

# Método Mézières

JM Cittone

**Resumen.** – Elaborado a partir de una observación original, invalidando numerosos principios clásicos, sorprendente para muchos y de aplicación exigente, el método de gimnasia Françoise Mézières puede ser considerado como un análisis de los trastornos de la estática y de sus consecuencias patológicas, que conduce a un tratamiento de tipo postural global. El método terapéutico trata de restablecer la armonía y el equilibrio de los segmentos vertebrales y periféricos, mediante la recuperación de la extensibilidad perdida de los grupos musculares hipertónicos, particularmente de los que pertenecen a la cadena muscular posterior, ya sea anatómicamente (músculos paravertebrales) o de forma sinérgica (músculo diafragma, músculos psoasílicos). Simultáneamente se consigue un refuerzo de los grupos musculares hipotónicos (músculos cervicales, músculos abdominales, músculos cuádriceps). El trabajo es posible gracias al empleo de posturas particulares, adaptadas a cada situación. Una vez liberado de las trabas que lo oprimían, el esqueleto puede recuperar la movilidad articular necesaria para la locomoción, los gestos, los movimientos de la vida cotidiana, de la práctica deportiva y de la actividad profesional. Se favorece la recuperación de la libertad de los efectores de los grandes sistemas funcionales, respetándose las hegemonías indispensables para la integridad y para la plenitud de la totalidad del organismo, en particular, la horizontalidad de la mirada y de los canales semicirculares del oído interno, elementos primordiales que participan en el equilibrio, en la evaluación de las distancias y de los sonidos, y que representan las finalidades de la estática ideal.

© 1999, Editions Scientifiques et Médicales. Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

## Introducción

Poco conocido, a menudo caricaturizado, desvirtuado e incluso plagiado, el método Mézières es en realidad una forma global de abordar los trastornos de la estática y sus consecuencias. Original por sus propios fundamentos y por su práctica postural, se apoya en bases científicas, tanto anatómicas como biomecánicas [7,17,18]. Surge de una observación de la que se desprendieron leyes y enunciados y hasta la fecha, no ha podido ser desmentido. Con una práctica difícil y compleja, el método trata de comprender al individuo en su unidad y en su unicidad. Gracias a muchos terapeutas que lo utilizan desde hace varias décadas, ha alcanzado una madurez que lo sitúa entre los métodos cotidianos de los kinesiterapeutas deseosos de aportar a sus pacientes un tratamiento de fondo que asocia a la fase curativa inicial, una auténtica dimensión preventiva. No se trata de ninguna filosofía, ni de un enfoque esotérico, sino por el contrario de un método pragmático y de un arte curativo que permiten recuperar una forma sana (que garantiza la efi-

ciencia de los sistemas miotendinoso y esquelético); a través de la recuperación progresiva de la extensibilidad muscular, trata constantemente de liberar el juego articular para hacerlo óptimo. Ha constituido el tema de numerosas obras [2, 19, 20] y de varias tesis médicas [1, 4, 9, 10] que tienen el mérito de haberlo dado a conocer.

## Observación príncipe

En 1947, Françoise Mézières (fig. 1), entonces joven kinesiterapeuta, realiza una observación inesperada y original; en una paciente que le ha sido remitida para el tratamiento de una cifosis dorsal importante que requiere el uso permanente de un corsé, constata el aumento de la lordosis lumbar cada vez que trata de hundir la región dorsal por retroimpulsión pasiva de los muñones de los hombros. Françoise Mézières pide a la paciente que realice una flexión de las caderas y de las rodillas para reducir la lordosis de la región lumbar; el trabajo de hundimiento dorsal provoca entonces un aumento de la lordosis cervical. Esta vez solicita la corrección de la nuca por autocrecimiento activo y retroceso de la barbilla; la retroimpulsión



1

de los hombros provoca un bloqueo del tórax en inspiración. Françoise Mézières comprende entonces que la paciente tiene tal rigidez muscular, que cada segmento ha perdido su autonomía frente a los niveles adyacentes, y que cualquier esfuerzo de corrección local se propaga al conjunto del sistema, creando aquí o allá lordosis o acortamiento. De la observación príncipe extrae sus primeras conclusiones.

## Principios y leyes

### SÓLO HAY LORDOSIS

La lordosis es responsable de la cifosis: puesto que la supresión de una cifosis se traduce por el aumento de la lordosis, donde ella se encuentre, la cifosis sólo existe por una lordosis; la lordosis es la causa de la cifosis y no al revés; por este motivo es necesario actuar sobre la lordosis para corregir o suprimir la cifosis que no es más que una compensación de la lordosis.

La lordosis es responsable de la escoliosis: los músculos espinales, flexores del raquis hacia atrás (o flexores posteriores), son también rotadores y flexores laterales, su acortamiento provoca la escoliosis y, «flexibilizándolos» (sic), es decir estirándolos, se puede corregir las rotaciones y las flexiones laterales vertebrales; para Françoise Mézières la diferencia entre postura escoliótica y escoliosis verdadera sólo reside en la importancia de la rigidez de los músculos posteriores; su comportamiento, particularmente el del músculo transverso espinoso, parece estar jerarquizado cronológicamente: cuando se vuelve rígido, la flexión posterior domina, después lo hace la flexión lateral, y finalmente la rotación; el mecanismo sería el mismo, únicamente cambiaría la intensidad [21].

### LA LORDOSIS ES UNA NECESIDAD

#### ■ De la posición de pie

Para estar cómodo y economizar energía, la posición de pie prolongada requiere un aumento de la superficie del polígono de sustentación, con el fin de que el centro de gravedad caiga siempre en su interior. Se realizará un desplazamiento de masas (cabeza hacia adelante, espalda hacia atrás, vientre hacia adelante), asociado a una separación de los pies que permitirá la búsqueda del equilibrio; la gravedad, en vez de ser combatida, es utilizada mediante el aumento de la fuerza de los tirantes musculares. Secundariamente a este desplazamiento, los músculos que subtienden las cavidades posteriores se acortan, apoderándose de la «relajación» que se les ha proporcionado [3, 24]. Partiendo de un simple estado de contracción muscular se llegará, si la situación se prolonga, a la contractura y, más adelante a la retracción; la consecuencia será la pérdida de la extensibilidad pasiva de los músculos afectados.

#### ■ Movimientos de los miembros de media y de gran amplitud

Los comportamientos biomecánicos de las cinturas escapulares y pelvianas

han sido bien estudiadas y se conocen las distintas etapas; la inclinación vertebral o la lordosis serán más precoces cuanto más rígido sea el sistema muscular (en términos de extensibilidad muscular) [7, 17, 24].

### LA LORDOSIS ES MÓVIL

Se desplaza como «el anillo por la barra», a medida que se la va expulsando del segmento que ocupa; el hueco poplíteo representa una tercer lordosis.

### LA ROTACIÓN INTERNA DE LAS RAÍCES DE LOS MIEMBROS PREDOMINA

Cuando se rompe el equilibrio de las tensiones agonistas-antagonistas, por el exceso de tono de un grupo muscular, siempre es en beneficio de los rotadores internos. Frente a esta situación, los segmentos intermedios y distales, tendrán respuestas adaptadas, responsables de diversas patologías.

### EL BLOQUEO DEL TÓRAX EN INSPIRACIÓN COEXISTE CON LA LORDOSIS

Se traduce por:

- en reposo, por retención de la espiración;
- en el esfuerzo, por la fijación del tórax en inspiración con contracción de los músculos inspiradores accesorios (músculos esternocleidomastoideos y escalenos).

### LOS MOVIMIENTOS Y LAS POSICIONES DE LA CABEZA EXPLICAN LAS DEFORMACIONES DEL TÓRAX

Las rotaciones y las inclinaciones de la cabeza se propagan a la región torácica simultáneamente por el juego de las facetas articulares engranadas las unas con las otras y por la puesta en tensión de los tejidos blandos (discos, cápsulas, ligamentos, y sobre todo los músculos profundos de la cadena posterior).

### LOS ABDOMINALES SON LOS TENSORES DE LA REGIÓN TORÁCICA INFERIOR

Su acción sobre la columna lumbar, en la que prácticamente no se insertan, es indirecta y está fuertemente contrarrestada por el par muscular diafragma-soas que se inserta en los cuerpos lumbares superiores y en los discos, creando una sinergia muy lordosante o bien fijadora de una lordosis preexistente.

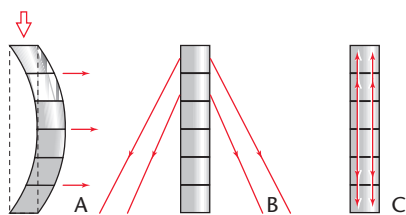
### CUALQUIER COMPENSACIÓN DURANTE UNA CORRECCIÓN ES DE TIPO LORDÓTICA

Puesto que la lordosis se define como un estado de acortamiento, cualquier

acercamiento de inserciones será asimilado a una lordosis y combatida como tal. La cadena posterior es un conjunto muscular de tensión única del occipital hasta los talones, fundamentalmente compuesto por músculos poliarticulares que se comportan como un solo músculo.

Cualesquiera sean los otros sistemas musculares posibles, sólo esta doble cadena está formada de elementos que actúan como eslabones, libres en reposo y efectuando los movimientos del conjunto cuando se ponen en tensión. Por el hecho de ser músculos poliarticulares, tienen la particularidad de superponerse los unos con los otros, de tal forma que la inserción de origen de cada uno de los músculos que la componen se encuentra antes de la terminación del músculo adyacente; de esta organización anatómica deriva la siguiente ley: toda acción localizada en un punto cualquiera de la cadena posterior (ya sea un alargamiento o un acortamiento) provoca el acortamiento del conjunto de la cadena posterior: estos principios, convertidos en ley (por ser invariables) se fundan en la anatomía y en la biomecánica, y el método derivado, aunque surgido de la observación (que suele ser el origen de la mayoría de los descubrimientos) se apoya sobre bases científicas incontables [13, 19, 22].

El estudio pormenorizado de la musculatura posterior y de su organización interna, músculo por músculo, confirma la observación príncipe. Los trastornos de la estática reflejan una retracción de la doble cadena posterior late-rovertebral y de los miembros. La musculatura posterior siempre es demasiado fuerte, demasiado tónica, y no se justifica ningún ejercicio destinado a reforzarla; el error de tonificar la zona procede del hecho de que la musculatura a pesar de ser hipertónica ha perdido su extensibilidad y no puede utilizar su fuerza que no ha desaparecido pero se ha vuelto virtual; en el momento en que se recuperan la flexibilidad y la elasticidad del sistema, es decir en el momento en que el sistema puede volver a deformarse, la fuerza propia de los músculos vuelve sin que haya sido necesario un trabajo de refuerzo muscular. Además, por su situación, ya que el conjunto de estos músculos está situado por detrás de los ejes de flexión-extensión, y con el fin de prevenir la deformación se asegura el ajuste mediante un oblique longitudinal y oblicuo (fig. 2) (cf Anatomía y acción del músculo transverso espinoso). Cuanto más tónicos sean los músculos, más intensas serán las últimas acciones. Por lo tanto, la musculatura posterior no es débil, ni se encoge por el «peso de los años», sino por la fuerza



2 Deformación de un sólido en carga y sistemas estabilizadores.

- A. Deformación - Desvío.  
B. Obenque.  
C. Ajuste.

de los propios músculos (se conoce la acción de la gravedad sobre la erección del tronco y los ejercicios de marcha con peso sobre la cabeza).

Además, la anatomía comparada y sobre todo los estudios de la motricidad en saurios [9] y del desarrollo de la motricidad en el niño [19], tienden a confirmar los principios de Mézières. A partir de su observación inicial y de las leyes derivadas de la misma, Françoise Mézières imagina poco a poco una forma de trabajar original, constantemente adaptada a la patología del caso presente. A través de la aplicación de su visión metódica y global que le lleva a conseguir resultados en pacientes a menudo considerados intratables, en los años 1960 comienza su enseñanza en forma confidencial en Vendée. A raíz del interés suscitado, así como de las conferencias y seminarios impartidos en el suroeste de Francia, con su antiguo alumno Philippe Souchard, crean una sociedad de enseñanza que durante varias décadas formará varios miles de kinesiterapeutas; de esta forma Françoise Mézières codifica y perfecciona su trabajo. Por su parte, Philippe Souchard aporta los elementos científicos de explicitación y de justificación, por medio de trabajos que provocan una ruptura con Françoise Mézières, a comienzos de los años 1980. Gracias a los profundos conocimientos de anatomía de Françoise Mézières (fue profesora en la escuela francesa de ortopedia y masaje [EFOM]) y al riguroso trabajo de explicación biomecánica realizado por Philippe Souchard, se impuso una realidad: la pérdida de extensibilidad de la cadena posterior es el origen de todas nuestras deformaciones; la recuperación de la extensibilidad perdida obedece a las siguientes leyes: debe abarcar el conjunto del sistema mioesquelético (globalidad), debe realizarse por medio de posturas mantenidas durante largo tiempo, a las que se asocian todo tipo de técnicas sedantes y calmantes como pulimentos, masajes, contracción-relajación, etc. Durante estas posturas, el elemento respiratorio está omnipresente, como una sucesión regular de espiraciones e inspiraciones

características. La espiración es larga, lenta y prolongada; es activa y forzada pero sin apnea; casi siempre se realiza hinchando el vientre para acentuar el estiramiento de los pilares diafragmáticos (inserción de lumbares) y de la parte contráctil de los músculos digástricos (cúpulas); en algunos casos, dependiendo del estado de los abdominales, la espiración se realizará metiendo el vientre. En cuanto a la inspiración, es pasiva, corta o normal, nunca larga, simple retorno elástico posterior a la espiración forzada [13, 20].

## Modo de actuación

El modo de actuar de las posturas prolongadas sería comparable a la fluencia, noción aportada por la reología cuya definición exacta es: rama de la mecánica, que estudia las relaciones entre la viscosidad, la plasticidad y la elasticidad de la materia, así como sus comportamientos bajo la influencia de presiones (fenómenos de derrame o fluencia, reacción a las tensiones, etc.). Es un método de deformación en frío que se utiliza en la industria de grandes polímeros y sobre todo en la fabricación de fibras textiles sintéticas.

La relación que une la fuerza de tracción a la duración de la acción no es simétrica: la duración prima sobre la intensidad; un efecto «memoria» de los tejidos impone una primera fluencia de gran importancia, las fluencias sucesivas serán aún más eficaces; la «fluencia del músculo», por dilaceración del tejido conjuntivo, restablecerá el número de sarcómeros iniciales (perdidos) [9, 19, 23]. No hay unanimidad en cuanto al concepto de fluencia ya que el músculo no es un material homogéneo, algunos observadores sugieren que las posturas provocarían una saturación de estímulos nociceptivos que obligarían al músculo a «relajarse».

Las posturas de tratamiento, establecidas después de un examen, estudio morfoestático y dinámico, tienen un efecto propioceptivo de ayuda a los grupos musculares debilitados por la fuerza de los antagonistas acortados y, al mismo tiempo, un efecto de inhibición de los agonistas. Es una técnica global que simultáneamente asocia un trabajo estático (o poco dinámico) excéntrico de los grupos hipertónicos, con un trabajo estático (o poco dinámico) concéntrico de los grupos hipotónicos. Se realizan siempre posturas antilordosis con un ritmo respiratorio determinado que sirve para flexibilizar el diafragma (espiración larga, lenta y prolongada), y un esfuerzo de rotación externa de las raíces de los miembros.



3 Cadena posterior: figura desollada vista de espaldas.

## Cadena posterior

De arriba hacia abajo, está constituida por (fig. 3):

- los músculos del cuello, dispuestos en cuatro planos:
  - el plano profundo está formado fundamentalmente por los músculos suboccipitales: recto menor, recto mayor, oblicuo menor, oblicuo mayor, también llamados cibernéticos del cuello; hay que añadir el transverso espinoso y los interespinosos;
  - el plano de los complejos que consta además del complejo menor (longísimo de la cabeza) y complejo mayor (semiespinoso de la cabeza), del transverso del cuello y del sacrolumbar;
  - el plano del esplenio y del angular;
  - el plano superficial formado por el trapecio y por la parte superior del esternocleidomastoideo;
- los músculos posteriores del tronco, dispuestos en tres grupos:
  - el grupo posterior:
    - plano de los espinosos: transverso espinoso, dorsal largo, sacrolumbar, epiespinoso (los tres primeros se reúnen y forman la masa común);
    - plano de los serratos menores posteriores;
    - plano del romboides;
    - plano superficial formado por el dorsal ancho y por el trapecio;
    - el grupo medio incluye el cuadrado de los lomos y los intertransversos;
    - el grupo anterior incluye los músculos psoasílfacos;
  - los músculos posteriores del miembro superior:
    - tríceps para el brazo;

- dos planos para el antebrazo:
    - el plano profundo que incluye el abductor largo del pulgar, el extensor corto del pulgar, el extensor largo del pulgar y el extensor propio del índice;
    - el plano superficial que incluye el extensor común de los dedos, el extensor propio del meñique, el cubital posterior y el ancóneo;
  - los músculos posteriores del miembro inferior:
    - la región glútea que consta de tres planos:
      - plano profundo: glúteo menor y músculos pelvitrocantéreos (piramidal de la pelvis o piriforme, obturador externo, obturador interno, gemelo superior, gemelo inferior, cuadrado femoral);
      - plano medio constituido por el glúteo medio;
      - plano superficial: glúteo mayor y tensor de la fascia lata;
  - los músculos posteriores del muslo o músculos isquiotibiales: bíceps femoral, semimembranoso, semitendinoso:
    - los músculos posteriores de la pierna:
      - plano profundo: poplíteo, tibial posterior, flexor largo de los dedos, flexor largo del dedo gordo del pie;
      - plano superficial: músculo tríceps sural compuesto por los gemelos (gastrocnemios) y el sóleo; se inserta en la cara posterior del calcáneo [18] por medio del tendón de Aquiles.
- Nota: dentro del conjunto, conviene distinguir los músculos largos y superficiales, motores de los movimientos, también llamados músculos de la dinámica o músculos conductores de los músculos profundos, cortos, responsables de la disposición, del ajuste y de la fijación articular.

#### DIAFRAGMA

Músculo conocido por su participación en la respiración, de la cual es el motor principal y uno de los más importantes para la estática. Por su inervación involucra la región cervical (nervio frénico C3) y depende del estado de la misma. Por su acción sobre el efector torácico, influye sobre la cintura escapular, las costillas y el esternón, por lo tanto sobre la región dorsal. Por sus pilares influye sobre la región lumbar alta y sobre los discos, y por sus inserciones entrecruzadas con las del psoas fija la lordosis. Por estas razones, el trabajo idóneo para restablecer su elasticidad y para hacerle «soltar» la lordosis, será un trabajo espiratorio (los lomos están fijos), y sólo alejando el centro frénico (parte no contráctil del diafragma constituida por la yuxtaposición de los tendones centrales de los músculos digástricos) de las inserciones periféricas, se logrará recuperar una extensibilidad óptima de la parte contráctil, y secundariamente un relajamiento de los lomos [20].

#### PSOAS ILÍACO

Está formado por dos porciones:
 

- la porción psoas, que va de la cara anterior de las cuatro primeras vértebras lumbares al trocánter menor;
- la porción ilíaca, que va de la fosa ilíaca interna al trocánter menor.

 La primera porción, poliarticular, flexora del fémur sobre el tronco si las inserciones lumbares están fijas, rotadora y flexora lateral vertebral si el punto fijo es femoral, se considera a menudo como rotadora externa; sin embargo, el eje de movimiento del fémur en la bipedestación y en la marcha está situado hacia dentro del trocánter menor y hace que el psoas sea un músculo rotador interno en sinergia con una parte de los aductores.
 

La segunda porción, monoarticular, asegura la estabilidad del hueso ilíaco [19].

#### CUADRADO DE LOS LOMOS

Músculo medio perteneciente al grupo medio de los músculos de la región posterior del tronco, está situado por delante de los espinosos de los que se encuentra separado por la aponeurosis del transverso: se extiende desde la última costilla a la cresta ilíaca, insertándose también en el vértice de las apófisis transversas de las vértebras lumbares. Elevador de la hemipelvis o descensor de la duodécima costilla según el punto fijo, es fundamentalmente un flexor lateral de la región lumbar, por lo que es sinérgico y complementario de los espinosos.

### Principios generales

La noción de globalidad nos remite a los conceptos de unidad y de unicidad, únicos capaces de satisfacer las exigencias de las medicinas holísticas y de proponer una terapéutica apta para favorecer la recuperación del equilibrio utilizando las facultades homeostáticas de cualquier sistema viviente. Desde esta óptica, se debe admitir la idea de que es la forma la que prima sobre la función y no la inversa; por lo tanto, el trabajo a realizar debe consagrarse a una constante mejora de la forma, cuyo canon es la estatua griega, y acercarse a la forma perfecta que responde al número de oro, tan querido por Leonardo Da Vinci; de esta manera, restableciendo la forma sana, se recuperará la función. Françoise Mézières tuvo muy pronto la intuición de que existía en el seno del organismo y en la base de los comportamientos compensaciones, un motor inconsciente y automático que ella denominó reflejo antálgico a priori, distinto del reflejo antálgico a posteriori que ya es bien conocido.

El reflejo antálgico a priori ha sido el tema de una tesis médica [4], trabajo científico auténtico que justifica esta intuición. Para su estudio, el doctor Jean-Luc Gérard ha utilizado las nociones desarrolladas por el doctor Henri Laborit, particularmente el concepto de la inhibición de la acción [8, 11]. La noción de reflejo antálgico a priori podría estar relacionada con la teoría psicoterápica llamada terapia primal por Arthur Janov, analogía que permitiría afirmar que el método Mézières es el «psicoanálisis del cuerpo» [6]; muy a menudo, durante el trabajo postural aparecen dolores intensos, ansiógenos, desconocidos para el paciente, y un trabajo sedativo hace que surja un hecho olvidado, oculto, siempre antiguo, cargado de emoción y cuyo relato calma el sufrimiento físico y moral; sin ninguna duda, se trata de la causa primera que, por medio de una larga serie de compensaciones, que a su vez han sido causa de otras compensaciones, ha desembocado en la última compensación que no ha podido tener lugar por falta de extensibilidad muscular. Françoise Mézières explicaba: «la causa nunca está en el lugar en el que se manifiesta [5]».

Las posturas se realizan de tal forma que se impide cualquier fuga o compensación frente a las puestas en tensión necesarias; por definición son lo contrario del hábito del sujeto y por lo tanto en un primer tiempo son difíciles, pesadas, e incluso dolorosas. Es un trabajo exigente que requiere voluntad por parte de los dos protagonistas, el paciente y el kinesiterapeuta.

Françoise Mézières demostró que cualquier postura eficaz debía cumplir el alineamiento en un mismo plano de tres niveles: el occipucio, el omóplato y el sacro.

### Principios del tratamiento

Nacido de una observación, el método y el trabajo derivado del mismo requieren una lectura permanente del cuerpo y de sus comportamientos; todas las sesiones comienzan con un examen detallado y completo.

#### ■ Sujeto de pie de frente

Debe producir una impresión general de armonía, de simetría en los segmentos y en los volúmenes; con los pies totalmente juntos, los dedos descansan en el suelo, y no hay ni hallux valgus, ni quintus varus; los bordes internos y externos son rectilíneos pero divergentes de atrás hacia adelante y los dedos se deben situar en la prolongación de

sus respectivos metatarsianos; los tendones de los extensores no son visibles y los dedos no presentan deformación alguna, ni en «garra» ni en «martillo»; la proyección ortogonal de los maleolos se hace sobre el suelo, a ambos lados del talón y es equidistante del mismo; los miembros inferiores están alineados y presentan cuatro puntos de contacto: en los maleolos, en el vértice de las pantorrillas, en los cóndilos y en la parte superior de los muslos. La pelvis se presenta de frente, las crestas ilíacas están a la misma altura, así como las espinas ilíacas anteriores y superiores; el ombligo está centrado y los rebordes subcostales no son salientes; no hay alerones de Sigaud; el tórax es armonioso y las costillas no sobresalen en ninguna zona; los pezones son simétricos y las clavículas, idénticas, presentan la misma oblicuidad y el mismo relieve; las articulaciones esternoclaviculares son parecidas, como las articulaciones acromioclaviculares que no deben ser puntiagudas; la musculatura anterior del cuello apenas es visible bajo la piel, y los haces superiores de los trapecios presentan la misma curva; los hombros no están echados hacia adelante y los surcos deltopectoriales son semejantes; los miembros superiores están relajados, los codos en ligera flexión y las manos en posición neutra; la cabeza está derecha, libre del cuello y de los hombros y la línea de los ojos asegura la horizontalidad de la mirada.

#### ■ Sujeto de pie de espaldas

Los pies no están ni en varo ni en valgo; los tendones de Aquiles, verticales, sobresalen y suben hasta el tercio medio en el que aparece la curva de los gemelos; el volumen de los músculos isquiotibiales es el mismo y los pliegues subglúteos son simétricos; las nalgas, relajadas, presentan la misma curva y las fosas de Michaelis son equivalentes; la lordosis lumbar, moderada, se orienta hacia atrás y hacia abajo y sube hasta D12-L1, la región dorsal, normalmente convexa, apenas deja entrever los omóplatos que no están despegados ni por su borde espinal ni por la punta y son equidistantes de la línea de las espinas; los espacios toracobraquiales son simétricos en su conjunto, y los antebrazos y las manos están espontáneamente en contacto con la parte superior de los muslos.

#### ■ Sujeto de pie de perfil

Los miembros inferiores son rectilíneos y no presentan ni recurvatum, ni flexum de rodillas; la región torácica cumple la norma siguiente: oblicua abajo y hacia adelante, desde el manubrio hasta la punta del pezón (la parte más

adelantada del cuerpo), vertical y rectilínea hasta el pubis. El brazo se sitúa entre el tercio medio y el tercio posterior del espesor del tronco; la cabeza no está proyectada hacia adelante y la lordosis cervical, larga y moderada, mira hacia atrás y hacia arriba.

#### ■ Sujeto en flexión anterior del tronco

No se exige la rectitud de las rodillas pero las manos se colocan en el suelo delante de los pies con los dedos dirigidos hacia adelante; la cabeza cuelga y la convexidad del raquis, armoniosa y total, muestra las apófisis espinosas en una sucesión regular; posición que también permite evaluar las influencias procedentes de abajo (músculos isquiotibiales) y de arriba (masa común); en un segundo tiempo, el alejamiento de las manos respecto de los pies, que provoca el cierre del ángulo tibiotarsiano, permite valorar la flexibilidad del tripeps sural.

#### ■ Sujeto en decúbito

El sujeto está acostado naturalmente, sin ningún tipo de corrección; se valora la colocación de sus segmentos, cabeza, pelvis y miembros, la importancia de las lordosis cervical y lumbar, la eventual desigualdad en la longitud de los miembros inferiores, la libertad del diafragma. Por la información sobre el trabajo propiamente dicho, dirigirse al párrafo «Aplicaciones».

### Indicaciones

Todos los trastornos de la estática y sus consecuencias, dolorosas o indoloras:

- en ortopedia;
- en reumatología (exceptuando las contraindicaciones expuestas posteriormente);
- en traumatología (salvo en el postoperatorio inmediato);
- en kinesiterapia del deporte y particularmente en los excesos de musculatura;
- los desequilibrios neurovegetativos que han producido por vía refleja un trastorno importante de la estática;
- algunos trastornos digestivos o cardíacos relacionados con la disfunción del diafragma;
- la mayoría de trastornos respiratorios de origen mecánico;
- los trastornos circulatorios de origen mecánico o neurovegetativo, las disfunciones de la esfera urogenital del postparto;
- ciertos trastornos neurológicos y sus consecuencias sobre la estática [1].

### Contraindicaciones

#### ABSOLUTAS

- Los 3 primeros meses del embarazo: riesgo de aborto espontáneo relacionado con la hiperpresión abdominal y con los potentes efectos provocados por las posturas sobre la estática pelviana y sobre el periné.
- Los cuadros infecciosos e inflamatorios agudos.
- Los síndromes tumorales.
- Las enfermedades degenerativas del músculo.
- Los estados psicóticos.

#### RELATIVAS

Son las limitaciones relacionadas con la falta de motivación y por lo tanto, con la participación del sujeto.

### Aplicaciones

Como cada tratamiento es individual, resulta difícil codificar una sesión cuyo desarrollo se adaptará y será un conjunto de respuestas derivadas del examen del sujeto y de su comportamiento a lo largo de las fases posturales; además, el término método se aplica mal a este trabajo y la propia Françoise Mézières lo discutía (prefería hablar de un conjunto de llaves), no obstante, es perfectamente posible destacar y detallar las grandes líneas de un tratamiento.

Todas las sesiones son una sucesión de posturas personalizadas destinadas a la puesta en tensión, rigurosa y prolongada, de los grupos musculares considerados responsables de las lordosis, de las rotaciones internas y del bloqueo del tórax en inspiración.

Estas posturas se realizan sobre una alfombra o sobre un dispositivo adaptado (mesa regulable para el mantenimiento de los miembros inferiores y reposabrazos regulables, platillo tipo Bobath, podio), a partir de posiciones de partida que son: decúbito (en general, las piernas en escuadra) (fig. 4), sentado en escuadra (figs. 5, 6), de pie contra un plano vertical. Son frecuentes algunas variantes: de pie sin apoyo, en flexión anterior (fig. 7), en apoyo facial (fig. 8), postura de «esgrima» y en decúbito lateral.

El ritmo de las sesiones es habitualmente semanal, es raro que sea más frecuente, y a veces bimensual.

La duración de las sesiones, extremadamente variable, depende de infinidad de factores, pero no puede ser inferior al tiempo necesario para hacer el examen detallado del sujeto, para la realización de las distintas posturas y para las fases de reposo que son indispensables; algunas sesiones pueden durar 1 hora y media.



4 Decúbito.



5 Posición sentada.



6 Posición sentada (variante).



### Reacciones pasajeras

Duran generalmente 48 horas y son de dos tipos:

- mecánico: agujetas, calambres, reaparición de dolores antiguos, aparición de dolores desconocidos para el sujeto (vinculados a un reflejo antálgico a priori);
- neurovegetativo: frío, hambre, sed, sueño, risa, llanto, tos, temblores, vértigos.

### Resultados

Cuando se cumplen ciertas condiciones, los resultados son de una regularidad constante:

- la indicación debe ser correcta y el diagnóstico preciso;

— el tratamiento lo suficientemente largo y extenso en el tiempo;

— debe lograrse la participación del sujeto.

De esta forma, y en función de la flexibilización muscular alcanzada, se consigue la sedación de los dolores y/o la lenta modificación de la estática hacia la rearmonización buscada; los resultados sólo se obtienen progresivamente como en cualquier tratamiento de tipo causal; después de la recuperación de una forma sana, se produce un notable aumento de la conciencia corporal, una atracción nueva por una higiene de vida olvidada, un alivio general y un reequilibrio lento de las funciones neurovegetativas [1].

7 Postura de examen, de tratamiento, en flexión anterior.

El número de sesiones nunca debería ser inferior a 20, incluso a 30, pero más que el número de sesiones lo que se debe tener en cuenta es la duración del tratamiento.



8 Apoyo facial.



cuyos principios son opuestos, pero no hay ningún obstáculo para asociar otras terapias, siempre benefactoras para el paciente: homeopatía y acupuntura, terapia manual, podología, posturología, kinesiología, reflexoterapia cutánea así como, relajación, sofrología y psicoterapias.

*Fundado sobre principios simples pero surgidos de una observación muy detallada, y confirmados por la anatomía y la biomecánica, el método postural global de Françoise Mézières es de una riqueza infinita, tanto por el análisis que consigue como por los resultados que logra. Representa una auténtica revolución en el arte manual curativo y los terapeutas que lo practican, los médicos que lo recomiendan y lo prescriben y los innumerables pacientes que se benefician de él, constituyen su mejor garantía.*

## Complementariedades

Françoise Mézières no tenía palabras suficientemente duras para los que

practicaban lo que ella llamaba el «trencito», enganchando el vagón Mézières a otras técnicas.

Es evidente que el método Mézières no puede complementarse con terapias

*Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Cittone JM. Méthode Mézières. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-085-A-10, 1999, 8 p.*

## Bibliografía

- [1] Beauvois A. Contribution à l'étude des résultats thérapeutiques de la méthode Mézières à propos de 265 cas. [thèse], Nantes, 1979 : n° 2341
- [2] Bertherat T. Le corps a ses raisons, autoguérisión et autogymnastique. Paris : Le Seuil, 1976
- [3] Busquet L. Les chaînes musculaires. (4 tomes). Paris : Frison-Roche, 1992-1995
- [4] Gérard JL. Le réflexe antalgique a priori, une inhibition de l'action, suivi d'un guide pratique de la méthode Mézières à l'usage des omnipraticiens. [thèse], Nancy, 1985
- [5] Groddeck G. Le livre du ça. (Das Buch vom es) traduit de l'allemand par L. Jumel. Paris : Gallimard, collection TEL, 1973
- [6] Janov A. Le cri primal. Thérapie primale : traitement pour la guérison de la névrose. Paris : Flammarion, 1990
- [7] Kapandji I. Physiologie articulaire. (3 tomes). Paris : Maloine, 1991
- [8] Laborit H. L'inhibition de l'action, biologie comportementale et physiopathologie. Paris : Masson, 1986
- [9] Le Derff H. Contribution à l'étude de la méthode de kinésithérapie de M<sup>lle</sup> Mézières et comparaison avec la thérapie bioénergétique du Dr Lowen. [thèse], Nantes, 1979 : n°2173
- [10] Marquat I. Actualité des muscles des méridiens de la médecine traditionnelle chinoise : étude comparative entre muscles des méridiens d'une part, douleurs référées (travell) puis chaînes musculaires (Mézières) d'autre part. [thèse], Bordeaux, 1994
- [11] Mézières F. Le réflexe antalgique a priori. *Cah Méthode Nat* : n° 44 1970
- [12] Mézières F. Méthode Mézières et fonction du sympathique. Conférence faite aux journées postuniversitaires du CHF, octobre 1971
- [13] Mézières F. Retour à l'harmonie morphologique par une rééducation spécialisée ; exposé fait au centre homéopathique de France. 1967, Congrès Mézières, 1978
- [14] Mézières F. Originalité de la méthode Mézières. Paris : Maloine, 1984
- [15] Morris D. Le singe nu. Paris : Brodard et Taupin, le livre de poche, 1991 : n° 2752
- [16] Niboyet JE. La pratique de la médecine manuelle. Paris : Maisonneuve, 1968
- [17] Piret S, Béziers MM. La coordination motrice. Aspect mécanique de l'organisation psychomotrice de l'homme. Paris : Masson, 1971
- [18] Rouvière H, Delmas A. Anatomie humaine. (3 tomes). Paris : Masson, 1973
- [19] Souchard P. La méthode Mézières. Paris : Maloine, 1979
- [20] Souchard P. Le diaphragme. Paris : Maloine, 1980
- [21] Stortz M. La scoliose : vingt années de recherche et d'expérimentation, JEKTS, la scoliose vue autrement. Montpellier : Sauramps médical, 1991 : 105-146
- [22] Struyf-Denis G. Les chaînes musculaires et articulaires. 1<sup>re</sup> éd SBO/RTM, 1976, 4<sup>e</sup> éd revue et corrigée. Bruxelles : ICTGDS, 1991
- [23] Tardieu G. Les feuillets de L'IMC, XIIB : physiopathologie des troubles de l'élasticité et de la force musculaire.
- [24] Vandervael F. Analyse des mouvements du corps humain. Paris : Maloine, 1966