

Estudio y tratamiento de un caso mediante la aplicación del método Mézières

J. C. Martín. *Fisioterapeuta. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza*

M. Orosia Lucha López. *Profesora Asociada. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza*

S. Caudevilla Polo. *Fisioterapeuta. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza*

J. M. Tricás Moreno. *Profesor Titular. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza*

RESUMEN

En el siguiente estudio se realiza el análisis del tratamiento de un caso mediante la aplicación del método Mézières. La paciente a la que se aplicó el tratamiento estaba afectada de fuertes y frecuentes dolores de espalda, sobre todo a nivel dorsal, supuestamente provocados por una escoliosis dorso-lumbar.

Material y métodos

Se realizó una exploración con los siguientes tests antes y después del tratamiento: distancia de los dedos al suelo, signo de Ott, signo de Shober, pliegue cutáneo de Kliber, valoración viscerodiafragmática, escala analógica del dolor, valoración postural fotográfica, espirometría.

El tratamiento constó de 13 sesiones que incluían las diferentes posturas de elongación indicadas por Mézières para este caso.

Resultados

Se observó una mejoría en la distancia de los dedos al suelo y una mejora significativa en la sensación subjetiva de dolor registrada en la escala analógica, así como una disminución de la tensión diafragmática. En la espirometría se registraron mejoras en los valores de FIV₁ y PIF.

En las fotografías se constata una disminución de la flecha lumbar y cervical y una postura estática más armoniosa.

Conclusiones

La utilización del método Mézières ha conseguido la mejoría del dolor y de la posición estática, objetivos básicos del tratamiento en el caso sometido a estudio.

Palabras clave: Escoliosis, cadenas musculares.

ABSTRACT

In this study it has been made the analysis of a treatment with the Mézières method's. The patient was affected by heavy pain in the back especially in the dorsal spine, supposed to be provoked by a dorsolumbar scoliosis.

Material and methods

It has been made a exploration with the next test before and after the treatment: distance between the fingers and the floor, Ott's sign, Shober's sign, Klüber's cutaneous fold, viscerodiaphragmatic valuation, pain analogic scale, photographic postural valuation and spirometry.

The treatment was 13 sessions that included the stretching postures indicated for Mézières to this type of case.

Results

It has been observed a better distance between the fingers and the floor and a better subjective sensation of pain, as well as a minor diaphragmatic tension. In the spirometry it has been registered better values in FIV₁ and PIF.

In photographs it has been constated a minor dorsal and lumbar curvature and also a better posture.

Conclusions

The Mézières method has achieved an improvement of the pain and of the static position, basic objectives of the treatment, in the case submitted to study.

Key words: Scoliosis, muscular chains.

PRÓLOGO

El trabajo que se presenta a continuación consiste en el estudio e investigación de un caso tratado mediante el método Mézières.

La patología de base que posee la paciente tratada es una escoliosis dorsal derecha-lumbar izquierda, que cursa con una sintomatología muy definida. Aunque la base del tratamiento y su fundamentación están referidas

a este aspecto, nos vamos a interesar también por otros parámetros, tanto subjetivos (dolor, conciencia espacial y propioceptiva) como objetivos (armonización y flexibilización de las curvas, optimización de la cadena muscular posterior, tanto en la movilidad como en la flexibilidad, para la adaptabilidad diaria y búsqueda de la simetría) que puedan aportar una aproximación a las posibilidades reales de este modelo terapéutico.

INTRODUCCIÓN

Las cadenas articulares y miofasciales son una organización que unifica el cuerpo, desde la cabeza hasta las manos y los pies; esto determina la interdependencia de todas las partes del cuerpo. Su estudio aporta un pilar imprescindible para la terapia manual en las deformaciones estructurales, particularmente en el cuadro de las algias funcionales del sistema locomotor.

Los músculos trasladan su energía de unos a otros. La tensión creada en una unidad funcional tenderá a desbordarse hacia la unidad vecina, pudiendo llegar a alcanzar todo el cuerpo.

La observación morfológica minuciosa de nuestros pacientes nos muestra la hiperactividad, los excesos, las carencias, las discordias en las cadenas musculares y nos da la clave de reorganización que debe ser realizada.

La orientación psicológica del individuo determina la estimulación de las cadenas musculares aisladas a partir de la postura o del gesto preferencial [1].

Sin embargo, la dominancia de una cadena muscular no sólo puede tener un origen psíquico, sino que un traumatismo, una intervención quirúrgica, un deporte o un oficio pueden desencadenar el exceso.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Fue Françoise Mézières quien, en 1947, revolucionó el campo de la reeducación corporal a través de una nueva concepción en la cual el concepto global iba a marcar las pautas de la observación del cuerpo humano y del tratamiento, tanto en el aspecto de lo patológico como en la búsqueda de la armonía morfológica de cada cuerpo y cada individuo.

Se dio cuenta de que teníamos un tono muscular fisiológico, pero que la mayor parte de las veces, por todos los conflictos de la vida, traumatismos físicos, psíquicos, etc., se creaban desequilibrios de origen neurovegetativo (simpáticos y parasimpáticos), resultando de ello una hipertonía muscular, responsable de nuestras rigideces y retracciones [4]. Françoise Mézières afirmaba que «no estamos aplastados por la gravedad, sino por nuestras propias fuerzas internas».

Leyes del método

A raíz de una larga observación de la estructura corporal, Mézières estableció una serie de leyes, que son los puntos de referencia para todo tratamiento:

1. Los músculos del dorso del cuerpo funcionan como un solo músculo, ya que son músculos poliarticulares que implican un sistema de cadenas.

2. Estos músculos son demasiado tónicos y cortos. Debido a que su imbricación influye en ellos, el tono de cada elemento se añade al de los elementos adyacentes, y si añadimos su falta de estiramiento y de movimiento libre, se van acortando cada vez más a lo largo de su existencia.

3. Toda acción localizada, tanto estiramiento como contracción, provoca instantáneamente el acortamiento del conjunto del sistema. Debido a que toda modificación produce un cambio sobre las articulaciones, esta modificación se compensa en el elemento siguiente. Así, pues, un trabajo segmentario es insuficiente.

4. Toda oposición al acortamiento provoca una rotación interna y una lateroflexión de los miembros y del raquis debido a su origen poliarticular. Existe, además, una triple ten-

dencia por la unión entre sí: rotación, posflexión y lateroflexión. Si impedimos alguno de ellos, provocamos otro distinto.

5. La rotación de los miembros en los acortamientos se efectúa hacia la rotación interna, debido a que existe mayor potencia de los rotadores internos que de los externos, tanto en el miembro superior como en el inferior.

6. Toda elongación, torsión, dolor y esfuerzo implican, instantáneamente, un bloqueo respiratorio en inspiración. La razón la encontramos en la cadena anterointerna, que es lordosante, y mantiene el punto fijo de la cadena posterior.

Las tres primeras leyes explican cómo se producen en los planos sagitales las cifosis, lordosis o las inversiones de curvaturas. Las dos siguientes se refieren a las escoliosis que, además, predisponen a la asimetría del diafragma, a una retracción de las cadenas y a un reemplazamiento de sus funciones originales, produciéndose hiperlordosis, lateroflexiones y rotaciones tanto en vértebras, costillas y cinturas escapular y pelviana como en los miembros [2].

Principios del método

1. La lordosis es preponderante, móvil y se desplaza como un anillo sobre su riel. Se compensa con otra lordosis.

La lordosis está en el origen de todas las deformaciones y sólo con su tratamiento se podrá determinar cuál es la gravedad del caso, porque la posición bípeda y los movimientos de los miembros engendran la actuación de las lordosis fisiológicas.

La lordosis está condicionada por la posición bípeda. El equilibrio bípedo no se produce por la acción del peso y la acción antagó-

nica de los músculos posteriores, sino por el simple desplazamiento de las masas: cabeza y vientre hacia delante, y espalda hacia atrás, de manera que el centro de gravedad se coloca en medio del polígono de sustentación más grande posible.

2. La importancia de las cadenas miofasciales. Éstas son el conjunto fisiológico constituido por todos los tejidos fibrosos del organismo: duramadre, aponeurosis, tabiques intermusculares, tendones, ligamentos, etc.

3. Bloques corporales y cadenas musculares. Mézières, basándose en estudios paleontológicos y veterinarios, descubrió la solidaridad entre los músculos y logró definir y diferenciar dos bloques llamados *bloque superior* y *bloque inferior*. El bloque superior comporta la cabeza, la cintura escapular, el miembro superior y el raquis, desde las inserciones en el cráneo hasta la séptima dorsal. El bloque inferior comprende el raquis, desde la séptima dorsal hasta el coxis, la pelvis y los miembros inferiores.

El conocimiento de estos bloques es importante para trabajar con esta metodología, ya que permite comprender el mecanismo compensatorio del dolor, cuyo origen se sitúa en otros segmentos distintos de los aparentemente afectados. Esto se produce como efecto del llamado *reflejo antiálgico a priori*, el cual, según Mézières, es un comportamiento de escape para ocultar un dolor, lo que conduce al organismo a tener que estar adaptándose continuamente. De esta manera el cuerpo se desestabiliza, intentando retrasar al máximo sus efectos y estresando las articulaciones, aunque puede ser una patología visceral, parietal, craneal o psicológica.

Es diferente al *reflejo antiálgico a posteriori*, en el que se produce una lesión y el cuerpo se compensa para ocultar el dolor al máximo, sin llegar a conseguirlo en su totalidad.

De todas maneras, estos reflejos producen un exceso de tono, provocando el acortamiento.

La frase «el mal no está allí donde se manifiesta» parte de la observación de Mézières a través de la constatación de estos reflejos.

Cadenas musculares

En el bloque superior encontramos las siguientes cadenas:

- Cadena anterior del cuello.
- Cadena braquial.
- Parte de la cadena posterior.

Músculos del bloque superior

1. Cadena anterior del cuello: recto menor, recto mayor y largo del cuello.
2. Cadena braquial: coracobraquial, bíceps, epitrocleares, lumbricales, interóseos, tenares e hipotenares.
3. Cadena posterior del bloque superior: músculos de la nuca, músculo transverso del cuello, músculos de la cintura escapular, redondos, angular, romboides, trapecio, deltoides y los escalenos como músculos sinérgicos de la cadena posterior y del angular.

Músculos del bloque inferior

- Cadena anterointerna.
- Parte de la cadena posterior.

Los músculos de estas cadenas son:

1. Cadena anterointerna: diafragma, psoas e ilíaco.
2. Parte de la cadena posterior: desde la porción iliocostal de la 7.^a dorsal, todos los

músculos posteriores de la extremidad inferior, músculos de la planta del pie y peroneos hasta el tibial anterior [2, 3, 4].

Fisiología nerviosa

Tal como se ha dicho anteriormente, el método Mézières ejerce una acción sobre el sistema neurovegetativo, favoreciendo la toma de conciencia del esquema corporal y las somatizaciones, poniendo de manifiesto los desequilibrios físicos y ejerciendo una acción sobre lo psicológico [1].

Fisiología muscular

El músculo se puede definir a través de dos elementos: el sistema aponeurótico, que liga los segmentos, y los elementos contráctiles, que permiten al sistema fibroso ejercer presiones sobre los segmentos para controlar y realizar el movimiento.

Las propiedades musculares se corresponden con cuatro funciones que casi siempre van unidas:

- Excitabilidad, dependiente del sistema nervioso.
- Contractilidad, característica muscular específica.
- Elasticidad, debida al conjunto fascial.
- Tonicidad, propiedad de tipo propioceptiva en la que intervienen distintos centros, los cuales regulan la actividad postural antigravitatoria [5].

Para el trabajo con este método se utiliza una contracción de tipo isométrico, pidiendo la participación activa del paciente a partir de posturas en las que no se corra el riesgo de lesiones articulares [6].

Fisiología respiratoria

En este apartado nos vamos a centrar preferentemente en el músculo diafragmático por varias razones:

— Por una parte, por su participación fundamental en la respiración, y más concretamente en la importancia de la espiración para procurar de manera más activa la relajación muscular.

— Por otra parte, porque constituye un elemento de la cadena anterointerna, que solidarizándose con la posterior provoca el aumento de la lordosis lumbar, y de forma más indirecta, la cervical. Desde este punto de vista, la acción diafragmática es fundamental para el trabajo de las correcciones, tanto de las cifosis como de las lordosis, interviniendo sobre la parrilla costal y la cadena anterior del cuello. El diafragma, así, interviene en la estática corporal y en su morfología.

Este músculo determina una lordosis alta y corta, hacia arriba, sobre la zona dorsolumbar. Así, pues, uniéndose a este papel, el trabajo espiratorio durante el esfuerzo aumenta el trabajo de estiramiento y va reduciendo poco a poco la actitud de defensa. Este trabajo de liberación diafragmática debe ser bien controlado para que no se produzca ningún bloqueo en inspiración que desemboque en una retracción diafragmática [4].

Los discípulos de Mézières, continuando con las teorías de éste, se dieron cuenta de la relación que existía con el trabajo del diafragma torácico, unido a los otros dos diafragmas: el diafragma craneal y el diafragma pélvico [7].

El diafragma torácico «masajea» el corazón y el nervio vago y aumenta y disminuye la presión intratorácica abdominal. En el extre-

mo pélvico las fascias musculares soportan un movimiento recíproco. En el extremo superior, la cubierta dural, la hoz del cerebro y del cerebelo y la envoltura de la médula espinal actúan como si fuera un tubo flexible. Este conducto bombea el líquido cefalorraquídeo. Además, los huesos etmoides y esfenoides, junto con el agujero occipital, poseen la capacidad de incrementar o disminuir esta presión. De esta manera, este mecanismo se une para aumentar o reducir nuestra ventilación con su sensación de mayor o menor vitalidad [9].

Los tres diafragmas se encargarán de dinamizar la circulación a estos tres niveles. Su papel es indispensable, por lo que verificar su movilidad es importante, aún más cuando todas las cadenas musculares se enlazan en cada uno de los diafragmas [7].

Para terminar, es importante reconocer la función psicológica en la cual el diafragma participa. Todo tipo de crispación, ansiedad o angustia va a conllevar un bloqueo en inspiración con la consiguiente retracción del diafragma, lo que afecta muy directamente al acortamiento tanto de la cadena anterointerna como de la cadena muscular posterior.

Objetivos del tratamiento

— Tratar el cuerpo como una unidad funcional.

— Luchar contra el acortamiento muscular mediante un sistema de estiramientos.

— Liberar la respiración trabajando los bloqueos diafragmáticos.

— Despertar las zonas hipomóviles y acortadas del organismo intentando conducir a la persona hacia su autonomía.

— Ayudar a cada paciente a encontrar su equilibrio morfológico.

Medios de tratamiento

— Posturas de estiramiento en función de las posibilidades del paciente, las cuales permiten corregir los desequilibrios de manera simultánea.

— Utilización del trabajo isométrico y otros estiramientos pasivos de recorrido externo.

— Masaje para favorecer las posturas y la relajación muscular y diafragmática.

— Trabajo fascial, que por extensión se convierte en un trabajo miofascial.

— Colaboración activa por parte del paciente durante las sesiones para favorecer la toma de conciencia corporal y la somatización.

— Movilizaciones articulares que permiten relajar y favorecer el trabajo de estiramiento.

Como parte fundamental del procedimiento terapéutico se considera el tratamiento del dolor desde dos vertientes: por una parte, el dolor que hay que mitigar para poder seguir realizando el trabajo, y por otra parte, el llamado dolor útil debido al estiramiento en sí.

Ante un músculo contracturado, ante un calambre, se debe mantener el estiramiento obtenido globalmente, debiéndose inhibir la reactividad muscular y el dolor por medio de una presión prolongada y profunda. El dolor que se desata durante el trabajo se considera un dolor «útil» para poder progresar hacia la causa inicial [10].

El método, de manera general, posee una acción preventiva, que restaura el equilibrio muscular, la función respiratoria y la conciencia del esquema corporal.

La observación se inicia a partir de la comparación morfológica ideal de la persona, maniobra que Mézières ha denominado «el parangón». El dismorfismo, pues, es

una alteración de la forma o de la estética ideal.

Teniendo presente cuáles son el equilibrio y la estética perfecta, es como nosotros examinamos y observamos al paciente, comparando sus deformidades.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 17 años, diagnosticada de una escoliosis de doble curva dorsal derecha-lumbar izquierda, con 20 grados en su mayor curvatura, medido en noviembre de 1998 (fig. 1).

Se realiza una anamnesis y una exploración, reflejadas en el apartado de material y métodos.

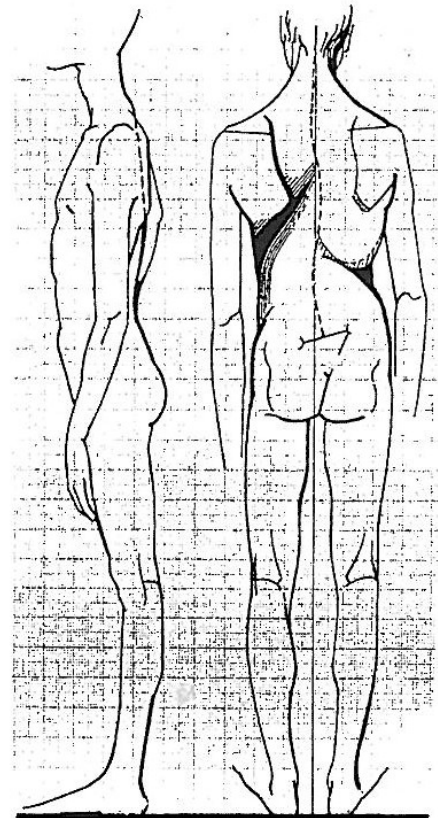


FIG. 1.

MATERIAL Y MÉTODOS

Antes de comenzar el tratamiento y con el fin de evaluar tanto factores subjetivos como objetivos, se realizan una anamnesis (tabla 1) y una serie de exploraciones y pruebas clínicas. Estas pruebas y exploraciones, realizadas tanto para valorar las disimetrías como las compensaciones, se volverán a realizar al final del tratamiento como método de comparación entre los cambios y modificaciones

que hayan podido realizarse durante el tiempo transcurrido de tratamiento. Estas pruebas son las siguientes [11]:

1. Distancia de los dedos al suelo: 31 cm.
2. Signo de Ott: en flexión, 32 cm; en extensión, 28 cm.
3. Signo de Schober: en flexión, 13 cm; en extensión, 8 cm.
4. Pliegue cutáneo de Kliber: hiperalgesia en la zona lumbar izquierda.

TABLA 1. **Anamnesis**

Aspectos personales	Sueño
Tiempo de estudios	6 horas
10 horas	Respiratorio
Tipo de ocio	Normal
Piano	Circulatorio
	Normal
	Diuresis
	Normal
	Estreñimiento
	No
Antecedentes familiares	
Enfermedades	
Sin importancia	
Operaciones	
No	
Deformaciones	
No	
Traumatismos	
No	
Antecedentes personales generales	
Enfermedades	
Hepatitis A, varicela	
Operaciones	
Vegetaciones en el oído interno	
Fracturas, traumatismos	
Esguince de tobillo	
Ortesis, prótesis	
Ortodoncia 91/95 (4 años)	
Defectos ópticos, dentarios y auditivos	
Astigmatismo, estrabismo del ojo derecho	
Parto, parto y posparto	
Normal	
Menarquia	
12 años	
Menstruaciones	
Irregulares +++	
	Antecedentes personales específicos
	Fecha de la diagnosis
	1993
	Evolución
	Control médico periódico
	Síntomas iniciales y evolutivos
	Dolor de espalda y déficit de flexibilidad
	Tratamientos
	Ejercicio físico, ocio y terapéutico
	Tratamientos paralelos
	No
	Exploración
	Dolor
	Dorsolumbar (piano +++)
	Flexibilidad
	Dorsal alta (dorso plano) y lumbar ++
	Otros signos
	Lateroflexión sacroilíaca derecha anterior

5. No se observan disimetrías de extremidades inferiores, realizándose la medición desde los trocánteres hasta los maléolos internos, dando como medida 91,5 cm en cada extremidad.

6. Valoración viscerodiafragmática: realizada mediante la palpación para la constatación de retracciones diafragmáticas y otros dolores y disfunciones de tipo visceral, dando como resultado un problema de retracción del hemidiafragma derecho con unas ligeras molestias en el ángulo cólico derecho.

7. Análisis del dolor: se realiza mediante una escala analógica sobre 10 cm, marcando 0 como dolor inexistente y 10 como dolor máximo, dando como medida subjetiva realizada por la paciente en 6,1-6,2.

EJERCICIOS Y POSTURAS DE TRABAJO

Según Mézières, en las escoliosis es necesario practicar un estiramiento simétrico de los músculos espinales sobre toda su extensión, corrigiendo las cinturas escapular y pelviana y haciendo respirar al sujeto para ayudarse de las presiones intratorácicas que inducen a la corrección del tórax.

Los músculos más afectados en las escoliosis suelen ser el fascículo horizontal del gran dorsal del lado de la convexidad dorsal, el fascículo ilíaco del gran dorsal del lado de la convexidad lumbar y el aductor mayor, sobre todo del lado de la convexidad lumbar y de la lateroflexión de la cintura pelviana [3, 6].

La gran dificultad del tratamiento de las escoliosis procede del hecho de que hace falta obrar al mismo tiempo sobre la rotación vertebral, la lordosis y la lateroflexión. Si alguno de estos componentes se olvida se produce un ejercicio incorrecto, pudiendo llegar a producir una agravación de dicha escoliosis por compensación. Sin embargo, en ciertos casos

parece comprobarse que un estiramiento longitudinal trabajado en ciertas posturas puede llegar a compensar el déficit de rotación en detrimento de un favorable y eficaz estiramiento de toda la musculatura posterior [6].

En otras posturas, para trabajar la desrotación vertebral se utilizan los miembros superiores, que según el caso se utilizarán para obtener una cintura escapular paralela a la cintura pelviana y un tórax simétrico. A partir de esta cuestión corregida trabajamos la espiración para aumentar la presión intratorácica y actuar sobre los músculos paravertebrales por la tensión producida.

La evolución de los ejercicios se ha llevado a cabo según la tolerancia de la paciente.

Descripción de los ejercicios

1. Posición en decúbito supino con elevación de los miembros inferiores a 90° con relación a las caderas, nuca estirada, equilibrio de las cinturas y rotación externa de los miembros (fig. 2).



FIG. 2.

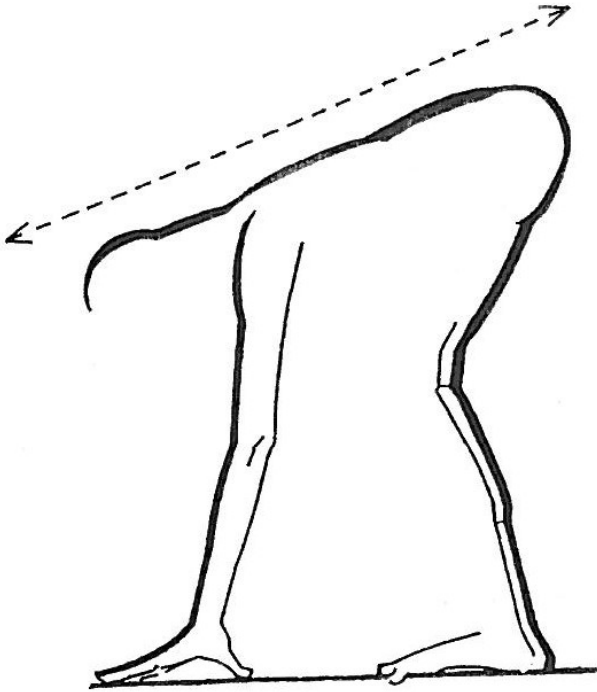


FIG. 3 [6].

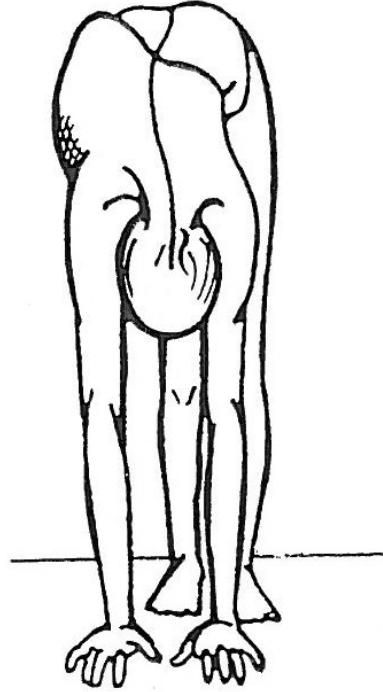


FIG. 4 [10].

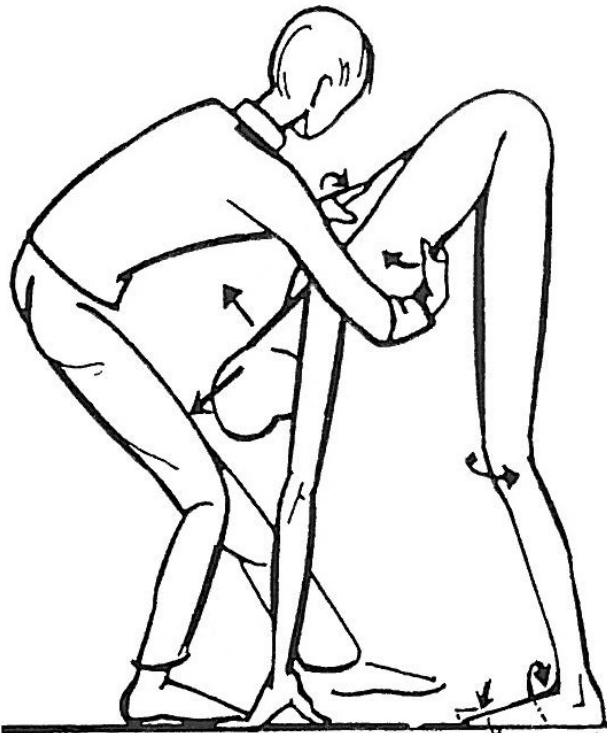


FIG. 5 [6].

2. Posición cuadrúpeda intentando una alineación occipitoescapulosacral (OES) y hasta los pies, realizando modelados de espalda, sobre todo en la zona lumbar y tórax (figs. 3, 4 y 5). En estas dos posiciones no se producirá la corrección específica de las rotaciones, pero el trabajo de estiramiento, unido al proceso de modelado —que consiste en favorecer, por una parte, la conciencia corporal, creando un papel más activo por parte del paciente, y, por otra parte, a modo de masaje relajante y reflejo de forma simultánea—, pueden suscitar los mecanismos de normalización.

3. En posición sentada, con las piernas estiradas y los talones, dedos de los pies y rodillas tocándose ligeramente y en rotación externa, y trabajando el equilibrio pélvico, si es necesario, con flexión de alguna de las extremidades inferiores, se pide al paciente una autoelongación, intentando una alineación OES y rectificando con los brazos las rotacio-

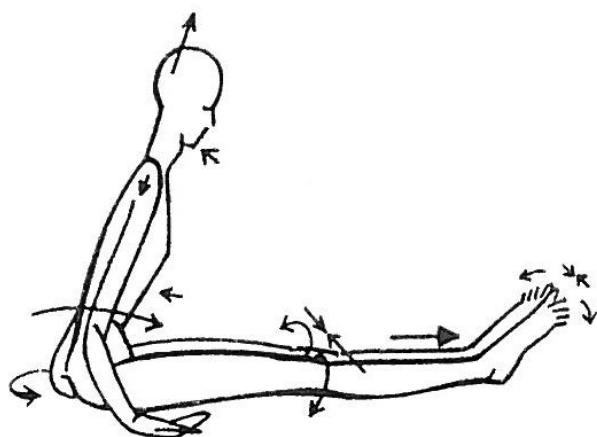


FIG. 6 [6].

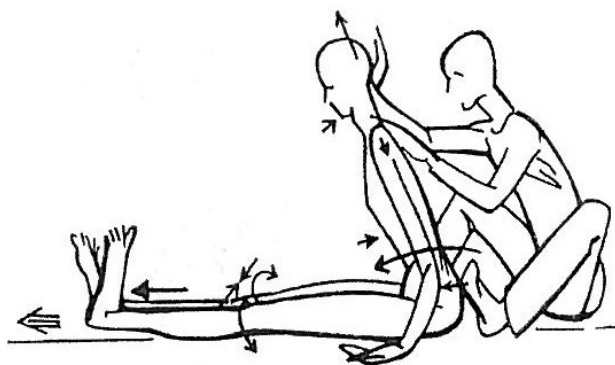


FIG. 7 [6].

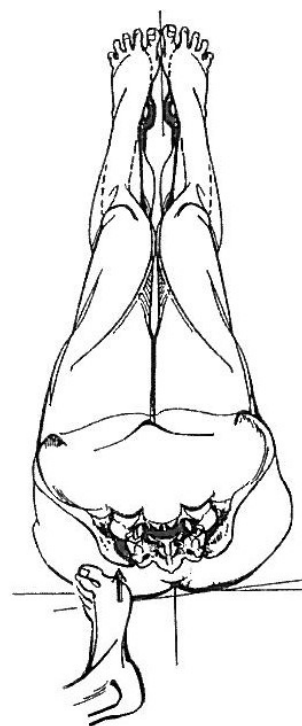


FIG. 8 [10].

nes, es decir, la gibosidad se facilitará por la acción del miembro superior llevado hacia delante o cruzando el tórax y buscando el hombro opuesto correspondiente a la gibosidad, para facilitar, como decimos, la rotación vertebral y el trabajo del dorso plano (figs. 6, 7 y 8).

4. De pie, apoyado en la pared con una cuña de unos 30/40° (opcional) y realizando una flexión del tronco intentando un equilibrio OES, junto con la rectificación de los brazos, y trabajando el modelado y el masaje. Esta posición de los brazos ayuda a trabajar el dorso plano y a reequilibrar las tensiones periescapulares e interescapulares (fig. 9).

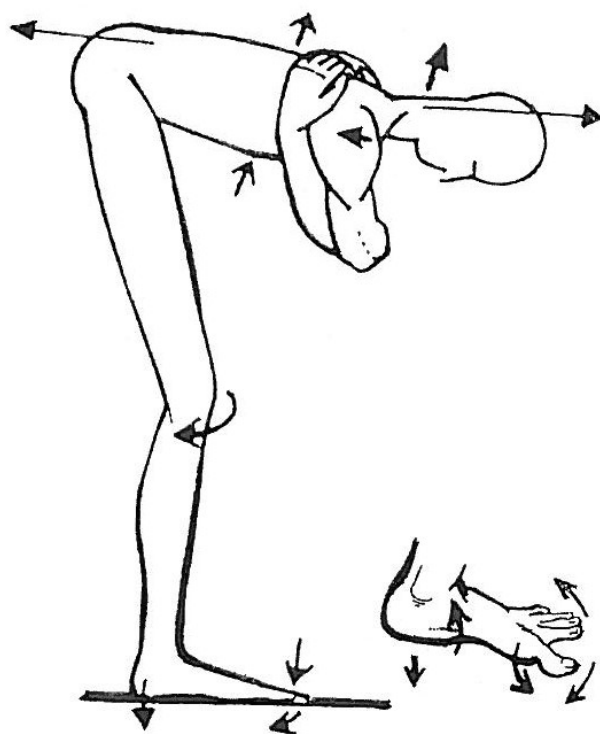


FIG. 9 [10].

TABLA 2. Dedos-suelo/Ott/Schober/Kibler/dolor

<i>Fecha</i>	<i>Dedos-suelo</i>	<i>Signo de Ott</i>	<i>Signo de Schober</i>	<i>Pliegue de Kibler</i>	<i>Dolor (sobre 10)</i>
1-12-98	31 cm	Flexión: 32 cm Extensión: 28 cm	Flexión: 13 cm Extensión: 8 cm	Hiperalgnesia lumbar izquierda	6,2
23-3-99	11 cm	Flexión: 32 cm Extensión: 24 cm	Flexión: 13 cm Extensión: 8,5 cm	Hiperalgnesia lumbar derecha	5,1

RESULTADOS

Se han realizado un total de 13 sesiones desde la primera medición hasta la siguiente, trabajando de la manera indicada anteriormente y constatándose los siguientes resultados (tabla 2):

En esta primera valoración se observa un notable cambio en la distancia dedos-suelo. Este cambio se puede considerar como una modificación a nivel del bloque inferior, ya que en los distintos signos (Ott y Schober) a la flexión no existe ninguna variación. Sin embargo, en el signo de Ott a la extensión nos da una variación bastante significativa. Esta variación puede estar causada por un trabajo realizado sobre la cadena anterointerna, y más específicamente sobre el diafragma, y que según algunos autores correspondería a un desenrollamiento y elongación de esta cadena [8].

En cuanto al pliegue cutáneo de Kibler, se observa una modificación de la sensación dolorosa al pinzado-rodado sobre la zona

lumbar, desapareciendo en la zona izquierda y reapareciendo en la derecha. Este cambio puede ser debido a la modificación de las tensiones miofasciales, pudiendo haber despertado tensiones que estaban ocultas o compensadas con otras estructuras.

Por lo que se refiere al dolor, su valor analógico y subjetivo ha disminuido, pasando de 6,2 a 5,1. Además, el dolor que refiere la paciente se presenta de manera más aislada y menos asidua, pudiendo realizar sus tareas de manera continuada y confortablemente (tabla 3).

Uniendo la valoración diafragmática con la palpación realizada, se puede constatar una mayor relajación del diafragma y del abdomen en general, desapareciendo las molestias de la primera palpación (tabla 4).

Se observa un cambio importante, sobre todo en dos parámetros:

1. El FIV₁, que pasa de 1,33 l/s a 2,94 l/s.
2. El PIF, que pasa de 2,91 l/s a 3,94 l/s.

No se observan, sin embargo, diferencias significativas en los valores del FIVC.

TABLA 3. Valoración viscerodiafragmática

1-12-98	Retracción del hemidiafragma derecho y molestias en el ángulo cólico derecho
23-3-99	Relajamiento general del diafragma, que se traduce en una mayor capacidad para meter la mano en el abdomen

TABLA 4. **Espirometría (datos más significativos)**

Fecha	FVC	FIVC	FIV ₁	FEV ₁	PIF
1-12-98	3,05 l/s	3,18 l/s	1,33 l/s	2,79 l/s	2,91 l/s
23-3-99	3,00 l/s	3,16 l/s	2,94 l/s	2,70 l/s	3,94 l/s

Creemos que existe una mejor situación de tensión-longitud inicial de sus músculos, tanto del diafragma como de la musculatura accesoria, lo que permite movilizar una mayor cantidad de aire en menos tiempo.

Valoración postural

- Primera valoración: fotos 1, 3, 5, 7 y 9.
- Segunda valoración: fotos 2, 4, 6, 8, y 10.

Los datos más importantes que podemos destacar de la observación de las fotografías son los siguientes:

- La estática se ha modificado si observamos las fotografías 1, 2, 3, 4, 5 y 6, dando como resultado una mejora del patrón estático, tanto a nivel axial como rotacional, es decir, existe un mejor equilibrio de las cinturas, tanto escapular como pélvica, y por otra parte, el componente de giro que posee la cintura escapular está más centrado por la mejora del eje de rotación escoliótico, situado sobre las vértebras dorsales 11 y 12, aunque este último componente no ha podido ser vuelto a verificar mediante radiografía.

- En las fotografías 5 y 6 (sagitales) se puede observar una modificación de las flechas cervical y lumbar, siendo más acusada en esta última. Ambas curvas se han modificado, reduciéndose el componente lordosante.

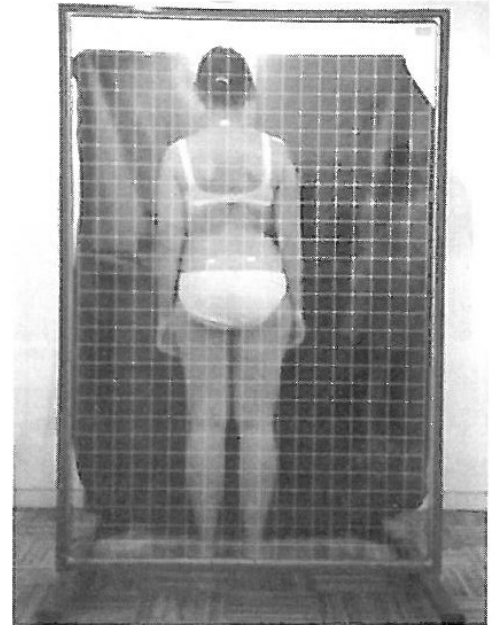


Foto 1.

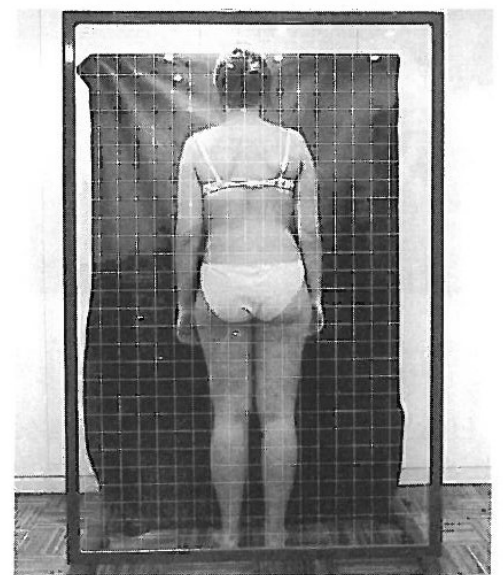


Foto 2.

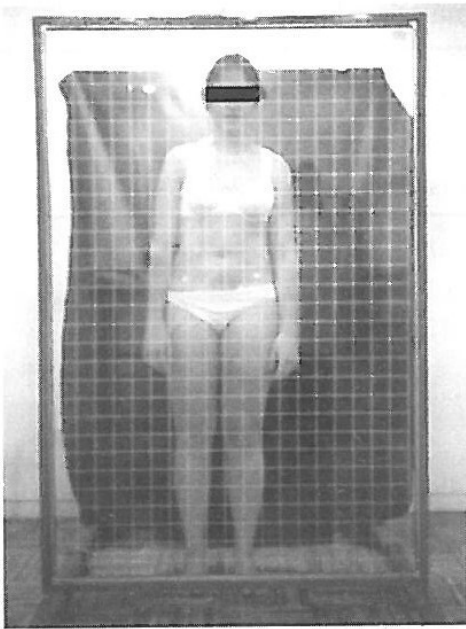


Foto 3.

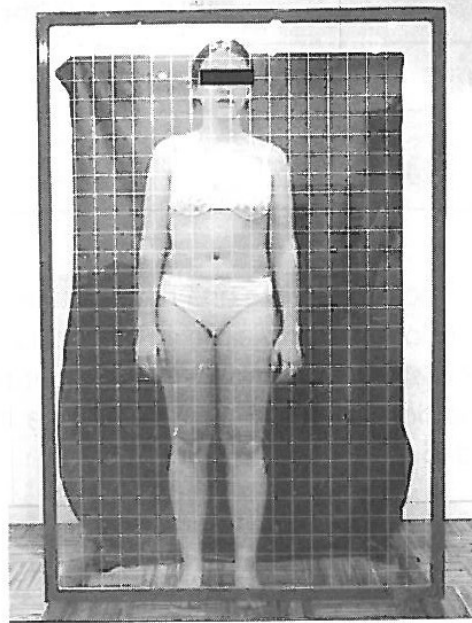


Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.

— En las cuatro últimas fotografías se puede observar que durante la flexión del tronco en bipedestación (test de Adams) se aprecia, en una visión sagital, una mejora del dorso plano, creándose una curva más armoniosa del raquis en conjunto.

CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos, se puede afirmar que el trabajo sobre la cadena muscular posterior y sobre la cadena anterointerna ha variado parámetros que nos parecen impor-



Foto 7.



Foto 8.



Foto 9.



Foto 10.

tantes, tanto en la ganancia de la flexibilidad y en el equilibrio de las tensiones musculares como en la mejora del dolor. Por otra parte, el trabajo realizado sobre el diafragma ha provocado cambios en la ventilación, sobre todo en la inspiración o trabajo activo del diafragma.

Junto con una mejor tolerancia al dolor y un mejor equilibrio estático, podemos llegar a la conclusión de que durante este tiempo de tratamiento los resultados han dado pruebas de que el trabajo que propone F. Mézières se puede calificar de global, debido a la

mejoría general en la estática y en el bienestar físico-psíquico de la paciente.

A F. Mézières se le podría considerar como una revolucionaria en el campo de la reeducación, tratamiento y prevención de las patologías estructurales, dado el interés que cada día adquiere, y cada vez en mayor medida, este tipo de visiones globales en el campo de la salud, y más concretamente en el de las terapéuticas manuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Denys-Struyf, G.: *Les chaînes musculaires et articulaires*. Bruselas, 1991.
2. Mézières, F.: *Originalidad del método Mézières*. Ed. Maloine. París, 1984.
3. *Revista Natura Medicatrix*, n.º 1, primavera 1983.
4. Daubagna, R.: *Cursos y conferencias*. A.C.T.A. Santander, 1995.
5. Bienfait, M.: *Bases fisiológicas de la terapia manual y la osteopatía*. Ed. Paidotribo. Barcelona, 1997.
6. Denys-Struyf, G.: *Manual del mezierista*, tomo I. Ed. Paidotribo. Barcelona, 1998.
7. Busquet, L.: *Las cadenas musculares*, tomo I: *Tronco y columna cervical*, 3.ª ed. Ed. Paidotribo. Barcelona, 1998.
8. Busquet, L.: *Las cadenas musculares*, tomo II: *Lordosis, cifosis, escoliosis y deformaciones torácicas*, 3.ª ed. Ed. Paidotribo. Barcelona, 1998.
9. Keleman, S.: *Anatomía emocional*. Ed. Desclée de Brouwer. París, 1997.
10. Denys-Struyf, G.: *Manual del mezierista*, tomo II. Ed. Paidotribo. Barcelona, 1998.
11. Buckup, K.: *Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular*, 1.ª ed. (3.ª reimp.). Masson. Barcelona, 1999.