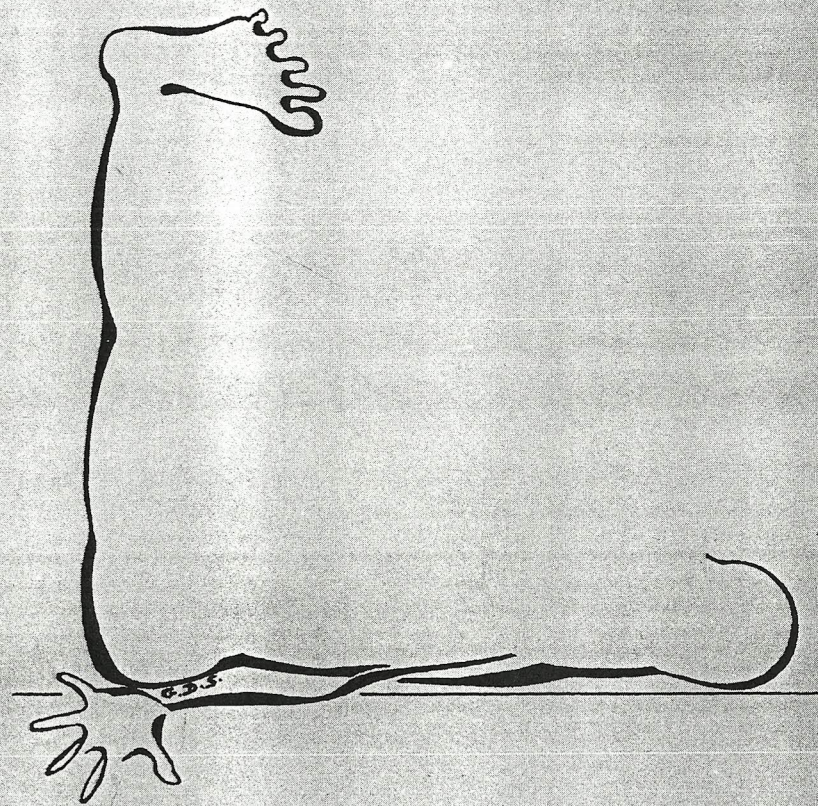
#### **POSTURA EN DECÚBITO DORSAL CADERAS Y RODILLAS FLEXIONADAS, PIES APOYADOS EN EL SUELO**





**POSTURA EN DECÚBITO DORSAL.  
CADERAS FLEXIONADAS A 90°.  
RODILLAS EN EXTENSIÓN**

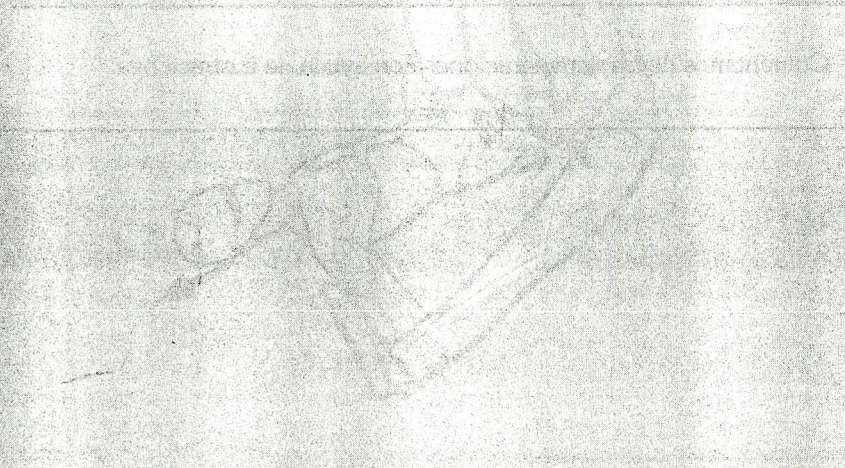
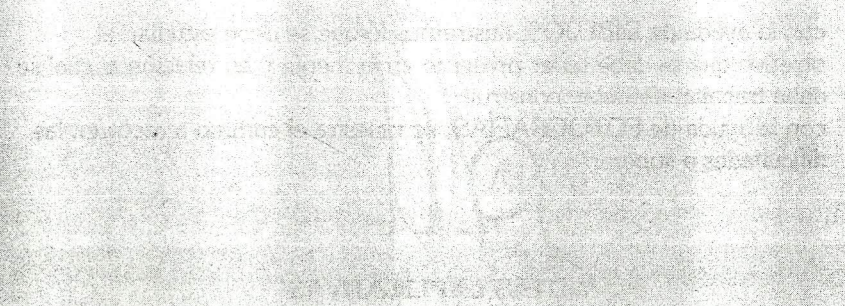
Dicho de otro modo: decúbito dorsal, elevación de los miembros inferiores a 90° o miembros inferiores elevados a la vertical.





# **PRIMERA PARTE**

## **Una postura característica del método Mézières**





## ESTRUCTURA DE LA EXPOSICIÓN

### ILUSTRACIÓN DEL MÉTODO

Mostramos las POSICIONES DE BASE en el seno de las cuales se realiza 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 asociadas para guiar la alineación.

Recordamos algunos CASOS PARTICULARES, vistos durante los cursos.

Dos demostraciones:

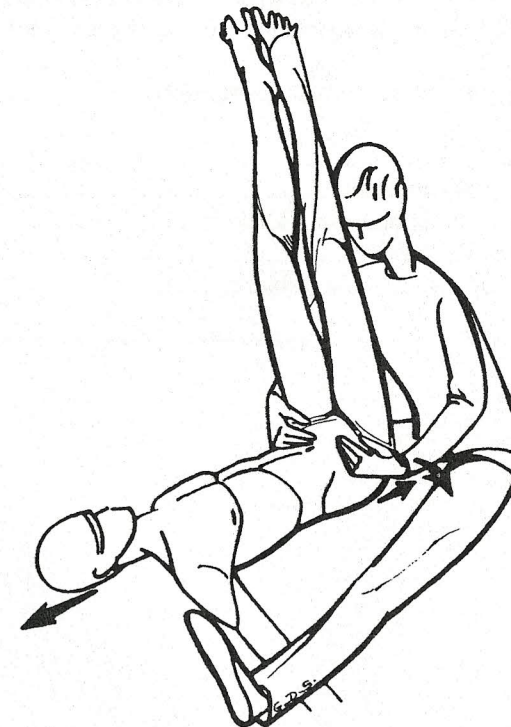
- con la ayuda de DIBUJOS, ilustramos lo que se debe estudiar, el objetivo que se debe tener presente en la mente y en relación al cual se debe trabajar, modelar, construir;
- con la ayuda de FOTOGRAFÍAS, se muestra el camino a recorrer, las dificultades a superar.

### NOTAS EXPLICATIVAS

Comentarios de las demostraciones con ayuda de ilustraciones.

## CAPÍTULO I

# ESTUDIO DE LA POSTURA EN DECÚBITO DORSAL. MIEMBROS INFERIORES ELEVADOS A 90°. LOS MIEMBROS INFERIORES Y LA PELVIS





## ILUSTRACIÓN DEL MÉTODO

### DEMOSTRACIÓN POR MEDIO DE DIBUJOS

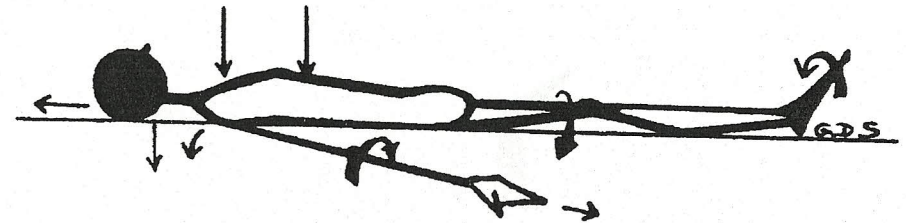
POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE.....	17
1. Progresión.....	17
2. Movimientos que facilitan la elevación de las piernas.....	19
3. Cuando el cuerpo "hace compensaciones", la desmultiplicación de las manos y la hipercorrección se imponen.....	20
4. Piernas que se escapan, piernas que rechazan.....	23
5. Repaso del trabajo de base que se debe reproduciren todas las posturas.....	24
VARIANTES.....	25
1. El ángulo recto se impone.....	25
2. Esa deformación que F. Mézières llamaba "la cubeta lumbosacra".....	27
3. Esos ejercicios que llamamos "igualadores de tensiones" y los masajes para relajar.....	30
4. ¿Puede uno mismo aplicarse el método Mézières?.....	31
CASOS PARTICULARES.....	32
1. El genu valgum y el recurvatum.....	32
2. Juntar las rodillas para eliminar una lordosis.....	33
3. Asimetrías y lectura de indicios.....	34
4. Cuando la articulación se niega a doblarse.....	36

## Demostración por medio de dibujos

### Posición y trabajo de base

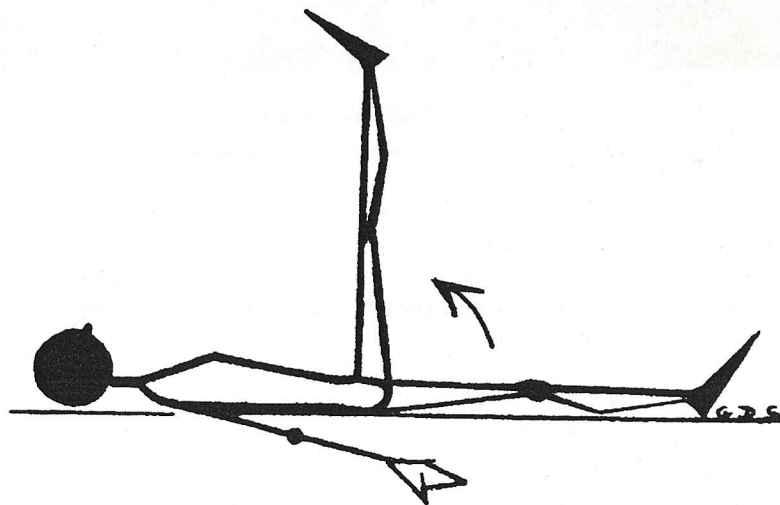
#### 1. PROGRESIÓN

Tres posiciones iniciales, progresión para facilitar la elevación de los miembros inferiores a 90°.

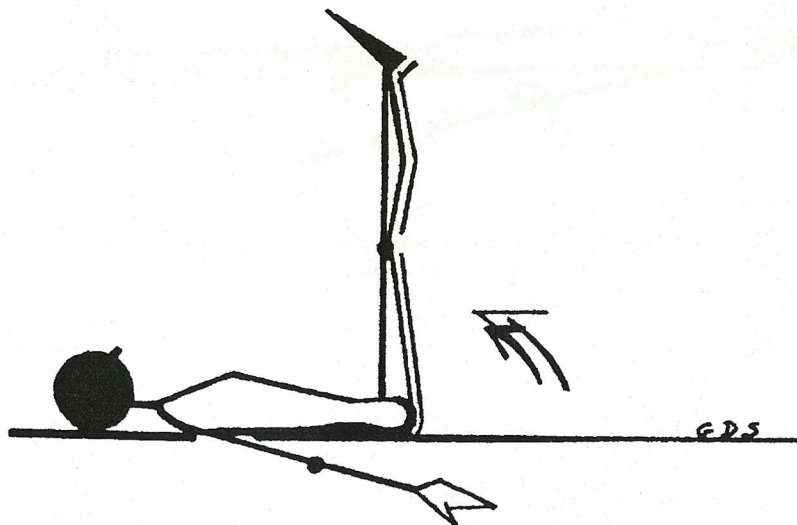


**Figura 83.** En decúbito dorsal, piernas estiradas, alinear todos los segmentos del cuerpo antes de elevar las piernas hasta la vertical.



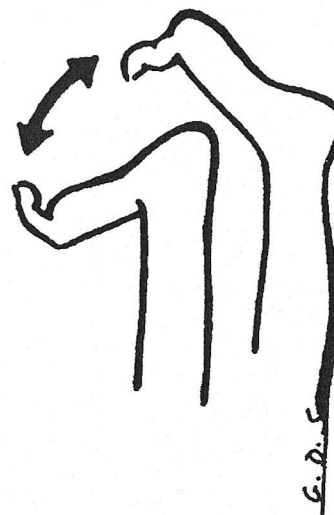


**Figura 84a.** Elevación pasiva de un miembro por el terapeuta; el paciente mantiene el miembro en el eje. Rotación externa de la cadera más trabajo del pie.

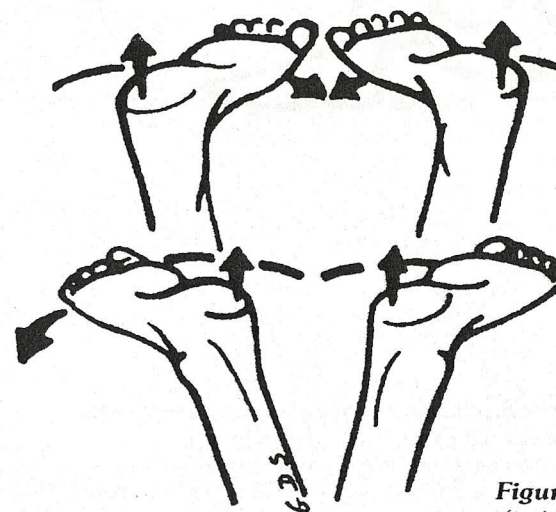


**Figura 84b.** Elevación pasiva de los dos miembros inferiores por el terapeuta, pero alineados por el paciente.

## 2. MOVIMIENTOS QUE FACILITAN LA ELEVACIÓN DE LAS PIERNAS

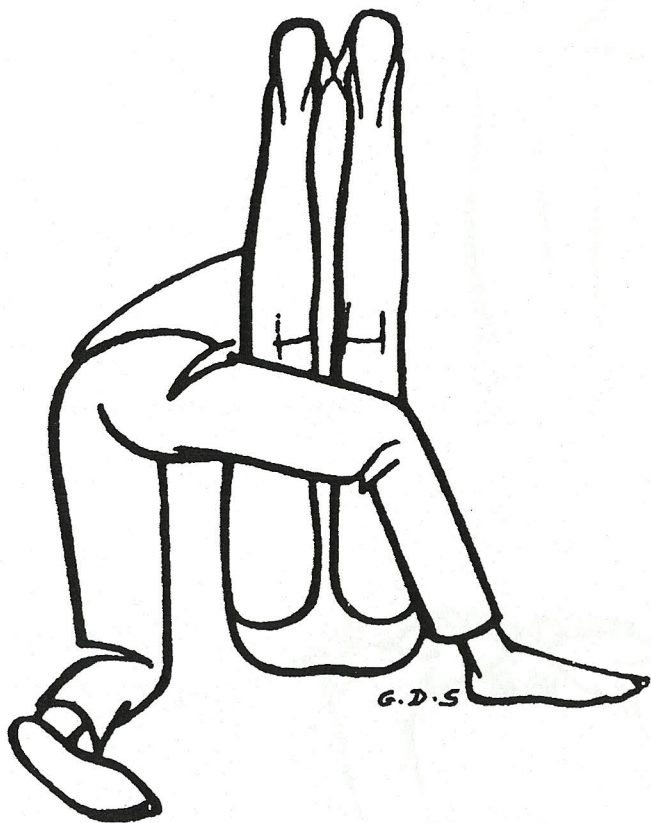


**Figura 85a.** Flexión-extensión rítmica de los tobillos y de los dedos.

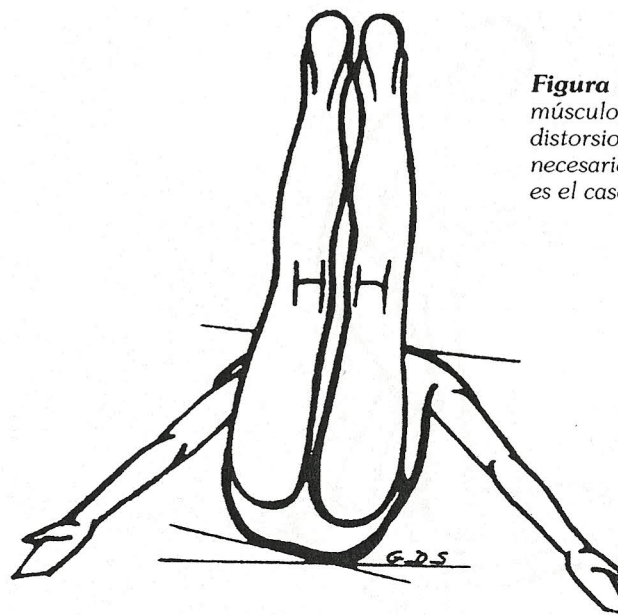


**Figura 85b.** Aducción-abducción rítmica de los tobillos.

**3. CUANDO EL CUERPO "HACE COMPENSACIONES",  
LA DESMULTIPLICACIÓN DE LAS MANOS Y LA  
HIPERCORRECCIÓN SE IMPONEN**



**Figura 86.** El fisioterapeuta debe trabajar mucho para corregir las compensaciones, que se producen a causa de esta tensión. Con su pierna sujeta las piernas del paciente, lo que le permite liberar las manos para guiar las correcciones. Sujetar los miembros inferiores para evitar el trabajo de los flexores de las caderas, en particular de los músculos psoasílicos.



**Figura 87.** Esta tensión de los músculos posteriores provoca distorsiones, desviaciones que es necesario alinear de nuevo. Éste es el caso, aquí, para la pelvis.



**Figura 88.** Realineación de las desviaciones por un posicionamiento hipercorrector, invirtiendo las compensaciones provocadas por la tensión. En el dibujo, inversión de la torsión de la pelvis.





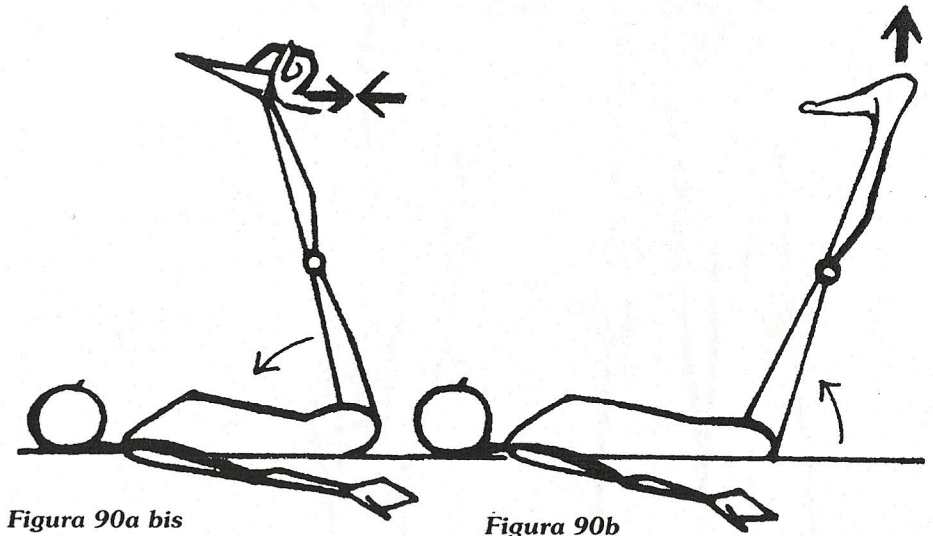
**Figura 89.** Se deben observar todos los gestos que realiza el cuerpo del paciente para alinearlos en el estiramiento.



**Figura 90a.** Durante su elevación, en algunos casos, las piernas van más atrás de lo que deben.

#### 4. PIERNAS QUE SE ESCAPAN, PIERNAS QUE RECHAZAN

Durante la elevación de las piernas.



**Figura 90a bis**

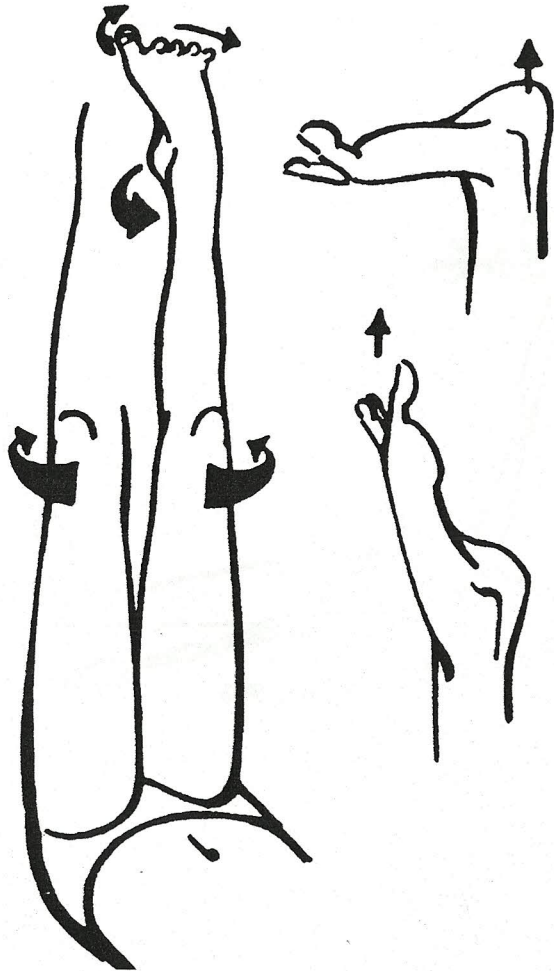
**Figura 90b**

**Figura 90a bis.** En algunos casos, las piernas no tienen ningún problema para superar la elevación. Cuando esto sucede en flexión, se debe presionar contra los talones y pedir al paciente que resista.

**Figura 90b.** En otros casos, las piernas se resisten, no llegan a elevarse. Cuando resisten se debe insistir en el impulso del talón hacia arriba en el eje de la pierna (ver foto 9).



## 5. REPASO DEL TRABAJO DE BASE QUE SE DEBE REPRODUCIR EN TODAS LAS POSTURAS



**Figura 91.** Las piernas elevadas en ángulo recto, repaso del trabajo de base. Trabajo en talus o con el pie extendido, según el caso o el momento. Trabajo intenso con el pie en torsión. Las rodillas juntas o separadas; casi sin flexión y separadas, por ejemplo, cuando existe un genu valgum. Las caderas siempre en rotación externa que implique a las rodillas, pero todo se junta en los pies y finaliza con la rotación interna de la parte anterior del pie.

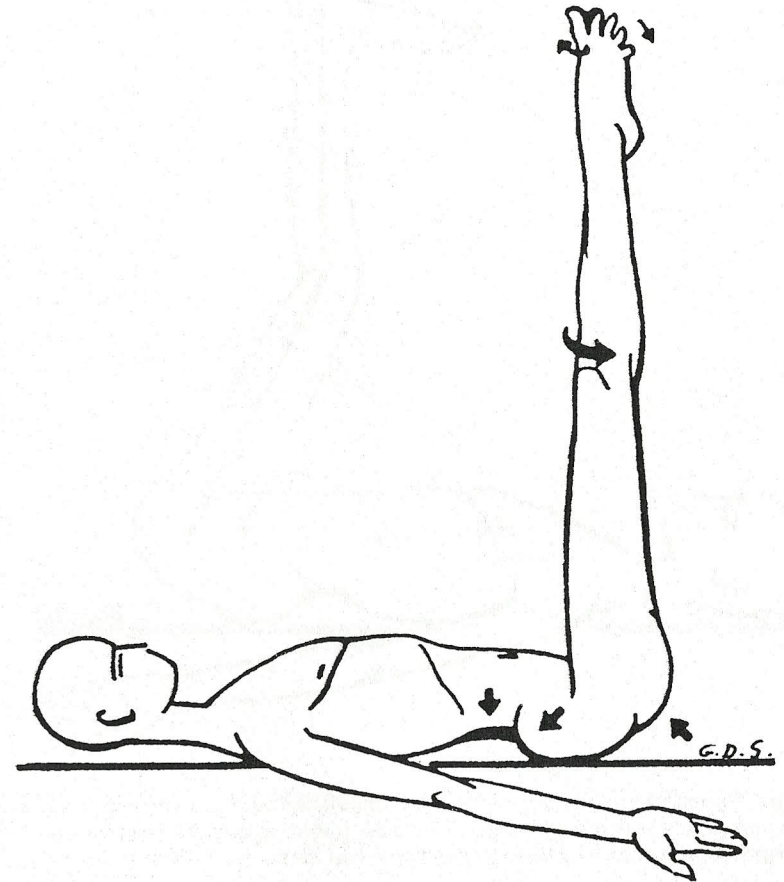
### Variantes de la posición de base

#### 1. UN DATO IMPORTANTE: EL ÁNGULO RECTO SE IMPONE. AUNQUE PAREZCA IMPOSIBLE, SE PUEDEN FLEXIONAR UN POCO LAS RODILLAS

La figura 92 ilustra un dato muy importante.

Es frecuente que la coxofemoral conserve cierto grado de extensión.

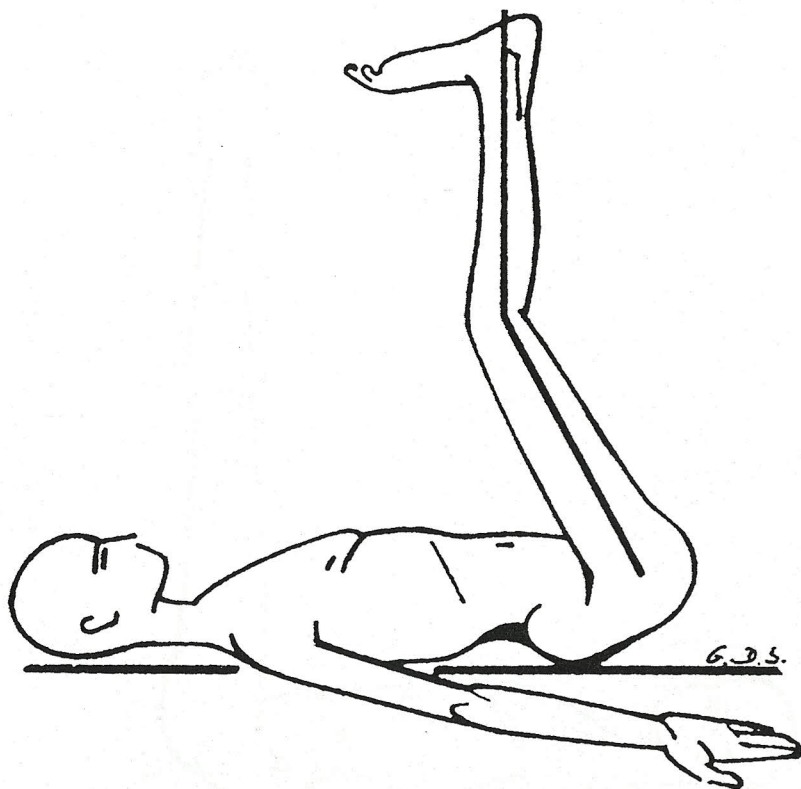
Un exceso de tensiones posteriores en los extensores de la cadera limita la flexión.





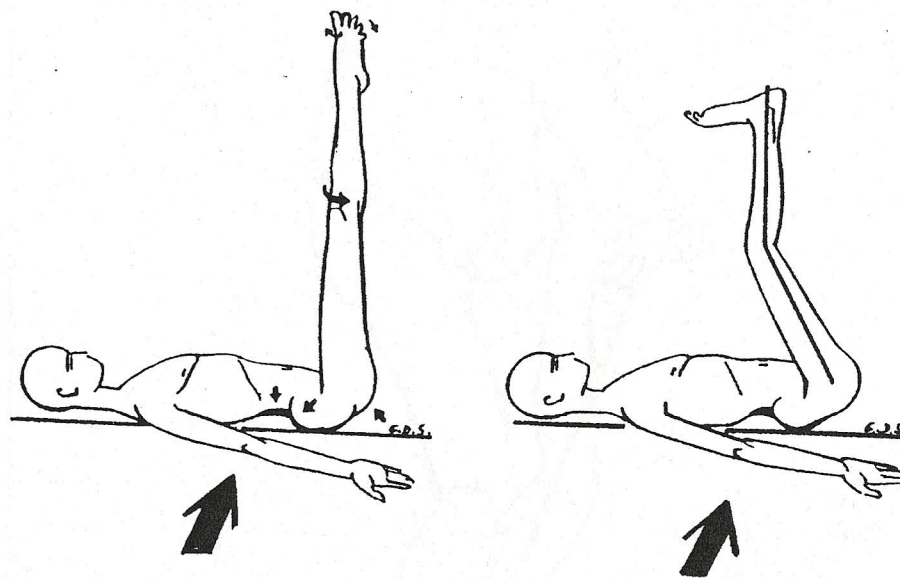
Las figuras 92 y 93 ilustran una "trampa" de la coxofemoral. Las piernas elevadas hasta la vertical están normalmente en ángulo recto con el tronco, pero, en este caso, la pelvis también está elevada. El ángulo recto se impone sin esta "trampa" de la coxofemoral. En el caso presentado en las figuras 92 y 93, la cadera conserva una cierta extensión, no se dobla completamente.

La amplitud que falta a la cadera se recupera más arriba. En este caso, las estructuras elásticas de las articulaciones sacroilíacas y lumbosacras (sobre todo las iliolumbares) sufren requerimientos anormales.



**Figura 93.** Nos esforzaremos por reducir esta insuficiencia, colocando las rodillas en flexión para relajar los músculos isquiotibiales, mientras que progresaremos ayudándonos con diversas manipulaciones con el fin de liberar los músculos afectados.

## 2. ESA DEFORMACIÓN QUE F. MÉZIÈRES LLAMABA "LA CUBETA LUMBOSACRA"



*Repaso de las figuras 92 y 93.*

Esta vez, observemos particularmente los lomos arqueados, el relieve del glúteo mediano muy acentuado asociado a una pelvis despegada como ya hemos visto.

Todo indica la "cubeta" L5 S1, la necesidad de una progresión en la flexión de las rodillas para intervenir sobre estas tensiones y manipulaciones para intervenir específicamente, esta vez sobre la cubeta lumbosacra, como vemos en la figura 94.





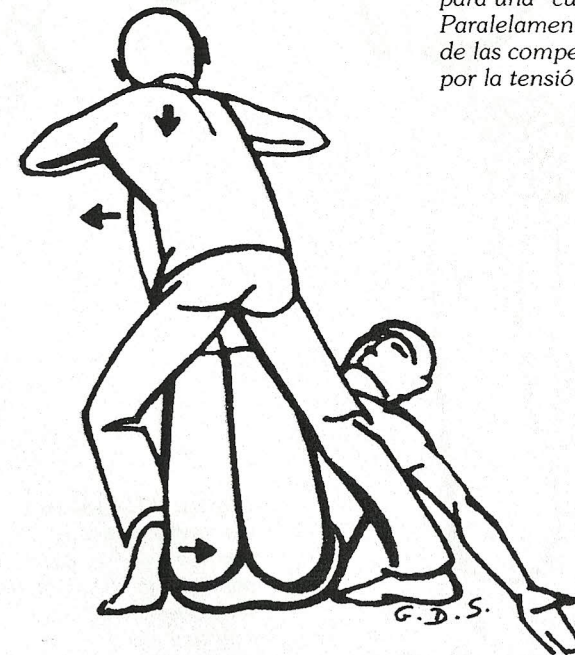
**Figura 94.** Maniobra para actuar sobre la "cubeta lumbosacra"

En la figura 94, las rodillas están flexionadas, la pierna colocada verticalmente, perpendicular al suelo, o sea, con el eje de la tibia vertical.

Resistencia ejercida en el extremo de la pierna, presión ejercida hacia abajo con apoyo en la zona metatarsiana; los talones impulsan hacia el techo. Este ejercicio se utiliza para actuar sobre las tensiones que impiden que la cadera se flexione y que arquean la zona sacrolumbar.

En esta figura, mostramos una presión hacia abajo: no se debe cizallar la lumbosacra por medio de una presión digital mal dirigida. Muy directa hacia el suelo, la pelvis se elevará. Una presión en la cadera, vista la rigidez, podría provocar una lordosis de la columna lumbar. Es importante buscar una resultante que opere un estiramiento longitudinal de la lumbosacra al mismo tiempo que una presión que flexione la coxofemoral.

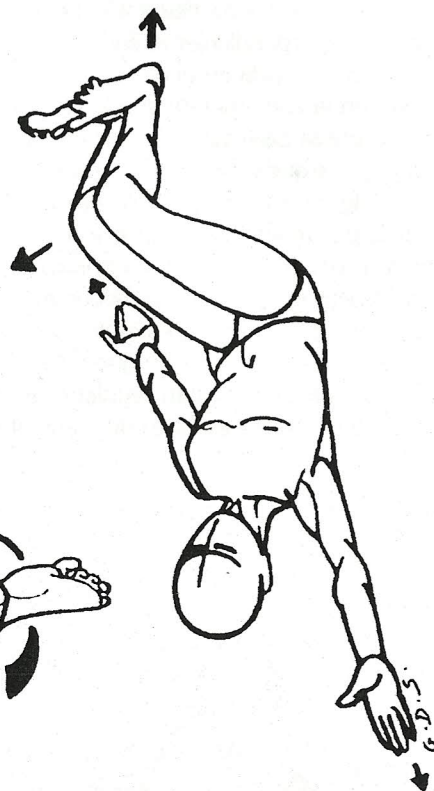
Las fuerzas presentes están reguladas a fin de obtener un trabajo isométrico, presión del terapeuta y rechazo del paciente.



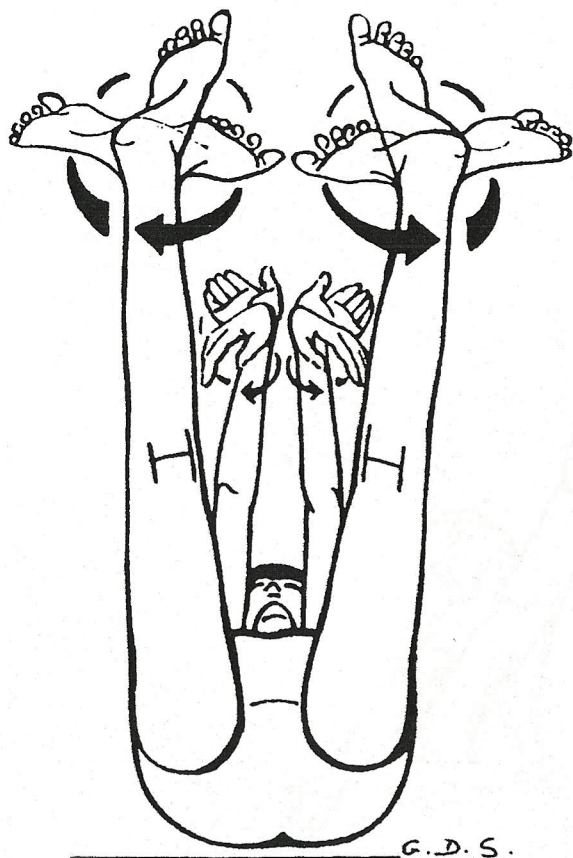
**Figura 95.** Presión hacia abajo en la zona metatarsiana del pie, para una "cubeta lumbosacra". Paralelamente, hipercorrección de las compensaciones provocadas por la tensión de los posteriores.



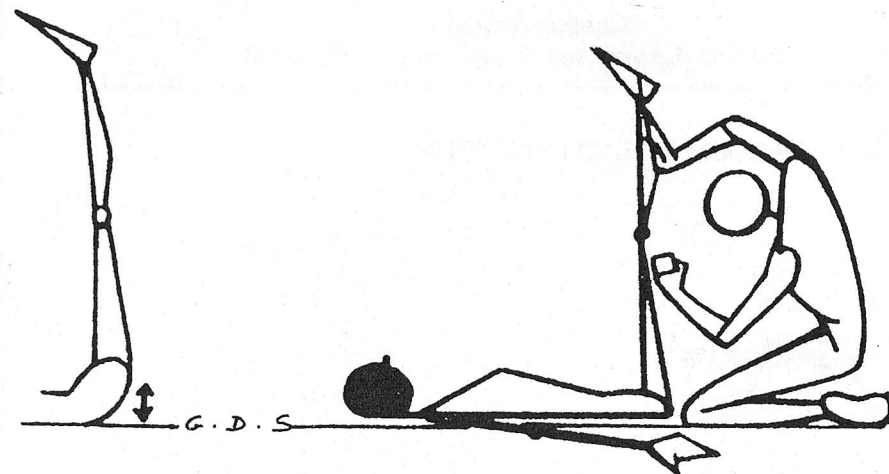
**Figura 96.** Visto bajo otro ángulo, una hipercorrección de las desviaciones provocadas por la posición de estiramiento.



**3. ESOS EJERCICIOS QUE LLAMAMOS "IGUALADORES DE TENSIONES" Y LOS MASAJES PARA RELAJAR**

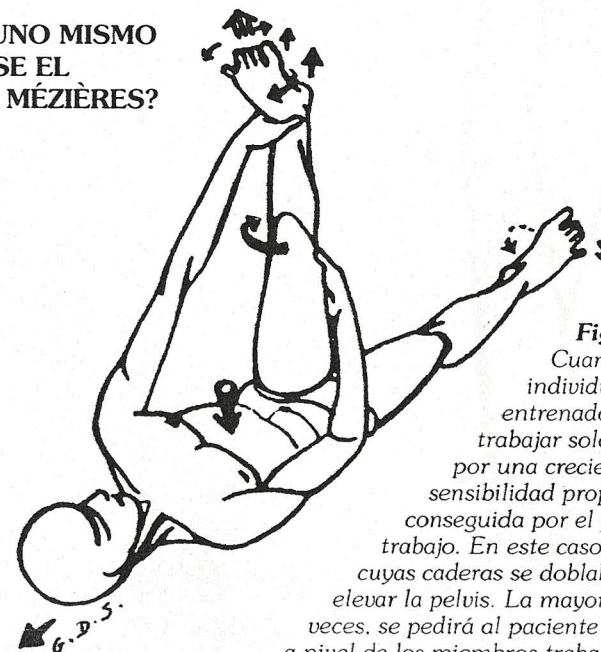


**Figura 97.** Ejercicios. Circunducciones de los tobillos y de las muñecas; son "igualadoras" de las tensiones y ayudan a mantener la postura más tiempo.



**Figura 98.** Percusiones. Sobre los músculos isquiotibiales cuando la cadera no flexiona. Es el caso de la pelvis elevada.

**4. ¿PUEDE UNO MISMO APLICARSE EL MÉTODO MÉZIERES?**

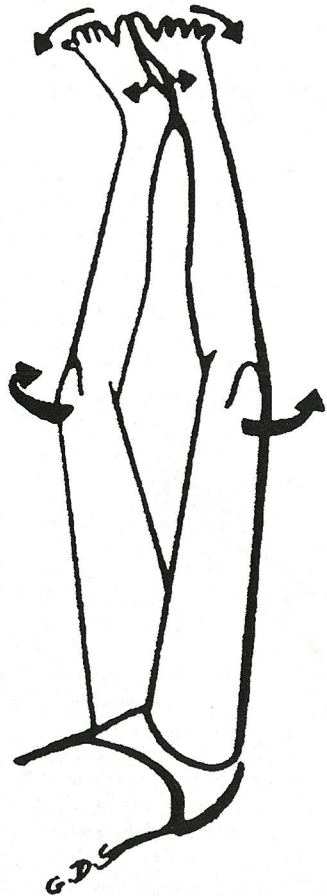


**Figura 99.** Cuando el individuo está bien entrenado, puede trabajar solo, ayudado por una creciente sensibilidad propioceptiva, conseguida por el propio trabajo. En este caso, un chico cuyas caderas se doblaban bien sin elevar la pelvis. La mayoría de las veces, se pedirá al paciente que coordine a nivel de los miembros trabajando los pies en una postura fácil, sentado o de pie. Se pueden asociar las manos al trabajo de los pies.



**Casos particulares**  
(vistos durante los cursos con F. Mézières)

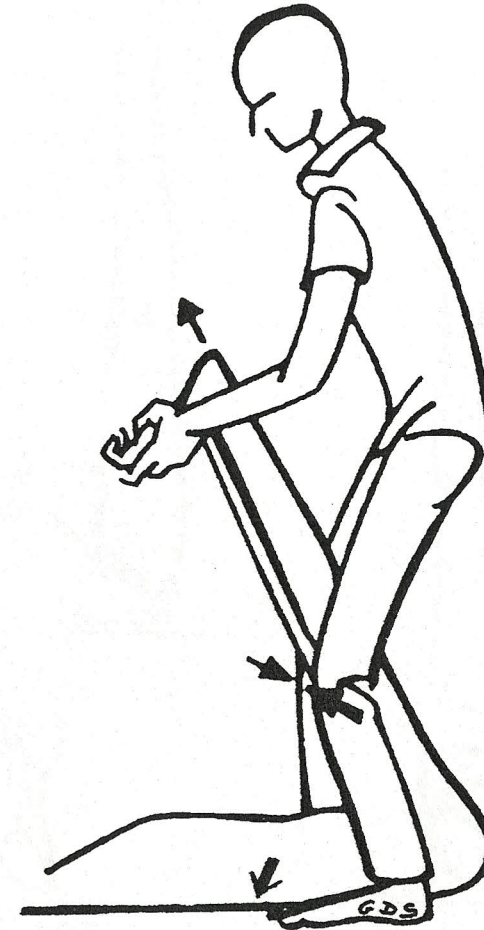
**1. EL GENU VALGUM Y EL RECURVATUM**



**Figura 100.** En el caso del genu valgum y/o del recurvatum, se tolera una momentánea separación de las rodillas; esta separación se une a una ligera flexión.

2.

**2. JUNTAR LAS RODILLAS PARA ELIMINAR UNA LORDOSIS**

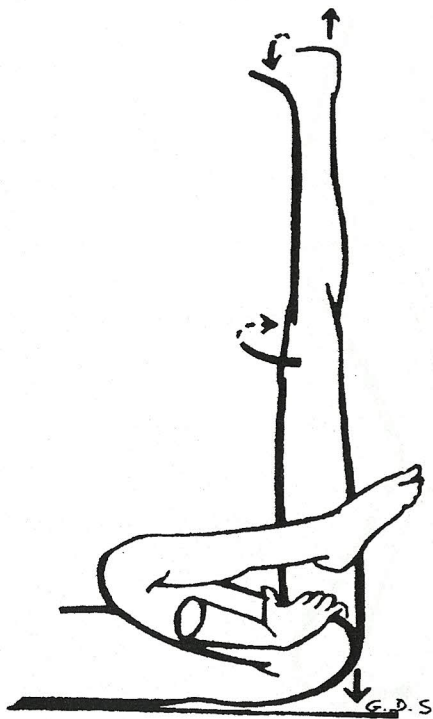


**Figura 101.** Caso particular. Las piernas superan la vertical sin elevar la pelvis; es el caso de una bailarina y su problema es dorsolumbar. Rodillas juntas, las caderas en rotación externa para eliminar una lordosis dorsolumbar.

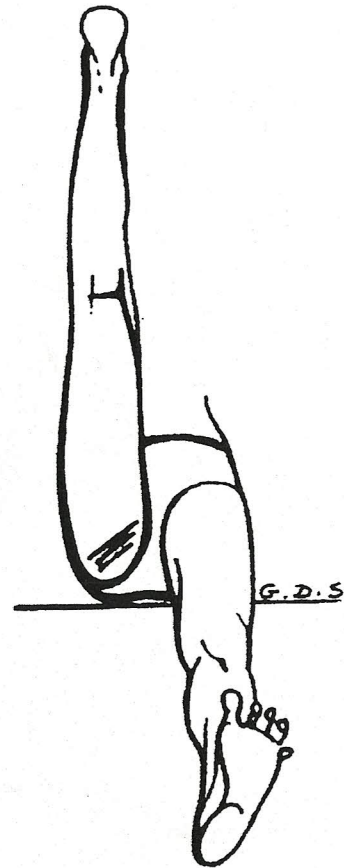


## 3. ASIMETRÍAS Y LECTURA DE INDICIOS

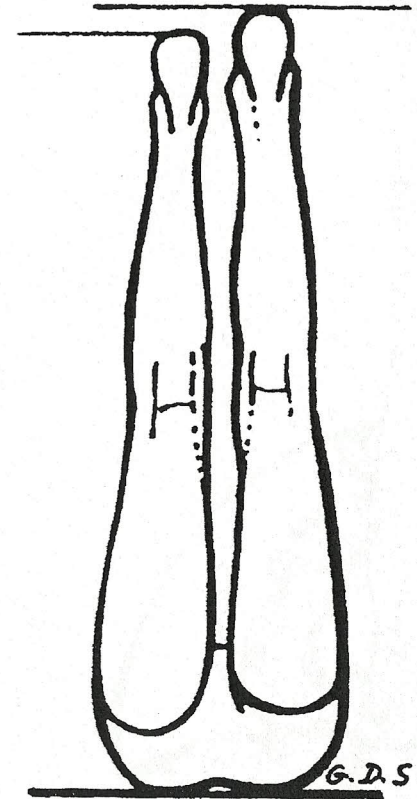
## Asimetrías



**Figura 102.** El caso de una persona con secuelas de una poliomielitis. Trabajo activo del miembro no afectado; pelvis apoyada en el suelo.



**Figura 103.** Indicio de una tensión visible en la parte posterior del muslo, bajo el isquion, con la pierna elevada y los músculos posteriores en tensión. Este problema es normalmente indicio de coxoartrosis.



**Figura 104.** Una asimetría y un indicio: esta pierna es más corta. En esta postura, las piernas se elevan a 90°, es una disfunción pélvica que afecta a nivel de las articulaciones sacroilíacas que se manifiesta con una desigualdad de los miembros inferiores.

Varios ejemplos para recordar la necesidad de estar alerta. El terapeuta se esfuerza en leer y traducir los indicios. Éstos revelan disfunciones mecánicas subyacentes que se deben analizar y restaurar.



#### 4. CUANDO LA ARTICULACIÓN SE NIEGA A DOBLARSE

Para alinear, no doblar, estirar.

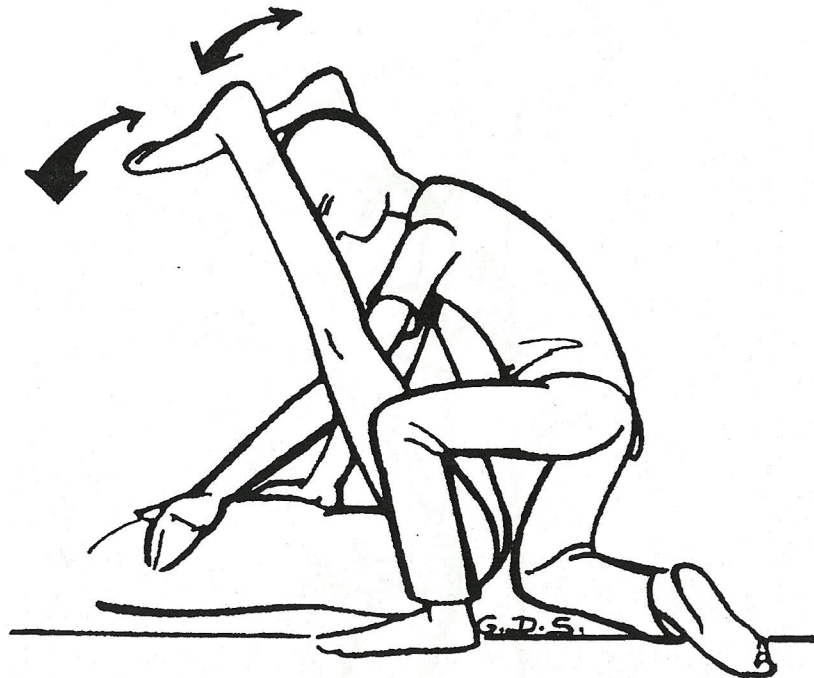


**Figura 105.** Para liberar la cadera. rotación externa del muslo más tracción en el eje del miembro inferior.



**Figura 106.** La misma maniobra por debajo de la rodilla para flexionarla.





**Figura 107.** Tensión prolongada. Durante la ejecución de tensiones prolongadas, la circunducción de los tobillos o la flexión-extensión, abducción-aducción rítmicas, relajan las caderas. Éste es un caso de coxartrosis en el que la relajación de los aductores permite una separación espontánea de las piernas. No estiramos la musculatura, sino que la relajamos para trabajarla.

### DEMOSTRACIÓN POR MEDIO DE FOTOGRAFÍAS

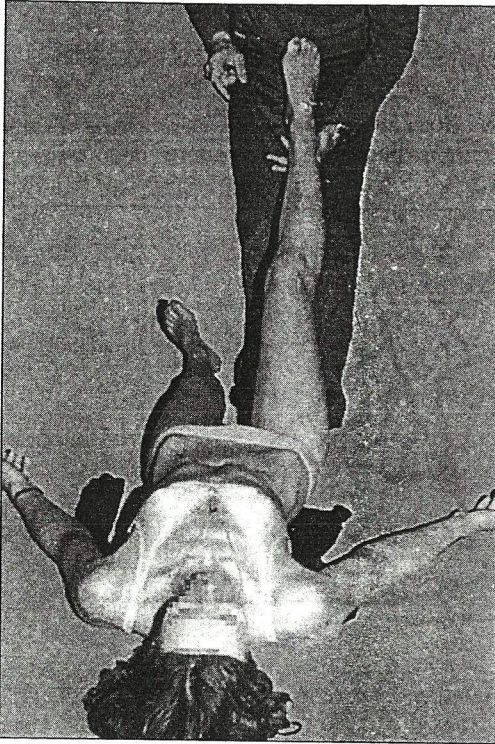
POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE.....	40
1. Progresión.....	40
2. Movimientos que facilitan la elevación de las piernas.....	44
3. Cuando el cuerpo "se compensa", la desmultiplicación de las manos y la hipercorrección se imponen.....	45
4. Piernas que se escapan, piernas que rechazan.....	47
VARIANTES.....	48
1. El ángulo recto se impone.....	48
2. Esos ejercicios que nosotros llamamos "igualadores de tensiones" ..	49
3. Deformación que F. Mézières llamaba "la cubeta lumbosacra" .....	51



## Demostración por medio de fotografías

### Posición y trabajo de base

#### 1. PROGRESIÓN<sup>1</sup>

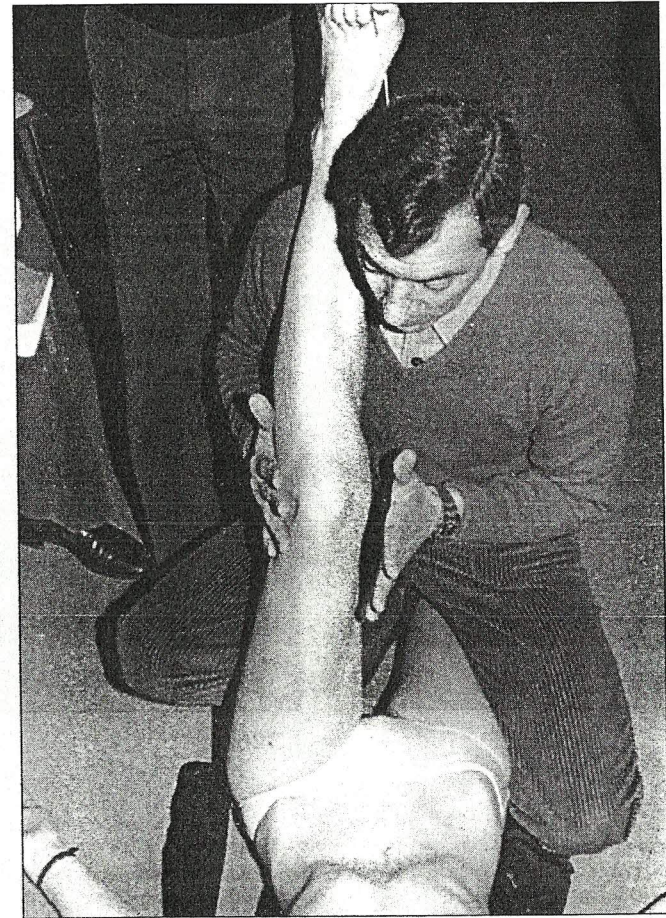


**Foto 29.** A partir del decúbito dorsal, piernas estiradas, completamente alineadas, el especialista eleva lentamente una pierna.



**Foto 30.** Se eleva el miembro inferior y se observan las contorsiones, "movimientos" o "gestos" que aparecen a todos los niveles del cuerpo.

<sup>1</sup> Especialista: Jean-Marie Jaumin.

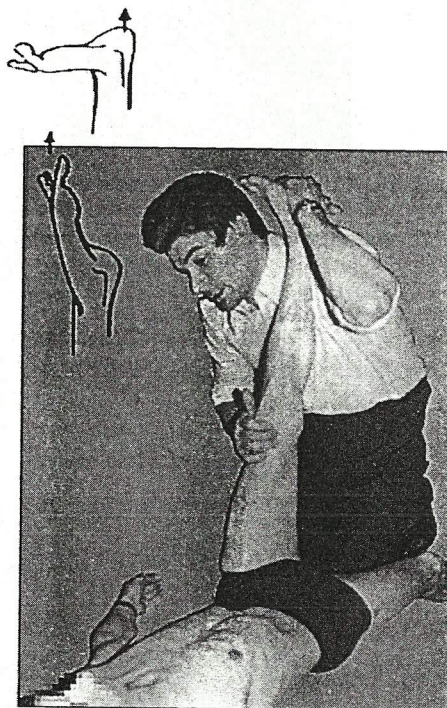


**Foto 31.** Se observan los gestos: aquí, por ejemplo, la cintura se entalla y el abdomen se "contrae".





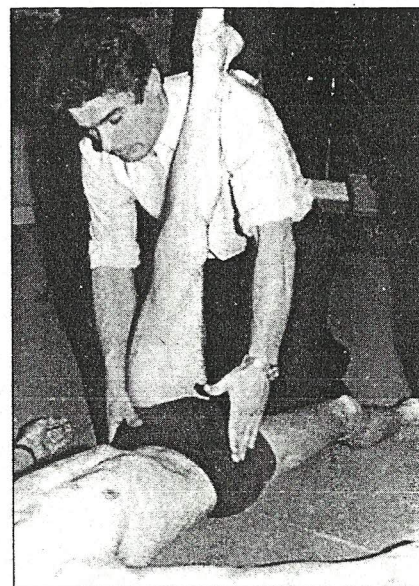
32a



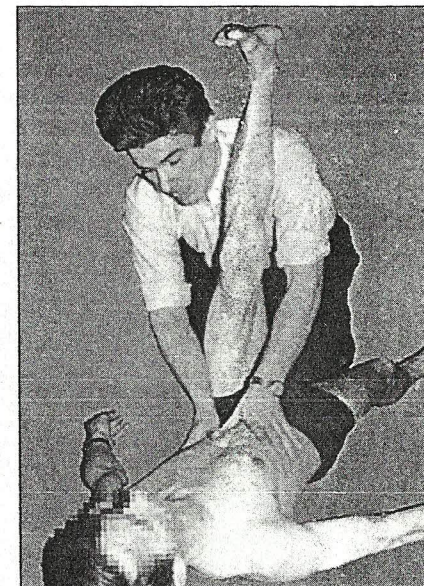
32b

**Fotos 32a y 32b.** Trabajo específico del pie, miembro inferior elevado a 90° y en rotación externa de la cadera. Realineación completa del miembro inferior elevado. Corrección a nivel de la coxofemoral, la hemipelvis izquierda se eleva.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Especialista: Robert Warnant.



33a

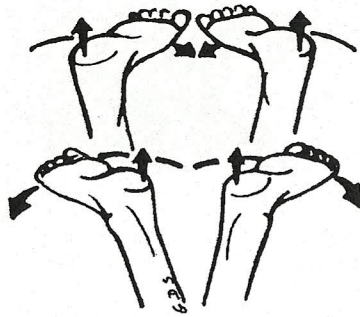
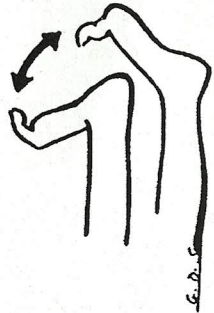
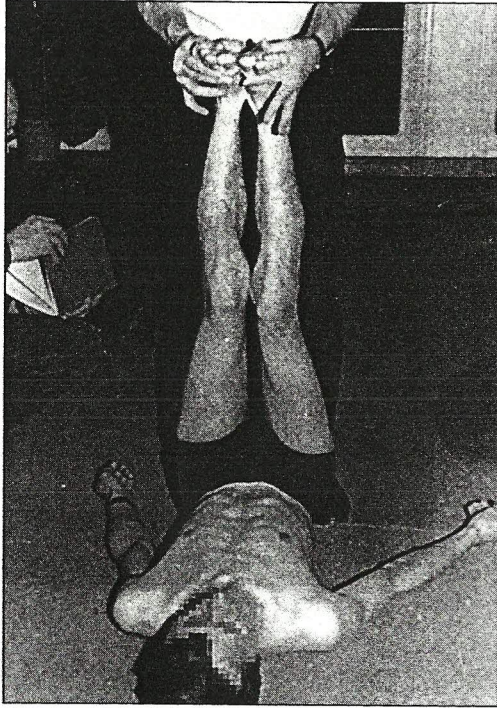


33b

**Fotos 33a y 33b.** La hemipelvis izquierda está elevada. Corrección a nivel de la cadera, ver figura 32b. Realineación de la pelvis e incitación a la respiración (suspirar) para corregir la elevación de las costillas, o sea el apoyo en una inspiración.



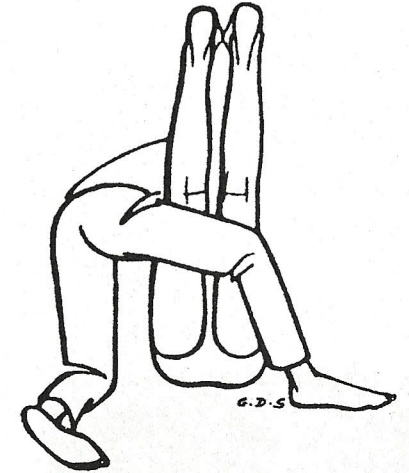
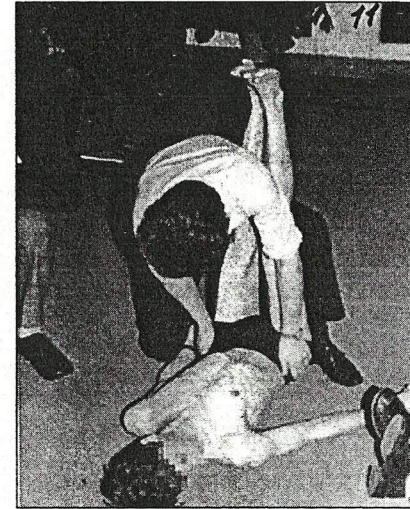
## 2. MOVIMIENTOS QUE FACILITAN LA ELEVACIÓN DE LAS PIERNAS



**Foto 34.** Elevación de los dos miembros inferiores; un movimiento acompasado de los tobillos puede contribuir a la relajación para una mejor alineación. Flexión-extensión de los tobillos. Aducción-abducción de los tobillos.

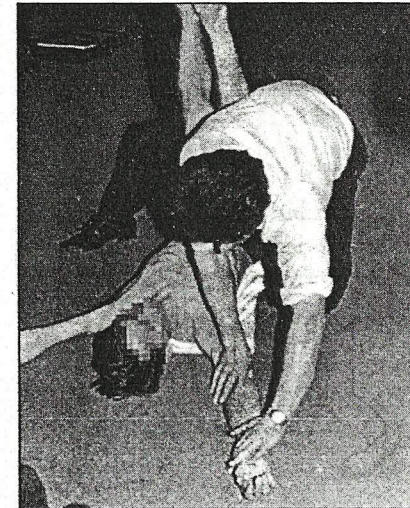
3.

## 3. CUANDO EL CUERPO "SE COMPENSA", LA DESMULTIPLICACIÓN DE LAS MANOS Y LA HIPERCORRECCIÓN SE IMPONEN



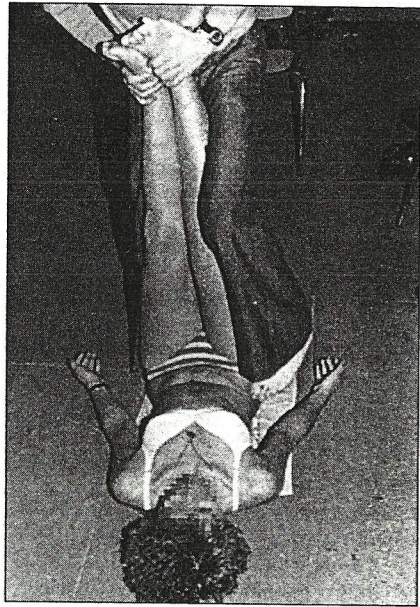
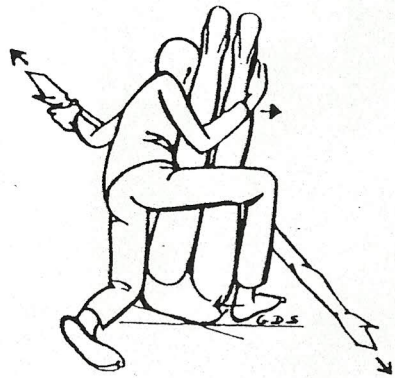
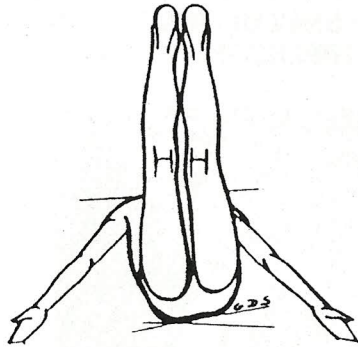
Fo  
mo  
co

**Foto 35.** El fisioterapeuta puede sostener las piernas del paciente liberando sus manos para guiar la alineación a nivel de otras regiones de un cuerpo que busca compensación, es decir, evitar el estiramiento.



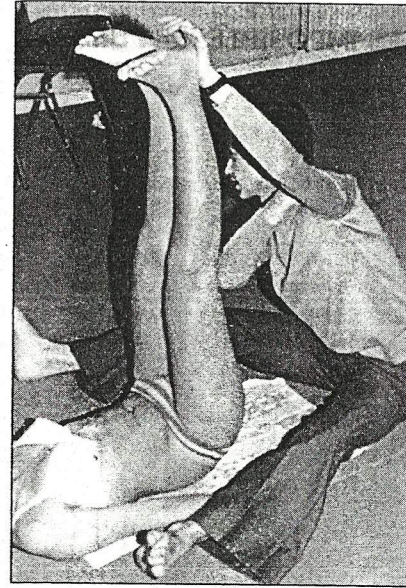
**Foto 36.** El fisioterapeuta sostiene las piernas del paciente, sus manos se liberan para guiar la alineación, en este caso, del miembro superior.





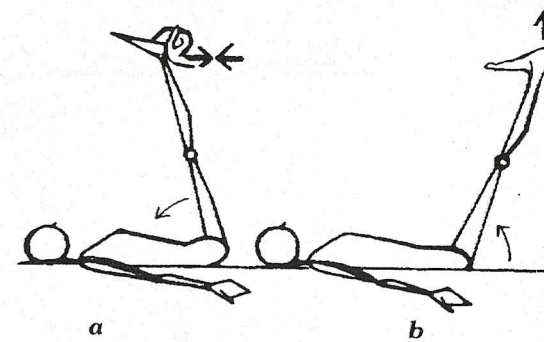
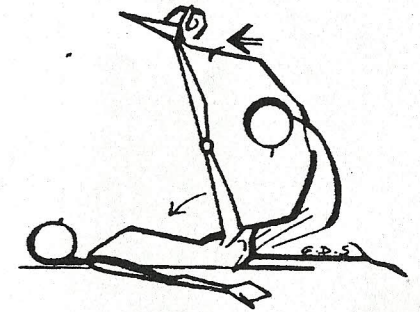
**Foto 37.** El terapeuta no duda, en un primer momento, en hipercorregir el desequilibrio que provoca la elevación de los miembros inferiores.

#### 4. PIERNAS QUE ES ESCAPAN, PIERNAS QUE RECHAZAN



**Foto 38.** Cuando las piernas tienden a moverse en dirección craneal, se debe decir: «rechaza mi presión» (esquema a)

Cuando las piernas resisten y usted rechaza, se debe decir: «eleva» (esquema b). La foto ilustra la presión del especialista sobre los talones y la incitación a: «rechaza mi presión»<sup>3</sup>

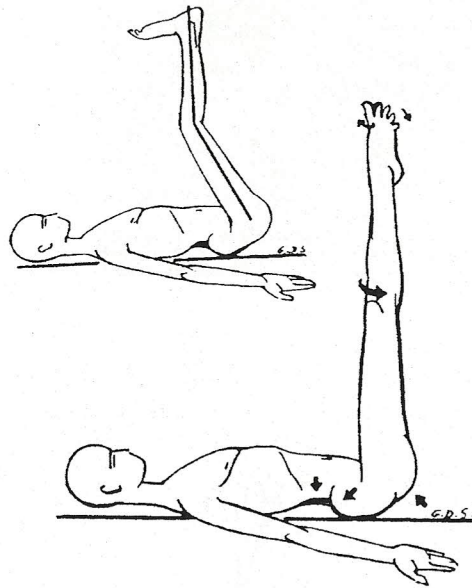


<sup>3</sup> Especialista: Michel Frères.



### Variantes aportadas a la posición y al trabajo de base

#### 1. EL ÁNGULO RECTO SE IMPONE; SI ES IMPOSIBLE, SE PUEDEN FLEXIONAR LAS RODILLAS



**Foto 39.** Demostración de una pelvis elevada. Mala posición frecuente que se debe intentar solucionar para que la tensión de los miembros inferiores elevados sea eficaz.

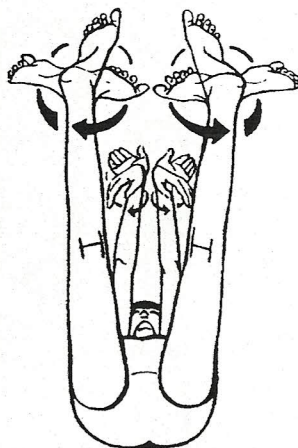
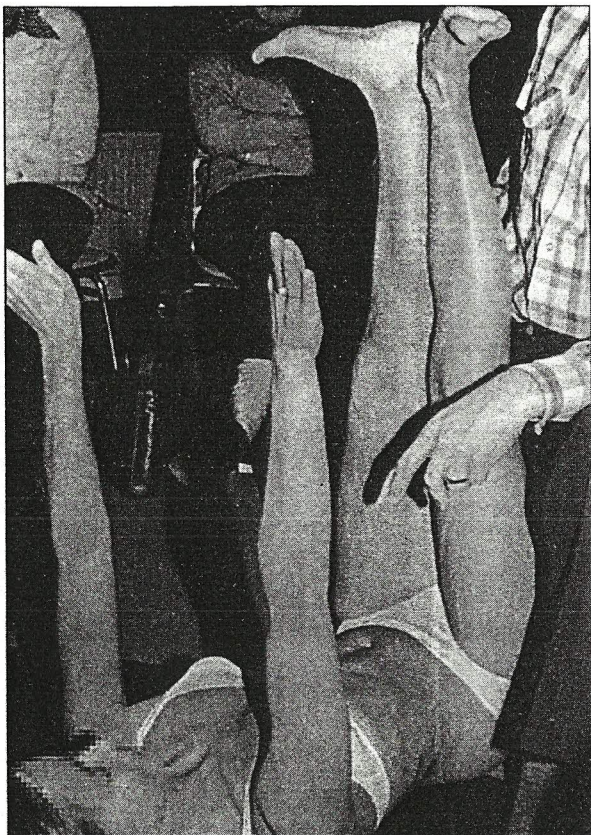
#### 2. ESOS EJERCICIOS QUE NOSOTROS LLAMAMOS "IGUALADORES DE TENSIONES"



**Foto 40.** Movimientos de los tobillos y de las muñecas.



En esta foto se alterna el ejercicio.

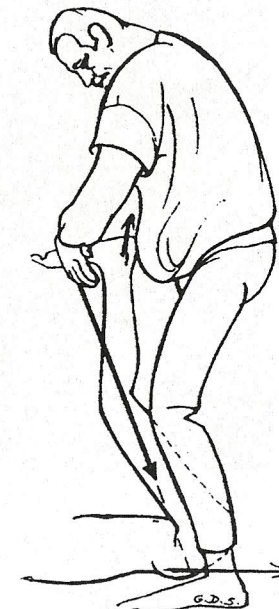
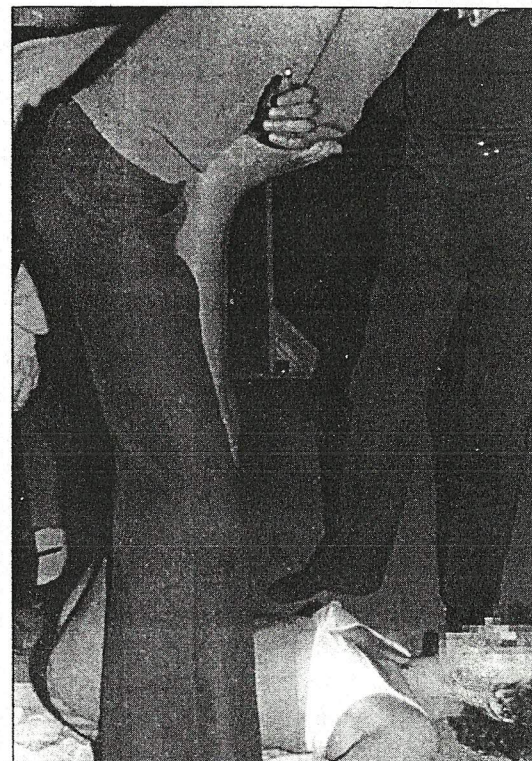


**Foto 41.** Movimientos circulares de las muñecas, alternados con el trabajo a nivel de los tobillos.<sup>4</sup>

**Repaso de la figura 97.**  
Circunducciones de los tobillos y de las muñecas para igualar las tensiones.

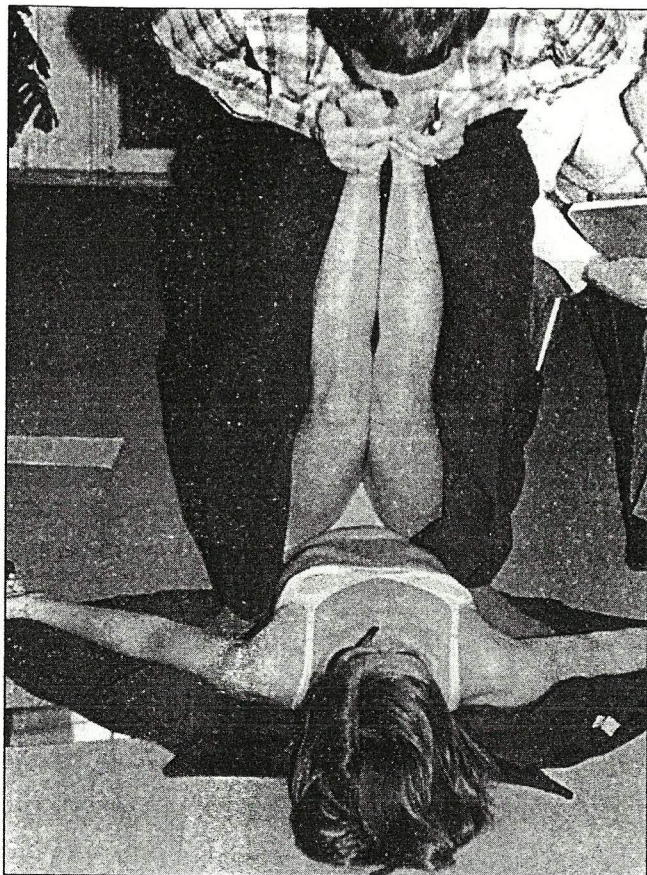
<sup>4</sup> Especialista: Michel Vanderheyden.

### 3. DEFORMACIÓN QUE F. MÉZIÈRES LLAMABA "LA CUBETA LUMBOSACRA"



**Foto 42.** Una pelvis elevada, movimientos que elevan las articulaciones sacroilíacas y lumbosacras.





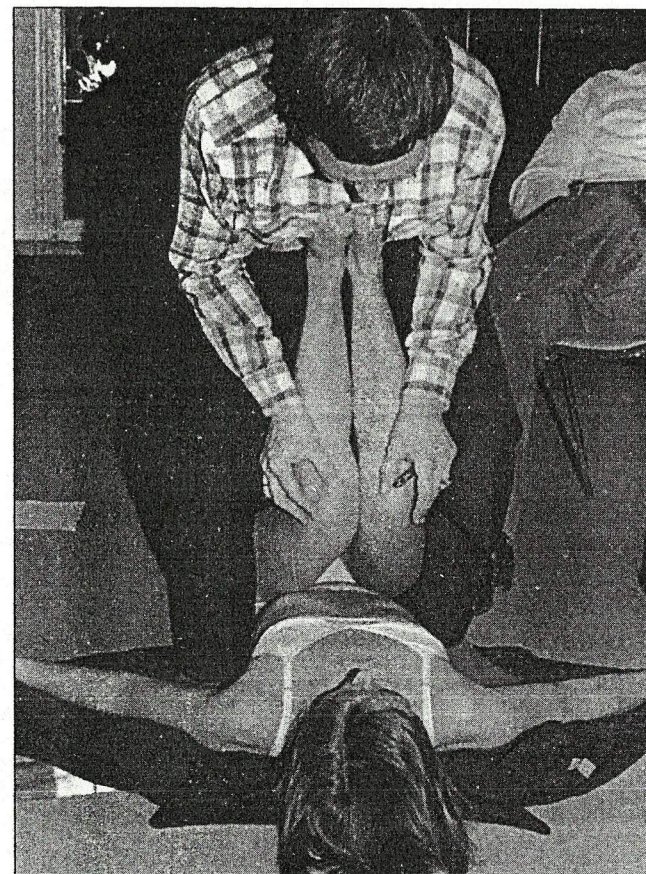
43a

**Foto 43a.** Se doblan las caderas y las rodillas. Con la rodillas juntas y apretadas, se sitúa el segmento tibial en la vertical, o sea, perpendicular al suelo; se presiona sobre el pie hacia abajo en dirección caudal.

Se presiona hacia abajo; el eje de la presión debe regularse y sentirse para obtener el estiramiento longitudinal de la lumbosacra.

En la foto, esbozo de un trabajo isométrico: el terapeuta presiona y el paciente intenta rechazar la presión.

Ambas fuerzas se regulan para que se equilibren.



43b

**Foto 43b.** El ejercicio se realiza con apoyo del especialista que ofrece resistencia a la elevación de la pierna.

Ahora, el terapeuta garantiza la correcta dirección del empuje, reforzando la presión. Seguidamente, para liberar las manos y asegurar las otras correcciones, debe continuar el ejercicio con el tórax y el peso de su cuerpo.

Las rodillas se juntan, el empuje y la presión actúan conjuntamente para eliminar la cubeta lumbosacra.





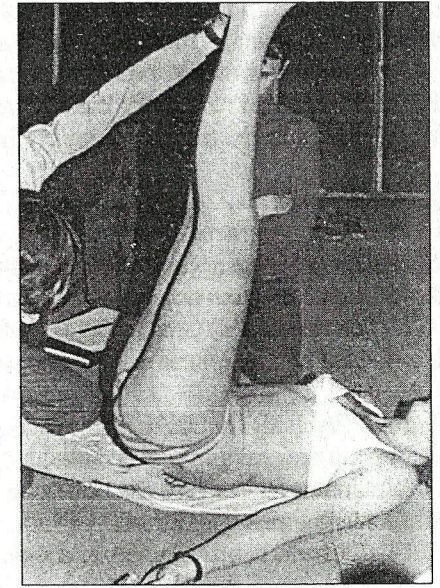
44a

**Fotos 44a, 44b y 44c.** Exploración de las zonas de tensión posteriores en el caso de la pelvis elevada. Tensión alrededor de las coxofemorales y de las articulaciones sacroilíacas.

Seguidamente, maniobras descontracturantes y antálgicas que Françoise Mézières practicaba en las regiones afectadas.



44b



44c



## NOTAS EXPLICATIVAS

Comentarios de las demostraciones con referencia a las ilustraciones

POSICIÓN Y TRABAJO DE BASE.....	57
1. Progresión.....	58
2. Movimientos que facilitan la elevación de las piernas.....	61
3. Cuando el cuerpo se compensa, desmultiplicación de las manos y la hipercorrección se imponen.....	62
4. Piernas que escapan, piernas que rechazan.....	64
5. Revisión del trabajo de base en todas las posturas.....	66
VARIANTES.....	68
1. El ángulo recto se impone.....	68
2. La deformación que F. Mézières llamaba la "cubeta lumbosacra".....	69
3. Los ejercicios que nosotros llamamos "igualadores de tensiones" y los masajes para relajar.....	73
4. ¿Se puede aplicar uno mismo el método Mézières?.....	74
CASOS PARTICULARES.....	75
1. El genu valgum y el recurvatum.....	75
2. Juntar las rodillas para eliminar una lordosis.....	76
3. Asimetrías y lectura de indicios.....	77
4. Cuando la articulación se niega a doblarse.....	79

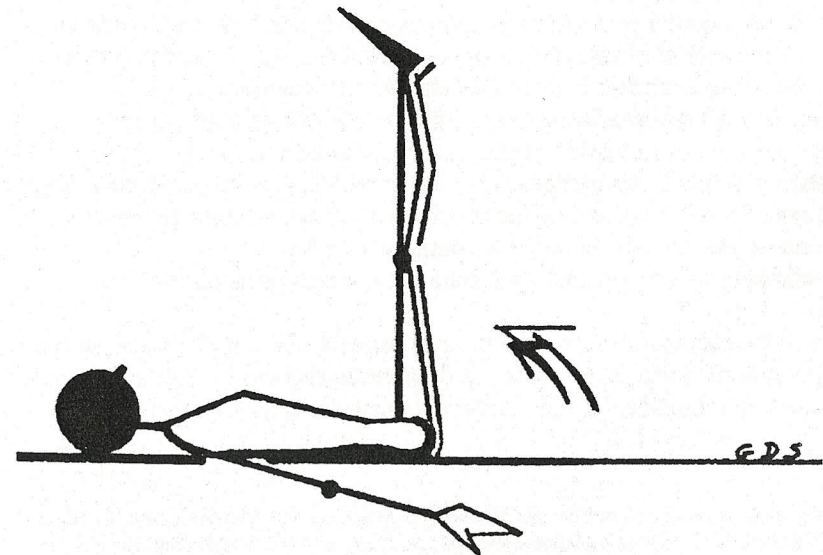
## Notas explicativas

### Posición y trabajo de base

Comentarios con referencia a las ilustraciones.

El método Mézières ha sido muchas veces identificado con esta postura: las piernas elevadas en ángulo recto (ver la figura 84b).

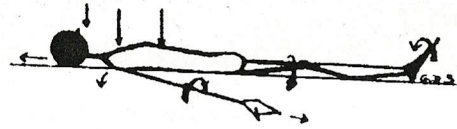
Es cierto que permite un trabajo diversificado, muy completo e interesante, sobre el conjunto del cuerpo. Sin embargo, nunca se elevarán las piernas sin un trabajo preparatorio previo, ya que existen unas progresiones que se deben respetar y unas precauciones que se deben tomar.





## 1. PROGRESIÓN

### Miembros inferiores estirados (repasso de la figura 83)



Los miembros inferiores se elevan lentamente, a partir de la posición en decúbito dorsal correctamente alineada, es decir:

- la nuca hacia atrás y estirada sin acercar el mentón a la garganta,
- el tórax no puede quedarse bloqueado durante la inspiración, se debe respirar,
- los hombros hacia abajo,
- evitar la hiperextensión de los codos, así como el apoyo sobre los brazos que provocarán la lordosis de la columna dorsal,
- las caderas se encuentran en rotación externa, pero la torsión del pie las colocará en rotación interna,<sup>5</sup>
- la torsión en el pie eleva el arco interno,
- los dedos están estirados y separados.

Todo un programa que no es fácil llevar a la práctica, pero que debe practicarse con intensidad.

Este trabajo requiere una gran atención por parte del paciente. Desde el principio, es patente el efecto corrector, la sensibilidad propioceptiva y todo el posicionamiento articular. Esta sensibilidad es esencial para un mejor funcionamiento del sistema locomotor. Veamos por qué se debe ser muy estricto en la atención requerida al paciente y en su participación.

Se deben multiplicar las incitaciones, las estimulaciones que enriquecen las percepciones. Para la mayoría de los casos, se empieza siempre por los pies, debiendo mantener constantemente la atención en ellos.

Progresivamente, la atención englobará el reposicionamiento de más segmentos.

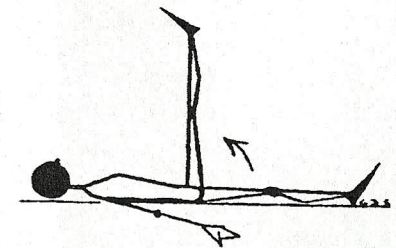
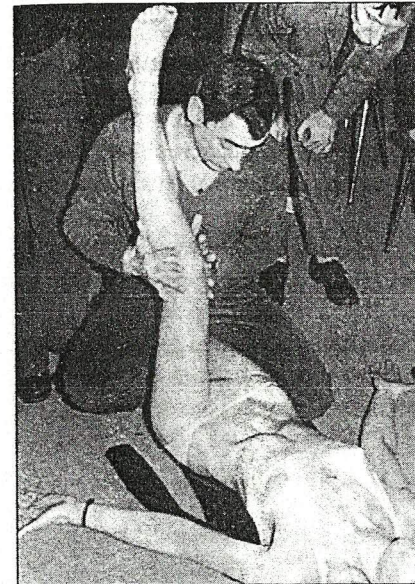
Nunca nos cansaremos de insistir en este aspecto del método Mézières. A primera vista, la mayoría de las veces es demasiado reducido el estiramiento de los músculos isquiotibiales. Con la pantorrilla elevada, llega a convertirse en un

<sup>5</sup> Se trata de alinear la parte anterior del pie. lo que determinará una torsión del mismo. El *Manual del mezierista, Tomo I*, explica y comenta este ejercicio que fortalece todo el miembro inferior y su estructura.

ejercicio de gran dureza por la disgregación de los puntos de apoyo y el extremo rigor de las correcciones.

Si el estiramiento no va asociado a esta extraordinaria pedagogía para captar la atención del paciente; si el paciente no consigue centrarse y cooperar conscientemente en el desarrollo del ejercicio sin distraer en absoluto su atención, el resultado no será el esperado.

### La elevación de un miembro inferior



### Repasso de la figura 84a y de las fotos 29, 30, 31, 32 y 33.

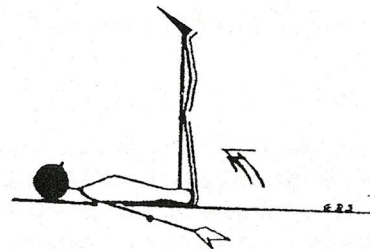
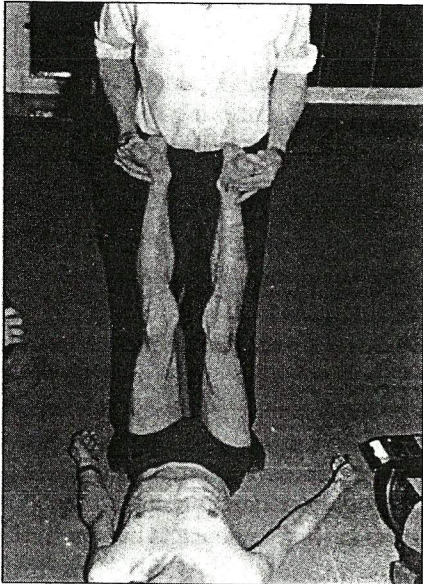
La mayoría de las veces elevamos pasivamente primero un miembro inferior y después el otro. Es una elevación pasiva que toda la cadena articular debe realizar de forma cada vez más activa, junto con la torsión desde la cadera hasta el pie, tal como hemos descrito anteriormente.



Observamos a nivel del tronco y de los miembros las "desviaciones", la "formas" que adquiere el cuerpo durante el ejercicio de elevación de la pierna. Debe aplicarse todo el trabajo de base, es decir, el alineamiento de los segmentos sin perder la atención ni un momento durante toda la sesión. Cuando el miembro se apoya de nuevo en el suelo, se mantiene en torsión, alineado, corregido; seguidamente, elevamos el otro miembro. Lentamente, la elevación siempre irá acompañada del trabajo de base, tal como se exige en todas las posturas iniciales.

### La elevación de los dos miembros inferiores

Repaso de la figura 84b y de la foto 34. Elevación de los miembros inferiores muy lentamente, manteniéndolos según el trabajo de base habitual, es decir, alineados desde las caderas en rotación externa. Durante la elevación, el estiramiento de los músculos posteriores se verá facilitado por un movimiento rítmico de los tobillos.



### 2. MOVIMIENTOS QUE FACILITAN LA ELEVACIÓN DE LAS PIERNAS

En las figuras 85a y 85b, podemos ver estos movimientos rítmicos de los tobillos y los dedos:

El terapeuta guía y sirve de apoyo para mantener las "piernas en el aire".

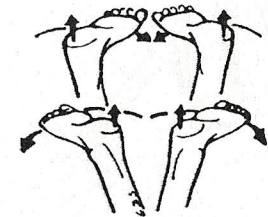
Figura 85 a: *flexión-extensión* de los tobillos y de los dedos, llamada "pedaleo de los pies".

- Para la flexión dorsal, diremos: «doble todo lo que pueda hacia usted». Los dedos de los pies se flexionan al mismo tiempo que el tobillo.
- Para la extensión, flexión plantar, diremos: «estire y separe todo lo que pueda hacia mí». Esto afecta tanto a los tobillos como a los dedos. Los dedos se encuentran estirados y separados siguiendo la modalidad habitual que ya conocemos, al mismo tiempo que el tobillo está extendido.



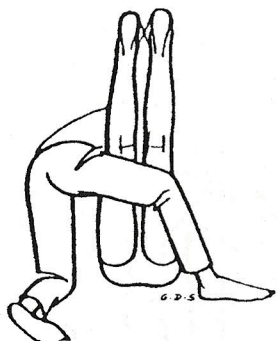
Figura 85b: *la aducción-abducción*.

Durante el movimiento de aducción-abducción, se pide al paciente que estire los talones hacia arriba.





### 3. CUANDO EL CUERPO "SE COMPENSA", LA DESMULTIPLICACIÓN DE LAS MANOS Y LA HIPERCORRECCIÓN SE IMPONEN



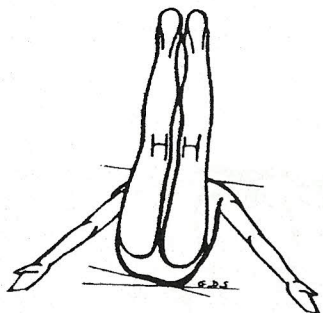
Por medio de la figura 86 y de las fotos 35 y 36, hemos querido mostrar cómo el fisioterapeuta puede mantener las piernas del paciente en ángulo recto al mismo tiempo que tiene las manos libres para ayudarlo a nivel de otras zonas del cuerpo.

F. Mézières, tal como la conocimos en los años setenta, no temía las posiciones acrobáticas. Trabajaba en el suelo, sentada, de rodillas, a cuatro patas, etc., guiaba, sostenía, corregía con sus manos, sus pies y sus rodillas. Estaba en todo al mismo tiempo, ayudándose de la vista y centrando toda su atención en el trabajo.

Repaso de la figura 87 y de la foto 37. Con las piernas elevadas a 90°, muchas veces el paciente se contorsiona. Tal como podemos ver en las fotos, en este momento, el movimiento se produce a nivel de la pelvis, lo que implica al tórax en un proceso de compensación.

En un caso como éste, la pelvis estará en hipercorrección. Esta figura y la foto muestran un ejemplo de hipercorrección, invirtiendo las tentativas del cuerpo que intenta evadirse de las tensiones que le molestan.

Entre el terapeuta y el cuerpo que intenta acomodarse se establece una verdadera "persecución". Una carrera para acomodar de nuevo el cuerpo en esta escalada de compensaciones. Mecanismos de defensa para escapar del dolor, aunque sea de forma provisional, que, al aumentar

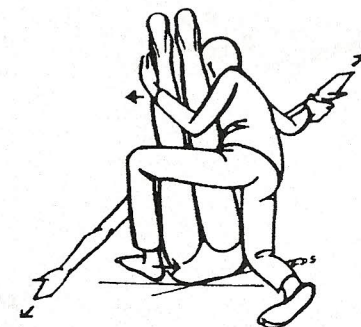


gradualmente estas tensiones, conducen al bloqueo. Pasan días de desencanto mientras que el mezierista, de nódulo en nódulo, separa los hilos y libera al cuerpo de la red que lo aprisiona.

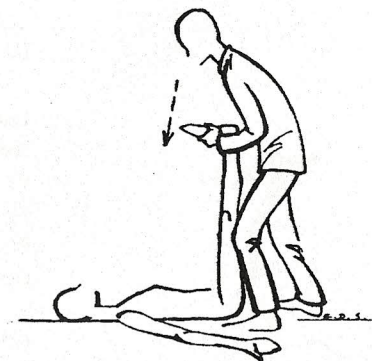
Del complicado enredo, lentamente resuelto, se llega un día a recuperar el estiramiento y con él la verdadera comodidad.

Figura 88, el fisioterapeuta, entre su brazo izquierdo y su pierna, corrige la pelvis, mientras coloca en posición los miembros superiores ayudándose con su mano derecha.

Insistimos, ya que es esencial en el método Mézières, sin alineamiento no hay estiramiento. Cuando el estiramiento se evita, el cuerpo hace todo lo posible para escapar. Lo importante es llegar al estiramiento. El paciente es ayudado por posicionamientos correctores, pero, cada vez más, será él quien sabrá lo que ha de sentir para actuar... para estirarse.



La figura 89 reproduce la posición inicial con los miembros inferiores elevados e insiste en el hecho que el terapeuta debe observar, a partir de esta posición, todas las compensaciones, las contorsiones provocadas por el estiramiento posterior. La postura con las piernas elevadas es particularmente interesante y elocuente en cuanto a demostrar y aplicar los principios del método Mézières.





#### 4. PIERNAS QUE SE ESCAPAN, PIERNAS QUE RECHAZAN

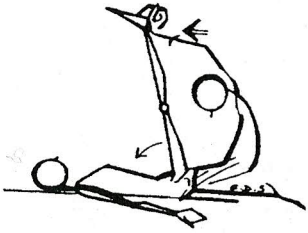
Revisión de las figuras 90a y 90b y de la foto 38.

En relación con la figura 90a, hemos comentado:

En algunos casos, las piernas se mueven, se "compensan"; es algo que debemos evitar.

En relación con la figura 90b, hemos comentado:

En otros casos, los más frecuentes, las piernas se resisten. En este caso diremos «suba, suba más».



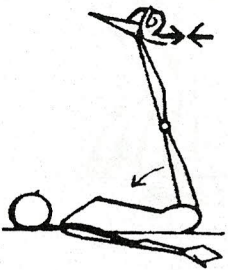
- Cuando "las piernas se escapan", hay dos casos.

En el primero, el individuo eleva la pelvis y arquea la columna vertebral, dejando que los miembros inferiores se muevan en dirección craneal, como para hacer una voltereta hacia atrás.

La elevación sólo es fácil aparentemente, ya que las caderas en realidad no se doblan, mientras que la columna vertebral intenta mostrar, a pesar de todo, una cierta flexibilidad.

En este caso, es importante apoyar de nuevo la pelvis en el suelo, controlar los miembros inferiores en la sensación de un eje transversal que, supuestamente, se encuentra en el seno de la cadena coxofemoral y de un eje longitudinal desde la cadera hasta el talón.

Esto se realiza por la presión ejercida en la cara posterior de los talones. Se establece una contracción isométrica que sitúa la pierna en la vertical.



Paralelamente, alrededor de esta vertical la "pierna se dobla". Es decir, se instala el trabajo en torsión alrededor del eje longitudinal del miembro que está en posición correcta respecto a la pelvis.

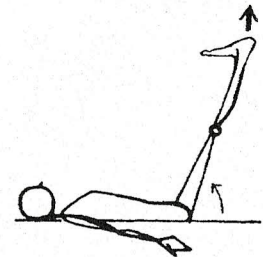
Refuerzo muscular por isometría, estiramiento y activación de una sensibilidad propioceptiva aumentada del control estructurante de un cerebro ramificado sobre el cuerpo.

Según nuestra opinión, todo esto no sería un trabajo reestructurador con un resultado permanente si no contase con la participación consciente, interesada y activa del paciente.

En el segundo caso, la persona es extremadamente flexible, al menos en las coxofemorales. Dobla las caderas fácilmente, superando los 90° sin elevar la pelvis. Como para el ejemplo anterior, los miembros inferiores se mantienen a 90°, alineados y ejecutando las torsiones alrededor de ese eje.

El terapeuta, con las manos apoyadas contra la cara posterior de los talones, pedirá al paciente que rechace con fuerza con los talones hasta la vertical. Es importante mantener siempre la pelvis en el suelo y pivotar no alrededor de la estructura vertebral, sino alrededor de la cadera.

- Cuando las "piernas rechazan", el individuo presenta una mayor rigidez, teme sufrir dolor o, simplemente, la cadera no está presente en sus imágenes motrices; no sabe cómo utilizar esta estructura ósea. En este caso, las piernas presentan resistencia, la elevación es dificultosa y no puede realizarse de una sola vez. A estas





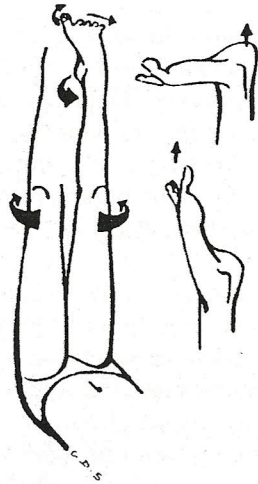
personas se les debe pedir que eleven los talones hacia arriba, en el eje de la pierna, hacia el techo. El individuo adquiere con este trabajo la sensación del eje longitudinal de la pierna alrededor del cual podrá, seguidamente, construir y consolidar la cadena articular.

## 5. REVISIÓN DEL TRABAJO DE BASE EN TODAS LAS POSTURAS

Revisión de la figura 91. Esta figura muestra todos los componentes del trabajo de base de los miembros inferiores. El paciente debe entregarse progresiva y conscientemente a este trabajo.

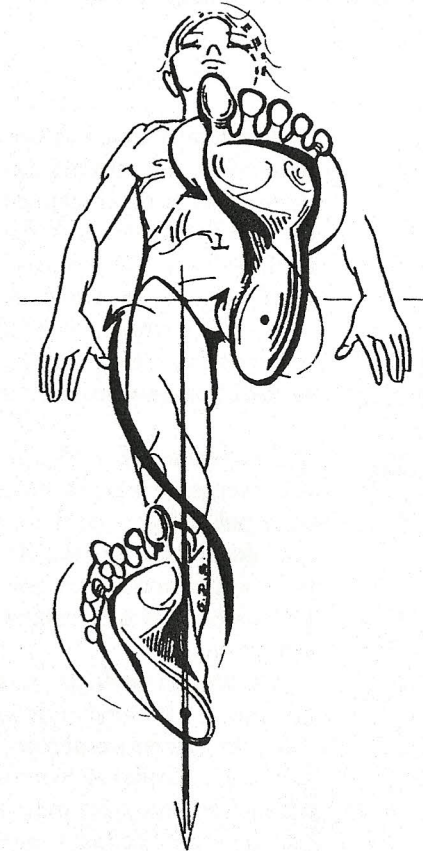
- Caderas en rotación externa, hasta el pie.
- Rodillas juntas, un poco flexionadas y, en el caso del genu valgum, un poco separadas.
- Trabajo muy intenso de torsión del pie, con el tobillo en flexión o en extensión.

Precisamente, se trata de la sensación, la propiocepción, la visualización, de lo vivido en la mecánica, de recuperar la noción de eje y espiral, de estructura y de movimiento estructurado.



La noción de **eje** y de **espiral**:

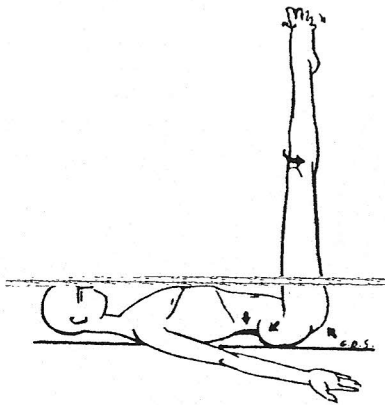
Esquema extraído de una pedagogía, de consideraciones y de trabajos personales.





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

### 1. EL ÁNGULO RECTO SE IMPONE; AUNQUE PAREZCA IMPOSIBLE, SE PUEDEN FLEXIONAR UN POCO LAS RODILLAS



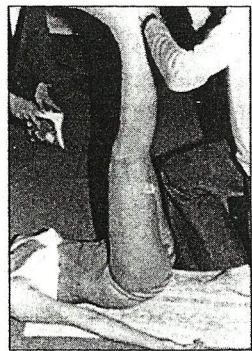
Como acabamos de ver en la figura 91, tenemos en nuestra mente todos los componentes del trabajo de base de los miembros inferiores, con las caderas flexionadas a 90°. No se admitirá ninguna flexión que no alcance el ángulo recto.

Si, por ejemplo, es difícil a causa de una tensión de los músculos isquiotibiales, se pedirá que se flexionen las rodillas.

Las figuras 92 y 93 y la foto 39 son interesantes porque muestran la elevación de la pelvis, pequeño truco muy utilizado que afecta a posteriori a nuestras posturas y a nuestros movimientos en la vida diaria. La segunda parte de esta obra desarrolla este punto.

La tensión posterior, muchas veces una tensión profunda que implica a los músculos pelvitrocantéreos, no permite flexionar las caderas; por lo tanto, mantienen una cierta extensión coxofemoral y la flexión se realiza más arriba. Así, en la vida diaria, el individuo funcionará requiriendo las estructuras sacroilíacas y lumbares.

En la postura con las piernas elevadas hasta la vertical, el ángulo recto se impone, debiendo doblarse la coxofemoral.



Repaso de la foto 39

Estas figuras ilustran un dato muy a tener en cuenta para todos los movimientos que afectan a la utilización correcta del sistema locomotor. El sufrimiento pélvico y lumbar está muchas veces vinculado a la insuficiencia de las articulaciones coxofemorales.

Esta postura con las piernas elevadas es un test de suma importancia, al mismo tiempo que las tentativas para resolver esta relativa extensión de las coxofemorales varían según los métodos.

Françoise Mézières tenía el suyo, que presentaremos en el párrafo siguiente, siendo lo primero permitir una ligera flexión de las rodillas. En esta postura, se pueden iniciar, progresivamente, las maniobras para relajar esta tensión posterior. Tensión, repetimos, que bloquea las caderas en extensión y suscita la sustitución por las articulaciones sacroilíacas y lumbosacras.

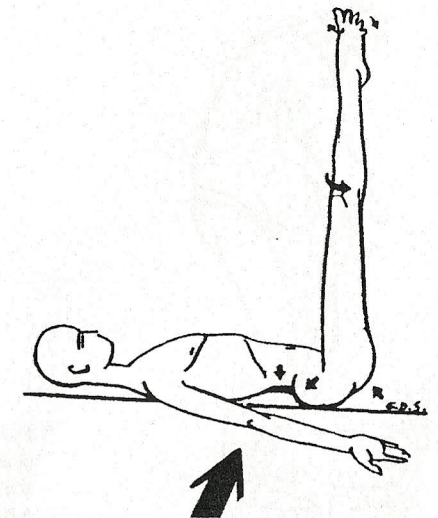
Observamos que en el concepto Mézières, esta insuficiencia local, aparentemente limitada a la cadena, no podría encontrar una duración permanente sin un "estudio total".

Estudio global que abarca todas las tensiones y desalineamientos supra y subyacentes a este *nódulo* que bloquea las caderas. Este nódulo participa en la pérdida de longitud del conjunto de las estructuras elásticas posteriores.

### 2. LA DEFORMACIÓN QUE F. MÉZIÈRES LLAMABA "LA CUBETA LUMBOSACRA"

Recordemos las figuras 92 y 93 y la foto 39. Esos ejemplos presentan un caso frecuente, el caso de "la cubeta lumbosacra". Se trata de una lordosis en la base lumbar y sacra que presenta en esta posición inicial las siguientes características, descritas por F. Mézières durante nuestros cursos:

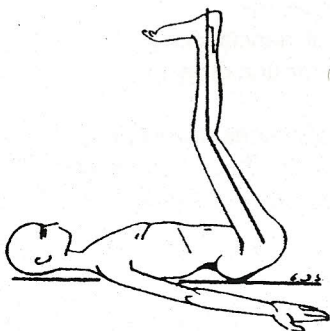
- 1) el visible cimbreo de la cintura;
- 2) la región del músculo glúteo medio, muy arqueado, que da a las caderas el aspecto que presentan en la figura;
- 3) las nalgas excesivamente elevadas, es decir, que el paciente se ve





imposibilitado para apoyar su pelvis en el suelo, las coxofemorales están enclavadas por las tensiones, profundas la mayoría de las veces, que limitan la flexión de las caderas. Se llama "cubeta" porque, visto de espaldas, se dibuja una depresión entre las EIPS (espinas ilíacas posterosuperiores), y el sacro parece hundido entre los huesos ilíacos.<sup>6</sup>

Recordemos que las rodillas estarán flexionadas y la pierna colocada de manera vertical, es decir, perpendicular al suelo. Es importante que las rodillas estén juntas, giradas hacia fuera. Los pies se colocan en talus, con los tobillos en la vertical de L5 S1.



El trabajo de base sigue siendo el mismo, pero además se realiza un trabajo de apoyo del terapeuta que proporciona una resistencia en el extremo de la pierna. Un esfuerzo contra la resistencia consiste en extender las piernas empujando hacia el techo.

Este ejercicio es utilizado para actuar sobre las tensiones que impiden que la cadera se doble y que arquean toda la zona lumbosacra. Este trabajo, en contracción isométrica, contribuye progresivamente a soltar "cerrojos" locales asociados a la tensión global de los "cables" posteriores.

Recordemos y comentemos este ejercicio con la figura 94 y las fotos 42, 43 y 44. El ejercicio se realiza en contracción isométrica. El terapeuta se apoya sobre los pies del paciente. El apoyo, con ayuda de los



<sup>6</sup> Referencia a la segunda parte de este libro: esta similitud está unida a la horizontalización del sacro y a la verticalización de los huesos ilíacos, es decir, a una **oscilación sacroilíaca**.

antebrazos, incide en la zona metatarsiana, con una presión que el paciente rechaza impulsando con los talones hacia el techo.

No se trata, ni para uno ni para otro, de ser más fuerte. Las dos fuerzas en presencia están reguladas para que se equilibren, mientras que se observan y se notan los efectos del ejercicio sobre las caderas, la zona lumbosacra y el conjunto de los alineamientos.

Precisemos el eje de empuje del terapeuta: de arriba hacia abajo, de adelante hacia atrás.

Observemos, ya hemos centrado la atención en la sutilezas de este empuje que debe aplicarse en una dirección muy precisa, es decir, de arriba hacia abajo y según un eje ligeramente oblicuo en dirección caudal.

Es importante evitar tirones en articulaciones frágiles, en particular sobre la lumbosacra y las sacroilíacas.

Destaquemos que una presión demasiado perpendicular, es decir, vertical, podría conllevar un pinzamiento de L5 sobre el sacro, o sea un tirón sin estiramiento longitudinal deseado y sin flexión de la cadera.

El impulso ejercido, cuando es correcto, tendrá como efecto abrir la cadena lumbosacra estirando esta región y doblando las caderas bloqueadas en extensión.

La percepción se establecerá a partir del diálogo establecido entre el cuerpo del terapeuta y el del paciente.

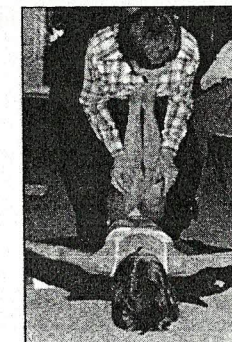
En la foto 42, vemos cómo se empieza el trabajo que acabamos de describir, percepción de la dirección y del estiramiento que paciente y terapeuta deben sentir, orientar y regular.

En las fotos 43a y 43b, el terapeuta se asegura de la correcta dirección de su empuje, reforzando la presión por medio del apoyo de su tórax sobre los pies y utilizando el peso de su cuerpo. Por otra parte, libera sus manos para asegurar la unión de las rodillas cuya importancia ya hemos explicado.

El empuje del terapeuta y el rechazo del paciente, la unión de



Repaso de la foto 42



Repaso de la foto 43b

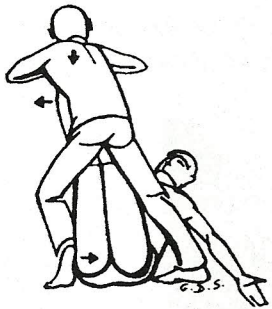




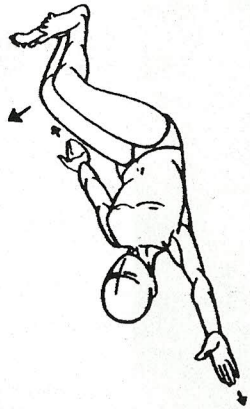
Repaso de la foto 44a

las rodillas, actúan conjuntamente para hacer desaparecer la lordosis, desde las últimas dorsales hasta el sacro.

Las fotos 44a, 44b y 44c, muestran la exploración y la forma de las zonas de tensión pélvicas en un individuo cuyas caderas no ceden.



La figura 95 muestra, bajo otro ángulo, al terapeuta efectuando la presión de arriba hacia abajo para corregir la "cubeta" lumbar y sacra. También muestra cómo hipercorregir por medio de una rotación de la pelvis y una inclinación de los miembros inferiores, los defectos que se producen en la alineación del tronco.



La figura 96 precisa la posición hipercorrectada.

### 3. LOS EJERCICIOS QUE NOSOTROS LLAMAMOS "IGUALADORES DE TENSIONES"<sup>7</sup> Y LOS MASAJES PARA RELAJAR

Figura 97 y fotos 40 y 41.

El pie se colocará en flexión dorsal o en flexión plantar, según el caso. La necesidad de estirar un músculo tríceps sural determinará la posición en talus.

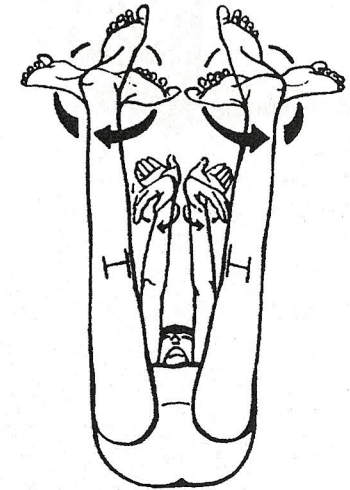
Se pedirá al paciente, con las piernas colocadas en ángulo recto, que efectúe circunducciones con los tobillos, asociadas, siempre que sea posible, a circunducciones de las muñecas, al mismo tiempo o alternando.

El ejercicio, aunque en apariencia anodino, presenta serias dificultades para algunos pacientes a los que no les es fácil efectuar correctamente los movimientos. Este ejercicio relaja las tensiones, por ejemplo, en las coxoartrosis; facilita sobre todo la abducción de los miembros inferiores que se ve muy limitada en estos casos y que realizará el paciente sin darse cuenta, ya que las piernas se separan mientras se realiza el ejercicio.

En el caso de una "cubeta lumbosacra" importante "hundimiento sacro e hiperlordosis lumbar", también se realizarán circunducciones de los tobillos.

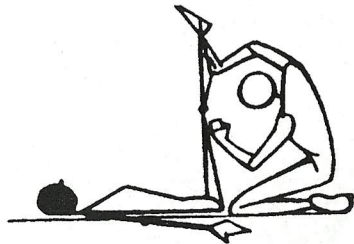
Estos ejercicios se conocen como "igualadores de tensiones".

Recordemos el ejemplo de la foto 39, estos ejercicios están indicados para ese caso. La elevación de los miembros inferiores es difícil y la pelvis compensa alzándose.



<sup>7</sup> Término tomado del método G.D.S.: categorías de ejercicios, las circunducciones, los movimientos en espiral (un poco más complejos) se recogen bajo esta denominación.





En un primer tiempo, para obtener el apoyo de la pelvis en el suelo, pensemos en los ejercicios "igualadores de tensiones", en masajes o incluso en maniobras relajantes. Por ejemplo, para relajar los músculos isquiotibiales, realizaremos percusiones con los puños cerrados (figura 98).

Estas maniobras consisten en efectuar sobre la masa muscular percusiones, suavemente, con la muñeca relajada. Pero muchas veces es necesario intentar otros métodos para liberar el bloqueo de las caderas. Pinzamientos, masajes reflejos, concienciación, pero, sobre todo, como complemento al ejercicio descrito en la figura 94, estiramientos globales.

#### 4. ¿SE PUEDE APLICAR UNO MISMO EL MÉTODO MÉZIERÈS?

En la figura 99 tenemos un ejemplo. Vemos un trabajo que un paciente bien entrenado puede hacer él mismo. Observemos que la coxofemoral se flexiona correctamente. La pierna supera el ángulo recto sin elevar la pelvis. Hemos visto que F. Mézières prescribe este ejercicio a un niño del que hemos sacado el croquis.

Muchas veces se le pide al paciente que se implique de otra manera. Es importante, sobre todo, ejercitarse, primero, a nivel de los miembros inferiores, sobre todo el pie. Se trata de entrar en algo conocido y en una coordinación motriz, jugando con los pies, estirando los dedos, rotaciones, torsiones, concienciación, en las posiciones más fáciles, sentado o de pie. Se pueden vincular las manos al trabajo de los pies.



### Casos particulares (vistos durante los cursos con F. Mézières)

#### 1. EL GENU VALGUM Y EL RECURVATUM

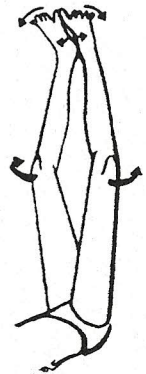
La figura 100 presenta el caso del genu valgum y del recurvatum.

Se puede permitir una separación de las rodillas, pero manteniéndolas un poco flexionadas, con los talones y el primer dedo en contacto.

Sin embargo, cuando esto no es necesario, la separación de las rodillas no es aconsejable, ya que repercute en la curvatura lordótica, sobre todo, cuando en algunas posiciones iniciales en decúbito y sentado, los miembros inferiores, cadera y rodillas, están en pronunciada flexión. En estas condiciones, las rodillas nunca podrán separarse, ya que esto acentuaría la lordosis dorsolumbar en particular. También es importante juntarlas.

Se produce una cierta tolerancia cuando las caderas están flexionadas con las rodillas en extensión porque en esta posición, cuando las rodillas están juntas, el genu valgum no llega a realizar correctamente la rotación externa de las caderas y, por tanto, el recurvatum se acentúa. Es necesario desbloquear las rodillas, es decir, permitir una ligera flexión y girarlas hacia el exterior sin juntarlas. Es importante comprobar que las piernas se separar un poco.

Repitamos este principio Mézières: Está permitida la separación con una ligera flexión de la rodilla, pero esta tolerancia es pasajera. Se debe conseguir, lo más pronto posible, la forma ideal con las rodillas juntas y giradas hacia el exterior. Es la única





condición para construir o reconstruir la cadena articular alrededor de su eje longitudinal, para consolidar el miembro inferior y garantizar su correcto funcionamiento.

Nuestro esquema, extraído del paréntesis del Tomo I, permite visualizar este eje central medio alrededor del cual los segmentos encuentran su posición en espiral, unos con relación a los otros, tanto en la mecánica como en la visualización y conciencia del cuerpo.

## 2. JUNTAR LAS RODILLAS PARA ELIMINAR UNA LORDOSIS

En la figura 101, otro ejemplo estudiado durante el curso. El caso es particular, las caderas son excepcionalmente flexibles sin implicar la pelvis. Se trata de una bailarina, cuya lordosis lumbar, muy extensa, afecta también a la región dorsal.

¿Por qué Françoise Mézières dejaba “compensar” las piernas?

Los principios de este método son muy rigurosos, incluso se habla de una cierta intransigencia. El ejemplo confirma que, aun para F. Mézières, en toda regla se pueden tolerar excepciones.

Sin duda, esta bailarina tenía la pierna firme, bien alineada, bien formada. Desde el momento en que su principal problema era vertebral, al igual que para el genu valgum, era necesario conceder una cierta flexibilidad a las normas para conseguir hacerle sentir su espalda. Pero, aquí, la norma de las rodillas juntas se debía mantener.

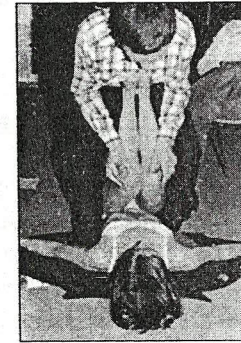
Insistimos en lo que decía F. Mézières: «en algunos casos de lordosis dorsal



alrededor de la D8 y para las lordosis dorsolumbares, juntar las rodillas significará resaltar las vértebras dorsales».

Juntar las rodillas para resaltar las dorsales, es un ejercicio bautizado como “la pinza en fila”. Esta técnica también es utilizada para la “cubeta” sacra o lumbosacra. Unida al ejercicio que hemos descrito en el párrafo precedente con la figura 94, el efecto se amplía. Este doble ejercicio queda bien ilustrado por la foto 43b; podemos observar cómo se sigue insistiendo en mantener las rodillas juntas. Al mismo tiempo, la paciente rechaza, con los pies al terapeuta que ofrece resistencia dirigiendo su punto de apoyo hacia abajo y ligeramente en dirección caudal.

Volvemos a la figura 101, en la que los miembros inferiores superan la vertical. Hemos visto que F. Mézières pedía juntar las rodillas y elevar los talones al tiempo que se hacían movimientos de flexión-extensión de los tobillos. Mantener las rodillas en contacto mientras las caderas están en rotación externa, no es fácil, ni siquiera para una bailarina.

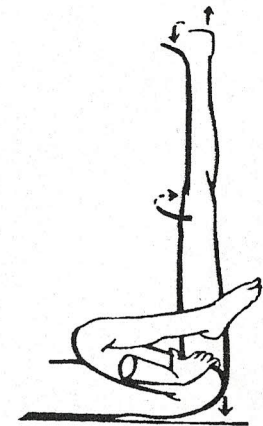


Repaso de la foto 43b

## 3. ASIMETRÍAS Y LECTURA DE INDICIOS

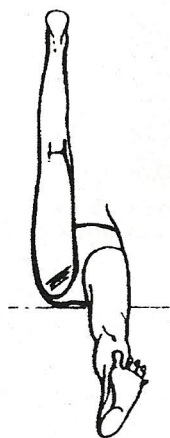
### Asimetrías

Recordemos la figura 102 que ilustra un caso en el que la pierna derecha no podía realizar su trabajo. Se trataba de una persona con secuelas de una poliomielitis, que no le impedía, empero, que elevara la pierna izquierda en todas las modalidades del trabajo de base.



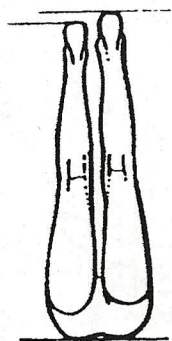


Nosotros, en estas situaciones, tenemos por costumbre que el paciente imagine el miembro paralizado efectuando los mismos ejercicios. La imaginación es muy importante porque conduce a percepciones, "habituá" de alguna manera a la parte inactiva para que active lo que aún puede haber de vida, el metabolismo y la troficidad de los tejidos. Hemos visto casos que han conseguido resultados que, a simple vista, nunca hubiéramos creído posibles. En nuestro cuerpo, todos tendemos a despreciar lo que nos ofrecerá menos resultado. Refugiados en nuestra mente, no nos compadecemos si el cuerpo, como un barco abandonado por su capitán, se vuelve anárquico.



### Indicios

Figura 103. Observado durante el curso con F. Mézières, este indicio en la parte posterior y superior del muslo, con la pierna elevada y los músculos posteriores en tensión, es lo que F. Mézières llamaba "hachazo". Denominaba con este nombre una tensión que provoca una depresión transversal sobre el isquion —con frecuencia es indicio de coxartrosis—.



Otro ejemplo en la figura 104. Es muy conocido en osteopatía. F. Mézières también centraba su atención en la desigualdad de los miembros inferiores. Pero muchas de estas desigualdades son falsas.

Es importante observar el comportamiento de la pelvis durante la elevación de las piernas.

En las desigualdades verdaderas es importante buscar los indicios reveladores, ya que las falsas desigualdades forman parte de la desestructuración de la pelvis. Por otra parte, los cuidados, los modelados

que se relacionan con la pelvis, alivian un gran número de algias a nivel de la espalda.

Un bloqueo sacroilíaco determinará, muchas veces, una asimetría de la pelvis que se acentúa durante la subida de las piernas. Tendrá como efecto la desigualdad de los miembros inferiores. A menudo, vemos como las piernas se igualan durante un trabajo con relajamiento progresivo de las tensiones alrededor de la pelvis. La pelvis acaba por situarse simétrica al suelo, mientras que "doblar la cadera" pasa a ser una función centrada en la coxofemoral, una doblez sin concesiones. Observemos que estas flexiones son simétricas la mayoría de las veces y están centradas en las juntas subyacentes, incluso a nivel subyacente, determinan disfunciones que se convierten en sufrimientos.

Citaremos ejemplos con los que atraer la atención del especialista.

Antes de lanzarse sobre la literatura o la imagen, se debe aprender a leer en directo. En el gran libro abierto del cuerpo que habla, varios indicios nos indican los problemas mecánicos subyacentes que paralizan sus funciones.

### 4. CUANDO LA ARTICULACIÓN SE NIEGA A DOBLARSE

Cuando la articulación se resiste, nunca se debe doblar; en este caso, se debe estirar en su eje.

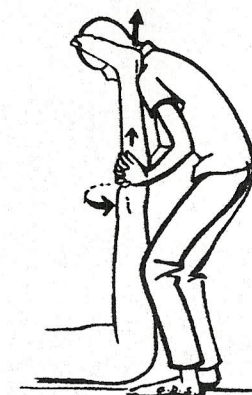
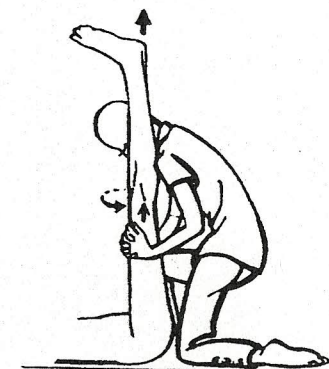
Recordemos la figura 105. Era el caso de una coxartrosis protrusiva. Esta persona se beneficiaba de esta clase de tracción operada en el eje del muslo, con el miembro situado siempre en rotación externa. El paciente participaba de la liberación tirando del talón hacia el techo.

Ilustrado por la figura 106, una rodilla que no se dobla.

F. Mézières, decía: «para una rodilla o para un codo que se resisten a doblarse, nunca se debe obligar a ello, siempre tirar recto.»

Esta figura muestra una tracción practicada debajo de la rodilla fija en extensión; no se intenta doblar.

Por el contrario, para una rodilla que está bloqueada en flexión, para una rodilla o un





codo que no se extienden, no se debe actuar igual. Es necesario tirar en el eje, pero buscar paralelamente la abertura; desdoblamos.

Figura 107, se trata del caso evocado por la figura 105, un caso de coxartrosis. El paciente realiza la aducción-abducción de los tobillos.

Observamos que las caderas, muy limitadas en abducción, se separan por sí solas durante este ejercicio.

Nueva excepción a la regla de las rodillas juntas. Ahora, la separación es aconsejada. El problema más importante no es, en un primer momento, la estructuración mental y mecánica de un eje para esculpir y afirmar los miembros inferiores, sino la rigidez coxofemoral.

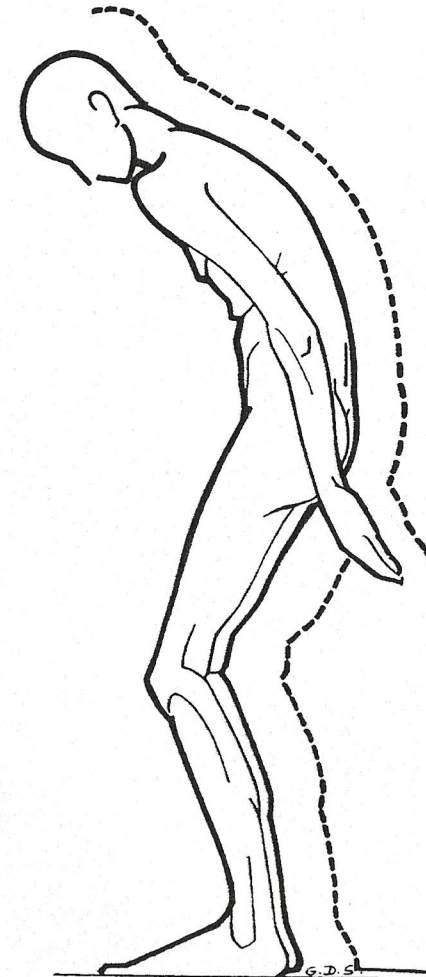
Los ejercicios que hemos denominado "igualadores de tensiones" se ven aquí privilegiados, sin dificultades particulares susceptibles de provocar tensiones suplementarias en las caderas.

Las piernas se separan tan bien que el fisioterapeuta podría, sin moverse de su sitio, corregir el tórax, o sea, elevar el borde costal en forma de alerones.



## CAPÍTULO 2

# ALIVIAR EL DOLOR





## ALIVIAR EL DOLOR

1. Repaso del principio del "reflejo antálgico a priori" .....83
2. El dolor útil .....85
3. Maniobras antálgicas para facilitar la elevación de las piernas .....86

## Aliviar el dolor

**1. REPASO DEL PRINCIPIO DEL "REFLEJO ANTÁLGICO A PRIORI"**

Según F. Mézières, cuando un enfermo presenta un dolor, esta algia es la consecuencia de otros dolores que permanecen escondidos. Ocultos por reflejos antálgicos inconscientes y a priori. Reflejos llamados "a priori" porque se desatan antes de que el incidente tenga lugar; son reacciones que preceden a la señal dolorosa. Dicho de otro modo, estos reflejos son nuestras compensaciones para no sufrir.

Cuando vamos al terapeuta, porque nada va bien, de alguna manera llevamos con nosotros nuestras maletas de compensaciones ignoradas. Françoise Mézières abría las maletas para llegar al problema inicial, el desencadenante de todo.

Es evidente que todas las aproximaciones globales tienen el objetivo de llegar a la "lesión primaria",<sup>1</sup> pero las estrategias son diferentes. Por ejemplo, se puede realizar una encuesta para detectar el problema original, dejar el secundario de lado e ir directamente hacia el presunto culpable.

En el lado contrario estaría Françoise Mézières, que se toma su tiempo. El tiempo de introducirse en un diálogo, una historia explicada por el propio cuerpo, un cuerpo que se expresa paso a paso. Reacios muchas veces, los tejidos rechazan, reaccionan, los músculos tiemblan, sufren calambres y después ceden de pronto. Ceden, al tiempo que aparecen nuevas barreras...

Pacientemente, sin temer la vuelta atrás, F. Mézières intentará extirpar lo que el cuerpo ha rechazado.

En el mejor de los escenarios, es el objetivo de un viaje lento y paciente en el que la lesión o las primeras lesiones se dejarán abordar para una rearmonización definitiva.

«Yo no sabía que me dolía allí, ya que yo iba por un dolor en otro sitio». Esta observación la hemos oído durante un masaje y cuando "interrogamos" a los tejidos.

El cuerpo joven, lleno de recursos y de "malicia", no se deja atacar por el dolor; arregla lo que se desarregla, soltando lastre en un sitio y echando cerrojos en otro.

<sup>1</sup> La "lesión primaria" es también la mayor preocupación del osteópata, del homeópata y del acupuntor que por medio de la "única aguja" acaricia el sueño de curarlo todo.

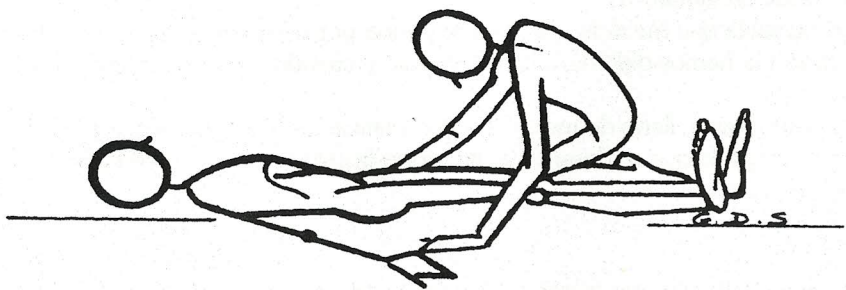


La observación de "gestos", es decir, de desalineamientos y la exploración de los tejidos, revela escenarios escondidos. Pero llega un día en el que tantos arreglos abocan a una escalada y a unos sufrimientos que no pueden ser ignorados. Son dolores para los que necesitamos ayuda.

Es entonces cuando F. Mézières empieza a recorrer el camino hacia atrás para encontrar el inicio de todo. Durante el trabajo, hará aparecer dolores desconocidos, calambres, temblores que intentan enmascarar lo que acabará por descubrirse. Estos aspectos escondidos del cuerpo, progresivamente descubiertos, son extirpados de nuestros músculos de manera paulatina. La diferencia en el quehacer reside en el tiempo. Existen diagnósticos precoces y técnicas claras que aliviarán. Sin embargo, cuando un muro cae, no todo queda resuelto, algo sigue desestructurado. Esta fragilidad súbita puede conducir a otros sufrimientos y a nuevas compensaciones.

El cuerpo ha tardado tiempo en multiplicar sus tensiones, una escalada que ha tardado años. El descenso debe hacerse con seguridad. Cuando se elimina una capa, debe construirse otra. De esta manera, no veremos caer el muro, no veremos ni una grieta, ya que una nueva estructura se levantará en su lugar.

F. Mézières se sentaba en el suelo, durante largo tiempo, tomando el cuerpo entre sus brazos, liberaba las tensiones nudo tras nudo. Reconstruía la imagen del cuerpo y la mecánica alrededor de los ejes y espirales que estructuran el cuerpo humano.



## 2. EL DOLOR ÚTIL

Hemos visto que era necesario remontar la fila de todas las algias ocultas, una a una, *cada dolor desalojado es un dolor útil que se debe tratar.*

Según F. Mézières se debe mantener una presión el tiempo necesario para disolverla. Cuando un dolor sobreviene en el transcurso del tratamiento, nos esforzaremos por no dar marcha atrás, sino que lo haremos ceder por diversos medios, en particular, realizando un apoyo prolongado sobre el músculo que resiste.

Un músculo contracturado, un calambre repentino, el cuerpo se resiste, el terapeuta enfrentado a las limitaciones que el dolor impone no dejará de sujetar. Al contrario, se mantendrá un apoyo constante sobre el nódulo doloroso, así como también se mantendrá el estiramiento. La contractura acabará por ceder, alcanzándose un punto que permitirá avanzar.

F. Mézières cita el ejemplo de una tortícolis rebelde que pudo liberar con este método. Mantuvo pacientemente el apoyo sin relajar, durante largo tiempo sobre los músculos laterales del cuello. Éstos estaban contraídos, con un dolor intenso; la contractura acabó cediendo y la tortícolis también.

Suavidad pero firmeza, muchísima paciencia y presencia. No se trata de intentar acabar con una rebelión.

Si bien es cierto que el cuerpo es rebelde, ofrecer este apoyo conscientemente y con tranquilidad lo calma, da permiso para soltarlo poco a poco. Quizás es que hemos sabido liberarlo de un temor.

Esta actitud, esta tranquilidad, esta seguridad nos retorna a nosotros mismos. Los miedos resisten a nuestros miedos. Para llegar a la "raíz", para tratar una tortícolis, como F. Mézières se atrevía a hacerlo, es necesario tener buena mano y algo más.

Nosotros pensamos que la formación Mézières es un cúmulo de experiencias y de hechos vividos que favorecen una dimensión humana previa a tales intervenciones: **ser** terapeuta para tener **manos terapéuticas**.

Volvamos al método para dictar uno de los principios que lo sostienen. Aprender el método Mézières conduce a practicar esta regla con las precauciones que se imponen. Precauciones que veremos más adelante.

### Principio

**Ante un músculo contracturado, ante un calambre, se debe mantener el estiramiento obtenido conjuntamente, se debe inhibir la reactividad muscular y el dolor, principalmente por medio de**



**una presión prolongada y profunda. El dolor que se desata durante el trabajo se considera como un “dolor útil”. Útil para superar, para progresar hacia la causa inicial.**

Suscitar un sufrimiento para disiparlo...

Observemos el párrafo en que F. Mézières encontraba extraño que se pudiera clasificar su método entre los “métodos suaves”.

Su actuación segura, fuerte y constructiva no es, necesariamente, suave, sino un trabajo difícil de conducir con habilidad y delicadeza.

Intentaremos analizar su actuación tomando el ejemplo de la elevación de las piernas cuando va acompañada de dolor, de crisis y de calambres.

Pero, antes, citaremos algunas manipulaciones de las zonas reflejas, las más utilizadas para elevar las piernas, tanto para preparar como para acompañar el trabajo. Además de las presiones sobre los nódulos dolorosos, podremos recurrir también a los conocidos puntos antálgicos.

### 3. MANIOBRAS ANTÁLGICAS PARA FACILITAR LA ELEVACIÓN DE LAS PIERNAS

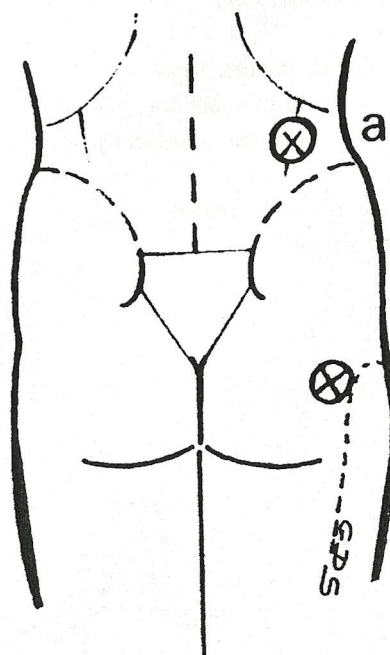
Ya conocemos los medios para facilitar los ejercicios que hemos denominados “igualadores de tensiones”. F. Mézières utilizaba también los medios llamados “reflejos”. Observemos que los calambres son frecuentes en esta postura: las piernas elevadas hasta la vertical, mantenidas durante mucho tiempo, incluso toda la sesión.

De una extensa lista de zonas reflejas con las que aliviar, a continuación veremos algunos puntos de los más utilizados por F. Mézières durante nuestros cursos.

Figura 108. ¿Qué hacer cuando la elevación de la pierna es difícil y el paciente se queja de dolor, pero sobre todo de calambres que imposibilitan totalmente el trabajo?

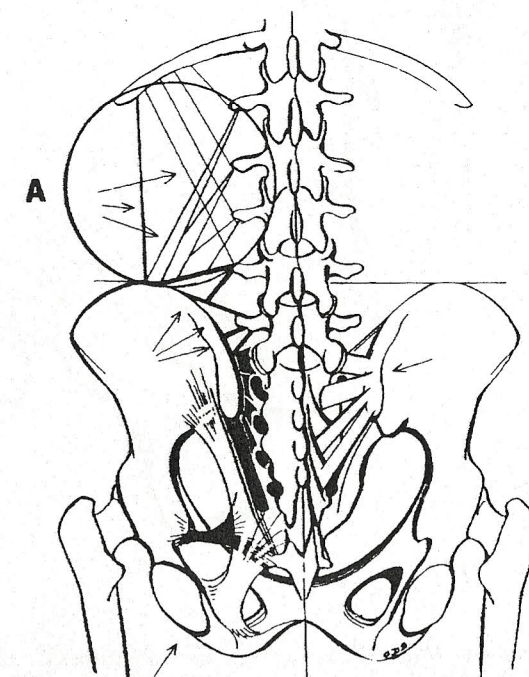
Si los dolores dificultan la elevación de los miembros inferiores, el individuo se mantiene en decúbito dorsal con los miembros estirados. Se presiona a nivel del músculo cuadrado de los lomos. Ver en la figura 108 el punto a y la figura 109a, un esquema que recuerda las características de este músculo a las que nos referiremos más adelante.

Estas zonas se utilizan para preparar la elevación de las piernas, pero también para acompañar la postura. Más adelante insistiremos en las razones de su eficacia.



**Figura 108.** Zonas reflejas más utilizadas en la elevación de las piernas:

- sobre el músculo cuadrado de los lomos, punto a;
- detrás del trocánter mayor, punto b.

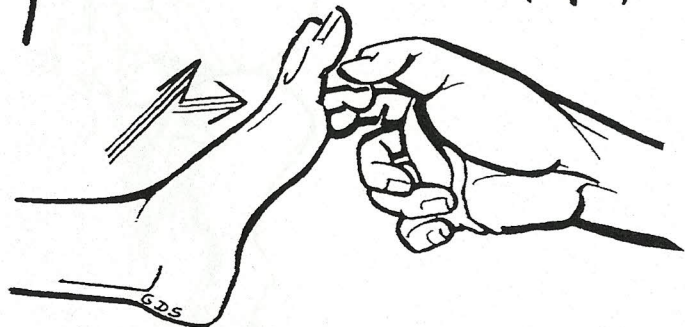
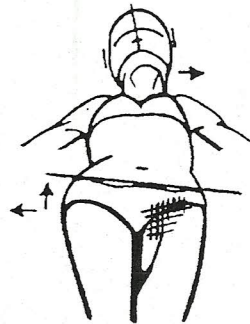
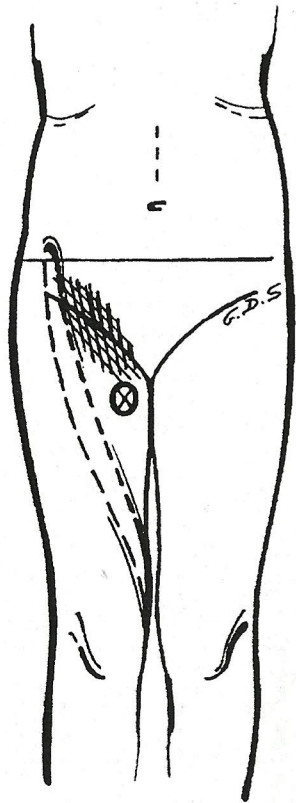


**Figura 109a.** En la zona marcada con un círculo, se esquematizan las características de las fascias del músculo cuadrado de los lomos.



En estas figuras se recuerda:

- la sensibilidad de la zona inguinal;
- una zona o un punto sobre los músculos aductores, en particular sobre el músculo pectíneo;
- una tracción sobre los dedos, preferentemente el 4.º.



**Figura 110 y figura 111.** Revisión de las figuras 53a y 53b (del Manual del mezierista, tomo I): una tracción sobre el 4.º dedo.

Contractura, calambres en los músculos aductores, en el cuádriceps, dolores en el pliegue inguinal, dificultan la elevación de las piernas.

F. Mézières buscaba eliminar estas manifestaciones dolorosas anteriores de diversas maneras, según su presunto origen. Además del recorrido de las presiones sostenidas sobre el músculo contracturado, sobre los puntos antálgicos o sobre el músculo cuadrado de los lomos, detrás del trocánter mayor o de los músculos aductores, recordemos también estas manipulaciones a distancia, esas tracciones ejercidas sobre los dedos, preferentemente sobre el 4.º.

El origen de la reactividad de los músculos que se insertan en la cara anterior de la pelvis es, la mayoría de las veces, posterior. La causa está detrás, los efectos y las reacciones notadas delante son secundarios.

Recordemos, en la figura 104, el origen sacroiliaco que la falsa desigualdad de los miembros inferiores evidencia durante la elevación de las piernas.

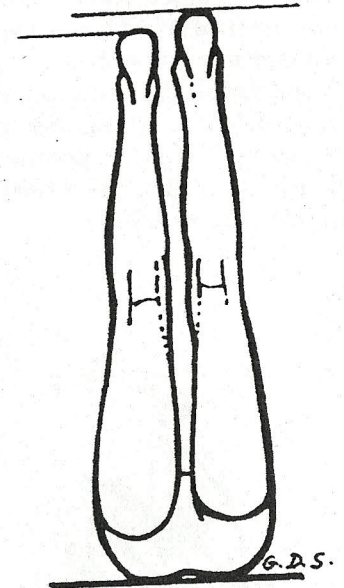
Cuando los miembros inferiores están echados sobre el suelo, una pierna, en este caso la izquierda, parece más corta. En postura de pie, esta pierna izquierda parece más larga.

Una retrobasculación unilateral del hueso iliaco remonta el fémur en dirección craneal mientras que los miembros inferiores se encuentran en la prolongación del tronco. De aquí que la pierna presente a nivel de los maleolos un acortamiento.

La desigualdad es debida a una retrobasculación unilateral, en este caso del hueso iliaco izquierdo que remonta el fémur en dirección craneal. La retrobasculación unilateral del hueso iliaco aumentará durante la elevación de las piernas a causa de la tensión posterior de los músculos de la cadera.

Esta basculación conduce al fémur hacia arriba, pero también hacia delante, en dirección al techo y, esta vez, al menos aparentemente, la pierna se estira.

La flexión de la cadera acentúa la asimetría y, en consecuencia, produce una molestia debida a





la distorsión de la pelvis. Esta distorsión se produce a nivel de una articulación sacroilíaca que ha cedido y permite la retrobasculación unilateral del iliaco.

La figura 112 permite visualizar esta basculación del iliaco izquierdo. De esto se produce un cizallamiento y una disociación sacroilíaca del lado en disfunción.

La disociación sacroilíaca unilateral que tuerce la pelvis repercute, como hemos visto, en la longitud de los miembros inferiores, pero también en la sínfisis púbica que sufre cizallamientos que la desunen.

En la figura 112 vemos la rama púbica elevada, subida. Entonces, las estructuras insertadas en la superficie pectínea y bajo la cresta púbica sufren una modificación de su tensión; incluso el psoas iliaco que pasa por la eminencia ilipectínea.

Estos tejidos reaccionan y pueden manifestar dolor y calambres musculares.

En este caso, se practicarán presiones inhibidoras sobre la región anterior de la cadera. El músculo pectíneo participa totalmente en la elevación de la rama púbica, al igual que el músculo psoas que, pasando por debajo, será estirado y reaccionará.



**Figura 112.** Retrobasculación del hueso iliaco izquierdo, oscilación con relación al sacro. Se puede visualizar el camino recorrido por la coxofemoral que realiza un desplazamiento formando un arco de círculo hacia delante y hacia arriba.

En este caso, además de las presiones inhibidoras posteriores y anteriores para ayudar a la elevación de las piernas, la tracción sobre el 4.º dedo tiene un efecto sobre estas algias y calambres anteriores.<sup>2</sup>

Pero atención, todas estas algias no son necesariamente sacroilíacas. Por ejemplo, estos mismos dolores, con repercusión en las rodillas, pueden desencadenar un sufrimiento de la coxofemoral. Una disfunción, amenazas de coxartrosis o una coxartrosis grave.

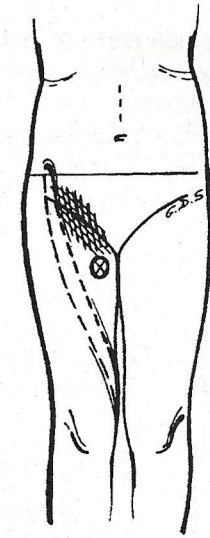
Recordemos la figura 105, F. Mézières insistía en el empuje del talón hacia el techo.

Por otra parte, para ejercer una mayor tracción sobre la cadera, se sujetará el miembro inferior con ambas manos por encima de las rodillas. Para actuar en decoaptación, ella realizaba una fuerte tracción en el eje del fémur en dirección al techo.

Observemos que esta maniobra, que repercute en las articulaciones sacroilíacas, necesita un análisis previsto de la situación pélvica ya que podría aumentar la retrobasculación del iliaco.<sup>3</sup>

Si las sacroilíacas están afectadas y la pelvis presenta forma helicoidal, es decir, una pelvis dislocada, F. Mézières controlaba la situación en otras posturas.

Postura echada, sentada, de pie con el tronco flexionado hacia delante



<sup>2</sup> La t acup cade:   
<sup>3</sup> Retri poside retrote con

<sup>2</sup> La tracción sobre los dedos, ¿tiene consecuencias normalizadoras en los meridianos de acupuntura? Nosotros pensamos que estos efectos se explican, antes que nada, por las cadenas musculares.

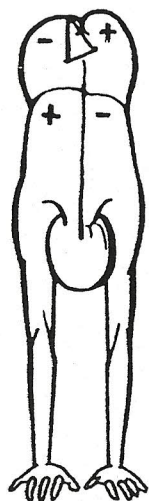
<sup>3</sup> Retrobasculación de un hueso iliaco: la osteopatía diferencia y define, en su propio argot, la posición respectiva de las hemipelvis en situación helicoidal: "iliaco posterior" de la zona en retroversión, "iliaco anterior", de la zona de anteversión o relativamente anterior en relación con el lado desplazado.



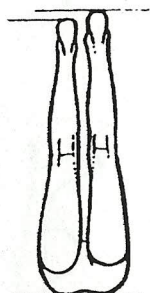
(recordemos en este punto el *Manual del mezierista*, Tomo I, "La distorsión de la pelvis").

En la segunda parte de esta obra intentaremos analizar con minuciosidad el proceso de la distorsión pélvica, los dolores y los calambres que suscita durante la elevación de las piernas.

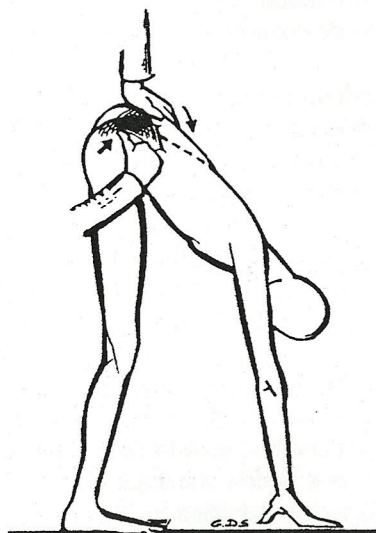
Figura 113, además de los medios anteriormente citados, F. Mézières recorría muchas veces al método Ingham<sup>4</sup> y preparaba estos estiramientos por un masaje reflejo del pie.



**Revisión de la figura 28.** El caso de una distorsión pélvica.



**Revisión de la figura 104.** Una asimetría.



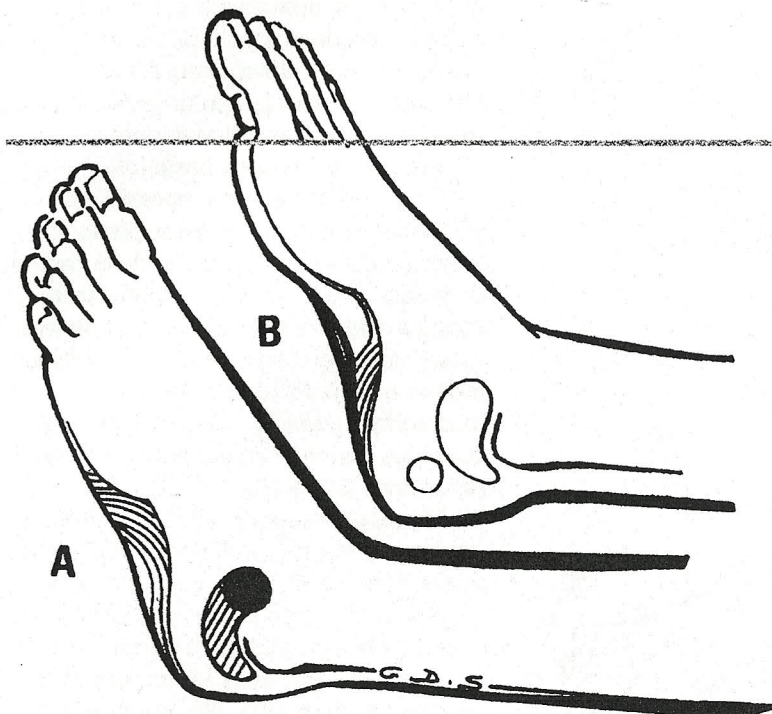
**Revisión de la figura 31.** Distorsión pélvica, trabajo sobre el sacro y el cóccix.

Para F. Mézières, los puntos que abarcaba el método de la reflexoterapia podal de Ingham se debían comprobar siempre antes de la movilización de las caderas.

En la figura 113: zonas reflejas afectadas por la elevación de las piernas.

A. Principalmente, la *cara externa del pie*, alrededor del maleolo: la zona que según Eunice Ingham revela el sufrimiento sacroiliaco.

<sup>4</sup> Eunice Ingham, *Método de reflexología podal*, EE.UU.



**Figura 113.** Puntos del método Ingham.

Por otra parte, la zona externa del pie, en la cabeza del 5º metatarsiano y el cuboide, una zona que puede ser sensible cuando la cadera y la rodilla se encuentran en disfunción.

B. El *borde interno del pie* es bien conocido en reflexología podal y reproduce desde el primer dedo hasta el talón: la cabeza, el cuello y toda la columna vertebral hasta el cóccix.

En el talón, en el borde interno, encontramos zonas sensibles que, según Eunice Ingham, reflejarían un sufrimiento lumbar, del sacro y en el extremo de esta zona, problemas coccígeos.

La región submaleolar interna correspondería a una proyección que se sensibiliza cuando la esfera genital no funciona correctamente.

Podemos intentar comprender algunos de estos puntos por la acupuntura o por el masaje reflejo del tejido conjuntivo. Personalmente, evocamos vínculos



evidentes que aparecen a partir de la observación de un cierto número de líneas de tensión músculo-aponeuróticas. Cadenas que vinculan en un proceso de tensión reactiva las articulaciones pélvicas, las rodillas y los tobillos hasta los dedos.

Con F. Mézières, se empezaba por la verificación en el pie de estos puntos o zonas reveladoras, del estado de la cadera, de la sacroilíaca, de la zona lumbosacra. Hechas estas comprobaciones, el pie era masajeado, percutido, movilizado. Había toda una preparación previa, una masoterapia, movilizaciones y ejercicios, como los descritos en el Tomo I, que aquí repasamos (figura 23).

La tracción sobre los dedos contribuye a disminuir el proceso de encadenamiento de tensiones posteriores y anteriores.

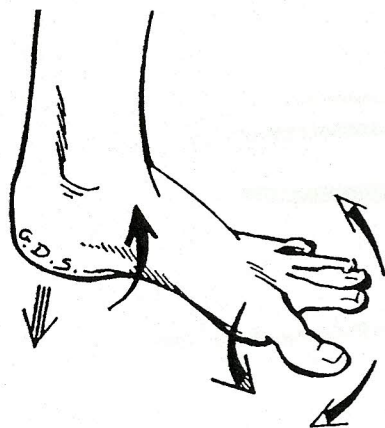
Los metatarsianos, el cuboides, el escafoides, el calcáneo también se ven afectados por estas reacciones e irritaciones en cadena. No es extraño encontrar inserciones musculares sensibles.

La elevación de las piernas es una situación que pone en evidencia la vulnerabilidad sacroilíaca y lumbosacra, pudiéndola agravar si el trabajo no se ejecuta correctamente.

Sin embargo, es difícil aportar algo más sobre lo que se debe hacer o no se debe hacer en cada caso, ya que F. Mézières no lo explica con claridad.

Por lo tanto, hemos elegido insistir, preocupados por hacerlo bien, en la elaboración de un paréntesis que intentará recoger información sobre el tema y observaciones externas al método Mézières.

Elevar las piernas cuando la persona sufre lumbalgias y confrontar



**Repaso de la figura 23.**  
El Manual del mezierista, tomo I.

sus "barreras" es peligroso. No somos superdotados y, por lo tanto, intentemos comprender ciertos mecanismos y las precauciones que este trabajo requiere.

La segunda parte de esta obra la abrimos con un paréntesis y lo decimos claramente, ya que fieles a la transcripción de lo que hemos vistos en nuestros cursos, debemos respetar lo que pertenece a F. Mézières.

Fieles al mensaje entregado por ella, deseamos una transcripción que todos los mezieristas puedan reconocer como auténtica. Estamos particularmente preocupados por no crear amalgamas; por lo tanto, cuando demos una información que no coincida con el mensaje recibido por F. Mézières, indicaremos la fuente y desarrollaremos el tema separándolo de los demás.

Como ya hemos hecho en el tomo anterior, nuestras reflexiones, síntesis, observaciones y una pedagogía personal se expresarán libremente en este paréntesis. Todo esto para intentar aclarar y comprender el método Mézières a partir de otros puntos de vista.

¿Qué hace F. Mézières? ¿Cómo lo hace? ¿Cómo reaccionan las caderas, la pelvis, las sacroilíacas, la región lumbar cuando las piernas se elevan? Y cuando la zona reacciona con dolor, ¿qué debemos hacer?



# **SEGUNDA PARTE**

**Paréntesis para  
reflexiones y  
aportaciones  
complementarias  
al método  
Mézières**

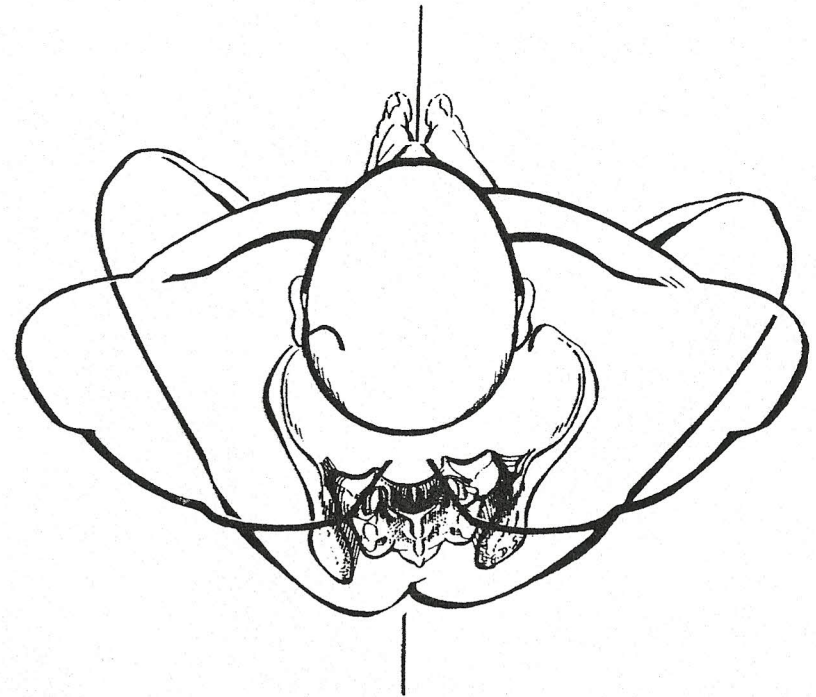
---



## CAPÍTULO 1

# REFLEXIONES Y APORTACIONES BIOMECÁNICAS

*Nuestras reflexiones, síntesis, observaciones y una pedagogía personal encontrarán vía libre en este paréntesis, destinado a aclarar y a comprender el tema a partir de otros puntos de vista.*





## PARENTESIS

Para reflexiones y aportaciones biomecánicas complementarias al método Mézières

¿QUÉ HACE F. MÉZIÈRES? .....	101
1. La idea de barrera .....	101
2. ¿Qué sabe el cuerpo?.....	104
¿QUÉ HACEN LAS CADERAS, LA PELVIS, LA COLUMNA LUMBAR CUANDO LAS PIERNAS SE ELEVAN?.....	112
1. ¿Por qué el cuerpo no sabe que debe doblar las caderas? .....	111
2. ¿Cómo elevar las piernas? ¡Atención al peligro! .....	119
3. La disfunción y la deformación pélvicas en oscilación sacroilíaca ...	140

## ¿Qué hace F. Mézières?

Aprovechando las ideas proporcionadas por otros métodos terapéuticos, tomamos de nuevo, analizamos y profundizamos en el método Mézières.

### 1. LA IDEA DE BARRERA

Recordemos la regla del dolor útil:

**En presencia de un músculo que se contractura, de un calambre, se debe mantener el estiramiento obtenido, inhibir el dolor y reactivar el músculo por presiones profundas y prolongadas.**

Dicho de otro modo: superar ese dolor, sin retroceder, permite pasar la barrera de las compensaciones para llegar a la causa.

Recordemos que el mezierista no debe huir del dolor, debe resistirlo; debe enfrentarse a él, comprender que es útil ya que sirve para avanzar y hacer ceder las barreras.

Todas las compensaciones, surgidas para rechazar problemas y dolor, son **desenmascaradas** una a una y corregidas hasta la última. La última que fue la primera.

Esta idea pertenece también a una forma de osteopatía cuya regla es "escuchar" a los tejidos. Ahora la actuación consiste en dejar que el proceso siga su curso, de barrera en barrera, reconduciendo al paciente hacia la causa primaria. Observemos que F. Mézières se interesaba por la actuación osteopática en una época en que nosotros también lo estábamos.<sup>5</sup>

Por otra parte, ya hemos dicho que F. Mézières se apasionaba por los métodos de masaje reflejo. No se le puede negar esta apertura tal como la conocimos en Vendée.

La idea de barreras tisulares, incluso mentales, psicofísicas, tratadas con más o menos rodeos, merece nuestra atención.

Lo que vemos en la actuación osteopática de "la escucha", en relación con esta noción, es un desarrollo de movimientos espontáneos no inducidos, tanto

<sup>5</sup> E.E.O. École Européenne d'Osteopathie, dirigida por Thomas Dummer y Margery Bloomfield en Maidstone, Kent, Inglaterra.



por parte del paciente como del terapeuta. Este último se contenta con estar allí, a la escucha, con sostener los segmentos en movimiento y acompañarlos.

El terapeuta acompaña, sujeta el segmento afectado, sin interferir en los desplazamientos. Deja que se lleve a cabo un impulso suscitado espontáneamente por los tejidos afectados. Este proceso es regulador y reconduce la articulación lesionada hacia la normalidad.

### Creemos que el "cuerpo sabe"

El paciente está invitado a "dejarse hacer" esta regulación espontánea. Tenemos la impresión de que el terapeuta manual es para el cuerpo lo que el psicoterapeuta es para la mente.

Su presencia/presente y su escuchar son el soporte que facilita la expresión de lo "no dicho del cuerpo". El cuerpo sabe, de alguna manera, y sólo pide poder hablar para liberarse de sus tensiones.

No es necesaria ninguna intervención exterior, sólo un interlocutor cuya oreja es, ahora, la mano presente y atenta.

Un sagrado programa, fácil de decir. Menos evidente de ejecutar con todo el arte que esto requiere, ya que no se trata de simular que se escucha.

### La escucha es un estado de ser presente en el presente, no es algo sin importancia

Demos un paso más, observemos que el término "movimiento espontáneo" es una apelación y una técnica consagrada procedente de Asia.

Cuna de las artes del movimiento humano, Asia nos restituye el nombre de las verdades conocidas por los humanos desde la noche de los tiempos.

Un estudio terapéutico chino llamado Qi Gong enseña los principios y las técnicas que conducen a esta espontaneidad.<sup>6</sup>

Una espontaneidad consciente, ya que el observador, terapeuta y paciente, asisten pero sin intervenir.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> El Qi Gong, técnica terapéutica china. El Qi Gong de la Grue, del profesor François Caron. ha formado a numerosos profesionales en Francia, Bélgica y Canadá, y su creador fue Cheung Chun Wa.

<sup>7</sup> Las técnicas de las artes marciales tradicionales vietnamitas (profesor van Dong Hung), también utilizan el movimiento espontáneo.

El método Mézières es, quizás en algunos momentos, de intensa escucha, pero después no. Es cierto que comporta también, y sobre todo, este aspecto en el que las correcciones y el modelado se imponen desde el exterior. A las barreras se oponen, sin retorno, resistencia y realineamientos. El terapeuta, en este caso, actúa de guía, que enseña al cuerpo lo que debe hacer.

### El cuerpo, ¿necesita aprender?

¿Debe tener ayuda para encontrar su vía?

En este caso, nuestra actitud cambia.

Frente a ese cuerpo que no sabe y que, seguramente, nunca ha sabido... se impone una acción exterior.

Ese cuerpo se encuentra, probablemente, en una situación de no retorno en la que el apoyo exterior de una escucha no basta.

Antes de continuar nos viene a la memoria una primera reflexión:

De barrera en barrera, estas últimas ceden, dejando paso a nuevas barreras y así continuamente... Las técnicas difieren pero visiblemente actúan sobre las mismas barreras.

Esta idea de compensación o de lesiones secundarias, ocultando la lesión primaria, se percibe y se tiene presente en todos los estudios que tratan del cuerpo con una visión global.

Si las técnicas difieren, es normal. Para nosotros, es normal porque las personas, los cuidadores y los cuidados, manifiestan su diferencia. No todo el mundo sabría cuidar o ser cuidado de la misma manera.<sup>8</sup>

El terapeuta manual, fisioterapeuta, osteópata... dispone de un sistema terapéutico, que debe aplicar según convenga a cada caso.

Según el momento, el caso que se presenta, puede elegir llevar a cabo en el seno de un desarrollo, una sucesión de movimientos espontáneos. Es decir, esperar en el "no intervenir", la deseada resistencia. O, al contrario, actuar, intervenir, con mucha paciencia, pero también haciéndole frente. Hacerle frente, es decir, manteniendo e incluso:

### Oponiendo una resistencia a la resistencia

Dejamos al mezierista la obligación de solucionar él mismo este debate en cuanto a admitir varias estrategias o a permanecer en una misma línea de una enseñanza **pura**, rigurosamente fiel, con una intachable reputación.

<sup>8</sup> El método G.D.S. funciona según esta opinión.



También pensamos, pero eso sólo incide en nuestra persona, que F. Mézières no hacía concesiones cuando nos pedía practicar su método sin amalgamas... La hemos visto intransigente, parca en palabras y, al mismo tiempo, infinitamente más libre en las aplicaciones prácticas.

Dicho esto, somos los primeros en darle la razón. Pensamos, como ella, que la enseñanza de un método debe ser rigurosa, sin amalgamas, sobre todo para que el estudiante pueda estructurarse en **un solo estudio al mismo tiempo**.

Al igual que cada nota de un piano es diferenciada por el pianista, más adelante, después de las *gamas*, en su gabinete, el estudiante hará su *amalgama*, tocando todas las notas, buscando sobre su teclado la melodía que mejor se acomoda a su paciente. Fin de nuestra reflexión: continuemos con el segundo punto de este análisis.

## 2. ¿QUÉ SABE EL CUERPO?

A este respecto, son casi infinitas las preguntas que nos vienen a la mente...

Si el cuerpo nos devuelve un saber que debemos ser capaces de entender, se plantea una pregunta que creemos pertinente: *¿qué saber?*

Otra pregunta: *¿si el aparato locomotor sabe cómo, es mejor dejarle hacer y así no sufriremos?*

Un "dejarle hacer", una especie de "no actuar", muy valorado en Asia que empuja al cuerpo hacia las fuentes de su saber.

*Pero, ¿qué sabe el cuerpo, el cuerpo sabe, se puede confiar en él, dejarle hacer sin más, para recuperar la armonía?*

**Si el cuerpo es capaz de autocurarse,  
debemos darle la oportunidad de entrar  
en una dinámica de curación.**

Frente a esta afirmación, unánime en las terapias manuales, en las terapias globales, hemos visto, sin embargo, actuaciones opuestas.

El cuerpo se autocura, F. Mézières está convencida de ello. No temía espaciar sus sesiones, incluso interrumpir el tratamiento durante varios meses, para dejar que la naturaleza actuase. El primer paso ya se ha dado, la terapia continúa; si ella está convencida, nosotros también.

Pero el inicio de esta autocuración, esta oportunidad no es igual para todos, debemos insistir en ella para responder a la pregunta: *¿qué sabe el cuerpo?*

Sobre el terreno, por un lado, tenemos todos los estudios que educan un cuerpo que ignora muchos conceptos o que reeducan un cuerpo que sabe

demasiado. Por otro, los estudios que confían en el cuerpo, se limitan a escuchar a un cuerpo que sabe.

Observemos, sin embargo, ya que ahora se trata de evocar principalmente una actitud osteopática, que todas las formas de osteopatía no actúan de la misma manera. La diferencia es enorme entre el intervencionismo de unas y la no intervención de otras. Sin embargo, esta intervención exterior es, en todos los casos, al menos en un principio, mínima, limitada, cuya intención es liberar un estado que perjudica a las articulaciones. Todo esto para que el cuerpo liberado pueda, según el axioma, «recuperar sus compensaciones anteriores»,<sup>9</sup> es decir, proceder a su autocuración.

Sin embargo, sugerimos que este axioma haga "tilín" a nuestros oídos.

Se nos dice que «la osteopata permite al cuerpo recuperar la situación anterior a la crisis», esta crisis que ha conducido al paciente a la consulta.

No vemos que se trate de una situación ideal. Una especie de vuelta a los orígenes, un estado primoral, que reemplaza los segmentos del cuerpo en situación paradisiaca de alineamiento y de libertad, sin ningún problema, ni muscular ni aponeurótico. El sueño de F. Mézières.

Esta situación anterior a la crisis es una situación en la que forzosamente esto funciona "a medias tintas" hasta la próxima crisis. Esta actitud conduce a recaídas.

## Pero, ¿se pueden evitar las recaídas?

Es en este punto donde el educador, el reeducador, el fisioterapeuta, el mezierista, intervienen para intentar ir más allá de este estado de compensaciones anteriores.

F. Mézières persigue un objetivo que es el ideal, incluso paradisiaco para un cuerpo sin problemas, una situación más allá de las compensaciones donde las recaídas son atajadas.

## ¿Es una utopía?

No, nosotros pensamos que esta forma parte de una mecánica de autocuración del cuerpo cuyo objetivo, jamás alcanzado, tiene, sin embargo, el mérito de mostrar una dirección. Esta dirección basta para mantenernos en un estado de mejor funcionamiento durante el tiempo que se imparte.

<sup>9</sup> «Ayudar al cuerpo a recuperar las compensaciones anteriores», esta máxima la hemos oído muchas veces en la escuela de osteopatía y deja claro uno de los principios que guían a la osteopatía en su práctica.



Pero volvamos a la pregunta: ¿qué sabe el cuerpo? Es cierto que el quehacer del movimiento espontáneo, tal como se enseña en Asia, conduce al conocimiento.

Este conocimiento provoca la concienciación y el diálogo entre el cuerpo y la mente que, efectivamente, conduce a un origen. El origen de un saber humano inscrito en el cuerpo, pero que no nos es dado. Insistimos en este aspecto: ¡un saber que no nos es dado!

El libro sólo se abre a partir de un aprendizaje, de algo vivido muy intensamente. De un trabajo en el seno del cual, el cuerpo revela, poco a poco, su saber al que lo habita. Somos conscientes de ello y trazamos un camino que, al principio, no es nada espontáneo y se vincula a la obra.

Las preguntas se concretan:

- ¿Qué sabe el cuerpo? ¿Un cuerpo podría encontrarse en una situación de incompetencia?
- ¿Podemos imaginar al cuerpo necesitando aprender?
- ¿Un cuerpo necesitaría ser educado para funcionar adecuadamente?

Planteemos aún otra pregunta:

- ¿El cuerpo del niño que viene al mundo está ya, de entrada, instruido? ¿Instruido de su condición humana y del funcionamiento humano?

Recordemos que nuestro propósito afecta al aparato locomotor, instrumento de nuestra manifestación al mundo.

El ser humano, se dice, es un ser de comunicación; su aparato locomotor es el instrumento de esta comunicación. Precisamente, todas sus funciones no están automatizadas para estar disponible y a disposición del propietario. Es vital, los humanos se expresan como quieren con su cuerpo, pero existen comportamientos con los que la comunicación se ve dificultada y cuestionada.

Este aparato locomotor, cuyas funciones no están programadas, automatizadas, está sujeto a influencias.

- Por lo tanto, el cuerpo de un niño que viene al mundo, ¿está, en su conjunto, genéticamente instruido para todo?
- ¿O es objeto de aprendizaje, de una vivencia que le ayudará a comportarse como un humano? Es decir, ¿a hablar, a expresarse, a comunicarse como un humano?

Aprendizaje del que resultan múltiples formas de funcionamiento, de expresión y, por lo tanto, saberes muy diversos. Ya hemos visto el escenario del

“niño salvaje” que corre a cuatro patas, trepa a los árboles, imita el grito de los animales más que el lenguaje humano. Un niño que no se comporta realmente como un ser humano.

El niño aprende imitando, repitiendo todo lo que ve a su alrededor. Su entorno le es determinante, un modelo con el que debe conformarse.

- ¿En qué medida el aprendizaje de unos equivale al de los otros?
- ¿Es suficiente el soporte genético para el ser humano?
- El niño que vive en la montaña o junto al mar, el niño que sólo conoce la ciudad ¿qué saber transmitirá el cuerpo de estos niños al terapeuta que les “escucha”?
- ¿Lo mismo para un saber acumulado desde muchos años, inscrito para siempre en el cuerpo, o un saber más reciente, el de un mundo artificial?
- De alguna manera, ¿un saber que preservaría en nosotros y para siempre una base humana... o un saber que podría hacer vacilar este soporte?

Nosotros pensamos que escuchándolo entenderá lo que este cuerpo dirá, y lo que dirá será lo vivido, lo “mal” vivido y las dificultades de vivir. Cuando hayamos superado todas las barreras, creemos que lo podemos superar todo... Como una pared que se derrumba, detrás de las ruinas, no estamos seguros de encontrar **espontáneamente** otra cosa que se inscriba en el cuerpo. Es decir, un saber que permitirá a este niño empezar con buenas referencias. Detrás de las ruinas quizá sólo haya el vacío que se tendrá que llenar de nuevo, no importa cómo, con lo que nos caiga en las manos.

Quizás un día debamos responder a esta pregunta:

### **El niño, ¿nace humano o es el entorno el que tejerá en él la trama de lo humano?**

Si es el entorno que construye el hombre, es para ponernos a temblar. Pensemos en lo negativo que, en nuestras ciudades, deshumaniza a la persona llamada humana.

Al final de este análisis, esperando precisión, pensamos que **la escucha** que fundirá las barreras no basta. Deshacer, manipular, desbloquear, liberar las tensiones musculares y las emociones no basta para curar.

El muro derribado no se reconstruye mejor, estructurado y sólido, sin un equipo de arquitectos y albañiles. Cuando el cuerpo no ha sido suficientemente instruido, cuando no ha vivido todo lo que un cuerpo debe vivir, experimentar en su esqueleto y sus articulaciones, no puede autocurarse.



**Un cuerpo no habitado, no vivido, es un desconocido para el propio cuerpo**

Esta clase de cuerpo, sin cuerpo, en un entorno mecanizado, comunicado por pantallas interpuestas, será cada vez más numeroso. De estos cuerpos se pueden deshacer las barreras, pero no tienen los elementos para reconstruirse y autocurarse. Arquitectos, escultores, paletas, algunos fisioterapeutas hacen lo imposible para controlar esta situación.

Alineando el cuerpo, instaurando la conciencia del eje con –alrededor– esta conciencia de las torsiones que caracterizan la estructura de los miembros, F. Mézières adapta un cuerpo a una “norma”, a un “saber” que la misma persona ignora antes de haberlo vivido.

F. Mézières educa el cuerpo, al menos en la parte incompetente que no sabe dónde ir. Ella lo dirige; la clave está en la dirección.

Habiendo vivido, sentido la vida, el cuerpo puede autocurarse.

Dicho de otro modo, el cuerpo necesita referencias; no es diferente para el espíritu humano que, sin referencias, falto de sentido, va a la deriva.

Entonces se plantea una pregunta crucial: la de la normalidad. *¿Podemos hablar de una “norma”?*

En presencia de una humanidad tan diversificada, ¿es cierto que evitamos adherirnos a una visión reductora?

F. Mézières, repetimos, tenía ideas que rechazaban las biotipologías, o sea, nuestras diferencias físicas. Es difícil ser racista con este axioma: «En el cementerio, todos los esqueletos se parecen.»

Pero podemos reírnos de este idealismo que convierte a la humanidad en un modelo único. El modelo único, la estructura humana sin fallos, susceptible de funcionar sin problemas ni dolores. Si nos atrevemos a deshacer nuestras trabas musculoponeuróticas, nuestro esqueleto, como si fuera un Pinocho, toma vida.

Ella no estaba equivocada. Tenía razón, ya lo hemos dicho, el **objetivo** da la **dirección**, la **referencia**, el **sentido**. Sólo cuenta esta abertura hacia una referencia, poco importa si el objetivo se alcanza.

No es superfluo imaginar un “arquetipo”, es decir, el modelo inaccesible de esqueleto humano perfecto, arquetipo de la estructura humana. Ese cuerpo, provisto desde ese momento de una arquitectura, de una mente, está en el camino de la autocuración.

Nosotros decimos “saber”: «nadie está seguro de lo que existe en su cuerpo antes de haberlo vivido».

**Pensamos que este saber es positivo y está inscrito en el cuerpo, pero nadie está seguro de saber usarlo si antes no lo ha vivido**

Precisamente, pensamos que los huesos nos ofrecen ver y saber lo esencial de la estructura. Ese saber que está inscrito en el cuerpo, el mismo para todos, en los huesos que nos sobreviven y que dan testimonio del camino recorrido.

**El cuerpo sabe, pero debemos abrir el libro hasta el hueso y aprender a leer para descubrir y utilizar lo que nuestras sucesivas barreras han ocultado de este origen, es decir, lo esencial**

El esqueleto, no sus formas, revela el funcionamiento que progresivamente ha caracterizado al ser humano.

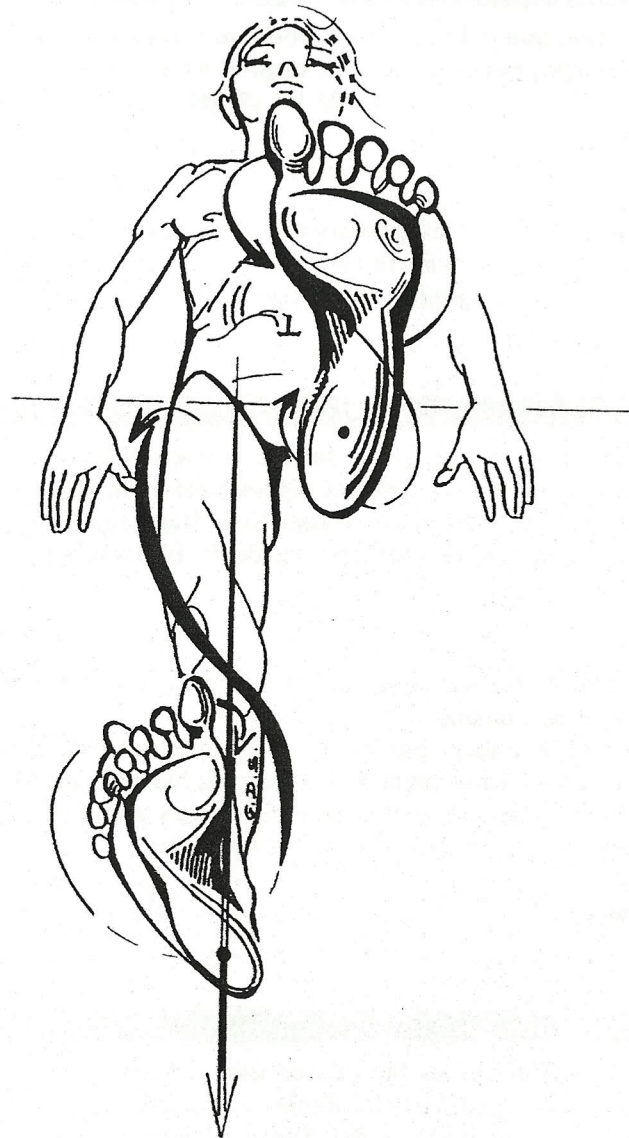
Es por medio de un trabajo, por lo vivido, por un *aprendizaje*, como se revela el arquetipo. Se inicia a partir de las líneas de fuerza y de las formas óseas. Rodeando cada barrera, se nos muestra, dibuja y esculpe en nuestro esqueleto el origen común de todos los gestos humanos.

Nos importa...

**Recuperar los gestos que gustan a nuestras articulaciones, que no las hacen sufrir (figura 114)**

Es decir, una manera de funcionar más próxima a las normas fisiológicas. Conquistar este origen nos liberará de recaídas.





**Figura 114.** Es importante recuperar los gestos que gustan a nuestras articulaciones, que no les hacen sufrir

Precisemos ahora que F. Mézières se vinculaba a la forma, a la estructura, suponiendo que el gesto es “natural”, sin tener que aprenderlo porque la forma es perfecta.

Desde esta óptica, la forma condiciona la función, opinión cierta en terapia. Pero, en la vida es lo contrario, la función condiciona la forma y es susceptible de deformarla.

Además de la escultura de F. Mézières, otros métodos la acompañan.

Antes de continuar con una segunda reflexión, resumamos y precisemos lo que acabamos de decir.

Inevitablemente somos diferentes, aunque nuestros huesos se parecen y nos proporcionan nuestra apariencia humana. En un entorno en el que tanto nos beneficiamos como sufrimos, todos pasamos por una “fragua” y salimos de las manos del herrero esculpido, modelados, diferentes, únicos.

Nosotros somos únicos, y el rodillo compresor de ninguna manipulación no puede retirarnos; lo sabemos muy bien.

Sin embargo, el dolor impone nuestros límites. Las fronteras de nuestras diferencias, de nuestros desequilibrios, se detienen ante el sufrimiento. Desde ese momento, debemos buscar referencias, sentido, equilibrio, debemos recuperar la armonía de un arquetipo humano. Los arquetipos humanos se perfilan como postes indicadores. Esos modelos figuran una base humana referencial, soporte para el oído y la mano que escuchan, que guían y que enseñan.

Barqueros, todos lo somos, los unos para los otros. Llega un momento en que un barquero nos embarca hacia la otra orilla. Escuchar e informar, y poner en forma, son inseparables. Existen barqueros de océanos, barqueros de ríos y barqueros de arroyos.

Contentarse con encontrar un cierto equilibrio en el desequilibrio, aceptar esta precariedad o dejarse sujetar, es el momento en que se decide, cada uno para sí; la intuición le guiará.

F. Mézières era un barquero. Nosotros pensamos, al igual que ella, que hay puntos de no retorno, de somatización, de sufrimientos realmente incrustados en los tejidos que el cuerpo no puede solucionar solo. No puede salirse sin esta “mano de hierro en un guante de seda” que liberará aponeurosis y tendones, estirará lo que se ha acortado.

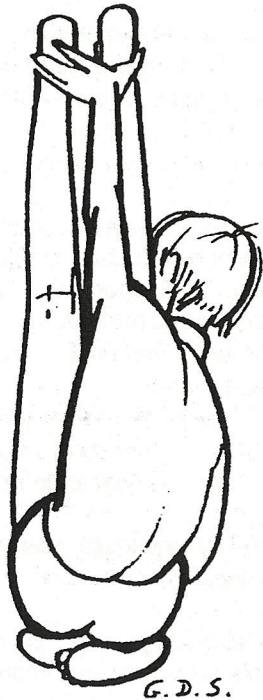
El cuerpo no puede luchar solo contra esta materia que se ha paralizado, que lo encierra en una ganga de tensiones y de alteraciones tisulares que nos limitan. Es necesaria una mano segura para liberar el cuerpo y devolver, en la medida posible, vida a los tejidos.

F. Mézières intentará, literalmente, **extirpar** todo lo que el cuerpo ha rechazado; liberando la capa interior, reconstruirá en el exterior una imagen arquetípica del cuerpo. De lo vivido construye las referencias, de los sentidos, la estructura.



## ¿Qué hacen las caderas, la pelvis y la columna lumbar cuando las piernas se elevan?

### 1. ¿POR QUÉ EL CUERPO NO SABE QUE DEBE DOBLAR LAS CADERAS?



**Figura 115.** Retomemos la postura de piernas elevadas.

Figura 115. Volvamos a la postura en decúbito dorsal, con las piernas elevadas. Es decir, volvamos al método Mézières, una forma de trabajar que sigue al cuerpo, que explica una historia. Una historia de barreras, de compensaciones que camuflan un sufrimiento. La historia también de un diálogo encaminado tanto a deshacer como a orientar hacia una reconstrucción al mismo tiempo.

Con el método Mézières, paradójicamente, sabemos dónde vamos, pero, al mismo tiempo, no sabemos hacia dónde nos va a conducir el cuerpo y esto da miedo.

- *¿Cómo elevar las piernas, hacer desaparecer los dolores ocultos que aparecen, progresando hacia la causa inicial?*
- *Esta causa inicial, misteriosa, que, durante una sesión, aparece de pronto un día y se vuelve accesible, ¿es correcta?*

Pensamos que la causa inicial es y debe ser conocida de antemano, comprendiendo la mecánica de la pelvis. Conocida la causa, el trabajo será más claro aunque no por ello más simple, ya que las reacciones del paciente siguen siendo desconocidas, son el factor imprevisible. Sin embargo, este

conocimiento permite guiar nuestros gestos, reducir los riesgos comprendiendo lo que hacemos.<sup>10</sup>

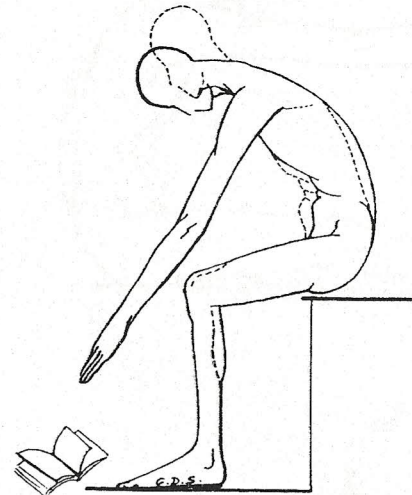
Partamos de la inhibición practicada a nivel del músculo cuadrado de los lomos y detrás del trocánter mayor; estas manipulaciones contribuyen, según F. Mézières, a facilitar el ejercicio.

Por esta inhibición y otras ayudas, el estiramiento posterior y la elevación de las piernas es posible, al igual que los alineamientos particularmente difíciles y rigurosos que esta postura requiere. Rigurosos, veremos por qué. Este rigor se impone para cuidar la pelvis y la columna vertebral.

La presión sobre estos puntos, se dice, alivia el dolor, los calambres, los temblores que este trabajo provoca. Por otra parte, libera algunos bloqueos muy reactivos que dificultan el acceso a la causa. Esta causa es la insuficiencia de la coxofemoral que, al no poderse doblar suficientemente, hace doblar las otras articulaciones que no se encuentran a gusto en esta posición.

- *Estos puntos, ¿son mágicos?*

No forzosamente, sus efectos son mecánicamente concebibles, se pueden explicar.



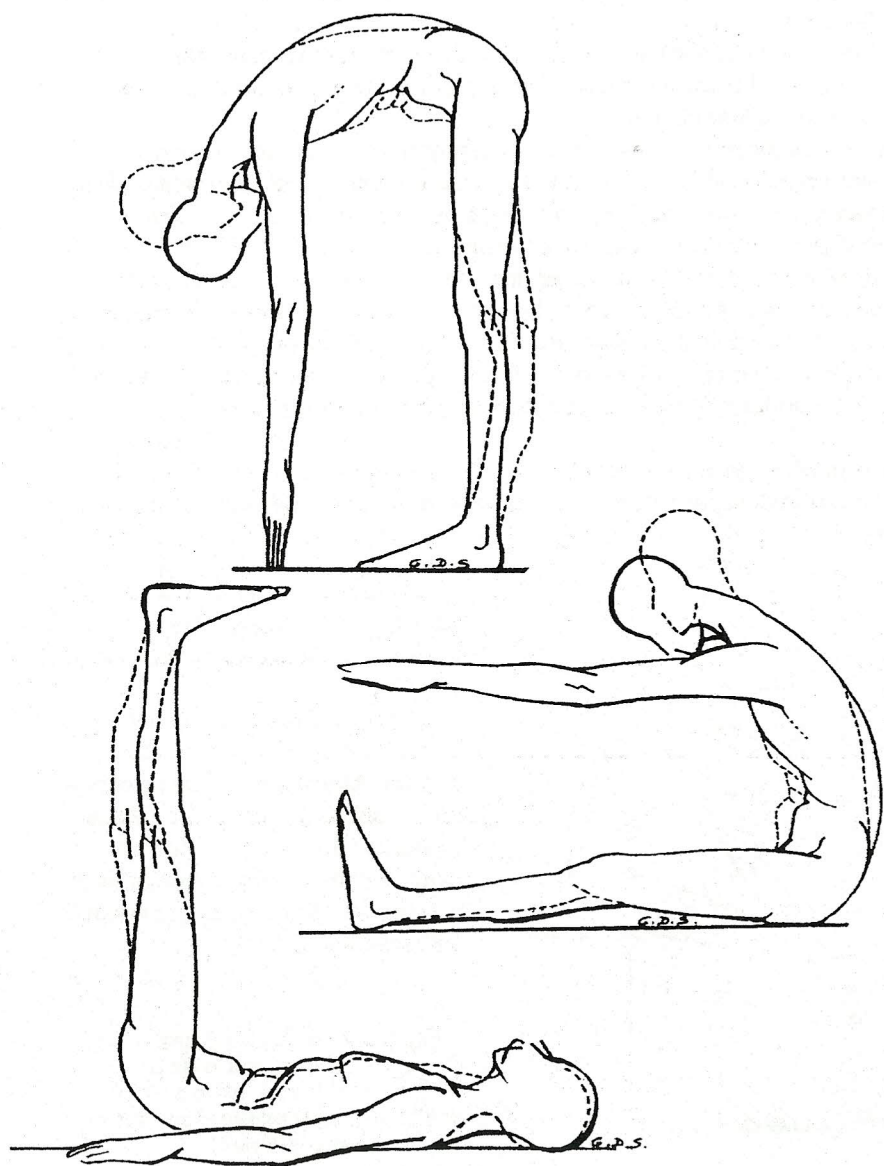
Partiremos de estos puntos para adelantarnos a explicar lo que hace y no dice F. Mézières cuando eleva las piernas.

Explicaremos la mecánica pélvica a nuestra manera, es decir, con una biomecánica que se centra en la "utilización corporal", en las posturas y los gestos de la vida diaria y que se dirige a personas que no son del oficio, pero que pueden utilizarla (figura 116).

**Figura 116.** En los gestos de vida diaria, es la insuficiencia de la coxofemoral la que, al no poderse doblar suficientemente, hace doblar las otras articulaciones.

<sup>10</sup> "La pelvis" en el método G.D.S., una pedagogía aplicada ahora al método Mézières.





**Figura 117.** Cuando la cadera limita su amplitud, las rodillas compensan, las sacroilíacas, la lumbosacra y toda la columna lumbar también.

Ya lo hemos dicho, la causa inicial reside en la cadera, que deberá doblarse para disolver las contracturas supra y subyacentes y acabar con todas las reacciones suscitadas por esta insuficiencia. Sin embargo, esperando conseguirlo, al doblarla, debemos superar precisamente las barreras, esas famosas barreras.

Hablemos de las barreras...

Lo que nos impedirá ir directamente a la cadera, a la causa, son los dolores sacroilíacos, lumbares y ciáticos. En este contexto preciso son falsas ciáticas, ya que el dolor está vinculado a las líneas de tensión musculoaponeuróticas irritadas.

Todos estos dolores no son causas, sino efectos secundarios, irritaciones, reacciones alrededor de un cierto número de articulaciones que compensan, que trabajan excesivamente, que están fatigadas y son frágiles.

Estas articulaciones forman parte de la causa sin serlo. Las barreras que habrá que superar son estas articulaciones que gritan: «¡stop!»

Precisamente, en esta fase del “stop”, entramos en un círculo vicioso. No se puede llegar a doblar suficientemente la cadera, ya que todas estas articulaciones dificultan nuestro camino.

En el marco de la cinesiterapia, algunos especialistas, muchas veces se limitarán a enseñar las “precauciones”, es decir, a enseñarnos a funcionar sin mover las piezas que trabajan en exceso, sin movilizar lo que presenta dificultades para ser movilizado. De alguna manera, se deja reposar y se espera que estas articulaciones definitivamente se unifiquen y queden rígidas. Es cierto que sin movilidad habría menos dolor. La artrosis juega ese papel, nos conduce hacia una artrodesis, una soldadura natural, un mecanismo de defensa alrededor del cual no se puede funcionar.

- ¿Punto de no retorno, de resignación? O bien, ¿intentaremos superar esta situación, esta barrera?

Superar esta situación es conseguir doblar las caderas al máximo, lo que consigue descansar de una manera fisiológica las articulaciones que compensan. Descanso que corresponde, ahora, a una vuelta a la normalidad, a lo evidente.<sup>11</sup>

Dicho sea de paso, en estado de crisis, es aconsejable recurrir a ciertas “precauciones”: flexión de las rodillas, tronco recto... Pero, para muchas lumbalgias, debemos esperar que esta prudencia no se convierta en finalidad.

<sup>11</sup> Roger Perrin, *Rééducation vertébrale*, Librairie Le François, Paris, 1966. En el marco de las lumbalgias, los resultados obtenidos por el método Perrin, son claros. R. Perrin se introdujo en el mundo de la cinesiterapia activa, de la gimnasia en cifosis. En nuestro caso, esta gimnasia en cifosis está contraindicada.



Aunque en algunos momentos es importante crear una situación pasajera de reposo, se debe prever la recuperación de la función con un aprendizaje revisado y corregido de los gestos de la vida diaria.

F. Mézières mantenía una lucha abierta contra el conjunto de estas actuaciones “clásicas” practicadas en cinesiterapia.

Doblar las caderas y todo se arregla. Quizás ya sea el momento de responder a la pregunta: *¿por qué el cuerpo no sabe que debe doblar las caderas?*

Esta incompetencia de las coxofemorales, cuando se descubre, nunca es reciente. Las dificultades, las disfunciones, el dolor, son la consecuencia de una incorrecta utilización del aparato locomotor, generalmente instalada desde hace tiempo.

Podemos comprobarlo, nuestras cadenas son demasiado cortas, en este caso, como dice F. Mézières, los encadenamientos posteriores son campeones en este ámbito.

Estas cadenas manifiestan su máxima tensión a nivel de la cadera, ya que es donde están más solicitadas. Vista la enorme flexibilidad que se le pide a este punto de unión, es esta misma la que más lo frena.

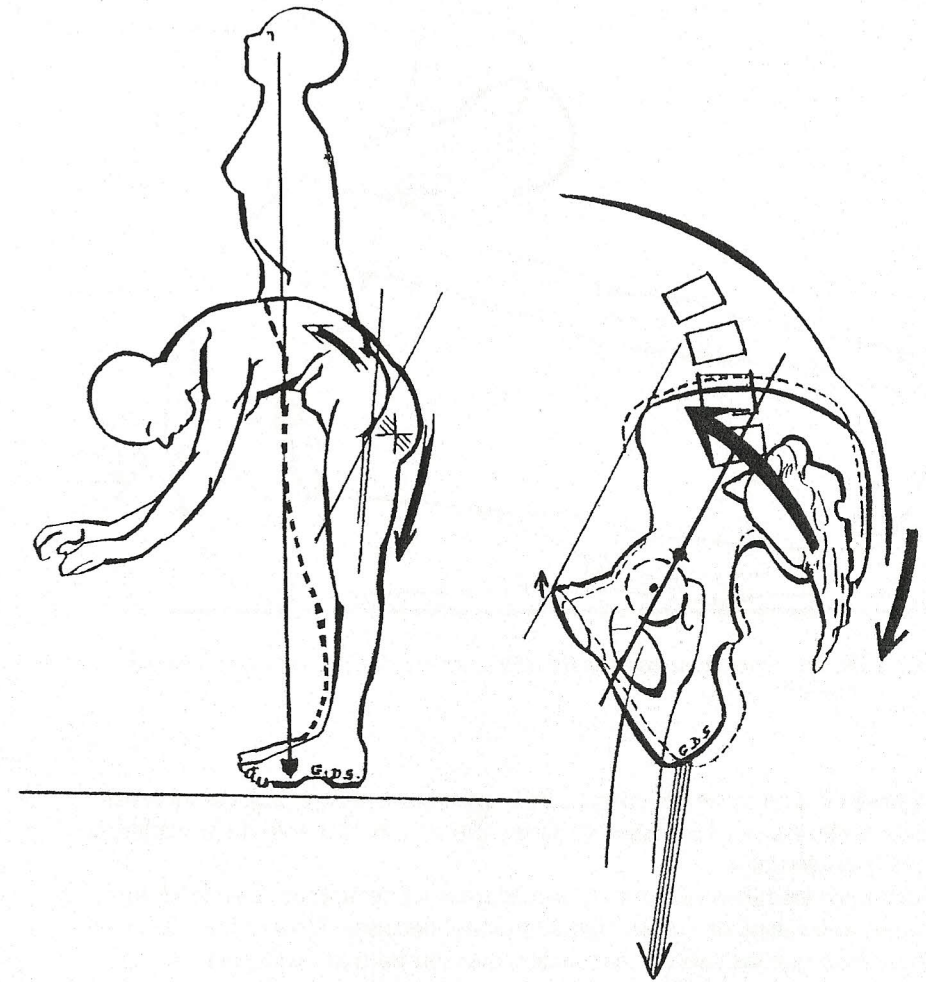
Un ejemplo sobre la figura 118. Es banal, el hueso ilíaco se mantiene en retrobasculación por la tensión de los músculos isquiotibiales. Pero, por otra parte, el tronco flexionado hacia delante y traccionando todo su peso sobre la columna vertebral, estira el sacro hacia fuera de la pinza pélvica.

Al principio, no es más que una sollicitación, el anillo pélvico resiste. Pero frente a la repetición de los problemas, contracturas de defensa, troficidad dificultada por la tensión que reina alrededor de las articulaciones, el tejido elástico puede alterarse. Los ligamentos pueden distenderse y al anillo pélvico puede deformarse.

- *Todas las articulaciones del cuerpo pueden deformarse, ¿por qué no la pelvis?*
- *Pero antes, más arriba, ¿se conoce el proceso que lleva a esta disfunción?*

Con anterioridad existe una manera de utilizar el cuerpo, expresiones corporales vinculadas a los comportamientos. El comportamiento entra en un contexto muy vasto y complicado en el que interfieren nuestros deseos, nuestras motivaciones, con un contexto social y cultural.

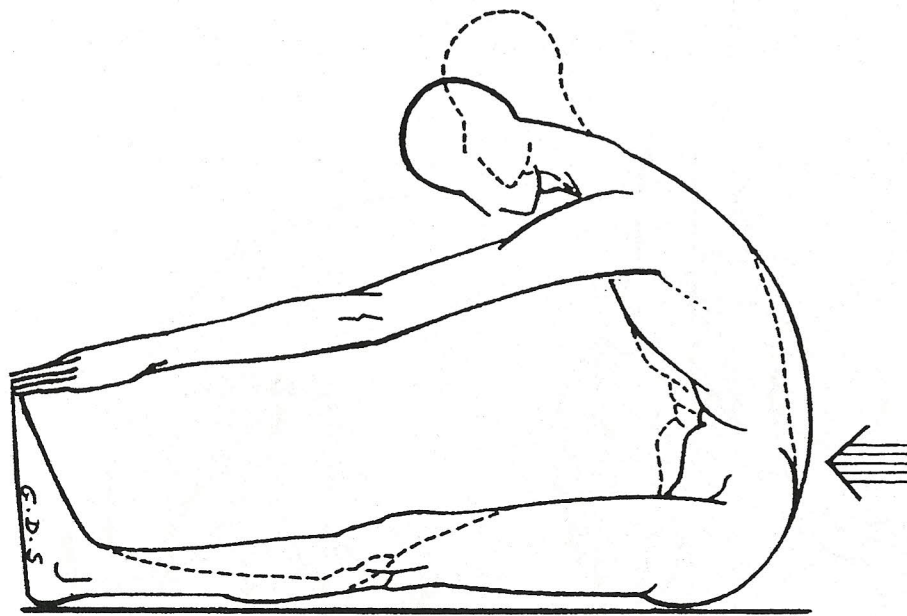
El entorno, el aprendizaje, la “recopilación” que hace el niño de lo que ha visto del cuerpo del adulto, interviene en su utilización corporal. Precisamente, en Occidente, no doblamos las caderas como, por ejemplo, hacen en África. El bebé africano y de muchos países asiáticos, imitando a los adultos sabe



**Figura 118.** *Nuestras cadenas son demasiado cortas... Ahora el hueso ilíaco se mantiene en retrobasculación por los músculos isquiotibiales.*

cómo debe hacerlo. Nuestros bebés saben agacharse, lo hacen muy bien. Pero el bebé occidental pronto se acostumbra a subirse a sillas demasiado altas para él. El cuerpo no sabe, aprende lo que le es más fácil. Pero, como hemos dicho antes, lleva en sí todas las características para un óptimo funcionamiento, pero sólo puede acceder a él por medio del aprendizaje y la concienciación.





**Figura 119.** Imágenes motrices que inducen a error... La imagen de las caderas situadas demasiado arriba.

Figura 119. Imágenes del cuerpo, imágenes motrices que inducen al error y deben sustituirse por las imágenes justas. Para no hablar sólo de las caderas, citemos, por ejemplo:

Decimos a los niños «manos en las caderas», es decir, manos en la cintura, apoyadas en las espinas ilíacas. Seguidamente, decimos «flexionar las caderas» sin especificar que las cabezas femorales, que son las que realizan el movimiento, se encuentran a la altura de un punto situado en medio de la ingle.

Desde este momento, la imagen de las caderas situadas demasiado arriba hace su camino. Inclinar el cuerpo hacia delante, agarrar un objeto, sentarse, implica arquear la espalda. De cualquier manera, nos doblamos por la cintura, «nuestra cadera», pero mucho menos alrededor de las cabezas femorales.

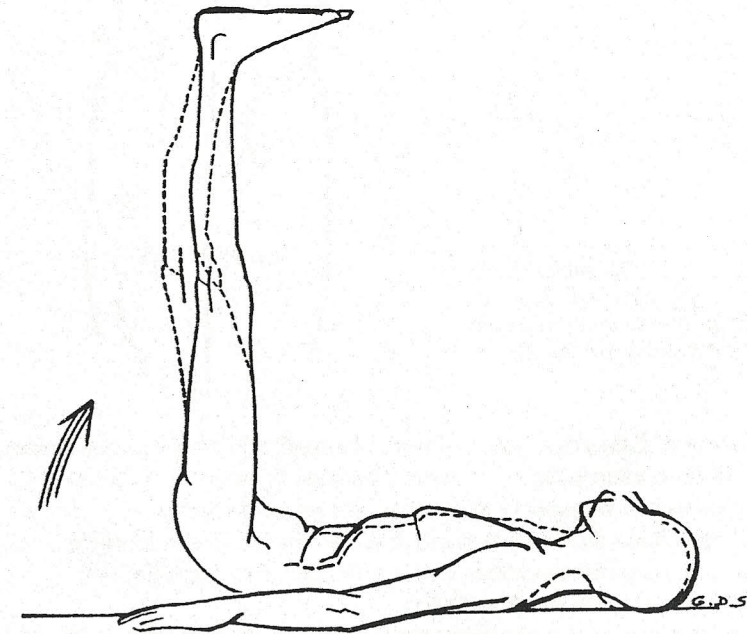
El cuerpo hace lo que su maestro le indica que haga. Si el maestro no tiene conciencia de estas dos esferas robustas y móviles que giran con facilidad en todos los sentidos, capaces de garantizar todos los movimientos del tronco sobre los miembros inferiores y de los miembros inferiores sobre la pelvis, el cuerpo hará falsos movimientos hasta que no pueda más.

Hasta no poder más porque las irritaciones y las recaídas musculares aparecerán, y las líneas de tensión cubrirán todos los niveles para detener la masacre.

Las barreras que debemos superar para alcanzar la causa, es decir, la cadera, son los puntos de unión supra y subyacentes en pleno desarrollo. La palabra no es demasiado fuerte, se trata de un conjunto completamente desestructurado tanto en la cabeza como en el cuerpo. Por lo tanto, lo importante es superar los obstáculos para romper un círculo vicioso, dar flexibilidad a las caderas y reconstruir paralelamente otras referencias, un modelo mecánico más adecuado.

## 2. ¿CÓMO ELEVAR LAS PIERNAS? ¡ATENCIÓN AL PELIGRO!

Como ejemplo, sólo citaremos tres puntos.

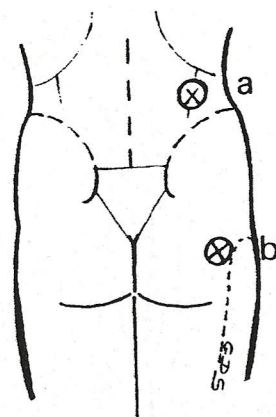


**Figura 120.** Cómo elevar las piernas, atención al PELIGRO.



Partamos de los puntos de inhibición de F. Mézières, puntos ya citados y sigamos el proceso que justifica las maniobras practicadas por F. Mézières durante la elevación de las piernas. Recordemos que estos tres puntos están situados detrás, sobre el músculo cuadrado de los lomos y el trocánter mayor; delante, sobre los músculos aductores.

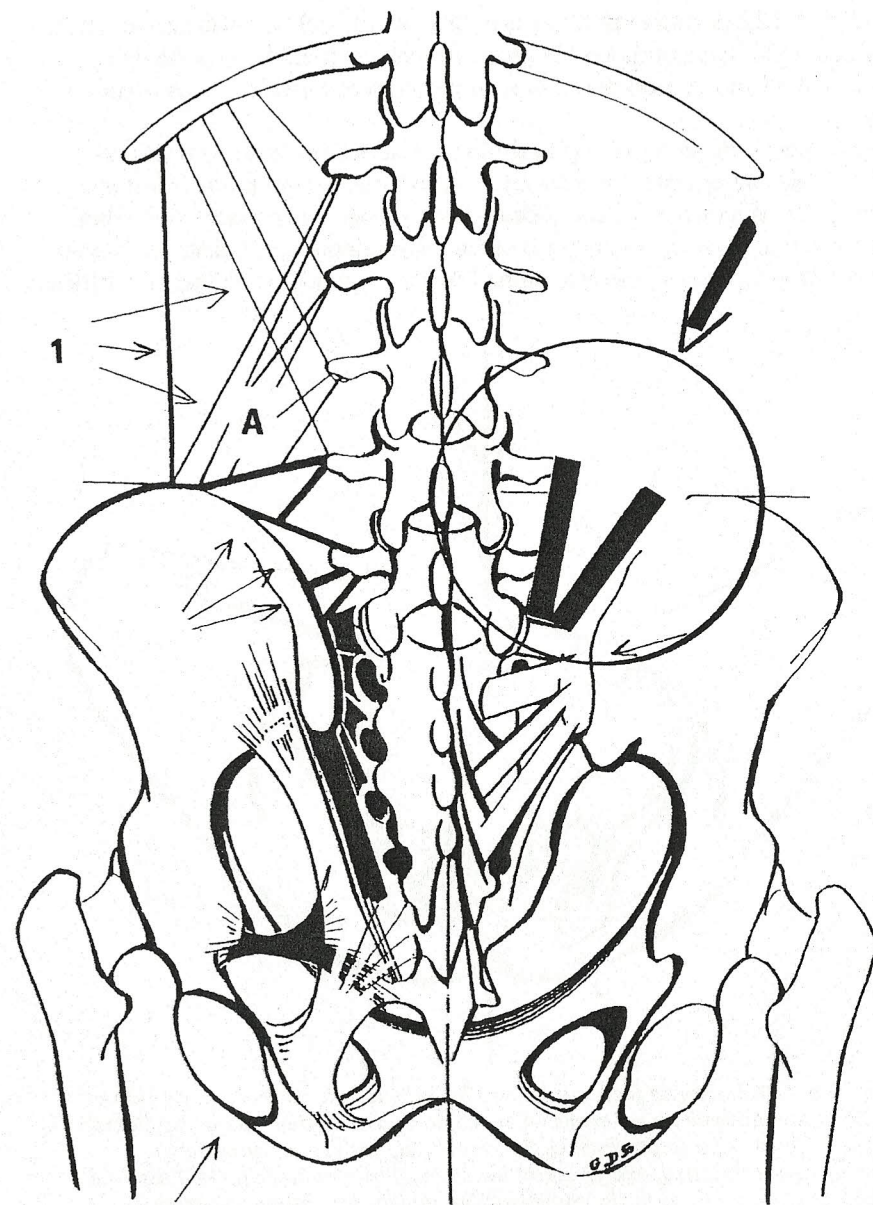
No hemos observado un orden preciso. F. Mézières pasaba de una región a otra variando sus intervenciones según las necesidades del momento. La sucesión de puntos, tal como se presenta aquí, no es obligatoria. Para nuestra facilidad, empezamos por el cuadrado de los lomos. Como veremos, su tensión implica un sagrado mecanismo de defensa y la mayoría de veces la última barrera será la que podrá ceder completamente. Es importante "prepararse" para esta resistencia, preparar la postura asegurando la espalda. Tratamos esta región por medio de pequeñas percusiones en las que insistimos regularmente.



**Repaso de la figura 108 zona a.**  
El punto sobre el músculo cuadrado de los lomos.

Figura 121 zona a. Esta zona sobre el músculo cuadrado de los lomos revela los problemas de un conjunto de estructuras elásticas, ligamentos y fibras musculares que protegen el espacio iliolumbar. Un espacio triangular que separa la cresta ilíaca de las vértebras L5 y L4. Un espacio vulnerable que sufre pinzamientos y disociaciones de las articulaciones sacroilíacas y sufre, también, lumbalgias de origen pélvico.

Las solicitaciones son muy acusadas cuando el hueso ilíaco se mantiene en extensión mientras que el tronco está en flexión. Son bilaterales, pero cuando se produce una lesión, cuando una articulación cede, el proceso de deformación pélvico es asimétrico.

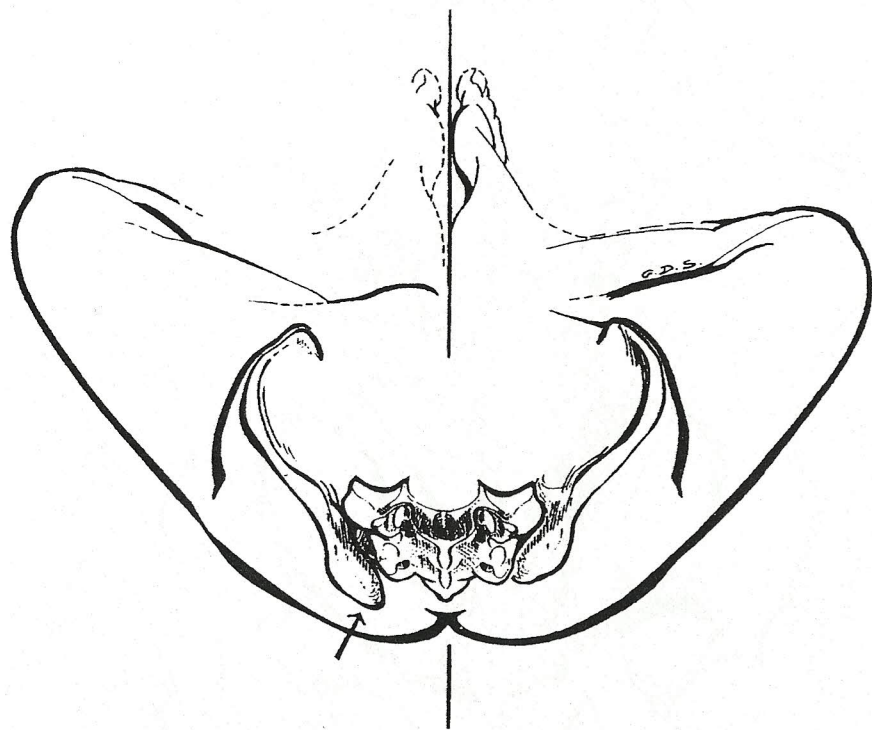


**Figura 121.** Indicado sobre el esquema, en un círculo, el espacio iliolumbar, un espacio triangular, muy vulnerable, que separa la cresta ilíaca de las vértebras lumbares.



La figura 122 permite visualizar una “liberación” del hueso ilíaco izquierdo. El deslizamiento hacia atrás con la protuberancia de la EIPS, supone una traslación al mismo tiempo que una rotación en retrobasculación alrededor del sacro.<sup>12</sup>

El solo hecho de sentarse, de inclinarse hacia delante para agarrar un objeto..., miles de gestos repetidos en la vida diaria, bastan para molestar, a partir de la insuficiencia coxofemoral, la sacroilíaca y el espacio iliolumbar. Repetimos, una insuficiencia que no es necesariamente una rigidez, sino una incompetencia vinculada a lo que hemos vivido y a nuestras imágenes motrices.



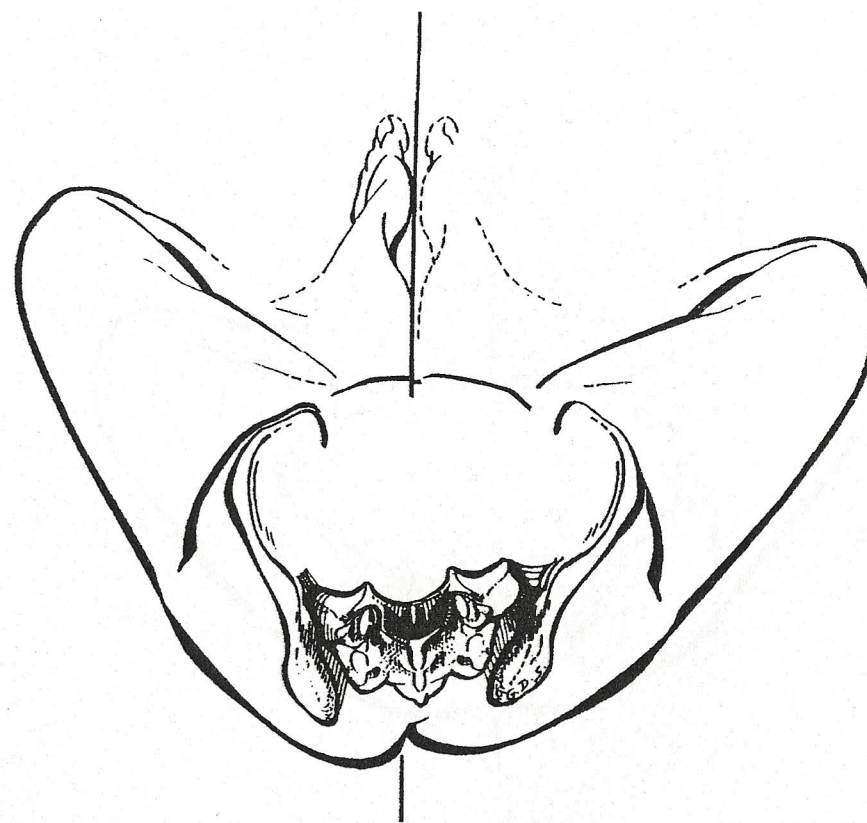
**Figura 122.** Solicitaciones frecuentes para la articulación sacroilíaca, cuando el hueso ilíaco se mantiene en extensión a causa de una coxofemoral que no flexiona lo suficiente; la lesión que se produce es, la mayoría de las veces, asimétrica. La figura superior muestra, exagerando, un ilíaco, o mejor aún, un ala ilíaca, que se posterioriza hacia la izquierda (movilización del ilíaco izquierdo sobre el sacro).

<sup>12</sup> En osteopatía se designa esta situación por la definición: ilioposterior. En términos más clásicos, se trata de un proceso de “oscilación sacroilíaca” cuyo actor principal es el hueso ilíaco, requerido en disociación en relación con el sacro.

Observación: el esquema de la figura 122 permite visualizar una de las deformaciones del anillo pélvico. Una deformación que nos afecta en las posturas con las caderas flexionadas; también representa una contraindicación absoluta para la “gimnasia en cifosis”.

La representación que hemos realizado es simplificada. La distensión de los medios de contención sacroilíaca se complica por otras malas posiciones. inclinaciones, rotaciones, traslaciones diversas del hueso ilíaco y del sacro (ejemplo de la figura 123).

En el contexto de esta exposición, que se refiere al método Mézières, demasiados detalles serían superfluos y complicarían inútilmente la demostración y la comprensión del proceso.



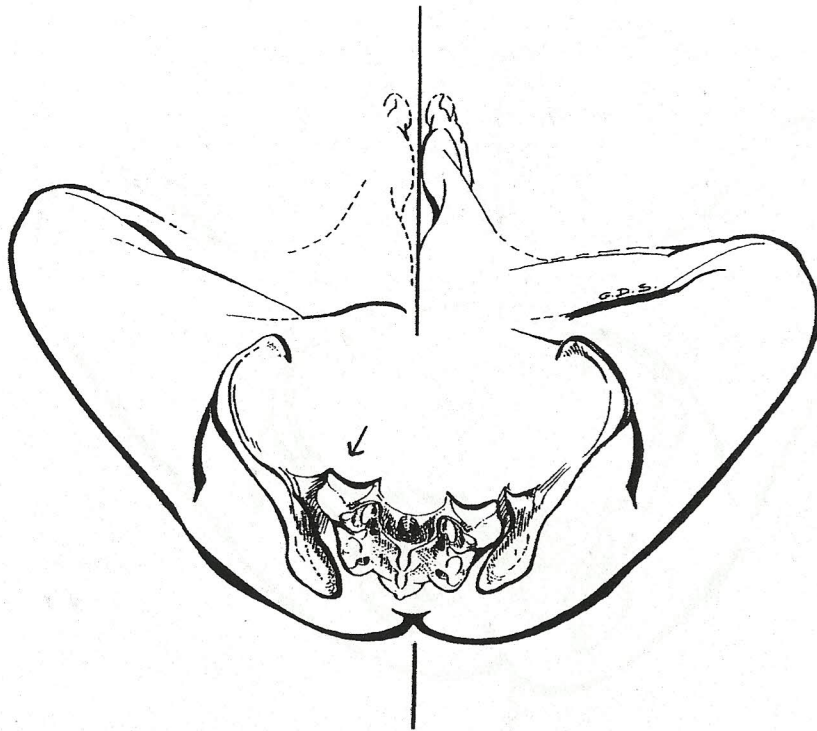
**Figura 123.** Una deformación pélvica. La distensión de los medios de contención sacroilíaca se complica generalmente por diversas malas posiciones asimétricas: inclinaciones, rotaciones, traslaciones del hueso ilíaco y del sacro.



No olvidemos que el sacro, estirado por todas partes, por arriba y abajo, por la izquierda y por la derecha, por delante y detrás, debe buscar una posición de compromiso. En el caso que nos ocupa pocas veces está centrado, como en la figura 122, sino que intenta conseguir la oscilación del hueso ilíaco a partir de un mecanismo de defensa que aquí centra a la izquierda, en los músculos profundos como el piramidal de la pelvis (figura 123).

La figura 124 nos muestra una distensión en el seno de la articulación sacroilíaca izquierda, la más frecuente.

Pero las consecuencias afectan, esta vez, a la posición del sacro. Éste se encuentra ahora en rotación, la cara anterior vuelta hacia la derecha en un movimiento de conjunto de traslación y de basculación oscilando alrededor del hueso ilíaco izquierdo. La causa principal de esta oscilación aislada del sacro



**Figura 124.** La distensión en el seno de la articulación sacroilíaca ofrece aquí otras consecuencias; la mala posición afecta, esta vez, al sacro. Oscilación del sacro sobre el hueso ilíaco izquierdo. En este caso, la causa principal puede proceder de arriba, de un sufrimiento de la columna vertebral.

sobre el hueso ilíaco está, generalmente, vinculada a un proceso que procede de arriba, de la columna vertebral.

En el primer caso (figura 122), las estructuras elásticas del triángulo iliolumbar, verán cómo sus inserciones estiran sobre el hueso ilíaco. En el segundo caso (figura 123), si la columna es solidaria con el desplazamiento del sacro, los iliolumbares izquierdos estirados serán requeridos a nivel de sus inserciones vertebrales.

Observemos y destaquemos que el dolor aparece generalmente en el otro lado con relación al mecanismo de defensa. En la figura 123, el músculo piramidal izquierdo reposiciona al sacro en relación con el ilíaco izquierdo para esconder un dolor. El dolor aparece, entonces, en el piramidal derecho que se estira. A su vez, éste se contractura para limitar la distensión y el dolor.

En ambos casos (figuras 122 y 124), el músculo cuadrado de los lomos izquierdo intentará reducir la distensión en el seno de este espacio atrayendo la columna vertebral hacia él, es decir, hacia la izquierda, lo que implicará una curvatura escoliótica de origen pélvico, una elevación del hueso ilíaco izquierdo y una inclinación de la columna lumbar hacia la izquierda, descargando el espacio iliolumbar. Esta compensación es frecuente, pero con graves consecuencias en el plano funcional a todos los niveles de la columna vertebral (figuras 125 y 126). Las víctimas son los ligamentos iliolumbares (figura 125 zona 2). Estos ligamentos se prolongan por medio de algunas fibras del músculo cuadrado de los lomos (figura 126 zona 1A). Éstos últimos actúan como ligamentos activos que protegen el espacio hasta que no pueden más.

Hasta no poder más...

Revisión de la figura 118, que ilustra la situación extrema del tronco que se flexiona sobre la pelvis que permanece recta.

Algunas personas funcionan disociando la articulación sacroilíaca, liberando el sacro de los huesos ilíacos. De alguna manera, "partido en dos", una expresión utilizada en esta clase de lumbago. Lumbagos particularmente agudos, asociados a una "inestabilidad vibrante", a una sensación de rotura.

En el caso de deportistas o trabajadores de oficios sometidos a constante esfuerzo físico, el tono de los músculos alrededor de la cadera crea un estado que conduce a esta clase de utilización corporal. Una utilización corporal que disocia, de alguna manera, el tronco de los miembros inferiores.

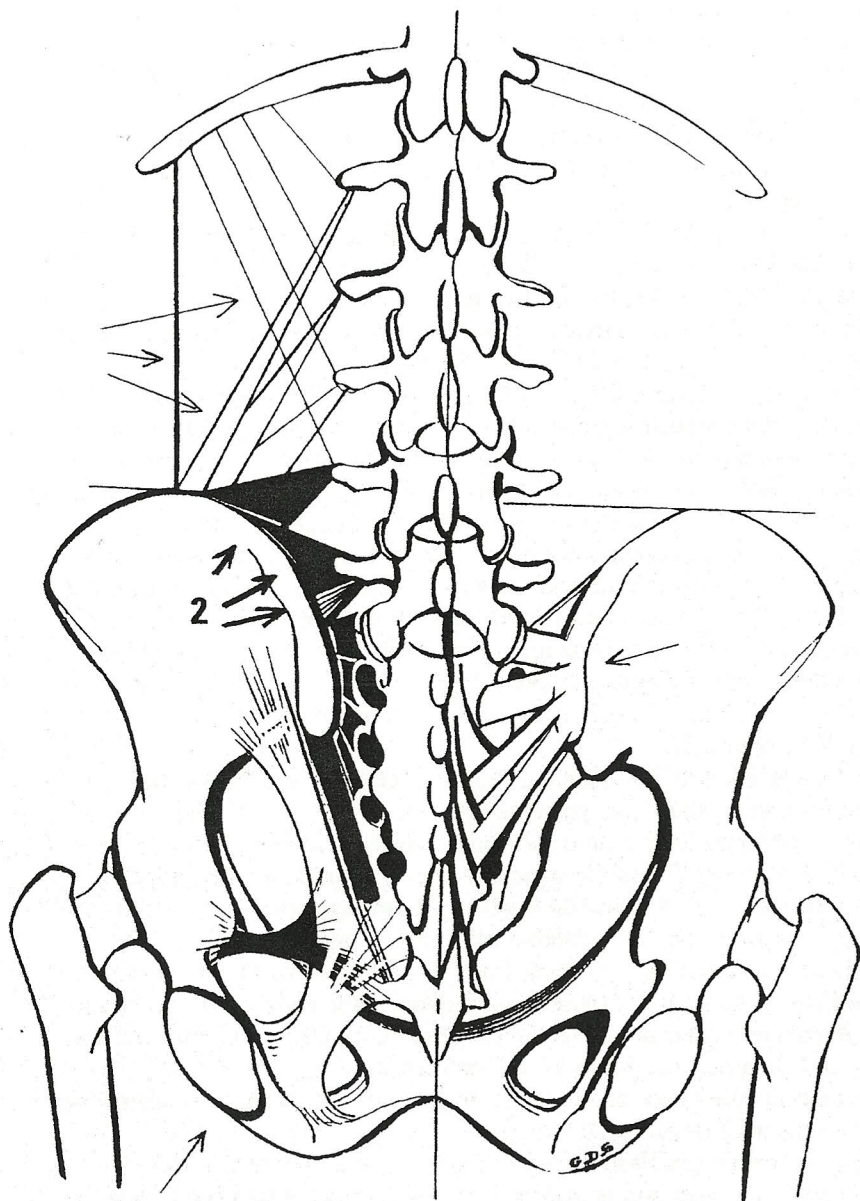
Escenario frecuente, los ligamentos han resistido, las fibras musculares han frenado los insólitos desplazamientos.

Pero, toda estructura elástica muy requerida puede acabar por distenderse, alterarse, sobre todo cuando la troficidad en una región tensa no es la ideal.

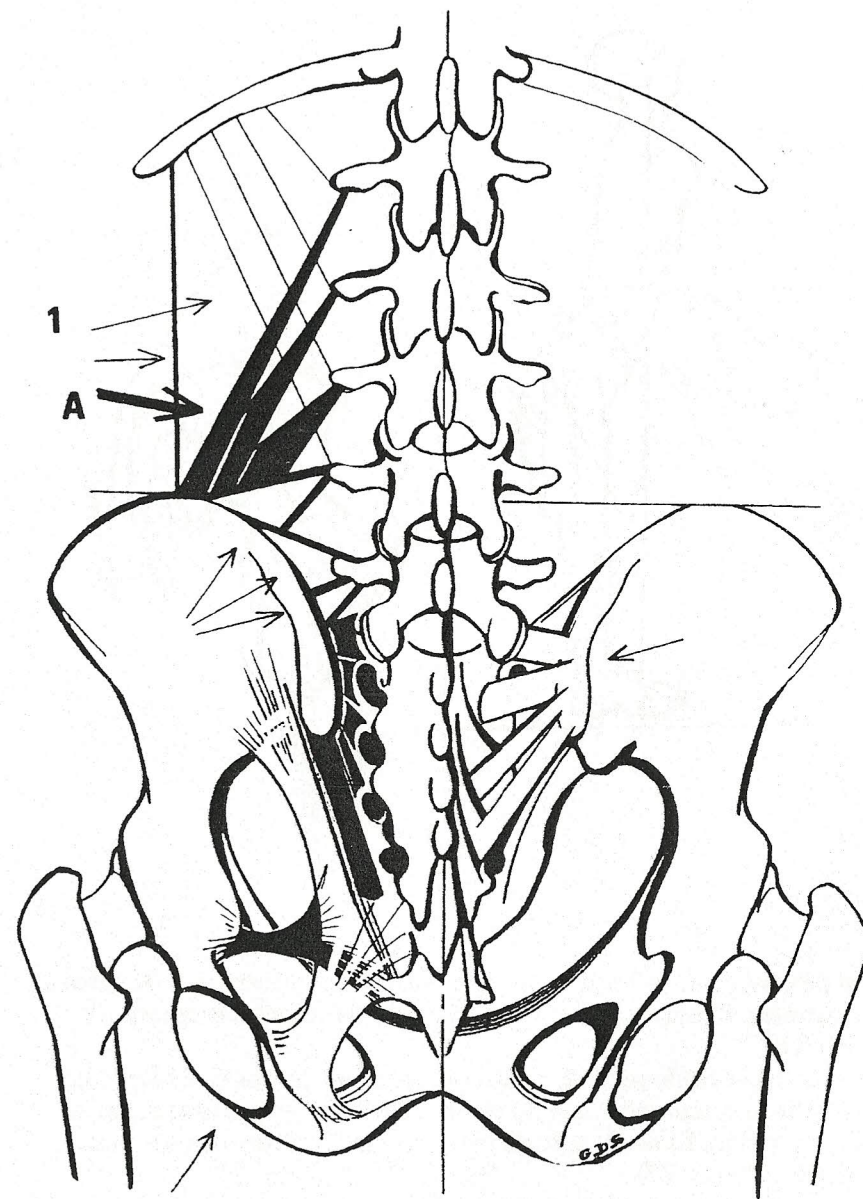
Este complejo conjunto debe controlarse, relajarse y reajustarse.

Unificar el anillo pélvico, el tronco y los miembros inferiores en rotura y refuncionalizar.



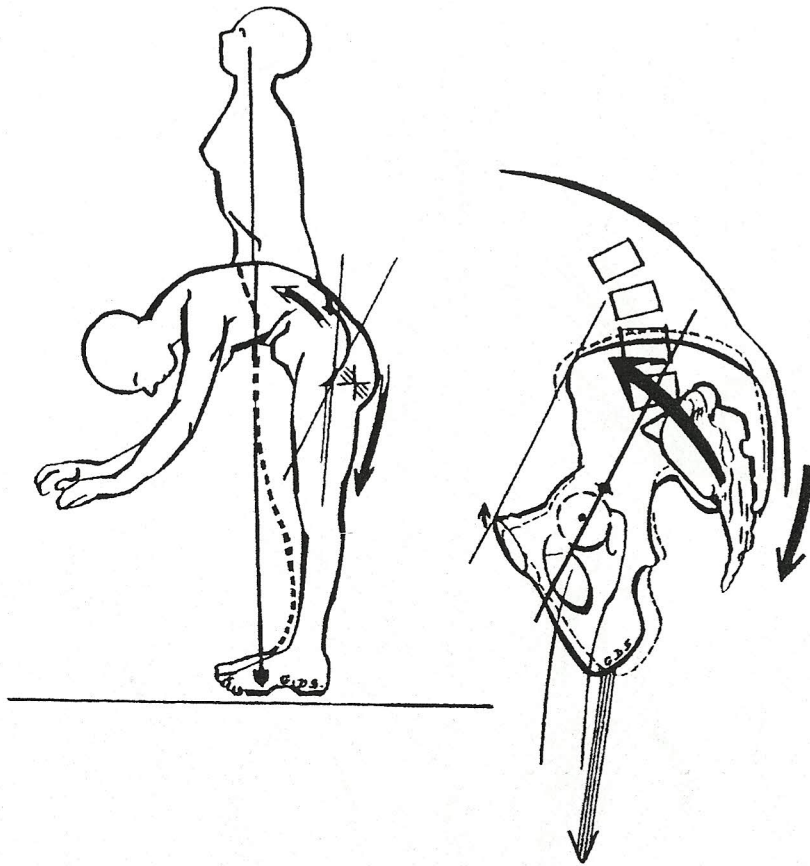


**Figura 125 zona 2.** Ligamentos iliolumbares, víctimas de la insuficiencia coxofemoral o de un estiramiento procedente del polo superior.



**Figura 126 zona 1A.** Los ligamentos iliolumbares se ven prolongados por algunas fibras del músculo cuadrado de los lomos, ligamentos activos que protegen el espacio hasta que ya no pueden más.

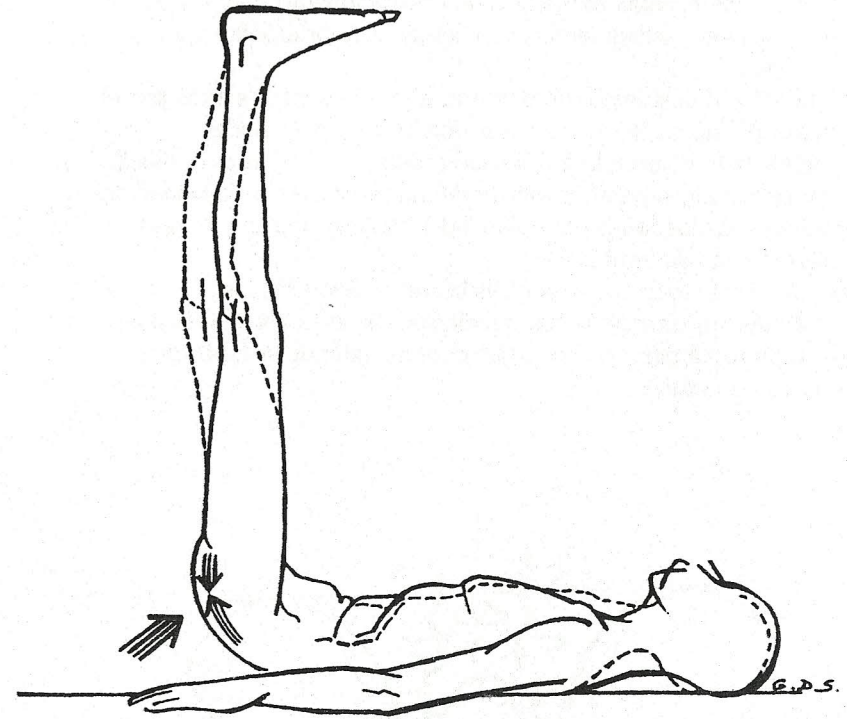




En el polo superior de los huesos ilíacos se instalan mecanismos de defensa con sus barreras, su dolor lumbar. Una lumbalgia, lumbagos y escoliosis de origen pélvico.

Ya lo vemos, el tejido muscular está contraído para limitar el desgaste; por lo tanto, se debe comprender que no se trata de elevar las piernas sin tomar ninguna precaución. Es decir, permitiendo que éstas realicen, una vez más, mayor flexión (figura 127).

Si gracias a nuestras intervenciones de masoterapia, nuestros puntos de inhibición, nuestras presiones prolongadas, las contracturas se atenúan, si de alguna manera han conseguido aliviar a este nivel el mecanismo de defensa, no es para lanzarlo de nuevo hacia falsas maniobras; así que, prudencia.



**Figura 127.** No se trata de elevar las piernas permitiendo que éstas realicen, una vez más, mayor flexión.

En principio, no se puede liberar un mecanismo de defensa sin arriesgarse a un agravamiento de las algias. Es necesario una cierta habilidad para intervenir sobre estos mecanismos de protección.

No se puede crear una defensa si nos encontramos en un círculo vicioso. La barrera funciona en ambos sentidos, el de disminuir el desgaste paralizando. Pero, por otra parte, esta fijación impide poner de nuevo el péndulo en el punto cero para que empiece de nuevo a funcionar.

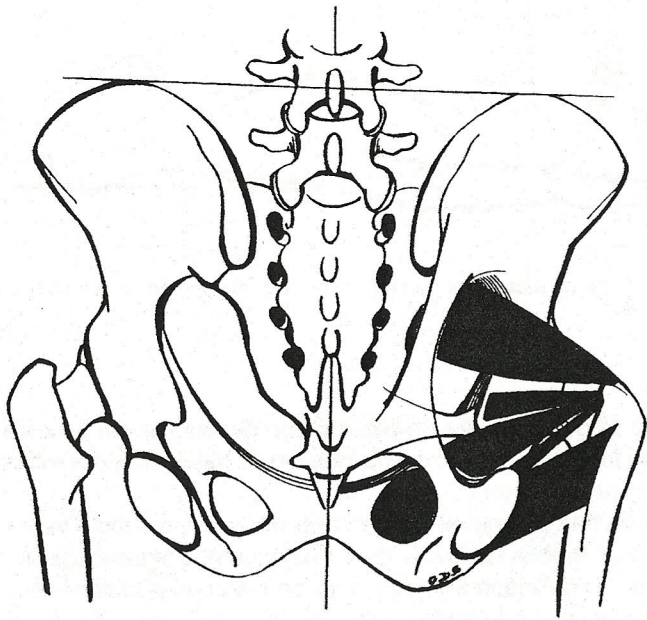
F. Mézières se esforzaba por preparar, calmar, para calmar también el temor, el miedo de moverse. Miedo a mover las caderas. ¡Oh cadera, gran desconocida que debemos recuperar!



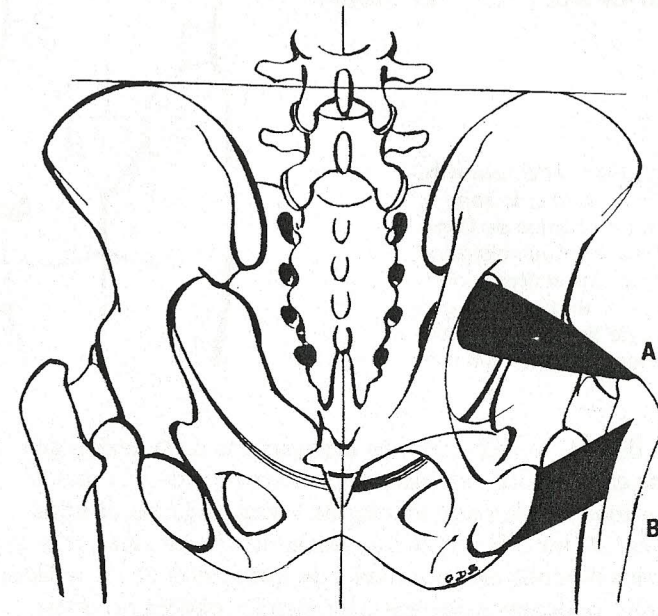
Con vistas a este encuentro, el juego es gratificante, ya que permite superar el nivel de espalda rígida, abocada para siempre a artrodesis naturales. Es decir, espalda abocada a un envejecimiento precoz que, en un segundo tiempo, incluye también molestias y dolor crónico que dificultan la vida.

Superar estos mecanismos de defensa, ahora nos interesamos por el polo superior del hueso iliaco, es pasar una barrera para poder, seguidamente, actuar sobre la flexibilidad coxofemoral. Si ésta es difícil en flexión, podemos, repetimos, aliviar definitivamente la irritabilidad de los ligamentos y de las fibras musculares del triángulo iliolumbar, o sea, de una cierta forma de lumbalgia.

Pero, esto no es todo, quedan otras barreras, otras defensas a superar. La más importante, la que privilegiamos, es la zona B, situada detrás del gran trocánter, una zona que debería extenderse hasta el músculo cuadrado crural.



**Figura 128.** El abanico de los músculos pelvitrocantéreos



**Figura 129.** Zona A, el músculo piramidal de la pelvis y, zona B, músculo cuadrado crural que juega un papel determinante en el proceso de bloqueo posterior de la cadera y del sacroiliaco lesionado.

El abanico pelvitrocantéreo: las figuras 128 y 129 ilustran esta disposición muscular profunda y posterior alrededor de la cadera. Las fibras en el límite superior del abanico pelvitrocantéreo intervienen en la articulación sacroiliaca y la coxofemoral. Es el músculo piramidal de la pelvis, cruza dos articulaciones. Los medianos y, sobre todo, en el borde inferior, el músculo cuadrado crural; estos músculos actúan sobre la cadera y son principalmente rotadores externos.

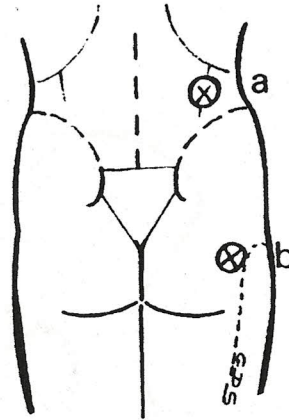
En el proceso de deformación pélvica, que hemos descrito, su tensión, principalmente la del músculo cuadrado crural, figura 129 zona B, limita la flexión de la cadera; estamos convencidos. En el marco de la postura con las piernas elevadas, el músculo cuadrado crural nos interesa, pero su papel es ambivalente. Interviene en la defensa, es decir, en contractura. Interviene también en la causa que frenará la flexión de las coxofemorales, convirtiéndose en el elemento determinante de un círculo vicioso.



**Segundo repaso de la Figura 108, zona b.  
El punto posterior del trocánter mayor**

**Revisión a la figura 108, zona b.**

Parecido a la zona a, la zona b, inserta un abanico de fibras musculares profundas, muy activas en cuanto a coaptar las articulaciones cruzadas, es decir, en cuanto a que juegan un papel de ligamento activo, frenando el movimiento.



En la práctica, durante la palpación, en el transcurso de la flexión de una cadera, nos damos cuenta. Con una resistencia sorprendente, el músculo cuadrado lumbar, situado en la parte inferior de la región glútea, fijará la situación. La figura 130 zona B permite visualizar este hecho. Ahora hemos relajado los músculos isquiotibiales por medio de una flexión de las rodillas; durante la palpación, podemos notar que los músculos glúteos no están contraídos anormalmente.

Pero las relaciones entre el hueso iliaco y el fémur permanecen intactas; la cadera no se dobla.

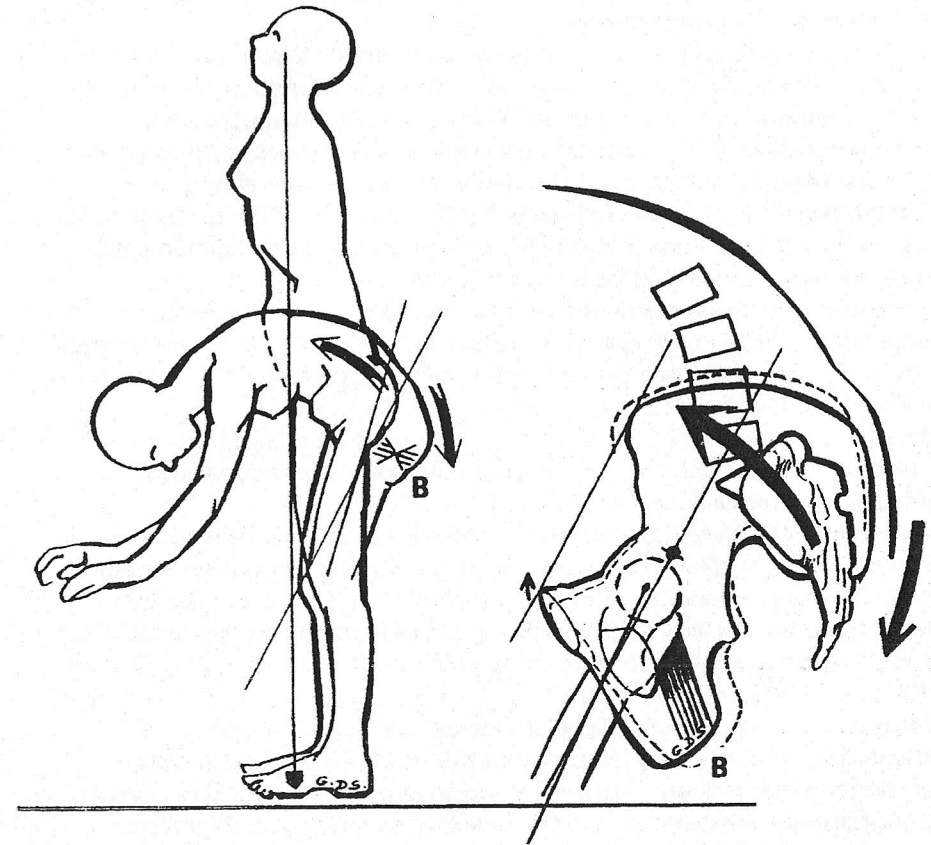
La imagen motriz interviene, pero también podemos palpar una tensión posterior profunda que bloquea la coxofemoral en rotación externa hacia la extensión.

Volvamos a la figura 129 zona A. En el polo superior del abanico de los músculos pelvitrocantéreos, podemos ver el músculo piramidal.

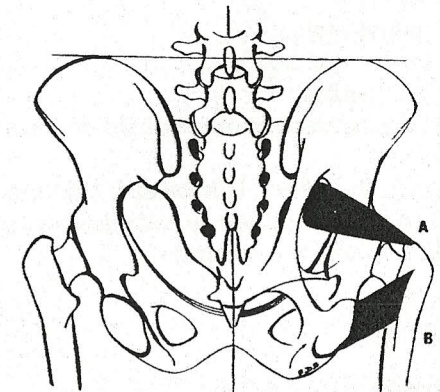
Lo más duro a realizar es vencer la barrera pelvitrocantérea. La reactividad del piramidal representa una defensa que quizá no pueda superarse. El piramidal es el primer músculo tangible de un abanico de fascias que surgen de lo más profundo de la pelvis, que tapizan la zona profunda de la pelvis.

Tejidos aponeuróticos, ligamentos, músculos, como el músculo iliaco, son los actores de una saga, la saga de la pelvis. Estos músculos son centinelas de la integridad de la pelvis y son los primeros que se irritan cuando el anillo pélvico sufre las fuerzas de la dislocación.

Las fibras musculares del piramidal son verdaderos ligamentos activos que participan en la protección de las articulaciones sacroilíacas, están asistidas por muchas estructuras elásticas, aponeuróticas posteriores y anteriores. Y asistidas, como hemos dicho antes, por fibras musculares anteriores procedentes del



**Figura 130 zona B.** Las rodillas flexionadas para relajar los músculos isquiotibiales, pero la tensión posterior se mantiene por el músculo cuadrado lumbar que bloquea la extensión de la cadera.



**Repaso de la figura 129**



músculo iliaco que proyectarán su tensión hacia la ingle, el músculo psoas y la cara anterior del miembro inferior.

Observemos y destaquemos: es importante no olvidar esta información... Una dislocación no debe forzosamente ser visible; sólo cuando es objeto de una batalla el campo se irrita y es doloroso. Todo esto es evidente para los músculos que acabamos de citar. El piramidal y esta cadena iliaca, psoas, cuádriceps, que descienden hasta los extensores de los dedos, son los que nos avisan.

Un pie que se hunde duele más cuando aún no está hundido. La crisis aguda podría ser la señal para una intervención preventiva, una remodelación y una refuncionalización a partir de las imágenes justas.

El abanico pelvitrocantéreo está formado por fascias musculares que emergen desde dentro para insertarse debajo de nuestros dedos. Se encuentran a lo largo de una cresta ósea posterior, de la cadera. Son testigos de lo que llamamos "el estallido del hueso".<sup>13</sup>

En efecto, consideramos la pelvis, esa copa, ese anillo colocado en el centro de nuestro esqueleto, como un núcleo cuya cohesión nos es necesaria para enganchar nuestras cadenas articulares (figura 131).

Repetimos, esa parte del cuerpo sufre todos los problemas de nuestro funcionamiento. Cuando la pelvis está en peligro, los pelvitrocantéreos, como defensa, bloquean la función. Se encuentra entre ellos el músculo cuadrado crural, que, como un cierre está situado superficialmente en el borde inferior del abanico, acaba con el bloqueo. Este cierre prohíbe a la coxofemoral los últimos grados de su flexión, nos inmoviliza.

Muchas veces, corsés naturales y artificiales, precauciones, gestos acompañados, ya no queda nada para inmovilizarnos. Como hemos dicho antes, no moverse, reposar, esperar y aprender a funcionar sin utilizar nuestras caderas, hace que esa parte de nuestra anatomía se vuelva muy vulnerable. Como si fueran tabú, las caderas nunca han existido en nuestras imágenes motrices.

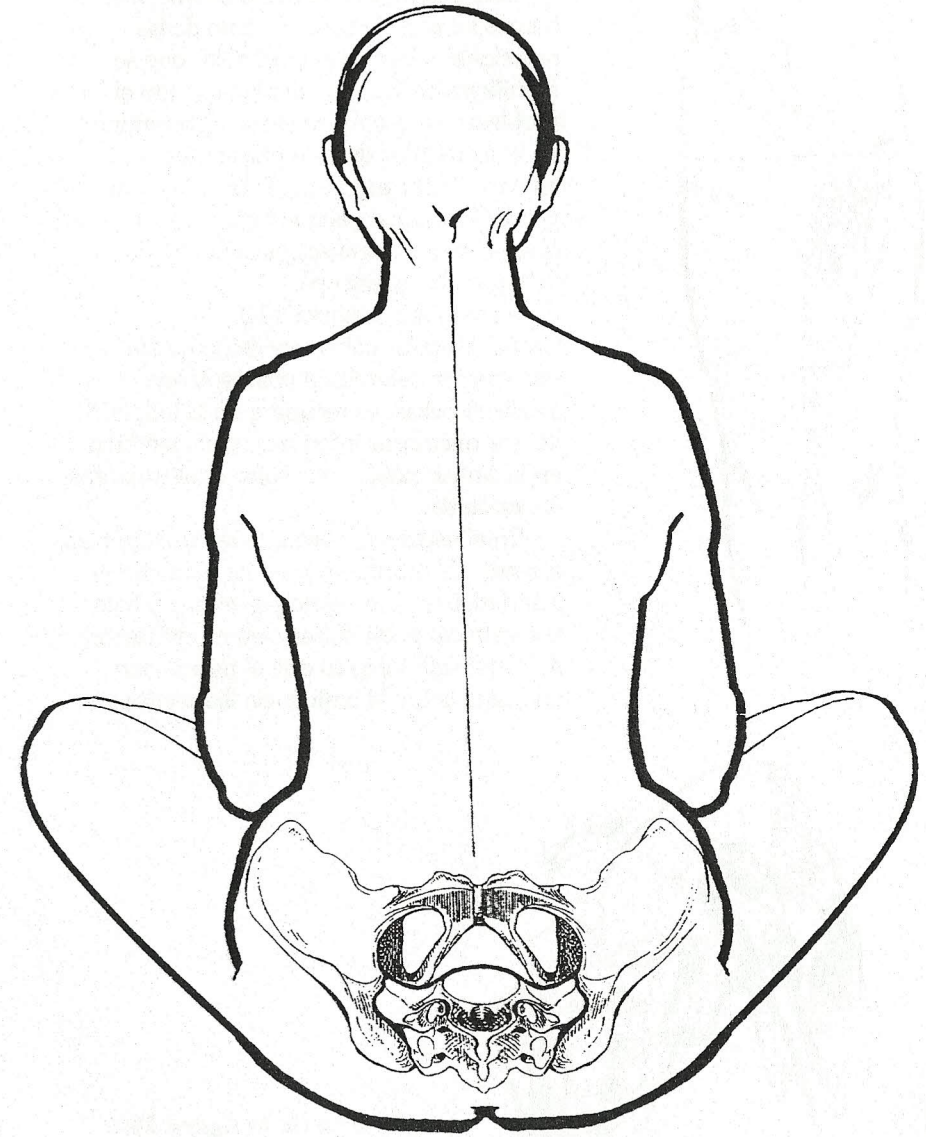
A menos que...

A menos que no dispongamos de otros métodos para devolverle al cuerpo todos sus medios.

Sin dramatizar, son muchos los deportistas que se enfrentan a estos problemas.

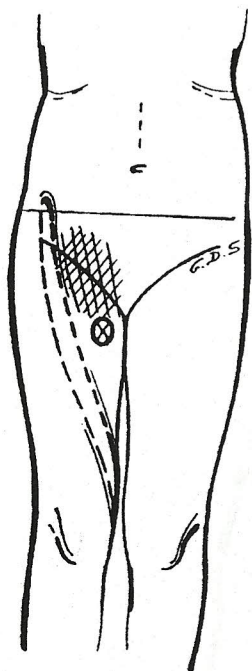
El arte, la sutileza, la habilidad, la inteligencia, entre ellas las de la mano, se deben cultivar cuando se trata de reconstruir, de reestructurar el monigote en que nos hemos convertido.

<sup>13</sup> "La pelvis" en el método G.D.S.



**Figura 131.** Este anillo, situado en el centro de nuestro esqueleto, como un núcleo cuya cohesión es necesaria para enganchar nuestras cadenas.





### Repaso de la figura 110

Como hemos comentado anteriormente, hemos visto el porqué, el cómo de las reacciones musculares y del dolor que se manifiesta en la zona anterior, cuando el problema se localiza en la zona posterior.

Recordemos en este párrafo las informaciones esenciales referentes a la sensibilidad en el pliegue inguinal y los calambres de los músculos aductores y del músculo cuádriceps.

Volvamos a la figura 112.

Comentándola, habíamos dicho que la «disociación sacroilíaca unilateral que desvía la pelvis, se recupera en la longitud de los miembros inferiores, pero también en la sínfisis púbica que sufre cizallamientos al disociarla.

En el esquema, vemos la rama iliopúbica elevada. Al mismo tiempo, las estructuras insertadas en la superficie pectínea y bajo la cresta del pubis sufren una modificación de su tensión, al igual que el psoasílico que pasa sobre la eminencia iliopectínea.



**Repaso de la figura 112.**  
Hemipelvis, cuyo hueso ilíaco está en oscilación, es decir, en retrobasculación en relación con el sacro.

Avancemos un poco más, visualizando en las figuras 132 y 133, las estructuras afectadas. En la figura 132, un nuevo abanico muscular, el de los aductores coxofemorales.<sup>14</sup>

En el centro de este abanico, los músculos más afectados son:

- En el punto superior, el músculo pectíneo, insertado en la cresta pectínea.
- Debajo del pectíneo, el aductor medio, insertado cerca de la sínfisis púbica, bajo la cresta del pubis.
- En el punto inferior, el recto interno, insertado en la unión con el aductor medio.

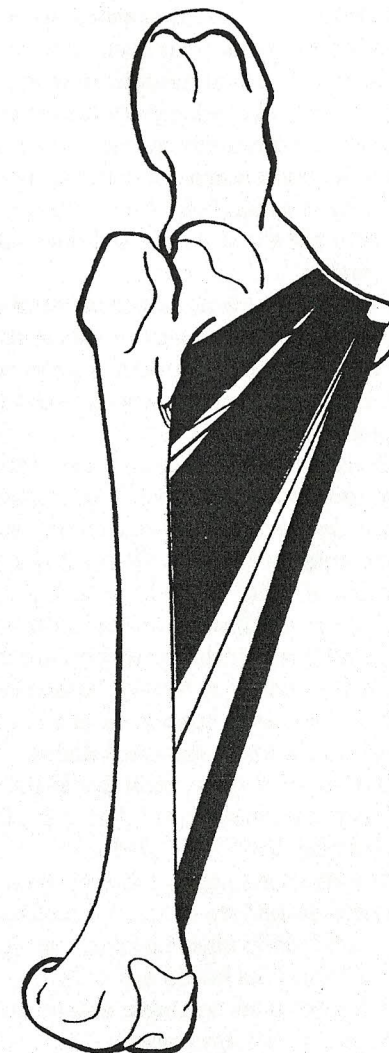
En la figura 133, podemos visualizar los músculos, los más afectados, que son, sin duda, el psoas y el ilíaco, cuyo tendón común se inserta sobre el trocánter menor.

Las fascias musculares pasan en forma de polea por la rama iliopúbica; no debemos ignorar el hecho y no nos debe dejar indiferentes.

En particular, el músculo ilíaco que tapiza la cara interna de la pelvis; se inserta en la fosa ilíaca interna y rodea el sacro. Insertado en el ligamento sacroilíaco anterior, desempeña el papel de ligamento activo.

La disociación que se opera a nivel de la articulación sacroilíaca le afecta y le vuelve reactivo.

Todos estos elementos explican la sensibilidad que se manifiesta en la zona del pliegue inguinal y de los aductores.



**Figura 132.** El abanico muscular de los aductores coxofemorales.

<sup>14</sup> Extracto del dibujo de Kapandji, *Physiologia articular*, fascículo II, *El miembro inferior*. Librairie Maloine, S.A., 1965.



La flexión de la cadera es difícil, en algunos casos, a causa de este dolor en la inserción muscular o en la contracción, pero también duele mecánicamente.

En efecto, en un desplazamiento articular, en este caso una flexión, dos huesos están afectados y coordinan su desplazamiento. El fémur flexiona, subiendo en dirección craneal, su extremo inferior.

En decúbito dorsal, con las piernas elevadas, el hueso coxal debe permitir esta flexión eliminando, hacia abajo y hacia atrás, la rama iliopúbica, lo que corresponde a una flexión del hueso ilíaco, es decir, al principio de una anteversión.

Pero ahora, mientras que el fémur está flexionado, el ilíaco sale en extensión, es decir, en retrobasculación; esta retroversión corresponde a una extensión.

En esta situación podemos notar una molestia mecánica; la flexión no es fácil. La rama iliopúbica cubierta por fascias musculares ofrece un tope que limita la flexión.

Como hemos explicado antes, esta molestia mecánica está provocada sobre todo por los músculos anteriores irritados: el psoas, que sufre también los efectos de la tensión del músculo cuadrado de los lomos; el ilíaco, centinela de la cara anterior del sacroiliaco; el músculo pectíneo, que sufre la oscilación del ilíaco con el aductor medio a su lado.

Lo mismo se puede aplicar a otros músculos, como el recto anterior.

En la línea de estas tensiones anteriores, se producen los calambres del cuádriceps cuando la tensión alcanza el extensor de los dedos. Y el alivio que se obtiene a distancia cuando se ejerce una tracción, seguida de una flexión metatarsofalángica, sobre los dedos.

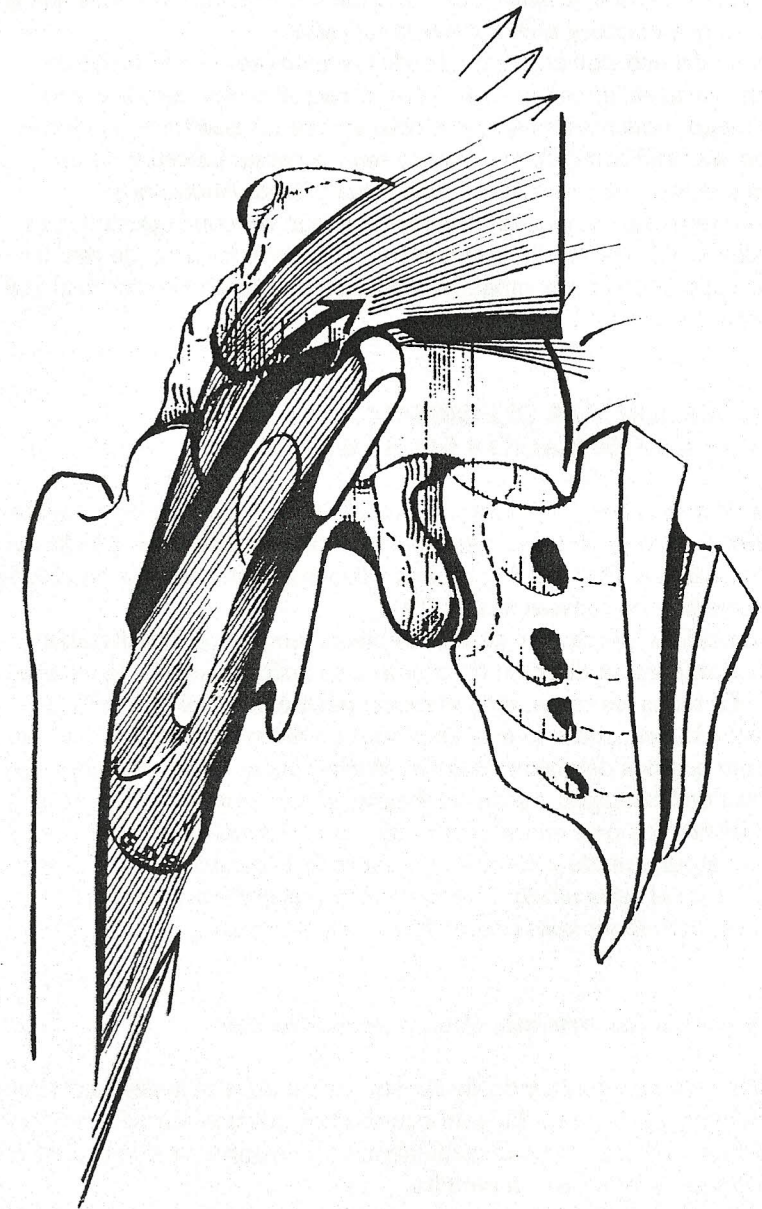
La maniobra más usada por F. Mézières para calmar las algias que se producen en el miembro inferior, los calambres... es la tracción sobre los dedos, en particular el 4.º y 5.º dedos.

Recordemos lo que ya hemos dicho, la tracción sobre el 4.º dedo alivia las algias que se padecen a nivel del pliegue inguinal, mientras que una tracción sobre el 5.º dedo alivia las algias posteriores del miembro inferior (vinculadas a la oscilación del hueso ilíaco de este lado).

Volvamos a las barreras, esas resistencias que se deben vencer para seguir adelante con nuestro trabajo.

F. Mézières era consciente de que esos dolores anteriores muchas veces indicaban una disfunción sacroiliaca. Decía que ciertos problemas del sacro se proyectaban a nivel de la ingle y de los músculos aductores. Por otra parte, decía también que esos aductores son la clave de la articulación sacroiliaca.

Una llave para disolver la barrera, la resistencia; la reactividad, en este caso anterior, que impide la progresión en el trabajo. Y a propósito del punto llamado "de los aductores", una fricción con vibración sobre este punto podría



**Figura 133.** Podemos visualizar el músculos psoas y el ilíaco cuyo tendón común se inserta en el trocánter menor.



liberar, en algunos casos, la articulación sacroilíaca. Nosotros decimos que entra en el proceso que conduce a remodelar la sacroilíaca.

En el seno del anterior escenario donde los aductores son víctimas de la oscilación ilíaca, se les debe relajar, si no el sacroilíaco no será liberado.

Sin embargo, podemos imaginar el caso en que los aductores, al ejercer una tensión anormal sobre el hueso ilíaco sean la causa. La causa de una disociación que, esta vez, se origina en la rama púbica. Ahora, nos encontramos ante otro tema que no tiene nada que ver con la postura de la elevación de las piernas. Por lo tanto, hemos de buscar la razón de esta tensión de los aductores, la causa principal. No hay puntos milagrosos, sino una lógica para encontrarlos.

### 3. LA DISFUNCIÓN Y LA DEFORMACIÓN PÉLVICAS EN OSCILACIÓN SACROILÍACA

Síntesis de lo que hemos descrito, el párrafo recupera de manera sucinta y sistemática el cuadro de disfunciones y deformaciones pélvicas vinculadas a la oscilación sacroilíaca. Deficiencias a las que debemos estar atentos en el terreno de las posturas con las caderas flexionadas.

Las disfunciones que hemos descrito representan para la cinesiterapia clásica una gran contraindicación en cuanto a su aplicación en la "gimnasia en cifosis". En todos los casos, esta situación pélvica es difícil de curar.

Además de la frecuencia de este caso, existen diversos grados; por lo tanto, es interesante que nos detengamos en él. Muchas veces se trata de personas que se quejan de lumbalgias y estas lumbalgias son de origen pélvico.

Ya no insistiremos más en esta causa que, por otra parte, ha sido ampliamente argumentada y comentada; ahora insistiremos en las consecuencias en el seno pélvico. En particular, reconsideraremos las articulaciones sacroilíacas y las describiremos sucintamente.

#### 1. ¿Son móviles las articulaciones sacroilíacas?

Una importante pregunta y desde nuestro punto de vista la respuesta debe buscarse en el propio terreno. Nosotros pensamos que una sacroilíaca puede llegar a ser muy móvil, pero no durante demasiado tiempo, ya que pronto entra en un proceso de defensa que la paraliza.

El problema es que no se paraliza en una situación cómoda. En el seno de esta pelvis, en el centro del aparato locomotor, desde donde fluyen las cadenas articulares y musculares, las pequeñas causas tienen grandes consecuencias.

Pequeña incompetencia coxofemoral, pequeños desplazamientos sacroilíacos y un día nos encontramos con lo que dice F. Mézières, las maletas de compensaciones.

Dicho esto, señalaremos que los individuos son diferentes: unos presentan una pelvis con un tipo de rigidez cuyo sacro verticalizado está fijo como una cuña, como si tuviera dos auriculares sobre las orejas, los dos huesos ilíacos; un sólido "sistema de autobloqueo"; otros presentan una pelvis cuyo sacro horizontal está suspendido a los ligamentos de la espalda. ¿Móvil? Quizás; oscilante, vibrante, elástica, sí.

También influye el modo de vida, y al igual que cualquier otra estructura elástica, ¿por qué esta contención no ha de poder fragilizarse? Si somos conscientes de los requerimientos que convergen de todas partes hacia allí, ¿por qué nos sorprendemos?

Sobre todo para algunos tipos de pelvis, es cierto que puede relajarse, volverse frágil, bloquearse deformándose.

#### 2. Cuando la articulación sacroilíaca se mueve, ¿cuáles son sus posibilidades de desplazamiento?

Sabemos que la sacroilíaca se mueve a veces, por ejemplo, en el caso del parto.

Los movimientos que se le reconocen están bien definidos. La sacroilíaca no funciona como cualquier otra articulación, no decimos que se flexiona, que se extiende, que rota. No, decimos que "oscila". Es todo lo que hace. Y cuando recupera su posición inicial, "contraoscila".

##### a) La oscilación y la contraoscilación del sacro (figura 134)

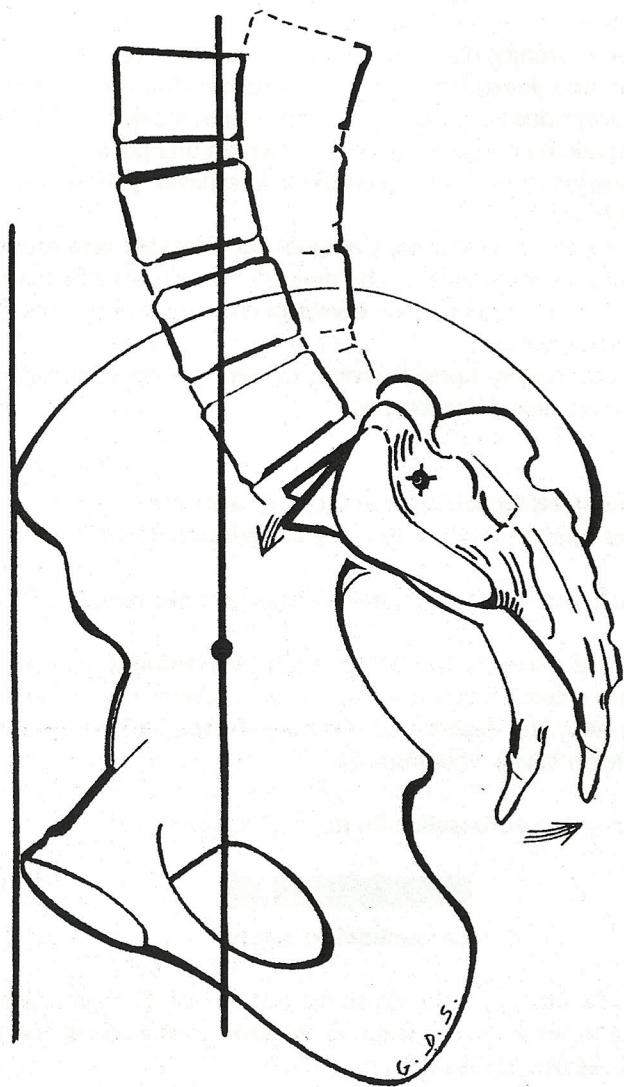
#### La oscilación sacra

El sacro bascula, gira alrededor de un eje transversal. El promontorio se desplaza hacia delante y hacia abajo. El extremo caudal con el cóccix se desplaza hacia atrás y hacia arriba.

#### La contraoscilación del sacro

El sacro realiza el movimiento inverso.





**Figura 134.** La oscilación del sacro en torno al ligamento axilar, llamado "eje de Farabeuf".

Para visualizar el movimiento, decimos que en la oscilación el sacro baja la cabeza y que en la contraoscilación la endereza. Un movimiento de tan poca amplitud que es comparable a una oscilación como la que realiza la cabeza cuando afirmamos con ella.

En el diccionario Larousse, leemos:

- Ligero balanceo de carácter periódico que sufre el eje de rotación de la tierra alrededor de su posición medi...
- Oscilación continua de la cabeza...

Estas definiciones están próximas a la del funcionamiento de la sacroilíaca, ya que ésta tiene una función cinética, la función de amortiguar. En la marcha, en la carrera, en el salto, oscila. En la deambulación, se transforma en una oscilación continua, como se dice en el Larousse.

A cada paso, durante la locomoción, comparable a la cabeza que hace "sí", el sacro oscila inclinándose del lado que apoya. Como un resorte, se eleva y se inclina hacia el otro lado.

La zona superior, la base del sacro, o sea, el extremo craneal, inclina la cabeza hacia abajo y hacia delante, hundiéndose en la pelvis, alternativamente hacia la derecha y hacia la izquierda al ritmo de los pasos.

A. Delmas,<sup>14</sup> al igual que I.A. Kapandji<sup>15</sup> niega esta oscilación sacroilíaca, pero distingue morfologías sacras diferentes correspondientes a tipos raquídeos dinámicos o estáticos.

Esto determina para el sacro un tipo de función más dinámica en unos y más estática en otros.

Precisamente, en la práctica, hemos podido ver que individuos estáticos que han "forzado" dicha articulación sufrían mucho más que individuos dinámicos. A igual desplazamiento, las consecuencias no son las mismas, el dinámico es un tipo más adaptativo.

#### b) El eje de rotación

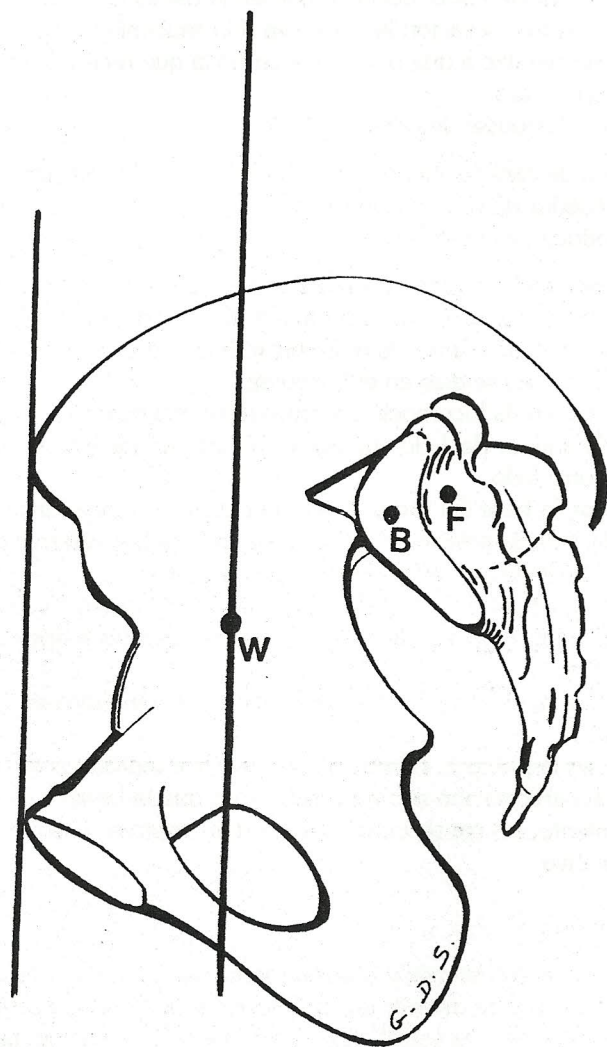
El eje de rotación es transversal y, normalmente, está perfectamente horizontal, salvo si la base se mueve. Las opiniones sobre el emplazamiento de este eje están repartidas. Nosotros pensamos que todo el mundo puede estar de acuerdo admitiendo que este eje puede deslazararse según las circunstancias. Esto creemos que es lo más probable.

Las circunstancias son, en primer lugar, las típicas humanas: la posición del cuerpo, los gestos efectuados, las disfunciones instaladas.

<sup>14</sup> H. Rouvières - A. Delmas, *Anatomía humana*, tomo I, Masson, 1974.

<sup>15</sup> I.A. Kapandji, *Fisiología articular*, fascículo III, *Tronco y raquis*, Maloine, S.A., 1972.





**Figura 135.** Las diferentes teorías de la oscilación:<sup>16</sup> tres ejes de rotación:  
 1) basculación alrededor del ligamento axial, eje según Farabeuf,  
 2) basculación alrededor del tubérculo de Bonnaire,  
 3) según los estudios de Weisl, eje preauricular y posibilidad de traslación.

<sup>16</sup> I.A. Kapandji, "Fisiología articular", fascículo III, Tronco y raquis, Maloine, S.A., 1972.

El encajamiento de los huesos presentes, en este caso de la sacroilíaca, no puede justificar un centro de rotación inmutable. En efecto, la articulación debe su coaptación a los ligamentos y, un poco, a su formación ósea. Por lo tanto, existe una posibilidad y un riesgo de laxitud.

Si durante una disección, la rigidez cadavérica hace aparecer una contención ligamentosa sin fallos, nos parece lógico que los ligamentos vivos sean claramente más elásticos y extensibles.

La idea de resorte, para la sacroilíaca, nos parece un concepto fisiológico admisible. Este concepto se abre, sin embargo, sobre posibilidades de errores. El cambio, el riesgo, el movimiento, no son la vida, pero sí una fuente de pruebas que implican la vida.

Para nosotros, una sacroilíaca, esta sagrada articulación, es una articulación viva. Una articulación que una incompetente utilización corporal no debe sacrificar.

La figura 135 permite visualizar estos ejes y comprender lo que puede suceder en la pelvis.

Se nos proponen tres ejes de rotación:

1) El punto F:

La rotación del sacro se opera, según **Farabeuf**, alrededor de un eje constituido por el ligamento axial detrás de la superficie articular. Es la teoría más admitida, el movimiento es angular. Ligamento al que se encuentra suspendido el sacro, en particular cuando el sacro se horizontaliza.

2) El punto B:

Ahora el eje se sitúa, según **Bonnaire**, en el centro de la superficie articular en la articulación de las ramas verticales y horizontales de la aurícula. El movimiento es angular y se realiza alrededor del tubérculo llamado "tubérculo de Bonnaire".

3) El punto W:

En este caso, se trata de un eje interesante precisamente en el contexto de nuestras deficiencias pélvicas. Es el resultado de un estudio conducido por H. **Weisl**,<sup>17</sup> que hemos intentado reproducir, de manera resumida, y cuyos resultados se encaminan hacia una investigación que nos confirma los datos de Weisl. Estos datos son aplicables a tipos humanos en ciertas circunstancias y cuando la sacroilíaca, móvil, no es la presa de los mecanismos de defensa que la bloquean.<sup>18</sup>

Weisl sitúa el eje de la oscilación sacra más o menos adelantado a la articulación. La mayoría de las veces en un punto que coincide con el centro

<sup>17</sup> H. Weisl, *The movement of the sacroiliac joints*, Acta anat. 23: 80-91, 1955.

<sup>18</sup> "La pelvis", método G.D.S.



de gravedad del cuerpo, frente a S3, sobre la línea horizontal que une las cabezas femorales.

Como escribe A. Delmas, este eje implica un desplazamiento en masa del sacro, donde una **traslación** está asociada a una **rotación**. El sacro es, por lo tanto, susceptible de deslizarse, además de oscilar alrededor de un eje. Precisamente, son estos deslizamientos los peligrosos para la integridad pélvica.

Digamos, antes que nada, que son los requerimientos los que invitan al sacro a deslizarse. Estas tensiones en disociaciones sacroiliacas repetidas sólo pueden debilitar el anillo pélvico y progresivamente implicar a la sacroiliaca en una cierta movilidad hacia todas esas barreras y compensaciones de las que hemos hablado.

Hemos visto la oscilación y la contraoscilación del sacro, nos queda por ver esta misma oscilación y contraoscilación realizada por el hueso ilíaco. Utilizaremos esta descripción para explicar también "cómo funcionan los ejes citados".

c) *La oscilación y la contraoscilación del hueso ilíaco, diferencias según el eje de rotación*

### La oscilación ilíaca

Alrededor del eje F (figura 136). Se trata del eje clásico de **Farabeuf** a nivel del ligamento axial. Recordemos, un movimiento en el seno de una articulación se realiza con la presencia de dos huesos. O bien, uno de los dos se desplaza en relación con el otro, que permanece en posición neutra, o bien los dos huesos se desplazan y en este caso parten en sentido contrario. La oscilación del hueso ilíaco es, por lo tanto, **contraria** a la oscilación del sacro.

No somos niños y, sin embargo, debemos recordar a nuestros estudiantes que visualizan erróneamente estos desplazamientos debido a una incorrecta concienciación de la pelvis.

El hueso ilíaco en oscilación bascula hacia atrás, mientras que el sacro bascula hacia delante. Más preciso aún, el polo superior del hueso ilíaco parte hacia atrás y hacia abajo, mientras que el polo superior del sacro parte hacia delante y hacia abajo.

Es interesante destacar que los efectos de esta oscilación son considerables a nivel de la rama isquiopúbica e ínfimas a nivel de la sacroiliaca. Su prueba, la espina ilíaca posterosuperior (EIPS) casi no se desplaza.

La figura 136 permite visualizar este hecho:

El ilíaco en posición neutra (línea de puntos); el ilíaco en oscilación alrededor del eje F (línea continua).

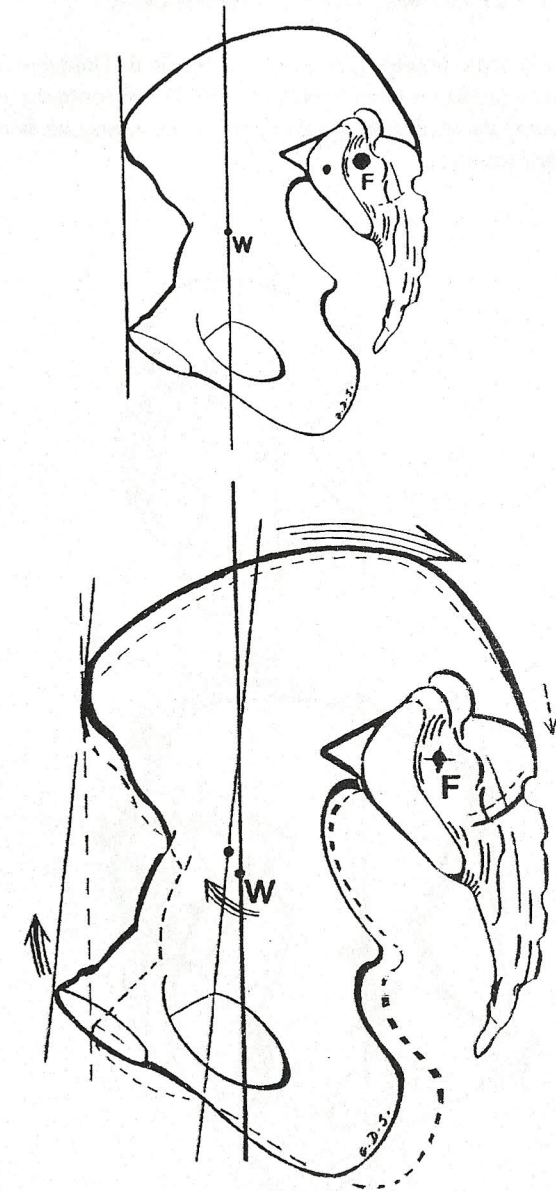
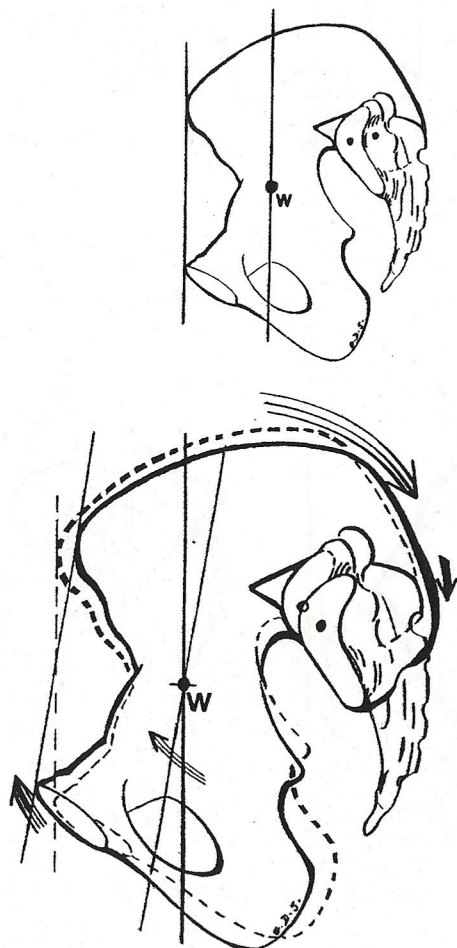


Figura 136. La oscilación ilíaca alrededor del eje de Farabeuf.



Figura 137, la oscilación iliaca alrededor del eje de W.

*Nota:* No hemos descrito la oscilación alrededor del eje de Bonnaire, los dos ejes F y B están próximos y producen casi el mismo efecto. Por el contrario, el eje de Weisl modifica sensiblemente esta oscilación, ya que el movimiento angular, la rotación pura, está asociada a un deslizamiento.



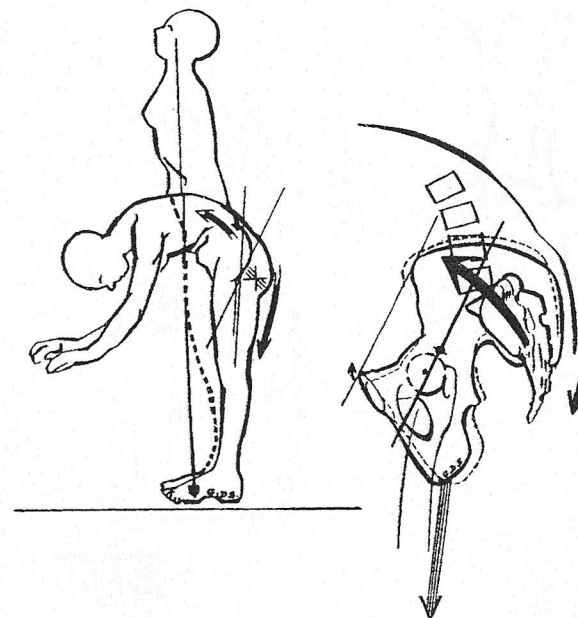
**Figura 137.** La oscilación iliaca alrededor del eje de Weisl

Como podemos ver en la figura 137, las relaciones en el marco de la oscilación han cambiado entre el sacro y el iliaco.

El desplazamiento sacroiliaco es considerable, la EIPS da prueba de ello. Aquí un movimiento angular está asociado a una traslación. El iliaco desciende en relación con este iliaco, el sacro sube, las vértebras lumbares también. Entonces, la tensión aumenta a nivel del espacio iliolumbar debido al alejamiento acentuado de las inserciones de la mayoría de las estructuras que cierran el triángulo.

Como ya hemos dicho, insistimos en el hecho de que al principio esto no se desarrolla totalmente de esta manera, las solicitaciones que levantan el sacro hacia fuera de la pelvis están presentes, pero no podrían medirse. Seguidamente, poco a poco, vemos aparecer este eje de movimiento preauricular, testigo de una distensión; en particular, en el movimiento con el tronco flexionado hacia delante, mientras que los huesos iliacos están fijos hacia abajo.

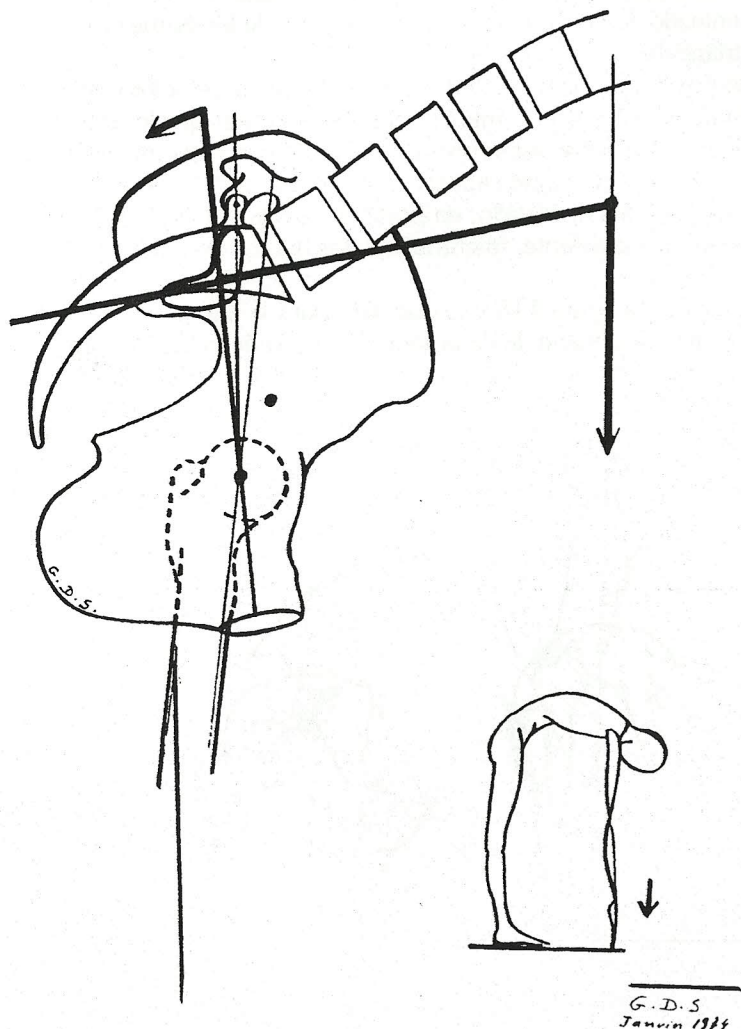
Es lo que vemos en la figura 118 y lo que deja claro la figura 138: cuando la flexión de la cadera se detiene, la de la sacroiliaca y la de la lumbosacra empieza.



**Repaso de la figura 118.** Aquí las solicitaciones que "arrastran" el sacro están en acción.



Ilustrado por la figura 138: primero, un movimiento angular del sacro situado ahora a nivel del eje de Bonnaire. Seguidamente, la fragilidad actúa, con una distensión de los ligamentos, la oscilación puede desplazarse hacia el eje de Weisl. Esta clase de oscilación amplía el desplazamiento del sacro hacia arriba y del ilíaco hacia abajo.



**Figura 138.** Cuando la flexión de la cadera se detiene, la de la sacroilíaca y la de la lumbosacra empiezan.

En la flexión del tronco es el sacro el más solicitado; el peso del tronco también contribuye. En la elevación de las piernas, el ilíaco levantará al sacro.

### La contraoscilación ilíaca

Es el movimiento inverso en relación con la oscilación que acabamos de describir. Sabemos que la mayoría de las contraoscilaciones fijas son el resultado de un preciso mecanismo de defensa.<sup>19</sup> Al principio, un requerimiento excesivo de la sacroilíaca en oscilación, vaseguido de una reacción muscular. Pero estas contraoscilaciones pueden ser dolorosas en la medida que sean fuertes las contracturas de defensa que paalizan la pelvis. La figura 123 ilustra una contraoscilación del sacro hacia la izquierda debida a una tensión del músculo piramidal, izquierdo en defensa, a causa de la oscilación del hueso ilíaco provocada por insuficiencia de la caera.

#### d) Hemos visto que el eje de rotación puede desplazarse

Acabamos de describir un ejemplo del caso de una oscilación sacroilíaca alrededor del eje de Bonnaire hacia el eje de Weisl. Conocemos ya las condiciones que favorecen el eje de Weisl. Precisemos que estas condiciones están vinculadas sobre todo al movimiento los movimientos del tronco y de los miembros inferiores. Los riesgos aumentan con los gestos de esfuerzo.

Citemos otro ejemplo, ilustrado por las figuras 139 y 140. Pensamos que algunas estáticas favorecen el eje de Farabuf.

La estática inclinada hacia delante es frecuente; suspende el cuerpo desde los talones hasta la nuca, con un encadenamiento muscular posterior.

Los huesos ilíacos están obligados por estos fuertes extensores y sus aponeurosis.

Ahora, el peso del tronco va hacia delante, desplazando la línea de gravedad. Esta última, mucho más anterioren relación con la coxofemoral, hace recaer enormes fuerzas sobre el punto más elevado del sacro. No son fuerzas de compresión susceptibles de favorecer el sistema de autobloqueo de la sacroilíaca, sino fuerzas que, por el contrario, movilizan el sacro hacia una posición horizontal.

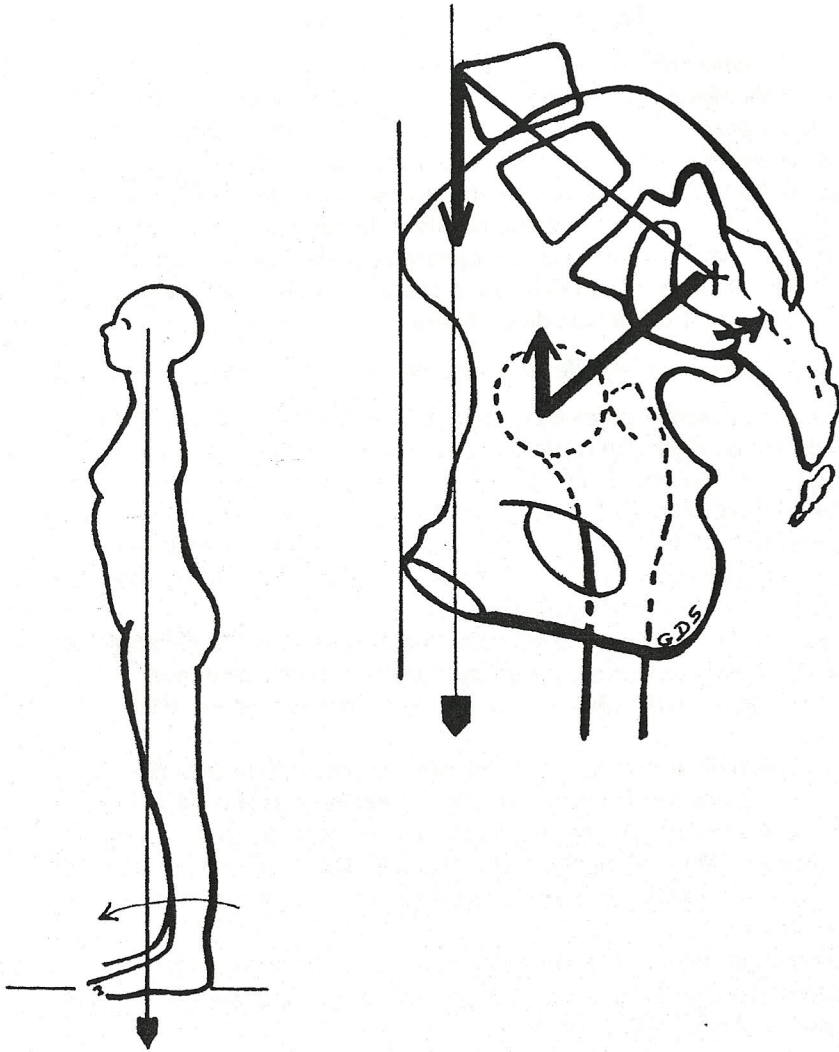
Como podemos ver en la figura 139, el sacro, suspendido por sus ligamentos dorsales, oscilará. Impulsado por las fuerzas de gravedad centradas hacia delante, se horizontaliza, es decir, oscila.

En la situación de un cuerpo de pie y arando, esta oscilación que hunde la parte superior del sacro en la pelvis encierra, lógicamente, su eje alrededor de

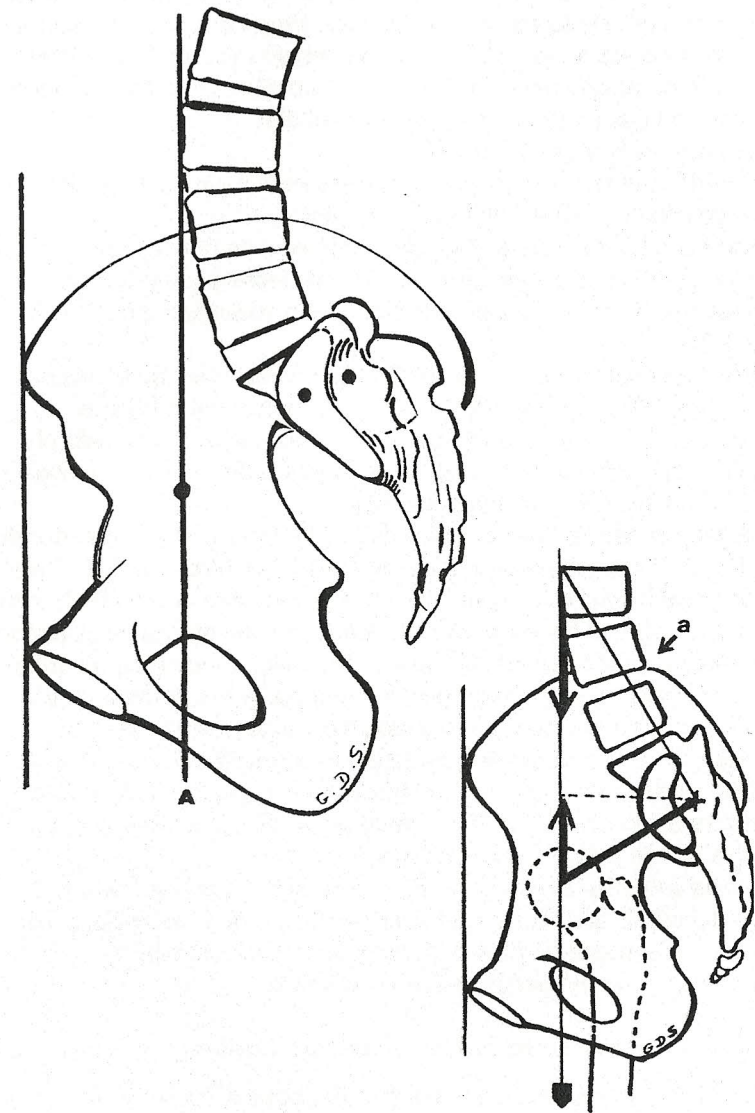
<sup>19</sup>. Se trata principalmente del "ilíaco anterior", descrito en osteopatía y/o del "sacro posterior".



un punto designado por Farabeuf. Una situación en la que una suspensión y una movilización mantenida y apremiante acabarán por fatigar el sistema de ligamentos.



**Figura 139.** Impulsado por el peso del tronco, desplazado hacia delante, el sacro se horizontaliza, es decir, oscila.



**Figura 140.** A. Una "geometría pélvica" en equilibrio.

B. La sacroilíaca está en el centro de un mecanismo que el método G.D.S. llama la "pinza pélvica": palanca ilíaca y palanca lumbosacroilíaca vibran alrededor de la sacroilíaca cuando están en equilibrio.



Si añadimos a esta distensión las operadas por los movimientos de flexión del tronco, el proceso evolucionará con rapidez. Empieza por los músculos extensores que bloquearán la cadera para mantener el cuerpo en equilibrio. Entonces puede desencadenarse la disociación sacroilíaca cuando el tronco se flexiona (acción que realiza cientos de veces al día).

Comparemos las figuras 139 y 140.

La figura 140 muestra un sistema mecánicamente equilibrado. Hablamos, sin dudar, de una "geometría pélvica" armoniosa.

En relación con L3, la línea de gravedad no puede, en ningún caso, ir muy hacia atrás, es decir, pasar por detrás del cuerpo vertebral y atravesar las apófisis articulares. No puede tampoco ir demasiado adelante, como vemos en la figura 139.

Debe pasar de manera que caiga sobre la horizontal que une las cabezas femorales, ni delante ni detrás. Y las mejores relaciones entre L3 y la coxofemoral, es decir, entre lordosis lumbar y pelvis, es hacer coincidir el borde anterior del cuerpo vertebral con la proyección del centro de ambas coxofemorales unidos por la citada horizontal.

Dicho de otro modo, la línea de gravedad pasará por el borde anterior del cuerpo de L3, para abocar sobre la línea que une los centros coxofemorales. El centro de gravedad del cuerpo se encuentra por encima de esta horizontal en frente de S3, sobre el eje de gravedad. Ahora el conjunto está equilibrado.

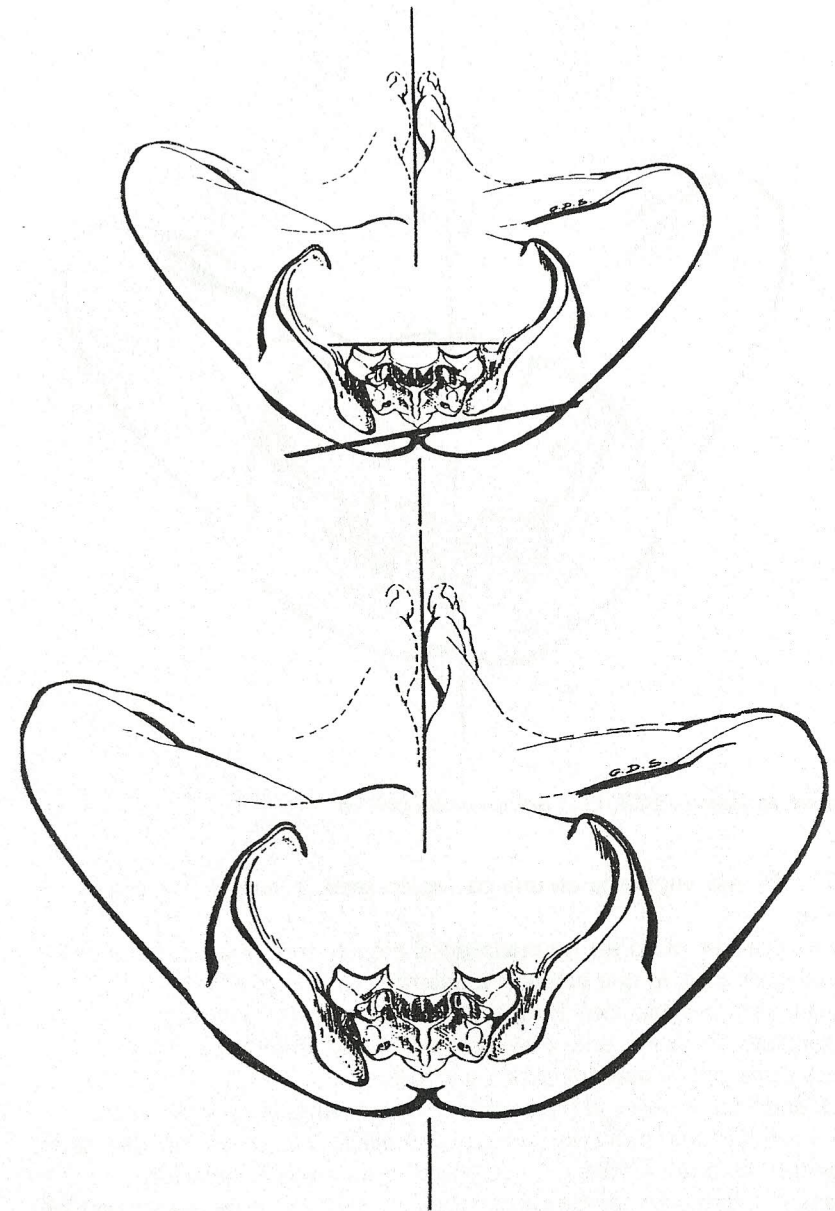
Cuando hay equilibrio, las articulaciones sacroilíacas neutralizan el impulso que procede del suelo, transportado por el fémur hacia la coxofemoral y el empuje de la gravedad que aboca al mismo sitio, es decir, sobre las coxofemorales. En esta función es posible una cierta elasticidad sacroilíaca. La sacroilíaca articula la palanca lumbosacroccóigea con una palanca ilíaca. En equilibrio, estas dos palancas vibran alrededor de la sacroilíaca, y esta "pinza pélvica" protege los discos lumbares.<sup>20</sup>

Las sacroilíacas tienen una función de amortización que precede a la del disco intervertebral. Absorbidas por el sistema elástico de la sacroilíaca, las molestias llegan amortiguadas al disco lumbosacro. Una sacroilíaca funcional representa una protección para la columna vertebral.

- ¿Qué puede hacer una sacroilíaca en el sistema ilustrado por la figura 139?

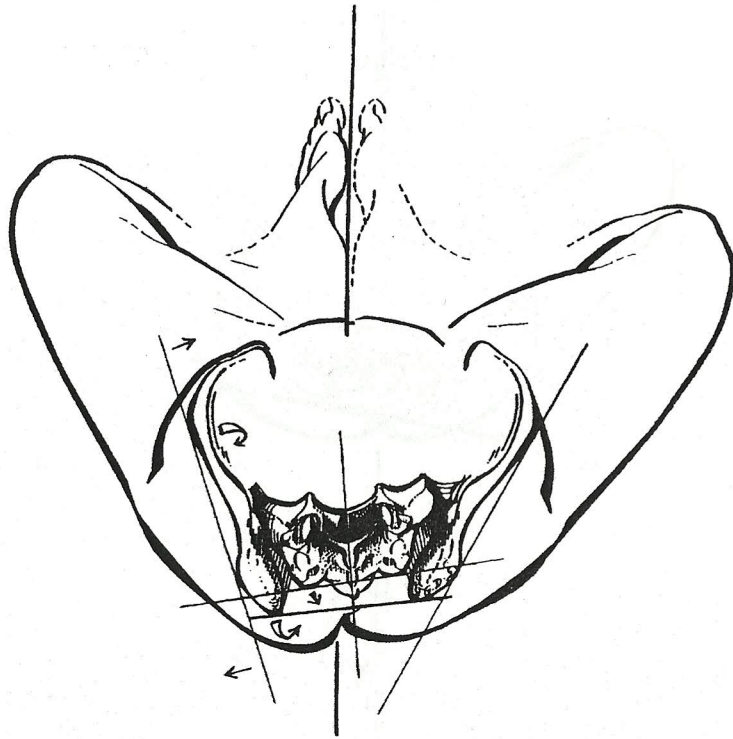
Las palancas no se neutralizan, la palanca lumbosacroccóigea es demasiado pesada e implica a la sacroilíaca y a toda la pelvis en un desplazamiento que la destruye. Toda la palanca lumbosacroccóigea

<sup>20</sup> La geometría pélvica debe ser armoniosa para que la "pinza pélvica" sea funcional, para actuar como primer amortiguador de la columna vertebral. Método G.D.S.: *La pelvis, géometrie et angles G.D.S.*



**Repaso de la figura 122.** La posterioridad de la EIPS izquierda marca una oscilación del ilíaco izquierdo.





**Repaso de la figura 123.** Una deformación pélvica.

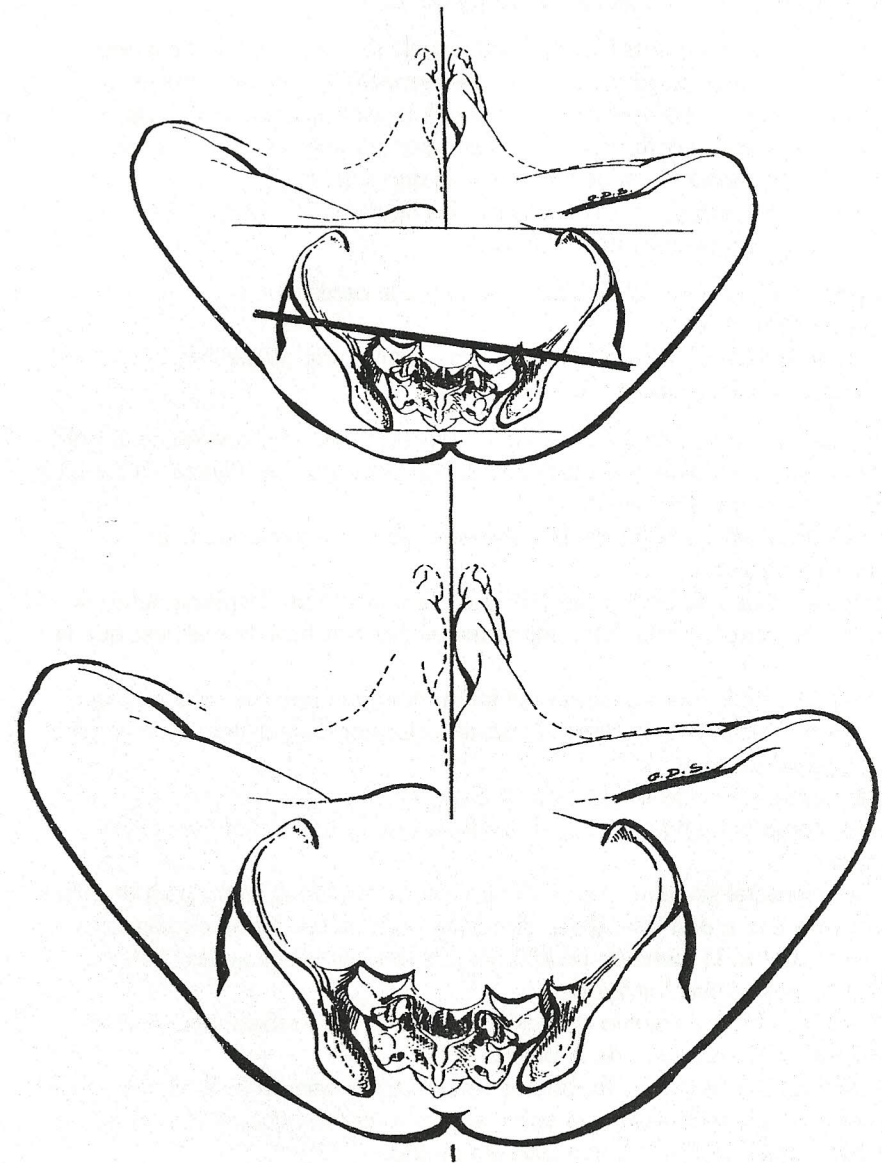
(figura 139 B) está implicada en una oscilación sacra agravada por el peso del tronco.

Esto no es todo, al no ser neutralizado el empuje transmitido por el fémur, eleva la coxofemoral, lo que equivale a una retroversión pélvica.

¿Salva la retrobasculación? Podría salvarla si enderezara el sacro y la columna lumbar. Pero no, una retrobasculación que repercutirá sobre una sacroiliaca distendida y que acentuará su oscilación.

Basculando hacia atrás, el hueso ilíaco resbala sobre la aurícula sacra, el sacro no es bastante solidario para acompañar al ilíaco, aislado y disociado, que experimentará una oscilación que agravará aún más la situación.

Todos estos pequeños desplazamientos se encadenan para acabar con las compensaciones para poder permanecer de pie, para no sufrir dolor, para moverse. Todo puede reconstruirse para llegar al origen del gesto, a lo que estructura el cuerpo.



**Repaso de la figura 124.** La anterioridad del ala izquierda del sacro marca una oscilación asimétrica del sacro izquierdo que implica a la palanca lumbosacrococcygea.



e) *La pelvis asimétrica. Repaso de la figura 123.*

Como hemos dicho antes, la oscilación suele ser bilateral, pero cuando la situación es crítica, las reacciones no son necesariamente asimétricas.

Compensaciones, compromiso con el dolor, contracturas de defensa; entonces aparecen las deformaciones. Éstas son, la mayoría de las veces, asimétricas, afectando a una hemipelvis más que a la otra.

Repaso de las asimetrías evocadas por las figuras 122, 123 y 124.

A la vista de las definiciones anteriores:

- La posterioridad de la EIPS izquierda marca la oscilación iliaca (figura 122 y 123)
- La anterioridad del ala izquierda del sacro marca una oscilación asimétrica del sacro (figura 124).

Sin embargo, no debemos confundir una posterioridad izquierda de la pelvis con esta posterioridad del polo superior del hueso iliaco. Las figuras 141 y 142 permiten visualizar la diferencia.

La posterioridad de la figura 141 muestra un desplazamiento de la articulación sacroiliaca.

La posterioridad de las figuras 142 y 143a muestra un desplazamiento de la articulación coxofemoral. Esta última es mucho más fácil de realinear que la anterior.

F. Mézières pedía que se estirara el talón. Ahora el paciente está sentado, con las piernas estiradas, la pelvis se posterioriza hacia la izquierda y se le pide que estire el talón izquierdo.

Justamente, si esta posterioridad va asociada a una oscilación del iliaco izquierdo, como en la figura 141, el hecho de estirar el talón aumentará la oscilación.

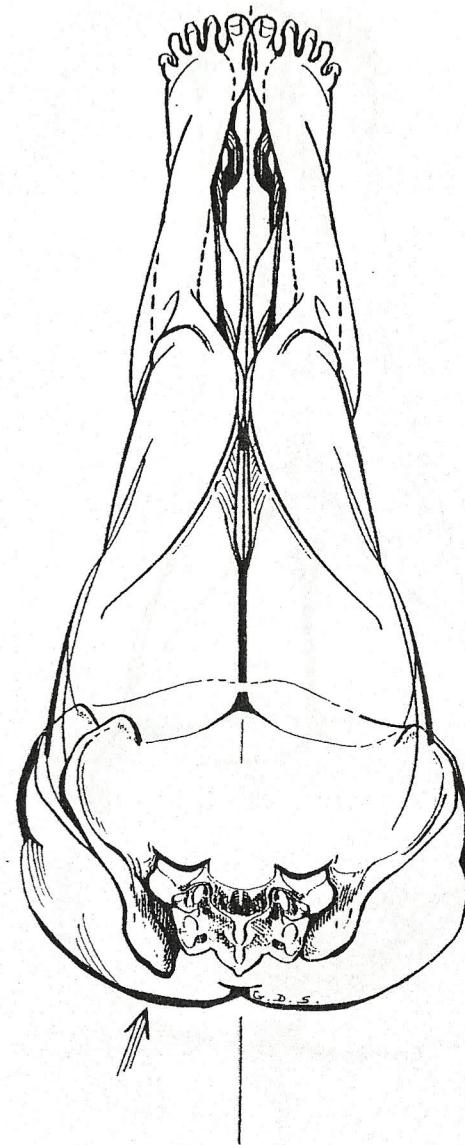
La coxofemoral situada sobre el eje de rotación sacroiliaco no podría ayudar, con esta tracción, a una sacroiliaca disociada por una oscilación excesiva. Es importante centrar la atención en ello, ya que muchas veces en las posturas Mézières se pide estirar los talones.

A continuación, un trabajo en posición sentada para reflexionar sobre el alineamiento y el modelado de la pelvis.

Ilustrado por la figura 143b, hemos visto muchas veces a F. Mézières apoyar el pie sobre una hemipelvis hacia atrás, al mismo tiempo que efectúa todos los demás alineamientos que caracterizan el método.

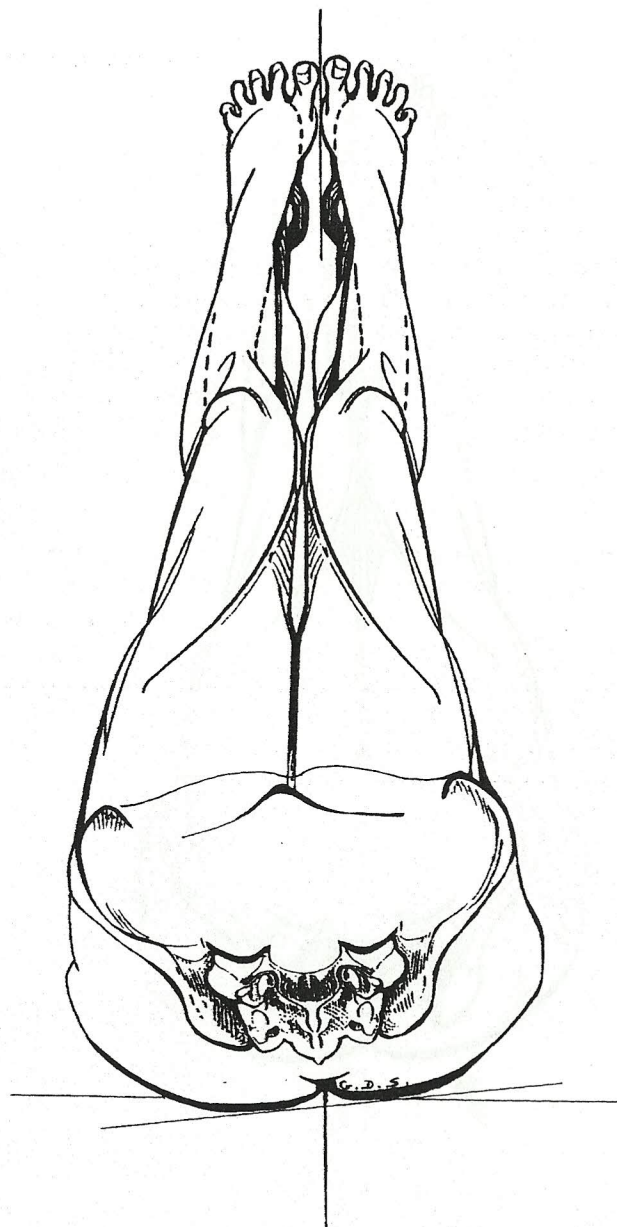
La figura 143a muestra la necesidad de realinear esta pelvis desviada en rotación global hacia la derecha, es decir, en posterioridad izquierda.

El terapeuta pide que se estire el talón izquierdo para obtener la alineación. Al mismo tiempo, apoya el pie en el glúteo izquierdo.



**Figura 141.** Oscilación iliaca. Un desplazamiento de la articulación sacroiliaca.





**Figura 142.** Posterioridad de la pelvis izquierda. Desplazamiento de la articulación coxofemoral.

¿Qué hace el pie?

El pie puede colocarse en esta posterioridad por varias razones:

- 1) Por un realineamiento, para ayudar al paciente a alinearse si el impulso con el talón no basta.
- 2) Para una protección en el caso de que esta tracción conlleve una complicación de retrobasculación pélvica.

Esta retrobasculación, según F. Mézières, dificulta el trabajo, ya que impide que se doble la cadera. El pie bien colocado impide esta basculación e impulsa al tronco a flexionarse por el sitio correcto, es decir, la cadera.

En efecto, tal como vemos en las figuras 143b y 144, la pelvis se mantiene en anteversión por la presión femoral ejercida encima del eje de rotación transversal de la coxofemoral. Entonces, la tracción sobre el talón no tendrá ningún efecto secundario sobre la sacroilíaca. La anteversión ilíaca la protege.

- 3) Para modelar, ¿podría el apoyo por sí solo contribuir a reoaptar una sacroilíaca deformada por la oscilación del hueso ilíaco?

Como vemos en la figura 144, el pie correctamente situado sobre la EIPS ejerce una presión modeladora dirigida hacia arriba y hacia delante. Observemos que esta presión contribuye principalmente a activar de nuevo la flexión de la cadera protegiendo la sacroilíaca.

Pero tratando la causa, las estructuras de defensa que paralizan la sacroilíaca en su mala posición, podrían relajarse. Con esa modelación, se traza el camino en la concienciación del cuerpo, como en la mecánica, que facilitará una coaptación más o menos espontánea de la sacroilíaca.

Frágil, la sacroilíaca será protegida y mantenida en reposo si nos concienciamos de ello y aprendemos las funciones de la cadera. Una concienciación real y profunda en lo que vivimos, un recorrido "al país de mis huesos", para recuperar el origen de los gestos (figura 145).

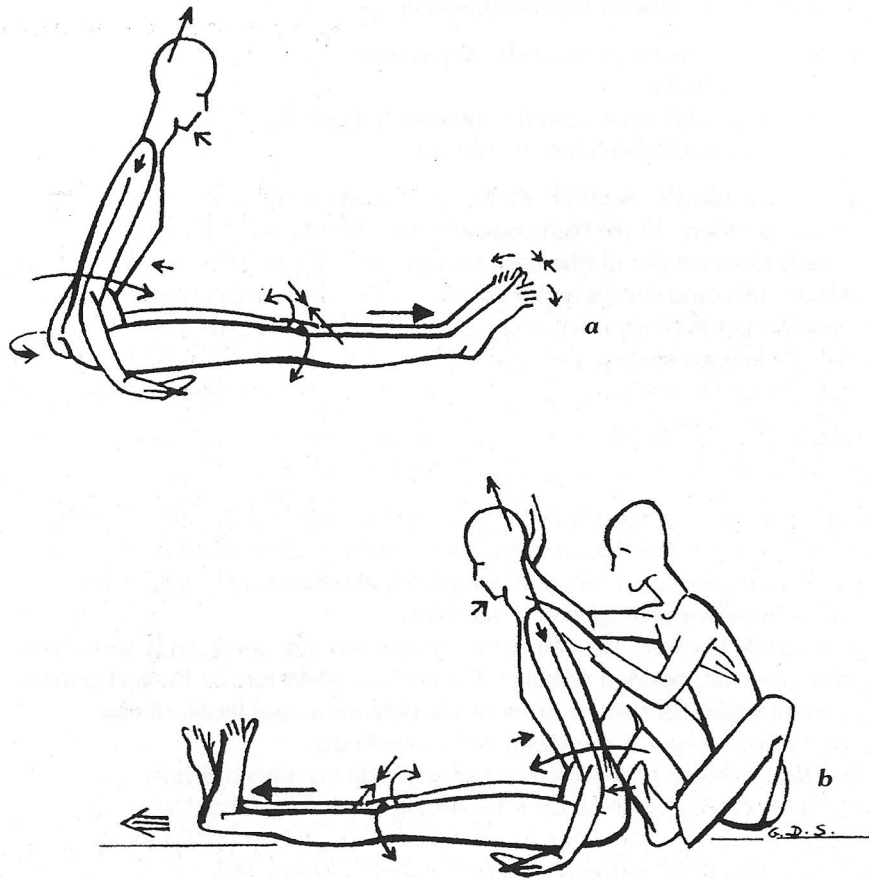
Para finalizar este paréntesis, una última reflexión:

### **Decimos: las "lesiones principales" son por fragilidad y no por choques<sup>21</sup>**

La lesión primaria, como hemos descrito en este paréntesis, sería descubrir una forma "de incompetencia" en el funcionamiento, seguido de "fragilidad".

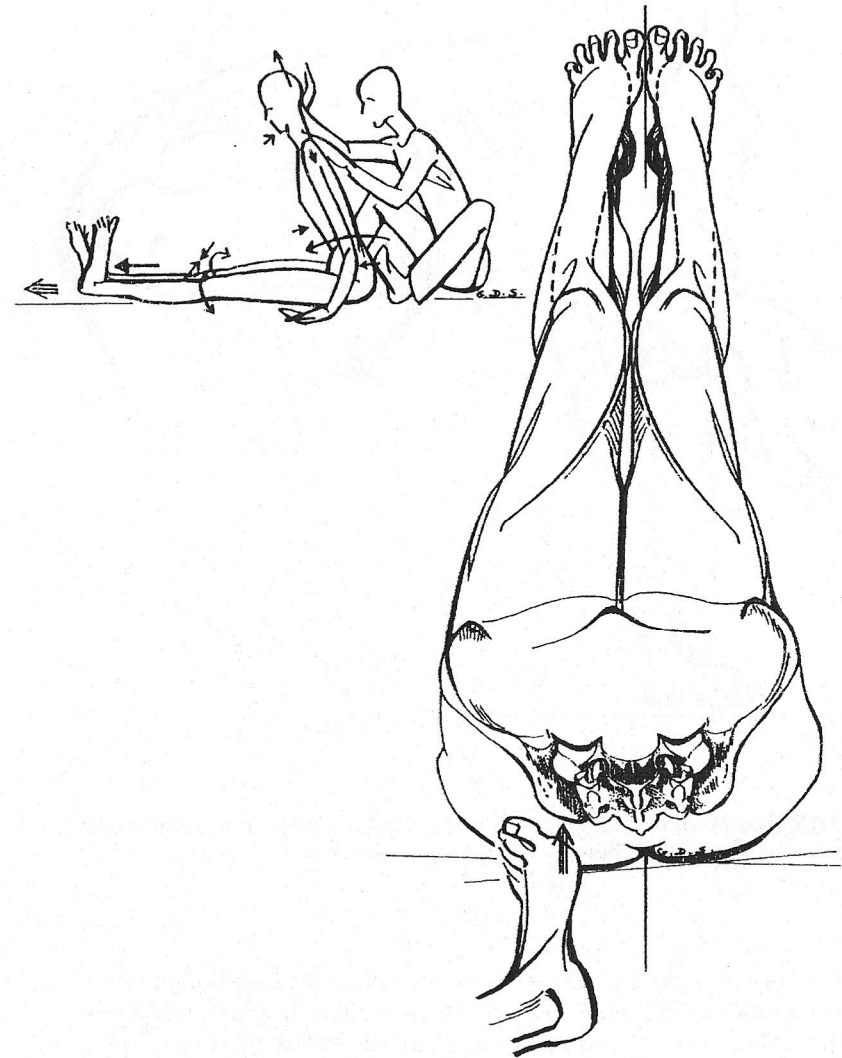
<sup>21</sup> El método G.D.S. insiste en este dato y basa la terapia por las cadenas G.D.S. en un hecho: construir paralelamente al proceso que tiende a liberar.





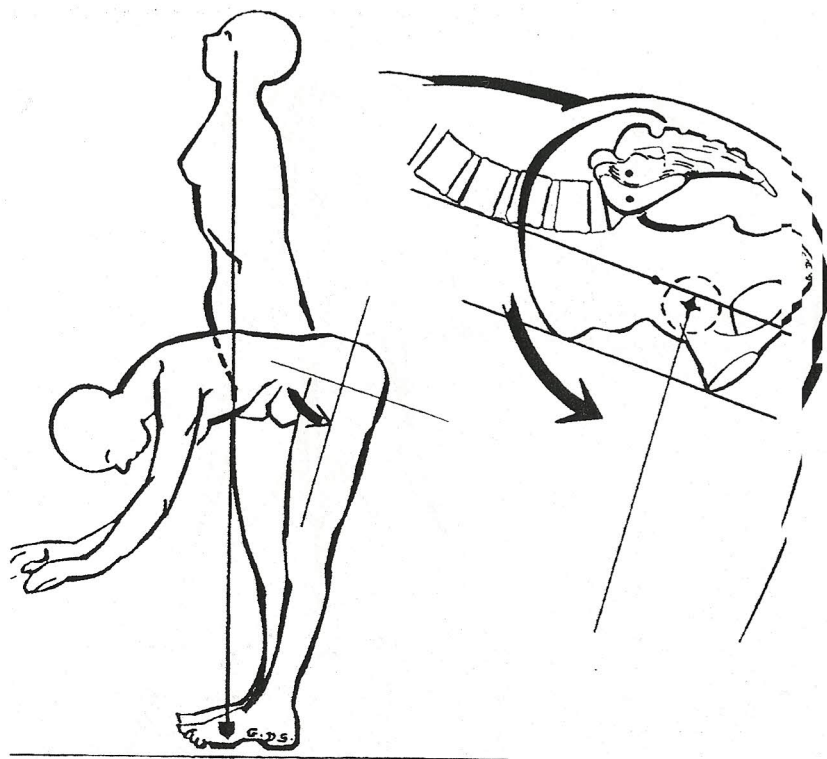
**Figuras 143 a y 143b.** Posterioridad izquierda de la pelvis. Hemos visto muchas veces a F. Mézières apoyar el pie sobre una hemipelvis situada hacia atrás, al mismo tiempo que efectúa los otros alineamientos que caracterizan el método.

Generalmente, hablamos de “bloqueos principales”; son los estados musculares hacia los cuales nos conducen nuestras investigaciones, la exploración de los tejidos y los tests: son lesiones secundarias. Las defensas esconden lo que hay debajo, una fragilidad vinculada a una carencia de estructura.



**Figura 144.** La pelvis puede mantenerse en anteversión por una presión ejercida con ayuda del pie para poder doblar la cadera.

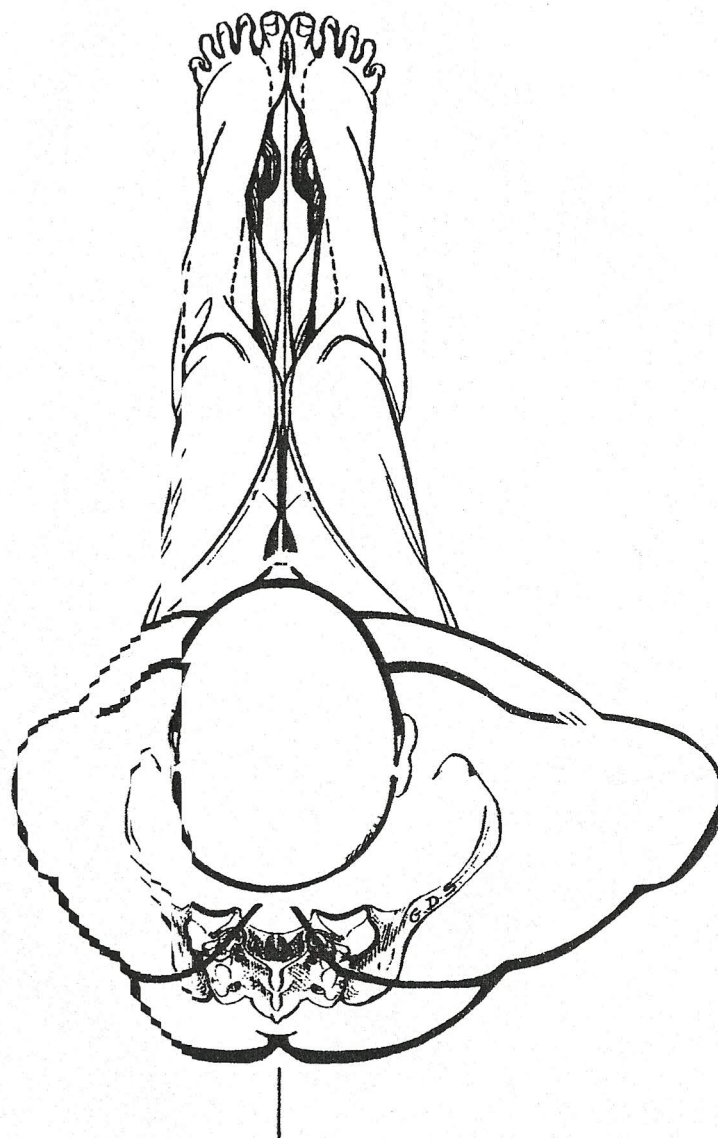




**Figura 145.** Recular al máximo la pelvis hacia atrás y doblar las coxofemoraes, el tronco sin tensión, suspendido por los músculos glúteos.

Como se dice en relación con un trastorno psicológico, debajo existe una estructura que se "ha roto", que se "ha distendido" y, por lo tanto, defendemos y levantamos barreras. Pero estas barreras, al mismo tiempo que nos protegen, nos impiden curarnos, por lo cual debemos intentar...

Paralizados, llegamos a la esclerosis, y ya no nos curamos. Por otro lado, debemos superar estas barreras por todos los medios. Esto no es fácil, pero al mismo tiempo se debe cuidar la fragilidad. Deshacer y construir al mismo tiempo.

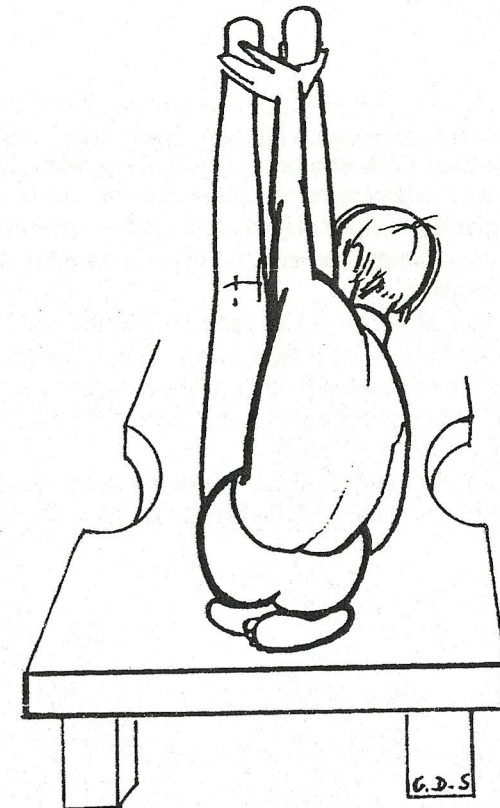


**INSTRUMENTOS DESTINADO A REFLEXIONES  
APORTANDO MECÁNICAS COMPLEMENTARIAS  
AL METODO MÉZIÈRES**



## CAPÍTULO 2

# ALIVIAR EL DOLOR DEL FISIOTERAPEUTA, O LO QUE PUEDE APORTAR UNA MESA





**F**isioterapeutas con las manos desnudas, sin camillas de masaje, sin aparatos, el suelo como cómplice. Una pared para apoyar las piernas cuando hay que trabajar los hombros, el cuello; los mezieristas se encuentran a gusto, como F. Mézières se encontró durante mucho tiempo.

Otros se quejan, ya que trabajar en el suelo todo el día representa la dura labor de los puros y duros, quienes, con el transcurso de los años, la edad colabora, buscan también alivio.

Algunos han ideado una mesa, "la de las cadenas musculares". Yo la he visto en mi casa; era de madera, baja, estable, larga como el suelo. Con cortes para acceder al paciente, con salientes para descansar las piernas elevadas. Esta primera mesa fue ideada por Michel Frères, hacia 1979 (su silueta y perfil lo podemos ver en las fotos 38 y 42).

Philippe Campignon es el creador de otra mesa, de altura variable, provista de soportes regulables, una mesa de "Kiné" para mezieristas.

## CONCLUSIONES

**E**chado sobre la espalda, con las piernas elevadas en ángulo recto, podemos decir que esta postura sirve al método Mézières y lo caracteriza. Es la contraria a la que hemos visto en el primer tomo, es decir, contraria a la postura con el tronco inclinado hacia delante y hacia abajo (figura 146).

Echado sobre la espalda, permite observar, trabajar más tiempo y facilita las alineaciones y, sobre todo, el modelado.

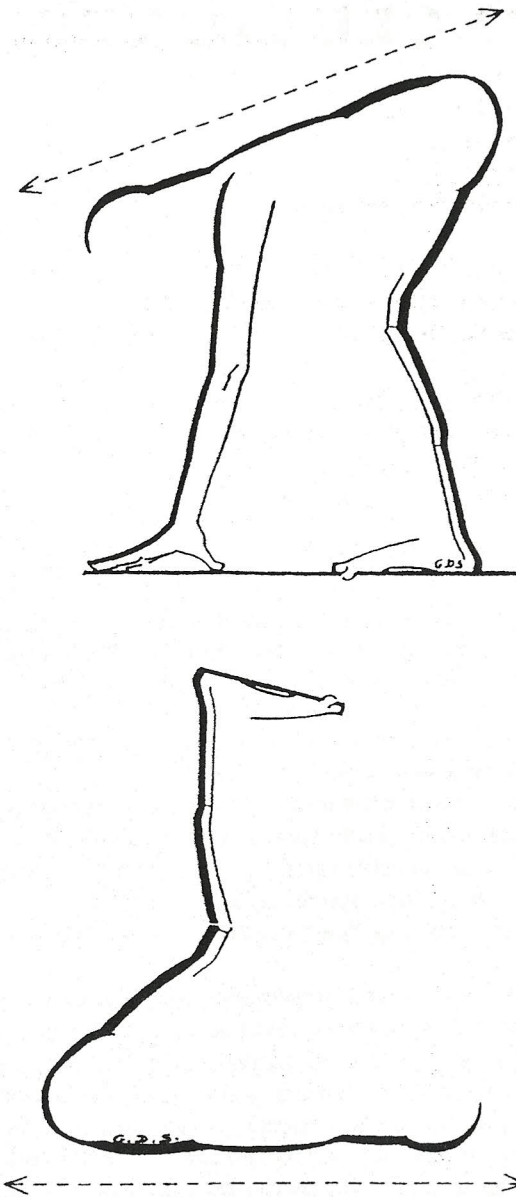
Esta postura permite también resaltar las compensaciones y ofrece posibilidades para su tratamiento, dosificando la intensidad y el rigor de las correcciones. Es perfecta para el estiramiento posterior en el alineamiento axial. Es interesante para intervenir sobre el conjunto de consecuencias resultantes de esta tensión, cuya máxima expresión se sitúa a nivel de las caderas.

En esta postura, F. Mézières podría presentarse progresivamente, familiarizarse antes del tratamiento. Elevar una pierna y utilizar los medios que lo faciliten; ya hemos visto que era necesario acercarse con precaución.

Pero ella podía hacernos sentir de entrada y sin rodeos su método con todo su rigor. Cuando trabajaba sobre nuestro cuerpo, asistida por dos, tres o cuatro alumnos a cada lado, durante una hora estaba **pensando y curando** todo nuestro ser... Sin perder un segundo, sin olvidar un solo rincón.

Si admitimos que la experiencia, lo vivido, es un maestro incuestionable para acceder al conocimiento, es evidente que para conocerse es importante vivir intensamente el cuerpo que nos toca habitar.





**Figura 146.** Echado sobre la espalda, con las piernas elevadas en ángulo recto, esta postura es la contraria a la que hemos tratado en el primer tomo.

Françoise Mézières ha abierto el camino para  
un Arte de la fisioterapia,  
un trabajo de artesano.  
una fisioterapia paciente,  
el cuerpo estudiado y esculpido.

Verdadero y profundo, la obra se cumple,  
el sufrimiento incrustado en la carne desnuda,  
el cuerpo, palabra escuchada.

Un saber tomado del origen,  
en el libro abierto a la vista, al tacto,  
el cuerpo, aquí presente, de  
**la persona** que se confía.





## BIBLIOGRAFÍA

- Abehsera, A.: *Traité de médecine ostéopathique – Histoire et principes de l'ostéopathie à ses débuts*, tomo I, SBORTM, París/Charleroi, 1986.
- Bouchet, A., Cuilleret, J.: *Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle*, fasc. 3. *Le membre inférieur*, 1.ª parte. *Hanche, cuisse et genou*, fasc. 13. *L'abdomen*, 1.ª parte, *Les parois*, fasc. 17. *Le petit bassin*, 2.ª parte. *Le périnée*. Simep, Villeurbanne, 1973, 1974, 1976.
- Brizon, J., Castaing, J.: *Les feuillets d'anatomie*, fasc. II. *Ostéologie du membre inférieur*, fasc. V. *Muscles du membre inférieur*, fasc. XII. *Muscles du cou et du tronc*, Maloine, París, 1953.
- Ingham, E.D.: *Ce que les pieds peuvent raconter grâce à la réflexothérapie*, Quebec, Guy Saint-Jean, 1981.
- Jousse, M.: *L'anthropologie du geste*, Gallimard, París, 1974.
- Kapandji I. A.: *Physiologie articulaire*, fasc. II. *Membre inférieur*, fasc. III. *Tronc et rachis*, Maloine, París, 1965, 1972.
- Kendall, H., Kendall, F., Wadsworth G.: *Les muscles, Bilan et étude fonctionnelle*, 2.ª ed. Maloine, París.
- Low Back pain and Its Relations to The Sacroiliac Joint*, Actas del congreso de San Diego, 5 y 6 nov. 1992, editadas por A. Vleemings, V. Mooney, C. Snijders, T. Dorman.
- Perrin, R.: *Rééducation vertébrale*, Le François, París, 1966.
- Rouvière, H.: *Anatomie Humaine*, tomo II. *Tronc*, 11.ª ed. revisada por A. Delmas, Masson, París, 1974.
- Sobotta: *Atlas d'anatomie humaine*, tomo I. *Régions, ostéologie, ligaments et articulations, myologie*, ed. francesa, Maloine, París, 1977.
- Testut, L., Latarjet, A.: *Traité d'anatomie humaine*, tomo I. *Ostéologie, arthrologie, myologie*, Doin, París, 1948.
- Upledger, J., Vredevoogd, J.: *Thérapie crânio-sacrée*, trad. por J. C. Herniou, I.P.C.O., París, 1983.
- Xhardez, Y., Cloquet, V.: *Verrouillage et protection de la colonne dorsolumbar*. Frison-Roche, París, 1994.