Año 2009 Número 3

FisioGlobal

ISSN 2013-6056

La Revista Científica Iberoamericana del Método Mézières y terapias globales

ARTÍCULOS

La bóveda de la mano: a partir de la mano del músico
MATHIEU Marie-Christine

Aportación del Método Mézières a la danza clásica
TOMAT Géraldine

Cérvico-dorsalgia postural, tratamiento mediante el Método Mézières
POSINO GARRETA Meritxell

Pequeña historia de la propiocepción
PAQUETTE Anne Marie

IFGM
Instituto Fisioterapia Global Mezieres

Editorial

La fisioterapia global está de luto

José RAMÍREZ MORENO

Con un gran pesar debo comenzar esta editorial anunciándoles el fallecimiento de madame GODELIEVE DENYS-STRUYF en fecha 11 de septiembre de 2009. Godelieve nació en 1931 fisioterapeuta y osteópata, fue discípula de Françoise Mézières, y al igual que ella, la OBSERVACIÓN fue su principal herramienta científica en la que basó gran parte de su obra. Además y gracias a su formación como retratista de Bellas Artes, pudo plasmar la imagen de su retina en el lienzo. El resultado de esta extraordinaria capacidad artística podemos verla reflejada en sus diversos libros entre los que destaco "El manual del mezierista" por ser una referencia bibliográfica de primer orden para los mezieristas.

El aporte teórico y práctico que aporta el método que lleva su nombre (GDS), es un legado de un extraordinario valor para todos los que creemos en la fisioterapia global. Integró dos mundos tan complejos como son el corporal y el psiquismo, en términos psico-comportamental como ella definía. Aportó nuevos conceptos de biomecánica, diversificó las cadenas musculares y dió al terapeuta una forma diferente de abordar la terapia manual, respetando siempre el principio de la individualidad que prima en las terapias de calidad.

El fallecimiento de Godelieve como sucedió con la muerte de F. Mézières en 1991, ha conmocionado a la comunidad de discípulos que han seguido y seguirán su método. A todos ellos y especialmente a sus familiares, queremos expresarles nuestras condolencias en nombre de todos los fisioterapeutas mezieristas españoles.

Personas que, como Françoise o Godelieve y otros muchos, han donado su tiempo en beneficio al prójimo, para que nosotros, los fisioterapeutas, seamos más competentes y eficaces. Pero aún y así, la evidencia científica en fisioterapia sigue en pañales y cuesta encontrar, entre los miles de fisioterapeutas, hombres de ciencia. Por otra parte no es de extrañar teniendo en cuenta las capacitaciones que tenem os en materia de investigación.

Nos gustaría ofrecerles en el futuro artículos científicos basados en la evidencia, más cercanos hacia la noción de cuales de las muchas terapias que sabemos hacer tienen justificación y no tanto justificar lo que hacemos. De momento debemos aceptar la realidad actual de la profesión y publicar textos que, si bien no presentan una metodología científica rigurosa, nos aportan conocimientos y experiencias fruto de muchos años de trabajo. Gracias a estas publicaciones, nuestro día a día profesional se enriquece con nuevos aportes terapéuticos, formas diferentes de entender la patología y al paciente, y quien sabe si también puede estimular nuestro espíritu investigador. Tenéis en FisioGlobal un medio para que mostréis vuestros avances, tal y como lo han hecho los protagonistas de esta publicación.

En el primer artículo de este número, M.C. Mathieu, propone analizar los desequilibrios musculares y articulares de la mano en relación al músico y la patomecánica que se deriva de la mala utilización de esta herramienta, prolongación directa de nuestro cerebro. Géraldine Tomat ofrece una propuesta de tratamiento en base al Método Mézières en pacientes con alteración de la postura motivada por las exigencias deportivas o artísticas, como es el caso de la danza clásica. En esta ocasión el caso clínico trata de una patología postural muy común, la cérvico-dorsalgia, Meritxell Posino nos muestra una propuesta de tratamiento para la mejora tanto de la sintomatología como de la postura. Por último, en el apartado de reflexiones, A. M. Paquette relata un breve paseo por la historia de la "propiocepción", recomendándonos el valor que tiene la utilización del trabajo propioceptivo en el interior de nuestras terapias corporales.

Buena lectura.

La Revista Científica Iberoamericana DEL MÉTODO MÉZIÈRES Y TERAPIAS GLOBALES

ISSN 2013-6056

Edición
Instituto de Fisioterapia Global Mézières, S.L.
Revista difundida por IFGM gratuitamente a los socios de AMIF y disponible para el resto de profesionales previa suscripción

Responsables de la publicación
José Ramírez Moreno
Juan Ramón Revilla Gutiérrez

Colaboran en este número
José Ramírez Moreno
Marie Christine Mathieu
Géraldine Tomat
Meritxell Posino Garreta
Anne Marie Paquette

Endidades colaboradoras
Asociación Mezierista Iberoamericana de Fisioterapia

Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie

Dirigida a
Fisioterapeutas y a profesionales de la salud con interés sobre las terapias globales.

Periodicidad: 2 números al año

Suscripciones
E-mail: ifgm@kinemez.com

Tarifa suscripción anual
Socios AMIF.....gratuita
Versión digital.....gratuita (no imprimible)
Profesionales.....30 € (papel)
Estudiantes de fisioterapia.....20 € (papel)

* precio no incluido gastos de envio

Impresión
Imprevasa
www.imprevasa.com

SUMARIO Nº 3

EDITORIAL

3 La fisioterapia global está de luto
RAMIREZ-MORENO José

ARTÍCULOS

6 La bóveda de la mano: a partir de la mano del músico
MATHIEU Marie-Christine

13 Aportación del método mézières a la danza clásica
TOMAT Géraldine

CASO CLÍNICO

21 Cérvico-dorsalgia postural, tratamiento mediante el Método Mézières
POSINO GARRETA Meritxell

REFLEXIONES GLOBALES

27 Pequeña historia de la propiocepción
PAQUETTE Anne Marie

FORMACIÓN

29 Método Mézières. Fisioterapia global miofascial.

32 Cursos de perfeccionamiento y especialización.

La revista FsioGlobal está editada por IFGM, s.l. , reservados todos los derechos. No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor. Cada artículo está publicado bajo la sola responsabilidad de su autor.
LOPD: Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de IFGM, S. L. Sí desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito al mail: rcifm@kinemez.com

PRIMERA GAMA DE AMINOÁCIDOS FUNCIONALES

La toma de complementos alimenticios no puede sustituir un tratamiento médico. Disponibles en establecimientos dedicados a la salud.

VECTI-DYN
INTEGRIDAD MUSCULAR

VECTI-PUR
REGULACIÓN METABÓLICA

VECTI-REGEN
PIEL, UÑAS Y CABELLO

VECTI-SEREN
EQUILIBRIO EMOCIONAL

NUTERGIA *especializado desde 1989 en la investigación y el desarrollo de complementos alimenticios de calidad.*

LABORATORIOS NUTERGIA
La Nutrición Celular Activa

Paseo de Francia, 14
20012 SAN SEBASTIAN
Tel. : (34) 943 459 102
Fax : (34) 943 465 102
informacion@nutergia.es
Internet : www.nutergia.es

CÓMO PUBLICAR UN ARTÍCULO

Esta publicación está abierta a cualquier profesional de la salud. Se priorizará sobre aquellos artículos que presenten una temática global y más específicamente en fisioterapia.

Las secciones que contendrá además de la editorial serán:

- Originales. Trabajos no editados con anterioridad
- Revisiones. Trabajos publicados anteriormente pero actualizados
- Casos clínicos. Específicamente sobre tratamientos Mézières
- Reflexiones globales. Sobre terapia, experiencias personales, avances.

Las normas de publicación puedes descargarlas en la web metodo-mezieres.com (área profesional).

Si estás interesado en publicar un artículo en nuestra revista, contacta en la siguiente dirección electrónica: ifgm@ kinemez.com

LA BÓVEDA DE LA MANO : A PARTIR DE LA MANO DEL MÚSICO

MATHIEU Marie-Christine

Fisioterapeuta Mézièrista. Meylan

Correspondencia
Marie-Christine Mathieu
mariechristine.mathieu@wanadoo.fr

RESUMEN

La mano es una herramienta técnica, de sensación, de expresión, de comunicación. Funciona como un resorte accionado por arcos. Esos arcos permitirán el ahuecamiento de la mano para facilitar su función de prensión y, también, para asegurar puntos fijos sólidos para los gestos de precisión.

Para comprender mejor las fuertes tensiones a las que debe adaptase la mano del hombre moderno, analizaremos la complejidad funcional de la mano del músico en particular. Por su función expresiva, por el papel que desempeña en el equilibrio global del cuerpo, por su papel en el movimiento del brazo, la mano del músico acumula todas las dificultades funcionales de la mano.

Pero estas fuertes tensiones se encuentran también en numerosos gestos profesionales y, a menudo, originan trastornos músculo-esqueléticos. Conocer estas tensiones puede ayudar a los fisioterapeutas en su tarea preventiva y educativa.

Vigilar la utilización fisiológica de las bóvedas de la mano, verificar la precisión gestual de los pacientes y aliviar las tensiones de las manos en las sesiones, son herramientas complementarias en los tratamientos de reeducación.

PALABRAS CLAVE

Mano, músico, funcional, trastorno músculo-esquelético, rehabilitación.

THE VAULT OF THE HAND: ABOUT THE HAND OF THE MUSICIAN

ABSTRACT

The hand is a technical tool, used for feeling and sensation, expression and communication. It works like a spring operated by arches. These arches will lead the concavity of the hand in order to facilitate its gripping function, but also ensure secure physical supports for precise movements.

In order to better understand the high tensions to which the hand of modern men has to adjust, we will analyze the functional complexity of the hand of the musician in particular. Through its use for expression, its use for the global equilibrium of the body, its use for raising the arm, the hand of the musician regroups all functional difficulties of the hand. But theses high tensions take also place in many professional gestures and are mainly the source of musculoskeletal disorders (MSD). Being aware of these tensions might help physiotherapists to reach their target in terms of preventive and educative actions.

Keeping a close eye to the physiological use of the arches, verifying the precision of the gestures of our patients, and alleviate the tensions of the hands during our physiotherapy consultations, all of these are complementary tools to help us in the rehabilitation treatments.

KEY WORDS

Hand, musician, functional, MSD, rehabilitation

INTRODUCCIÓN

La mano está construida como órgano de ejecución, y como receptor sensorial. Es una herramienta funcional e inteligente, en el sentido etimológico del término (inteligente viene del latín "intelligere", que quiere decir "comprender").

En el año 350 antes de Cristo. Aristóteles ya decía: "la mano es el instrumento de los instrumentos ». A la pregunta : « ¿El hombre es inteligente porque tiene manos, o tiene manos porque es inteligente ? » respondió claramente « el hombre no es inteligente porque tiene manos; si no que, como es inteligente, tiene manos. Sin inteligencia, no tendría la capacidad de utilizar sus manos, no sólo como una herramienta, sino como muchas herramientas".

Vigilar la buena función de las bóvedas de la mano, y verificar la precisión gestual de nuestros pacientes cuando padecen de alteraciones musculoesqueléticas, representa una herramienta complementaria en nuestros tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS

LA BÓVEDA DE LA MANO: UN CONCEPTO FUNCIONAL

La mano se arquea para cumplir su función de prensión. La mano debe ser adaptable, y adoptar la forma del objeto que coge.

Los arcos, según Kapandji (1), siguen 3 direcciones:

- En sentido transversal :
  - arco carpiano : el carpo tiene una forma naturalmente cóncava que aumenta en los movimientos del hueco de la palma; (fig. 1)
  - arco metacarpiano que se forma a partir del quinto dedo, cuando la mano se ahueca. (fig. 2)

- En sentido longitudinal (fig.3):
  les arcos carpo-metacarpo falángicos cuya clave del arco está a nivel de la articulación metacarpo-falángica. Los dos más usuales son:
  - el arco del dedo medio (que prolonga el eje del canal carpiano);
  - el arco del dedo índice (arco del clic del ratón). (fig. 4)

- En sentido oblicuo: arcos de oposición del pulgar sobre todo:
  - pulgar /índice; (fig. 5)
  - pulgar /anular.

Figura 1. Arco carpiano

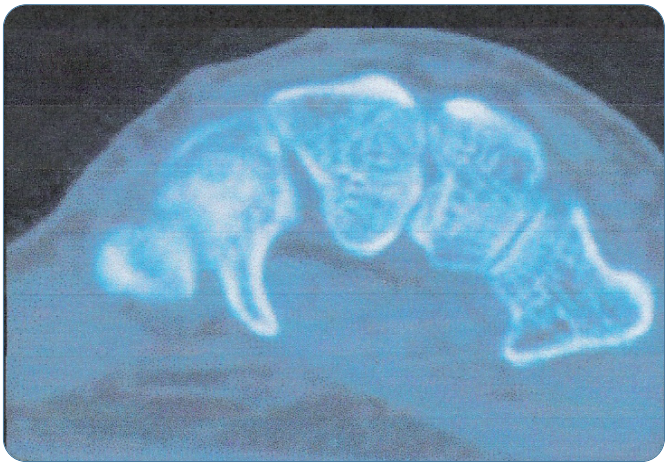


Figura 2. Arco metacarpiano

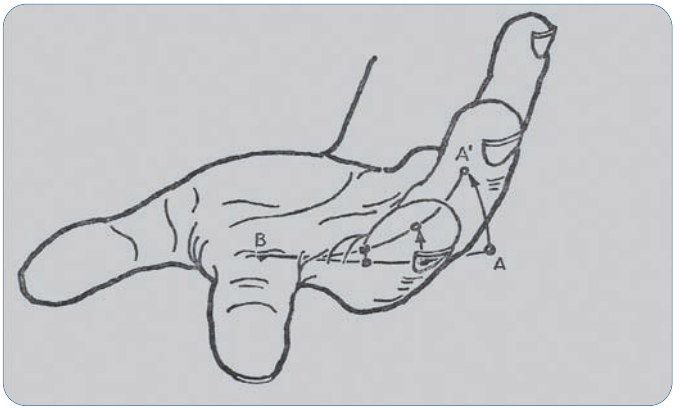


Figura 3. Arcos carpo-metacarpo-falángicos

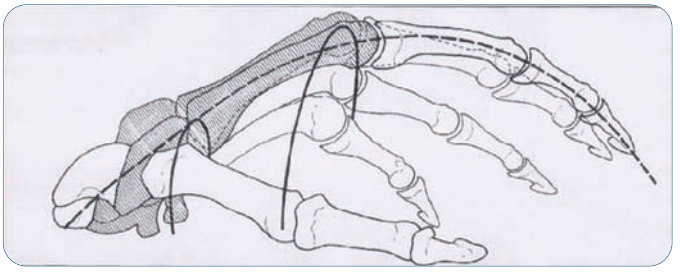


Figura 4. Arco del clic del ratón

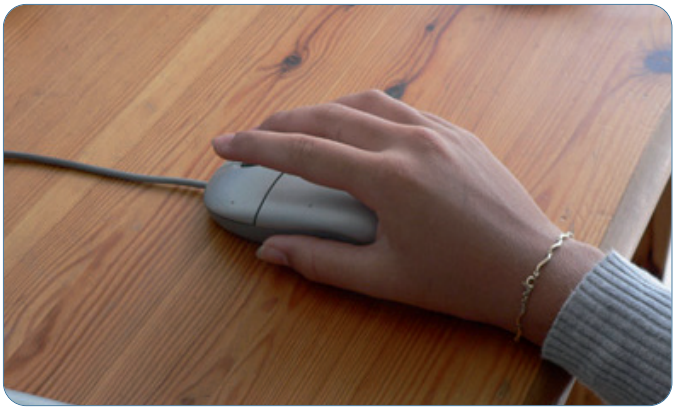


Figura 5. Arco de oposición del pulgar

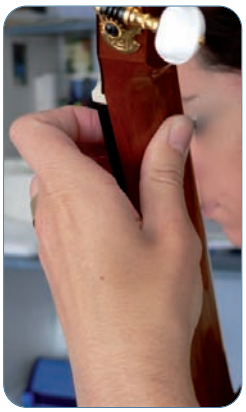


Figura 6. Posición funcional de la mano

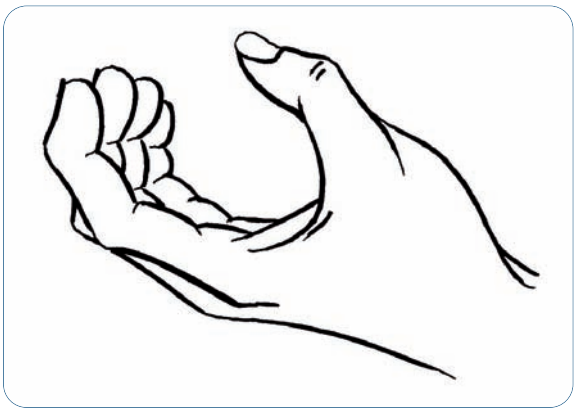
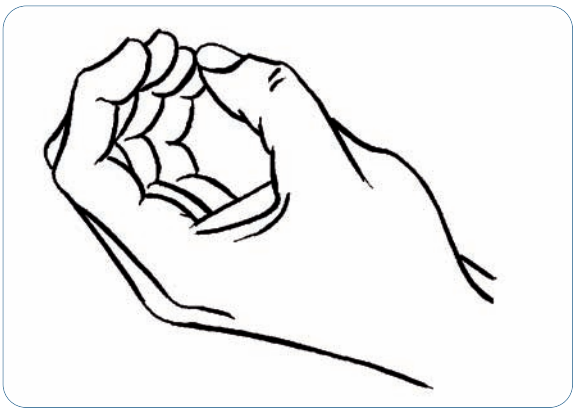


Figura 7.Posición funcional de la mano



Funcionalmente, la mano necesita ahuecarse y aplanarse. Funciona como un resorte accionado por los arcos, cuya posición de equilibrio está en hueco, con el fin de colocar la mano en posición de prensión rápida y eficaz (figuras 6 y 7). La mano se aplasta en las separaciones de los dedos.

Los arcos de oposición del pulgar (fig. 8) son la clave de la prensión, lo que da una importancia capital a la posición del pulgar respecto al plano de la mano.
La mano debe adaptar su forma a la forma del objeto que coge. Su arquitectura facilita la realización de este principio funcional. Cuanto más pequeño es el objeto, más se ahueca la mano; cuanto más grande es, más se aplana la mano. La función de prensión consiste en aproximar la mano al objeto a coger, mantenerlo un tiempo determinado, después dejarlo.

Figura 8. Arcos de oposición del pulgar

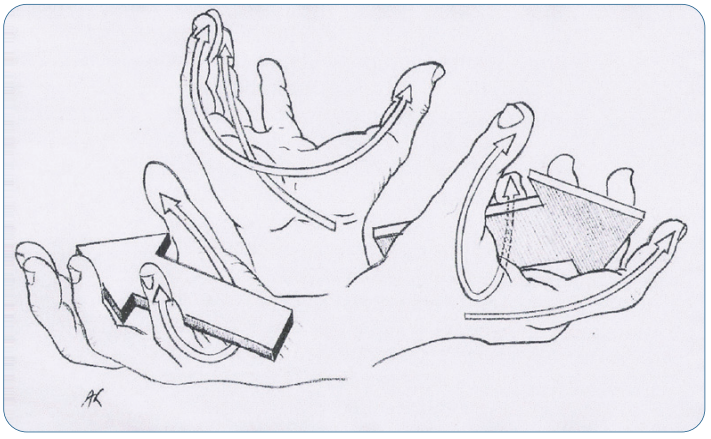


Figura 9. Solicitación de los músc. radiales y extensores dedos

En algunos gestos de precisión, en que los dedos han de tener una gran agilidad sin fuerza de prensión (teclados de ordenador, ratón), las cosas se complican funcionalmente. Cuando la mano no tiene contenido, tiene dificultades para conservar sus arcos de contención. Sin embargo, la agilidad de los dedos está sometida al imperativo de arcos sólidos como puntos fijos; entonces la musculatura postural de la mano es la que está muy solicitada. Veremos como el ejemplo de los músicos es una obra maestra en este terreno.

LA MANO DEL MÚSICO

La mano del músico sufre muchas tensiones que la alejan de la función para la que estaba programada, y la obliga a muchos aprendizajes específicos (2-7).

Mano herramienta de expresión

"La música expresa lo que no se puede decir y, sobre lo que es imposible permanecer silencioso" Victor Hugo.

La música es un lenguaje. La mano del músico es una herramienta de expresión, más que de prensión. Ya que la primera función de la mano es una función de prensión, ésta debe adaptar en gran modo su fisiología a esta mayor tensión.

Mano, herramienta de equilibrio

El músico encuentra una primera dificultad, que es su inmovilidad corporal en el espacio; la ausencia de desplazamiento espacial origina tensiones de equilibrio que provocan una tendencia a aferrarse al instrumento por medio de la mano, de ahí que hay una solicitación de esta mano, negativa para su función de velocidad y destreza.

La dirección de la mano: ¿por el hombro o por la mano?

Cuando el instrumentista sostiene su mano, o su instrumento, con la mano en vez de sostenerlo con el hombro, hay una solicitación de los músculos radiales y extensores de los dedos (fig. 9); o en el caso de los violinistas, de los músculos palmares de la mano iz-

Figura 10. Solicitación de los músc palmares en violinista

Figura 11. Tendencia a colocar la mano plana

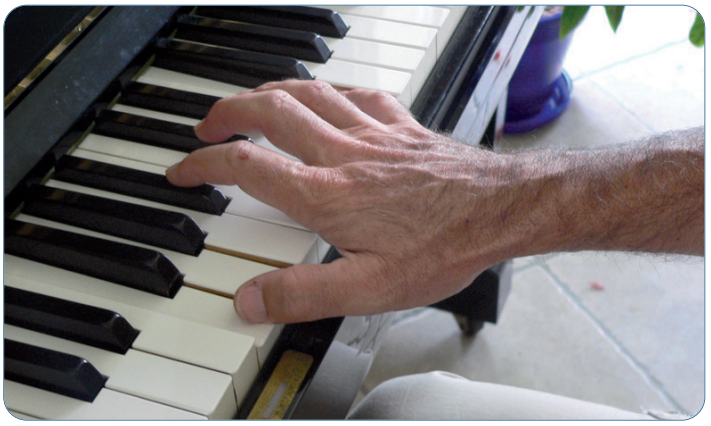


Figura 12. Tendencia a grandes separaciones de los dedos

Figura 13. En niños, laxitud natural de su mano

Figura 14. Solicitar los músculos intrínsecos de la mano

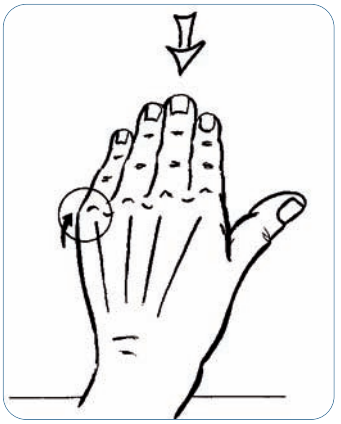


Figura 15. Conservar una oposición del pulgar adecuada

quierda (ya que la mano está en supinación). (fig. 10)

La velocidad de la mano

La dificultad fisiológica está unida al principio de orden del repliegue o de abertura de los dedos. La orden de repliegue de los dedos va, invariablemente, del dedo pequeño al índice, y, para la abertura, es lo contrario. Además, cuando un dedo se despliega, mientras los otros están cerrados, tiende a arrastrar a su vecino más próximo.

Ahora bien, el músico debe permanentemente utilizar sus dedos de manera totalmente independiente uno de los otros.

La mano en función de los instrumentos

Al estudiar la mano del músico, conviene distinguir 3 tipos de instrumentos:

1. Los instrumentos que no sostiene la mano, típicamente los teclados, el arpa, algunas percusiones.
2. Los instrumentos sostenidos, típicamente los instrumentos de viento.
3. Las cuerdas.

1. Los instrumentos no sostenidos por la mano.

Es el tipo de instrumento que tiene mayor tendencia a crear un hundimiento de los arcos manuales. El pulgar desestabiliza el sistema, ya que no hace su función de oposición. La tendencia corriente es la mano plana (fig. 11), con el pulgar en el mismo plano que los otros dedos; tendencia reforzada por la búsqueda frecuente de grandes separaciones de los dedos (fig.12). En el caso de los niños, la laxitud natural de su mano amplifica este fenómeno (fig. 13). Además, la tecla del piano no se golpea, lo que conllevaría la necesidad de poner el dedo en extensión antes de flexionarlo; la cuerda es golpeada por el martillo accionado por la tecla, pero el dedo hunde solamente la tecla. Esta creencia extendida aumenta la tendencia a usar una fuerza demasiado importante.

Soluciones:

- Construir la bóveda de la mano mediante ejercicios que soliciten los músculos intrínsecos de la mano (figuras 14 y 7). En el caso de los niños, o de los adultos que no tienen una musculatura intrínseca sólida, este trabajo se puede hacer de modo sistemático. La formación de los profesores de música en este aspecto

Figura 16. Variedad de pinzas poli-digitales

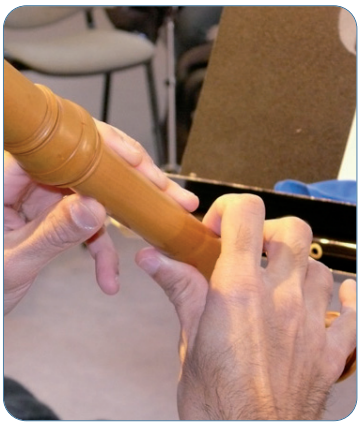


Figura 16 A.

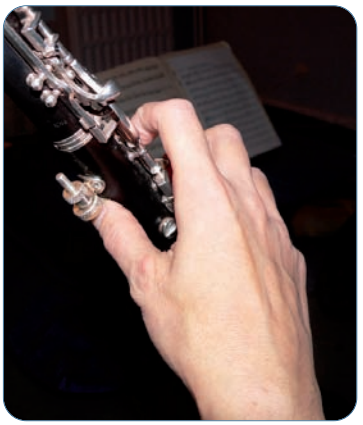


Figura 16 B.

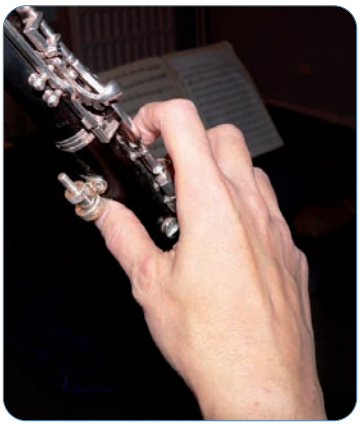


Figura 16 C.

Figura 16 D.

fisiológico es muy importante.

- Incitar a los pianistas a usar su mano sobre el teclado, conservando una oposición del pulgar (fig. 15).
- Incitar a la relajación de los dedos, a la recolocación de las bóvedas naturales tan pronto como se ejecuten los movimientos difíciles (esto hace que el mecanismo vuelva a su posición de equilibrio).

Figura 17. Posición anti-fisiológica del dedo índice

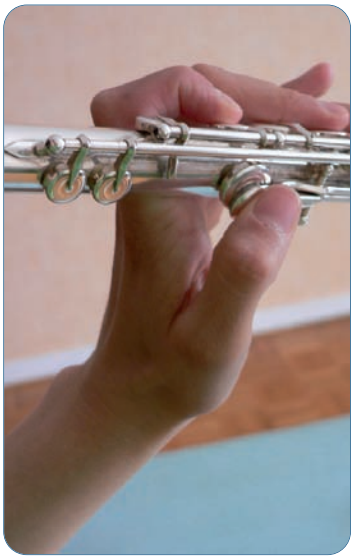


Figura 18. Sobrecarga del extensor propio del índice

Figura 19. 19. Función de velocidad de la mano izquierda

2. Los instrumentos sostenidos

También hay problemas en cuanto a la oposición en el caso de los instrumentos sostenidos. Efectivamente, el pulgar se pone en posición de oposición, pero tiene una función de sostener el instrumento, y no de oposición con los otros dedos: son los dedos los que van en dirección del pulgar, cuando en el movimiento fisiológico tradicional el pulgar es el que cierra o abre la mano. Intente, sin coger un objeto, acercar un dedo al pulgar: automáticamente el pulgar se acerca al dedo, y es muy difícil neutralizar el movimiento del pulgar.

Las funciones primordiales y programadas del pulgar son las funciones de pinzas poli-digitales o de hacer fuerza con los otros cuatro dedos. Hay una tendencia natural del índice a « inclinarse » hacia el pulgar para coger algo, y del conjunto de la mano a forzar la pronación. (fig 16)

El la flauta travesera, la posición de las claves de la mano izquierda fuerza al índice a una posición particularmente anti-fisiológica (fig. 17), a menudo causa de sobrecarga sobre el extensor propio del índice que actúa crispado (fig. 18).

Soluciones:

- Mantener libre la supinación
- Vigilar la colocación y la acción del pulgar y enseñarle con precisión.
- En el caso de instrumentistas jóvenes, no presionar con fuerza el instrumento. El niño debe aprender esta función particular de su pulgar.
- Construir la bóveda de la mano.

3. Las cuerdas

Dos manos cuya funcionalidad es muy distinta.

- La mano izquierda: (fig. 19) necesita una libertad muy grande para conseguir una gran velocidad, lo que la obliga a ser muy sólida en sus bóvedas. El contra apoyo del pulgar debe permanecer flexible y no frenar los movimientos de los otros dedos. La gestual solicita mucho al arco metacarpiano (a partir del 5º dedo), lo que, particularmente en el violón, ocasionará un riesgo de sobre-solicitación del movimiento de supinación. Los defectos más frecuentes son: inclinar la mano hacia su borde radial (fig. 20), hundir la bóveda (fig. 21), o cerrar el arco pulgar/índice. (fig. 22)

Figura 20. Defecto, la inclinación de la mano hacia su borde radial

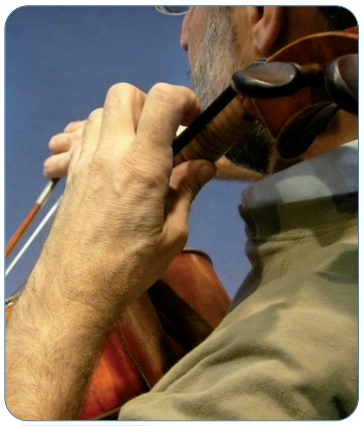


Figura 20 A.

Figura 20 B.

Figura 21. Defecto, hundir la bóveda

Figura 22. Defecto, cerrar el arco pulgar/índice.

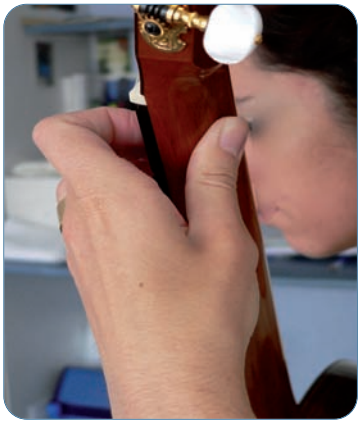


Figura 23. La mano del arco representa la expresión musical

- La mano derecha o la mano del arco:(fig.23) es la mano de la expresión musical. Tiene una función de prensión fina, estática y flexible; 3 componentes exigentes. Vigilar el riesgo de cierre del arco pulgar/índice y de hundimiento del arco del índice (fig. 24).

La mano derecha del guitarrista se corresponde a una mano de teclado, la mano izquierda a una mano de cuerdas.

Figura 24. Vigilar el riesgo de cierre del arco pulgar/índice y de hundimiento del arco del índice

Figura 24 A.

Figura 24 B.

MANOS Y ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

La expresión "alteraciones musculoesqueléticas » designa un conjunto de afectaciones dolorosas de los músculos, tendones, nervios. Hay algunos factores conocidos responsables de estas lesiones:

- la adopción de posturas fijas o forzadas,
- la repetición continua de movimientos,
- la concentración de fuerza en pequeñas partes del organismo, como la mano o el puño,
- una cadencia de trabajo que no permite una recuperación suficiente entre los movimientos.

¡Y si, como en el caso de los músicos, la mano del trabajador actual se aleja de las funciones para la que ha sido preprogramada! ¡Y la evolución tecnológica también obliga a la mano a una multitud de aprendizajes específicos! Nunca nos hacemos suficientemente a la idea de que, para utilizar un órgano que se ha perfeccionado tanto durante milenios, el ser humano tiene que aprender a utilizar esta herramienta tan sofisticada. Quizás tenemos la idea, demasiado « natural » de que el hombre sabe utilizarla instintivamente, sin aprendizaje. El niño aprende a escribir, es decir aprende la escritura. ¿Aprende a coger un bolígrafo en el sentido fisiológico del término? ¡No! Nunca le enseñamos como funciona su mano. Podemos ver el resultado de muchas maneras más o menos fisiológicas de coger un bolígrafo.(fig. 25)

Estos aprendizajes pueden abarcar:

- La utilización particular del pulgar: vigilar la buena utilización de los arcos de oposición (fig. 26), la independencia de los dedos respecto al pulgar.
- La utilización de una fuerza demasiado importante en cuanto a la toma de un objeto, así como en los movimientos repetitivos.
- Con el ratón, vigilad que no haya hundimiento del arco del índice, a menudo unido a un exceso de pronación (fig 27). Con el teclado del ordenador, los problemas son parecidos a los de los pianistas y, por tanto, hay que tratarlos como tales.
- En los juegos de raquetas, enseñar la relajación de la mano en la raqueta en la espera del siguiente golpe (fig. 28).

Figura 20. Diversas formas de coger el bolígrafo

Figura 25 A.

Figura 25 B.

Figura 26. Utilización particular del pulgar

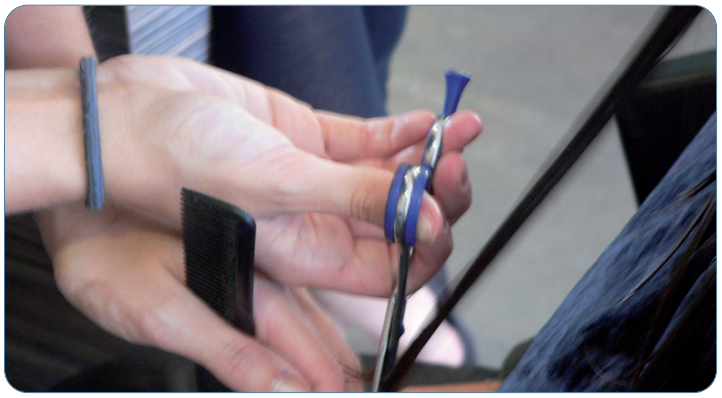


Figura 28. Formas de coger una raqueta

Figura 28 A.

Figura 28 B.

Figura 27. Diversas formas de utilizar el ratón del PC

Figura 27 A.

Figura 27 B.

Figura 27 C.

Figura 27 D.

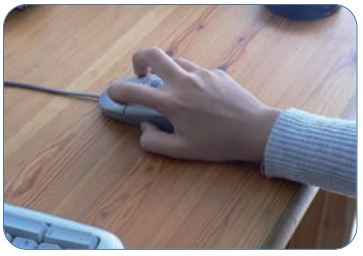


Figura 27 E.

CONCLUSIÓN

Acabamos de ver que la mano puede estar sometida a fuertes tensiones emocionales. Conocer esas tensiones puede ayudarnos en nuestra función preventiva y educativa. Se hace extraño decir que, a veces, tenemos necesidad de aprender a usar esta herramienta fabulosa, que todos nosotros poseemos. Sin embargo, a eso nos lleva la evolución de nuestra sociedad y la especificidad de los gestos cada vez más precisos en cadencias poco respetuosas con las posibilidades del organismo. Vigilar la buena función de las bóvedas de la mano, y verificar la precisión gestual de nuestros pacientes cuando padecen de alteraciones musculoesqueléticas, representa una herramienta complementaria en nuestros tratamientos.

No nos olvidemos tampoco, en nuestras sesiones, de aliviar las tensiones de las manos. Porque estas tensiones pueden muy ciertamente ser, por reflejo antálgico, fuente de tensiones importantes a distancia. Causales o reactivas, se inscriben en un esquema global.

Recordar que los fisioterapeutas trabajamos especialmente con las manos; y que, debemos también cuidárnoslas.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Kapandji A.I. Physiologie articulaire. Anatomie fonctionnelle du membre supérieur. Ed. 5ª. Paris : Maloine ; 2001.

(2) Chamagne Ph. Prévention des troubles fonctionnels chez les musiciens. France : Alexitère ; 1996.

(3) Cotillard J.C. L'éducation corporelle du musicien. Revue de pédagogie musicale et chorégraphique : Marsyas ; 1991.

(4) Georges Paczynski S. Rythme et Geste, les racines du rythme musical. Paris : Aug. Zurfluh ; 1988.

(5) Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. CCHST [fecha de acceso 20 de octubre de 2009]. URL disponible en: http://www.cchst.ca

(6) Mathieu M-C . L'enfant et la musique. A : Congrès AMIK. Tours: AMIK ; 1999. 24-26.

(7) Mathieu M-C. Gestes et postures du musicien, réconcilier le corps et l'instrumen. Gières: Format; 2004.

APORTACIÓN DEL MÉTODO MÉZIÈRES A LA DANZA CLÁSICA

TOMAT Géraldine

Fisioterapeuta mezierista. París

Correspondencia
Géraldine Tomat
geraldine.tomat@wanadoo.fr

RESUMEN

Hoy en día se les pide a los bailarines que sean cada vez más competentes; las técnicas en clásica e incluso en contemporánea han evolucionado respondiendo a las exigencias de los coreógrafos.

Además, por parte de los profesores, se nota en los cursos una voluntad de mejorar su "lenguaje" dando a los alumnos cada vez más información sobre la buena colocación, las compensaciones, los bloqueos engendrados por algunos ejercicios.

Muchos de ellos, sobretodo los contemporáneos, siguen formaciones paralelas como Feldenkrais, cursos de masaje o también de anatomía.

Aparece, por tanto, una voluntad real de comprender el origen del movimiento y, a menudo, se oye esta frase de Mosche Feldenkrais recogida por los profesores: "Si no sabemos lo que hacemos, no podemos hacer lo que queremos".

En efecto, es sorprendente constatar que, a menudo, los gestos ejecutados con más perfección y consciencia son los más bellos y los más aptos para transmitir una emoción.

Sin embargo, la formación clásica sigue siendo muy rígida, el trabajo sobre las puntas, la búsqueda de la apertura de la cadera, del equilibrio en los saltos, las piruetas, someten al cuerpo de los jóvenes bailarines a una dura prueba en una preocupación permanente de estetismo, de perfección del gesto.

Y los profesores, conscientes de las compensaciones y de las deformaciones que puede engendrar la danza clásica, caen con cada vez más frecuencia en el exceso contrario: "¡la fobia de la hiperlordosis lumbar!"

Los alumnos se ven sometidos a una lluvia de informaciones en vistas a corregir ese defecto con el fin de obtener una rectitud perfecta de su eje vertebral, a menudo a costa de enormes esfuerzos que les fijan en una actitud de autocrecimiento permanente.

Para la práctica de Mézières, el terapeuta, sin intentar cuestionar la técnica clásica, podrá ayudar a la bailarina a tomar conciencia de sus tensiones, de la falta de libertad de su respiración, de la poca ritmicidad de su columna y también le podrá enseñar, en el transcurso de las sesiones, a reintegrar su cuerpo de una manera consciente hecho que la práctica difícilmente le permite.

PALABRAS CLAVE

Terapia de la danza, Método Mézières, cadenas musculares, rehabilitación, postura

CONTRIBUTION OF THE METHOD MÉZIÈRES TO THE CLASSICAL DANCE

ABSTRACT

Nowadays it's asked to the dancers to be more and more competent; then classic and even contemporary dance techniques have evolved responding the choreographers' requirements.

In addition, on the part of the teachers, one observes than there is a desire to improve their "language" in the school year s giving increasingly information to the pupils about the good placement, the compensations, the blockades generated by some exercises.

Many of them, specially the contemporary ones, follow parallel trainings like Feldenkrais, massage courses and also anatomy courses.

Emerge, therefore, a real wish to understand the origin of the movement and, often, you can hear this Mosche Feldenkrais's phrase gathered by the teachers: " If we do not know what we do, we cannot do what we want ".

In effect, it is surprising to note that, often, the fulfilled gestures with perfection and aware are the most beautiful and capable to transmit an emotion.

However, the classic formation is still being very rigid, the tiptoes work, the search of the hip's abduction movement, of the balance in jumps, the pirouettes, submit the young dancers' body to a hard test in a permanent concern for aesthetics, about the perfection of the gesture.

And teachers, conscious of the compensations and deformations that classic dance can produce, catch on more frequently in the opposite excess: "the phobia of lumbar hiperlordosis!"

Pupils are submitted to a rain of information to correct that defect to obtain a vertebral axis with perfect straightness, often at the expense of a concerted efforts those fix a permanent self-growth attitude.

For the Mézières practice, the therapist, without questioning the classic technique, will can help to the dancer to be aware of her tensions, about their lack of freedom breathing, about of little rhythm of her column and could teach her too, in the course of performances to reinstate her body, that cannot be authorised by the art of dance.

KEY WORDS

Dance Therapy, Mézières method, muscular chains, rehabilitation, posture

INTRODUCCIÓN

Georgette Bordier (1) explica en su libro destinado a profesores y alumnos del conservatorio de danza: *"el bailarín construye en el espacio, en cada instante del movimiento, una arquitectura que pronto se deshace, pero que en el instante siguiente se reconstruye otra; arquitecturas efímeras que hacen y se deshacen intuitivamente y que pueden, por la comprensión, perfeccionarse".*(Fig.1)

Figura 1. Danza clásica. La belleza del gesto

Estudia, así, cada región articular desde el punto de vista estático y dinámico en las posiciones *"clásicas"* explicando las exigencias de colocación necesarias para la realización perfecta de los gestos.

En la lectura de este manual de análisis de los movimientos de danza clásica, constatamos que el profesor y el alumno, que imponen este trabajo cotidiano a su cuerpo, acaban por solicitar permanentemente la cadena postero-anterior descrita en el método GDS (2), fijando su cuerpo en un mecanismo de auto-crecimiento que ya no es nada reflejo.

Citando algunos ejemplos tomados del libro de Georgette Bordier (1), intentaremos comprender por qué es indispensable la solicitación de esta cadena para la realización de los movimientos de danza clásica.

Y también como el mezierista, con su trabajo, puede ayudar a la bailarina a soltar, poco a poco, esta actitud erigida, al menos en su vida cotidiana.

Los profesores piden que se corrija la hiperlordosis lumbar con las expresiones: *"mete la barriga"*, *"aprieta las nalgas"*, *"adelanta el pubis"*. Muchas órdenes que el alumno se esfuerza en obedecer reclutando sus abdominales, retroversando la pelvis, y a menudo al precio de enormes esfuerzos que bloquean su respiración y traban los movimientos de los miembros.

MATERIAL Y MÉTODOS

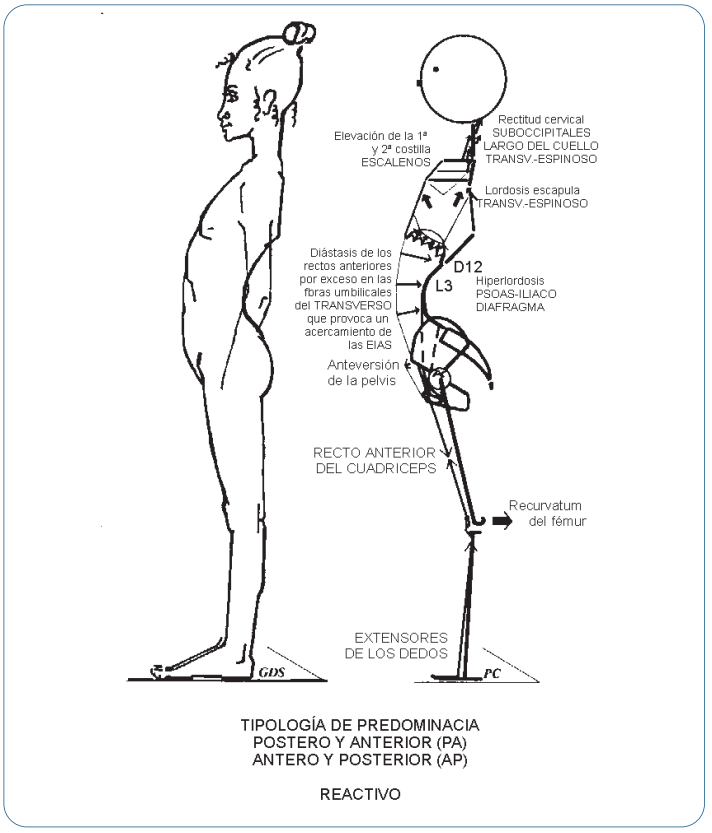
1. LA SOLICITACIÓN DE LA CADENA PÓSTERO-ANTERIOR ES INDISPENSABLE

Se le pide a la bailarina que sea "aérea", que encuentre esta sensación de estiramiento hacia arriba que se traduce en noción de ligereza, de despegue.

El profesor tiene siempre la preocupación de dar una visión global del cuerpo sobre un eje vertical. De ahí las expresiones: *"¡Estira la parte alta del cráneo hacia el cielo!"*; *"¡estírate!"*; *"¡alarga la nuca!"*.

Hay muchas consignas que solicitan el reclutamiento de la cadena profunda vertebral, la erección hacia arriba.

Figura 2. Activación de la cadena PA-AP (extraído Ph Campignion (3))



1.1 Activación de la cadena PA-AP (fig. 2)

a) Análisis múscular

En la cadena PA (2-4) los centinelas del eje vertical, en particular los sub-occipitales y los transversales espinosos desempeñan el papel de ligamentos activos asegurando la coaptación de las articulaciones intervertebrales en el movimiento. Igualmente, son responsables del auto-crecimiento reflejo.

Los músculos partícipes de esta cadena son:

- El largo del cuello, contrayéndose en una acción deslordosante sobre la columna cervical, transmite la tensión a los prevertebrales que, a partir de un punto cervical, flexionan ligeramente la cabeza hacia delante, permaneciendo la mirada horizontal.

- La tensión pasa a los transversales espinosos que, a partir de un punto fijo superior, anulan la curva cervical.

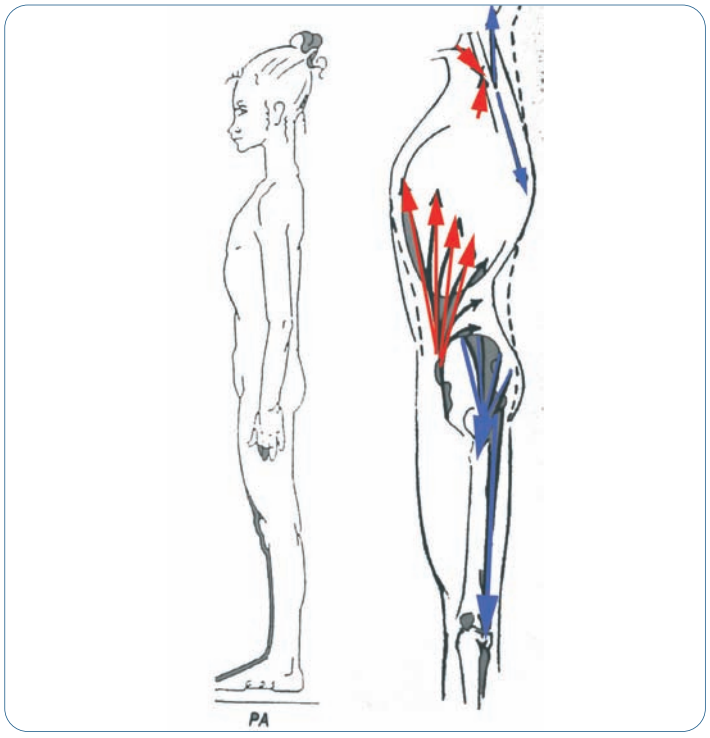
- El tórax bascula hacia arriba y hacia atrás.
  Esta acción de abolición de las curvas continúa en los estadíos subyacentes con la entrada en juego, a nivel lumbar, del músculo transverso del abdomen.

- A nivel de la región dorsal, la tensión del transverso espinoso asociada a la tracción de la fascia endotorácica que va desde la columna vertebral y el centro frénico, conlleva una lordosis interescapular centrada en D4.

- Los pilares del diafragma toman punto fijo por arriba a través de la fascia endotorácica mantenida hacia arriba por el retroceso de la columna cérvico-dorsal, arrastran la región D12-L3 hacia arriba y hacia delante, engendrando una hiperlordosis.
  Los psoas se asocian al diafragma para arrastrar la columna lumbar hacia delante, la pelvis sigue en anteversión, mientras que las rodillas son arrastradas pasivamente en recurvatum.

b) Inhibición de la acción reguladora de la cadena AP en la bailarina (fig. 3)

Figura 3. Acciones musculares de las cadenas PA y AP (extraído Ph Campignion (4))



La cadena antero-posterior reguladora de la primera, compuesta por músculos ajustadores de los centros de gravedad, conlleva una lordosis dorso-lumbar y una anteversión de la pelvis.

Los profesores piden que se corrija esta hiperlordosis con las expresiones: *"mete la barriga", "aprieta las nalgas", "adelanta el pubis"*. Muchas órdenes que el alumno se esfuerza en obedecer reclutando sus abdominales, retroversando la pelvis, y a menudo al precio de enormes esfuerzos que bloquean su respiración y traban los movimientos de los miembros.

La cadena AP, que corrige la rigidez de la rectitud inicial, se inhibe y la ritmicidad natural de las dos cadenas se anula. De golpe, todos los músculos protectores de la convexidad de la columna se vitalizan fijando, al mismo tiempo, a la bailarina en una actitud erguida.

Veamos por qué razones se requiere esta actitud en todos los esfuerzos de la danza clásica.

1.2 Activación de la cadena póstero-anterior en diferentes posiciones clásicas

a) Elevación sobre media-punta y equilibrio del cuerpo (fig.4)

Según el manual de G. Bordier (1): *"El equilibrio depende de una relación de fuerza entre tres acciones: la elevación del talón, la extensión de la metatarso-falángica, la resistencia y la flexibilidad de la bóveda.Para que el centro de gravedad del cuerpo quede por encima de la base de sustentación formada por falanges, se pueden producir dos déficits de equilibrio por compensación".*

A. El conjunto del cuerpo se encuentra llevado hacia delante en prolongación con la pierna, y la pérdida de equilibrio que seguiría se compensa por un arqueo lumbar que echa el cuerpo hacia atrás.

B. La búsqueda del equilibrio se hace a partir de la rodilla que se flexiona junto con una pérdida del equilibrio hacia atrás.

Corrección: la fuerza de los músculos de la flexión plantar es la que endereza la pierna sobre el pie. Simultáneamente, y gracias a la estabilidad de la rodilla, la fuerza del cuadriceps extiende la pierna, transmitiendo su fuerza al tobillo por los gemelos.

Los glúteos tiran el muslo sobre la pelvis. La estabilidad del pie asegura toda la pierna. La corrección del equilibrio a nivel del pie y de la rodilla evita los movimientos del torso.

La relajación de la rodilla relaja el tobillo y viceversa.

Finalmente, la contracción de los abdominales y de los espinosos participa en gran medida en el control del equilibrio, y

Figura 4. Elevación sobre media-punta y equilibrio del cuerpo (extraído Bordier G (1))

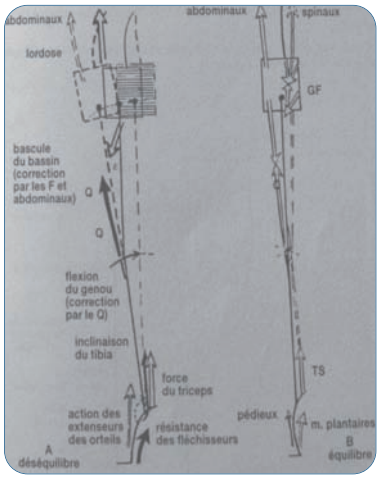


Figura 4 A.

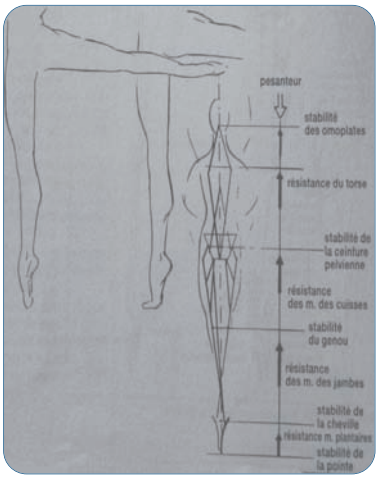
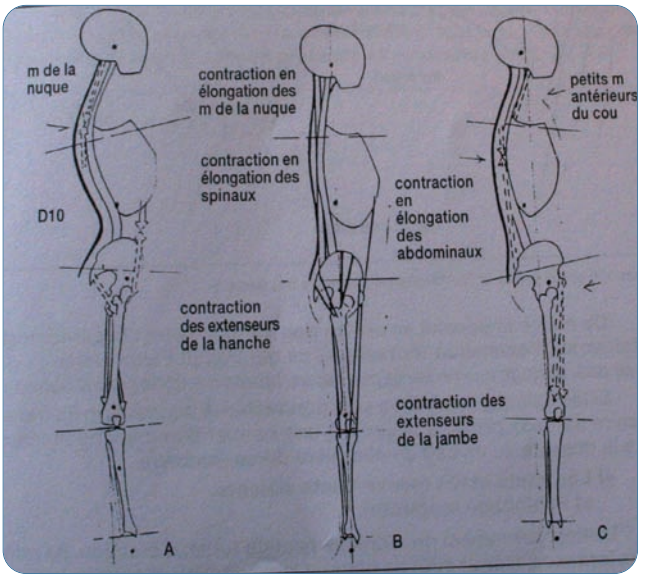


Figura 4 B.

Figura 5. Retroversión pélvica y respuesta muscular (extraído Bordier G (1))



evita que las oscilaciones no se acentúen (de ahí las expresiones: *"estira la rodilla", "empuja la pierna", "alarga el busto, crece"*) principio de activación de la cadena de auto-crecimiento.

Mantenerse sobre medias puntas reclama, además, el control del equilibrio antero-posterior y transversal.

b) Las vueltas y piruetas – Colocación de la pelvis (fig. 5)

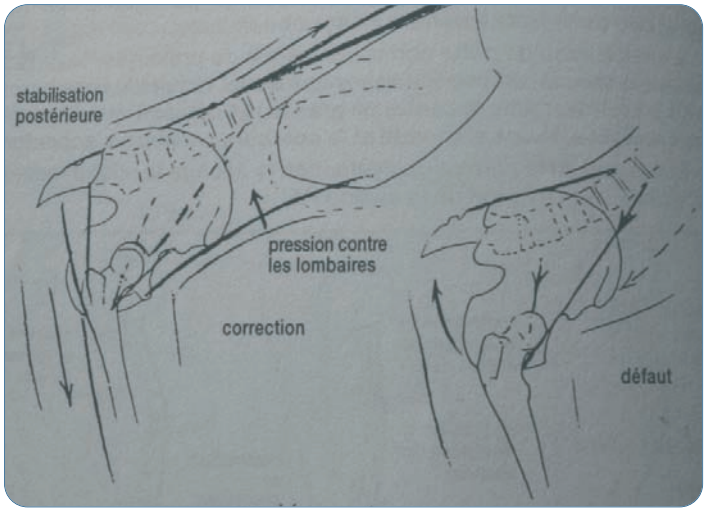
Todos los profesores están obnubilados por la colocación de la pelvis. A menudo supone un problema para el bailarín:

- ¿Cómo colocar la pelvis sin arquearse?
- ¿Cómo levantar una pierna sin bascular la pelvis?
- ¿Cómo mantener el equilibrio sobre una pierna?

Hay muchos problemas ocasionados por el bloqueo en retroversión sistemática: *"fija la pelvis, aprieta las nalgas, no te arquees".*

El defecto más frecuente del bailarín es la anteversión y el arqueo; y se le pide que lo corrija mediante la contracción de los glúteos, de los pelvitrocantéreos y de los abdominales.

Figura 6. Reacciones musculares a la flexión anterior de tronco (extraído Bordier G (1))



La exageración de esta corrección corre el riesgo de provocar el defecto contrario: la concavidad lumbar se reduce exageradamente, la pelvis bascula demasiado en retroversión, el centro de gravedad se desplaza hacia atrás, el cuerpo se aplasta, la espalda se redondea y la curva cervical se acentúa.

Y, de nuevo, se pide la corrección: *"alarga la nuca, enderézate, estira"* – activación de la cadena PA.

c) Arabesco – inclinación posterior – inclinación anterior (fig. 6)

En la flexión anterior de tronco primero se contraen los músculos espinosos, después la musculatura posterior se va tensando cada vez más. Sin embargo, el esfuerzo para *"ir más lejos hacia delante", "dejarse caer"*, crea una tensión a nivel de los espacios intervertebrales, tensión atenuada por la contracción de los abdominales. El movimiento de flexión anterior de tronco, necesita pues una elongación en el movimiento, lo mismo que para levantarse: activación permanente de la cadena profunda.

Lo mismo sucede con la inclinación hacia atrás que debe, sobretodo, evitar la hiperlordosis y forzar en la extensión torácica: de aquí la expresión: *"no fuerces, estira", "no aprietes las vértebras, unas contra las otras"*

Si los espinosos lumbares se contraen, la contracción del transverso espinoso profundo, asociada a una contracción de los abdominales, evita la ruptura a nivel de charnela dorso-lumbar.

d) Los saltos y los movimientos violentos y el bloqueo respiratorio (fig.7)

El esfuerzo permanente de enderezamiento del torso, de erección, de retener las lordosis, tiene como efecto el bloqueo de la respiración y traba la libertad del diafragma.

Cito a G. Bordier: *"La inmovilización torácica durante los ejercicios, necesaria para la eficacia de la acción de los músculos que están insertados, disminuye igualmente la acción del diafragma y la reno-*

Figura 7. Los saltos y los movimientos violentos y el bloqueo respiratorio

vación del aire".
La respiración del bailarín es, por tanto, incompleta; y desarrolla, sobretodo, el diámetro transversal del tórax.

En el calentamiento, los profesores integran muchos ejercicios respiratorios, pero solicitan un bloqueo respiratorio para mejorar la eficacia de los movimientos; sobretodo de los que necesitan de un gran esfuerzo: *"el bloqueo del aire en los pulmones o apnea, antes de los movimientos que reclaman una gran energía, tiene como efecto la contracción de los músculos abdominales, y los músculos de sostenimiento de la caja torácica, dejando el diafragma en contracción estática, con el fin de dar, de este modo, puntos de apoyo sólidos a los músculos motores, y permitir movimientos más amplios, más precisos, más libres".*

Así, ya sea en las vueltas, en los equilibrios o en los saltos, el diafragma se bloquea en inspiración: la circulación de energía y la respiración no son libres.

Incluso después del esfuerzo, la bailarina tiene tendencia a conservar inconscientemente, esta actitud erguida y en *"inspiración"* que se traduce en un espasmo permanente de la musculatura profunda y del diafragma.

2. EL TRATAMIENTO

2.1 Motivación del tratamiento

a) Motivaciones personales:

A fuerza de alargar la nuca, dejar caer la pelvis, estirar la espalda, tirar la cabeza hacia el cielo y el sacro hacia el suelo, las bailarinas adoptan una actitud que da la impresión de que *"se han tragado una escoba"* (5).

Me ha parecido interesante plantearme este problema, ya que la mayoría de pacientes que tenemos en el gabinete sufren más bien de una asfixia de esta cadena PA. Y, desde que practico el método Mézières, dedico una gran parte de mis sesiones a estimular, despertando en las personas el reflejo de auto-crecimiento.

Me he sorprendido a menudo mezclando en mis sesiones algunos ejercicios sacados de mis cursos de danza, empleando incluso el lenguaje *"menos pro"*, pero gráfico; y hablando de mis profesores: *"meted aire entre vuestras vértebras", "imaginaos que hay un hilo que os tira del cráneo y empujad contra el suelo", "abrid la espalda"…*

En este caso, ¿por qué querer modificar la estática y la morfología de una bailarina clásica, cuando tiene perfectamente integrada esta noción de auto-crecimiento, de erección vertebral que a la mayoría de la gente le cuesta tanto obtener?

Sobretodo porque, como hemos demostrado antes, esta actitud es indispensable para la estabilidad y el equilibrio de los movimientos de la danza clásica.

b) Motivaciones de la bailarina

La demanda viene de la misma bailarina: acostumbrada a ejercitar su cuerpo diariamente, a sobreponerse al dolor, a las contracturas, a la compresión de los dedos del pie en las zapatillas, se queja más de un sentimiento general de rigidez, que de un dolor real.

La mayor parte describe el sentimiento de sentirse prisionera, encorsetada, de estar siempre contenida, de no dejarse ir nunca, de no notar, sentir su espalda como algo vivo.

Sobretodo porque con la evolución de las coreografías, la danza clásica toma cada vez más prestado del contemporáneo y porque, cada vez más, hay compañías clásicas que interpretan obras más modernas. Y ahí es donde se les va a exigir una interpretación menos rígida, más natural, más sensible.

Seguramente algunas siguen paralelamente, cursos de danza moderna: técnica que incluye mucho trabajo respiratorio y que respeta más la fisiología. Pero las bailarinas jóvenes, a las que se impone una disciplina de hierro y que repiten sus ejercicios como entrenamiento, lo tienen mal para relajar su cadena PA fuera de los cursos.

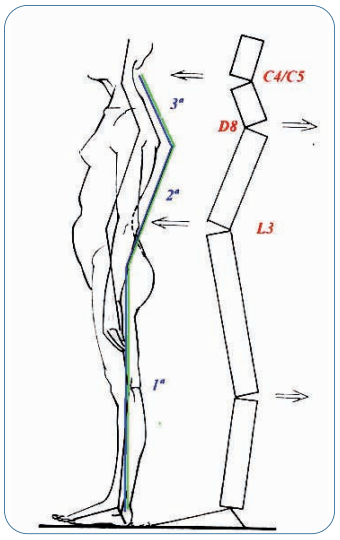
Y ahí es donde el terapeuta, por una aproximación más táctil, menos didáctica, puede ayudar a estas jóvenes a reconciliarse con su ritmo primario y sus emociones.

2.2 Desarrollo de una sesión

a) Toma de conciencia de las curvas

Nuestro eje corporal se materializa en la columna vertebral, desde el coxis y sacro hasta el cráneo. Este equilibrio es móvil, hecho al mismo tiempo de alternancias y perpetuas pequeñas recuperaciones para mantener el ajuste de las masas y, también, para man-

Figura 8. Los pivots articulares (extraído Ph Campignion (3))



tener la mirada horizontal (fig. 8). Una columna fisiológica es una columna acompasada al ritmo de nuestra respiración: deslordosis en la inspiración y lordosis en la espiración.

En la inspiración, los protectores de la convexidad (largo del cuello, transverso espinoso, transverso del abdomen) se activan y provocan la deslordosis. En la espiración, se ponen en tensión los músculos lordosantes, de ahí la ritmicidad refleja, gracias al equilibrio entre los músculos anteriores y posteriores, sobre todo en posición vertical.

Tras hacer una exposición oral, con la ayuda de esquemas explicativos y, eventualmente, haciendo palpar una columna, tendremos que inducir dulcemente a la bailarina a que tome conciencia de que su actitud rectilínea no es fisiológica.

Efectivamente, el movimiento es vida; y una buena columna es una columna flexible que "oscila" al ritmo de nuestra respiración y, como nuestra respiración está bajo el control de nuestras emociones, el movimiento de nuestra columna depende también de nuestras emociones.

Sin embargo, el espasmo permanente e inconsciente del largo del cuello, del transverso espinoso, del transverso del abdomen y del diafragma bloquea la alternancia de las lordosis-deslordosis: la espalda parece sin vida.

La bailarina pierde su expresividad, su espontaneidad, su esfera de influencia: de su "groove" como se dice en el jazz.

A continuación hay que hacerle comprender que la ineptitud de pegar su espalda al suelo (o a la pared, en bipedestación) es algo normal.

La espalda no es plana. Las curvas son necesarias para la vida de la columna, para amortiguar los impactos transmitidos por el suelo en las recepciones de los saltos, por ejemplo.

b) Desbloquear la nuca en decúbito supino:

Previamente a abordar la liberación de la respiración, es necesario antes que nada, desbloquear la nuca: colocamos a la chica en el suelo, estirada sobre la espalda, con dos pelotitas de espuma colocadas a cada lado de la columna lumbar que sirven para recrear y estimular la lordosis de esta región.

Se corregirá también, la actitud espontánea de la apertura de cadera (al principio, pasivamente para que la atención vaya siempre a la nuca).

En un primer momento, creo que es indispensable destensar toda la región mediante un masaje, en particular la parte anterior del cuello, así como las ramas internas de los maxilares.

Las maniobras deberán ser muy envolventes con el fin de favorecer la relajación del auto-control, y conseguir que el estado de vigilancia permanente (punto de partida de la cadena de auto-crecimiento) se funda en nuestras manos.

Progresivamente, las manos del terapeuta se colocarán bajo la nuca (fig. 9), se le pide aumentar la amplitud respiratoria y en cada espiración, mediante una presión dulce, favorecemos la lordosis cervical.

Figura 9. Maniobras para devolver la ritmicidad cervical

En un primer momento, el gesto es global; después, podrá volverse más preciso, adelantando, una a una, cada vértebra. El movimiento debe ser lento y al ritmo de la respiración y, progresivamente, pediremos a la bailarina que se deje ir en ese movimiento rítmico, y que lo amplifique ligeramente en cada espiración.

Podremos, en un segundo tiempo, conservando la lordosis cervical, solicitar un trabajo de ante-retroversión de pelvis, y hacer tomar conciencia de que la zona lumbar no se debe pegar al suelo.

c) Flexibilidad de la nuca en decúbito prono

Este ejercicio, descrito por P. Campignion (3) consiste en recuperar la ritmicidad de las lordosis-deslordosis, siguiendo la alternancia inspiración-espiración.

La bailarina está acostumbrada a controlar la instalación natural de la lordosis en la espiración. La colocamos en decúbito prono y las manos en el suelo, con las palmas vueltas hacia abajo y una encima de la otra. Con la frente posada sobre los dos índices superpuestos, le pedimos que concentre su atención en el centro de su columna cervical y la intente bajar en la espiración para despasmar el largo del cuello y los prevertebrales.

En el caso de la bailarina acostumbrada a realizar ejercicios muy complicados y con una propiocepción muy buena, le será fácil hacer este ejercicio: la única dificultad para el terapeuta estará en conseguir que deje el control, la distensión, darle ganas de dejarse ir en el ejercicio. Podremos, de entrada, solicitar lo mismo a nivel lumbar. Después, los dos al mismo tiempo, intentando hacerle tomar conciencia de los movimientos del sacro que nuta y contra-nuta a ritmo de la respiración.

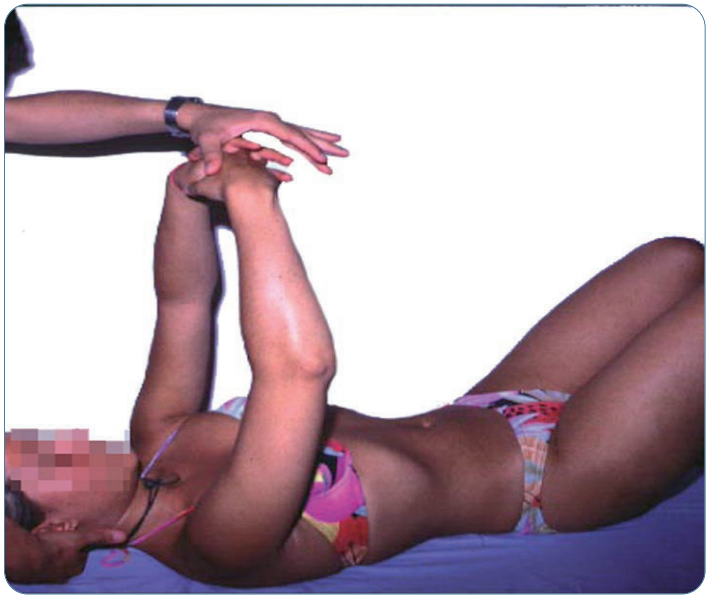
Entonces es el momento para el terapeuta de enviar mensajes táctiles a la columna, mediante pequeños golpeteos, rascando sobre las espinosas del sacro.

Colocar las manos en las zonas solicitadas y pedir: en la inspiración subir mis manos, en la espiración mis manos se hunden en el suelo.

d) Flexibilización de la región interescapular

Colocaremos a la persona sobre su espalda, con una pequeña cuña bajo la columna cervical, para conservar la ganancia de flexibilidad en el sentido de la lordosis, Y dejaremos los miembros inferiores estirados con dos pelotitas de espuma a nivel lumbar. Le pedimos que coja sus codos y los empuje hacia arriba, bajando el esternón, en un tiempo espiratorio. Estimularemos la subida de los omóplatos, pidiéndole "abre la espalda" que aumente la distancia ente la columna y los omóplatos. (fig.10)

Figura 10. Trabajo para flexibilizar la lordosis torácica



e) Flexibilización del diafragma

En esta última posición, aprovecharemos para pedir espiraciones completas e iremos a distender los pilares anteriores del diafragma así como el transverso del abdomen, colocando las manos en el tórax, a cada lado del ángulo de Charpí. En la inspiración nos opondremos a la subida de las costillas y a la bajada del centro frénico. (fig.11)

Haremos, también, presiones deslizantes de la columna lumbar hacia el ombligo, en el sentido de la lordosis, para favorecer la relajación del transverso.

Figura 11. Terapia manual para liberar el bloqueo respiratorio

f) Postura en escuadra sobre la espalda (fig, 12)

No es indispensable, ya que hemos visto que no queríamos buscar el auto-crecimiento y, además, no hay retracción de la cadena posterior. Sin embargo, como muchos ejercicios de "barra en el suelo" (flexibilizaciones) se hacen en esta posición con elevaciones repetidas de los miembros inferiores, es interesante pasar un poco de tiempo en esta postura. Insistiremos en:

- la conservación de las lordosis cervical y lumbar.
- La apertura de la zona interescapular al suelo, con descenso del esternón en cada espiración.
- El estiramiento de los pelvi-trocantereos que, a menudo, están espásticos.
- El trabajo del pie.

Es indispensable durante todas las posturas y, particularmente en ésta, masajear la bóveda plantar, trabajar el ensanchamiento del pie en abanico, alargar los dedos del pie y separarlos. Este trabajo permite despertar la propiocepción del pie para los ejercicios siguientes.

g) De pie, contra una pared

Esta postura retoma la toma de conciencia de que la columna no debe estar pegada contra del muro. Colocaremos una pelotita bajo la nuca y otras dos a nivel lumbar; pediremos una ligera anteversión de la pelvis, colocaremos las caderas (espontáneamente en rotación externa) en posición neutra, las rodillas sueltas, y los pies bien extendidos en el suelo.

En esta postura no pediremos el auto-crecimiento, sino más bien un trabajo de relajación del diafragma. Después, en progresión, podremos añadir un trabajo de las extremidades superiores sin perder las curvas.

Figura 12. Postura para la cadena muscular posterior asociando el miembro superior

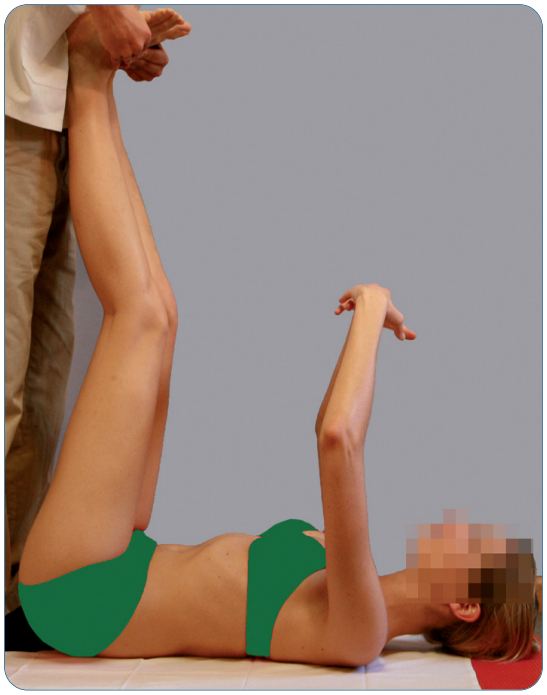


Figura 13. Trabajo para recuperar el ritmo natural lordosis-deslordosis

h) De pie, sin apoyo (fig.14)

En la misma posición de partida que antes, pero sin plano de referencia: rehacer un trabajo preparatorio con lordosis-deslordosis al ritmo de la respiración.

Este ejercicio debe estar dirigido a despertar la cadena PA-AP (3) rebotando como un muelle mediante pequeñas flexiones rítmicas de las rodillas. Ejercicios a los que se puede añadir un trabajo de conciencia de los apoyos en el suelo.

A continuación integraremos el trabajo de porte de los brazos, vigilando que no se borren las curvas. Este trabajo no debe poner en tela de juicio toda su base clásica y le precisaremos bien que se trabaja su actitud fuera de la danza.

Trabajaremos también la marcha, siempre con la preocupación de la ritmicidad de la columna y de la respiración libre y la buena colocación de las caderas y de los apoyos repartidos.

i) Posición en *"mahoma"* – respiración en la espalda

En un primer tiempo podremos pedir que alterne el movimiento de espalda redondeada, espalda hundida con la respiración (ejercicio gato-caballo), en posición de cuadrupedia.

Finalmente, terminaremos con la posición del *"mahometano rezando"*, con los brazos a lo largo del cuerpo, el esternón sobre las rodillas y la frente en el suelo: pedimos una inspiración con la espalda abriendo las espinosas y amplificando el movimiento cada vez.

Como la bailarina está acostumbrada a controlar permanentemente su colocación con el espejo, evitaremos durante todo el tratamiento utilizar el control de la mirada. Pondremos énfasis en el desarrollo de la propiocepción, de la escucha interior.

En los cursos de danza no se piensa siempre en poner la atención en el órgano sensorial que es la piel. Intentaremos, pues, desarrollar esta percepción para abrirla, volverla viva, flexible. Con el fin de que la bailarina vuelva a apreciar su cuerpo, su propio ritmo, la posibilidad de sentirse menos atada en su día a día; pero también de poder expresar los movimientos de danza más sensuales, más *"groove"*!

CONCLUSIÓN

La conclusión de este artículo está perfectamente sintetizada en la obra de Clarissa Pinkola Estés (6), psicóloga y narradora. Al iniciar mi formación en el Método Mézières, esa lectura me confirmó que debía orientarme hacia un enfoque globalista. Iba en la buena dirección:

"La idea que nuestra cultura tiene del cuerpo, en tanto que escultura, es absolutamente falsa. El cuerpo no es de mármol. Su finalidad es proteger, contener, encender el espíritu y el alma que están dentro de él, ser un monumento para la memoria, llenarnos de sensaciones – es la mayor forma de alimento psíquico. Está ahí para levantarnos, propulsarnos, probarnos que existimos, que pesamos y tenemos el suelo bajo nuestros pies. Nos equivocamos considerándolo como un lugar que hay que abandonar para levantarse hasta el espíritu. Sin el cuerpo, no tendríamos la impresión de superar los umbrales, de elevarnos, de librarnos de la gravedad. Él es el que nos lo hace sentir. El cuerpo es cohete de lanzamiento y, en la punta de este cohete, el alma, deslumbrad, contempla a través de la ventanilla, la noche constelada de estrellas".

BIBLIOGRAFÍA

(1) Bordier G. Anatomie appliquée à la danse. París : Amphora ; 1997

(2) Denys-Struyf G. Les chaînes musculaires et articulaires. Ed 4. Bruxelles :ICTGDS ; 1991.

(3) Campignion P. Respir-Actions. Bruxelles: Difusión Campignion; 1996.

(4) Campignion P. Influence des chaînes musculaires sur la statique de la colonne cervicale et le port de tête. IX Congrès Association Mézièriste Internationale Kinésithérapie ; 2002 ; Bruxelles, Belgique.

(5) Rouquet O. La Tête aux pieds. Ed. París : Odile Rouquet; 1991.

(6) Pinkola Cl. Femmes qui courent avec les loups : histoires et mythes de l'archétype de la femme sauvage. Ed París : B. Grasset ; 1996.

CASO CLÍNICO

CÉRVICO-DORSALGIA POSTURAL, TRATAMIENTO MEDIANTE EL MÉTODO MÉZIÈRES

POSINO GARRETA Meritxell

Fisioterapeuta mezierista. Lleida

Correspondencia
Meritxell Posino Garreta
xellpg@yohoo.es

RESUMEN

M.P es una mujer de 33 años profesora de educación infantil que va al gimnasio dos días a la semana combinando gags y pilates. Presenta un dolor frecuente a nivel cérvico-dorsal que se proyecta a la cara anterior del tórax y en ocasiones al brazo izquierdo. Además refiere gonalgia bilatateral al subir y bajar escaleras, diagnosticándose hace cinco años como un síndrome de hiperpresión rotuliana externa bilateral.

Realizamos 11 sesiones de tratamiento mediante el método Mézières, basado en un trabajo de estiramientos activos globales de las cadenas musculares con ejercicios de sensibilización para tomar conciencia de su cuerpo.

Tras el tratamiento obtuvimos un buen resultado tanto a nivel de la postura como de la sintomatología.

PALABRAS CLAVE

dolor cervical, síndrome de dolor femuro-patelar, postura, método mézières, fisioterapia.

NECK AND THORACIC POSTURAL PAIN, TREATMENT BY MÉZIÈRES METHOD

ABSTRACT

MP is a woman at 33 years old that works as a kindergarden teacher who goes to the gym twice a week combining gags and pilates. She often has a Neck and Thoracic pain which goes to the anterior ches and, sometimes, to the left arm. Furthermore feels bilateral gonalgy when goes up and down stairs, which is diagnostiqued by a bilateral rotulian hyperpresion syndrome five years ago.

We done 11 sessions with Mézières's method, based by a global active stretching of the muscular chains with a sensibilation exercices to be aware of his body. After the treatment we obtained a good result as much of posture as symptomathology.

KEY WORDS

Neck Pain , Patellofemoral Pain Syndrome, posture, Mézières Method, Physical Therapy

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe una elevada sensibilización de las personas por cuidar su cuerpo. La mayoría de hombres y mujeres van al gimnasio con el fin de conseguir un mayor bienestar y una mejora en su salud; lo consiguen y se sienten mejor fidelizándose con esa actividad. Pero las tensiones, el estrés diario y los malos hábitos provocan dolor y desequilibrios posturales que distorsionan este bienestar. El método Mézières es un método de reeducación de la postura, que se realiza de forma individual y que ayuda a tomar conciencia de nuestro cuerpo en su globalidad, rearmonizar el esquema corporal y reajustar las cadenas musculares y miofasciales.

Para la simplificación del texto he utilizado abreviaturas que están definidas en la Tabla I.

Tabla 1. Abreviaturas

SLC	Síndrome de latigazo cervical
MMSS	Miembros superiores
MMII	Miembros inferiores
D	Derecho/a
I	Izquierdo/a
EIAS	Espina iliaca antero superior
EIPS	Espina iliaca postero superior
ESPIR	Espiración
INSPIR	Inspiración
TTA	Tuberosidad tibial anterior

CASO CLÍNICO

1.ANAMNESIS

M.P., mujer de 33 años cuyo motivo de consulta es un dolor frecuente cérvico-dorsal con irradiación a la cara anterior del tórax y en ocasiones al brazo izquierdo. Además refiere gonalgia bilateral, sobre todo al subir y bajar escaleras.

Diagnóstico médico: cérvico-dorsalgia mecánica y síndrome de hiperpresión rotuliana externa.

Antecedentes patológicos: Intervenida de vesícula biliar hace cuatro años y de quistes inguinales bilaterales. Presenta síndrome de Raynaud, rinitis, reflujo esogástrico y tuvo un accidente de tráfico en 1998 con S.L.C.

Profesión: profesora de educación infantil.

Actividad física: hizo muchos años gimnasia deportiva y ahora hace en el gimnasio gags y pilates.

2.EXÁMEN CLÍNICO

2.1ANALISIS MORFOESTÁTICO:

a) Visión anterior
La observación estática en bipedestación espontánea (fig. 1) se aprecia una actitud global en abducción importante de los MMII con una base de sustentación amplia. A solicitarle que junte los pies (fig. 2)las deformidades se incrementan, así se observa una inestabilidad del control postural, el hombro D más elevado, la EIAS D levemente anterior y la EIAS I discretamente más elevada. La distancia entre EIAS=24cm y misma distancia entre ombligo a las EIAS. Mayor ángulo de talla D. Rotación interna de fémur bilateral y un ligero aumento del ángulo Q.

b) visión posterior (fig. 3)
La observación estática en bipedestación con pies juntos se corrobora la elevación del hombro D y ligeramente mayor abducción escápula D. Mayor abducción MMSS D.
Las EIPS están a la misma altura aproximadamente y la distancia entre EIPS es de 10 cm. Mayor tendencia al valgo retropie bilateral.

c) visión perfil (fig. 4)
Se objetiva una pulsión anterior con desplazamiento global del cuerpo respecto a al línea vertical ascendente. Tipología cadena muscular posterior.
Proyección de la cabeza hacia delante y de la pelvis.
Cifosis torácica e hiperlordosis lumbar. Anteversión de la pelvis.
Tórax en espir, 20º y ángulo de charpy cerrado.
Los MMSS están en rotación interna, el antebrazo en pronación y flexo de codo.
Leve tendencia al recurvatum.

2.2 ANALISIS DINÁMICO

Respecto a la exploración dinámica concerniente a la deambulación, MP caminaba con una rigidez a nivel de la cintura escapulotorácica manteniendo la ESI más pegado al tronco y la D en abducción. Resto normal.

Figura 1. Bipedestación espontánea

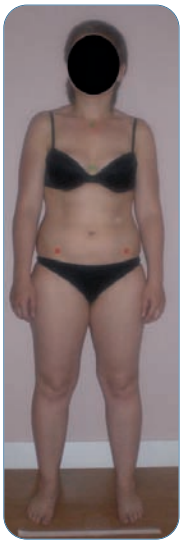


Figura 2. Bipedestación pies juntos

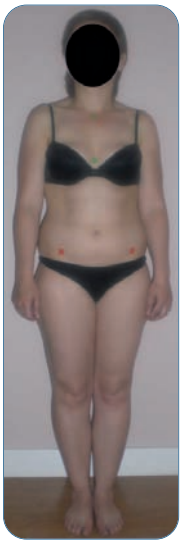


Figura 3. Visión posterior pies juntos

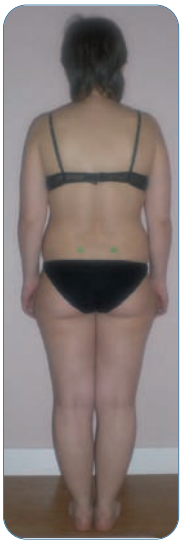


Figura 4. Análisis del plano sagital pies juntos

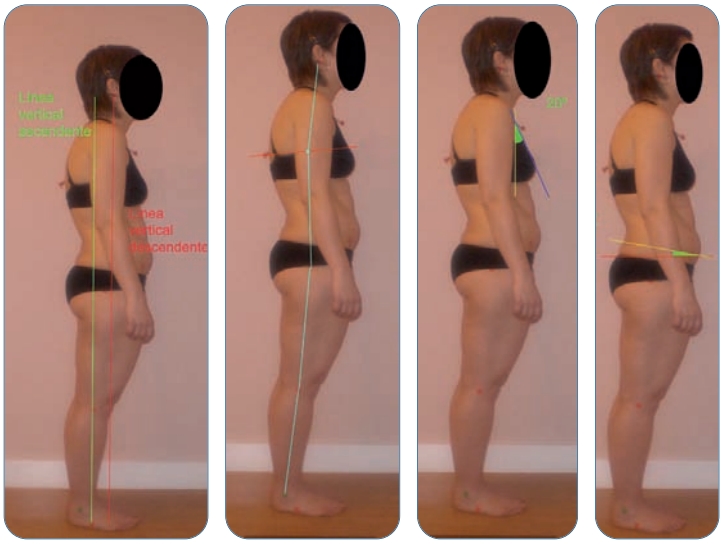


Figura 4 A. Figura 4 B. Figura 4 C. Figura 4 D.

Figura 5. Análisis de la extensibilidad cadena posterior

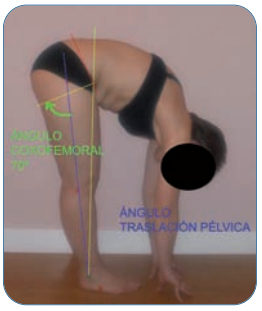


Figura 6. Facilitación de la mecánica respiratoria

2.3 ANÁLISIS EXTENSIBILIDAD MIOFASCIAL

a) Flexión anterior (fig. 5):

ESPONTÁNEA: retracción del músculo tríceps y retracción de la musculatura isquiotibial .

PIES JUNTOS: retracción del músculo tríceps +++ y retracción de la musculatura isquuiotibial y global de la cadena miofascial posterior+.

- ángulo coxofemoral de 70º y ángulo de traslación pélvica en 10º. Pelvis desplazada hacia atrás

b) Decúbito supino espontáneo:

- Desplazamiento de la línea de gravedad hacia la derecha.
- Más apoyo escápula I y glúteo D.
- MMII D más en rotación externa.

c) Test cadenas miofasciales:

- MMSS: en decúbito compensación con aumento de la hiperlordosis lumbar al subir brazos. Limitación por estiramiento de pectorales con mayor restricción del hombro D y una compensación de la cadena braquial.

- MMII: en decúbito más limitación de la rotación interna MMII I.

- CERVICAL: realizamos una palpación de las estructuras óseas y notamos que existe dolor a nivel de la apófisis mastoides D y a nivel suboccipital triángulo D. Encontramos puntos gatillo en la musculatura trapecio superior D y angular del omóplato. Observamos una antepulsión bilateral de hombros con mayor predominio del hombro D. Testamos las inclinaciones y aparece una restricción de la inclinación I.

3. DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO

A partir de la exploración global en base al concepto Mézières se establece el siguiente diagnóstico fisioterapéutico:

- Hipercifosis torácica asociada a una antepulsión de la cintura escápulo torácica.++
- Disfunción mecánica respiratoria con un tórax de predominio en espiración. +
- Hiperlordosis lumbar asociada a rotación interna de la coxo-femoral.++
- Retracción cadena lateral del cuello de predominio derecho. ++
- Retracción de la cadena tóraco-braquial ++
- Retracción de la cadena miofascial posterior + con mayor afectación de la región lumbar.

4. OBJETIVOS

Los objetivos que me propuse en base al diagnóstico fisioterapéutico fueron:

- Mejorar el dolor cérvico-dorsal y el dolor profundo torácico y la gonalgia
- Disminuir el reflujo y dolor esternal, la sensación de "tener un nudo en el estómago".
- Liberar la respiración.
- Recuperar la simetría corporal (descenso del hombro derecho).
- Mejora de la extensibilidad.
- Reequilibrar las tensiones miofasciales en su globalidad.
- Reprogramación propioceptiva postural.

5. TRATAMIENTO

En cada sesión realizamos una observación inicial y final en bipedestación y flexión anterior para incidir en la eutonía del paciente y en la integración propioceptiva.
El tipo de ejercicios utilizados para el tratamiento del caso son los descritos a continuación:

5.1 trabajo respiratorio

La paciente presenta un tórax con predominio "espir" con un ángulo de charpy muy cerrado y además tiene la sensación de tener siempre un nudo en el estómago. Pedimos que sienta su respiración y posteriormente trabajamos con nuestras manos favoreciendo la apertura del ángulo. Utilizamos distintas técnicas, primero creando una presión, colapsando la inspiración de la paciente (tres repeticiones) y después favoreciendo la inspiración (fig. 6). Y en segundo lugar, trabajando con pliegues a nivel del recto del abdomen y oblicuos.
Este tipo de trabajo lo realizaremos específicamente en las primeras sesiones pero se mantendrá a lo largo de las sesiones sobretodo en los primeros 10-15 minutos aproximadamente en función de la evolución de la paciente.

5.2 trabajo de liberación cervical y hombro

Amasamiento y puntos trigger de la musculatura trapecio derecho previamente y luego incidimos en el descenso del hombro con diversas indicaciones (contracción/relajación y acercamiento del codo al cuerpo) y remodelado del hombro.

Figura 7. Flexibilización cadena tóraco-braquial

Figura 8 Postura global de cadena posterior

5.3 postura de apertura de brazos y cadena antero-interior de MMII (fig. 7)

Para trabajar la antepulsión bilateral de hombros, la rotación interna del fémur y la hiperlordosis lumbar (estiramiento del dorsal ancho). Además insistimos en esta postura para relajar el músculo psoas iliaco y el músculo recto anterior del abdomen que tienden a la rotación interna a parte de la flexión de cadera y anteversión de la pelvis.

5.4 postura apertura de brazos con cadena posterior de MMII (fig. 8)

para el trabajo de antepulsión de hombros (estiramientos de los músculos pectorales y dorsal ancho) y para estirar la musculatura isquitibial y sobretodo el músculo tríceps que están más acortados.

5.5 postura asimétrica de cadena posterior y lateral

En la posición de bipedestación espontánea la paciente se encuentra con las piernas en mucha abducción. Con este trabajo estiramos la musculatura abductora: pelvitrocantereos, glúteo mediano y TFL principalmente.

5.6 postura en sedestación: (fig. 9)

La inicio a la cuarta sesión para reprogramar el movimiento de anteversión/retroversión en base al control de los isquiones. Pedimos unir las manos atrás (por la cifosis escapular) y así hacer trabajo de apertura de la musculatura anterior.

5.7 trabajo específico de pies en camilla (descarga): (fig.10)

Movilizaciones pasivas retropie, antepie y dedos, movilizaciones pasivas y luego activas de tobillo y dedos, reconstrucción arco transversal y masaje tendones extensores. Trabajo activo específico dedos con disociación de movimientos. Postura final en coxofemoral abierta. Insistimos en disociación movimiento de tobillo y de los dedos porque existe un atrapamiento con una competencia de la musculatura flexora y extensora de los dedos. Una vez hecho este trabajo en descarga pasamos a semicarga en la camilla con flexión de rodillas y los pies planos en la camilla. Vamos evolucionando con la extensión progresiva de las rodillas manteniendo una buena alineación y colocación de los pies. Este trabajo devuelve a los pies sensaciones de libertad y estabilidad para la base de la postura.

Figura 9. Trabajo en carga control postural

Figura 10 Reestructuración del pie

Antes de hacer un trabajo en carga, continuamos en la camilla y realizamos una valoración de la TTA, vemos que existe en ambas piernas una ligera limitación de la rotación interna. Realizamos una técnica miofascial para facilitar dicha rotación con los dedos palpando la TTA pedimos un trabajo de contracción/relajación. Finalmente para concienciar a la paciente de las detorsiones, fijamos nuestras manos por debajo de la rodilla que esta en ligera flexión y pedimos una rotación externa suave de fémur y que la diferencie de una rotación global externa de todo el MMII. Una vez practicado pasamos al trabajo en carga.

5.8 postura global de tríceps: (sexta sesión)

1) realizar una buena alineación lateral de calcáneo-sacro y occipital;
2) apoyo de la cabeza en las manos en la pared sin trabajo de MMSS;
3) alineación del retropie y antepie;
4) flexión de rodilla atrasada y pedimos detorsión externa.;
5) movilización de flexión de rodilla y elevación del talón a la inspir y estirar rodilla y pegar calcáneo al suelo a la espir. Hacemos varias repeticiones y luego lo mismo pero solamente la flexión/extensión de rodilla con el talón fijado al suelo.
6) evolucionamos a la espir ganando en extensión de rodilla y posteriormente con un desplazamiento progresivo del centro de masa hacia delante.
   Realizamos 5 minutos el estiramiento global controlando sus compensaciones, en su caso sobretodo la desrotación de rodilla y la rotación de la pelvis y luego realizamos un ligero masaje del músculo tríceps. Hacemos lo mismo con la otra pierna.

Figura 11. Trabajo en carga de estiramiento cadena posterior

Figura 12. Trabajo en carga integración postural

Figura 13. Imagen final. Plano sagital

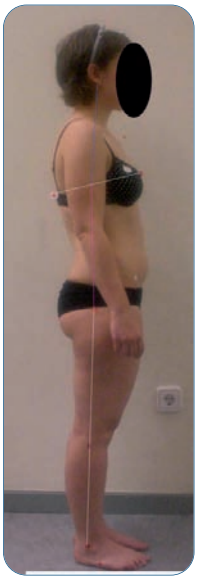
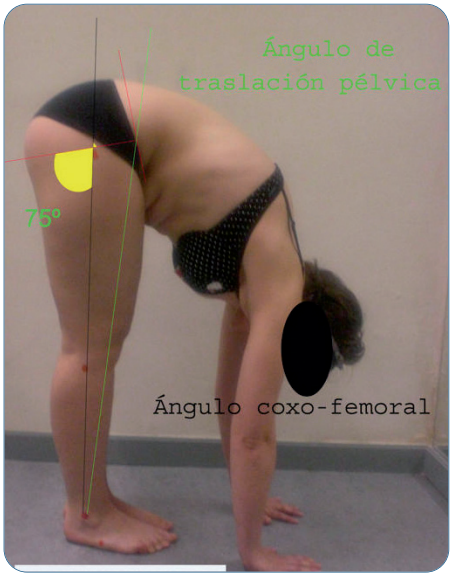


Figura 14 Imagen final. Extensibilidad



5.9 postura simétrica de cadena posterior en carga con flexión de la coxofemoral: (fig. 11)

Ponemos la cabeza apoyada sobre sus manos en la camilla y los pies paralelos a la altura de la cadera, con ligera flexión de rodillas pedimos desrotación manteniendo una buena alineación de maléolo externo y trocánter.
Realizamos un trabajo de ritmicidad suave de anteversión al inspir y retroversión a la espir para que la paciente integre el movimiento. Seguidamente, pedimos que a la espiración la paciente lleve los isquiones hacia el techo a la vez que haga un estiramiento axial de occipital a sacro. A medida que va estirando realizamos un trabajo de masaje para inhibir los músculos isquiotibiales y pequeños golpeteos.

5.10 postura en carga bipedestación en la pared y en el aire (fig.12)

A partir de la quinta sesión finalizamos las sesiones siempre con carga. La paciente mantiene mucho espacio inicialmente entre la pared y la zona lumbar. Trabajamos esta zona a parte. Ponemos la paciente en flexión anterior (con las rodillas un poco flexionadas y trabajamos estimulando la zona lumbar que esta bloqueada en extensión. Trabajo de la musculatura profunda lumbar. Pedimos que lleve su respiración a esta zona donde nosotros tenemos las manos y estimulamos esta zona. Volvemos a la pared e insistimos en este trabajo. Vemos como va reduciendo dicho espacio.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 11 sesiones, de 60 minutos de duración cada una, con una periodicidad de 2 por semana y a partir de la tercera semana de tratamiento se realizó una sesión semanal.

Desgloso los resultados en función de los aspectos morfoestáticos, de extensibilidad y sintomatológicos:

Resultados morfoestáticos: (fig. 13)

- No proyección de la cabeza.
- Simetría de hombros.
- Disminución de la antepulsión bilateral de hombros.
- Disminución de la cifosis torácica.
- Menor pulsión anterior.
- Menor desplazamiento de bloques.
- Ligera apertura del ángulo de charpy.
- EIAS al mismo nivel

Resultados extensibilidad: (fig. 14)

- Mayor libertad lumbosacra y una disminución del desplazamiento de la pelvis atrás.
- Mejora de la extensibilidad global de la cadena posterior.

Resultados sintomatología:

- Disminución de las álgias Cervico-dorsales.
- La paciente nota mayor sensación de libertad a nivel respiratorio. Menor sensación de "tener un nudo en el estómago".
- Ha disminuido el dolor de rodillas al subir y bajar escaleras.
- Toma de conciencia corporal y propioceptiva.

DISCUSIÓN

La globalidad es un campo difícil de abordar. No es fácil empezar a aplicar la terapia global cuando se está acostumbrado a lo analítico y a ver solamente lo que tenemos justo delante. Perderse en la globalidad es el mayor inconveniente que hemos encontrado para llevar a cabo el tratamiento. En el examen físico inicial se quiere ver tantas cosas que acabas por dejarte la mitad y necesitas las sesiones posteriores para corroborar o discernir muchos aspectos de la valoración inicial.

Otro de los aspectos a destacar del tratamiento es la dificultad para despertar la eutonía del paciente. En las primeras sesiones cuando preguntaba acerca de las sensaciones de las distintas partes del cuerpo y en distintas posturas, la paciente tardaba mucho en contestar y le costaba sentir. Poco a poco este aspecto ha ido cambiando y en las últimas sesiones casi sin preguntarle me las describía. Realmente fue la misma paciente que al cabo de cuatro sesiones me dijo que entonces empezaba a entender el tratamiento. Es idóneo continuar el tratamiento con el fin de abordar más desequilibrios del cuerpo y alcanzar más objetivos a largo plazo. Realizaremos nuevas valoraciones posteriores para comparar los resultados obtenidos al inicio y final del tratamiento. Quizás esta información la comparta con vosotros en el futuro.

Este caso clínico es el resultado de una síntesis del mi trabajo final de formación en el postgrado del Método Mézières. Es obvio que en el futuro mi experiencia en esta terapia me permitirá conseguir mejores resultados tanto en los cambios morfológicos como sintomáticos. No obstante y pese a mi corta experiencia estoy satisfecha de los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

Tenemos que ser conscientes que en estas pocas sesiones de tratamiento no es fácil cambiar una postura que lleva mucho tiempo fijada, pero si podemos conseguir un reequilibrio respiratorio, mejorar el dolor, concienciar a la paciente de su cuerpo y reequilibrar cadenas miofasciales.

En las sesiones de tratamiento descritas hemos empezado a ver ciertos resultados y a conseguir algunos objetivos. La paciente ha notado mejoría sobretodo en el control postural y en la conciencia corporal, ahora es capaz en las actividades de la vida diaria en pensar en su postura y en cómo intentar reeducarla.

Los resultados son bastante alentadores, ya que he puesto en práctica una nueva herramienta terapéutica que cambia mi manera de trabajar. Al empezar a aplicar la terapia global, resulta ya impensable poder llevar a cabo un buen y completo tratamiento únicamente con el trabajo analítico. Observar la persona de manera integral es para mi lo más importante.

BIBLIOGRAFIA

(1) Denys-Struyf G. El manual del mezierista, Tomo 1 y 2. Badalona: Ed. Paidotribo; 2008.

(2) Ramirez J, Revilla JR. Analisis global del equilibrio sagital del raquis, Rev. Cient.Iberoam.Fisioterapia Mezierista, 2008;1:12-19

(3) Ramirez J, Revilla JR.Tratamiento global de los desequilibrios sagitales del raquis por el Método Mézières. Rev.Cient.Iberoam.Fisioterapia Mezierista, 2009;2:15-23

(4) Aristregi Maialen. Cervico-dorsalgia crónica. Tratamiento mediante el Método Mézières. Rev.Cient.Iberoam. Fisioterapia Mezierista, 2009;2:35-41

REFLEXIONES GLOBALES

PEQUEÑA HISTORIA DE LA PROPIOCEPCIÓN

PAQUETTE Anne Marie

Fisioterapeuta Mezierista. Queven
Secretaria general de la AMIK

Correspondencia
Anne Marie Paquette
anne.m.paquette@wanadoo.fr

PROCESO HISTÓRICO

En el siglo X, ya existían los combates físicos en los países celtas; donde los lanzamientos de piedra de granito provocaban regocijos populares. Se puede decir que, hasta el año 1800, las actividades físicas estaban representadas por los juegos populares, las danzas.

La gimnasia nació en los países nórdicos, principalmente Suecia, donde Henrik Ling, creador de la gimnasia sueca, desarrolló esta actividad corporal basada en la competición y el refuerzo muscular con un objetivo casi militar.

La comprensión del movimiento y de las actividades corporales evoluciona en el período que precede la Primera Guerra Mundial. Un alemán, Rudolph Bode, alumno de Jaques Dalcroze y de Isidora Duncan, cree que el movimiento parte de la pelvis para dirigirse hacia las extremidades, desarrollando una concepción unitaria del cuerpo. El principal punto de su reflexión es haber pensado que una de las funciones esenciales del deporte es la de despertar la sensación profunda del movimiento. Estamos en la base del descubrimiento de lo que llamamos reeducación del sistema propioceptivo.

Bode tiene algunos alumnos, entre ellos Henrich Medau, que también aportará otras ideas, usando objetos como pelotas, panderetas y aros, y utilizando posturas de yoga. Piensa que la utilización de objetos concentra la atención del sujeto y permite conseguir movimientos más orgánicos.

De estas ideas se beneficiarán los círculos del espectáculo y de la danza, y el escenógrafo Constantin Stanislavski (1863-1938) será el primero que asociará un trabajo corporal a la sensación y a la concentración. Estos trabajos influirán en todo el mundo del espectáculo, y un buen número de actores formados en el actor's estudio de Nueva York estudiarán sus técnicas.

En Francia, Jacques Copeau, escenógrafo, introducirá el mimo en la preparación de actores tan famosos como Charles Dullin o Jean Vilar y formará la "Compagnie du vieux Colombier". Jacques Dalcroze, pedagogo y músico suizo, introducirá en las actividades corporales la noción del ritmo y de la respiración; cree que es importante educar la percepción antes de educar el movimiento.

Mientras tanto, ¿qué pasa en el ámbito de la medicina de la reeducación? Como consecuencia de la guerra de 1914-1918 hay muchos heridos que hay que reeducar y volverlos aptos para el trabajo. Se utilizará la mecanoterapia y la reeducación analítica. Todas esas ideas que han germinado en el ámbito artístico no van a interesar al ámbito médico, ni tampoco a las prácticas deportivas.

Hay que esperar al genio inventor, de Louise Ehrenfreid, de Moshe Feldenkrais, de Mathias Alexander, de Gerda Alexander y de otros, para hacer pensar al cuerpo y hacer emerger la sensación en el movimiento o en la postura. Françoise Mézières, en una óptica más médica y terapéutica, descubrirá la globalidad, la existencia de cadenas musculares poli-articulares imbricadas, y el reflejo antiálgico a priori. ¿Se encontraron estos brillantes descubridores? ¿Se influenciaron ?

Constatamos que pasará mucho tiempo entre estos descubrimientos y los trabajos científicos de las Ciencias Cognitivas, que dilucidarán los trayectos de las vías sensoriales, el tratamiento de la información y los modos de aprendizaje.

La definición, generalmente admitida, de la propioceptividad es algo escasa: sensibilidad nerviosa propia de los músculos, articulaciones, huesos, ligamentos.

BREVE REPASO FISIOLOGICO.

El sistema propioceptivo se compone de órganos sensoriales de la propiocepción, de diferentes orígenes:

- Captores de origen muscular:

- Haces neuromusculares sensibles a la variación de longitud de poca amplitud del músculo. Se componen de tres tipos de fibras (la, gamma y _), lo que permite que sean sensibles a las variaciones de longitud estática y dinámica.

- Fibras extrafusales, que son el efector y las fibras intrafusales, que se desarrollan paralelamente a las fibras extrafusales y contienen los captores sensibles (órganos de Golgi, Paccini, Ruffini) Aunque las fibras intrafusales (huso muscular) no puedan contraerse con la misma fuerza que las fibras extrafusales, se adaptan a los cambios de longitud. La separación entre captor y efector es determinante para el control del tono muscular.

La diferencia de longitud de estos dos tipos de fibras permitirá la comparación, y por tanto el control, y constituir el bucle sensoriomotriz.

La transmisión de los mensajes aferentes al córtex, llega a nivel del bulbo raquídeo y del tálamo. Durante esas transmisiones, la información sufre algunas transformaciones en forma de aumento de los contrastes, o de control de la transmisión, lo que permitirá un control y un ajuste permanente (comparador).

- Captores de origen tendinoso: los corpúsculos de Golgi sensibles a la tensión del músculo a través del tendón.

- Propioceptores de origen articular: desempeñan un papel todavía mal definido en la literatura científica, pero parece que participan en el sentido del esfuerzo.

- Propioceptores de origen cutáneo, considerados como facilitadores de los signos propioceptivos entre el cuerpo y el entorno.

Una compleja red de efectores: los músculos y sus tendones.

APORTACIONES ACTUALES

Las investigaciones más recientes muestran que las informaciones recogidas por los receptores musculares desempeñan un papel considerable en la percepción de la posición y de la elaboración del movimiento. El "sentido del movimiento" necesita combinar las señales de todos los sentidos, vista, olfato, oído y tacto.

¿Qué importancia tiene la percepción en el aprendizaje? ¿Cómo se producen los cambios?

Para el paciente, la posibilidad de aprender a discernir diferencias en el modo de efectuar el movimiento, o de tenerse, de desarrollar esta aptitud para hacer distinciones, incluso mínimas, para moverse de un modo más consciente, producirá una nueva información a nivel del córtex.

Lo primero que aprende el paciente es que puede ser diferente.

El fisioterapeuta debe permitir un proceso evolutivo progresivo. Los medios pueden ser la palabra, el tacto, el movimiento, la observación, los movimientos imaginados.

El fisioterapeuta debe guiar al alumno, e indicarle a qué debe estar atento. Desplazando la atención del paciente, cambiando el ritmo del movimiento. Y esto se hace necesario por el hecho de que los signos sensoriales de los captores tardan un cierto tiempo en llegar al comparador situado en el hipotálamo.

Cuanto más esfuerzos hace el paciente para ejecutar su movimiento o su postura, menos puede sentir las pequeñas diferencias. Los aprendizajes serán más numerosos y más perfectos si se realizan en un entorno que favorezca el descubrimiento y el placer de la exploración.

Se ha estudiado mucho el desarrollo motor del niño. El interés por estudiar los movimientos en el bebé va más allá de la comprensión de los vínculos entre el cerebro y la motricidad, pues es cierto que el movimiento no se puede separar de la percepción. Es uno de los grandes descubrimientos de Jean Piaget (psicólogo suizo).

La aportación del trabajo propioceptivo es una opción como herramienta de reeducación. Permitir al paciente que disocie, o asocie, coordine algunos movimientos pasando por vías no habituales (creatividad y práctica indispensable para el fisioterapeuta), para "desenganchar", co-contracciones, gestos o posturas parásitos, gracias al estímulo de la sensibilidad. Esta reeducación sensorial no sustituye el trabajo postural, sino que se une a él. El Método Mézières es, por tanto, un método terapéutico y una pedagogía del cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Boisacq-Schepens N, Crommelink M. Neurosciences.Dunod. Paris : Dunod ; 2004.

(2) Damasio A. L'erreur de Descartes Paris :Odile Jacob ; 1995.

(3) Roll J.P. sensibilité cutanée et musculaire. Roberts.

(4) Masquens S. La proprioception données récentes en relation avec la Méthode Mézières. Revue AMIK. 1993 ; 33.

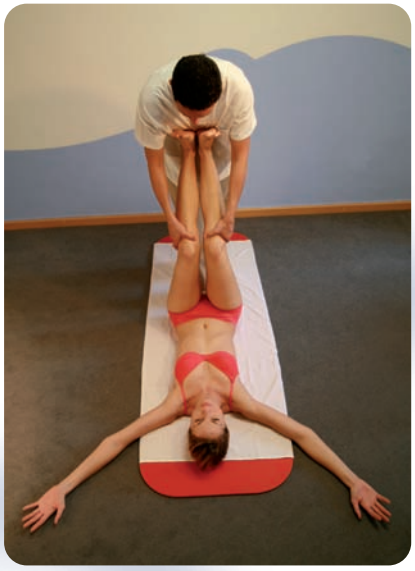
(5) Berthoz A. Le sens du mouvement.Paris : Odile Jacob ; 2008.

(6) Buser P, Imbert M. Psycho-Physiologie Sensorielle. Neurophysiologie fonctionelle. París : Hermann ; 1982.

(7) Le Boulch J. Mouvement et Développement de la Personne. Paris : Vigot ; 1995.

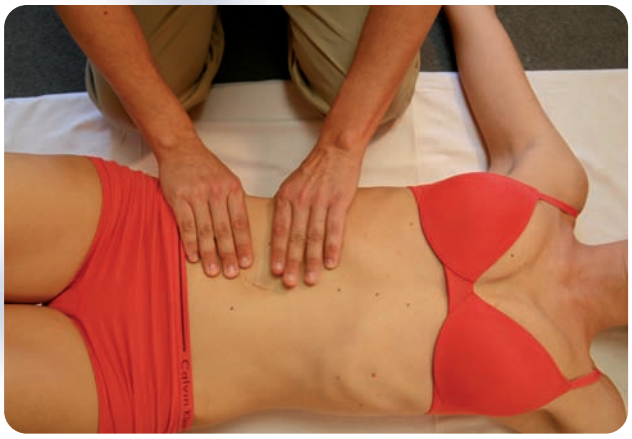
FORMACIÓN BASE

MÉTODO MÉZIÈRES fisioterapia global miofascial.



Presentación

El Postgrado "El Método Mézières. Fisioterapia Global Miofascial" está acreditado por la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) y reconocido por el Instituto de Fisioterapia Global Mézières (IFGM) y por la "Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie" (AMIK). Una vez finalizada la Formación, el fisioterapeuta podrá acceder como socio, a la Asociación Mezierista Iberoamericana de Fisioterapia (AMIF) y formar parte del listado de fisioterapeutas que practican el Método Mézières, así como participar en las actividades de esta asociación.
La fisioterapia global, bajo esta perspectiva, pretende devolver el equilibrio a las diferentes cadenas miofasciales mediante un trabajo individualizado. El fisioterapeuta mezierista trata los desequilibrios corporales buscando la causa primaria de la lesión, corrigiendo y controlando, durante la sesión, las compensaciones que se producen.
Tras un examen clínico riguroso, analítico y global, se evalúan los desequilibrios posturales y se llega a un diagnóstico del estado de las cadenas miofasciales y articulares. El Método Mézières utiliza posturas de estiramiento global y técnicas manuales, miofasciales y de movilización articular, asociando un trabajo específico sobre la dinámica respiratoria.

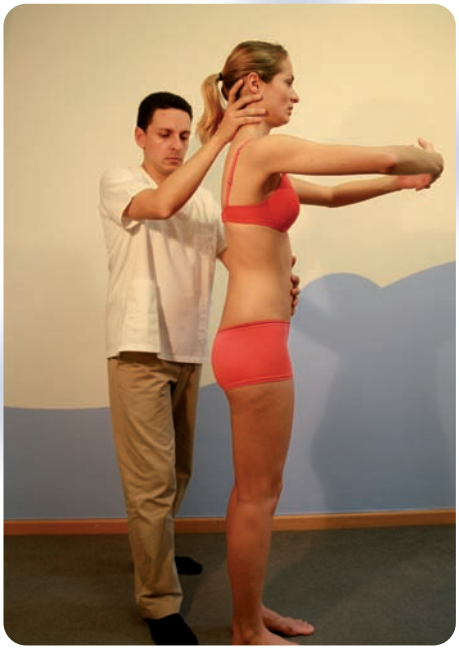


Programa

En el contenido teórico se describen los principios fundamentales del Método Mézières que hacen referencia a las cadenas miofasciales y al concepto de globalidad, incluyendo explicaciones biomecánicas y patomecánicas. El contenido práctico consta de cuatro partes bien diferenciadas: la primera, dedicada a la observación y al análisis morfoestático y de extensibilidad; en la segunda se abordan posturas de estiramiento miofascial y técnicas facilitadoras; en la tercera se introduce la adaptación al trabajo global en las diferentes patologías; y por último, una parte dedicada al análisis de casos concretos.

Contenido teórico

1. Principios fundamentales del Método Mézières. Límites e indicaciones
2. Respiración, postura y globalidad
3. Fisiología neuromuscular: análisis de los comportamientos miofasciales
4. Análisis de las cadenas miofasciales
5. La bipedestación y la postura. Plasticidad cerebral y propiocepción
6. Biomecánica lumbo-pelvi-femoral. Fisiopatología de la articulación sacroiliaca
7. Estudio del pie. Implicaciones posturales y dinámicas
8. Patología de la rodilla. Dismorfismos. Síndrome fémoropatelar. Abordaje global
9. Patología del miembro superior. Hombro y globalidad
10. Unidad céfalo-cervical. Patología del complejo céfalo-cervical- dorsal.
11. Articulación témporo-mandibular: rol postural y relación con las cadenas miofasciales
12. Alteración morfoestática y patologías del raquís dorsal y lumbar. Escoliosis
13. Reequilibrio del suelo pélvico y cadenas miofasciales
14. Dolor, globalidad y anatomía emocional. Síndromes de dolor crónico
15. Gimnasia holística. Integración de técnicas globales al trabajo en grupo



Contenido práctico

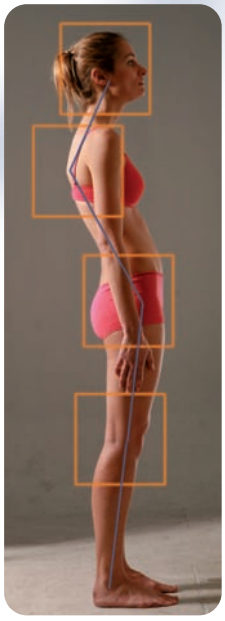
A) EXÁMEN MORFOESTÁTICO Y EXTENSIBILIDAD

Análisis y evaluación clínica de:

•Morfoestática bípeda. Desequilibrios articulares analíticos y globales

•Extensibilidad de las cadenas miofasciales

•Marcha y gesto. Reconocimiento del esquema corporal. Fotometría digital



B) OBSERVACIÓN DE LAS COMPENSACIONES Y MECANISMOS NEUROMUSCULARES

1.Análisis de las compensaciones y su relación con la retracción miofascial

2.Anatomía palpatoria:

- Posición articular. Tonicidad muscular. Restricción facial. Extensibilidad Miofascial.

3. Plasticidad cerebral. Reconocimiento e integración de un nuevo esquema corporal

4.Rearmonización propioceptiva en la estática y el gesto

C) REARMONIZACIÓN POSTURAL

1. Posturas globales de estiramiento miofascial activo
   1.1. Estiramientos de las cadenas miofasciales implicadas en desequilibrios morfoestáticos
   1.2. Reeducación postural en trabajo simétrico y asimétrico
   1.3. Reequilibración respiratoria. Predominio de las cadenas miofasciales y tipologías respiratorias
2. Técnicas de terapia manual asociadas con la reeducación postural: terapias miofasciales, técnicas neuromusculares, reajustes articulares, movimientos rítmicos, técnicas propioceptivas
3. Trabajo dinámico espiroideo de los miembros y movimientos rítmicos de las cinturas

D) ALTERACIONES MORFOESTÁTICAS Y PATOLOGÍA

1.Unidad cráneosacral
   1.1.Procesos degenerativos del raquis (artrosis, hernias, espondilosis...)
   1.2.Desviaciones del raquis (hiperlordosis, dorso plano, escoliosis...)
   1.3.Enfermedades reumáticas (scheuermann, espondiloartrosis, inflamatorias...)
   1.4.Algias vertebrales (cervicobraquialgia, lumbalgia, dorsalgia...)
   1.5.Disfunciones témporo-mandibulares: Implicaciones globales.
2.Miembro superior
   2.1. Tendinopatías y desequilibrios miofasciales
   2.2. Síndromes de atrapamiento neurológicos
3.Miembro inferior
   3.1.Alteraciones de los ejes y procesos degenerativos (varum/valgus, flexum/recurvatum, síndrome fémoropatelar, gonalgia, coxartrosis...)
   3.2.Afecciones/alteraciones del pie (metatarsalgias, hallux-valgus, pie plano/cavo,...)
4.Miscelánea
   4.1.Síndromes de ansiedad y de estrés
   4.2.Síndrome doloroso crónico (fibromialgia, sd. fatiga crónica)
   4.3.Secuela de traumatismos y afecciones neurológicas
   4.4.Desequilibrios cadenas miofasciales en el deportista

E) TRABAJO PRÁCTICO INDIVIDUAL Y EN GRUPO

1.Práctica de técnicas específicas por parejas

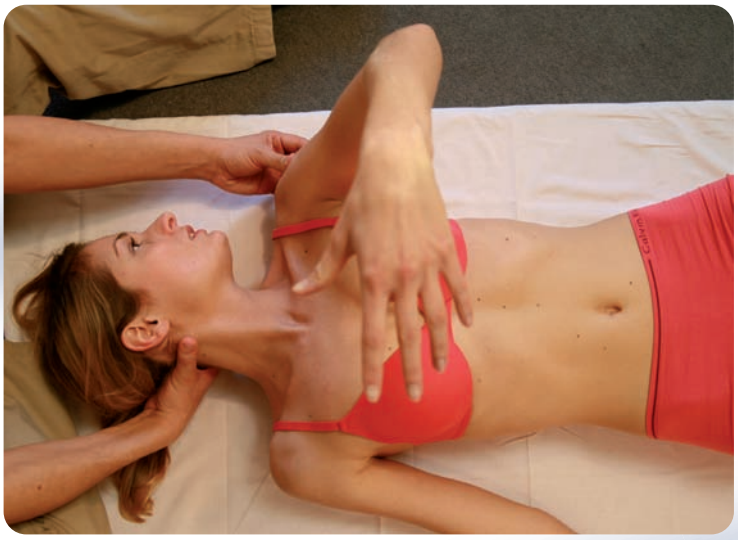
2.Tratamientos de casos individualizados

3.Análisis y abordaje en dinámica de grupos de casos clínicos

4.Talleres prácticos sobre casos particulares

5.Evaluaciones prácticas durante la formación

6.Gimnasia en grupo. Adaptación del Método Mézières y técnicas afines al tratamiento en grupo



Profesorado

Profesores y directores de la formación

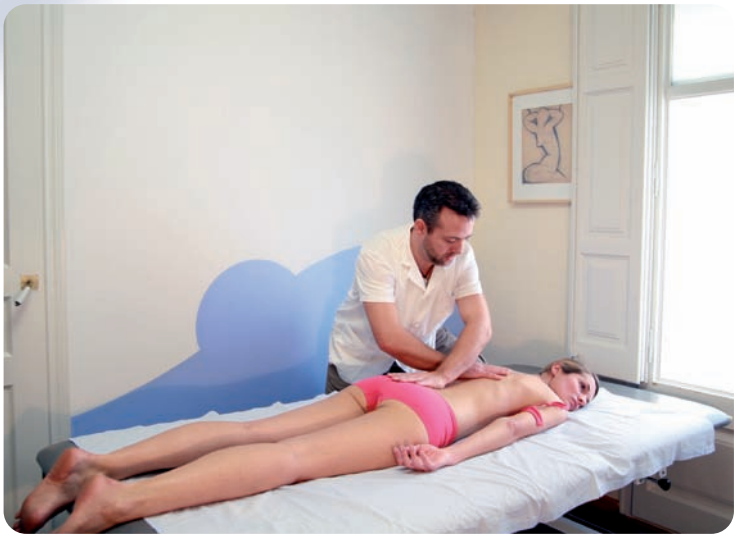
Sr. JOSE RAMÍREZ MORENO
Sr. JUAN RAMÓN REVILLA GUTIÉRREZ
Fisioterapeutas mezieristas, Barcelona.
Profesores asociados de Universitat Internacional de Catalunya.
Formadores oficiales AMIK de "El Método Mézières" para España e Iberoamérica.
Directores de Instituto de Fisioterapia Global Mézières (IFGM) y Centro de Fisioterapia KineMez.
Fundadores de la Asociación Mezierista Iberoamericana de Fisioterapia (AMIF).

Profesores invitados

Sr. JACQUES PATTE
Fisioterapeuta Mezierista, París. Ex-Director de la formación "Método Mézières" por "l'Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie".
Presidente de Honor de AMIK.
Sra. GUILHAINE BESSOU
Fisioterapeuta Mezierista, París. Presidenta de « l'Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie ».
Sr. FREDERIC SIDER
Fisioterapeuta Mezierista, Fontainebleau. Director de la formación "Método Mézières" por "l'Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie".
Profesor colaborador

Profesores Colaboradores

Sr. JOSEP ORIOL SALA Y FRANCH
Fisioterapeuta Mezierista. Barcelona.
Sr. JOSÉ LUÍS MARÍN MATEO
Fisioterapeuta Mezierista. Valencia.



Calendario

Esta formación consta de ocho seminarios de tres días cada uno, con un total de 210 horas lectivas.

Lugar

Universitat Internacional de Catalunya
www.uic.es
BARCELONA

Información y pre-inscripciones

INSTITUTO DE FISIOTERAPIA GLOBAL MÉZIÈRES
Guillem Tell 40, Entlo. 2ª 08006 Barcelona 93 201 65 13
Sra. Isabel Campderrós (10 a 14,00 horas)
ifgm@kinemez.com / www.metodo-mezieres.com

CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO Y ESPECIALIZACIÓN

El Instituto de **Fisioterapia Global Mézières (IFGM)**, tiene como objetivo ofrecer una formación continuada de calidad a todos los profesionales interesados en la Fisioterapia global, mediante cursos especializados que pueden enriquecer nuestros tratamientos globales y aportar visiones complementarias.

Existen dos modalidades en los cursos de post-formación:

1.- Cursos de perfeccionamiento en un tema dirigidos exclusivamente a los fisioterapeutas mezieristas;

2.- Cursos de especialización abiertos a todos aquellos fisioterapeutas interesados en el enfoque global de nuestra profesión.

CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN PREVISTOS PARA EL 2010

CURSO DE GIMNASIA PROPIOCEPTIVA

Este curso está destinado, no solo a fisioterapeutas mezieristas, sino también a aquellos profesionales que quieran aprender una gimnasia global, educativa, preventiva y propioceptiva con la finalidad de enriquecer sus terapias.

PROGRAMA

Se abordarán 8 regiones corporales, realizando un trabajo específico sobre una parte del cuerpo: pie, miembro inferior, pelvis, columna vertebral, cintura escapular, miembro superior, cabeza y respiración.

OBJETIVOS

1. Desarrollar la conciencia corporal mediante un trabajo apropiado.
2. Adquirir ciertos elementos para:
   - Saber adaptar los tratamientos globales en función de la ti pología de cada paciente
   - Descubrir ejercicios adaptados en el marco de la fisioterapia global, para poder proponer a los pacientes una gimnasia educativa y de mantenimiento corporal.
3. Finalizaremos cada día con un ejercicio global, teniendo en cuenta la concienciación, coordinación y armonía del gesto.
4. Aplicabilidad de la gimnasia propioceptiva en grupo e individual

PROFESORA

Guilhaine Bessou, fisioterapeuta mezierista. Expresidenta de AMIK. Formadora en el Método Mézières en España y formadora en cursos avanzados por la Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie (AMIK). Francia.

COORDINADORES Juan Ramón Revilla y José Ramírez
LUGAR BARCELONA
FECHAS 18 y 19 de junio de 2010
HORARIO de 9h a 13,30h y de 15h a 19h30
PRECIO 350 €.
Dto. para los socios de AMIF: 50 €
Dto. para los preinscritos antes del 30 de abril de 50 €

ATM Y REGIÓN ORO-FACIAL

Análisis y tratamiento de las disfunciones mandibulares en el ámbito de un tratamiento global

El seminario propone descubrir y/o actualizar los conocimientos sobre esta importante región, cuyas disfunciones tienen una gran repercusión sobre el conjunto de la estática y dinámica corporales.

OBJETIVOS

- Recordatorio anátomo-fisiológico de la ATM y de las regiones supra e infrahioideas
- La oclusión y sus trastornos: trabajo básicamente práctico referido a la puesta en evidencia de las patologías que tienen una repercusión en la estática y la dinámica corporales.
- Trabajo de toma de conciencia: dientes, paladar, lengua, labios, ATM, masticación y deglución.
- Maniobras prácticas de estos diferentes elementos en asociación con raquis cervical, cintura escapular y el conjunto del cuerpo.

PROFESOR

Jean-Pierre Roux, fisioterapeuta mezierista, miembro del equipo pluridisciplinar del servicio de patologías de ATM de los Hospitales Civiles de Lyon.

COORDINADORES Juan Ramón Revilla y José Ramírez
LUGAR BARCELONA
FECHAS 11 y 12 de junio de 2010
HORARIO de 9h a 13,30h y de 15h a 19h30
PRECIO 350 €.
Dto. para los socios de AMIF: 50 €
Dto. para los preinscritos antes del 30 de abril. de 50 €

OTROS CURSOS PREVISTOS PARA 2010

Curso sobre gestos y posturas del músico (II módulo) Solo para los que han realizado el módulo 1.
Fechas: 19,20 y 21 de febrero de 2010. **Lugar:** Barcelona

Curso de rearmonización postural del raquis cervical. Curso de introducción al Método Mézières.
Fechas: 9 y 10 de abril. **Lugar:** Madrid. **Organización** www.icsib.com

Curso sobre gestos y posturas del músico (I módulo)
Fechas: noviembre (pendiente de confirmar). **Lugar:** Barcelona

Nutrición Ortomolecular en Fisioterapia
El propósito de este curso es capacitar al profesional sobre la Nutrición Ortomolecular para incorporarla como soporte terapéutico en la disciplina de la neurología, pediatría, reumatología y el deporte.
Fechas: 23 de octubre, 13 de noviembre y 4 de diciembre de 2010. **Lugar:** Barcelona

Información y pre-inscripciones
INSTITUTO DE FISIOTERAPIA GLOBAL MÉZIÈRES
Guillem Tell 40, Entlo. 2ª 08006 Barcelona
93 201 65 13
Sra. Isabel Campderrós (10 a 14,00 horas)
ifgm@kinemez.com / www.metodo-mezieres.com

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

La Revista "FisioGlobal" es una publicación semestral, creada por el INSTITUTO DE FISIOTERAPIA GLOBAL MÉZIÈRES (ifgm), con el propósito de promover e incentivar los trabajos científicos desarrollados por los fisioterapeutas mezieristas o por profesionales de la salud con terapias afines. Dichos artículos deberán estar elaborados siguiendo las Normas de Vancouver (http://www.icmje.org), requisito de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

CARACTERÍSTICAS DEL ARTÍCULO

1. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título hasta la bibliografía.
2. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto, y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Fuente de letra Times New Roman tamaño 12 o Arial tamaño 10 en DIN-A4.
3. El texto del manuscrito deberá ajustarse al máximo de páginas según la sección a la que pertenezca. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, debiendo quedar definidas en un anexo.
4. Las tablas o cuadros de texto, deberán estar numeradas correlativamente según orden de aparición en el texto. Se escribirá indicando la palabra "Tabla" seguida de un número romano (ejemplo Tabla I, Tabla II y IV, Tabla III a V). Cada tabla debe tener un título (ej. Tabla I: distribución por edades)
5. Se consideran figuras las fotografías, ilustraciones, dibujos, esquemas, gráficos, etc.. Las figuras deben estar numeradas correlativamente según orden de aparición en el texto. Se escribirá indicando la palabra "figura" seguida de un número arábigo y entre paréntesis. ejemplo (figura 1), (figuras 1 y 5), (figura 1 a 5). Cada figura debe tener un epígrafe o pie de figura (ej. Figura 1: visión sagital del raquis)
6. Junto al manuscrito, se deberá enviar una carta de presentación donde conste la autorización del autor/res/ras para su publicación y la cesión de derechos, así como el compromiso de que el trabajo es inédito y tiene los permisos necesarios sobre todo en el caso de fotografías de personas o imágenes de otras publicaciones.

SECCIONES

1. Editorial: texto escrito por encargo del Comité editorial.
2. Originales: trabajos científicos no editados anteriormente. Se recomienda no superar las 10 páginas.
3. Revisiones: trabajos de revisión sobre procedimientos en fisioterapia global que por su interés o actualidad sean interesantes ser publicados. Se recomienda no superar las 10 páginas.
4. Caso clínico: presentación de casos clínicos de especial interés, bien por el tratamiento aplicado o por el tipo de patología. En esta sección deberá aportarse iconografía (fotos, Rx, RNM, etc..) recomendando no superar las 4 páginas de texto.
5. Reflexiones: artículos breves sobre experiencias personales, terapias, avances científicos, etc relacionadas con la práctica de la fisioterapia. Se recomienda no superar 3 páginas. Esta sección puede estar escrita de forma libre sin seguir necesariamente la normativa utilizada para el resto de secciones.

PARTES DEL TEXTO

Página del título

1. El título del artículo, que debe ser conciso pero informativo. (en castellano e inglés)
2. Deberán costar los nombres y apellidos de cada autor/a, títulos académicos y filiación institucional, así como el nombre, correo electrónico, dirección postal y el teléfono de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

Resumen

La segunda página incluirá un resumen que no excederá de las 150 a 200 palabras. En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos (la selección de los sujetos del estudio, los métodos de observación y analíticos), los resultados más destacados (mediante la presentación de datos concretos y, a ser posible, de su significación estadística), y las principales conclusiones. Se hará hincapié en aquellos aspectos del estudio o de las observaciones que resulten más novedosos o de mayor importancia. En castellano e inglés.

Palabras clave

Tras el resumen los autores deberán presentar e identificar como tales, de 3 a 10 palabras clave. Utilícense para este fin la lista de Términos Médicos (MeSH, siglas en inglés) del Index Medicus; si no hay un término adecuado en esa lista y no está disponible en los términos introducidos recientemente, pueden usarse los nuevos términos. En castellano e inglés.

Introducción

Apartado para exponer el estado de la cuestión sobre el tema que vamos a tratar, los antecedentes del problema y una justificación de la importancia de nuestro estudio. Se incluirán las referencias bibliográficas estrictamente necesarias y no se incluirán datos o conclusiones del trabajo.

Material y Métodos

Describa con claridad la forma como fueron seleccionados los sujetos sometidos a observación o participantes en los experimentos. Indique la edad, sexo y otras características destacadas de los sujetos. Se restringirá el número de tablas y figuras al mínimo necesario para explicar el tema objeto del trabajo y evaluar los datos en los que se apoya. Use gráficos como alternativa a las tablas extensas.

Descripción detallada del diseño del estudio y de los métodos, aparataje (facilite el nombre del fabricante y su dirección entre paréntesis) y procedimientos empleados con el suficiente grado de detalle para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

Describa los métodos estadísticos con el suficiente detalle para permitir, que un lector versado en el tema con acceso a los datos originales, pueda verificar los resultados publicados. En la medida de lo posible, cuantifique los hallazgos y presente los mismos con los indicadores apropiados de error o de incertidumbre de la medición (como los intervalos de confianza). Analice los criterios de inclusión de los sujetos experimentales. Proporcione detalles sobre el proceso que se ha seguido en la

distribución aleatoria. Describa los métodos de enmascaramiento utilizados. Haga constar las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones realizadas. Indique las pérdidas de sujetos de observación (como los abandonos en un ensayo clínico). Especifique cualquier programa de ordenador, de uso común, que se haya empleado.
Cuando se trate de artículos de revisión, se ha de incluir una sección en la que se describirán los métodos utilizados para localizar, seleccionar, recoger y sintetizar los datos. Estos métodos se describirán también en el resumen del artículo.

Ética

Cuando se trate de estudios experimentales en seres humanos, indique si se siguieron las normas éticas del comité (institucional o regional) encargado de supervisar los ensayos en humanos y la declaración de Helsinki de 1975 modificada en 1983.
No emplee, sobre todo en las ilustraciones, el nombre, ni las iniciales ni el número de historia clínica de los pacientes.
En caso de fotografías de personas, estas no podrán ser identificadas, o en caso contrario deberán contar con su autorización por escrito.

Resultados

Debe contener sólo la información relevante. Presente los resultados en el texto, tablas y gráficos siguiendo una secuencia lógica. No repita en el texto los datos de las tablas o ilustraciones; destaque o resuma tan sólo las observaciones más importantes.

Discusión

Haga hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en el significado de los hallazgos de la investigación. No debe repetir, de forma detallada, los datos u otras informaciones ya incluidas en los apartados de introducción y resultados sino una interpretación de los resultados Además sugiera las limitaciones del estudio, así como, sus implicaciones en futuras investigaciones. Se compararán las observaciones realizadas con las de otros estudios pertinentes.

Conclusión

En este apartado debe destacar la deducción, consecuencia o resolución de su estudio. Evite afirmaciones poco fundamentadas y conclusiones insuficientemente avaladas por los datos. No debe ser muy extenso pues simplemente debe dar respuesta a la pregunta de investigación.

Agradecimientos

Incluya la relación de todas aquellas personas que han colaborado pero que no cumplan los criterios de autoría, tales como, ayuda técnica recibida, ayuda en la escritura del manuscrito o apoyo general prestado por el jefe del departamento. También se incluirá en los agradecimientos el apoyo financiero y los medios materiales recibidos.

Bibliografía

La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito deberá aparecer de forma correlativa según la aparición en el texto. Las citas se indicarán entre paréntesis, con número arábigos del mismo tamaño que el texto. Ejemplo: (11) (20-25) (2,4,8).

Ejemplos

ARTÍTULOS CIENTÍFICOS DE REVISTAS

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; volumen (número): página inicial y final del artículo.

Ramírez J, Revilla J. Análisis global del equilibrio sagital del raquis. Rev cient iberoam FisioGlobal. 2008; 1:12-19.

Más de seis autores

Martín Cantera C, Córdoba García R, Jane Julio C, Nebot Adell M, Galán Herrera S, Aliaga M et. al. Med Clin (Barc) 1997; 109 (19): 744-748.

LIBRO

Autor/es.Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Nota: La primera edición no es necesario consignarla. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2ª ed..- 2nd ed. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debemos citarlo a continuación del título del libro Vol. 3

Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997.

Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavate López-Montes J, Tonío Duñantez J. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2ª ed.. Madrid: SEMFYC; 1997.

CONFERENCIA

Autor/es de la comunicación / ponencia. Título de la comunicación / ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación / ponencia.

Fernández S. Evaluación comparativa de la eficiencia sanitaria y calidad hospitalaria mediante perfiles de práctica médica. En: II congreso internacional atención primaria. Barcelona: SG editores; 1996. p. 63-78.

ARTÍCULO EN FORMATO ELECTRÓNICO

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

Smith J. Transmission of Hepatitis C Virus infection associated infusion therapy for hemophilia. MMWR [en línea] 1997 [fecha de acceso 11 de enero de 2001]; 46 (26). URL disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00048303.htm

FORMA DE ENVÍO

El manuscrito deberá enviarse en formato digital, por correo electrónico o correo postal (CD)

¿Cómo realizar el envío?

- El texto del manuscrito deberá estar en formato .doc (word) como una archivo
- Si se envían imágenes (figuras, tablas), éstas deben tener una resolución no inferior a 300 dpi, a un tamaño de 10x15, y en formato jpg o tiff. SIEMPRE en archivos independientes. Ejemplo, la figura 1, se enviará en un archivo llamado figura1.jpg y así sucesivamente.. Cada figura se enviará como un archivo único.

1.- correo electónico: ifgm@kinemez.com
2.- correo postal: Guillem Tell, 40 entlo. 2ª. 08006, Barcelona. 93 201 65 13

ifGM
Instituto Fisioterapia Global Mézieres

Camilla postural

¡Ahora ya no tendrás que trabajar sólo en el suelo!

CARACTERÍSTICAS

- ✓Camilla eléctrica de un cuerpo 70 x 198
- ✓Altura regulable con sistema periférico mediante pedal único
- ✓Dispositivo para miembro superior con 2 apoya-brazos regulables en apertura (de 0º a 180º) y totalmente abatibles
- ✓Dispositivo para miembro inferior con 2 barras hidráulicas regulables (de 0º a 90º) y totalmente abatibles
- ✓Tapicería de polipiel con amplio orificio facial y 13 gamas de colores para elegir.

Una camilla especialmente diseñada para el CONFORT del fisioterapeuta

Totalmente desplegable y versátil. Te servirá para tus sesiones de reeducación postural o utilizarla como camilla tradicional.

Precio: 2.632,20 €, ¡la más barata del mercado!

Descuento especial para socios de AMIF y AMIK

El precio incluye IVA y gastos de envío (solo España peninsular)

Promoción válida hasta el 31/7/09

REALIZAR PEDIDO

ifgm@kinemez.com

93 201 65 13