

El Método Mezières para el "uso de sí" en personas con dolor lumbar. Estudio Mixto

Margareth Lorena Alfonso Mora

<http://hdl.handle.net/10803/673489>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título	EL MÉTODO MÉZIÈRES PARA EL USO DE SÍ EN PERSONAS CON DOLOR LUMBAR. ESTUDIO MIXTO
Realizada por	MARGARETH LORENA ALFONSO MORA
en el Centro	Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna
y en el Departamento	Departamento de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (SAFE)
Dirigida por	Dra. Myriam Guerra Balic Dr. Ricardo Sánchez Martín

**EL MÉTODO MÉZIÈRES PARA EL USO DE SÍ EN PERSONAS CON
DOLOR LUMBAR: ESTUDIO MIXTO**

Margareth Lorena Alfonso Mora

Directores:

Dra. Myriam Guerra Balic

Dr. Ricardo Sánchez Martín

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DEL
DEPORTE BLANQUERNA**

Universitat Ramon Llull

2021

Agradecimientos

Este fue el resultado de una aventura académica de 4 años que requirió de un proceso escalonado, de superación de limitantes que no se realizó en soledad, sino con la complicidad de mi círculo más íntimo, más la compañía empática de mi familia, mis amigos, mis compañeros de trabajo, apalancado por mis tutores, profesores e instituciones que me respaldaron.

En la intimidad, Javi me escuchó cada dilema teórico y metodológico hasta saturarlo con toda la información aquí incluida, él me acompañó con paciencia hasta el final. Mi madre con su incansable laboriosidad y disciplina que dejó incorporada en mí, mi padre con su forma pragmática de ver la vida me recuerda que todo es momentáneo y que hay que tomar las cosas con calma. Mis tías, mis primas y primos, clan al que pertenezco, han contribuido en configurar quien soy.

De mis amigas y compañeras: Adriana Castellanos me ayudó y soportó durante el trabajo de campo; Indira Rodríguez me acercó fácilmente al mundo de las narrativas cualitativas, aprendiendo a valorar la palabra del otro para darle riqueza a la comprensión del fenómeno de estudio.

Mis estudiantes, sin ellos no hubiese sido posible, disfruto de su disposición por aprender y por colaborar en el crecimiento de la profesión, Leidy, Joel, Monarca, Jeison, Juliana, Fernanda y María Camila sin sus manos y tiempo no tendría tesis.

Las instituciones: A Blanquerna por tener un cuerpo profesoral conformado por personas como Myriam y Ricardo quienes estuvieron cerca del proceso y me guiaron con paciencia en cada fase. Blanquerna, también me permitió conocer compañeros de doctorado increíbles como Claudia, Ana, Kelly entre muchos otros.

La Universidad de La Sabana, La Clínica Universidad de La Sabana. A la Doctora María Leonor y a las fisioterapeutas Laura, Sindy y Catalina.

La profesora colombiana Zandra Pedraza, Antropóloga de la Universidad de los Andes, quien me permitió, desinteresadamente, aprender con sus estudiantes sobre ciencias sociales y me acercó desde la antropología al cuerpo y las construcciones socioculturales alrededor de este.

Los profesores del Método Mézières, especialmente a José Ramírez, y a todas aquellas personas que han difundido el mensaje de Françoise Mézières, pues a partir de esto, se transformó mi forma de hacer y vivir la fisioterapia.

¡A todos Gracias!

Especialmente a Alma, quien llega a este mundo, casi de manera simultánea al finalizar esta tesis y es el regalo más hermoso que la vida me pueda hacer.

Este proyecto de investigación fue posible gracias a la financiación otorgada en la convocatoria interna de menor cuantía de proyectos de investigación científica o tecnológica 2018 de la Universidad de La Sabana con código de proyecto ENF-26-2018. Este proyecto está adscrito a la Facultad de Enfermería y Rehabilitación, programa de Fisioterapia, grupo de investigación Movimiento Corporal Humano.

Tabla de contenido

RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	16
1. EL FENÓMENO A ESTUDIAR: EL DOLOR LUMBAR	19
1.1 Contexto	19
1.2 Postura teórica sobre el dolor lumbar	19
1.3 El cuerpo disciplinado y el dolor lumbar	23
1.3.1 El dolor lumbar y el cuerpo máquina en los servicios de salud.....	28
1.3.2 El cuerpo máquina en los servicios de fisioterapia.....	32
1.4 De las estructuras incorporadas a la amnesia sensorio-motriz	34
1.5 La amnesia de la pelvis y el dolor lumbar	38
2. SOBRE LA TEORÍA: EL MÉTODO MÉZIÈRES	42
2.1 Contexto	42
2.2 Practices of embodiment	42
2.3 Las raíces: Mézières	44
2.4 Principios Método Mézières	47
2.4.1 Cadenas musculares	47
2.4.2 Respiración.....	53
2.4.3 Reflejo Antálgico a Priori.....	55
2.5 Sobre la postura armónica	55
2.6 Antecedentes Del Método Mézières	56
3.0 SOBRE EL PROBLEMA SU JUSTIFICACIÓN Y LOS OBJETIVOS	60
3.3 Objetivos	63
3.3.1 Objetivo General	63
3.3.2 Objetivos Específicos	63
4. METODOLOGÍA	64
5.1 Diseño experimental	65
5.1.1 Ingreso al estudio.....	66
5.1.2 Participantes	67
5.1.3 Aleatorización	68

5.1.4. Evaluación	70
5.1.5 Intervención.....	75
5.1.6 Procesamiento de datos	78
5.2 Diseño Cualitativo	78
5.2.3 Muestreo Cualitativo	79
5.2.4 Entrevistas	79
5.2.5 Análisis de datos.....	80
5.0 RESULTADOS.....	82
5.1 Cuantitativos.....	82
5.1.1. Participantes	82
5.1.2 Desenlaces primarios.....	83
5.1.3 Desenlaces secundarios	85
5.1.4 Discusión.....	87
5.2 Resultados Cualitativos.....	93
5.2.1 Tratamientos previos para el dolor lumbar	93
5.2.2 Método Mézières como opción terapéutica	101
5.2.3 Proceso De Enseñanza Aprendizaje	103
5.2.4 Conciencia corporal.....	117
5.2.5 Discusión.....	124
6.0 INTEGRACIÓN DE RESULTADOS.....	130
7.0 LIMITACIONES.....	138
8.0 CONCLUSIONES.....	139
REFERENCIAS.....	142
APENDICES	155

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Diferencia de los resultados entre los evaluadores en la medición de lordosis</i>	73
Tabla 2. <i>Variables Estudiadas</i>	74
Tabla 3. <i>Preguntas entrevistas semiestructuradas</i>	80
Tabla 4. <i>Características de la Muestra</i>	82
Tabla 5. <i>Comparativos de los Desenlaces Primarios del Estudio</i>	83
Tabla 6. <i>Comparativo de medidas de postura en los 3 momentos de evaluación</i>	85
Tabla 7. <i>Comparativo flexibilidad para los dos grupos</i>	87
Tabla 8. <i>Tratamientos previous para el dolor lumbar</i>	94
Tabla 9. <i>Método Mezieres como opción terapéutica</i>	101
Tabla 10. <i>Proceso enseñanza aprendizaje</i>	104
Tabla 11. <i>Conciencia corporal</i>	117
Tabla 12 <i>Integración de Resultados</i>	131

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Planteamiento teórico sobre el dolor lumbar</i>	21
Figura 2. <i>Test flexión de tronco</i>	50
Figura 3. <i>Estiramiento cadena braquial anterior</i>	51
Figura 4. <i>Estiramientos cadena posterior simétricos y asimétricos</i>	52
Figura 5. <i>Respiración en la terapéutica mézières</i>	53
Figura 6. <i>Valoración de la postura</i>	56
Figura 7. <i>Flowchart CONSORT</i>	69
Figura 8. <i>Intervención con Método Mézières</i>	76
Figura 9. <i>Intervención GC</i>	77
Figura 10. <i>Comportamiento de NPR: Dolor en los 3 momentos de evaluación</i>	83
Figura 11. <i>Comportamiento del Roland Morris</i>	84
Figura 12. <i>Comportamiento SF12 en los 3 momentos de evaluación</i>	84
Figura 13. <i>Fotografía con ángulo de versión pelviana y proyección posterior de las piernas</i> ..	86
Figura 14. <i>Comportamiento variables test de FAT</i>	86
Figura 15. <i>Diagrama de categorías y subcategorías del estudio</i>	93
Figura 16. <i>Integración de resultados</i>	131

Siglas y abreviaturas

BBAT: Basic Body Awareness Therapy

DL: dolor lumbar

GMM: Grupo Método Mézières

GC: Grupo Comparación

MM: Método Mézières

NPP: Norwegian Psychomotor Physiotherapy

NPR: Numerical Pain Rating

RMDQ: Roland Morris Disability Questionary

SBST: Start Back Screening Tool Test

EL MÉTODO MÉZIÈRES PARA EL USO DE SÍ EN PERSONAS CON DOLOR LUMBAR: ESTUDIO MIXTO

RESUMEN

Los objetivos de esta tesis doctoral fueron: determinar los efectos del Método Mézières (MM) sobre el dolor y la discapacidad relacionada con el dolor lumbar, en comparación con un programa de fisioterapia sedativa y de ejercicio, y comprender el significado de la experiencia corporal al aplicar el MM.

La muestra estuvo compuesta por 61 personas con dolor lumbar inespecífico, quienes fueron aleatorizados en dos grupos: el primero recibió fisioterapia con el MM (GMM) (n=29) y el segundo recibió fisioterapia sedativa más ejercicios de flexibilidad y fuerza (GC) (n=31). Los participantes de ambos grupos realizaron 10 sesiones de fisioterapia de una hora en un período de 5 semanas, y fueron evaluados 3 veces: pre-intervención, post-intervención y seguimiento a las 6 semanas de finalizar el tratamiento.

Las variables analizadas fueron: dolor con la escala Numerical Pain Rating, discapacidad física relacionada con el dolor lumbar con el cuestionario Roland Morris, la calidad de vida con el SF12, la postura y la flexibilidad con fotogrametría. Paralelo a las sesiones de fisioterapia, al GMM se le realizaron entrevistas para comprender la experiencia corporal al realizar dicho tipo de fisioterapia, datos que fueron complementados con el diario de campo de la investigadora principal quien realizó las intervenciones con el MM.

El análisis de los datos cuantitativos fue realizado con el programa SPSS, para el cálculo de diferencias intra-grupo con pruebas para muestras relacionadas, paramétricas o no paramétricas, según la normalidad de las variables; también se calculó la diferencia entre grupos por medio de ANOVAS de medidas repetidas o test de Friedman según la normalidad de las variables, la estimación del tamaño del efecto fue realizado desde el estadístico d de cohen. Para el análisis de datos cualitativo desde un enfoque fenomenológico se utilizó el software ATLAS.ti con el método de comparación constante para determinar las categorías y subcategorías que permitieron la descripción del fenómeno.

Los resultados obtenidos mostraron que ambos tipos de tratamiento generaron efectos positivos sobre el dolor y la discapacidad física relacionada con el dolor lumbar. El GMM mostró efectos superiores a corto plazo en la variable dolor (D-Cohen 0,80; $p < 0,04$) y en la flexibilidad (D-Cohen 0,79; $p < 0,010$). Para las otras variables, los cambios en ambos grupos fueron equivalentes al finalizar las 10 sesiones de fisioterapia.

La parte cualitativa se realizó a partir de un enfoque fenomenológico que permitió comprender que los participantes interpretan la interacción con el MM como un proceso de enseñanza-aprendizaje que les permite un mejor uso del cuerpo, lo que se traduce en una mejor gestión de los movimientos y posturas para controlar y calmar el dolor lumbar. Al realizar la integración de los resultados, se encontraron datos coincidentes para las variables dolor, discapacidad física, calidad de vida y flexibilidad, mientras que existieron datos no coincidentes para la variable postura.

La conclusión del estudio es que el MM tiene efectos positivos superiores a los del GC en el dolor a corto plazo (D Cohen 0,80), así mismo el MM tuvo efectos en el dolor a mediano plazo (6 semanas post intervención) la discapacidad física y la flexibilidad, sin mostrar superioridad frente a la fisioterapia sedativa y de ejercicio terapéutico (comparación intra-grupos $> 0,05$). Además, el MM es percibido por los participantes como un proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en la conciencia corporal que permite gestionar de manera efectiva los síntomas relacionados con el dolor lumbar.

THE MÉZIÈRES METHOD FOR THE USE OF SELF IN PEOPLE WITH LOW BACK PAIN: A MIXED STUDY

Abstract

The objectives of this doctoral thesis were to determine the effects of the Mézières Method (MM) on pain and disability related to low back pain, in comparison with a program of sedative physiotherapy and exercise, and to understand the meaning of the bodily experience applying the MM.

The sample consisted of 61 people with low back pain of non-specific origin, who were randomized into two groups: one group received physical therapy with MM (GMM) (n=29) and the comparison group received sedative physical therapy plus flexibility and strength exercises (CG) (n=31). GMM and CG participants underwent 10 one-hour physical therapy sessions over a 5-week period and were evaluated 3 times: pre-intervention, post-intervention, and follow-up at 6 weeks after the end of treatment.

The variables analyzed were: pain with the Numerical Pain Rating scale, physical disability related to low back pain with the Roland Morris questionnaire, quality of life with the SF12, posture, and flexibility with photogrammetry. Parallel to the physical therapy sessions, interviews were conducted with the GMM to understand the body experience when performing such physical therapy, data that were complemented with the field diary of the principal investigator who performed such interventions.

The analysis of quantitative data was performed for the calculation of intra-group differences with tests for related samples, parametric or non-parametric, according to the normality of the variables; the difference between groups was also calculated using repeated measures

ANOVAS or Friedman's test according to the normality of the variables, the estimation of the effect size was performed from the Cohen's d statistic. Qualitative data analysis from a phenomenological approach was performed in ATLAS.ti software using the constant comparison method to determine the categories and subcategories that allowed the description of the phenomenon.

The results obtained showed that both types of treatment generated positive effects on pain and physical disability related to low back pain. The GMM showed superior effects in a short term on the pain variable (D-Cohen 0.80; $p < 0,004$) and flexibility (D-Cohen 0,79; $p < 0,010$). . For the other variables, the changes in both groups were equivalent at the end of the 10 physical therapy sessions.

Regarding the qualitative data, a phenomenological approach was carried out that allowed understanding that the participants interpret the interaction with the MM as a teaching-learning process that allows them better use of the body, which translates into better management of the movements and postures to control and calm low back pain. On integrating the results, coincident data were found for the variables pain, physical disability, quality of life, and flexibility, while there were non-coincident data for the variable posture.

The study concludes that MM has positive superior effects on pain in short term in comparison to CG. Additionally, MM shown effects on pain in a middle time (6 weeks post intervention) physical disability, and flexibility, without superiority over therapeutic exercise and sedative physical therapy (intra groups comparison $p > 0,05$). In addition, MM is perceived by the participants as a teaching-learning process focused on body awareness that allows effective management of symptoms related to low back pain.

EL MÈTODE MÉZIÈRES PER A L'ÚS DEL SÍ EN PERSONES AMB DOLOR LUMBAR: ESTUDI MIXTE

Català

Els objectius d'aquesta tesi doctoral varen ser el de determinar els efectes del mètode Mézierès (MM) sobre el dolor i la discapacitat relacionades amb el dolor lumbar, en comparació amb un programa de fisioteràpia sedativa i d'exercici, i comprendre el significat de la experiència corporal a l'aplicar el MM.

La mostra va estar composta per 61 persones amb dolor lumbar d'origen inespecífic, els quals varen ser aleatoritzats en dos grups: un grup va rebre fisioteràpia amb el MM (GMM) (n=29) i el grup comparació va rebre fisioteràpia sedativa més exercicis de flexibilitat i força (GC) (n=31). Els participants del GMM i del GC varen realitzar 10 sessions de fisioteràpia, d'una hora de duració en un període de 5 setmanes, i varen ser avaluats 3 vegades: pre-intervenció, post-intervenció i seguiment a les 6 setmanes després de finalitzat el tractament.

Les variables analitzades foren: dolor amb l'escala Numerical Pain Rating, discapacitat física relacionada al dolor lumbar amb el qüestionari Roland Morris, la qualitat de vida amb el qüestionari FS-12, la postura i la flexibilitat amb fotogrametria. Paral·lelament a les sessions de fisioteràpia, al GMM se li varen realitzar entrevistes per a comprendre la experiència corporal al realitzar aquest tipus de fisioteràpia, dades que foren complementades amb el diari de camp de la investigadora principal, qui va realitzar aquestes intervencions.

L'anàlisi de dades quantitatives fou realitzat per al càlcul de diferències intra-grup amb proves per a mostres relacionades, paramètriques o no paramètriques, segons la normalitat de les variables; també es va calcular la diferència entre grups mitjançant ANOVAs de mesures repetides o test de Friedman segons la normalitat de les variables, l'estimació de la mida de l'efecte fou

realitzada des de l'estadístic d de Cohen. Per a l'anàlisi de dades qualitatives es va realitzar utilitzant el software ATLAS.ti amb el mètode de comparació constant per a determinar les categories i subcategories que varen permetre la descripció del fenomen.

Els resultats obtinguts mostren que ambdós tipus de tractament varen generar efectes positius sobre el dolor i la discapacitat física relacionada amb el dolor lumbar. EL GMM va mostrar efectes superiors a la variable dolor (d-Cohen 0,80) i a la flexibilitat. Per les altres variables, els canvis en ambdós grups varen ser equivalents al finalitzar les 10 sessions de fisioteràpia.

Respecte als resultats qualitatives es va realitzar una aproximació fenomenològica que va permetre comprendre que els participants interpreten la interacció amb el MM com un procés d'ensenyament-aprenentatge que els permet un millor ús del cos, la qual cosa es tradueix en una millor gestió dels moviments i postures per controlar i calmar el dolor lumbar. A l'integrar els resultats, s'han trobat dades coincidents per a les variables dolor, discapacitat física, qualitat de vida i flexibilitat, mentre que varen existir dades no coincidents per a la variable postura.

Com a conclusió de l'estudi, el MM té efectes positius per al dolor, la discapacitat i la flexibilitat, sense mostrar superioritat davant la fi

sioteràpia sedativa i d'exercici terapèutic (comparació intra-grupos $>0,05$). A més, el MM és percebut pels participants com un procés d'ensenyament-aprenentatge centrat en la consciència corporal que permet gestionar de manera efectiva els símptomes relacionats amb el dolor lumbar.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis se desarrolla bajo un enfoque metodológico mixto cuyos objetivos son: determinar los efectos del MM sobre el dolor y la discapacidad relacionada con el dolor lumbar, en comparación con un programa de fisioterapia sedativa y de ejercicio, así como, comprender el significado de la experiencia corporal al aplicar el MM. Para cumplir los objetivos se utilizaron dos diseños de investigación: un diseño experimental con dos grupos, y de forma paralela, una aproximación fenomenológica a la experiencia corporal por medio de entrevistas a los participantes que pertenecieron al GMM.

Este trabajo muestra cómo se comporta el dolor lumbar desde un lugar integrado que no sólo reconoce este síntoma desde una visión epidemiológica, sino que incluye una mirada amplia hacia el sentido experiencial de interactuar con un fisioterapeuta para tratar el dolor lumbar. Se reconocen teóricamente, aquellos elementos que configuran el sistema de disposiciones corporales que se usan para interactuar con el entorno. Desde ese escenario, se presentan las técnicas somáticas modernas, o las *practices of embodiment*, como dispositivos corporales que permitirían apropiarse los mecanismos de movimiento corporal para conocer el cuerpo y, entre otros, prevenir el dolor lumbar, sin desconocer que estas formas corporales tienen efectos de bienestar integral para la persona.

La forma de interacción corporal que se escogió para responder a la problemática del dolor lumbar fue el MM, el cual a pesar de no estar descrito como una *practice of embodiment* o una técnica somática de la modernidad, tiene raíces que permiten establecer tal conexión. Además, los practicantes de esta forma de interacción corporal manifiestan sensaciones relacionadas con la conciencia corporal y el uso del cuerpo que permiten reconocerla desde este lugar, siendo éste el abordaje teórico usado y el eje de análisis que se tuvo en cuenta para el diseño cualitativo.

La importancia de estudiar este tema radica en las consecuencias que traen consigo las formas de vida actuales sobre la corporalidad, pues la cultura logo-céntrica ha minimizado la

percepción íntegra e integral del cuerpo, desconociendo las sensaciones del movimiento, en esta tesis se habla de la amnesia sensorio-motriz, entidad que se relaciona con la imposibilidad que tiene el sujeto de sentir su cuerpo y cómo se mueve, haciendo del movimiento corporal algo automatizado y que a lo largo de la vida produciría efectos sobre la salud. Por lo tanto, las técnicas somáticas de la modernidad, como el MM, promueven el uso del cuerpo (*uso de sí*) en maneras más equilibradas y conscientes, generando efectos positivos sobre la salud de las personas.

Coexistente al planteamiento cualitativo se desarrolló el estudio experimental, cuyo propósito consiste en ampliar el marco de evidencia sobre el MM en personas con dolor lumbar, garantizando una comparación con otros tipos de intervenciones terapéuticas que han mostrado beneficios en este grupo poblacional. El marco de los dos estudios permitió acceder desde dos vertientes a la comprensión del MM como respuesta a la problemática del dolor músculo-esquelético: la primera, social y experiencial, y la otra, apoyada en los principios clásicos de la evidencia científica, creándose un marco ampliado sobre el método estudiado para personas con dolor lumbar.

La forma de abordar esta tesis parte del planteamiento teórico desarrollado en el capítulo 1, que establece la forma de comprender el dolor lumbar, donde se retoman diversos autores que van desde las ciencias sociales hasta las ciencias médicas y de fisioterapia. Se da continuidad con el planteamiento del cuerpo-máquina, y como éste se perpetúa hasta los servicios de salud reduciendo los procesos de interacción clínicos tanto en medicina como en fisioterapia, y cómo estas dos disciplinas responden a esta problemática de salud pública desde unas estructuras que limitan su actuar. El capítulo también presenta la amnesia sensorio-motriz como principal precursor del dolor lumbar aterrizando en la pelvis como punto de control de la región lumbar, y cómo la falta de sensibilidad sobre ella se asocia con el problema estudiado.

En el capítulo 2 se desarrollan los aspectos teóricos del MM como estrategia para abordar el problema de dolor lumbar, se inicia haciendo un breve repaso sobre las *practices of embodiment* incluyendo sus vínculos con el MM. También se repasa el enfoque del método con parte de su historia y los principios que aplican para la interacción con personas con dolor lumbar, concluyendo con aspectos relacionados con las cadenas musculares, la respiración, la pelvis, y algunas de las posiciones usadas para el tratamiento del dolor lumbar.

El capítulo 3, presenta la pregunta de investigación con un contexto problematizador y que justifica el estudio además de los respectivos objetivos específicos, para dar paso al capítulo 4 dónde se introduce la estructura del método usado para la consecución de los objetivos, se presenta el diseño experimental que se requiere inicialmente para comprender el ingreso de los participantes y la vinculación al estudio, pasando por todos los detalles de las variables con su forma de medición, las intervenciones aplicadas y las formas de análisis realizadas. Luego se expone el método cualitativo usado, donde se explicitan las formas de recolección y análisis de la información.

Seguidamente, el capítulo 5 presenta los resultados obtenidos que se subdividen: el primer sub-apartado establece los resultados cuantitativos con la respectiva comparación de los grupos de investigación y los cambios encontrados en cada una de las variables; el segundo muestra las categorías derivadas del análisis cualitativo, con sus correspondientes subcategorías y las citas explicativas para el constructo del fenómeno al que se llegó en esta fase del estudio, en este punto, se utilizaron nombres falsos en los participantes, priorizando la privacidad de la identidad de cada uno, sin embargo, se identifica la cita con el código de la entrevista a la que pertenecen.

Posteriormente, en el capítulo 6, se muestra la integración de los resultados cualitativos y cuantitativos con un enfoque comparativo para cada una de las variables incluidas en la fase experimental, transformando algunos datos cualitativos en cuantitativos y comparando los hallazgos de forma independiente para identificar si los datos son coincidentes o no. En este punto, el documento presenta un contraste teórico que inicia con una discusión de los estudios de corte cuantitativo, seguido de las reflexiones de contraste con lo teórico que permitieron los datos cualitativos.

Finalmente, se presentan las conclusiones, las limitaciones y los apéndices, que agrupan los principales instrumentos y documentos anexos para simplificar el contenido de los capítulos de la tesis. Los apéndices contienen los instrumentos de medición de las variables con el respectivo consentimiento informado, además de las actas de aprobación de los comités de ética que evaluaron este estudio.

1. EL FENÓMENO A ESTUDIAR: EL DOLOR LUMBAR

1.1 Contexto

Este capítulo presenta el fenómeno de estudio de la investigación: el dolor lumbar a la luz de la incorporación de prácticas que han llevado a la obvedad del cuerpo como vehículo para poder ser-estar en el mundo. Los entornos socialmente estructurados han permitido la construcción de sistemas de disposiciones que configuran el estado habitual del cuerpo sin incluir el sentido reflexivo a las formas, movimientos, sensaciones para ser o estar en un momento o lugar (Bourdieu, 2012). Así, los últimos lugares de análisis son aquellos que nos permiten tomar conciencia del cuerpo y su anestesia, es decir de las capacidades sensoriales y perceptivas adormiladas, desde esta anestesia o no conciencia de la corporalidad se entenderán las causas del dolor lumbar, para posteriormente identificar aspectos físicos que se modifican en función de las disposiciones corporales usadas.

1.2 Postura teórica sobre el dolor lumbar

El dolor lumbar (DL) es una de las causas más importantes de consulta a los servicios sanitarios (Speerin et al., 2014), por lo tanto, un problema de salud pública (Hartvigsen et al., 2018), debe ser comprendido como un fenómeno multidimensional con facetas interrelacionadas que incluyen aspectos fisiológicos, afectivos, socioculturales, conductuales, cognitivos y sensoriales (Stensland and Sanders, 2018). Los informes de carga epidemiológica de la enfermedad exponen que el DL alrededor del mundo es una de las tres primeras causas de consulta a los servicios sanitarios (Hartvigsen et al., 2018; James et al., 2018). Con una prevalencia alrededor del 37% siendo más común en mujeres que en hombres; el DL genera limitación en las actividades de las personas situación que se incrementa con la edad. También se ha reportado que existen diferencias en la prevalencia entre países de bajos y altos ingresos siendo de 35,4% vs 25,4% respectivamente, sin embargo, globalmente no se reportan diferencias entre las áreas urbanas y rurales (Hartvigsen et al., 2018).

El informe de la carga mundial de enfermedades a 2019 muestra como el DL se mantiene, desde 1990, como la cuarta causa a nivel mundial de años vividos con discapacidad en población productiva (25 a 49 años). Además de escalar dos posiciones en la población de 10 a 24 años,

ocupando en 1990 el noveno puesto y en 2019 la séptima casilla (Vos et al., 2020) lo que demuestra que es un motivo de consulta a los servicios sanitarios que va en incremento en las poblaciones más jóvenes.

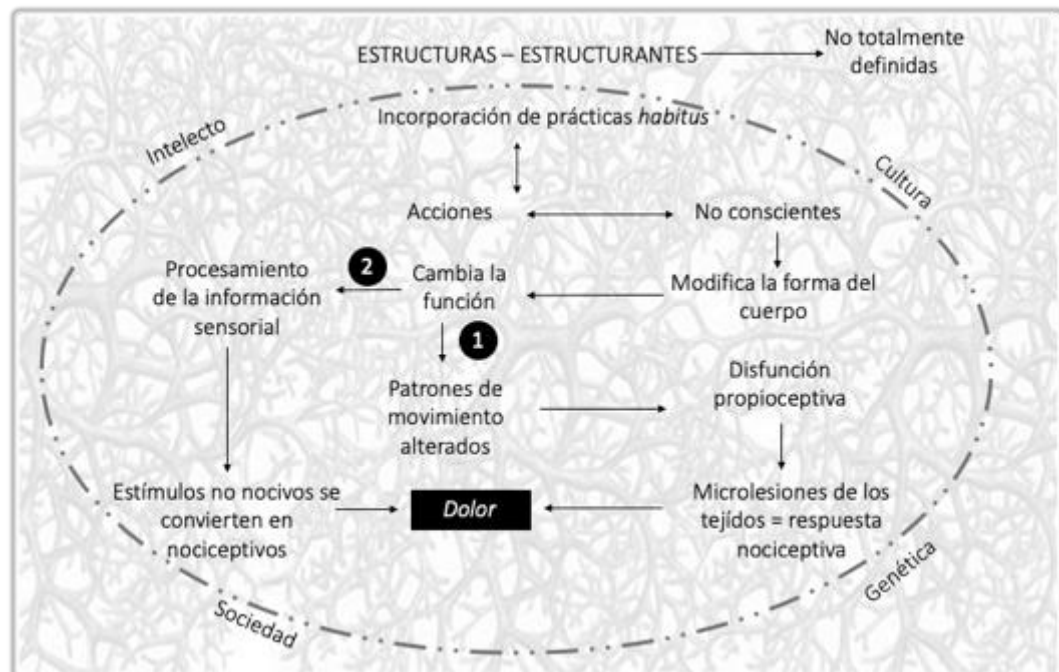
Las explicaciones que desde el conocimiento médico se han dado sobre el DL son diversas y se han estudiado a lo largo de la historia de la medicina (Allan and Waddell, 1989). Algunas consideraciones desde las teorías evolutivas afirman que esta dolencia es el precio que la humanidad ha tenido que pagar para estar en la postura bípeda y realizar la locomoción (Schilling, et al., 2005).

Desde el ámbito clínico, el lumbago inespecífico con código estadístico internacional según el CIE 10 M545, se ha reconocido como un síntoma de molestia localizado entre las últimas costillas y las nalgas, y se ha clasificado según las estructuras que están comprometidas, si existe compresión de raíces nerviosas, o daños en los discos intervertebrales o en las articulaciones cigapoficiarias de la columna, entre otras (Kamper et al., 2020).

Así mismo, desde medicina el manejo más común que se brinda a los consultantes por DL es: solicitud de imágenes diagnósticas, prescripción de analgésicos, remisión a fisioterapia, recomendaciones generales del cuidado de la espalda, entre otras (Kamper et al., 2020). Puntualmente, desde fisioterapia se han propuesto diversas alternativas de tratamiento, como el masaje (Furlan, et al., 2015) el cual ha demostrado tener efectos positivos para el tratamiento del DL. La terapia manual también ha mostrado efectos positivos más aún cuando se vincula con programas de ejercicio terapéutico (Rubinstein et al., 2011; Gomes-Neto et al., 2017; Hayden et al., 2021), sobre la comparación de estos tipos de intervenciones concluyen que no tienen efectos de superioridad si se aplican de manera aislada, contrariamente existe mejores respuestas cuando diversas intervenciones son aplicadas (Hayden et al., 2005; Wang et al., 2012). La educación también es una alternativa de manejo que se vincula para mejorar el pronóstico en salud en personas con DL (Parreira et al., 2017; Engers et al., 2008). Además, las herramientas de terapia sedativa como los medios térmicos demuestran mejorar la percepción del dolor además de ser accesibles y seguros para los pacientes (French et al., 2006). A pesar de la trayectoria investigativa sobre estos medios terapéuticos su evidencia no es totalmente concluyente siendo las conclusiones más evidentes la necesidad de realizar más estudios, o desde otras perspectivas la necesidad de buscar tratamientos más integrales que reconfiguren la relación del sujeto con su cuerpo. Pues la mayoría

de las intervenciones que desde la fisioterapia se han establecido y aceptado con mayor visibilidad tienen una comprensión del cuerpo como máquina (D Nicholls, 2017). Desde esta investigación se comprende este fenómeno como integrado, es decir, no sólo incluye aspectos anatómicos, sino que su presencia está influenciada por la forma en que se dispone de sí mismo, tal planteamiento se pretende exponer en la Figura 1.

Figura 1. *Planteamiento teórico sobre el dolor lumbar*



Fuente: autora

La aparición del DL está sujeta a condiciones estructurantes que determinan la forma como las personas disponen del cuerpo al realizar las actividades en las que están implicados. Estructuras que determinan la forma del movimiento para interactuar con el medio (Bourdieu, 2012). Dichas estructuras no están totalmente definidas dado que son cambiantes con relación a los sistemas de vida en los que se encuentra inmerso (Quevedo and Hernández, 1992).

En palabras de Morín, se reconoce que las personas son “ecológicamente dependientes y estamos genética, social, cultural, e intelectualmente sometidos”(Morin, 2000, p.2.). A partir de las estructuras y de los principios bio-antropológicos se comprende el contexto en el que se han desarrollado y viven las personas para llegar al dolor. Se puede afirmar que los seres humanos incorporan unas prácticas, unos hábitos, un sistema de disposiciones, unas acciones que se realizan

intencionadamente pero se desconoce cómo se realizan, un desconocimiento de la disposición de sí mismos para llegar a la acción intencionada, es decir, una no conciencia del movimiento (Feldenkrais, 1972). Procesos automatizados en los que se evidencia la separación mente cuerpo y se precariza la constitución del ser desde su completitud.

La Figura 1, pretende exponer la postura teórica desde donde esta tesis explora el DL como fenómeno central de estudio. De fondo, una forma rizomática que representa la complejidad que nos conforma, en la cual las explicaciones sobre un fenómeno como éste no sólo podrían ser una o algunas, sino que depende de las realidades individuales. En la figura se muestra un marco redondeado que pretende representar las estructuras que han permitido la configuración de cada ser, incluyendo lo biológico, la cultura, la sociedad, el intelecto, en sí las situaciones que se han dado para que el individuo pueda realizar sus acciones. Dentro, la conexión entre las prácticas incorporadas y la secuencia de procesos que podrían permitir la aparición del dolor.

En medio de las estructuras que determinan el sistema de disposiciones que se poseen, en los cuales la conciencia del movimiento corporal está excluida, la forma del cuerpo empieza a cambiar; no sólo su forma, sino su función. La forma en que se usa el cuerpo modifica la alineación de los segmentos corporales, lo que se manifiesta en desequilibrios que llevan a las unidades musculares a un mayor consumo de energía y finalmente, al discomfort o dolor, y ese escenario que se plantea en esta investigación es el que permite identificar la presencia de DL (Busquet, 2002; Hanna, 1988).

Es decir, se empieza a hacer uso del cuerpo no en función de sí mismo sino en función del medio, convirtiendo el movimiento corporal en un proceso separado del ser. Significa desconectar el movimiento y los procesos para llegar a él, del sistema mismo. Se olvida la relación recíproca entre sensación y movimiento, arribando a modificaciones de la percepción del cuerpo y sus partes con relación al contexto. En otras palabras, son cambios en la función propioceptiva y, desde una mirada más biológica, ese cambio hace propenso al sistema a adquirir lesiones de las estructuras adyacentes a las zonas espinales estimulado los nociceptores que conducen la sensación dolorosa (Wilke et al., 2017).

A continuación, se dividirá este apartado en dos, la primera parte, habla sobre el cuerpo disciplinado, que se enfoca hacia una comprensión social del cuerpo alrededor del fenómeno de

estudio (el DL); y en un segundo momento, se vinculan estas relaciones sociales con aquello que se manifiesta en dolor, lo cual se conectará con los otros capítulos, al proponer la educación somática como una opción para abordar integralmente este fenómeno.

1.3 El cuerpo disciplinado y el dolor lumbar

El movimiento corporal hace que se manifieste la existencia misma:

“aún en el vientre materno, y en ocasiones previo a ello, el cuerpo del niño es un proyecto, un ideal que representa los deseos, los sueños y, entre otros, los temores de sus padres; en el imaginario, es un cuerpo que se mueve y desarrolla a partir de símbolos y de palabras que provienen del entorno más cercano” (Serrano, 2019, p.75).

Así, desde que se es proyecto, el movimiento expresa la concepción de la existencia y el entorno social espera ansiosamente por el movimiento del ser que se está gestando. Cada hito de desarrollo es una manifestación de madurez del sistema nervioso que se configura para que paulatinamente el niño adquiera independencia, lo que le permite tener habilidades y destrezas que configuran las capacidades de un futuro próximo y hasta lejano.

Expectante, el círculo social del nuevo ser espera el movimiento, el rolado, el sedente, el gateo, la marcha, el salto. Cada paso es una representación de la infinidad de procesos neuronales que se desarrollan para que el niño interactúe con el medio. Es el comportamiento motor el que permite la interacción, es decir, la adquisición “de la dimensión comunicativa del cuerpo” como medio para construir significados “a partir de la valoración de la actividad, de acuerdo con el sistema de normas, reglas y arquetipos que dan sentido al cuerpo y al movimiento” (Prieto, et al., 2005, p. 227). Entre tanto, ese comportamiento motor está condicionado por las estructuras en las que se está inmerso.

La familia y la escuela son aquellos entornos en los que durante los primeros años de vida el sujeto va construyendo el sí mismo. Medios en los que generalmente se empieza a solicitar pausada o abruptamente quietud, la silla se convierte en el primer medio de control donde el intelecto se enaltece y se van adormilando las capacidades de movimiento (Herrera, 2013). El *juicio* es de aquellos que aceptan dócilmente la quietud, sobre esto, Herrera menciona que los “procesos

pedagógicos y sus espacios de ocurrencia, operan como parte de un dispositivo que desprecia y sujeta al cuerpo...” (p. 149), prácticas de sujeción que minimizan la expresión del sí mismo y convierten el acto de moverse vigilado en lo natural del ser, reproduciendo así, las lógicas que separan el cuerpo de la mente (Herrera, 2013). Lo que algunos autores denominan como *Imperialismo Logocéntrico*, en el que se da privilegio al razonamiento y se minimizan otros aspectos constitutivos de la corporalidad como la sensación, la emoción y la intuición (Osorio, 2005).

Y es que la escuela ha sido el espacio donde se han reproducido los discursos y prácticas biomédicas obviando aspectos subjetivos que atañen al “yo dentro del cuerpo definido como “un fenómeno cognitivo, subconsciente y emocional” (Lupton, 2012, p.24) , que está íntimamente ligado con la identidad, es mucho más que el contenido anatómico y biológico que ha primado por medio de los dispositivos de control a los que ha sido sometido (Lupton, 2012). La familia y la escuela inician la reproducción de prácticas socioculturales que, en general, van minimizando la expresión misma del ser por medio del movimiento, siendo contradictorio con el postulado inicial de la manifestación de vida por medio de éste.

Durante la formación escolar, la silla empieza a determinar la forma incorporada de interacción, el espacio social de la escuela controla y convierte en dóciles a los sujetos que potencialmente desean explorar el entorno. Desde los 4 años de vida, e incluso antes, se empieza a hacer de la silla el instrumento que domina los espacios en los que se está inmerso. Si se cuenta el tiempo que dura una persona durante la formación escolar en sedente, se podría estar pensando en que un ser humano antes de su edad adulta ha estado sometido a la silla al menos la mitad de su vida, incluyendo el tiempo en la escuela, las actividades de ocio y sociales cada vez más tecnificadas que implican esta disposición corporal.

Alrededor de la silla y su uso excesivo, en las últimas décadas, se ha desbordado la producción académica. Diferentes investigaciones demuestran que el comportamiento sedentario está fuertemente asociado a múltiples enfermedades no transmisibles (N. Owen et al., 2010; Stamatakis et al., 2019). Por lo cual, las entidades regulatorias plantean la promoción de la

actividad física como el dispositivo que puede minimizar los efectos del comportamiento sedentario sobre la salud de las poblaciones.

En consecuencia, la escuela como espacio de formación del ser humano ha incluido dentro de sus actos pedagógicos, entre otras causas, la promoción del movimiento en circunstancias específicas de tiempo y lugar; es así como las clases de educación física son ese espacio para explorar el cuerpo en movimiento, principalmente por medio del ejercicio y el deporte, privilegiando las formas razonadas de organizar el movimiento (Pedraza-Gómez, 2011), las cuales están interesadas en formar sujetos más fuertes, flexibles, ágiles, coordinados, competitivos, entre otros, adoptando “prácticas corporales que tienden a organizar el movimiento del cuerpo en aras de su salud, belleza o productividad” (Herrera, 2013, p.155). Estas formas de movimiento acogen el concepto de cuerpo máquina y sirven como punta de lanza para inscribir en el ser humano las bases del aparato productivo en el que debería estar inmerso el resto de su vida (Herrera, 2013).

Las tensiones sociales se empiezan a hacer evidentes, por un lado, la escuela reproduce el uso de la silla como elemento de disciplina y quietud, en el que emerge el comportamiento sedentario como signo cultural que identifica la interacción en la mayoría de los espacios, y que se asocia con múltiples enfermedades. Además, es el lugar donde se inscribe la práctica de deporte y ejercicio como medio para crear personas con más rendimiento y menos enfermas, dicotomía en la cual la segunda no alcanza a sopesar los efectos de la primera, porque los otros espacios sociales donde está el ser humano perpetúan el uso de la silla (y patrones de consumo, como por ejemplo los alimentos) como símbolo de comodidad, descanso y medio predilecto para interactuar con el otro o para razonar.

Al detenerse un poco sobre las formas de movimiento que privilegia la escuela, enmarcadas en el ejercicio, el deporte, y las largas horas de quietud por medio del sedente, se llega a una configuración de sujetos que ignoran otras formas de expresividad del cuerpo más creativas, y constitutivas del sí mismo. *La disciplina* de los cuerpos que sólo incluye el movimiento con intenciones particulares niega a la sensación -percepción de sí mismo- y su relación recíproca con

el movimiento corporal, y así como la capacidad de intervenir “activamente en el proceso de relación interna entre conciencia, función biológica y entorno” (Castro and Uribe, 1998, p. 32); en palabras de Foucault (1984), las bases para el “cuidado de sí” o el soporte de la autogobernanza y auto regulación del individuo consigo mismo y en la sociedad.

Hasta este punto se han expuesto dos aspectos determinantes sobre la configuración del movimiento en la escuela y la familia: la quietud como símbolo de juicio y disciplina, y el movimiento como elemento que trata de sopesar las consecuencias de la quietud. Sin embargo, otros elementos juegan papeles determinantes, como la alta conectividad tecnológica con exposición a pantallas que ya empieza a dejar consecuencias tempranas. Recientes informes indican que los índices de dolor de espalda en niños van en aumento y se conoce que las primeras consultas por esta causa se inician cerca de los 10 años, situación asociada a la exposición a pantallas (Calvo-Muñoz et al., 2012; Silva et al., 2016), las cuales también tienen una fuerte influencia sobre la salud mental, representado en comportamientos de aislamiento social, ansiedad o depresión (Lissak, 2018).

Desde la sujeción a las estructuras de la escuela y la sociedad tecnificada se va configurando la realidad y las prácticas del movimiento intencionado, los desplazamientos, la comunicación y la manipulación de objetos en el marco de las situaciones que determinan las acciones (Joas, 2013). Éstas, en proporciones cada vez más altas, implican menos cantidad de movimiento, y nos sujetan a la incorporación de prácticas (Bourdieu, 2012) que implican quietud, poca intercorporalidad e interacción con el medio ambiente, reduciendo las capacidades biológicas (física, fisiológica y química) del cuerpo, que al final altera la forma de adaptarse al mundo.

Nuestras acciones cada día están más mediadas por la pantalla y la silla, éstas se convierten en una especie de extensiones de nuestra corporalidad posicionándonos en maneras determinadas y llevándonos a quejas constantes sobre cómo se usa. Ésta puede ser una explicación de las altas tasas de DL en la sociedad moderna, una queja sobre el sedente, una queja sobre la desadaptación a la que estamos llegando, inclusive desde edades tempranas.

No obstante, lo expuesto resulta limitado pues no solo las personas que se desempeñan en actividades que han incorporado prácticas sedentarias presentan DL, sino que también lo manifiestan aquellos que realizan largas jornadas de trabajo físico con altas cargas y/o movimientos repetitivos que implican levantamientos de peso, entre otros. Aquí la problemática podría yacer en la automatización de los movimientos que no reconocen la sensación de la acción durante su ejecución. Es decir, las habilidades corporales desarrolladas no alcanzan a permitir que la sensación esté presente, lo que, en palabras de Mathias Alexander, lleva a un mal uso de sí “*Wrong use of Self*” (Alexander, 1988, p.42), en donde las reacciones instintivas llevan a respuestas corporales innatas, en otras palabras, automáticas con sensaciones de equilibrio distorsionadas, en donde se pierde el control corporal. Entonces, se ignora una parte constitutiva de sí, que es la sensación del movimiento, sigue prevaleciendo lo racional y la percepción para el control de sí mismo, se ignora.

Sobre esto, también se vincula la escuela, pues entre la quietud y los espacios de educación física no hay lugar para el despertar sensorial que permita conocer las maneras de acceder conscientemente a las formas de movimiento incorporadas. La escuela a pesar de sus esfuerzos para mejorar el intelecto y mantener la forma y la salud, deja por fuera otros aspectos inherentes de la corporalidad que se relacionan mucho más con la capacidad de sentirse a sí mismo; en general, no se explota la potencialidad para explorar las cualidades corporales que no necesariamente se relacionan con habilidades o destrezas particulares, sino con una sensibilidad por el sí mismo que facilita la interacción con el entorno y llevarían a que los seres humanos aprendan de sus movimientos y de las sensaciones inherentes a él para interactuar con el medio en formas más justas.

En vez de esto, se perpetúa la automatización del movimiento, sólo interesándose por algunas cualidades (fuerza, flexibilidad, agilidad, coordinación, entre otras), y el sujeto, al llegar a los sistemas productivos que le demandan una alta carga física, desconectado del sí mismo, continúa realizando acciones automatizadas que ignoran la percepción de su corporalidad, sobrepasando sus capacidades o minimizándolas, exponiéndose a excesos o limitaciones que se traducen en daños estructurales o dolores corporales, ya no por la quietud, sino por el exceso.

1.3.1 El dolor lumbar y el cuerpo máquina en los servicios de salud

“Cuando en la actualidad hablamos del cuerpo en el contexto de la medicina imaginamos casi reflexivamente en los músculos, los nervios, los vasos sanguíneos, y otros órganos revelados por el cuchillo del diseccionador y admirablemente expuestos en los atlas de anatomía” (Kuriyama, 2005, p.125).

El espacio social creado por las ciencias médicas, al que llega la persona con DL para hablar o manifestar sus dolencias, tiene unos tintes particulares, en donde los profesionales en salud son llamados a dar respuesta a las manifestaciones corporales de dolor del consultante. Allí, y donde más sino en su cuna, la visión del cuerpo máquina prima, se dan opciones de tratamiento para los síntomas que separan el cuerpo en fragmentos, en los que se recurre a la comprensión anátomo-fisiológica para atender lo que siente la persona en relación con su espalda, dejando de lado el carácter experiencial del cuerpo en movimiento.

Se remite a las personas a procedimientos diagnósticos, o terapéuticos de diferentes índoles, pero que en la generalidad del sistema de salud, para el caso colombiano, está constituido por instituciones y mercados que determinan las relaciones entre el sistema y los consultantes (Suárez et al., 2017). Para el acceso a los servicios se tiene una ruta establecida: se inicia con procesos administrativos para conseguir la consulta médica, los cuales dependen del tipo de aseguramiento que tenga la persona. Puntualmente se distinguen tres: el régimen subsidiado, el régimen contributivo y en este último, pueden a su vez, pagar un excedente para tener servicios más ágiles y con menos trámites burocráticos (la diferenciación radica puntualmente en la oportunidad de los servicios).

Una vez superada la primera fase administrativa se consigue la consulta con medicina general, en donde el profesional procede a realizar un examen clínico para emitir un diagnóstico o prescribir unas conductas como: medicamentos, exámenes complementarios, o remisión a especialistas, estos últimos usualmente requieren de técnicas de diagnóstico por imagen, para ver lo que pasa dentro de la persona. A partir de la interpretación de los signos prescriben la consulta

con otro especialista, remiten a fisioterapia, o sospechan de requerimientos quirúrgicos¹, entre otras opciones en medio del razonamiento médico (García, 2012). Esta ruta tiene en medio de cada servicio trámites que dependen del tipo de afiliación de la persona, y, como se indicó previamente, hay diferencias en el acceso y la oportunidad de los servicios entre las personas con un mejor seguro de salud y aquellas con un nivel socioeconómico más bajo y con aseguramiento básico (Giraldo and Ceballos, 2011). Los procedimientos descritos se soportan en la búsqueda de un daño estructural que justifique el dolor, una búsqueda de los posibles daños que tenga la columna vertebral, afectaciones en los discos, en los cuerpos vertebrales, en las articulaciones facetarias, disfunciones sistémicas relacionados con afecciones reumatológicas, entre otras múltiples opciones; estas preguntas las resuelve el clínico mientras el consultante está en medio de autorizaciones de las aseguradoras y búsquedas incansables por acceso a los servicios médicos.

Éste es el escenario de atención al que llega el consultante por DL en Colombia, en donde el sistema sanitario determina aspectos de la toma de decisiones del médico, pues la estructura mercantil de los servicios hace que prevalezca el interés monetario por encima del interés en la salud de las personas (Suárez et al., 2017), así, el tiempo de la consulta no debe exceder cierto límite, minimizando la naturaleza social de la interacción, se reduce la escucha de las manifestaciones del consultante y se crea una brecha entre los sujetos participantes de la interacción (Ahlsen et al., 2020), además de que ese entorno limita la inclusión de prácticas clínicas soportadas en evidencia para la mejora de la condición de los consultantes (Cofc., 2020). La toma de datos buscando los daños anatómicos reduce a su mínima expresión el interés por el sujeto, su integralidad y otros discursos, prácticas incorporadas relacionadas con el dolor.

La simple advertencia de esta estructura, agravada por la visión del cuerpo máquina hace que se perpetúen lógicas de interacción que sólo se enfocan en algunas partes constitutivas del sujeto, olvidando su integralidad. Los discursos de poder que emergen en las consultas médicas trascienden a la vida de las personas y traen consecuencias sobre la corporalidad como medio para

¹ Los datos epidemiológicos reportan que sólo el 1% de las personas que consultan por dolor lumbar requieren de tratamientos de alta complejidad como quirúrgicos o similares.

manifestar la existencia. Además, la legitimidad social que se le ha dado al saber médico hace que los sujetos dejen las decisiones sobre sí mismos en manos de otros. En algunos casos el personal médico sugiere la inmovilidad como una opción terapéutica ignorando que las capacidades de movimiento permiten la construcción de la percepción humana y de las formas elementales de nuestra capacidad de acción (Joas, 2013), es decir, prescribir quietud es limitar al sujeto y reducir su creatividad como ser corporal.

El espacio social de la consulta médica sigue promoviendo las bases del cuerpo disciplinado subordinado al control de un tercero, que, en este caso, nuevamente promueve la quietud como medio “terapéutico” no sólo la visión anatomista en búsqueda de los daños en las formas sino el control del cuerpo para que no duela desde la quietud, revisiones de prácticas médicas informan que la inmovilidad sigue siendo una recomendación médica usada, que a pesar de no tener evidencia, es promovida en la consulta (Kamper et al., 2020).

Conviene subrayar lo que afirma Lupton (2003) sobre cómo los consultantes relegan las decisiones sobre su proceso de salud enfermedad al médico, pues la “brecha de la competencia” a causa del monopolio del conocimiento perpetúa la relación vertical entre el clínico y el paciente. Agravado aún por el efecto reduccionista del conocimiento médico, que requiere de múltiples consultas con diversos miembros del equipo, muchas veces no coordinados entre ellos, para que los consultantes tengan una respuesta ante su “queja corporal”.

La percepción que los consultantes van construyendo se concibe en medio de la figura de poder ejercida por los profesionales en salud con quienes se interactúa, esta figura permite al individuo tomar sus decisiones frente a su estado de salud. Sin embargo, esa libertad está enmarcada en el desconocimiento de los aspectos subjetivos que implican el hecho social de la relación entre el paciente y el médico (Holopainen et al., 2021). Las opciones terapéuticas o la resignación a un diagnóstico pueden determinar la creencia del sujeto sobre sus capacidades de movimiento, afectando los diferentes ámbitos de su vida.

Alguna literatura médica exhorta a los profesionales a tener precaución desde donde se comprende el síntoma de la persona, pues el DL no es precisamente una patología o una enfermedad que ponga en deterioro los sistemas del cuerpo, sino que es una manifestación experiencial atravesada por los aspectos sociales, económicos y culturales de la persona (Turk, 2014). Además, O’Sullivan expone la necesidad de tener precaución con el lenguaje que se usa con las personas

con dolor lumbar, dando información clara y no patologizante o catastrófica, pues se ha encontrado que condicionar a la persona con un lenguaje equívoco puede generar prejuicios sobre la comprensión de su condición de salud, limitando sus actividades (O’Sullivan and Lin, 2014).

El lumbago inespecífico es uno de los registros clínicos más usados en las consultas médicas, el código M545 es uno de los que más se utiliza en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entendido como un síntoma de molestia que se manifiesta por malas posturas o movimientos, también es conocido como lumbalgia mecánica cuando se refiere al dolor por el movimiento o falta de él, y se diagnostica así, cuando no hay evidencias suficientes de afecciones anatómicas o fisiológicas después de haber realizado los exámenes requeridos. Este diagnóstico, al ser de tan alto índice de consulta pero que no revierte en mayor gravedad para la vida de las personas, empieza a tratarse de la misma manera, sin incluir los aspectos subjetivos de la persona, o se refiere a estos aspectos subjetivos como una clasificación homogenizante de lo que las personas viven.

La visión del cuerpo máquina (Nicholls, 2017), empeorado por el sistema de salud en el que el alto volumen de pacientes limita la interacción y la construcción de una relación paciente médico asertiva (Ahlsen et al., 2020), hace que las personas se sientan cohibidas de volver a consulta, o dan por sentado los mecanismos de interacción terapéuticos con los que se resolverá su “queja corporal”.

Se entiende que hay varios limitantes en la relación social entre el médico y el paciente: el tiempo, la cantidad de pacientes, el cuerpo máquina, la estandarización y homogenización de los diagnósticos y tratamientos, el carente reconocimiento del sujeto como ser social. No es coincidencia que los consultantes soliciten al personal de salud que le sean ordenadas pruebas diagnósticas especializadas que les permita ver “dentro” y descartar que no haya alguna lesión importante en sus estructuras, como si las incertidumbres generadas por el dolor se resolvieran al reconocer las estructuras anatómicas (Holopained et al., 2021).

Si anatómicamente no hay evidencias de daños que expliquen el dolor, posiblemente los consultantes pueden reducir su incertidumbre sobre el significado clínico de los síntomas, sin embargo, los cambios en la funcionalidad, la calidad de vida y la mejoría en general del paciente

no son superiores cuando se envían imágenes diagnósticas en comparación a cuando no se tienen (Chou et al., 2011). Con lo anterior, el manejo terapéutico es similar cuando hay o no hallazgos radiológicos. Cabe resaltar que tan sólo entre el 1 y el 5 % de las consultas por dolor lumbar resultan en daños estructurales que requieran de un manejo muy puntual.

Por lo demás, es preciso que el personal que interactúa con personas con este síntoma incorpore nuevas preguntas, nuevos indicios sobre el razonamiento que le permitan al consultante resolver sus inquietudes sobre su estado de salud, mejorarla y, ¿por qué no? conocerse mejor. Pues a pesar de la evidencia persisten tratamientos equivocados para el DL.

1.3.2 El cuerpo máquina en los servicios de fisioterapia

La Fisioterapia como profesión de ciencias de la salud que estudia el movimiento corporal humano hace parte de la ruta por la que transita la persona con dolor lumbar. Esta profesión ha creado las respuestas a este síntoma en general desde una visión del cuerpo como máquina, planteando una serie de dispositivos terapéuticos que ayudan a las personas a percibir mejor su salud. No obstante, esta profesión inmersa en el sistema médico tampoco ha consolidado una visión integrada del movimiento corporal (Nicholls, 2017); la generalidad de tratamientos, evocan una visión del cuerpo máquina cimentada en los principios que se reprodujeron tempranamente e incorporaron prácticas profesionales específicas que impiden el reconocimiento del cuerpo como entidad que permite la experiencia de existencia.

Al igual que los procedimientos médicos, los servicios de fisioterapia se encuentran mercantilizados. Es así como no es rentable brindar sesiones personalizadas para cada consultante, sino que es preciso que se realicen varias sesiones en simultáneo que permitan una facturación más amplia por parte de la institución prestadora de salud, la cual a su vez hace que la Empresa Promotora de Salud o aseguradora ahorre dinero (García, 2012). Este contexto hace que la legitimidad del hacer profesional vaya en detrimento.

Algunas percepciones sobre los dispositivos terapéuticos que se usan en fisioterapia apelan por carencias sobre la personalización e individualización de la atención (Ahlsen et al., 2020), que, si bien dependen del sistema mercantil detrás de los servicios de salud, recaen sobre los hombros del fisioterapeuta y sobre el reconocimiento social que se pueda llegar a tener de esta profesión y su colectivo. Sumado a que los fisioterapeutas dentro del sistema de salud se supeditan a que los

consultantes sean remitidos por otros profesionales quienes, en medio de su desconocimiento, recetan lo que se debe hacer y dosificar diluyéndose la autonomía de la praxis. La despersonalización del servicio ha llegado a tal nivel que se realizan 10 consultas de manera simultánea. En respuesta a esta situación, la legitimidad del hacer profesional sigue disminuyendo.

A esto se añade que los procesos de educación corporal que se desarrollan durante la interacción fisioterapéutica se van consolidando paulatinamente según la formación y experiencia del profesional; y en general, el colectivo aprende movimientos y formas de interacción que en su mayoría se incorporan inconscientemente. Sin embargo, desde los escaños iniciales de formación no se hacen explícitos los cimientos epistemológicos que sustentan los dispositivos que se promueven desde la terapéutica, lo que implica anular las otras posibilidades de interacción desde el hacer profesional.

Bajo esta perspectiva, la mayoría de los movimientos que usan y prescriben, se cimientan en procesos de disciplina que excluyen la conciencia corporal y se dirigen a las características de rendimiento, en los cuales las reflexiones sobre sí mismo no existen y se divide el cuerpo en partes y segmentos medibles, en donde el acto terapéutico se despersonaliza porque es tan dosificado que sólo la vigilancia es suficiente para que se consiga el resultado deseado. Se entrega la responsabilidad completa al consultante y se excluye el proceso pedagógico inherente a la interacción corporal, a pesar de que ese acto existe en sí mismo, se concibe esa pedagogía como una receta única que se prescribe como "*píldora mágica*" (D Nicholls et al., 2018).

Para el tratamiento del DL los ejercicios de fuerza y estiramientos son los más repetidos en las sesiones de fisioterapia, se han establecido movimientos que usualmente pretenden liberar ciertas zonas anatómicas por medio de posturas mantenidas, buscando mayor flexibilidad (Hayden et al., 2005; Wang et al., 2012). Además, se entiende que el dolor viene a causa de la debilidad de la musculatura central, a lo cual la respuesta es realizar movimientos para ganar fuerza en los lugares que así lo requieren. Retomando, estos ejercicios son realizados en espacios comunes donde diferentes personas se someten a su ejecución, mientras el terapeuta vigila a los participantes (D Nicholls et al., 2018).

En general, se han instaurado y se reproducen los discursos y las prácticas sin dejar muchas opciones, ni para el consultante, ni para el terapeuta, ambos se suman en las posibilidades limitadas que se han creado desde las formas de conocimiento tradicional, donde la finalidad de la interacción

terapéutica se centra en las capacidades físicas, desde una mirada de rendimiento en medio de la cual todos los sujetos requieren lo mismo y todas sus dolencias se explican por las mismas causas y su razonamiento profesional se limita a lo que desde la cultura del cuerpo máquina se ha dictaminado.

Los beneficios que la práctica de ejercicio físico trae para la salud de las personas con DL han sido ampliamente explorados desde el conocimiento científico (Coulombe et al., 2017; Miyamoto et al., 2019; Searle et al., 2015), los principios que fundamentan su práctica efectivamente generan personas más activas, productivas y competitivas, sin embargo, no pueden ser prescritas de manera terapéutica como fórmula universal dado que la individualidad y la motivación por explorar el movimiento son de naturaleza diversa, y los requerimientos terapéuticos pueden en gran medida depender de esa motivación, en términos actuales la prescripción de estos debe basarse en un modelo centrado en la persona respondiendo al principio de la individualidad como mandatorio (Ahlsen et al., 2020).

Este escrito interpela, principalmente a la fisioterapia para repensar las preguntas que se hace sobre la comprensión del movimiento corporal y sus manifestaciones, durante los procesos de interacción con los consultantes -particularmente con dolor lumbar-. Para que, se reconozca la visión del cuerpo máquina, heredada de las ciencias médicas, que han permitido la consolidación de un hacer profesional específico, también ha traído consigo limitaciones en el hacer y pensar profesional que minimizan la visión integral del sujeto, y cierran las múltiples oportunidades durante la interacción para que ésta traiga consigo una experiencia de aprendizaje, por medio del movimiento, revelada desde la relación con el otro.

1.4 De las estructuras incorporadas a la amnesia sensorio-motriz

Luego de haber realizado un recorrido por algunos de los procesos sociales que disciplinan al sujeto, el texto se adentrará en la relación entre el cuerpo disciplinado con los procesos somato-sensoriales asociados al DL. Para esto, se recurrirá a la definición de la amnesia sensorio-motriz, para finalmente vincular a la pelvis como zona corporal de alta importancia en relación con el espacio y los procesos de movimiento corporal.

La quietud más la promoción de las respuestas automáticas del movimiento corporal, que no incluyen la percepción plena de sí, adormilan las capacidades sensitivas con relación al

movimiento y a la forma de interacción que se usa. Apareciendo aquí, una categoría de análisis importante, el olvido sobre sí mismo, aquello que la educación somática reconoce como amnesia sensorio-motriz (Castro and Uribe, 1998). Lo contrario de la conciencia corporal, esta última que nace de la percepción es la capacidad de percibirse en medio de los estímulos que nos rodean, sentirse por dentro y por fuera, respondiendo a los estímulos de forma autónoma, más no automática (Rovella, 2008).

La autorregulación, autonomía, autogobernanza, el uso de sí, capacidades humanas diluidas en medio de las respuestas automatizadas que promueven el razonamiento por encima del sentir; jerarquizando lo que es integrado, circular, complejo; mostrándolo como vertical, único, ascendente, sin lugar a dudas, primero la razón luego el cuerpo (Osorio G, 2005). El cuerpo separado de sí mismo, un razonamiento logocéntrico que niega la percepción, la sensación, la emoción, la presencia corporal que al final es la que permite el ser y el estar, es decir, el carácter experiencial del movimiento y la vida en sí.

Las sensaciones que se tienen sobre el mundo y sobre sí mismo están directamente ligadas a las respuestas de movimiento vivenciadas, la sensación es la manifestación de la información para el sujeto, sucede por medio de procesos rizomáticos enraizados en las funciones orgánicas del sistema nervioso, las cuales son potencialmente desarrolladas según la intención de los sujetos. Como se expuso en el apartado anterior, la cultura logocéntrica privilegia la sensibilidad por algunos tipos de información minimizando otros. Procesos de razonamiento, memoria y funciones intelectuales, altamente promovidos en la formación escolar, más la hiperestimulación visual y auditiva, dejan de lado la vinculación de la percepción corporal íntegra e integral, aquella que incluye la interocepción, el tacto, la propiocepción, la cinestesia y las emociones (Castro and Uribe, 1998). Estas últimas, se vuelven automatizadas, no conscientes y reguladas, no por lo que se decida, sino por lo que el medio sociocultural demanda.

En el marco de la automatización del movimiento se ignora de dónde proviene la capacidad perceptiva corporal, la cual permite respuestas motrices según las necesidades internas y externas. Esas sensaciones propioceptivas se procesan por medio de las funciones del sistema nervioso y se les da significado, a partir de la interacción motriz con el entorno. Siendo la sensación del cuerpo en movimiento la que da apertura a la conciencia corporal, dependemos de ella para dar las respuestas oportunas por medio del movimiento (Hanna, 1988).

Las sensaciones propioceptivas dan paso a las kinestésicas y, retomando el planteamiento teórico, éstas son minimizadas. La inteligencia kinestésico corporal se encuentra precarizada, en donde las acciones o movimientos no conscientes, en medio de las estructuras que nos determinan, abren paso fácilmente a la modificación de nuestro cuerpo y su funcionamiento (Quevedo and Hernández, 1992). Partiendo de este contexto de la sensación, la no presencia de ella es igual a la anestesia, que posteriormente abre paso a la amnesia sensorio-motriz.

El significado de la palabra anestesia según la RAE (2020) es la pérdida temporal de las sensaciones, y para esta investigación las relativas al cuerpo, particularmente a las propioceptivas y a las kinestésicas. Con relación a esto, es evidente que se da por sentado que el cuerpo es propiedad del sujeto y se domina lo referente a él. Sin embargo, posteriormente a desarrollar acciones intencionadas para el despertar sensorial se puede llegar a reconocer que “no se sabe” cómo se dispone de sí mismo o qué hace parte de sí.

La atención sobre sí es activar la conciencia y dirigirla hacia una sensación concreta. La atención sobre las sensaciones corporales logra darle el sentido existencial al sí mismo (Rovella, 2008), sin separar la mente del cuerpo, y es una forma de experimentar plenamente el presente, como se ha dicho, el movimiento, y los procesos inherentes a él, es el mecanismo fundamental de la experiencia y el comportamiento humano (Hanna, 1988). Otorgar significado a las sensaciones y despertarlas, configurar la percepción de la existencia de las formas que los conforman, permitirá posteriormente el control de estas. Sólo el reconocimiento de su existencia abre paso al control voluntario del grupo de movimientos y posturas que hemos creado para disponer de nosotros mismos.

Solo el despertar perceptivo permite el reconocimiento de cada lugar como propio para recobrar el control sobre sí mismo. Para llegar a esto, es preciso volver la atención sobre estos lugares. Sólo se reconoce la amnesia sensorio-motriz por medio del despertar sensorial y perceptivo, se distingue la ausencia de la percepción cuando se dan una serie de estímulos que permitan al sujeto descubrirse para sentirse.

Dormir el cuerpo y la percepción de este, no sólo está condicionado por la falta de atención en las sensaciones sino por la falta de inquietud sobre la persona, como si siempre prevalecieran los aspectos externos, todo lo exteroceptivo, pero se dejará de lado lo interoceptivo, propioceptivo y emocional que permiten la experiencia de cada uno.

Sobre el movimiento y algunos aspectos relacionados con este, se han establecido comparaciones que permiten ver las diferencias de las personas con dolor lumbar y aquellas sin dolor, se ha concluido que las primeras tienen disminución en los rangos de movimiento, en la capacidad propioceptiva en la región lumbopélvica y la realización de movimientos más lentos (Laird et al., 2014, 2019). Esos cambios en las capacidades de movimiento, también se han visto en modificaciones del sistema nervioso central en sus áreas motoras y somato-sensoriales, sistema adaptado a lo que las estructuras del cuerpo disciplinado demanda.

Sobre esos cambios, Brumagne et al., (2019) afirman que pueden ser de dos índoles, uno relacionado con la sensibilización del sistema nervioso convirtiendo las entradas sensoriales no nocivas en señales erróneas que transmiten señales dolorosas, y, dos, modificaciones en el área somato-sensorial que afectan las respuestas biomecánicas que a largo plazo se ven representadas en cambios estructurales y funcionales de la persona, como por ejemplo, la actividad muscular aumentada en el tobillo como mecanismo compensatorio ante la disminución de las señales propioceptivas de la zona lumbosacra, o la modificación en las características tisulares de la fascia dorsolumbar que por su alta cantidad de nociceptores, al estar sobrecargada por patrones de movimiento alterados, genera impulsos de dolor (Wilke et al., 2017).

Estos cambios en las funciones del sistema nervioso se ven regulados principalmente por los procesos de neuroplasticidad para el control sensorio-motriz, que se refiere a todos los procesos sensoriales y motores que controlan los músculos, la alineación y el movimiento de la columna de una forma armoniosa que no sobrecarga ninguna estructura (Brumagne et al., 2019). Entendiendo la neuroplasticidad como la capacidad del cerebro para adaptarse a los cambios o demandas que alteran sus propiedades funcionales y estructurales (Budde et al., 2016), se traslada este concepto a los resultados del cuerpo disciplinado. A partir de los cambios que sufre el cerebro según las demandas que se le imponen, en el marco del cuerpo disciplinado, la quietud más la hiperactividad de solo unas vías sensoriales van minimizando las respuestas corporales equilibradas que incluyen la percepción integral de sí. Adicionalmente, esta flexibilidad cerebral que permite la adaptación hace que por medio de la modificación del *habitus* y por medio de la inclusión de prácticas corporales integrales, se consiga el despertar sensorial y se llegue a la conciencia corporal alcanzando lo que se conoce desde la somática como el despertar del cuerpo, y la escucha de éste.

¿Qué significa que el cuerpo hable? Según Hanna (1988), es el sentir de la persona sobre lo que sucede en el *soma* para actuar sobre este, así la sensación no es receptora de forma pasiva sino que es productora del proceso somático que permite la autorregulación y adaptación constante, un proceso de autogobernanza, a partir del autoconocimiento que permite regularnos y cuidarnos integralmente; y donde el movimiento, desde la experiencia del ser, nos permitiría una concepción del mundo placentera.

De lo anterior se desprenden las posibilidades de ser/estar con anestesia de sí, y por lo tanto, un estado de amnesia sensorio motriz, pero a su vez coexiste la posibilidad de permitir que por medio del movimiento y sus expresiones, se consiga una conciencia del sí. El movimiento es una parte configurativa del descubrimiento creativo de sí mismo (Joas, 2013), como se ha tratado de explicar en este apartado, en la sociedad moderna prevalecen los valores que dividen y disciplinan el cuerpo, pero las posibilidades de descubrir la creatividad por medio del movimiento serían una oportunidad de acción sobre el sujeto que minimizarían las quejas corporales como consecuencia de la quietud y de los movimientos automatizados.

Las respuestas corporales aprendidas, que son automatizadas y que en medio de la sociedad actual nos exigen una adaptación continua y rápida ante los cambios, llevan al sujeto a moverse de forma irracional e instintiva. Esta forma irracional e instintiva en medio del caos diario lleva a un *uso (de sí) habitual incorrecto* (Alexander, 1988). Sobre esto Moshe Feldenkrais sostiene que “si nuestra conciencia no está despierta, hacemos lo que los sistemas cerebrales más antiguos saben hacer a su propia manera” (Feldenkrais, 1972, p. 51).

1.5 La amnesia de la pelvis y el dolor lumbar

La pelvis se considera como el soporte en conjunto del cuerpo, porque es el punto de unión entre los miembros inferiores y el tronco, cumple funciones determinantes en términos de la mecánica del cuerpo, además, está en íntima relación con los aparatos genital y urinario, siendo la región que mayor resguardo íntimo ha tenido.

A pesar de que la región lumbo-pélvica es tan determinante en el movimiento corporal, también es una de las que más amnesia sensorio-motriz o respuestas automáticas de movimiento tiene. Al pensar en las posibilidades de movimiento de la persona donde se vinculan los brazos y manos, o de las piernas y pies, es relativamente fácil reconocer cómo se mueven, porque son de

acceso libre a la vista, además, socioculturalmente no representan ningún tabú íntimo por el cual cuestionar la libertad de su movimiento.

A su vez, la constitución de la pelvis en su parte posterior por las articulaciones sacroilíacas y en la parte anterior por la sínfisis púbica, hace que el control del movimiento sea complejo pues no hay un músculo o grupo de músculos que generen directamente movimiento allí, sino que la fuerza de otros determina mencionado control (Magee, 2014). Los músculos que generan un efecto sobre el anillo pélvico son los de la cadera y los de la columna lumbar, y las fuerzas que allí convergen determinan la armonía del movimiento no sólo de la pelvis sino del sistema esquelético en sí, pues cualquier modificación en una parte del cuerpo genera efectos sobre el resto.

Músculos como los isquiotibiales, el erector de la espina, y la fascia dorsolumbar que se vinculan con el sacro por medio del ligamento sacro-tuberoso tienen un importante papel en la estabilización de la pelvis, pero además la poca flexibilidad que caracteriza a los isquiotibiales también afecta el control de la calidad del movimiento (Kuszewski et al., 2018). Los isquiotibiales son un grupo de músculos cortos principalmente a causa de la posición sedente por periodos largos de tiempo que mantienen sus puntos de origen e inserción cerca, repercutiendo en su flexibilidad, y esta última, también afecta la libertad de movimiento de la pelvis.

El anillo pélvico también ha sido pensado como una estructura que debe ser protegida por un grupo de músculos que deben sostener tanto a la pelvis como a la columna lumbar (Anderson, 1999), una especie de corsé que pueda mantener la columna rígida sin que se afecte por los movimientos del resto del cuerpo (tronco, brazos, piernas). Se niega la posibilidad de descubrir la naturalidad de movimientos que pueden existir en esta región corporal, que más que cargar órganos y tejidos, son partes que nos integran y determinan la forma como nos movemos.

La premisa del corsé de músculos fue precisamente emergente para el tratamiento del dolor lumbar, pues desde mediados del siglo pasado se empezó a ver el incremento de las tasas de este síntoma atribuibles a la urbanización y a la alta proporción de trabajos y actividades de ocio con características de sedentarismo (Anderson, 1999).

Este concepto del corsé como armadura protectora de la columna dio paso a la prescripción de los ejercicios de fortalecimiento de la zona abdominal, o ejercicios de estabilización que hasta ahora continúan en auge como tratamiento preventivo y terapéutico en personas con molestias de

la columna vertebral (Khodadad et al., 2020; Oh et al., 2020; Suh, et al., 2019). Sumado a la flexibilización de la musculatura isquiotibial para permitir la libertad de movimiento de la cadera y limitar el efecto de esta musculatura sobre la pelvis y la lordosis lumbar (Anderson, 1999).

Ahora bien, desde el siglo pasado, también se reconoce la interacción biomecánica de la pelvis y la columna lumbar, en la cual se replantea la comprensión del corsé de músculos y en cambio, comprende la armonización mecánica de los diferentes segmentos, incluyendo la pelvis, la columna, el movimiento de las piernas y el tronco; tal armonización no se refiere a una postura perfecta sino a la promoción de una eficiencia energética (Gracovetsky, 2008) que permita la función óptima que no lleve a las quejas corporales – descritas previamente-.

La eficiencia energética se soporta en la capacidad corporal dada por la fascia de transmitir las cargas de manera interconectada desde y hacia los diferentes segmentos corporales, tal es el caso de la fascia lumbodorsal (Gracovetsky, 2008; Wilke et al., 2017) que es capaz de conectar funcional y estructuralmente los miembros superiores, el tronco, la columna vertebral y los miembros inferiores, reconociendo su importante papel en la presencia de DL.

Esta eficiencia depende de la capacidad corporal de transmitir las fuerzas sin sobrecargar los tejidos y estructuras, Gracovetsky (2008), menciona que en el caso de las personas con DL es necesaria la armonización de la lordosis lumbar y este objetivo se consigue por medio del movimiento de la pelvis hacia anteversión o retroversión, el primero, promueve una lordosis mayor y el segundo aplana tal curvatura (Król et al., 2017) la posibilidad de modificar la posición de la pelvis para minimizar la sobrecarga de los tejidos en personas con DL aún es poco explorada y la evidencia controvertible debido a las características anatómicas determinadas por la genética de cada persona (Chaléat-Valayer et al., 2011). Sin embargo, es suficientemente conocido que las restricciones en el movimiento de la pelvis se relacionan con la aparición de DL (Laird et al., 2012, 2014, 2019,), por lo cual promover su libertad de movimiento permitiría conocer mejor la economía energética de la que se habla en función del control voluntario de nuestra corporalidad.

Lo anterior, se consigue accediendo a la posibilidad del sujeto de moverse libremente sintiéndose, percibiéndose armónicamente con relación al entorno, para así, identificar y percibir el significado de tal eficiencia. De forma innata no se llega a tal conocimiento, pues el movimiento *per se* tiene respuestas reflejas, automáticas y aprendidas socioculturalmente, que como se ha mencionado reiterativamente excluyen la conciencia, pero al conocerse a sí mismo y ser capaz de

controlar voluntariamente el movimiento corporal, se accede a una posibilidad de acción consciente que no deje arrastrar al sujeto a los modos recibidos de movimiento o por sus hábitos (Joas, 2013) que en momentos actuales, los llevan a quejas corporales como el fenómeno estudiado en esta investigación.

2. SOBRE LA TEORÍA: EL MÉTODO MÉZIÈRES

2.1 Contexto

“La formación Mézières es un cúmulo de experiencias y de hechos vividos que favorecen una dimensión humana previa a tales intervenciones: ser terapeuta para tener manos terapéuticas”(Denys-Struyf, 2011, p.85).

El contenido de este capítulo se referirá al Método Mézières (MM) como forma de interacción fisioterapéutica para tratar el dolor lumbar. Además, se explorará la relación existente entre las técnicas somáticas emergentes a comienzos del siglo 20, conocidas como *embodiment practices* y el MM. Se propone en esta tesis al MM como forma de interacción fisioterapéutica que se puede considerar como una de estas prácticas corporales.

El MM según principios descritos por su autora reconoce al sujeto desde su integridad, sus prácticas recurren a formas similares a las de las *practices of embodiment*, como la respiración consciente, la atención a las sensaciones corporales, y el autoconocimiento como soporte para conseguir el bienestar físico y mental que refieren sus practicantes.

2.2 Practices of embodiment

“Although muffled by the din of those dominant voices, there has been steady resistance building among innovators who have devoted their lives to developing strategies for recovering the wisdom and creativity present in breathing, sensing, moving and touching”. (Johnson, 1995 p.ix)

Los fisioterapeutas como especialistas en el análisis, promoción y desarrollo del movimiento humano, podrían dirigir sus intervenciones a cualquier lugar donde el movimiento necesite ser liberado para eliminar todas y cada una de las limitaciones, ya sean culturales, emocionales, ambientales, gubernamentales, físicas, o sociales que surgen alrededor de éste (David et al., 2010). Una visión desde el *embodiment* permite al fisioterapeuta el reconocimiento del otro desde una visión integral, creando una actitud que ve la riqueza de la vida humana y rechaza la visión reduccionista de la práctica profesional heredada de las ciencias médicas (David et al., 2010).

Esta investigación reconoce ciertas formas de movimiento desde esta premisa, donde los autores que las describieron buscaron formas de reconocimiento del cuerpo desde la resistencia a las hegemonías del conocimiento que excluyen la integridad del sujeto.

Autores conocidos y sus técnicas como Elsa Glinder, Mathias Alexander, Moshe Flendenkrais, Gerda Alexander, Ida Rolf, entre otros, que han influenciado el hacer fisioterapéutico, reconocieron la conciencia corporal como el medio que permite el acceso a procesos de auto-curación mediados por el conocimiento de sí mismo. De los autores mencionados, cada uno vivió procesos de salud - enfermedad en los que no encontraron respuestas en la medicina occidental (Johnson, 1995). Por lo tanto, por medio del movimiento corporal y de la conciencia del cuerpo (de sí mismos) descubrieron cómo su cuerpo sabía curarse, siempre y cuando se abriera la percepción.

La conciencia corporal es un término con múltiples significados y con una amplia gama de aplicaciones. Para los fines de las *practices of embodiment* esa conciencia corporal se enfoca a lo somato-estésico, entendido como la experiencia del cuerpo vivido que contradice la dicotomía entre cuerpo y mente. Lo somato-estésico incluye lo propioceptivo, exteroceptivo e interoceptivo (Rovella, 2008; Shusterman, 2008) como capacidad de percepción de sí mismo. Siendo el cuerpo el medio de toda percepción (Shusterman, 2008), es el medio para entender el mundo y vivirlo, requiriendo de condiciones que permitan experiencias placenteras y confortables, para lo cual, ciertos dispositivos corporales que van desde disciplinas antiquísimas de Oriente (Meditación Zen, Yoga) hasta las propuestas de occidente a lo largo del siglo XX (Alexander, Feldenkraise, Gimnasia holística, Rolfing therapy), buscan potenciar la agudeza de los sentidos para llegar a una mejor salud mientras se van liberando las tensiones ocasionadas por los hábitos corporales creados que perjudican el rendimiento sensorial y llevan a las quejas corporales (Shusterman, 2008).

Estas prácticas contradicen lo que la antropóloga colombiana Zandra Pedraza denomina la cultura somática de la modernidad, la cual se centra en las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo que promueve un uso particular del movimiento, y entre otras, muchas características tiene un fundamento dualista que separa la mente del cuerpo y niega el carácter experiencial del cuerpo vivo (Pedraza-Gómez, 2008).

En vez de esto, las prácticas somáticas de la modernidad (*practices of embodiment*) consideran al cuerpo como indisoluble del sujeto, por lo tanto, el control de la corporalidad permite también el control de la vida en sí (Hanna, 1988). Todo esto, trae unas implicaciones filosóficas sobre el entendimiento de la existencia y de cómo nos relacionamos socialmente.

Desde estas prácticas somáticas, *practices of embodiment*, los ejercicios para el *uso de sí*, o, según Pedraza, desde la cultura somática crítica, se comprende el MM, siendo evidente la conexión de su praxis con narrativas que aluden a la conciencia corporal como el principal recurso para conseguir el bienestar. Si bien el origen del método no se describe desde este lugar, su práctica desde la terapéutica y desde la experiencia de los consultantes lleva a concluir que las influencias que la autora de este método tuvo, la llevaron a desarrollar una forma de interacción desde la fisioterapia que promueve la experiencia subjetiva, es decir, del cuerpo vivido.

2.3 Las raíces: Mézières

Françoise Mézières, mujer de familia francesa, nacida en Hanoi el 18 de junio de 1909, regresó a Francia cuando ella tenía 10 años. Françoise Mézières de 1,50 metros de altura aproximadamente, con un carácter recio, una voz gruesa, fumadora, vegana, (presuntamente) lesbiana, con diversos conflictos relacionados con su crianza y su padre, a partir de donde se hizo rebelde y muy estudiosa, pues su padre consideraba que las mujeres estaban hechas tan sólo para los quehaceres del hogar. Autodidacta, sin estudios de bachiller, quien se convirtió en masajista al tiempo que se estaba fundando la fisioterapia como profesión en Francia (Patté, 2018).

El nacimiento de la fisioterapia en Francia se ubica en París donde los practicantes de masajes y medios para mejorar la salud física, entre los cuales se encontraba Françoise, se organizaron para lograr la profesionalización de dicha actividad, la cual fue regulada con estudios superiores en el año de 1946. Antes de ello, se accedía al título profesional homologando estudios de Masaje, y un examen de convalidación al cual acudían 35 personas por año. Así fue como lo hizo Françoise, formándose primero como masajista en la Escuela Francesa de Ortopedia y Masaje (EFOM) y luego asistiendo a diversas prácticas clínicas, para finalmente aplicar al examen de certificación en 1939 mientras el director de la EFOM era Boris Dolto, uno de los fundadores de

la fisioterapia en Francia, a quién resultó cercana, y posteriormente, la vinculó como profesora de anatomía en la misma EFOM, espacio en el cual siguió perfeccionando sus conocimientos sobre el cuerpo humano con los principios que eran naturales para la época a la que pertenecía.

La EFOM tuvo una influencia importante en el MM, por lo cual es preciso detenerse en el perfil de una de las profesoras de Mézières, Lily Ehrenfried, quien le enseñó anatomía. Ehrenfried, era una médica alemana de origen judío quien, tras la segunda guerra mundial, se radicó en Francia y se vinculó a la EFOM como profesora. Tuvo formación con Elsa Guindler (Carpintero, 2017), sobre quien se hablará más adelante por su importante influencia en las técnicas somáticas (*practices of embodiment*). A su vez, sobre Boris Dolto cabe resaltar que su esposa fue Françoise Dolto, una psicoanalista infantil quien también influyó en la forma de concebir la relación cuerpo mente de Boris Dolto. Detalles no menores que permiten el reconocimiento de las influencias académicas de Mézières en la configuración de su hacer terapéutico.

Los orígenes de las *embodiment practices* en Europa pueden ser diversos, no obstante, varios muestran conexiones con Elsa Glinder, profesora del centro Harmonische Gymnastik en Berlín (Vives, 2020) considerada como “*the grandmother of somatic psychotherapy*” (Huebner et al., 2010), quien creó una forma simple de trabajo corporal sobre cómo prestar atención a la forma de comer, pararse, caminar y hablar (Johnson, 1995). Fue profesora de diversos personajes en Europa como fisioterapeutas, psicólogos, profesores y desde allí, se difundió un mensaje en occidente sobre la relación indisoluble entre el cuerpo y la mente, y sobre cómo el movimiento corporal sirve como vehículo para el auto-conocimiento y descubrimiento de las capacidades individuales.

Elsa Glinder fue profesora, entre otros, de Lilly Ehrenfried radicada en Francia, Carola Speads y Charlotte Selver, quienes difundieron el mensaje en Estados Unidos. También se conocen conexiones entre Glinder y Moshe Feldenkrais por medio de Heinrich Jacoby, entre otros vínculos académicos con los autores de las *practices of embodiment*. Los principios del trabajo corporal que desarrolló Glinder se soportan en la atención al propio comportamiento somático en todas las situaciones de la vida, una forma de estar atento al presente que vincula la respiración como vía para la relajación constante. En sus clases se desarrollaba una cultura de enseñanza alrededor de lo que está pasando en el propio organismo, experimentando con los movimientos de las actividades

diarias (Weaver, 2006). El enfoque de Glinder fue psico-somático, pero es una de las grandes influyentes sobre el cambio del paradigma desde el cuerpo-máquina hacia la visión no dual del cuerpo.

Lilly Ehrenfried era médica y fisioterapeuta formada por Glinder, quien, así como muchos alumnos de Glinder, desarrolló su propio método, la gimnasia holística. También difundida en Francia, guardó la similitud relacionada con la conciencia corporal y la respiración descritas por su profesora, pero con la inclusión de otros elementos para el bienestar integral. Como se mencionó Ehrenfried fue profesora de Françoise Mézières en la EFOM, pero no se conocen los contenidos puntuales que vincularon a estas dos mujeres; sin embargo, al poner en práctica el método descrito por Françoise se hacen evidentes ciertos principios comunes, puntualmente la integralidad del cuerpo, la respiración, la economía del movimiento, entre otros.

Una de las diferencias entre el MM y las técnicas corporales psicósomáticas era el alcance, pues la intención de Françoise era netamente mecánica y no emocional o psicológica, sin embargo, autoras como Therese Berberath y Godelief Denys-Struyf, después de estudiar con Mézières, desarrollaron sus propias corrientes terapéuticas basadas en los principios descritos por Françoise, pero, además, incluyendo aspectos psicósomáticos similares a los descritos por Glindler. Con respecto a lo anterior, en este estudio fue evidente que la intención terapéutica no estuviese limitada a lo mecánico o biomecánico a los movimientos que se instruyen, sino que consiguen efectos a todo nivel, tanto cambios mecánicos como emocionales, que permiten una sensación de bienestar integral a quien realiza el método.

Sobre este alcance del método hay controversias, varios estudiosos de éste sostienen que el MM es para el cuerpo lo que el psicoanálisis para la mente, porque se buscan en el sujeto las causas de sus quejas corporales para liberarle de éstas (Denys-struyf, 2016), tal cual lo hace el psicoanálisis en la mente, perpetuándose los principios dualistas de la medicina y del cuerpo máquina.

Nisand es uno de los expositores de la técnica Mezierista e invita a reflexionar sobre las numerosas derivaciones y variaciones del método, y sobre la necesidad de repensar o replantear la “existencia de la entidad técnica llamada Método Mézières”(Nisand, 2010). Este argumento es debatible desde la necesidad de seguir expandiendo los principios fundacionales del método, claro

está, profundizando en sus efectos desde un carácter científico, pero guardando la identidad por la que algunos hemos permanecido en la difusión del mensaje de Mézières.

2.4 Principios Método Mézières

Simultáneo a su actividad docente en la EFOM, Mézières realizaba su consulta clínica, donde desarrolló un profundo sentido de la observación. En efecto, durante una sesión de fisioterapia con una persona con una postura marcadamente enrollada y una gran cifosis dorsal, logró determinar lo que más adelante serían los principios fundacionales de esta forma de interacción fisioterapéutica, y principalmente, el concepto de cadena muscular, el cual, entre otros, para la fisioterapia le da unicidad o integralidad al cuerpo, dado que vincula a los músculos como interdependientes funcional y anatómicamente, diferente a la anatomía tradicional que los sigue diseccionando y los entiende uno por uno. A continuación, se describen estos principios que se vincularán al tratamiento del dolor lumbar desde este Método.

2.4.1 Cadenas musculares

El concepto de cadena muscular nace de la “*observación princeps*”, citada por la mayoría de los autores que han escrito sobre el MM (Carpintero, 2017; Cittone, 1999b; Denys-Struyf, 2011; Le Derff, 1983; Nisand, 2010; Patté, 2018). Mientras Mézières está en su consulta, llega una mujer joven con un marcado enrollamiento de su espalda tipo cifosis, ella había usado un corsé de hierro para mejorar su postura y sus dolores. Además, después de haber sido sometida a diferentes cirugías y sesiones de gimnasia prolongadas, llegó a la consulta de Mézières en el hospital de *Lariboisière*.

Mézières después de realizar los protocolos de intervención aprendidos en la escuela de Fisioterapia, que buscan fortalecer los músculos antigravitatorios paravertebrales para que la persona logre estar recta sin tanta cifosis, se sintió frustrada al no obtener los resultados esperados, así que decide intentar con otros recursos. Pide a la mujer acostarse en supino en el suelo mientras se da cuenta que la cifosis desaparece y que se marca una profunda lordosis en la región lumbar, (las vértebras lumbares se separan marcadamente del suelo), sumado a que los hombros, estando en la misma posición, siguen enrollados y tensos (dirigiéndose hacia el techo). Mézières, al tratar de poner presión sobre los hombros para llevarlos al suelo, empujando para que las escápulas se acerquen entre sí, se percata del incremento de la lordosis lumbar, y además observa, que la curvatura cervical también se incrementa generando una extensión cráneo-cervical; continúa

explorando y descubre que el control de estas curvaturas sólo es posible por medio de la flexión de las rodillas, posicionando los pies sobre el suelo, pero esta posición produce bloqueo de la respiración. Es decir, la lordosis se va hacia la rodilla y se disminuye la tensión sobre los músculos paravertebrales cuando las rodillas se flexionan, pero el diafragma bloquea el tórax.

Ella hace un paralelo entre la lordosis y los anillos que sostienen una cortina, al moverse uno hay impacto sobre los otros, disminuyendo o aumentando su tensión. Nace así el concepto de cadena muscular, una observación que se reproduce siempre, en algunas personas con mayor intensidad, dependiendo de la flexibilidad de su cuerpo, pero la interdependencia de los músculos posteriores se hizo plausible y evidente. Sigue siendo el recurso inicial de la terapéutica con el MM, acostarse boca arriba para buscar cómo se comporta la lordosis. Esa descripción de cadena muscular, a partir de la lordosis, lleva a que una de las principales conclusiones del método sea que sólo existe la lordosis, es decir, la cifosis sólo es un lugar de transición, pero sólo la lordosis hacia el plano anterior o lateral de la columna es la forma en que el cuerpo escapa de la tensión para equilibrarse. Al final resulta que el único tratamiento posible es sobre la lordosis, así se armonizará la forma y función corporal.

La definición de cadena muscular dada por Françoise fue: “los músculos del cuerpo situados en la parte posterior y que se extienden desde el cráneo hasta los dedos de los pies se entrelazan como eslabones de una cadena. Estos músculos se superponen entre sí como las tejas de un techo y movilizan varias articulaciones. Se comportan como un mismo músculo” (Patté, 2018, p.67). Este concepto fue difundido por sus alumnos, quienes desarrollaron diversos métodos de tratamiento alrededor de la base del método y afianzaron la concepción y apropiación de dicho elemento corporal no sólo en el ámbito de la fisioterapia, sino también del deporte, entre otros. Actualmente, también son denominadas como cadenas miofasciales, que se soportan en modelos biomecánicos de biotensegridad del sistema fascial como tejido continuo que constantemente transmite y recibe información mecano-metabólica, que influencia la forma y la función del cuerpo entero (Bordoni and Myers, 2020).

Cabe resaltar a ese punto que el texto de Bordoni y Meyers previamente citado, incluye y referencia los primeros conceptos de cadena miofascial (antes conocida como cadena muscular) atribuyéndolos a Philippe Souchard y a Leopold Busquet, quienes fueron alumnos de Mézières, sin incluir ni citar o mencionar a su profesora como primer precedente.

Volviendo a los principios descritos, Françoise también se percató de que los músculos dorsales, en general, tienen un comportamiento de poca flexibilidad y gran fuerza, por lo cual insistir en su fortalecimiento para mejorar la postura *per se* es un esfuerzo ineficiente, más bien su flexibilización es una necesidad inminente.

A partir de lo anterior, la autora propone principios que se oponen a los descritos en la gimnasia clásica, que buscan la musculación para responder a las demandas de la gravedad, y afirma que cuando hay debilidad de algún grupo muscular no se debe buscar fortalecerlo, sino relajar a su antagonista (Denys-struyf, 2016). Reconoce que cualquier movimiento no se realiza expresamente sobre sólo un segmento corporal, sino que tiene repercusiones sobre todo el sistema, generando el principio de integralidad del cuerpo. Supone un aporte sustancial, pues lo que pedagógicamente se incorpora en los fisioterapeutas, se fundamenta en músculos separados que requieren de fortalecimiento a toda costa para vencer la gravedad y así conseguir los resultados que persiga el terapeuta. Lo que propone Françoise es la necesidad de estirar la musculatura tensa, siendo la posterior la que más requiere de ello, además de insistir en la interdependencia de estos músculos en relación con todo el sistema. Así, el principio terapéutico del método persigue la reducción de las deformaciones por medio de la flexibilización de las cadenas musculares.

Las cadenas musculares descritas por la terapéutica mezierista son cuatro: la cadena posterior que se encuentra extendida desde el cráneo hasta los dedos del pie ascendiendo por la parte anterior de la pierna hasta acabar en la tuberosidad de la tibia; la cadena antero-interior, conformada por el diafragma y el ilio-psoas, cuya implicación es amplia en la lordosis lumbar; la cadena braquial anterior y la cadena anterior del cuello (Patté, 2018).

Es prudente advertir que el conocimiento sobre las cadenas musculares se ha ampliado, sobre todo soportado en los principios de investigación de la fascia y las cadenas miofasciales, y ya existen consensos teóricos y conceptuales que se han ido consolidando en los últimos años (Bordoni and Myers, 2020; Krause et al., 2016), los cuales no son objeto de esta tesis, pero no se desconocen los hallazgos al respecto.

Las pruebas de extensibilidad que se aplican en el MM se soportan en la evaluación de las cadenas musculares. Para la valoración de la cadena posterior se aplica el test Fingertip-to-floor (Ekedahl et al., 2010; Perret et al., 2001). Dicho test, se usa al inicio y al final de cada sesión para verificar las ganancias en el alcance del movimiento al liberar algún segmento de la cadena,

algunos efectos ya se han reportado con respecto a intervenciones puntuales, por ejemplo en la zona cervical, que generan ganancias en la movilidad de toda la cadena muscular (Burk et al., 2020). Esta prueba de extensibilidad en personas con dolor lumbar, entre otros, pretende verificar la movilidad de los iliacos, o de la articulación coxofemoral cuando el fémur está como punto fijo. Según las investigaciones de Laird et al., (2012, 2014, 2019) las personas con dolor lumbar tienen restricciones en movilidad de los iliacos en comparación con quienes no cursan con esta sintomatología.

También se utilizan pruebas de extensibilidad pasiva, para miembro superior, cuello y miembro inferior, lo que permite conocer las compensaciones, ya sea a modo de lordosis o lateroflexiones (lordosis laterales) que realiza el consultante. Figura 2.

Figura 2. *Test flexión de tronco*



Sobre la cadena braquial anterior ya se conoce evidencia de la interconectividad entre los músculos pectoral mayor, el bíceps braquial, el flexor del carpo, el braquio-radial, y los músculos supinadores (Wilke and Krause, 2019). Esta cadena está contrarrestada por la función de la cadena braquial posterior con la potente influencia del dorsal mayor (Wilke and Krause, 2019). La musculatura del brazo en su conformación de cadenas tiene un efecto sobre el control lumbo-pélvico, por lo cual liberar la tensión existente en estas en personas con DL, es un buen elemento para vincular a la terapia, siempre y cuando haya evidencia de su acortamiento e implicación en el movimiento lumbo-pélvico, como se evidencia en la Figura 3.

Figura 3. *Estiramiento cadena braquial anterior*



Mézières también describió que cualquier estiramiento o contracción local provoca compensaciones a nivel distal, es decir, cualquier movimiento tiene efectos en todo el conjunto. Y la forma en que se manifiestan estas compensaciones es por medio de las rotaciones de las extremidades (normalmente en rotación interna) o las flexiones laterales del tronco. Por lo tanto, la posición ideal para flexibilizar las cadenas de forma simultánea es por medio de la rotación externa de las extremidades, además de solicitar un control estricto sobre la alineación del tronco, esto simultáneo a una respiración fluida, con énfasis en la espiración.

El tratamiento propuesto desde la terapéutica Méziérista busca flexibilizar las cadenas musculares, iniciando con un trabajo periférico, ubicando primero las manos, los pies y la cabeza, para luego ir vinculando la simetría de todo el cuerpo, lo más importante, entregando la información al consultante, quién debe estar consciente y presente, y dispuesto a aprender de su corporalidad. Se realizan los estiramientos con el alineamiento previo, mientras se recurren a ayudas para liberar las tensiones con técnicas reflejas de facilitación neuromuscular propioceptiva, la respiración y las técnicas manuales para activar, relajar o bajar la intensidad de las molestias, según aplique el caso. La finalidad de los estiramientos en el método no es estirar músculos aislados sino restaurar la elasticidad global (Denys-struyf, 2016). La intensidad y el tiempo de los estiramientos es determinante. Se busca una intensidad tolerable para mantener cada posición un largo tiempo, y así conseguir los beneficios de la relajación y la restauración de la elasticidad de los tejidos, que se refleja en menos tensión y mayor confort en el consultante.

Las posiciones más utilizadas para el tratamiento del dolor lumbar son aquellas que buscan liberar la tensión que limita el movimiento de la articulación coxo-femoral con relación a los movimientos de la pelvis y sus diversas posiciones. Lo anterior, busca que la persona sea consciente de esta región y de cómo puede gestionarla para tener una percepción cómoda, agradable y que no le genere dolor durante sus posturas diarias, como se puede observar en la Figura 4.

Figura 4. *Estiramientos cadena posterior simétricos y asimétricos*



El trabajo de estiramiento se inicia a partir de un posicionamiento enfocado a la alineación, como se mencionó, mientras se está acostado boca arriba se solicita al consultante (Denys-Struyf, 2011):

- Cuello alargado con una lordosis cervical armónica, sin tensionar los músculos de la mandíbula
- El tórax debe estar libre en su movimiento permitiendo una respiración fluida que no influya en la lordosis ni en la activación de la musculatura superficial del cuello
- Los hombros con una tendencia a separarse de las orejas²
- Los brazos en rotación externa y supinación sin una hiperextensión
- Las caderas en rotación externa, las rótulas miran hacia afuera levemente

² Se usan recursos comunicativos para generar memoria propioceptiva, imagine que hay dos duendes que le halan los brazos intentando separarlos del cuello, se busca una sensación de estiramiento de los trapecios.

Esta es la primera posición para iniciar con los estiramientos globales, “este trabajo requiere una gran atención por parte de la persona. Desde el principio, es patente el efecto corrector, la sensibilidad propioceptiva y todo el posicionamiento articular. Esta sensibilidad es esencial para un mejor funcionamiento del sistema locomotor”; el grupo de estiramientos prescritos se debe acompañar de un proceso pedagógico intenso “para captar la atención del paciente; si el paciente no consigue centrarse y cooperar conscientemente en el desarrollo del ejercicio sin distraer en absoluto su atención, el resultado no será el esperado” (Denys-Struyf, 2011, p. 59).

2.4.2 Respiración

“Cualquier elongación, torsión, dolor o cualquier esfuerzo implica instantáneamente el bloqueo respiratorio en inspiración p4.” (Nisand, 2010 p.4). La respiración es un recurso determinante para conseguir los efectos del Método en personas con DL, atribuibles efectos a la importante función del diafragma como músculo que interviene no sólo en la mecánica ventilatoria, sino también en el control postural y de los movimientos corporales. Este aspecto, se presenta en la Figura 5.

Figura 5. *Respiración en la terapéutica mézières*



Durante cada movimiento, estiramiento o posición adoptada, se intenta que la persona tenga una respiración fluida, que deje el tórax libre, sin apneas, sin activar la musculatura accesoria de la respiración y sin que haya tensión en los diferentes segmentos vertebrales en forma de lordosis. Este uso de la respiración con el MM ha cambiado y se ha transformado a medida que el método lo ha hecho, pero siempre estuvo presente, dentro de los principios, la relación determinante entre una respiración libre y el control postural. Patté en su libro del 2018, afirma que la respiración busca, además de lo mencionado, un énfasis espiratorio similar a lo promulgado por dispositivos corporales como los de oriente con raíces en las artes marciales. Se utiliza la espiración para hacer los procesos que requieren de mayor control corporal intentando no bloquear el diafragma en inspiración (Patté, 2018).

Conviene distinguir que las investigaciones realizadas en personas con DL han determinado que el movimiento del diafragma es menor, casi la mitad, en comparación con las personas sin ese síntoma, sumado a que presentan mayor fatigabilidad de este músculo (Janssens et al., 2013; Kocjan et al., 2017; Vikram et al., 2018). También se ha determinado una coordinación ineficiente entre los movimientos de las extremidades y los movimientos respiratorios, lo que produce poca eficiencia en el movimiento (Pavel et al., 2012).

Algunas intervenciones de fisioterapia manual han resultado efectivas para mejorar la movilidad diafragmática y así mismo, los síntomas de dolor y discapacidad relacionadas con el dolor lumbar (Babina et al, 2016). También el entrenamiento de la respiración en conjunto con movimientos de fuerza del tronco y miembros superiores mejoran la fuerza y movilidad de este músculo, consiguiéndose beneficios para las personas con DL (Dülger et al., 2018; Finta et al., 2018; Janssens et al., 2014).

El diafragma, por sus inserciones vertebrales, presenta una íntima relación con el cuadrado lumbar y el psoas iliaco, los cuales controlan la lordosis lumbar y el movimiento lumbo-pélvico; a su vez, los orígenes costales y esternales le permiten influir sobre la región torácica (Cittone, 1999a); siendo así, la respiración controlada que relaje al diafragma influye sobre las curvaturas vertebrales y puede influir sobre el cuadrado y el psoas facilitando la eliminación de sus tensiones y maximizando las posibilidades de su eficiencia durante el movimiento y el control postural.

2.4.3 Reflejo Antálgico a Priori

El Método se caracteriza por llevar el cuerpo a posiciones que desencadenan molestias, normalmente secundarias a los estiramientos y a la tensión de las cadenas musculares; tal tensión usualmente lleva a molestias y dolores, que se representan en un principio denominado por Françoise como reflejo antiálgico a priori, también denominado el dolor útil. Se interpreta en este estudio como el dolor que permite reconocer las barreras de tensión del cuerpo, y en algunos casos, lleva al descubrimiento de las causas primarias del dolor lumbar, es un punto de resistencia de la tensión frente al terapeuta, quién enfrentará las limitaciones que el dolor impone y no dejará de sujetar hasta vencer la barrera. “Suavidad, pero firmeza, mucha paciencia y presencia... ofrecer un apoyo conscientemente y con tranquilidad ” para calmar el dolor y así dar permiso para soltarlo poco a poco (Denys-Struyf, 2011, p. 85).

Nisand (2010) dice sobre este dolor útil, que “es una especie de presencia subconsciente del dolor venidero” (p.10); el sistema nervioso evita la aparición de un dolor, por lo tanto, tensa las estructuras adyacentes, o también es un dolor oculto que se manifiesta por medio de una postura desequilibrada o un mal posicionamiento, el cual debe ser descubierto por el terapeuta. Usualmente es distal al lugar donde se manifestaron los síntomas iniciales.

Según Cittone (1999a) “durante el trabajo postural aparecen dolores intensos ansiógenos y desconocidos para el paciente, y un trabajo sedativo hace que surja un hecho olvidado, oculto, siempre antiguo, cargado de emoción, y cuyo relato calma el sufrimiento físico y moral (p. 4).

Este autor, también vincula la emotividad y los procesos psicosomáticos como manifestación de ese dolor útil que se manifiesta en el dolor corporal o las quejas corporales que pueden esconder la causa primaria del dolor, que no siempre tiene un origen corporal sino emocional (Cittone, 1999a).

2.5 Sobre la postura armónica

Las formas armoniosas del cuerpo y su simetría fueron otro soporte para la creación de la terapéutica estudiada en esta tesis. La forma armoniosa responde a un cuerpo libre de tensiones que simetrice sus segmentos en función del movimiento y no de la estática. Se utiliza el examen de la postura desde un proceso donde la información pertenece a la persona, se procede al contacto y a

la promoción de la cinestesia y propiocepción para que de forma autónoma la persona logre simetrizar sus segmentos y soltar las tensiones que le sea posible autogestionar.

Figura 6. *Valoración de la postura*



2.6 Antecedentes Del Método Mézières

Paolucci et al. (2017) desarrollaron un ensayo clínico en personas con Parkinson que recibieron 10 sesiones de fisioterapia con el MM, después de las cuales los participantes mostraron cambios significativos con respecto a la funcionalidad de la marcha, la discapacidad relacionada con el Parkinson y la flexibilidad, en comparación con pacientes que recibieron un plan de ejercicios de flexibilidad y fuerza realizados en casa. Los autores concluyen que el MM es eficaz para mejorar el equilibrio, y la movilidad de grupos musculares rígidos, específicamente, los de la espalda, lo que puede ayudar a mantener la verticalidad de las personas con esta enfermedad.

Pellecchia et al. (2004) incluyeron el enfoque Mézières dentro de un plan de intervención a largo término para personas con diagnóstico de Parkinson, sin embargo, esta investigación no presentó grupo control y además, la intervención contó con otras modalidades añadidas como la termoterapia y la técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva. La razón de incluir otras técnicas, según los autores, es que las personas con diagnóstico de Parkinson necesitan un abordaje complejo que responda a las necesidades propias de la enfermedad. Los resultados de esta investigación sugieren que un conjunto de intervenciones que incluyen el MM puede mejorar sustancialmente las habilidades motrices como la velocidad de la marcha, el equilibrio y en general la discapacidad relacionada con esta enfermedad. Los autores también concluyen que, después de

20 semanas de intervención, las mejoras se mantienen en el tiempo, sin embargo, es necesario continuar con la realización de ejercicios corporales que permitan mantener las ganancias.

Con respecto a los estudios realizados en personas con afecciones del sistema músculo-esquelético, se encuentra el reportado por Valencia et al. (2009), estudio en el que comparó el impacto de una intervención con el MM versus un plan de ejercicios específico que incluía estiramientos, ejercicios respiratorios y ejercicios propioceptivos para personas con diagnóstico de fibromialgia. Al finalizar doce sesiones de fisioterapia no se encontraron diferencias significativas entre ambos, sin embargo, los dos tuvieron mejoras importantes en la calidad de vida relacionada con la salud, la flexibilidad y el dolor. Por esto, los investigadores sugieren incluir programas globales de movimiento para personas con fibromialgia como el MM, y consideran que es necesario superar las limitaciones metodológicas de su estudio, (aleatorización, enmascaramiento de los evaluadores, mayor tamaño de muestra) para dar conclusiones más fiables sobre la efectividad del MM.

Otra investigación desarrollada en personas con dolor músculo-esquelético de diferente origen utilizó el MM combinado con escritura emocional (Pepe et al., 2014). Los investigadores utilizaron estas técnicas asumiendo que promueven la capacidad de la persona para hacer frente a los eventos de vida y a las emociones posteriores, y que esto, se vería reflejado tanto en su bienestar físico como psicológico. Esta investigación dividió en dos grupos de personas con dolor músculo-esquelético (dolor cervical y lumbar). A uno de los grupos se aplicó MM, al segundo grupo, además del MM, se añadió escritura emocional, donde solicitaban a los participantes realizar una escritura profunda de más de 20 minutos en la cual relataran la experiencia más traumática de toda su vida. Los dos grupos se evaluaron al finalizar las 20 sesiones de fisioterapia y se realizó seguimiento a los 6 meses. Los resultados mostraron que los dos grupos presentaron cambios significativos, sin embargo, el grupo que mejores resultados obtuvo y que mantuvo las mejoras hasta los seis meses posteriores fue el que realizó escritura emocional.

Este estudio es relevante para la presente investigación porque asumen el MM como un método que ayuda a la persona de manera individual a explorar-se incluyendo los componentes emocionales que llevaron al desequilibrio de su salud, conectando las dolencias corporales con las emociones y reconociendo al cuerpo como un indisoluble e inseparable del ser.

En otro estudio sin grupo control se aplicaron las posturas propuestas por el MM en adolescentes que presentaban proyección de la cabeza hacia adelante (Castellanos-Garrido et al., 2018)³. La intervención realizada constó de 16 sesiones con tres posturas del método, durante un mes. Al finalizar la intervención encontraron que la mayoría de los participantes obtuvieron cambios importantes en su alineación postural, manifestándose principalmente por la alineación de la cabeza con la perpendicular saliente desde la base de sustentación. Las investigadoras afirman que algunos participantes de la investigación narraron mejoras en su autoestima al cambiar su disposición corporal, situación que es necesaria estudiar en futuras investigaciones sobre el MM. Además, afirman que es pertinente realizar estudios con carácter complementario que no sólo observen las modificaciones en variables biomecánicas, sino que evalúen las percepciones del cuerpo y cómo éstas pueden influir en las vivencias de los participantes (Castellanos-Garrido et al., 2018).

El estudio realizado por Lena et al. (2020) en gimnastas de élite con dolor lumbar mostró cómo, posteriormente a 60 sesiones del MM durante 24 semanas, el dolor tuvo una mejora considerable en comparación con gimnastas que realizaron su entrenamiento de forma habitual. El tamaño del efecto de este estudio fue superior a 0.80 para el dolor en el cuestionario de Roland Morris. Sin embargo, es un antecedente con un gran número de sesiones que en los escenarios clínicos puede ser de difícil réplica, pero un estudio muy relevante para los escenarios que busquen la prevención del DL en deportistas.

Además de las investigaciones clínicas mencionadas, se encuentran estudios de caso que han explorado las experiencias para abordar afecciones músculo-esqueléticas con el MM. Los autores de estos casos clínicos manifiestan que las personas tratadas con el MM revierten su sintomatología y hay mejoras en la conciencia corporal. Por ejemplo, un caso de cérico-dorsalgia donde el paciente manifestó desaparición de los síntomas (Maialen, 2009) luego de 17 sesiones de intervención; además, la fisioterapeuta que realizó la intervención afirma que éste es un trabajo complejo que requiere de una comunicación permanente con la persona tratada. A su vez, Garretra (2009) presenta un estudio de caso para una persona con sintomatología similar. En el manuscrito

³ Primera publicación de la autora de la tesis sobre el Método de fisioterapia estudiado en este estudio. <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-efectos-una-intervencion-con-tecnica-S0211563817301177>

se hace evidente cómo la persona tratada obtuvo mejorías en su postura y en su movilidad en general, al igual que lo manifestado por Sala Franch (2010), quien realizó la intervención en una persona con dolor cervical crónico. En este último caso, después de realizar 16 sesiones de fisioterapia se evidenciaron cambios importantes en su alineación corporal, y también en los síntomas manifestados al inicio del tratamiento.

3.0 SOBRE EL PROBLEMA SU JUSTIFICACIÓN Y LOS OBJETIVOS

Como se ha mencionado en los capítulos previos el DL tradicionalmente ha sido conceptualizado como un problema biomecánico lo cual resulta como limitante para la comprensión de un fenómeno de tan alta prevalencia (Hush,.2020). Como respuesta a esto el modelo de la complejidad en salud es una alternativa que explica los procesos de salud-enfermedad desde sus diferentes elementos constitutivos (fisiológico, bioquímico, psicológico, social, cultural) y las dinámicas entre estos, lo que se alinea con la teoría biopsicosocial reformulada para la comprensión del dolor (Hush,. 2020; Fillingim,.2017). El modelo de la complejidad además postula la necesidad de realizar intervenciones multimodales, pues la evidencia alrededor de los tratamientos unimodales (terapias manuales, ejercicio terapéutico, medios sedativos) es moderada y contradictoria y suele centrarse en resultados en salud desde una visión biomecánica (del cuerpo como maquina), en cambio las intervenciones multimodales suelen incorporar una visión centrada en la persona más global e integrada. El MM se considera como una intervención fisioterapéutica multimodal pues vincula un trabajo integral de flexibilización de las cadenas musculares, coadyuvada por terapias de liberación miofasial, reeducación postural, respiración y conciencia corporal.

Una vez estructurada la visión que se tiene sobre el DL, el presente estudio propone al Método Mézières (MM) como una estrategia fisioterapéutica que puede responder a las necesidades de la persona que declara síntomas de DL. Esto por medio de una relación intercorporal, donde el terapeuta arriba a las necesidades que pueden explicar la presencia del dolor, por medio de una visión integral del cuerpo para recuperar el equilibrio y la flexibilidad, no sólo para lograr un objetivo biomecánico, sino también para ayudar a la persona a explorarse y a comprender los componentes que llevan al desequilibrio y que al final se traducen en dolor (Pepe et al., 2014). En el MM el fisioterapeuta actúa como mediador, quien, por medio del diálogo, el contacto y la promoción de la cinestesia, permite a la persona un reconocimiento de su corporalidad, y logra, de la mejor manera, que se libere del dolor y él, como sujeto encuentre el equilibrio.

Este estudio desde una perspectiva teórica pretende comprender este método como uno de los que promueve el “Uso de Sí” (Pedraza-Gómez, 2008) el cual es un precepto delfico que se

relaciona con el cuidado y la conciencia de sí mismo. Además de identificar otros aspectos relacionados con el significado de la intersubjetividad corporal para el fisioterapeuta y para la persona que es tratada. A su vez esta investigación busca ampliar el marco de referencia relacionado con la evidencia del método estudiado, dado que hasta el momento, se han encontrado sólo algunos estudios con grupo control (Paolucci et al., 2017; Pellecchia et al., 2004; Valencia et al., 2009) y la única revisión sistemática informa sobre la necesidad de aumentar los estudios sobre los métodos globales como el MM (Paolucci, 2019).

El DL es una de las causas más importantes de consulta a los servicios sanitarios (Speerin et al., 2014), por lo tanto, un problema de salud pública (Hartvigsen et al., 2018). Entender el DL desligándolo de las formas de vida del mundo actual permitiría caer en la reducción de una condición de salud cuyas causas están imbricadas en una red compleja de realidades y vivencias del hombre. Esta realidad vivida por un cuerpo encarnado. El cuerpo entendido como el “predio de la conciencia, captador, aprehendedor, transformador del mundo” (Freire, 1996) cuyas interacciones complejas revierten sobre sí, materializado en este caso en síntomas de dolor.

Las hipótesis generadas con respecto a los factores determinantes del DL son diversas, la mayoría responden a características de índole biológica o biomecánica. Sin embargo, desde la complejidad se ve cómo el cuerpo subyace a lo que está determinado por el medio, pues no es una decisión consciente de la persona disponer de su cuerpo como lo hace, sino que el medio en el que se ha desarrollado y en que se desarrolla así lo demanda. Para responder a esta enajenación corporal, es preciso empoderar al sujeto sobre sí mismo, sobre su cuerpo, hacerle consciente de sí mismo, como facultad para que, a pesar de los dispositivos que por medio del saber/poder regulan el ser/estar en el mundo a través del cuerpo, se logre una conciencia que le permita conocer el cuerpo subjetivo que se vincula con el otro y los otros y que determina lo que vive. Una forma de empoderamiento es aquella que usa técnicas corporales alternativas que abren la sensibilidad al movimiento y que procuran seres autónomos y conscientes de su cuerpo.

Esta investigación propone al MM como una estrategia fisioterapéutica que puede liberar la conciencia de ese cuerpo que está manifestando síntomas de dolor. Esto por medio de una relación intercorporal, donde el terapeuta arriba a las necesidades corporales que pueden explicar la presencia del dolor, por medio de una visión global del cuerpo para recuperar el equilibrio y la flexibilidad, no sólo para lograr un objetivo biomecánico, sino también para ayudar a la persona a

explorarse y a comprender los componentes que llevan al desequilibrio y que al final, se traducen en dolor (Pepe et al., 2014).

Partiendo de lo anterior, la pregunta de investigación que surge es: en personas con dolor lumbar ¿Cuáles son los efectos del MM sobre el dolor, la discapacidad relacionada con el dolor lumbar, en comparación con un programa de fisioterapia sedativa y de ejercicio, y cuál es el significado de la experiencia corporal al realizar el método? Al responder esta pregunta, se podrá ampliar el marco de referencia y la evidencia sobre el método estudiado.

Además de indagar sobre sus efectos, también se pretende comprender esta forma de interacción terapéutica desde un enfoque cualitativo que respalde su uso como una estrategia que promueve el “Uso de Sí”, donde las personas que cursan con este cuadro de salud procurarán el autoconocimiento corporal para conseguir una mejor condición que evite reincidencias, no sólo a causa de los efectos de una serie de procedimientos que el fisioterapeuta hace sobre el otro cuerpo, sino por el desarrollo de una interacción cargada de subjetividad que permitiría al final un empoderamiento corporal, que significa la expresión consciente de la condición orgánica que se enmarca en un complejo psicológico, social, y cultural indisolubles (Pedraza-Gómez, 2008).

El presente estudio mixto es innovador por su diseño que además de complementar los resultados del ensayo clínico permite una comprensión más amplia desde las narrativas de los participantes incorporándose el modelo centrado en la persona que parte desde la individualidad para que se den las intervenciones. Las visiones del dolor desde una mirada compleja, más el modelo de la atención centrada en la persona responden a los retos que desde la salud pública se han planteado alrededor del dolor musculoesquelético más aun para el DL.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Determinar los efectos del Método Mézières sobre el dolor y la discapacidad relacionada con el DL en adultos con dolor lumbar, en comparación con un programa de fisioterapia sedativa y de ejercicio y comprender el significado de la experiencia corporal al hacer el método Mézières.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Describir los efectos del Método Mézières versus un programa de ejercicio de flexibilidad, fortalecimiento y terapia sedativa sobre el dolor, la discapacidad relacionada con el DL, y calidad de vida, en adultos con dolor lumbar.
- Describir los efectos del Método Mézières versus un programa de ejercicio de flexibilidad, fortalecimiento y terapia sedativa sobre la flexibilidad y la postura en adultos con dolor lumbar.
- Conocer la construcción subjetiva de efectividad que realizan las personas con dolor lumbar al recibir el tratamiento con Método Mézières.

4. METODOLOGÍA

Esta investigación con enfoque mixto con diseño convergente (Creswell and Plano Clark, 2018) busca conocer el fenómeno estudiado sobre el DL desde dos ópticas: la primera, desde la experiencia de las personas que acceden a la fisioterapia con el Método Mézières como opción terapéutica, y la otra que permite evaluar si estas formas de interacción son efectivas para reducir los síntomas de los consultantes, la intención de integración de este estudio busca expandir la comprensión de la terapéutica Mezierista desde los datos estadísticos que arroje el estudio, para finalmente o validar o confirmar estos datos con la narrativa de los participantes.

La integración de los procedimientos metodológicos del estudio, en primera instancia, se soportó en una recolección de datos de forma paralela sobre las variables estudiadas y sobre las experiencias de los participantes que realizaron el MM, luego de los resultados obtenidos se analizaron por separado los dos grupos de datos, tal y como se detallará en cada apartado. Posteriormente se compararon los hallazgos cualitativos y cuantitativos, empezando con las variables primarias evaluadas. Se buscaron las formas de confirmación de los datos para finalmente encontrar las categorías con las citas más relevantes que expandieran la comprensión de los datos numéricos. A continuación, se explicará la metodología de cada uno de los dos diseños incluidos en este estudio.

Los procedimientos aquí descritos hacen parte de uno de los resultados divulgativos de este estudio el protocolo de la investigación publicado en la revista *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* Q2 según el Ranking de SCOPUS⁴. La publicación tuvo como objetivo divulgar el diseño del estudio, siendo innovador principalmente por incluir una intervención multimodal desde fisioterapia que vincula un diseño mixto que favorece comprender mejor el fenómeno de estudio y accede a la experiencia de los participantes desde las narrativas corporales Ver anexo.

⁴ <https://content.iospress.com/articles/journal-of-back-and-musculoskeletal-rehabilitation/bmr200344>

5.1 Diseño experimental

Esta fase del estudio utilizó un diseño prospectivo tipo ensayo clínico aleatorizado de equivalencia, en paralelo, que comparó los efectos del MM versus un programa de fisioterapia con ejercicios de fortalecimiento, estiramiento y terapia sedativa en adultos con DL.

El estudio se desarrolló en la Clínica Universidad de La Sabana en Chía Colombia y tuvo en cuenta los principios éticos internacionalmente aprobados para la investigación con seres humanos. El principio de autonomía se respondió por medio de la participación voluntaria en la investigación. Para ello, se brindó información clara sobre la intención del estudio por medio de la cartilla del consentimiento informado donde se explicó en un lenguaje común no científico, el proceso investigativo en el cual se hizo explícito la intención de participación voluntaria en la investigación, y la salida voluntaria del mismo. Además, se mencionó el proceso de valoración al inicio y al final de la investigación (Ver anexo 1). Toda la información y datos de las personas participantes en la investigación fueron reservados sólo para fines académicos y de la investigación.

Los comités de ética que avalaron el presente estudio fueron:

- 1) La comisión ética e investigación de la Universidad Ramón Llull sept/2018
- 2) El comité de ética en la investigación académica de la Clínica Universidad de La Sabana oct-2/2018, quienes consideraron el riesgo ético del estudio como mínimo y consideraron que el consentimiento informado contenía los aspectos necesarios para ser usado en investigación clínica.

La información personal que surgió durante la valoración o el tratamiento fue guardada bajo los principios de ética profesional en fisioterapia, Ley 528 de 1999 del Ministerio de Educación de Colombia. El seguimiento y la verificación de la calidad de los consentimientos informados fue realizado por el comité de ética de la Clínica Universidad de La Sabana, entidad que posee registro electrónico de cada consentimiento. Así mismo, cuentan con el registro de las evoluciones clínicas de cada participante de la investigación en cada una de las sesiones.

Para la valoración de la postura, las personas se evaluaron por medio de fotografías en ropa interior, para lo cual se brindó garantía de que estas imágenes sólo serían analizadas por el equipo de investigación y que no tendrían otro fin que el estudio de su postura. Si alguna imagen requiere

ser usada con fines de comunicación de resultados de la investigación, en ésta se cuidará el anonimato de la persona ocultando su cara y cualquier signo que la identifique.

La intervención realizada se consideró de riesgo mínimo para los participantes, aunque las personas pudieron percibir ligeras molestias después de la intervención. Estas molestias responden al proceso de reeducación que surge después de la aplicación de este método. Sin embargo, los beneficios pueden ser mayores, como una mejor alineación corporal, la disminución o abolición de los síntomas relacionados con el DL y la apropiación de su disposición corporal. Otros posibles riesgos son los mismos que se corren con la realización de una actividad física de baja intensidad, por lo cual la intervención se realizó bajo condiciones de estabilidad en sus constantes vitales.

Con respecto al grupo que recibió fisioterapia de ejercicio y sedativa, los riesgos también fueron mínimos, el protocolo aplicado cumplió con los criterios de calidad suficientes para generar disminución en los síntomas de DL, sin que se utilizarán procedimientos similares o derivados del Método estudiado y sus riesgos fueron minimizados por medio de la realización de procedimientos en rehabilitación enmarcados en la seguridad del paciente.

Los recursos naturales usados para este proyecto fueron el papel para las valoraciones, la impresión del consentimiento informado y de los cuestionarios que explícitamente los requirieron, en este punto, se minimizó la cantidad de impresiones y de fotocopias. La información restante se almacenó en dispositivos electrónicos de la Universidad de La Sabana con resguardo en un dispositivo externo de la investigadora principal y se guardarán por un tiempo máximo de 5 años posteriores a la finalización de la investigación, de igual manera, los registros en papel se custodiarán por el mismo periodo de tiempo.

5.1.1 Ingreso al estudio

Desde el mes de marzo de 2019 hasta el mes de marzo de 2020 se realizaron campañas de publicidad de la investigación en la clínica, en el campus universitario y en los centros médicos cercanos al centro de investigación, los interesados en participar se entraron en comunicación con el equipo de investigación. Las personas interesadas respondieron una serie de preguntas para verificar los criterios de inclusión y de elegibilidad; cuando se cumplía con los requisitos de ingreso, se realizó la valoración inicial, dónde se registraron datos sociodemográficos, se identificaron los

criterios de exclusión del estudio, para proceder con la firma del consentimiento informado y aplicar las pruebas clínicas que conforman las variables resultado del estudio.

El total de la muestra calculada para este estudio fue de 54 personas (27 participantes por grupo), los valores estimativos usados para tal cálculo fueron: error tipo uno 0.05, error tipo dos 0.2, potencia de 80% y tamaño de efecto de 0,78 (Díaz Arribas, 2010) para el resultado principal (dolor) la fórmula utilizada fue:

$$n_{cne} = \frac{2+(Z_{\alpha}+Z_{\beta})^2*(1-p)}{(M_{de}-M_{dc})^2}.$$

5.1.2 Participantes

Los participantes en la investigación fueron 61 adultos con DL de origen inespecífico, 28% de sexo masculino y 72 % femenino, con edad promedio de 37 ± 7 años. Se entendió el DL inespecífico como: presencia de síntomas dolorosos al reposo o al movimiento entre las últimas costillas y la región glútea, sin otros signos que sugirieran daños estructurales de la columna vertebral o las estructuras adyacentes. Se reconoció como crónico cuando la duración de los síntomas fue mayor a tres meses (Patrick, Emanski, and Knaub, 2014). Los participantes quienes colaboraron con el estudio asistieron a La Clínica de La Universidad de La Sabana en el municipio de Chía en Colombia.

Los criterios de elegibilidad del estudio, tuvieron en cuenta el cuestionario de Roland Morris con una calificación mayor a 4 y la escala Numerical Pain Rating (NPR) con un puntaje de dolor mayor a 2 en las últimas dos semanas (Hjermstad et al., 2011; Kovacs et al., 2002).

Se excluyeron del estudio 33 personas que durante la anamnesis y revisión de la historia clínica presentaran banderas rojas, o signos de enfermedad grave asociada al DL, índice de masa corporal mayor a 35 (para garantizar la fiabilidad en la medición de las variables de postura), dolor lumbar asociado a compresión o lesión radicular, cualquier modificación física que repercutiera en el complejo lumbopélvico como fijaciones vertebrales, postquirúrgicos segmentarios, tumores. También se excluyeron personas que según el STarT Back Screening Tool (SBST) (Gusi et al., 2011) presentaran alto riesgo identificado, por medio de puntuaciones mayores a 4 del subpuntaje de Q5 a Q9, lo que indicaría la necesidad de un abordaje interdisciplinar para el DL. La exclusión de estas personas respondió a la variación de la evolución y el pronóstico de la intervención, dado

que, personas con las características mencionadas requieren abordajes complejos que no fueron del alcance de esta investigación.

La versión que se usó del SBST fue la chilena (Espinosa et al., s.f) y se aplicó de manera dirigida por quien realizó las valoraciones. Para conocer las propiedades métricas de esta versión en muestras colombianas, se procedió a hacer cálculos de consistencia interna, validez convergente y validez discriminante, con la finalidad de interpretar los resultados obtenidos por la prueba y reconocer su capacidad para tamizar el nivel de riesgo asociado al DL. Este cálculo se hizo con el total de los participantes, en los tres momentos de evaluación. Los coeficientes de consistencia interna del SBST obtenidos, oscilaron entre 0.634 y .780, lo que refiere valores entre aceptables y altos en torno a la consistencia interna. De igual forma, se hallaron correlaciones significativas y positivas entre todos los reactivos y la prueba general. Con el fin de determinar la validez de criterio, se calcularon coeficientes de correlación de Pearson entre el SBST, el NPR y la escala de Morrison encontrando correlaciones positivas y significativas (p valor menor al 0.05) entre las escalas, lo que indica la validez convergente del Start Back.

Finalmente, se realizó la prueba de ANOVA de medidas repetidas para determinar la capacidad discriminante de la prueba. Cabe destacar, que inicialmente se realizó la prueba de esfericidad de Mauchly, hallando un valor W de .974, un chi cuadrado de .643 y un p valor de .725, lo que plantea la esfericidad de las medidas, por lo que no se plantean factores de corrección. Con respecto a los ANOVA, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas preprueba, posprueba y seguimiento.

Los datos indican que hay valores estadísticamente mayores en los puntajes del SBST en las medidas previas a las intervenciones, en comparación con las medidas posteriores a dicha intervención y al seguimiento, lo que permite indicar que el SBST, discrimina en los niveles de riesgo entre personas colombianas que tienen DL y los cambios posteriores a las intervenciones como las desarrolladas en este estudio.

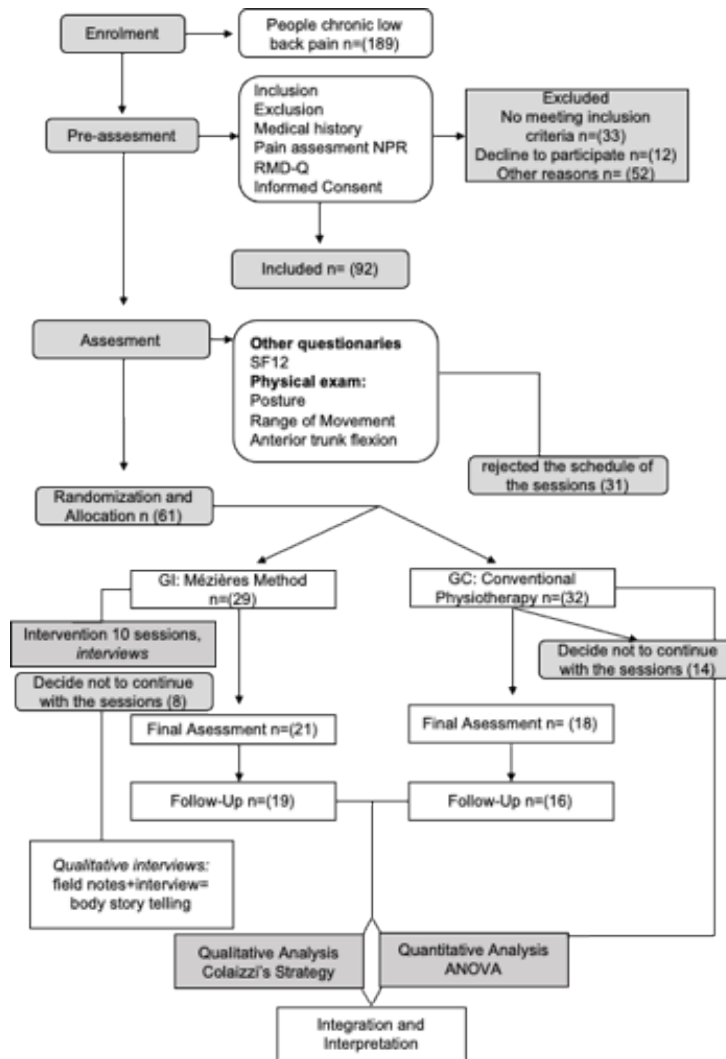
5.1.3 Aleatorización

Se procedió a la aleatorización de las personas incluidas en el estudio para la asignación en cada uno de los grupos de fisioterapia (GMM o grupo de fisioterapia de ejercicio y sedativa (GC)).

Así mismo, las personas excluidas recibieron una sesión de retroalimentación con los resultados de las pruebas y un breve plan de educación para manejo del DL.

Se utilizó la asignación de números aleatorios en el procesador excel. Este procedimiento se desarrolló por un tercero ajena a las otras fases del proceso investigativo y se testificó por un miembro del comité de ética de la Clínica Universidad de La Sabana. El investigador, después de realizar el procedimiento y conociendo el orden establecido, notificó al fisioterapeuta del GMM o GC, los participantes, quienes ya habían sido evaluados en la valoración inicial y compartió los datos de contacto. El fisioterapeuta entró en contacto con la persona para iniciar las sesiones de fisioterapia, como se puede observar en la Figura 7.

Figura 7. *Flowchart CONSORT*



5.1.4. Evaluación

Con la indagación de la historia clínica, se conocieron las características de los participantes incluyendo: edad, sexo, tiempo con la enfermedad y ocupación. Seguidamente, se aplicaron dos tipos de instrumentos evaluativos, los cuestionarios que evalúan características subjetivas: dolor, discapacidad relacionada con el dolor lumbar y calidad de vida. Se obtuvieron medidas de flexibilidad y de postura por medio de la fotogrametría. Para la utilización de los instrumentos fueron entrenados 2 fisioterapeutas que aplicaron las pruebas, ninguno conocía el proceso de asignación a los grupos de intervención minimizando el sesgo de medición.

Cuestionarios:

- **Dolor:** La escala Numeric Pain Rating (NPR) (Hjermstad et al., 2011) es una medida unidimensional para evaluar la intensidad del dolor en adultos. Consta de una escala numérica del 1 al 10, la calificación de 1 corresponde a una intensidad muy baja, mientras que la de 10 es la peor experiencia de dolor percibida. La principal variación con la Escala Verbal Analógica es que la NPR indaga sobre la intensidad del dolor en un periodo de tiempo determinado. Para efectos de esta investigación se preguntó sobre la intensidad del dolor en las últimas dos semanas. Tal y como se mencionó previamente, se utilizó como criterio de ingreso al estudio. Sólo quienes puntuaron por encima de 2 fueron incluidos, no hubo un límite superior para el ingreso; a menos que se presentaran otras alteraciones que ya fueron mencionadas y que se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

- **Roland Morris Disability Questionnaire:** El cuestionario Roland Morris Disability (RMD) (Kovacs et al., 2002; Payares., Lugo., and Restrepo., 2015) es un instrumento simple, de uso rápido, que puede ser autodilucidado por las personas con dolor lumbar. Éste consiste en 24 ítems que reflejan la limitación en diferentes actividades de la vida diaria atribuibles al dolor lumbar. La persona marca cada ítem que considera como positivo según su estado actual; cada ítem seleccionado recibe un puntaje de 1, por lo tanto los puntajes varían de 0 a 24, siendo este último la representación de la máxima discapacidad atribuible al dolor lumbar (Kovacs et al., 2002). El cambio clínico relevante de esta escala es de 4 puntos. La autorización de uso fue obtenida vía correo electrónico con la fundación Kovacs de España.

- **SF12:** El cuestionario SF 12 es un instrumento que valora la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Es una versión corta del SF-36 y se compone de doce preguntas que pretenden conocer cómo las dimensiones físicas y mentales de la salud, afectan la calidad de vida de las personas. La versión en español fue validada en Colombia y fue utilizada en el presente estudio (Ramírez-Vélez et al., 2010). El permiso de uso de este cuestionario fue adquirido y pagado gracias al presupuesto de la investigación, por medio de una licencia no comercial con Optuminsight con número de registro QM048175/2018.

Examen Físico

Postura

La evaluación postural se realizó con el sistema ADIBAS[®] (PhysicalTech, Barcelona, España). Sistema que consta de un software para la salida de los datos y el sensor de profundidad Kinect[™] V2 de Microsoft[®] (Kinect) (Available from: <https://developer.microsoft.com/en-us/windows/kinect>) basado en la tecnología time-of-flight (Corti et al., 2016) la cual permite capturar una imagen y, mediante la transformación en coordenadas mundo, obtener datos 3D que fueron analizados para el cálculo de ángulos y distancias en 2D y 3D de las regiones anatómicas de interés (Reyes et al., 2013).

Las variables posturales que se analizarán se muestran en la Tabla 2. Las pruebas se evaluaron en condiciones ambientales similares de temperatura y luz. El sensor Kinect se fijó a un trípode y se ubicó respecto al participante a una distancia de 180 cm y a 90 cm de altura para las capturas con visión de todo el cuerpo y a una distancia de 80 cm y a 120 cm de altura para la captura con visión de la columna vertebral. La cámara se ubicó a una altura de 92 cm, para lograr las tres tomas fotográficas.

Los participantes realizaron las pruebas, descalzos y con ropa adecuada para la exposición de los puntos anatómicos (las mujeres con bañador de dos piezas y los hombres de una sola pieza): acromion, crestas ilíacas anterosuperiores y posteriores, centro de la rótula, articulación sacro-ilíaca, vértebra cervical 7, vértebras torácicas 1,7,12 vértebra lumbar 3 y vértebra sacra 2. Sobre la piel se fijaron marcadores adhesivos hipoalérgicos de 1cm de diámetro, en zonas anatómicas establecidas para posteriormente analizar los ángulos de las variables estudiadas. (Tabla 2).

Para minimizar la variación de la postura por la posición de los pies, los participantes se situaron sobre una plataforma señalizada con una huella plantar para la ubicación de ambos pies en posición paralela. Las pruebas se realizarán en posición frontal (PF), sagital derecha (PS), posterior (PP), en flexión de tronco (FAT) y durante el Test de Thomas Modificado (TTM). La información verbal transmitida a los participantes para estudiar cada una de estas posiciones fue la siguiente: en caso de PF,PS y PP “manténgase en posición de pie de forma confortable, sin forzar la postura y con la mirada al frente”: en caso de FAT, “flexione su cuerpo hacia delante como si quisiera tocar con los dedos de su mano el suelo pero sin forzar esta flexión y relaje su cabeza”, en caso TTM “acuéstese boca arriba en el borde de la camilla abrace sus piernas y llévelas hacia el pecho, luego deje caer una, y posteriormente la otra”.

Para garantizar la calidad de los datos de evaluación de la postura, se realizó un cálculo de fiabilidad inter evaluador de las medidas en 3D dadas por el software ADIBAS, así se garantizó que la calibración de las medidas fuera efectiva. Para esto, se realizaron mediciones con una submuestra de 26 participantes del estudio, con tres fisioterapeutas tanto del GC y MM. Cada evaluador realizó un entrenamiento de dos sesiones, a partir de un protocolo creado *ad hoc*. El protocolo incluyó el reconocimiento de puntos anatómicos y la marcación de ángulos y distancias. Para mantener el blindaje, cada evaluador realizó mediciones de manera independiente, tomaron 26 fotografías con vista posterior para evaluar la lordosis; esta medición se considera un predictor de DL.

Posteriormente, se realizaron cálculos de coeficiente de correlación intraclase, interpretado a partir de lo propuesto por Pita y Pértegas (2004), siendo un coeficiente de correlación intraclase por debajo del 0,3 malo o nulo, valores entre 0,31 y 0,50 mediocres, 0,51 y 0,70 moderado, 0,71 y 0,90 bueno, y mayores a 0,90 representan una concordancia muy buena. Para determinar la estabilidad de las pruebas realizadas entre los evaluadores, se realizó un ANOVA de mediciones repetidas, la cual incluyó variabilidad entre sujetos, entre evaluadores o jueces y el error aleatorio inherente a cualquier proceso de evaluación (Zambrano-Cristancho et al., 2021)⁵. Los resultados

⁵ Publicación derivada de trabajo con auxiliares de investigación en la Universidad de La Sabana.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563821000250>

en el ángulo lordótico en 3D no mostraron diferencias entre los evaluadores y se encontró un CCI con una concordancia muy buena, Tabla 1.

Tabla 1. *Diferencia de los resultados entre los evaluadores en la medición de lordosis*

	Lordosis 3D (grados)			
			CCI	P
Evaluador1	Media	Desv	0,973	0,89
Evaluador2	40, 86°	11,17		
Evaluador3	40, 96°	11,49		
	41, 26°	11,95		

Nota: *CCI: *Coficiente de correlación intraclase*, Desv: *Desviación estándar*.

Flexibilidad y Rango de Movimiento

Se realizó el test de FAT y el TTM de cada uno de estos se obtuvieron medidas que mostraron la capacidad de extensibilidad de las cadenas musculares evaluadas. Así, el test de FAT (Vigotsky et al., 2016) permite conocer la extensibilidad de la cadena muscular posterior y las medida obtenidas son: el ángulo de movilidad pelviana y el ángulo de traslación de la pelvis, que se puede observar en la Tabla 2. El TTM evalúa la cadena anterior y las medida obtenidas es el ángulo de flexión rodilla (Vigotsky et al., 2016).

Tabla 2. Variables Estudiadas

Variabes Independientes	Instrumento-	tipo de variable
Edad	Entrevista	razón
Ocupación	Entrevista	nominal
Sexo	Entrevista	nominal
Índice de Masa corporal	Báscula – Tallímetro	razón
Tiempo con la enfermedad	Entrevista- historia clínica- meses	razón
Medicación actual	Entrevista- historia clínica-	nominal
Variabes Dependientes		
Dolor	Numerical pain rating.(NPR)-	razón
Incapacidad Funcional Relacionada con Dolor Lumbar	Cuestionario de Roland Morris incapacidad funcional relacionada calificación va desde 0 hasta 24	razón
Calidad de Vida Relacionada Con La Salud	SF12 evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general, posee buenas condiciones psicométricas y está validado en español (34)	razón
Flexibilidad		
Ángulo de versión pelviana	Test de Flexión Anterior del Tronco formado por EIPS e EIAS homolaterales respecto a la horizontal- intervalo	Intervalo
Ángulo traslación pelvis	formado por el trocánter mayor y el maléolo lateral respecto a la vertical- intervalo	Intervalo
Ángulo flexión rodilla	formado por el trocánter mayor, el centro articular de la rodilla y el maléolo lateral	Intervalo
Postura- sagital		
Ángulo traslación cefálica	formado por la apófisis espinosa de la vértebra C7 y el trago de la oreja respecto a la horizontal	Intervalo
Ángulo de versión pelviana	Ángulo formado por la EIPS y la EIAS homolaterales respecto a la horizontal	Intervalo
Postura- Posterior		
Ángulo de cifosis torácica	Ángulo de la curva torácica entre Th1 et Th12	Intervalo
Ángulo de lordosis lumbo-sacra	Ángulo de la curva lumbo-sacra entre Th12 y S2	Intervalo

Nota: EIAS: espina iliaca anterosuperior EIPS: Espina iliaca posterosuperior.

Re-Evaluación

Se realizó una sesión de revaloración al finalizar las diez sesiones de la intervención y un examen final de seguimiento a las seis semanas, en donde se aplicaron los mismos cuestionarios y test descritos previamente. Estas fueron ejecutadas por un fisioterapeuta que desconocía la asignación de los grupos minimizando el sesgo de evaluación.

5.1.5 Intervención

Todos los participantes realizaron 2 sesiones de tratamiento cada semana, durante 5 semanas (10 sesiones en total).

Método Mézières

La intervención al GMM se realizó por una fisioterapeuta certificada en el MM (investigadora principal), con 10 años de experiencia profesional, quién desconocía el proceso de aleatorización y fue ajena al proceso de evaluación de cada participante al inicio, al final y en el seguimiento.

Las sesiones con el MM parten del principio de la globalidad desde la individualidad, en consecuencia, la intervención fue personalizada con una duración de 45 a 60 minutos por sesión. El tratamiento se inició con una fase de toma de conciencia corporal en bipedestación y en decúbito supino, con el objetivo de interiorizar los desequilibrios corporales y las tensiones miofasciales que pudieran estar asociadas al dolor (Figura 8).

De forma general, se incluyeron movimientos articulares globales de las diferentes regiones que pudieran estar interrelacionadas con los síntomas de dolor lumbar, cada sesión con énfasis en una región del cuerpo. Las sesiones 6 hasta la 10 se combinaron según las necesidades identificadas en las primeras 5 sesiones.

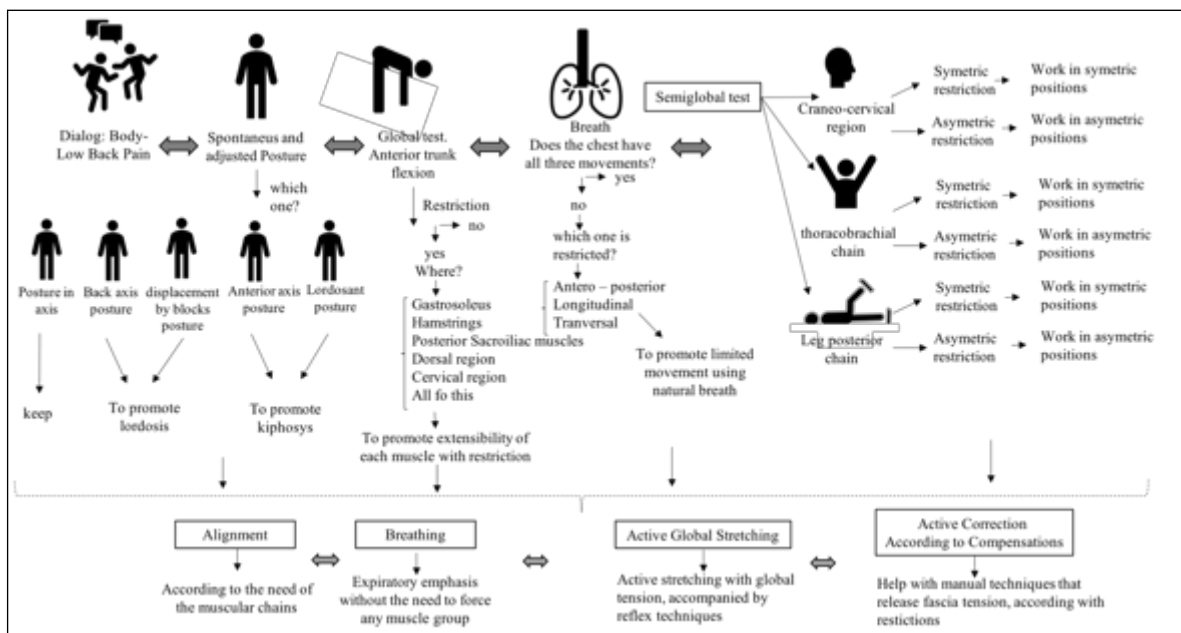
- Sesión 1: conciencia del cuerpo y su disposición, de la respiración, de la movilidad pélvica, de la lordosis. Se finaliza con liberación de cadenas laterales y anteriores del cuello.
- Sesión 2: postura asimétrica cadena posterior (figura 4)
- Sesión 3: postura simétrica cadena posterior supino (figura 4)

- Sesión 4: postura simétrica cadena posterior con carga en bípedo (figura 4)
- Sesión 5: estiramiento cadena braquial combinada con cadena posterior simétrica o asimétrica según necesidad.

Durante todas las sesiones promovió una respiración libre y rítmica sin involucrar los músculos accesorios. Se realizaron ejercicios de mejora de la extensibilidad de las cadenas miofasciales evitando en todo momento las compensaciones locales o a distancia que se puedan generar durante la ejecución de estos. La noción de alineación postural y la activación de la propiocepción se fomentó en cada intervención para una mejor integración sensorio-motriz durante cada fase de la sesión (Denys-Struyf, 2011).

Se realizaron reajustes activos según la realimentación del terapeuta y el diálogo corporal, cinestésico y táctil con él. Para esto se usaron técnicas neuromusculares (contracción-relajación, contracción-inhibición), técnicas de liberación miofascial, masajes profundos sobre el sistema muscular, con el objeto de mejorar los planos de deslizamiento de las cadenas miofasciales, y así, liberar tensiones que repercutieran sobre el complejo lumbo-pélvico. Los ejercicios del MM y las técnicas manuales se realizaron a cada persona respetando sus umbrales de dolor, siempre dentro de una realimentación positiva como se puede observar en la Figura 8.

Figura 8. *Intervención con Método Mézières*

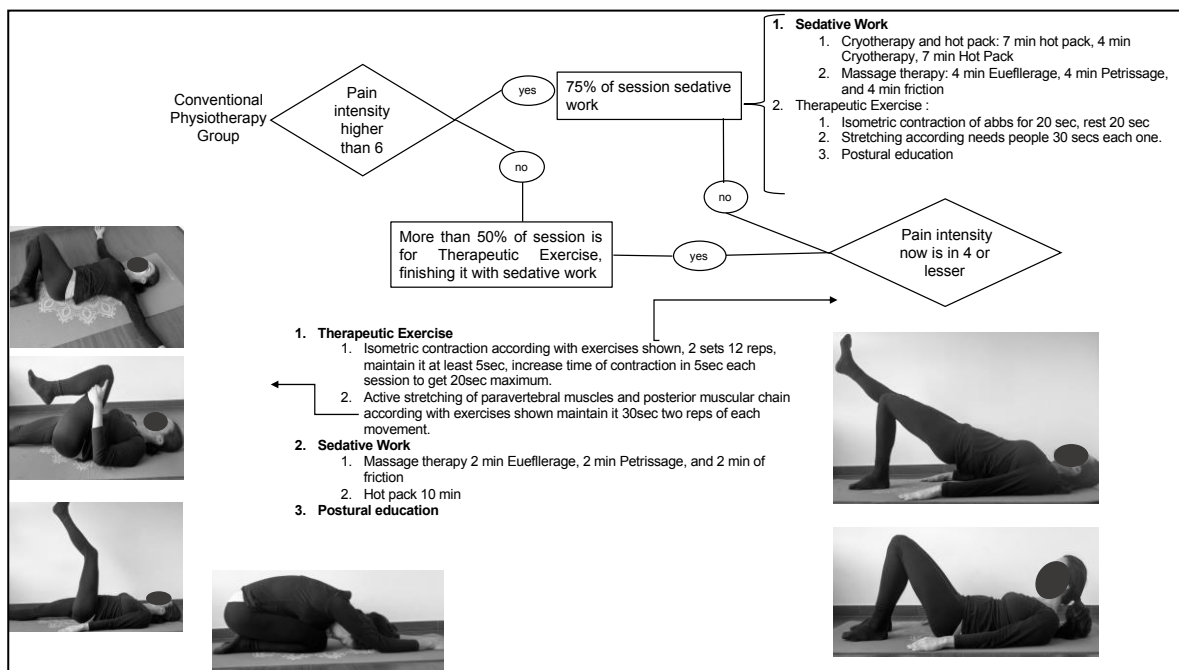


Intervención grupo Fisioterapia convencional

La intervención para este grupo fue realizada por dos fisioterapeutas con más de 5 años de experiencia clínica (diferentes a la investigadora principal), quienes aplicaron el protocolo construido a partir de lo propuesto por Carpes y Aluko (Aluko et al., 2013; Granacher et al., 2013), además de incluir medios térmicos (Dehghan and Farahbod, 2014), masaje terapéutico (Joseph, Hancharoenkul, Sitalertpisan, Pirunsan, and Aatit, 2018) y estiramientos musculares. Se estableció la organización de la sesión según la intensidad del dolor que presentara la persona. Así, si la intensidad del dolor superaba la calificación de 6 se realizaron contrastes térmicos, 7 minutos de calor húmedo seguido de 4 minutos de frío y finalizando con 7 minutos nuevamente de calor; luego de esto, se procedió con masaje terapéutico, 4 minutos de Effleurage, 4 minutos de Petrissage y 4 minutos de Fricción, finalizando con digito presión en regiones de tensión miofascial si es que existiera. Posterior a la terapia sedativa se estableció un protocolo de fortalecimiento muscular y de estiramientos según se muestra en la Figura 9.

Cuando el dolor no superó una intensidad de 6 se inició con ejercicios de fortalecimiento muscular, seguido de estiramientos para la musculatura paravertebral y lumbar baja, finalizando con terapia sedativa, con masaje y calor húmedo, ver Figura 9.

Figura 9. *Intervención GC*



Nota: adaptado de (Aluko et al., 2013)(Carpes, Reinehr, and Mota, 2008).

5.1.6 Procesamiento de datos

Los resultados obtenidos de las variables incluidas en la investigación fueron introducidos en el procesador Microsoft Excel, posteriormente se procedió a la depuración y análisis de estos. Los datos de identificación de los participantes fueron reemplazados por códigos numéricos para mantener el anonimato. Tales códigos fueron organizados por fecha de ingreso, seguido de números consecutivos correspondientes al orden de ingreso al estudio.

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS IBM Colombia versión 21 licenciado por la Universidad de La Sabana. Dicho análisis incluyó estadísticos descriptivos para todas las variables estudiadas (media y desviación estándar) en caso de ser cuantitativas, y frecuencias relativas si eran variables cualitativas. Se estudió la normalidad con las pruebas de Kolmogorov-Smirnov para decidir si se aplicaban medidas paramétricas o no paramétricas. Se realizó un análisis por intención a tratar que incluyó el cálculo de varianza análogo al análisis de un diseño unifactorial, constituido por una ANOVA, siempre y cuando se cumplieran los supuestos de homocedasticidad y de igualdad de varianza, en su defecto, se acudió a un análisis de varianza no paramétrico determinado por la prueba de Kruskal-Wallis para el comparativo entre los dos grupos en los tres momentos de evaluación. También se aplicaron medidas comparativas entre los dos grupos en cada medición usando o la T student para muestras independientes o la prueba de U man de Wthney para los mismos fines cuando las variables presentaron una distribución no normal. Así mismo, para reconocer los cambios intragrupo en los tres momentos de medición se aplicó la prueba de Friedman.

5.2 Diseño Cualitativo

La presente fase del estudio utiliza un enfoque cualitativo realizado por medio de una comprensión fenomenológica sobre las vivencias corporales de personas con DL haciendo el MM. Los datos analizados correspondieron a las entrevistas de 20 participantes del estudio, con quienes se realizaron las sesiones de fisioterapia con el MM, y al diario de campo de la investigadora principal, quien ejecuto el MM. El estudio acoge teóricamente la construcción de interrelación social que se construye entre el terapeuta y el consultante durante la interacción fisioterapéutica

(García, 2012), unido al proceso de interiorización del conocimiento corporal experiencial del consultante.

5.2.3 Muestreo Cualitativo

Se realizó un muestreo de 20 casos extraídos de los participantes ingresados al estudio y que fueron parte del grupo al que se aplicó el MM, con el procedimiento y los criterios de inclusión y exclusión mencionados en el apartado de metodología experimental. A todos los participantes se les informó por medio del consentimiento informado las características cualitativas del estudio, solicitando su autorización para la recolección y análisis de la información. Se vincularon personas de diferentes profesiones y/o ocupaciones, con diverso nivel educativo y rangos de edad ampliados para garantizar diferentes perspectivas narrativas enriqueciendo la interpretación y posterior descripción del fenómeno.

Se solicitó a los participantes información narrativa y buscando el criterio de saturación teórica por medio de entrevistas, se accedió a la comprensión de la experiencia corporal realizando las sesiones de fisioterapia. Se integraron narrativas con riqueza descriptiva sobre la experiencia corporal, hasta alcanzar la saturación teórica que supuso la interpretación constante del contenido de las entrevistas por parte de la investigadora que fue validado con los participantes para cumplir con los criterios de rigor propuestos para la investigación cualitativa.

5.2.4 Entrevistas

El propósito de las entrevistas fue comprender el significado de la experiencia corporal al realizar la interacción con el MM, para lo cual se diseñó una entrevista semiestructurada que permitiera la reconstrucción de la experiencia con la intervención y así, identificar las sensaciones corporales, la percepción sobre las sesiones de fisioterapia y los posibles cambios en el dolor. Las entrevistas se soportaron parcialmente en las observaciones realizadas en el diario de campo de la fisioterapeuta quien realizó la intervención. El lugar escogido fue la Clínica Universidad de la Sabana, en un espacio neutral diferente al consultorio en el que habitualmente se realizaron las sesiones para generar un ambiente confortable para una conversación más amena.

A cada participante se le realizaron tres entrevistas al finalizar las sesiones número: cuatro, ocho y diez, en esta la última, se obtuvo una mayor descripción sobre el fenómeno estudiado, y permitió reconstruir el desarrollo del proceso terapéutico. Las tres entrevistas fueron grabadas y

transcritas literalmente para su posterior análisis; se unificaron en un mismo archivo, dividido por fecha para interpretar cada proceso de interacción. La interpretación que se realizó al grupo de entrevistas fue socializada con los participantes en la sesión de revaloración, profundizando en los aspectos que así lo requirieron o validando que la interpretación fuera la adecuada. Al final, se analizaron 20 grupos de entrevistas con un promedio de duración de una hora para cada grupo. Las preguntas orientadoras de la entrevista se muestran en la siguiente tabla, no se siguió un orden establecido sino a medida que la conversación se producía se plantearon los temas a tratar profundizando en aquellos que dieran información al constructo, como se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Preguntas entrevistas

Preguntas entrevista semiestructurada
1.) ¿Cuáles han sido sus sensaciones corporales durante las sesiones de fisioterapia?
2.) ¿Cuáles han sido sus sensaciones corporales después de las sesiones de fisioterapia?
3.) ¿Cómo ha cambiado su dolor lumbar con las sesiones de fisioterapia realizadas?
4.) ¿Qué piensa, en general, de las sesiones de fisioterapia realizadas?

El análisis también incluyó el diario de campo de la fisioterapeuta, que se construyó con las grabaciones de voz que surgieron durante el proceso de la investigación. Este diario registró el proceso de interacción con los 20 participantes y notas generales sobre la vivencia corporal en el momento de realizar las sesiones de fisioterapia. Cada grabación fue transcrita para luego analizarla a profundidad, el foco del diario de campo fue la experiencia corporal del terapeuta haciendo el MM.

5.2.5 Análisis de datos

El análisis se realizó soportado en la estrategia propuesta por Colaizzi's (Shosha, 2012) para diseños fenomenológicos de la siguiente forma:

1. Transcripciones
2. Formulación de significados

3. Creación de categorías subcategorías
4. Exhaustiva descripción del fenómeno
5. Estructura Fundamental del fenómeno
6. Validación con los participantes

Las transcripciones se realizaron de forma manual reproduciendo los audios, proceso apoyado por 5 estudiantes de último año del programa de Fisioterapia quienes fueron entrenados para tal fin. Con el propósito de resguardar la identidad de los entrevistados, se codificaron sus nombres con las iniciales y el consecutivo de la entrevista (1.0 AR). En este documento se usaron nombres ficticios para hacer más fácil la construcción de la narrativa.

La formulación de significados fue mixta en un proceso inductivo-deductivo, siguiendo el proceso de calidad para la investigación cualitativa sugerido por Jiménez (2000). Esta primera fase fue desarrollada siguiendo las recomendaciones por Corbin and Strauss, (2012), empezando con la lectura de cada transcripción varias veces para sensibilizar a los investigadores con el contenido de estas, tal proceso fue llevado a cabo por la investigadora principal y 4 estudiantes de último semestre del programa de Fisioterapia, posterior a leer la entrevista 1,0 se estableció una reunión para creación de los códigos iniciales, y al finalizar, cada uno codificó una entrevista adicional para validar la interpretación en una última reunión grupal.

Se continuó con codificación axial con el método de comparación constante. Los códigos cercanos fueron agrupados en categorías que continuamente fueron refinadas y organizadas. Posterior a la codificación axial, se buscó la relación entre las categorías para determinar sus relaciones e interrelaciones y estableciendo así las subcategorías, sólo se tuvieron en cuenta aquellas que permitieron acercarse a la categoría central identificada.

El software utilizado fue ATLAS.ti. para estudiantes con referencia número 201816921. Después de determinar las categorías y subcategorías se realizó la descripción exhaustiva del fenómeno, tomando en cuenta la experiencia de los participantes del estudio y de la terapeuta para validarla con algunos participantes, a quienes se les realizó una última entrevista mostrando los puntos centrales de la interpretación.

5.0 RESULTADOS

5.1 Cuantitativos

5.1.1. Participantes

Los participantes del estudio se dividieron de forma aleatorizada en los dos grupos establecidos, GMM estuvo conformado en un 69% por mujeres y el GC se conformó en un 75% por personas del mismo sexo. En el GMM el 76% de los participantes manifestó no consumir medicamentos, a su vez, en el GC ese porcentaje fue del 66%. El promedio de edad para el GMM fue de 39,5 años y para el GC de 35,2 años. Adicionalmente, el promedio de tiempo con el dolor en ambos grupos fue cercano a los 6 años, y el promedio de Índice de Masa Corporal fue de 24 para los dos grupos. Sobre estas características de los participantes no se encontraron diferencias estadísticas entre los dos grupos, como se puede observar en la Tabla 4.

Tabla 4. *Características de la Muestra*

Variable	GMM		GC		P valor Dif
	%				
Sexo	H	31	H	25	0,40
	M	69	M	75	
Toma de Medicamentos	Si	24	Si	34	0,27
	No	76	No	66	
Media (DS)					
Edad	39,5(13,8)		35,2(13,4)		0,22
Tiempo con el dolor	6,04(6,8)		5,6 (5,3)		0,25
IMC	24,9(3,4)		24,3(3,5)		0,8

El promedio de calificación del SBST fue de 3,7, con una frecuencia relativa mayor en los puntajes de 2 y 3 con el 21% en cada uno, seguido de los puntajes 5 y 6 con el 14% en cada uno. El puntaje total del SBST por sí solo no permite la identificación del riesgo, para esto se tiene que analizar desde la pregunta 5 a la 9. Para esta parte de la escala el promedio de calificación fue de 1,9 ($\pm 1,3$); así mismo, la frecuencia de las calificaciones fue mayor en los puntajes de 2 y 3 con un 26 % y 27 % respectivamente, clasificándose en riesgo medio el 58% de los participantes.

5.1.2 Desenlaces primarios

Con respecto a los desenlaces primarios del estudio, la línea base entre los dos grupos no mostró diferencias que limiten la comparación tanto para el postest como para el seguimiento, ver Tabla 5.

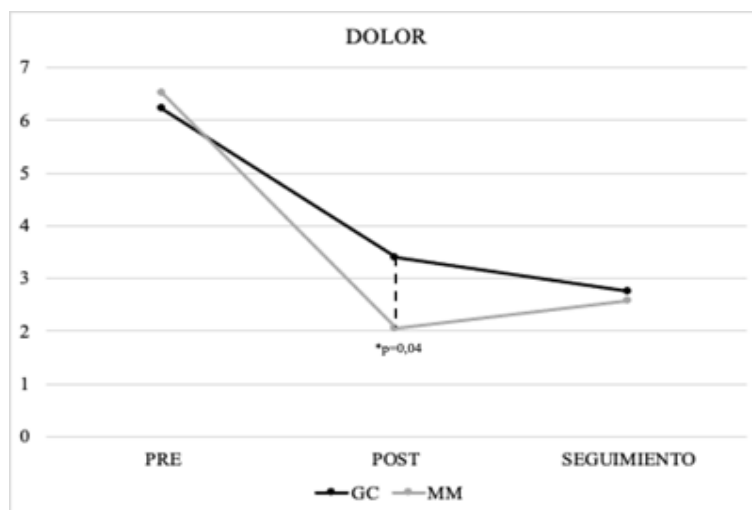
Tabla 5. Comparativos de los Desenlaces Primarios del Estudio

	Intervención Ejercicio terapéutico				Método Mézières				P inter Pre	P inter Post	P inter Follow up	D cohen (momento B)	D cohen (follow up)
	Pre	Post	Follow up	P intra	Pre	Post	Follow up	P intra					
Dolor	6,2	3,39	2	*0,000	6,5	2,05	2,7	*0,000	‡0,205	‡0,040	‡0,961	0,811	0
Discapacidad	9	3	2	*0,000	9	2	1	*0,000	‡0,955	‡0,119	‡0,367	0,383	0,278
Salud física SF12	47,65	47,56	48,55	*0,265	50,98	51,98	46,56	*0,004	‡0,129	‡0,069	‡0,695	0,553	0,374
Salud mental sf12	48,97	46,88	43,85	*0,065	49,98	50,54	47,62	*0,693	‡0,652	‡0,223	‡0,154	0,273	0,681

Nota: * Test de Friedman, ‡ T student para muestras independientes.

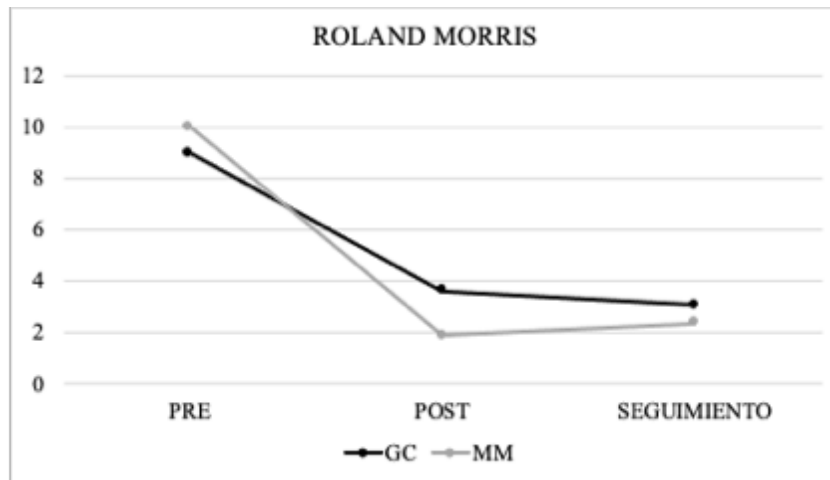
Con relación al dolor evaluado con la escala NPR, los dos grupos mostraron una reducción clínicamente relevante y estadísticamente importante, siendo evidente que las dos intervenciones generaron efectos positivos sobre este síntoma. Al comparar los dos grupos se encontró que posterior a las diez sesiones de fisioterapia hay diferencias entre los dos grupos y el tamaño del efecto es superior a 0,8, a favor del GMM, sin embargo, a las seis semanas post intervención, la diferencia ya no es evidente pero las calificaciones se mantienen con la relevancia clínica y la estadística intragrupos. Lo anterior, se puede evidenciar en la Figura 10

Figura 10. Comportamiento de NPR: Dolor en los 3 momentos de evaluación



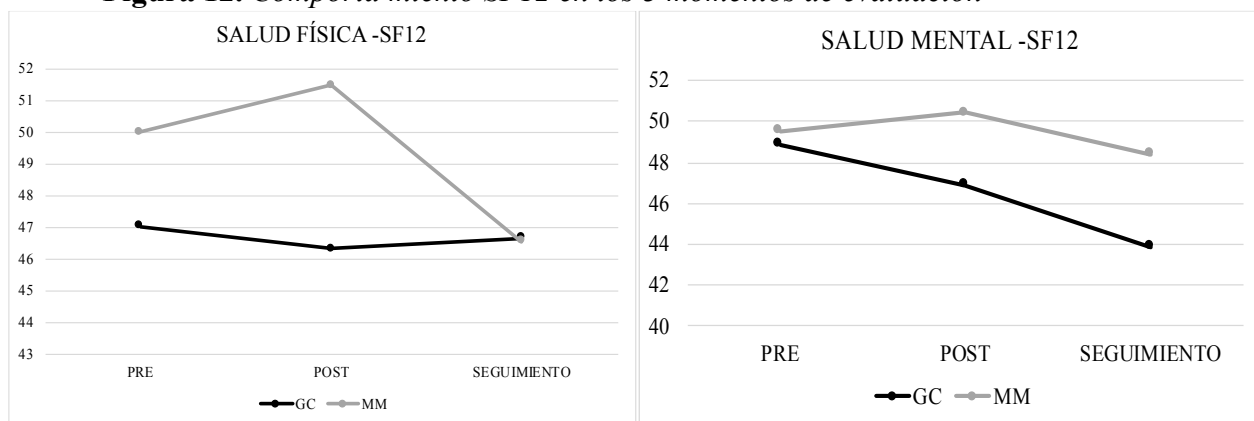
La discapacidad física derivada del DL, evaluada con el cuestionario Roland Morris tuvo cambios clínicamente relevantes para los dos grupos. La comparación intragrupos mostró significancia estadística y los cambios se mantuvieron a lo largo de las seis semanas, posterior a finalizar las sesiones de fisioterapia. No se encontraron diferencias entre los dos grupos y se puede afirmar que las dos intervenciones generaron efectos positivos sobre esta variable. Ver Figura 11.

Figura 11. *Comportamiento del Roland Morris*



Las intervenciones para ambos grupos no mostraron efectos superiores sobre las variables de calidad de vida, en la dimensión de salud física y mental, sin embargo, el promedio del puntaje para cada una de éstas en el GMM fue ligeramente superior en comparación con el GC en el segundo momento de evaluación, Tal incremento no es estadística ni clínicamente relevante, como se puede observar en la Figura 12.

Figura 12. *Comportamiento SF12 en los 3 momentos de evaluación*



5.1.3 Desenlaces secundarios

Las variables de la postura evaluadas por medio de la fotogrametría no mostraron cambios en las medias en ninguno de los dos grupos, como se evidencia en la Tabla 6. A pesar de esto, existieron algunos cambios individuales en el GMM que implican modificaciones en la postura. Estos no son objeto de generalización sobre toda la muestra participante ni implican hallazgos concluyentes.

Tabla 6. Comparativo de medidas de postura en los 3 momentos de evaluación

Postura	Intervención Ejercicio terapéutico				Método Mézières				P inter Pre	P inter Post	P inter Seguimie	D cohen (moment o Pos)	D cohen (follow up)
	Pre	Post	Follow up	P valor	Pre	Post	Follow-up	P valor					
Traslación cefálica	49,1	50,7	49,9	*0,047	51,2	50,0	52,0	*0,441	‡0,482	‡0,460	‡0,369	0,079	0,249
Versión pélvica	12,5	12,3	12,6	*0,305	11,8	12,8	15,0	*0,297	‡0,655	‡0,945	‡0,243	0,018	0,298
Traslación pélvica	2,4	1,8	2,0	*0,268	1,8	1,3	2,0	*0,050	‡0,106	‡0,213	‡0,635	0,298	0,007
Cifosis torácica	40,3	37,4	39,6	+0,646	33,2	29,5	32,4	+0,872	†0,009	†0,010	†0,113	0,869	0,051
Lordosis	46,2	49,1	46,0	*0,842	40,0	37,4	41,9	*0,504	‡0,243	‡0,007	‡0,172	0,937	0,537

Nota: * Test de Friedman, †ANOVA de una vía + test U de man Whitney, ‡ T student para muestras independientes.

Con respecto a la flexibilidad, se aplicó el test de flexión de tronco en el cual se evaluaron tres variables: la movilidad ilíaca (versión pelviana), la traslación posterior de los miembros inferiores y la flexión de rodilla durante el FAT modificado. Los cambios relevantes para estas variables se dieron en el GMM tanto en la movilidad ilíaca como en la traslación posterior. La primera cambió 10° (p=0,019) y la segunda 3° (p=0,009). Lo anterior se presenta en las Figuras 13 y 14 y en la Tabla 7.

Figura 13. Fotografía con ángulo de versión pelviana y proyección posterior de las piernas

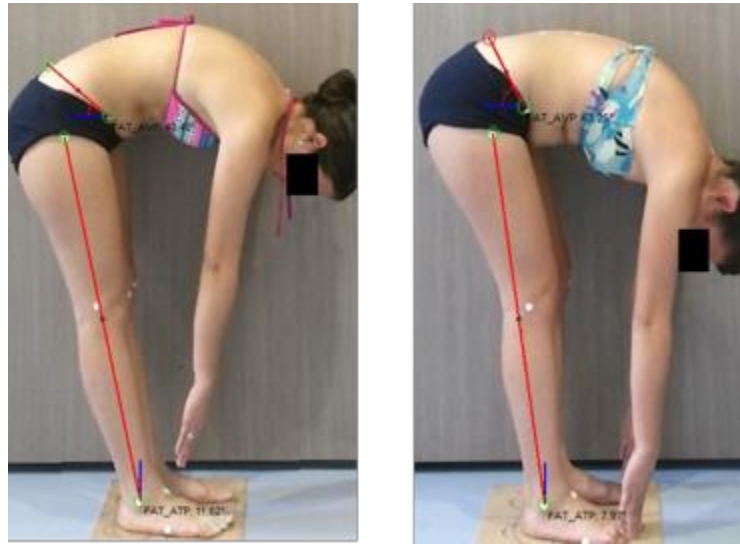


Figura 14. Comportamiento variables test de FAT

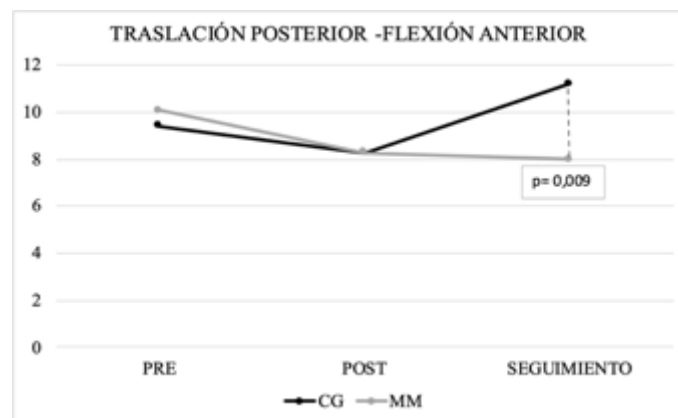
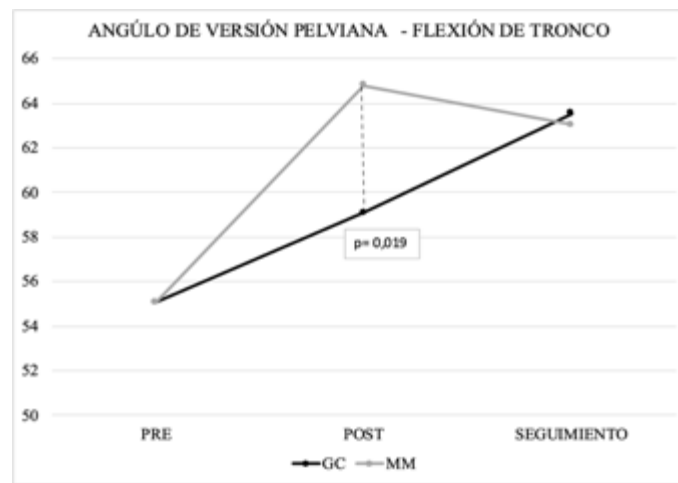


Tabla 7. Comparativo flexibilidad para los dos grupos

	Intervención Ejercicio terapéutico				Método Mézières				P inter momento 0	P inter momento B	P inter Follow up	D cohen (momento B)	D cohen (follow up)
	Pre	Post	Follow up	P intra	Pre	Post	Follow up	P intra					
Test de tomas rodilla izq.	129,3	125,6	133,1	<i>*0,019</i>	131,7	132,7	135,0	<i>*0,393</i>	‡ 0,438	‡0,069	‡0,832	0,368	0,031
Test de tomas rodilla der.	132,9	126,9	135,5	<i>*0,022</i>	128,5	128,8	126,8	<i>*0,378</i>	‡0,169	‡0,835	‡0,004	0,106	0,676
Flexión de tronco versión pélvica	56,3	58,1	63,5	†0,291	54,2	64,7	62,9	†0,019	‡0,763	‡0,257	‡0,314	0,373	0,344
Flexión de tronco traslación posterior	9,4	8,2	14,7	<i>*0,305</i>	10,0	8,2	7,9	<i>*0,018</i>	+0,484	+0,443	+0,010	0	0,798
Flexión de tronco flexión de rodilla	144,3	145,8	129,6	<i>*0,005</i>	142,4	148,2	148,2	<i>*0,504</i>	+0,448	+0,156	+0,000	0,185	0,71

Nota: * Test de Friedman, †ANOVA de una vía + test U man whitney, ‡ T student para muestras independientes.

5.1.4 Discusión

El objetivo de esta fase de la investigación fue determinar los efectos del MM sobre el dolor, la incapacidad funcional y la calidad de vida, en personas con dolor lumbar en comparación con un programa de fisioterapia de ejercicios de fortalecimiento, estiramientos y terapia sedativa. Los datos del estudio muestran que los dos programas de fisioterapia generan efectos sobre el dolor y la incapacidad funcional, siendo mayor el tamaño del efecto del MM sobre el dolor a corto plazo y sin diferencias entre los dos grupos a las 6 semanas de seguimiento, pero manteniendo la calificación del dolor cercana a 2. Con respecto a la incapacidad funcional evaluada con el cuestionario de Rolan Morris, se evidencia un efecto positivo de las dos intervenciones sin que alguna sea superior a la otra.

La intervención también generó ganancias sobre la flexibilidad, puntualmente, en la musculatura posterior de la pierna, siendo mejores los efectos en el GMM. Por otra parte, no se hallaron cambios relevantes en las variables de calidad de vida en sus dos dimensiones de salud física y mental, tampoco existieron cambios en las variables derivadas de la postura para ninguno de los dos grupos. A continuación, se contrastarán estos hallazgos con lo reportado en la literatura.

Para efectos de la presente investigación se definió que solo ingresarían personas con dolor nociceptivo, sin diagnóstico estructural definido, es decir se excluyeron personas con diagnósticos

de fracturas, discopatías severas, artrosis vertebral entre otras. Además se aplicó el cuestionario SBST (Gusi et al., 2011) como medio de identificación de riesgo relacionado con el dolor lumbar. El SBST tiene la capacidad de examinar a los pacientes con DL y dirigirlos a diferentes niveles de tratamiento fisioterapéutico, además de ser una herramienta para realizar un monitoreo de las variables del pronóstico de los pacientes que son modificables, este cuestionario ha demostrado una buena correlación con herramientas que determinan la discapacidad como es el caso de los cuestionarios de Roland Morris y Oswestry, sin embargo, tiene una baja correlación con aspectos como miedo al movimiento.

El SBST es un cuestionario corto de fácil aplicación y seguimiento (Medeiros et al., 2019). Además, se ha demostrado que tiene una buena capacidad de respuesta a las 6 semanas en subgrupos con pacientes con riesgo medio y alto y poca capacidad de respuesta en aquellas personas que tienen un bajo riesgo de discapacidad en el tiempo (Medeiros et al., 2019).

La escala de 9 preguntas ofrece tres niveles de clasificación que permiten determinar las acciones terapéuticas a aplicar: las personas con riesgo bajo (calificaciones de tres puntos o menos) pueden ser tratadas a partir de programas de educación en salud que las provean de herramientas para manejar sus síntomas. En el riesgo medio (preguntas de 5 a 9 con puntajes de 3 o menos) son personas que requerían de fisioterapia y en el riesgo alto (preguntas de 5 a 9 mayores o iguales a 4) se encuentran aquellos que necesitaban un abordaje interdisciplinario, según Keele University requerirían de apoyo psicológico (Robinson and Hanne, 2017). No obstante, el resultado del SBST no es un factor principal que contribuya al tiempo y al número de sesiones de terapia hasta el alta del tratamiento (Tsuge et al., 2020). Sin embargo, algunos estudios sugieren que las técnicas corporales que se enfocan en el *mindfulness* generan importantes efectos en la mejora de la condición de salud de personas con DL (Zou et al., 2019).

Con respecto a la evaluación del dolor se utilizó el NPR (Hjermstad et al., 2011). La calificación promedio para esta prueba fue de 6,3 ($\pm 1,2$), siendo una intensidad moderada. Este test se complementó con la escala de RMQ que permite identificar la limitación funcional percibida por la persona con relación a su dolor de espalda, es un instrumento clínicamente usado que permite reconocer cuanto afecta la funcionalidad de la persona a causa de su DL (Kovacs et al., 2002). El promedio de calificaciones fue de 9,4 ($\pm 4,6$). Finalmente, las personas también evaluaron su

calidad de vida relacionada con la salud usando el SF12 para el componente físico, el puntaje promedio fue de 48,4 y el componente mental de 49,9.

Sobre estas variables primarias del estudio, se encontró que los programas de fisioterapia aplicados en ambos grupos generan efectos positivos para los consultantes con DL. Ambos protocolos de intervención incluían la realización de técnicas manuales durante las sesiones prescritas, el GC recibió protocolos de masaje y para el grupo que recibió el GMM no se aplicó el mismo tipo de técnica manual, sin embargo, en cada posición prescrita del MM las manos del fisioterapeuta facilitaron la liberación de los músculos que así lo requirieran por medio de liberación miofascial.

El estudio clínico de equivalencia diseñado permitió comparar dos intervenciones que en conjunto son positivas para las personas con DL, la intervención del GMM incluyó, según lo describe su autora, una serie de técnicas corporales que se ponen en práctica de forma simultánea según considere el terapeuta. Durante una posición de estiramiento de la cadena posterior, se puede usar masaje de liberación de los músculos que se van estirando, mientras se van dando comandos de respiración y alineación postural, lo cual se complementa con técnicas de Facilitación Neuromuscular para inhibir de forma más efectiva la musculatura rígida que así lo amerite. Cada posición utilizada se mantiene al menos durante 15 minutos por extremidad, lo que garantiza la activación de grupos musculares del centro del cuerpo para el control de las posturas. Así, esta suma de estímulos lo que permite es ganancias sobre el dolor, la incapacidad funcional y la flexibilidad. Sobre la facilitación neuromuscular propioceptiva, la revisión de Bleda afirma que esta técnica genera mejoras significativas en la movilidad lumbar en el plano sagital, en la resistencia estática y en la dinámica del tronco en flexión y en extensión, favoreciendo la funcionalidad, la calidad de vida y el control del dolor (Bleda and Meseguer, 2020).

El GC a diferencia del GMM recibió cada intervención de forma separada, el plan de ejercicio diseñado incluyó prescripción de estiramientos analíticos para la musculatura paravertebral y musculatura posterior de la pierna (ver protocolo de intervención), cada ejercicio se prescribió con unas series y repeticiones, además, se prescribieron ejercicios de fortalecimiento para la musculatura del centro del cuerpo, también con series y repeticiones que se aumentaron progresivamente según la tolerancia de la persona. Es importante mencionar los beneficios para el consultante con DL en cuanto a realizar actividad física a saber: reducción del dolor y mejoría de

la funcionalidad a largo y corto plazo, se ha reconocido que la actividad física es un factor importante no solo en la prevención sino en el tratamiento del DL (Zamora Salas, 2017).

En el GC se incluyó un protocolo de terapia sedativa con contrastes térmicos y masaje. Sobre las intervenciones aplicadas no se puede establecer cuál de todas es la que genera los efectos positivos sobre el dolor y la incapacidad funcional, pero se concluye que la suma de estas genera cambios clínicamente relevantes a corto y mediano plazo para las personas con DL. Estudios previos, indican que no existe un protocolo específico para el DL, sin embargo, es importante señalar que el tratamiento no se debe centrar únicamente en el manejo del dolor, sino que debe incluir un plan basado en las necesidades de la persona que puede incluir medios sedativos, ejercicio, educación entre otros (Bonetti et al., 2010).

Como se describió, los dos grupos de este estudio recibieron técnicas de masaje, sobre la efectividad de este procedimiento fisioterapéutico, teniendo en cuenta la revisión de Furlan et al. (2015) se concluye que en comparación con grupos control sin intervención tienen efectos positivos en el dolor a corto plazo, pero no sobre la funcionalidad. De igual forma, afirma que son pocos los eventos adversos derivados de esta intervención, por lo cual se considera segura para los pacientes con DL. Estos hallazgos también son mencionados por Chou et al. (2017) cuya revisión menciona que el masaje ha mostrado efectos de moderados a leves, en las mejorías del DL, así mismo, sugiere que las investigaciones sobre sus efectos deben continuar. Desde un enfoque más subjetivo, es preciso mencionar, que el contacto manual en fisioterapia es mucho más que una manipulación cutánea que genera efectos sobre un sistema o grupo de sistemas; el contacto en cambio, abre el camino a una convivencia respetuosa y de confianza entre el terapeuta y el paciente (Bjorbækmo and Mengshoel, 2016).

El ejercicio como tratamiento para el DL no específico, ha mostrado una evidencia moderada (Owen et al., 2020); al respecto, el tipo de ejercicio que más favorece los resultados en calidad de vida y funcionalidad para pacientes con DL son el entrenamiento de fuerza de la musculatura del centro del cuerpo (Coulombe et al., 2017; Wang et al., 2012), los cambios que generan estos planes de entrenamiento sobre la funcionalidad y el dolor se mantienen hasta los tres meses pero no a largo plazo. También encontró que el entrenamiento de fuerza, coordinación y balance, resultan más efectivos que el entrenamiento de capacidad aeróbica (Searle et al., 2015). Al no mantenerse los resultados a largo plazo, la costo-efectividad de este tipo de intervenciones

debería seguirse estudiando (Miyamoto et al., 2019). El seguimiento que realizaron estos estudios fue a corto, mediano y largo plazo, siendo una de las limitaciones del presente estudio, dado que el seguimiento, se realizó solo a las 6 semanas post intervención, por lo cual, se desconoce si los resultados en dolor y funcionalidad se lograron mantener a largo plazo.

Las intervenciones de este estudio tanto en el GC como en el GMM procuraron mejorar la flexibilidad de la musculatura posterior de la pierna, que incluye entre otros, a los músculos isquiotibiales que tradicionalmente son tensos y se le relacionan con impactos negativos sobre la biomecánica de la pelvis y la cadera (Miyamoto et al., 2019).

Ese incremento de la movilidad iliaca durante la flexión de tronco pareciera tener un efecto positivo sobre la mecánica de la pelvis según lo reportado por Laird et al. (2014; 2019) existen diferencias significativas entre la movilidad anterior de los iliacos (versión pelviana, anterior pelvic tilt) durante la flexión de tronco en bípedo entre las personas con DL y sin DL (diferencias de 10°), por lo cual, los planes de intervención deben procurar aumentar la movilidad de la pelvis en el plano sagital, lo que permitiría un aumento de la coordinación lumbopelvica acompañado de una mayor relajación en la musculatura paravertebral durante la flexión de tronco en bípedo (Laird et al., 2019).

A partir de los resultados, conviene observar la evidencia alrededor de los métodos de fisioterapia que se originaron gracias al MM, de forma concreta el método de reeducación postural global (RPG) que si bien no es igual al MM si guardan ciertas similitudes, sobre todo en los principios que los rigen. La revisión de Ferreira sobre los efectos del RPG en condiciones musculoesqueléticas concluye que el uso de RPG es mejor que no hacer el tratamiento, pero no es superior a otras terapéuticas de comparación (Bonetti et al., 2010; Ferreira et al., 2016), situación similar a lo hallado en el presente estudio, donde el efecto superior del MM se encontró en la calificación del dolor, en el segundo momento de evaluación y en la flexibilidad.

También coincidente con la revisión de Paolucci et al. (2019) donde no solo incluyen el RPG sino otros métodos globales de movimiento, y afirman que no es evidente la superioridad de este tipo de intervenciones frente a otros tratamientos ofertados por fisioterapia para tratar el dolor lumbar. Finalmente, estudios indican que RPG es más eficaz para reducir el dolor y la discapacidad en personas con dolor lumbar que las técnicas segmentarias, sin embargo, otros estudios demuestran lo contrario, la razón de esto puede estar relacionada con que esta técnica puede ser

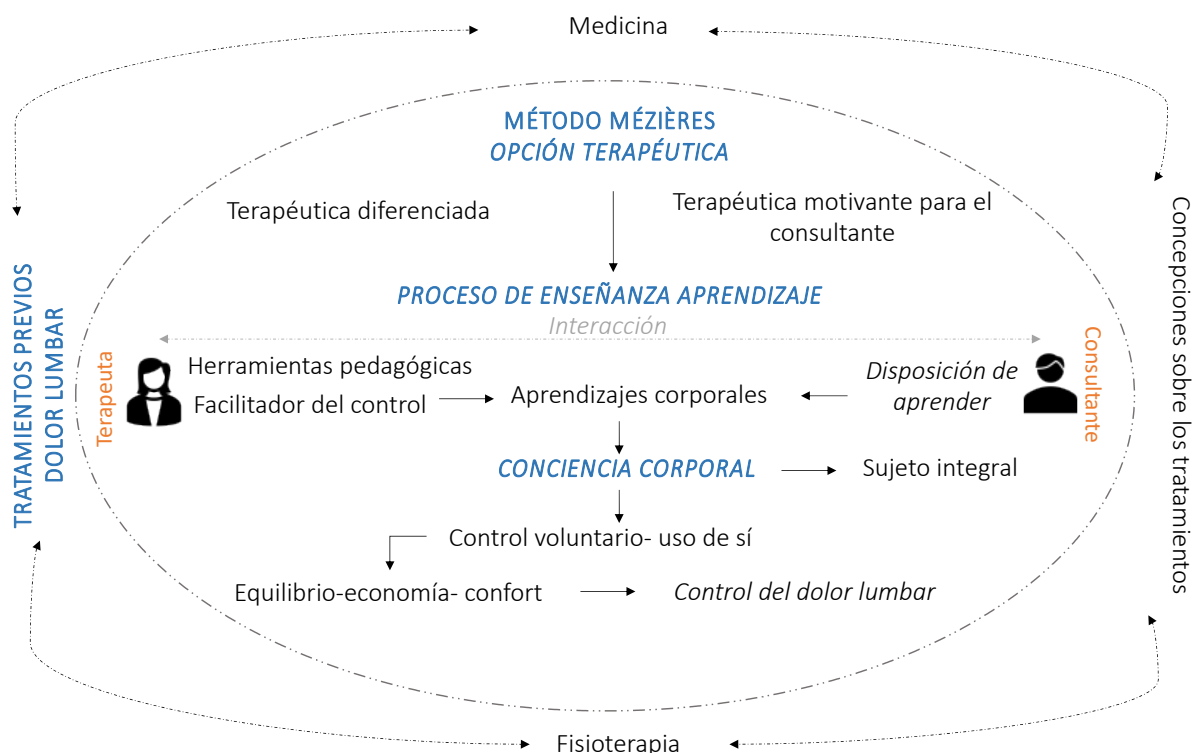
más efectiva que otras técnicas analíticas de estabilización o movilización, pero no es superior a otras técnicas de estiramiento (Zamora Salas, 2017).

Esta fase del estudio tuvo como objetivo: determinar los efectos del MM sobre el dolor, la incapacidad funcional y la calidad de vida en personas con DL en comparación con un programa de fisioterapia de ejercicios de fortalecimiento, estiramientos y terapia sedativa. Encontrándose que el MM no es superior al programa de fisioterapia que se usó como comparativo. Las dos intervenciones son clínicamente relevantes para la condición estudiada, mejorando el dolor y la limitación funcional generada por el dolor lumbar. Las intervenciones no generaron efectos sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

5.2 Resultados Cualitativos

La descripción del fenómeno de la experiencia corporal al hacer el método Mézières, irá según lo narrado por los participantes, agrupada por las categorías que las representan con sus respectivas subcategorías; emergieron en total 4 categorías que se describirán alrededor del fenómeno por medio de las subcategorías, tal como se diagrama en la Figura 15 (Ver anexos mapas de redes Atlas. ti).

Figura 15. Diagrama de categorías y subcategorías del estudio



5.2.1 Tratamientos previos para el dolor lumbar

La primera categoría muestra como los participantes del estudio para relatar su experiencia haciendo el MM recurren a la descripción de los tratamientos previos, y por medio del relato de la historicidad con el dolor, permiten acceder a las vivencias que han tenido para manejar la sintomatología. Desde aquí emergió la primera categoría: **tratamientos previos para el dolor lumbar**.

Tabla 8. *Tratamientos previos para el dolor lumbar*

<i>Categoría</i>	<i>Subcategorías</i>
<i>Tratamientos previos para el dolor lumbar</i>	Prácticas y discursos médicos para manejo del dolor lumbar.
	Prácticas y discursos fisioterapéuticos para el manejo del dolor lumbar.

Algunas experiencias de los participantes de este estudio permiten advertir sobre las realidades en las consultas médicas por DL y la percepción que los sujetos van formando desde sus vivencias, en medio de las cuales dan toda legitimidad al saber médico que se va diluyendo a causa de las experiencias vividas en ese escenario.

Sobre las *Prácticas y discursos médicos para manejo del dolor lumbar*, Antonia de 36 años, productora de cine y televisión, relató como luego de tener un episodio de dolor lumbopélvico intenso, pasó por varios procesos médicos que no lograron un tratamiento oportuno para su molestia, esta situación afectó diferentes ámbitos de su vida y la llevó a la decisión de no moverse, limitando su capacidad expresiva como ser corporal.

[...] hablando con los especialistas, uno me dijo –que yo no me podía mover- que lo mejor era que dejara es parte inmovilizada [se refiere a la zona lumbo-pélvica] para que se curara, y que no había nada que hacer, que iba a revisar si tocaba hacer una cirugía, mejor dicho; si un especialista, le dice eso a uno, entonces, uno se lo cree y me quedé quieta, no me movía, no hacía ejercicio y evité hacer cosas. Me dijo -evite ese movimiento de mover la cadera [muestra un movimiento de anteversión y retroversión pélvica], deje esa parte quieta, para que se sane- ahora estoy siendo consciente que en todos esos años [3 años] he tratado de dejar esa parte quieta, y cuando me voy a mover, siento que se me puede salir la vertebra [...]. *(I.0AR)*

La inmovilidad como opción terapéutica y el desconocimiento sobre el propio cuerpo, lleva a que los consultantes legitimen el conocimiento médico, en todos los casos, sin que se tengan presentes las implicaciones reales de la inmovilidad, sin que sea estrictamente necesaria, se indagó con Antonia, si tuvo en cuenta las recomendaciones médicas y al respecto ella responde:

[...] Si, porque esa fue la recomendación que me dieron, porque el conocimiento de ellos es ese y como uno no sabe nada, simplemente la acepta, por el conocimiento que tienen estas personas [...] **(1.0AR)**

Cuando ella dice “uno no sabe nada” se refiere al monopolio del conocimiento biomédico que está en poder de algunos, legitimado por la ciencia y minimizando las formas sensibles que cada ser puede tener o percibir sobre el sí mismo. Además de esto, la generalidad de tratamientos, mantienen una visión anatomista, en este caso, Camilo, Ingeniero de Sistemas de 54 años establece:

[...] la precepción que tengo de los tratamientos que recibí, es que los diferentes especialistas se concentraban cada uno, de una manera muy reduccionista en su especialidad y olvidaban el resto, o era una posible intervención quirúrgica, o eran pastillas para el dolor, o era hacer ejercicio [...] la sensación que tengo, y lo que me ha dicho la medicina tradicional [se refiere a la medicina occidental] que casi coincido con ellos, es que esto es un mal con el que hay que convivir, hay que saber llevar, mejor dicho, a menos que me realice una intervención quirúrgica, que no estoy dispuesto a hacerla, el mal no tiene remedio [...] **(3.0CO)**

Esta percepción se concibe en medio de la relación social construida en el espacio de la consulta médica, en el cual se permite a la persona decidir o no practicarse una intervención quirúrgica, pero esa libertad supeditada a la limitación de movimiento que trae consigo el pensar que “*el mal no tiene remedio*”, hace que la persona tenga una limitación sobre sus capacidades de movimiento, dictaminadas por el personal médico y una resignación sobre el diagnóstico dado. Además de lo expresado por Camilo, Yolanda, secretaria de 40 años, quien también ha consultado recurrentemente por DL, dice:

[...]es que eso es de hace muchos años, a mí en algún momento me dijeron que tenía una lumbalgia mecánica y me limitaron para hacer cosas, pero nunca me pusieron atención y dejé así [...] y yo me cansé de decirle al doctor: me duele aquí, me duele aquí, me duele aquí y no me prestaba atención, como uno siempre va porque le duele la espalda, siempre me decían: eso es estrés, eso es estrés, eso es estrés - Para ellos, todo es estrés. Y hoy día, si uno va es fibromialgia [...] - me duele el hombro, me duele acá -¡ah! eso es fibromialgia- porque eso es lo que están diagnosticando a todo el mundo, ¿entonces? uno decide no volver **(5.0 YO)**.

Como consecuencia de la relación social que se construye en los servicios médicos para tratar el DL, las personas empiezan a deslegitimizar los procesos que se construyen en ese espacio, sobre esto Antonia con relación a lo afirmado por Yolanda, manifiesta:

[...] por lo general, creo que el 70 por ciento de los médicos, en todas las especialidades, en las que he estado, siempre es a las carreras, no se les ve el interés, entonces me genera como rechazo [...] **(1.0AR)**

A pesar de las brechas de conocimiento existentes entre el personal de salud y los consultantes, estos últimos saben cuáles son los dispositivos diagnósticos más usados, y a los cuales podrían tener acceso para aliviar las incertidumbres causadas por el dolor, mayoritariamente los consultantes reclaman por la necesidad de imágenes que permitan ver sus estructuras anatómicas, al respecto Lucía de 45 años, propietaria de un café-bar, relata:

[...] me mandé a tomar una tomografía, le pedí el favor a Diana [Es una familiar enfermera], le dije, yo quiero que me revisen de acá a acá [señala entre el cuello y la pelvis] a ver que tengo, porque también el dolor es acá [señala las dorsales y parte lateral del tórax], entonces me dijo -¿serán los pulmones, qué será?-. entonces Diana me dijo que en esa tomografía se puede ver todo para descartar que sean los pulmones, ahí sale sobre la columna y se podría ver todo, así que me la mandé a tomar, pero todo salió bien

Margareth: ¿y hace cuánto fue eso?

Lucía: eso fue hace como 20 meses [...], entonces ahora le voy a decir al doctor Campos que me tome una ecografía abdominal, hace tiempos que no me la tomo, siempre es él quien me la realiza, a ver si sale algo, porque entonces qué más puede ser [¿...?] ya me está preocupando porque es demasiado dolor y llevo mucho tiempo con este dolor **(9.0 LICO)**.

La incertidumbre por el dolor, el desconocimiento de la causa y de los procesos que los desencadenan, muestran la necesidad de dar explicaciones anatómicas al síntoma. Aún así, las diversas explicaciones alrededor del dolor, no necesariamente, están asociadas con daños en las estructuras sino con las denominadas “quejas corporales” sobre la forma en cómo se está usando el cuerpo.

Luego de asistir a la consulta médica por DL, es usual que la opción terapéutica a la que se acude sea la fisioterapia, emergiendo aquí la subcategoría *Prácticas y discursos fisioterapéuticos para el manejo del dolor lumbar*. Las sesiones de fisioterapia son prescritas para mejorar la condición de salud de los consultantes, y aliviar la sintomatología, sin embargo, se generan dudas alrededor de su efectividad, en el marco del sistema de salud que ha configurado la forma de interacción que se vive, sobre esto, María de 46 años, quién se desempeña como secretaria relata cómo fueron las sesiones en su aseguradora para tratar el dolor:

[...]lo sientan a uno y le ponen una toalla mojada, ponen el cronometro pasados unos minutos, lo que pusieron, lo cambian por frío o por calor [...]otra que me hicieron, fue ponerme la máquina que le mostraba allá [electroterapia] y con esa máquina, no sé hasta donde sea efectivo [risas], siempre dicen que frío y calor, pero no me parece [...] Yo fui a terapias en tres ocasiones por el dolor, cuando me daba [el dolor] me dejaba tiesa, el dolor era intenso, entonces, uno llega allá [medicina general], entonces le dan las pastillas antiinflamatorias y luego las terapias, pero siempre ha sido las toallas con calor o con frío y la máquina, que según ella - eso ayudaba muchísimo - y en otras ocasiones, me ponían a hacer movimientos, que haga este ejercicio, no sé cuántas veces, y decían: ya vengo, ahora hágalo así y ya vengo. Allá, lo paran a uno y suba la pierna o póngase el balón aquí, suba las piernas cuente hasta 20 y uno lo hace, pero no sabía, si lo hacía bien [...] **(18.0MC)**.

A la perspectiva de María se suma lo manifestado por Lina de 39 años, quien trabaja en servicios generales y realiza actividades repetitivas de movimiento, ha sido remitida en diferentes momentos a fisioterapia:

[...] Y a uno le dicen, bueno, terapia para tal cosa, y uno ¡ay no! para esas gracias yo las hago en la casa [...] y me ahorro ese tiempo, que estoy yendo al seguro, que por cierto, para que en el seguro le den a uno una terapia, le dan una hoy y la otra, hasta los 15 días **(6.0 LFD)**.

La apreciación de Lucía se enmarca en cómo no ha encontrado respuestas en las sesiones de fisioterapia realizadas en el seguro médico, además, manifiesta cómo los trámites burocráticos en las aseguradoras no le permiten tener continuidad en el tratamiento fisioterapéutico. Por su parte, Samuel de 60 años, quien se dedica a los oficios del hogar, también relata como las sesiones de

fisioterapia ofertadas por su seguro médico tienen unas características, que en general no le generan alivio:

[...] por la EPS, pañitos, ya ni siquiera me colocan como antes, toallas con calor y frío en la espalda para hacer los ejercicios, no, ahora, me entregan un balón, -haga estos ejercicios-. Y la terapeuta se va, deja ahí cuatro, cinco, seis, siete, diez pacientes, haciendo los ejercicios, sin ningún direccionamiento, entonces, allá no encuentro ningún alivio **(17.0SM)**.

La prescripción de medios terapéuticos como el calor, el frío y los ejercicios, no generan ningún daño al consultante, sin embargo, no responden puntualmente a las necesidades alrededor del síntoma a tratar, vuelve a aparecer el sometimiento del cuerpo a los dispositivos que le son dados externamente, pero sin incorporar una experiencia transformadora, que le permita resolver las inquietudes sobre su queja corporal. Sobre esto Camilo menciona:

[...] yo asistí a un par de sesiones de terapia, formuladas medicamente por el mismo problema [dolor lumbar], ... eran un conjunto de ejercicios físicamente exigentes, pero la verdad, no sentí que estuvieran beneficiándome y pienso que no lo estaban porque no eran personalizadas, era un grupo de personas que íbamos y a quienes un instructor, nos hacía una serie de ejercicios, pero me parece que no estaban centradas en mi caso y ni en mi problema específico [...] **(3.0CO)**

La mercantilización de los servicios de salud, ofertada por las aseguradoras a las que tiene acceso la población, permite y promueve mayor volumen de atención dejando de lado la personalización de los servicios y las respuestas puntuales que se puedan tener a cada caso. A su vez, en los servicios privados de fisioterapia las sesiones podrían estar personalizadas pero la visión de los síntomas con los que cursa la persona desde el cuerpo máquina o desde el cuerpo disciplinado pueden afectar el pronóstico de atención. Juan Carlos, agrónomo de profesión de 45 años, quien cursa con dolor hace más de 10 años comenta:

[...] en mi proceso [...] yo te había hablado mucho de fortalecer [en cada sesión mencionaba que si era necesario fortalecer los músculos de la “faja abdominal”] -es que tiene que fortalecer el *core* [músculos de la faja abdominal]-, eso me decían los fisioterapeutas que me habían visto, me decían - es que toca fortalecer, tiene no sé qué, es

que debe ir al gimnasio - yo decía, con este problema ¿cómo hago cargas?, ¿Qué tengo que hacer? entonces yo me veía en el proceso; no digo degenerativo, pero sí pensaba, que mi edad está avanzando ¿y? [...] (15.0 JUAC)

Esta visión del ejercicio terapéutico, aunque es efectiva en ciertos casos, no siempre responde a la demanda de los consultantes, pues las causas del dolor son diversas y el tratamiento no debería ser siempre el mismo, sino que la individualidad debería primar para escoger los movimientos y dispositivos que desde la terapéutica se prescriben y recomiendan.

Además de lo mencionado, Juliana de 25 años, fisioterapeuta de profesión, narró su experiencia alrededor del DL desde la perspectiva de los profesionales en fisioterapia. En su discurso se muestra cómo el sistema en el que se está inmerso los envuelve y se incorporan formas de atención que se salen de su intención terapéutica, Juliana ingresó al estudio por DL y ella describe cómo las consultas sobresaturadas de pacientes la llevaron a tener respuestas corporales como el dolor:

[...] Mi dolor lo relaciono mucho con el trabajo anterior [fisioterapeuta medio tiempo en un servicio de consulta privada], empezó como una [...] molestia que fue aumentando, aumentando y ya luego se convirtió en un dolor [...] era muy terrible, los días que más había personas [muchos pacientes en la consulta] los días de más carga laboral. Allá se atendían [...] en promedio, unas 20 personas diarias, pero hay días que la agenda se descontrola un poco y terminaban siendo 28 o 29 personas y [...] en media jornada (7.0 JA).

Media jornada laboral de 5 horas con 28 pacientes, implica una relación de 5,6 pacientes por hora, situación que no deja muchas opciones para el profesional de personalizar los servicios, esto sin contar el tiempo que implican los procesos administrativos que se deben desarrollar en cada atención, como evoluciones y registros de estadísticas. En medio de este contexto, el cuerpo del terapeuta también reclama sobre su uso sobre lo cual Juliana dice:

[...] yo siento, que cuando llegaba un punto en que ya estaba cansada, intentaba buscar formas en mi cuerpo que me ayudaran a hacer lo que tenía que hacer y de alguna forma, eso me afectaba la espalda o hacia mala fuerza, no sé, el hecho es que lo relaciono [el dolor] mucho con el trabajo, había un punto en que yo tenía que recostarme contra la pared

para poder hacer las cosas, sentía que mi cuerpo no iba a ser capaz de hacerlo, si no estaba en algo que me diera apoyo para hacerlo [...] (7.0 JA)

Las respuestas emocionales también recaen sobre el cuerpo del terapeuta:

[...] y también, por ejemplo: el estrés, como se manejaba tantas personas pues el estrés del control [...] yo soy una persona que cuando hay que mover las manos, se mueven y si hay que hacer algo, se hace [...] y se hace bien y siento que dentro de mi afán porque todos [los pacientes] estuvieran haciendo algo y estuvieran cómodos, también me estresaba [...] entonces llegaban más personas y yo, ya estaba colgada del techo porque no tenía donde acomodarlos, de pronto, no tenía los medios para hacer las cosas y así, entonces [el dolor] lo relaciono mucho con el trabajo. (7.0 JA)

Ese alto volumen de pacientes, en una consulta privada, está relacionado con la necesidad de mantener la alta facturación en el negocio, afirma Juliana:

[...] como es un consultorio privado, pues a ellas [las propietarias] lo que les importa es recibir ingresos, entonces llegaba alguien sin cita y bueno, está bien siga, llegaba alguien tarde, bueno, siga [...] y se le hacía todo, se acumulaban todos y el estrés era para uno como terapeuta [...] (7.0 JA)

La vivencia que narra Juliana desde el punto de vista de los consultantes es sobre cómo los terapeutas prescriben ciertos ejercicios, pero la personalización del servicio se pierde, tal y como se ha relatado en los apartados previos. Sobre esto, la señora Beatriz de 58 años, quien se desempeña como vigilante dice:

[...] cuando a uno lo mandan a terapias, solamente la doctora [fisioterapeuta] le dice haga tal y tal cosa, pero no se enfoca solo en uno porque tiene muchos pacientes, entonces le ponen hacer estiramientos, pero es el mismo estiramiento para muchas personas y a la doctora, le toca ir a ver a otros que están haciendo otro tipo de estiramientos [...] (12.0 BM)

Desde esta misma perspectiva, Samuel manifiesta, además, que los ejercicios prescritos le generan molestias:

[...]Y la terapeuta se va, deja ahí cuatro, cinco, seis, siete, diez pacientes, haciendo los ejercicios, sin ninguna dirección [...] terapias dolorosas y ninguna mejoría, antes peor

[...], haga esto 30 veces y se va la persona [se pregunta] ¿Lo estoy haciendo bien, lo estoy haciendo mal? entonces ya quiero terminar, quiero terminar las 30 veces ya y no quiero sentir más ese dolor [...] (*SM17.0*)

Estas prácticas y discursos que emergen se relacionan con la falta de autonomía que rige al profesional en fisioterapia por el sistema de salud en el que se desenvuelve. Lo anterior, se traduce, en utilizar ejercicios repetitivos, aprendidos e incorporados, los cuales en sí mismos, no son perjudiciales para la salud de las personas, de hecho, pueden mejorar su condición física, sin embargo, se quedan cortos y son percibidos como despersonalizados e inoperantes para la realidad de los consultantes.

5.2.2 Método Mézières como opción terapéutica

Los participantes, luego de relatar los tratamientos que recibieron antes de llegar al estudio, manifiestan cómo encontraron en el Método Mézières una **opción terapéutica** para el manejo de su dolor, además, la encuentran como una alternativa que se diferencia de los tratamientos previos. Por su parte, las personas que no habían asistido a fisioterapia previamente también reconocen esta interacción como opción para el manejo de su dolor. Gracias a las sensaciones corporales que les genera, sienten motivación por realizar este proceso de interacción terapéutico.

Tabla 9. Método Mezieres como opción terapéutica

Categoría	Subcategorías
Método Mézières como opción terapéutica	<i>Se diferencia de otros tratamientos</i>
	<i>Motivación por el tratamiento con MM</i>

Cuando una persona asiste al servicio médico para resolver alguna molestia, espera encontrar opciones de tratamiento que le permitan mejorar su situación de salud, relacionado con esto, los participantes del estudio encontraron en las sesiones de fisioterapia con el MM una respuesta que se diferencia de las otras opciones y les permite reencontrar las capacidades de su cuerpo, sobre esto Antonia dice:

[se refiere al MM] esto a mí, me dan ganas de volver a recuperar mi estado físico, de moverme, de hacer, mientras que la otra posición [opciones desde los tratamientos médicos] era como de encogerse, envejecer, de estar escondido, cuidarse, comprar un bastón, luego una silla de ruedas, y ese era el proceso, en cambio, esto me dice: no, yo sí

puedo volver a recuperar mi espalda, mi cuerpo, mi energía, todo y hay cosas que se pueden hacer, digamos que algunas veces no había opción [...] **(1.0AR)**

Las opciones corporales en los actuales sistemas de vida han sumido a las sociedades, no permiten que se perciba el potencial que está dentro de sí: el movimiento corporal y su libertad, la cual es promovida en las sesiones del MM y permiten al sujeto descubrir este potencial y abrir la sensibilidad a las capacidades opacadas en medio de todos los dispositivos que disciplinan al cuerpo. Estas opciones de movimiento, como el MM, podrían aparecer de forma temprana en la vida de las personas, como se ha expresado, para fortalecer sus capacidades de corporalidad, y cuando una persona lo descubre, no se limita con respecto a su edad o condición de salud.

[...]Mi percepción es porque nadie me dijo que esto existía [...] porque me pudo haber ayudado mucho en el pasado porque ya tengo 54 años. Margareth imagínate, de pronto con un poquito más de anticipación pude haber aprovechado mejor porque la verdad, ya de pronto, no se me facilita tanto como unos años antes. **(3.0 CO)**

Las formas de movimiento que se derivan de las *embodiment practices*, como el método estudiado son concebidas como opciones de otras corrientes de conocimiento, que representan cambios en el cuerpo de los consultantes y en las formas que tienen de percibir su salud y funcionamiento, esta diferencia con los otros tratamientos es percibida por Camilo de la siguiente manera:

[...el método Mézières es percibido...] como una forma alternativa de atacar este tipo de problemas, yo llegue con muchas expectativas después de muchos años de tratamiento fallidos, [...] y creo que se han llenado todas, con sobrados méritos, y para mí, el resultado es palpable, casi que de inmediato, y ha representado muchos beneficios, por ejemplo: para tratar un tema que por años la medicina tradicional nunca abordó de manera adecuada [...] fuí encontrando a medida que se desarrollaron las terapias que era un enfoque totalmente distinto, un enfoque sistémico opuesto al reduccionista, en el que la medicina tradicional, abordó mi tema, y desde ahí en adelante todo fue ganancia [...] **(3.0 CO)**

Juan Carlos también encuentra esa diferenciación con los tratamientos previos y esa opción le motiva a continuar en el proceso de tratamiento:

[...Juan Carlos pregunta si hago sesiones por fuera de la investigación, de forma privada o particular, se indaga qué motiva esa pregunta...] Porque creo que es una forma de terapia, nunca había encontrado una forma de terapia así y creo que en este momento es reeducar el cuerpo, es lo que entiendo que estamos haciendo. Esta actividad me ha hecho consciente de que hay otra forma de hacer las cosas y que realmente yo puedo tener una calidad de vida diferente, con una práctica diferente, que va a tener otros resultados, no siempre el mismo y lo veo diferente, lo veo como una nueva alternativa y lo he sentido, [...] de mi parte, entiendo qué está pasando y que es un método novedoso, por lo menos, en lo que yo conozco de fisioterapia [Juan Carlos ha asistido por muchos años a fisioterapia y su hijo estudia esta carrera] o lo que he vivido en la fisioterapia, también, nunca me habían hablado algo así (15.0 JUAC).

Las diferenciaciones con otras formas terapéuticas motivan a los consultantes a continuar con las sesiones porque descubren que han desarrollado aprendizajes y descubrimientos sobre su funcionalidad y tal vez, le dan un resignificado al diagnóstico médico recibido. Alma de 22 años, estudiante de enfermería, ha vivido varias consultas de fisioterapia y describe:

[...]yo digo que puedo soportar cualquier dolor menos el de la espalda, porque llega un punto donde no podía dormir, y bueno voy a intentarlo [se refiere a asistir a las sesiones del MM], por lo menos una cosa que no sea la EPS o un consultorio [...]. He sentido la diferencia, me ha funcionado, no me ha dicho como “no puedes hacer”, sino al contrario, me ha dicho “has esto” para que sea mejor, he sentido el cambio total, pero no es solo en la espalda donde he sentido el cambio, que creo, es lo que más me ha gustado, sino ha habido cambios inesperados, en la postura, en los brazos, en las piernas, en el cuello, en la cadera, o sea, en muchas partes, yo digo como “guau”. Saber que no todo se soluciona con medicamentos, medicamentos y medicamentos, sino que, hay medidas no farmacológicas que de verdad hacen mucho más que un medicamento, porque el medicamento puede tratar el dolor del momento, pero no está tratando la causa que lo que provoca, que era lo que pasaba en mi caso (16.0AML).

5.2.3 Proceso De Enseñanza Aprendizaje

El núcleo de los elementos diferenciadores que percibieron los participantes, es soportado en la experiencia corporal que se vive al realizar el MM que gira alrededor de un ***proceso de***

enseñanza aprendizaje, el cual se construye durante las sesiones, que se desarrollan en un espacio que permite a las personas reconfigurar sus aprendizajes sobre su movimiento corporal y sobre cómo todas las partes de sí están relacionadas, el fisioterapeuta es el facilitador del proceso de aprendizaje y es reconocido como tal por el consultante.

Tabla 10. *Proceso enseñanza aprendizaje*

Categoría	Subcategorías
<i>Proceso de Enseñanza – Aprendizaje</i>	<i>Aprendizajes corporales</i>
	<i>Herramientas del terapeuta</i>
	<i>Fisioterapeuta facilitador del control</i>

El proceso de enseñanza – aprendizaje, es mediado por el terapeuta quien utiliza diversas herramientas de comunicación para transmitir información a la persona con quien interactúa para facilitar su movimiento, esas herramientas las utiliza el consultante sintiendo cómo responde el cuerpo ante las diferentes posiciones y/o movimientos y cuál o cuáles gestos le permiten minimizar sus síntomas, sobre este proceso de enseñanza aprendizaje, Luciana, fisioterapeuta de 37 años dice sobre la experiencia con el MM:

[...Luciana percibe del MM...] como una serie de estímulos que haces tú [la fisioterapeuta] con las manos, para decirle al cuerpo “ubíquese de esta forma” creándole memoria al cuerpo. También, a través de esos estímulos constantes que se hacen de: -así debe ser la posición- donde el cuerpo crea una memoria y hace la adaptación, entonces, para mí fue muy positivo, claramente los estímulos que hacías en todas las sesiones, se ven porque lo siento y el mismo cuerpo, puede que no lo esté pensando, pero como que automáticamente se ubica en el espacio y se ubica alineando la articulación [...] cosas que me costaron asumir al inicio [...] las posición de es ponga el pie, ponga el dedo, ponga la rodilla, ahora, se me volvieron automáticas, entonces, es como a través de estímulos, enseñarle al cuerpo como debe posicionarse adecuadamente [...] **(8.0LC)**.

La visión de Luciana sobre el proceso de enseñanza aprendizaje que se construye durante el MM se complementa con lo que dice Juan Carlos, en donde es evidente que la voluntad del consultante es necesaria para que se construya el resultado de aprendizaje sobre el uso del cuerpo:

[sobre el MM Juan Carlos dice] Pues yo creo que hay un ejercicio pedagógico muy grande, porque tu intervención ha ido [...] a explicar el qué y el porqué [...], no conozco anatomía, pero de base voy entendiendo que ciertas posiciones y ciertas cosas me están llevando a estar mejor [...] de los procesos que he hecho en fisioterapia, en este he estado supremamente abierto, queriendo entender [...], cómo dicen: el maestro aparece cuando el alumno está dispuesto, [...] Y [...]tú fuiste demasiado, demasiado consagrada a enseñar, a hacer entender que estaba ocurriendo ahí [en el lugar del dolor] y yo creo que eso sí ha influido, en poder entender un poco más las cosas *(15.0 JUAC)*.

No solo la voluntad del consultante es indispensable para el aprendizaje, sino las herramientas que el fisioterapeuta va usando para dar los estímulos, que le permitan al otro reconocerse para hacer uso de su cuerpo en formas más equilibradas, que le permitan confort y una mejor percepción de sí mismo. Entender la interacción fisioterapéutica como un lugar en el que ocurre un aprendizaje sobre sí mismo, facilitado por el terapeuta, le da un carácter experiencial a la sesión, y le brinda un sentido pedagógico a la interacción. Bajo esta perspectiva, Juan Pablo de 60 años, quien administra una mina de carbón, asegura sobre los aprendizajes adquiridos:

[...] yo la tomo como una construcción o remodelación de mi estructura, porque eso es lo que siento, siento que estoy construyéndome nuevamente y que se me está remodelando lo que creo tener mal, sobre todo [...] la cuestión ósea, la columna, el coxis, los hombros, entonces, veo como cuando usted está reconstruyendo un edificio [...] Porque cada terapia me ha dado a conocer más cosas que sumercé⁶ hace conmigo, [...] entonces, ese conocimiento es el que me ha llevado a pensar y a sentir eso, porque es sentirlo más que pensarlo *(10.0 JOMU)*.

Las sesiones de fisioterapia con el MM permiten al sujeto sentirse, para hacer cosas sobre sí mismo, afirma Juan Carlos:

[...]lo entiendo como un [...] aprendizaje para poder gestionar desde mi alcance parte del dolor que tenía y orientarlo hacia mi calidad de vida *(15.0 JUAC)*.

⁶ expresión colombiana que significa usted con cariño y respeto.

Estas perspectivas se alejan de los dispositivos terapéuticos, que buscan solo rendimiento físico y que, desde el cuerpo disciplinado, prescriben rutinas de movimientos cuyo propósito puntual es el fortalecimiento, la flexibilización y el aumento de unas cualidades físicas que son medibles. En contraste, el MM además de flexibilizar cierta musculatura y seguramente fortalecer otra, busca que la persona sienta su corporalidad y la controle voluntariamente y pueda gestionar desde su alcance, los síntomas y la disposición de sí.

Entre otras, las herramientas que usa el terapeuta dentro del MM son el contacto manual, la respiración, y el ejercicio terapéutico. La primera herramienta puede tener diferentes intenciones como liberar musculatura tensa, dar un impulso propioceptivo para que la persona sienta su cuerpo, calmar el dolor o promover el control de algún movimiento en particular, así mismo, la respiración se usa de forma constante como medio de control voluntario que libera al diafragma y este músculo, al tener una íntima relación con las vértebras lumbares potencia los efectos del aprendizaje corporal, pero además, facilita la concentración y provee al consultante de una sensación de confort y bienestar. Finalmente, el ejercicio terapéutico es diverso, pero se centra en los estiramientos de las cadenas musculares mientras se controla la simetría del cuerpo.

El contacto manual permite el descubrimiento de los posibles desencadenantes del dolor, con el MM el terapeuta va entretejiendo las respuestas corporales que da el sujeto para descubrir conjuntamente qué causa el dolor, Antonia en una de las sesiones manifestó:

[...]yo sabía que me molestaba la ingle y acá, la lumbar obviamente, pero ese día que me tocaste ahí [...la ingle sobre el músculo psoas...] fue muy, como que juepucha⁷ ahí está [...] la causa número uno, porque fue espantoso, fue demasiado doloroso, y yo no creo que me estuvieras haciendo tanta fuerza, entonces ahí sí, [...]dije, por ahí fue que se comenzó a desacomodar todo [...] **(1.0AR)**

Ese apoyo propioceptivo que dan las manos del terapeuta es percibido por Camila, fonoaudióloga de 32 años, de la siguiente manera:

⁷ Interjección que puede indicar sorpresa, asombro, rechazo o ira; similar a ¡caramba!, ¡caracoles!

[...Indagando con Camila en la sesión 4, si le es posible mantener las posiciones aprendidas, ella responde...] necesito que alguien me guíe, que sepa como movilizarme y tener el apoyo propioceptivo para mejorar el posicionamiento, digamos que yo lo puedo regular, pero aún, no puedo hacer el trabajo completo porque no sé cómo mantener la postura, por ejemplo, cuando tú me haces las movilizaciones, yo me devolvía, [...], además, porque obviamente uno no se ve y si uno no se ve, uno no sabe ¿estoy realmente en el centro? Porque muchas veces creía que estaba en el centro y efectivamente no, entonces es importante ese apoyo propioceptivo que tú das con las movilizaciones **(4.0ACG)**.

Dentro del protocolo aplicado en este estudio con el MM, no se hace uso de un espejo, pues el aprendizaje se realiza por medio de la percepción propioceptiva y kinestésica del cuerpo, que omite la entrada sensorial visual, entonces, así como lo relata Camila, las manos del terapeuta se convierten en el medio más utilizado para promover la posición equilibrada que se busca. El contacto facilita la conciencia del cuerpo o el descubrimiento de tensiones o contracciones musculares involuntarias e innecesarias. Cristian, administrador de empresas experto en finanzas de 43 años dice:

[...]Yo creo que hay muchas cosas claves en la terapia que yo recibí, [...] el contacto hacía que yo fuera consiente, por ejemplo, cuando tú me decías -Este músculo lo tienes tensionado [...] cuando me hacías el contacto yo detectaba que sí, efectivamente, seguramente si tú me lo dices, yo no lo detecto, el contacto que tú me hacías en los hombros [...] de relájate, si no es el contacto es muy difícil detectar dónde está la tensión y, cuando lo tocan, como que uno se concentra ahí y logra hacer la relajación. La otra parte del contacto era la que yo te contaba, movimientos que me decían -mueva tal cosa- [...decía él para sí mismo...] ¡Si eso no se mueve! [...y luego...] ¡mire que si se mueve! ¡Ay! ¿yo puedo mover eso? [...] creo que es fundamental el contacto, [...] para hacer que el músculo ceda **(19.0 CC)**.

A partir de lo anterior, se ratifican las diferentes funciones del contacto manual intencionado para dar soporte, apoyo propioceptivo y relajar el músculo; lo anterior, se acompaña

de la comunicación verbal constante que busca despertar la inquietud del consultante sobre cómo está cada parte de sí mismo, estas particularidades del contacto manual se diferencian de otras, sobre lo cual Cristian manifiesta *(19.0 CC)*:

[...] no lo vi como un masaje, sino lo vi como como un método para facilitar los movimientos que yo debía hacer. Lo que uno normalmente piensa de un fisioterapeuta es que va a hacer un masaje, uno se imagina, [...] que le van a echar aceite y que lo van a masajear ahí, que muchas veces para uno no tiene mucho sentido, [...] y sin un fin, que uno entienda, en cambio para estas terapias era muy claro, como que ¡oye! estás tenso, relájate, mira, este músculo tiene que ceder un poquito más y el movimiento iba orientado a eso y uno sentía que eso era lo que estaba haciendo la diferencia *(19.0 CC)*.

El contacto manual que usa el terapeuta como herramienta de comunicación, implica estar muy atento a las necesidades del consultante. Creando una sensibilización sobre su cuerpo y generando sensaciones de confort, bienestar, atención y cuidado sobre sí. Nancy, de 45 años, artista plástica dice:

El contacto, [...]esa comunicación con un músculo [...]pasándole eso [información o un mensaje de relajación] a un músculo y es como si el cuerpo dijera ¡uy si mire! [...] entonces me parece rico porque son cosas que [...]uno nunca las supo. Olvídate, cuando tu pasas el dedo, ,eso nunca lo había sentido, entonces, digo[...] ay no!, yo me quedaría aquí, todo tiempo haciendo esto, porque ese reconocimiento del cuerpo y como uno lo entiende [...],esa relajación, es como si el músculo le dijera a uno “por fin me miró, no joda” o sea, chévere que me toque, [...]entonces estos trabajos, son los que me parecen deliciosos por la forma en que tú te conectas con el cuerpo, [...]entonces al trabajarlo, se siente como si el cuerpo le dijera “oye que chévere, por fin me miraste, yo soy tu dedo” ¿si me entiendes? “por fin me miraste, eso me parece chévere” *(20.NY)*

Estos estímulos y herramientas también producen sensaciones iniciales de cansancio y maltrato, sin embargo, son los dolores útiles que procuran beneficios en la corporalidad de los consultantes, María, bióloga de profesión, practicante de yoga de 60 años, relata:

[...]los masajes y posturas para la reacomodación del cuerpo pueden producir al día siguiente o días posteriores, manifestaciones o sensaciones de “aporreo⁸, de dolor, recaídas”, consecuencia de su alineamiento. Dicha información, permite al paciente tranquilizarse y no sentir que “el tratamiento no está funcionando, estoy peor que cuando empecé”, sino por el contrario, es la reacomodación de las partes del cuerpo que vuelven a su estado original **(5.0MEA)**.

No solo el consultante siente maltrato en su cuerpo, también, el terapeuta quien por el contacto manual y de las particularidades del MM puede sobrecargarse:

[Diario de campo Margareth] las sesiones que son un poco más de liberación miofascial⁹, implican mucha carga para mis manos, hay un momento donde tengo que parar porque me empiezan a doler las manos, [...], no tanto corporalmente como lo pueden generar otras posturas, pero si afectan mis manos. [...] Hoy para mí, fue como, uff cansada, [...]tenía calor, las manos, agarrar, el contacto, y me empezaron a sudar las manos y [...] se me resbalaban [...].

Los episodios de cansancio en las manos fueron reiterativos durante el presente estudio, al llevar 3 meses de realizar sesiones con el MM se produjo una tendinitis de los extensores de la mano derecha, para lo cual posteriormente se descubrieron nuevas formas de contacto que minimizaron la extensión de la mano y así se controlaron los síntomas.

Continuando con las herramientas que se usan en el MM, aparece la respiración como otro elemento que se vincula a este tipo de terapéutica y brinda a los consultantes una serie de beneficios

⁸ Expresión del común que significa maltrato, cansancio, dolor posterior a una actividad.

⁹ técnica manual que busca hacer más flexible y móvil el tejido miofascial

que le permiten controlar su cuerpo, mejorar su percepción de dolor, sentirse con mayor tranquilidad o con más relajación. Gustavo, agente inmobiliario de 47 años asegura:

[...]aprendí, después de las sesiones, [...]a relajarme por el tema de la respiración, a saberla controlar, que incluso cuando siento que me está molestando nuevamente la espalda, la parte lumbar, entonces, lo que hago es la respiración que tú me enseñaste [movilizando las vértebras lumbares haciendo ventilaciones controladas] y lo hago por unos minutos y ya como que se me va pasando, me siento más calmado. **(2.0 GM)**

La respiración es un medio de acceso al control del cuerpo, y causa asombro en los consultantes cuando se reconocen capaces de tener acceso a ella y descubrir sus beneficios, Camilo dice al respecto:

[... habla del antes y del después con el MM...]Había cosas que yo ni siquiera sabía que podía controlar, [...] como, por ejemplo, respirar más profundamente o llevar la respiración hasta esta parte [vértebras lumbares], cuando uno usualmente por comodidad solo respira superficialmente, y lo bien que le sienta eso a uno, aprendí una cantidad de cosas que antes ni siquiera sabía que existían **(3.0CO)**

Dentro de la sesión es usual que se sincronice la respiración del terapeuta con la del consultante, resulta en un beneficio para la interacción porque permite mayor concentración y conciencia sobre lo que sucede en la sesión y promueve en el consultante atención sobre sí, sobre esto, Camila comenta:

La respiración, [...]si es importante tener ese apoyo respiratorio, además, porque ayuda a relajar, entonces también hay que trabajar esa parte, y cuando tú haces el apoyo [respirar al tiempo con ella] con la respiración, uno como que "ah si de verdad que tengo que respirar de esta forma, ah de verdad que tengo que hacer más profundo" entonces, eso también ayuda [...] cuando tú respiras entonces uno se acuerda y también uno tiene en

cuenta los tiempos, cómo uno debe controlar los tiempos, respirar más rápido, más despacio, más profundo, entonces, digamos que también ayuda bastante **(4.0ACG)**.

María, ratifica lo manifestado por Camila, así:

[...]¿Si se ha dado cuenta?, uno empieza a respirar cuando usted empieza a respirar, uno escucha sus respiraciones, entonces uno empata la respiración y al empatar la respiración fluye mejor la sesión [...] es lo que he sentido [...la respiración permite ...] movilizar esa tensión, entender cada dolor, cada dolor te indica algo diferente **(5.0MEA)**.

Esta herramienta adquirida durante las sesiones empieza a ser usada por los consultantes en sus actividades diarias y a vincularse como parte del control de sí mismos que les permite sentir bienestar. Al respecto Juliana concuerda:

[...]¡Ah! lo de la respiración fue clave para todo y sirve no solamente, mientras estamos haciendo el ejercicio sino en general, es un método de des-estrés, como de relajación **(7.0JA)**.

Además de las sensaciones de bienestar que produce, la respiración proporciona a su vez el control sobre la sintomatología dolorosa Nadia, ama de casa de 50 años, manifiesta:

[...]Me da la impresión que tu trabajas más la respiración [percibe que el centro de la terapia es la respiración] y yo he tratado de respirar como más suave, más pausada y prolongadamente y me ha funcionado, [...] Lo hago cuando me acuerdo, sobre todo, cuando empiezo a sentir que me está molestando, entonces, reacciono y ya posiciono el cuerpo y más o menos trato de hacer la respiración como tú me dices y me ha funcionado **(11.0NIMU)**

Los consultantes manifiestan que aprenden a respirar durante la realización del MM, convierten ese movimiento automatizado, en algo que puede ser controlado voluntariamente y que provee calma en el dolor, Beatriz dice como aplica esta herramienta:

¿Qué he aprendido? Muchas cosas (risas), la primera que aprendí y que me impactó fue la respiración, y es cierto, yo no sabía, yo sabía que uno respira... por ejemplo, con el dolor que siento, yo respiro y se me pasa, pero no sabía, que a medida que uno respiraba se le iban extendiendo las partes o acomodando los tendones [...] lo que yo le decía a sumercé, he aprendido a respirar cuando tengo dolor, ya me concentro cuando tengo el dolor, respiro y eso me ha aliviado.

Margareth: Y ¿Por qué atribuye tanto poder a la respiración?

Beatriz: Tal vez, es que antes no sabía respirar, o respiraba por respirar, no sabía que uno respirando controlaba la parte que le estaba doliendo [...]ahora, cuando me duele algo, yo me acuerdo de sumercé y entonces empiezo a respirar, concentrándome en dónde me duele para que me quite el dolor y pues no me lo quita totalmente, pero que me alivio, sí me alivio (*12.0BM*).

En el marco de las sesiones, el terapeuta busca que el consultante mejore el control de su cuerpo usando no sólo el contacto manual, la respiración o el ejercicio sino un conjunto de herramientas comunicativas que se ponen en práctica. Contacto manual para que se mantenga la posición, respiración controlada, estiramientos a tolerancia, alargamiento de la espalda, herramientas conjuntas para que se logre el control de todas y cada parte del cuerpo, las cuales suponen un esfuerzo conjunto en aras de las mejoras del consultante.

El proceso de aprendizaje en el MM también coexiste en el terapeuta, pues en cada interacción se va aprendiendo a minimizar el esfuerzo mientras se persiguen los objetivos terapéuticos, y al ir desarrollando cada sesión o grupo de sesiones se va sistematizando más el proceso, siempre alrededor de la necesidad del consultante.

El entrenamiento en el MM requiere de tiempo; de agudeza visual para identificar las compensaciones, de habilidades físicas para acompañar el proceso de cada consultante y, de descubrir el lenguaje más apropiado que permita transmitir el mensaje coherente con las

necesidades, es un aprendizaje diario. Lo mencionado, requirió superar diferentes barreras que incluyeron aspectos técnicos, físicos e íntimos, a continuación, se presentan algunos apartes del diario de campo para describir algunos episodios derivados del proceso de aprendizaje durante el desarrollo del estudio.

[Primer sesión de todo el estudio] Antonia finalizó mareada, posterior a la liberación del cuello. Al iniciar la sesión, percibí que las dos estábamos cohibidas por ser la primera vez. Yo me sentí insegura, pero luego fui confiando en el cuerpo de ella que me iba manifestando sus síntomas, sus causas, y sus tensiones. Pero ahora me doy cuenta, que la confianza me la dio ella y no yo misma, lo que habla de la apertura al otro, soportado en el conocimiento y la experiencia como fisioterapeuta [10 años]. Me sentí en esta primera sesión, con taquicardia y con miedo de irme por las ramas. Realizamos la sesión, el cierre fue tranquilo, ella muy sonriente y yo con dudas sobre lo que hice en esta primera sesión, como con una sensación extraña en el pecho y en el estómago.

[Segunda sesión Antonia] Nuevamente, inicié la sesión un poco tensa, sin saber mucho que hacer, intentaba hacer estiramiento de la cadena anterior pero no recordaba muy bien el procedimiento, luego al igual que en la primera sesión traté de seguir la lógica del cuerpo, intentando encontrar las restricciones que puede haber.

A pesar de haber realizado un entrenamiento de 120 horas en el MM y de haber aplicado esta terapéutica durante al menos 50 horas antes de ir oficialmente al campo, la sensación de novedad apareció con los primeros pacientes ingresados al estudio, ratificando que los procesos de aprendizaje para el desarrollo de los procesos terapéuticos requieren de tiempo y práctica para llegar a su dominio.

[Novena Sesión Alejandra] Tengo unas dudas con su escoliosis, pero bueno, ya con estas 10 sesiones no alcanzo a hacer una intervención muy juiciosa para esa parte, porque me podría exceder en el estímulo y generar mucho dolor. [...] Me siento satisfecha con el trabajo realizado con ella. Sin embargo, a veces siento que me falta más, no sé qué, [...] es como si ya las últimas sesiones, siento que ya cumplí con lo que debía hacer, con lo que tenía que

darle a esa persona, como que ya no sé qué más explorar, siento como si ellos también estuvieran esperando algo más[...].

Alejandra fue la quinta consultante que ingresó al estudio, ya con más confianza en el proceso terapéutico, la narrativa se va modificando, pero al querer responder a las necesidades del consultante se continúa con un tono de incertidumbre. Otro aspecto importante inherente al desarrollo del proceso terapéutico con el MM es el cansancio que puede presentar el terapeuta, las posiciones que se adoptan, más la suma de estímulos que se deben suministrar a la persona generan una carga física que fue evidente en el diario de campo con diversos pacientes

[Segunda sesión Alejandra] Estuve muy cansada porque trabajé en el suelo y mirar hacia abajo al paciente me genera una tensión gigante sobre los trapecios, pero bueno, vencí el cansancio, logré finalizar la sesión que duró 45 minutos nada más, debido al corto tiempo [...] lo sentí satisfactorio, al final salimos y ella me dijo como ¡uy creo que volví a sentir mis rodillas!

La narrativa se va modificando a medida que avanzan las sesiones, pero el cansancio físico aparece cuando el volumen de pacientes es alto, sumado a que la subjetividad del terapeuta se hace plausible pues debe responder a las demandas de la terapéutica en medio de cambios emocionales o físicos que le afecten.

[Sexta sesión Camila] Yo particularmente, entre ayer y hoy estoy pasando por momentos de salud un poco delicados, estoy haciéndome exámenes médicos porque creo que estoy teniendo algo gastro-intestinal un poco grave que me está generando debilidad, dolor de cabeza, entre otras cosas, eh, pero bueno, me estoy haciendo ver por un médico alternativo[...] quien hoy me realizó una sesión de terapia bioenergética, me puso 5 tipos diferentes de aceite, me hizo movilizaciones a nivel de toda mi espalda, me siento muy bien; me sentí con la energía suficiente para trabajar con Camila, este médico también me dijo “si usted quiere brindar salud, tiene que tener salud” entonces hubo un llamado de atención a cuidarme más.

El autocuidado y el aprendizaje sobre el propio cuerpo del terapeuta son procesos desligados de la formación a la que se tiene acceso, los currículos pre-graduales y pos-graduales, y los cursos de formación no desarrollan un conocimiento básico que promulgue el propio bienestar, en coherencia con lo que se busca como profesional, lo que también va en contracorriente del centro teórico de esta tesis. A eso se refiere el médico diciendo “si quiere brindar salud tiene que tener salud”.

[Octava sesión María] El día de hoy tengo un episodio de migraña, tengo dolor de cabeza, ganas de vomitar, lo derivó como un episodio de estrés que tuve anoche relacionado con la agenda de los pacientes, tuve que hacer modificaciones, bueno me cancelaron 2 pacientes, tuve que mover una revaloración para el día de mañana, me siento realmente cansada como causa del proyecto de investigación y como causa de las sesiones de fisioterapia; en sí, olvidaba la carga física que implica hacer fisioterapia, pero más que las sesiones, este tipo de fisioterapia requiere una dedicación fuerte, le he mencionado algunas personas que hasta a veces extraño poner calor o medios físicos donde yo no tenga que estar como consciente o atenta todo el tiempo al paciente, estoy en uno de esos momentos bajitos de ánimo y de cansancio físico, espero salir de esto y fluir más fácil en todo, no quiero enfermarme, no puedo enfermarme y necesito estar fuerte [...]

La subjetividad del terapeuta aparece todo el tiempo, sus aspectos físicos, emocionales y contextuales pueden afectar el desarrollo del proceso de interacción, en este caso hacer las sesiones del MM en el marco del proyecto de investigación determinó gran parte de la carga percibida. La anterior narrativa también ratifica los principios descritos por Françoise sobre un terapeuta presente, observador, consciente del otro cuerpo, un proceso de entrega mediado por la intercorporalidad que no es fácil, es más cómodo prescribir medios pasivos.

[Sesión séptima Juan Pablo] Realicé 3 sesiones de fisioterapia hoy, cada una de más o menos 45 minutos, cuando sucede esto, mi cuerpo queda cansado; ayer tuve un partido de baloncesto y esta mañana ya estaba sintiendo molestias a nivel lumbar, las cuales se intensificaron un poco luego de hacer las sesiones de fisioterapia. Hacer fisioterapia es fuerte,

cansa físicamente, pero hacer Meziérès, siento que cansa más porque no te puedes perder de la sesión en ningún instante [...] si te pierdes un segundo ya te desconectas de lo que pasa con la otra persona, entonces te demanda estar ahí todo el tiempo, de los 45 minutos al menos 40 tienes que estar consciente de lo que pasa en el cuerpo del otro, de acomodarte, ponerte de una u otra forma para responder a lo que necesita la persona, pero bueno, [...] se va adquiriendo la experiencia de cómo posicionarte, [...] de cómo indicar; también hay momentos en que siento que hablo mucho o sea todo el tiempo tengo que estar diciendo [...] ojo como tienes la pelvis, ojo como esta rotado el hombro, baja acá, todo esto, sumado al estímulo táctil [...]

Aplicar las herramientas terapéuticas requiere de una entrega total, por parte del fisioterapeuta, quien se centra en la humanización del servicio para responder a las necesidades de la persona que demanda su consulta. A causa del sistema de salud, un tipo de fisioterapia como la descrita en este estudio, no es de acceso para las personas que no pueden pagar un servicio privado, lo que evidencia condicionantes sociales y de clase que atraviesan la corporalidad y las posibilidades de movimiento que pudiesen experimentar las personas para tratar sus dolencias.

[Sesión segunda Francy] No sé, he pensado que vale la pena hacer ciertos tipos de esfuerzos por las personas cuando sienten alivio [...] es muy coincidente que todas las personas se sientan muy aliviadas, no sé si sea el método, no sé si sea yo, no sé si sea el conjunto de las dos cosas, (eh) pero me siento tranquila, de poder servirle a las otras personas, porque pienso que este tipo de fisioterapia habitualmente es ofertado por servicio particulares y por ejemplo, la señora Francy no alcanzaría a pagarla [...] Entonces poderla ofrecer de esta manera¹⁰ me recuerda la naturaleza de servicio de esta carrera, y me da mucha alegría y tranquilidad [...]

¹⁰ Hace referencia a la gratuidad del servicio en el marco de la investigación.

5.2.4 Conciencia corporal

El gran aprendizaje al que se logra, por medio de las interacciones con el MM es: la conciencia de sí, el control del cuerpo de forma voluntaria que se relaciona con la percepción de integralidad corporal, manifestado por la relación plausible entre todas las partes del cuerpo, en procura de mayor equilibrio, que minimice el consumo energético y así aparezca el confort, o la calma en el dolor para el consultante.

Tabla 11. *Conciencia corporal*

<i>Categoría</i>	<i>Subcategorías</i>
<i>Conciencia Corporal</i>	<i>Sujeto Integral</i>
	<i>Control Voluntario</i>
	<i>Equilibrio- Economía- Confort</i>
	<i>Calma en el dolor</i>

El reconocimiento de la posición corporal y de cada uno de los segmentos, es la consecuencia del proceso de enseñanza aprendizaje que, por medio de la apertura sensorial, hace que la persona perciba la disposición de sí y cómo esa disposición puede ser controlada para llegar a movimientos que sean confortables. El inicio del proceso terapéutico se da, según Antonia, por la conciencia de sí:

[...]lo primero fue hacerme consiente de un porqué era esto [su dolor, sus síntomas los atribuye a una “mala posición”] y entender que la mala posición no es una enfermedad [...] no es algo que me vaya a matar, sino, simplemente es una mala posición, que uno no entiende [...] hasta que alguien le explica y hasta que lo tocan [...]es ahí, donde uno se hace consiente de esas cosas. ¿Sí? las primeras sesiones [también sentí], relajación, no sé si subía a la cabeza, [porque] te despeja un poco el pensamiento **(I.OAR)**

Las posiciones, movimientos y posturas son “malas” o hacen daño, cuando llegan a producir desequilibrio en la disposición corporal que genera mayor gasto energético en ciertas unidades musculares, generando cansancio, disconfort o dolor. Al preguntar a Antonia ¿qué le permite saber que se encuentra bien posicionada? ella responde:

[...le permite saber de su buena posición...] que no me canso, ¿Sí? Como que estoy mandándole mucha fuerza a la espalda y claro, cuando estoy de pie, no aguanto mucho, pero entonces, ahora, que me toca venirme en el Transmilenio¹¹ de pie, hago esa posición que me dijo¹², y siento que la espalda no se cansa, no tenía ni idea de eso y también es súper importante. [...] pues lo de la posición, si me toca estar en todo momento corrigiendo hasta que la encuentre [...]

Margareth: ¿y qué te permite esa corrección?

Antonia: Yo creo que todo va a no cansarme porque siempre siento mucho cansancio.

Margareth: Entonces buscas una posición que ¿qué?

Antonia: Que no me genere tanto cansancio, ni tanto esfuerzo (*ARI.0*).

Es importante saber y estar atento sobre qué lugar de la corporalidad genera cansancio y qué movimientos son eficientes, cómodos y agradables para sí, es una habilidad potenciabile, no sólo posible con el fortalecimiento muscular sino con la posibilidad de mostrarle al cuerpo cómo se está usando y cuál sería la mejor vía para hacer eficiente el uso de su energía, en este último punto, Antonia manifiesta: es como tener el pensamiento despejado, logrando más eficiencia del sistema para disponer de la energía y de cómo se usa. Camilo sobre esta conciencia corporal, que permite la eficiencia energética y el control voluntario dice:

[...¿qué le permite saber qué está mejor posicionado?...] Porque me siento más relajado, me puedo posicionar mejor en mi puesto de trabajo, cuando me doy cuenta que estoy tensionado, me relajo, cuando estoy doblado, me enderezo, porque puedo en cualquier

¹¹ Sistema de transporte público de Bogotá que siempre está sobresaturado

¹² Amortiguar las rodillas, distribuyendo el peso simétricamente en cada una mientras la pelvis se posiciona en un punto confortable, en Antonia con menos anteversión para minimizar la lordosis

momento levantarme y hacer alguna pausa activa para recuperar mi posición. Sí, esto ha mejorado mi entorno de trabajo, mi puesto de trabajo como tal **(3.0CO)**.

La terapéutica con el MM permite que la persona perciba su integralidad y cómo toda su corporalidad se relaciona con las sensaciones diarias de la vida cotidiana, los consultantes por dolor lumbar que hicieron el MM vinculan a su conciencia corporal, la integralidad de su cuerpo y comprenden que el síntoma de dolor lumbar es una manifestación del uso que le dan y le han dado a su cuerpo. Sobre este punto, Carlos agrega la siguiente descripción:

[...] tengo una dolencia que me ha acompañado por muchos años y que con medicina tradicional [...occidental...] nunca se pudo tratar bien, nunca sentí una mejoría. Porque, pues yo soy ingeniero, pero la percepción que tengo de los tratamientos que recibí es que los diferentes especialistas se concentraban cada uno, de una manera muy reduccionista en su especialidad y olvidaban el resto, o era una posible intervención quirúrgica o era estas pastillitas para el dolor o haz este ejercicio, pero nunca como en esta terapia, como en este ejercicio, nunca me dieron a entender que esto es parte de otro sistema, que mi cadera y cualquier parte del cuerpo, forma parte de un conjunto y que solo mejorando las demás partes, incluida en la que tengo la afección, entonces es un esquema o una visión más amplia, más holística que permite analizar el fenómeno como parte de un conjunto, como parte de un todo, y es lo que pienso. En mi caso, reside el éxito del tratamiento,, saber que si ubico mal los hombros va a influir en la cadera o si distribuyo mal mi peso también puede influir o si dejo de hacer ciertos ejercicios, no exclusivamente concentrados en donde tengo la dolencia si no en las demás partes del conjunto, entonces, eso es lo que ayudaría a mejorar la situación y entender el problema como parte de un todo, en este caso, tener el dolor de la espalda, cadera y columna como un conjunto, mirar el conjunto y atacar el conjunto como tal. Yo creo que eso es lo que marca la diferencia con los tratamientos anteriores y lo que me ha ayudado bastante **(3.0 CO)**.

La visión sistémica de comprender el método redefine los alcances de la interacción fisioterapéutica, pues el MM además de mostrar la integralidad de sí, permite acciones sobre sí, empoderando al sujeto sobre las causas de su dolor y cómo puede gestionarlas, Juan Carlos dice sobre esta integralidad y su percepción de la fisioterapia:

[hablando sobre el MM]Yo lo entiendo diferente, de entender que de la punta hasta la punta es conectado y aunque no entiendo el tema técnico de las cadenas¹³ y de lo que me dices, sí lo siento [...] Como un todo, entender que el cuerpo es un todo [...]el tratamiento[...] se podría decir que [...]no es puntual [...], entonces, se entiende que hay otras causas del dolor, otras causas del problema, que no son únicamente el punto donde se refleja el problema, que era lo que pasaba en la espalda, entonces [en los tratamientos previos] me trataban eso y listo, por eso la reincidencia del dolor, ahorita la percepción me cambio totalmente de lo que es la fisioterapia **(15.0JUAC)**

La integralidad del cuerpo se manifiesta en hacer presente las sensaciones referentes a él, y en la capacidad de controlar lo que produce una modificación en la percepción de sí que mejora el control y la conciencia corporal, Camila lo manifiesta así:

[...] uno sale de la sesión y sabe que[...] ya tiene que pensar en los hombros, tiene que pensar en una postura diferente, [...] uno tiene una percepción diferente de su cuerpo y si le cambia el control corporal, entonces uno está consciente de tener mejor la postura, de alinearse más, de no subir los hombros, de saber que cuando está de pie puede tener mejor control de la pelvis, las rodillas, entonces, esa parte si lo pone a uno más consciente del cuerpo, porque en otras sesiones nunca le trabajan eso. Entonces si me parece, como algo que enmarque el trabajo de control corporal, porque si uno no es consciente de lo que tiene que hacer por más ejercicio que me pongan a hacer no van a haber cambios **(4.0ACG)**.

¹³ Cadenas musculares, se explica durante las sesiones que los músculos están conectados entre sí y que las tensiones musculares de un lugar inciden en el resto del cuerpo.

La integración de esa interdependencia de todas las partes de sí, son un proceso que se va interiorizando y es el movimiento involuntario, causado por la tensión de las cadenas musculares lo que se hace evidente y es percibido por el consultante, para esto María dice:

[...]Claro, cuando usted me movía algo, me dolía otra cosa y cuando me puse hacer ejercicio, me puse a mirar, ¡espere! si yo muevo el hombro izquierdo me duele la cadera, si muevo, subo o bajo el cuello tensionaba [...] una parte y dolían las lumbares. Entonces dije - toca ser más consciente del cuerpo porque y si no, no estoy haciendo nada-, cuando empezaba hacer los ejercicios de dejar los hombros hacia atrás, las lumbares iban para arriba, toda esta zona para arriba¹⁴, dije: ¡no! necesito hacer relajación, entonces empecé a hacer relajación y a soltar como todo el cuerpo y darme cuenta de los malos movimientos que hacía, pues era un autoengaño de que hacía porque un ejercicio tensionado no sirve **(5.0MEA)**.

Así como la mala posición es el contrario de una posición equilibrada, la tensión es el contrario de la economía de energía, por lo cual, para conseguir una eficiencia energética es preciso soltar las tensiones, derribar la coraza muscular que nos rodea, la cual, afecta la calidad de los movimientos, su fluidez y la comodidad innata que ofrece nuestro sistema durante su realización. Cuando se poseen tales herramientas el sujeto inicia un diálogo consigo mismo sobre como usa el cuerpo

[...] fijarme más en el cuerpo, en la posición del cuerpo, por ejemplo, de no hacerme trampa. Si me está doliendo algo, tengo que fijarme más porqué me está doliendo y no hacerme trampa, por ejemplo, la trampa, era que yo subía los hombros para que no me doliera el cuello, ¿sí?, eso es trampa, entonces ahora me fijo, y me digo [se dice a sí misma]

¹⁴ Aumento de la lordosis en decúbito supino

- no estire el cuello, estire los brazos hacia abajo-, por ejemplo, cuando me agacho, ¿se está agachando la espalda o [...] la cola?, ¿sí?, también cuando me paro ¿cómo tengo los pies?, ¿sí?, ahora, soy consiente, muchísimo más consiente (**5.0MEA**).

Ese diálogo con el cuerpo, según María, se soporta en la observación de sí, que sería lo equivalente a tener presentes las sensaciones para gestionar la forma de moverse, María complementa su relato sobre esto:

Esto apoya a la persona a ser un receptor de información de su propio cuerpo que, a su vez, redundo en restablecerlo y sobre todo mirarlo - observarlo cómo se comporta, cómo reacciona, cómo las partes se relocalizan nuevamente en su lugar original, aunque sienta “dolor” de dicha acomodación (**5.0MEA**).

Usar lo aprendido en las sesiones y llevarlo a los diferentes momentos de la persona se traduce, en cómo los consultantes se apropian de las herramientas dadas durante la interacción terapéutica, así mismo, evidencia cómo la amnesia sensorio-motriz se desvanece y cómo la terapéutica se convierte en un dispositivo que permite el descubrimiento de capacidades adormiladas, Juliana lo resume de la siguiente manera:

[...] Bueno, en general siento que he estado más consiente, y más atenta a los cambios, a las posiciones, y en general a todo mi cuerpo, a cómo lo estoy usando, digamos que intento utilizar todo lo que he aprendido, todo lo que voy viendo, lo que voy notando en el diario vivir, no solamente se queda aquí en la terapia, sino que en todo momento estoy intentando hacer ajustes [...que me hacen sentir ...] como más libre, [...]yo creo que uno está acostumbrado a su tiesura por decirlo así, entonces, cuando uno mejora, se da cuenta que de verdad estaba o parecía un palo, entonces uno se empieza a sentir libre, se siente que se mueve más fácil, que por ejemplo, los deditos responden a algo más allá [...] digamos que si uno sabe, si uno siente lo que su cuerpo le está diciendo, lo que le habla, porque el

cuerpo todo el tiempo nos está diciendo cosas, solo que uno no le pone cuidado, entonces si uno sabe usar esa comunicación que tiene nuestro cuerpo, todo va a ser más sencillo
(7.0JA)

La calma o control del dolor lumbar que sucede cuando se realiza la terapéutica Mezierista, se produce por el reequilibrio de las diferentes posiciones, las cuales son contrarias a las posiciones habituales desequilibradas, que generan gastos de energía innecesarios, al reaprender tales posiciones, el cuerpo se encuentra en un estado de economía de energía que le permite estar libre de tensiones y por lo tanto, el sujeto se siente confortable o libre de dolor, esta explicación es ampliada por Juan Carlos¹⁵, quien afirma:

Margareth: Pero, ¿ese desequilibrio del consumo de energía en qué se expresa en tu cuerpo?

Juan Carlos: En el día a día, cuando tú no tienes balance, ósea cuando tú desbalanceas esa energía que hablamos del cuerpo [...] yo he sentido que el cuerpo tiene qué pensar, ¿sí? y empiezas a exigir algunas partes más del cuerpo, algún músculo [...] y luego, te pasan cuenta de cobro por cansancio, por dolor, por posición.

Margareth: ¿y cuándo se está en equilibrio?

Juan Carlos: ¿Cuándo se está en equilibrio? [...] digamos que hay energía para otras cosas, para pensar [risas] porque el cuerpo no está consumiendo más allá de lo que requiere, ¿sí? entonces, si uno está sometiendo el cuerpo por sus posiciones y por falta de conocimiento de su cuerpo a condiciones de estrés, ese estrés [...] aumenta el consumo de energía y las células tienen que respirar más, entonces, uno siente, menos energía para el día a día, menos energía para interactuar, para pensar, para todo. Así lo entiendo, uno gasta innecesariamente los consumos de energía en el cuerpo.

¹⁵ Realiza un tesis doctoral sobre biología de un tipo de papa criolla

La gestión del dolor o la calma en el dolor¹⁶, es la consecuencia última, que se desencadena al final de la suma de estímulos y aprendizajes que tiene la persona sobre su cuerpo mediado por el terapeuta, las diez sesiones de fisioterapia, en algunos casos, no fueron las suficientes para abolir el dolor, sin embargo, las manifestaciones de alivio y calma fueron reiterativas en el discurso de los participantes.

La experiencia corporal que se vive durante la realización del Método Mézières tiene como eje la interacción corporal entre el terapeuta y el consultante, entendida como un proceso de enseñanza aprendizaje cuyo andamiaje se construye, a partir de las herramientas pedagógicas que el terapeuta usa para facilitar el aprendizaje que el consultante hace sobre sí mismo. Para lo cual, se realiza una apertura sensorial corporal que disminuya la amnesia sensoriomotriz, para posteriormente lograr el control del cuerpo, usándolo en formas más equilibradas y menos tensionantes, haciendo el movimiento más económico o eficiente, para finalmente, auto gestionar el dolor, ya sea desde la prevención de su aparición o desde el control del mismo.

5.2.5 Discusión

El objetivo de esta fase del proyecto fue comprender el significado de la experiencia corporal de las personas con DL al realizar el MM. De los datos cualitativos del estudio emergieron 4 categorías principales desde donde los participantes relataron su experiencia siguiendo el MM. La descripción de la experiencia corporal es narrada a partir del relato de los tratamientos previos para el DL, donde recurren a las experiencias previas con los profesionales de salud para el manejo de la sintomatología; posteriormente se vincula el MM como una opción de tratamiento que responde a las necesidades corporales.

En el centro de esta narrativa, se encontró que la experiencia de los participantes sobre este Método gira alrededor de un proceso de enseñanza-aprendizaje, en medio del cual el terapeuta usa diversas herramientas que promueven la conciencia del cuerpo y el control voluntario de éste para

¹⁶ Las citas de esta categoría se explorarán en la integración de los resultados para ilustrar mejor el comportamiento de la variable dolor.

conseguir posiciones y movimientos más armónicos y equilibrados que en el consultante generan calma en el dolor o previene su aparición.

Sobre los tratamientos previos que recibieron los participantes, es evidente que su narrativa evoca el planteamiento teórico sobre el cuerpo disciplinado en los servicios de salud, donde la visión anatómica del cuerpo prima, e incluso se procede a prescribir inmovilidad como opción terapéutica, provocando en los pacientes miedo por el movimiento, incrementando la experiencia de discapacidad física que evita el movimiento en lugar de aliviarla causa del dolor. De acuerdo con lo anterior, este miedo puede surgir por diferentes razones: el control y la evitación del dolor; los daños que se pueden generar en el cuerpo, sobre todo, si ha sido sugerido por profesionales de la salud, las personas pueden incrementar su nivel de discapacidad al tratar de proteger las estructuras que les presentaron como vulnerables y la percepción del dolor como un daño mayor, si la persona alimenta este pensamiento negativo, automáticamente conduce al miedo, aumentando la discapacidad y la angustia psicológica. Al respecto, se ha identificado que los tratamientos que evitan el miedo al movimiento y que promueven confianza en el paciente son más efectivos, y generan mejores resultados en su discapacidad y calidad de vida (Wertli et al., 2014).

La visión del cuerpo máquina desde un modelo anatómico y fisiológico que de forma inconsciente promueve la quietud y el miedo al movimiento, genera en los pacientes, la necesidad de encontrar otras opciones de tratamiento, en este caso, los participantes narraron como el MM se convierte en una opción para manejar su dolor, que es diferenciada de otros tratamientos no solo de índole médico sino también fisioterapéutico.

Según Nicholls (2017), la visión del cuerpo en fisioterapia desde occidente ha privilegiado esa visión del cuerpo máquina, que se convierte en un modelo biomecánico de comprensión sobre las necesidades de los consultantes, la cual prima en los currículos pre-graduales a nivel mundial. Una excepción es la de los países escandinavos, donde el desarrollo del razonamiento profesional también incluye el *Norwegian psychomotor physiotherapy (NPP)*, soportado en una visión ampliada que reconoce que el cuerpo reacciona integralmente ante las situaciones de orden biológico, psicológico y social, afectando la respiración, la tensión muscular, la flexibilidad, la postura y la conciencia corporal (Øien et al., 2007). Esta perspectiva de razonamiento

fisioterapéutico ve el cuerpo como una unidad funcional y se aleja de los preceptos del cuerpo-máquina.

La forma de llevar esta perspectiva sobre el cuerpo a la práctica es entendiendo que cualquier síntoma local debe ser reconocido con relación a un patrón global de tensión. Inclusive, si los síntomas son en el cuello es necesario considerar y evaluar qué pasa en los miembros inferiores. Se retoma el principio de globalidad del cuerpo, incluyendo la respiración consciente y el reequilibrio de las tensiones del cuerpo para solucionar las molestias locales. Esto puede ser desde un sentido físico como desde una escucha empática que libere al sujeto de las tensiones psicológicas (Sviland, 2014).

Estos aspectos en los que se centra el NPP son cercanos a algunas categorías que emergieron en esta tesis, como el equilibrio y la armonía de la postura que se relaciona con la economía energética y la sensación de confort. A su vez, el NPP tiene principios en los que se fundamenta el MM sobre la integralidad o globalidad del cuerpo, y sobre cómo los síntomas locales le hablan al terapeuta sobre la totalidad corporal. Aquí es preciso resaltar que dentro de la teoría que respalda al MM no se hacen explícitos los aspectos psicológicos, los cuales sí retoma el NPP.

Otro punto de encuentro entre el MM y el NPP es el diálogo, que como se ha descrito en apartados previos, es el centro de la terapéutica mezierista, en donde el fisioterapeuta utiliza unas herramientas pedagógicas para que el consultante reconozca su corporalidad. Así mismo, la principal categoría de este estudio es el proceso de enseñanza-aprendizaje que se construye en estas sesiones terapéuticas, y al contrastarlo con un antecedente de 2019, realizado con 15 fisioterapeutas expertos en NPP, tal categoría es coincidente, denominada por ellos *Learning and knowing bodies* (Ekerholt and Bergland, 2019). Los autores hacen referencia a cómo el fisioterapeuta estimula la atención perceptual enfocando el aquí y ahora. En este proceso participa el consultante descubriendo aspectos de sí mismo, empezando por las sensaciones corporales, las cuales son el primer paso para crear el andamiaje para el cambio de la conciencia y el control voluntario del cuerpo.

Con respecto a las herramientas que usa el terapeuta para crear ese proceso de enseñanza-aprendizaje sobre el cuerpo, se encuentran los recursos verbales y no verbales. Sobre los primeros, es necesario puntualizar que para las personas con dolor musculoesquelético, como el DL, el lenguaje verbal que tiene el fisioterapeuta juega un papel importante para su percepción de discapacidad, y podría determinar el resultado terapéutico esperado (Dragesund and Øien, 2021).

Dentro de los aspectos no verbales, el contacto manual es el proceso que le da un carácter diferenciador a la interacción, y crea entre el terapeuta y el consultante un ambiente de confianza que coexiste en los participantes del proceso (Bjorbækmo and Mengshoel, 2016). El contacto manual ha sido reconocido como una expresión de cuidado, confort y empatía, en el cual el fisioterapeuta, o profesional de la salud, crea un espacio de intersubjetividad, a través de una recepción mutua (Kelly et al., 2018). Este debe ser desarrollado en un ambiente seguro, pues muchas veces puede traspasar los límites de la intimidad para el paciente o el consultante. Así mismo, es un ejercicio de poder normalmente iniciado por aquellos que tienen mayor estatus, por lo tanto, los profesionales que usan esta forma de comunicación deben acompañarlo de comandos verbales, como guiando la intención del contacto y mostrando la seguridad al consultante (Kelly et al., 2018). El contacto manual ocurre en unión con otras habilidades comunicativas como los gestos, el contacto visual, o la proximidad corporal. Estos, en conjunto, van mostrando el interés y la empatía del fisioterapeuta en el paciente, haciendo de la sesión un proceso personalizado respondiente a las necesidades (Hiller et al., 2015).

Los seres humanos son los únicos conscientes de tener un cuerpo, controlar sus acciones y habitar en él. En la conciencia corporal la respiración juega un papel determinante, siendo un dispositivo en el que confluyen todas las *practices of embodiment*. Pues, contrariamente a otras señales corporales, la respiración es fácilmente accesible al sujeto y susceptible de control voluntario (Monti et al., 2020). Los participantes del presente estudio la identificaron como un medio para controlar el dolor; además, le atribuyeron la capacidad de tener más calma y tranquilidad durante sus rutinas diarias. Los efectos emocionales de la respiración controlada se deben al aumento de la circulación sanguínea que proporciona mejor oxigenación a todo nivel, disminuyendo la presencia de estrés y sus desencadenantes endocrinos, como el cortisol (Irmak Vural and Aslan, 2019).

Continuando con las perspectivas del NPP, la respiración permite un acceso al aquí y al ahora que da un sentido salutogénico, en el cual, siendo conscientes de la respiración y sus relaciones con las respuestas autonómicas del cuerpo, se logra una mejor exploración del sí mismo, no sólo en un ámbito terapéutico, sino que es de fácil aplicación durante las actividades de la vida diaria de los consultantes (Ekerholt, 2011).

Además del NPP, otro grupo europeo de fisioterapeutas ha desarrollado el concepto de *Basic Body Awareness Therapy* (BBAT). Esta es una terapia de conciencia del movimiento desarrollada para superar los desafíos de la salud física, mental y relacional (Skjaerven et al., 2019). Sobre este tipo de terapia hay un consenso construido por los expertos que la practican, quienes llaman a la profesión a ampliar la visión del cuerpo construida hasta ahora, para llegar a una visión ampliada que incluya la integralidad del sujeto desde el movimiento utilizando una perspectiva fenomenológica para tal comprensión y entendiendo, al igual que el MM y la NPP, que el proceso fisioterapéutico tiene una función pedagógica que debe ser potenciada y estructurada desde el *embodiment* (Skjaerven et al., 2019).

El MM es coincidente con los fundamentos del NPP y el BBAT, siendo el foco el aprendizaje del consultante por su cuerpo, y el terapeuta un mediador de tal aprendizaje, utilizando la atención plena por medio del control de la respiración y de estímulos táctiles y propioceptivos que abren paso a la conciencia corporal y, por ende, al control voluntario del cuerpo y su movimiento.

Tales enfoques no sólo se aplican en el ámbito terapéutico, sino también preventivo, pues la educación corporal podría empoderar al sujeto sobre sus capacidades de movimiento corporal, vinculándolo a sus capacidades como ser social que, por haber desarrollado el conocimiento de sí mismo, puede gestionar su salud para mantenerla y/o recuperarla.

Sobre algunos principios fundacionales del MM, Nisand (2010) menciona que la terapéutica del MM es para el cuerpo lo que el psicoanálisis para la mente. Para esta tesis ese argumento es debatible, pues legitima los principios epistemológicos dualistas soportados en los principios biomédicos del cuerpo-máquina que separan el cuerpo de la mente, y este estudio, con sus controversias inmersas, propone al MM desde otro soporte epistémico que no separa el cuerpo de la mente, y así los principios fundacionales no persigan el bienestar mental, son innegables los efectos integrales que el MM trae consigo, más aún, cuando se soporta en las narrativas de los participantes de esta investigación.

La terapéutica Mezierista que se práctica actualmente, vincula otras herramientas no descritas por su autora, situación que es parte del crecimiento profesional soportado en la evidencia. Entendiendo que la fisioterapia ha evolucionado en su conocimiento gracias al soporte en diversas ciencias y reconociendo que la praxis terapéutica se soporta en las necesidades individuales de los consultantes, no hay recetas únicas, al contrario, se requiere de procesos de interacción particulares e individualizados que impedirían la reproducción al pie de la letra de un Método tan complejo como el explorado en este estudio. Además, cada terapeuta podría usar diferentes metodologías de intervención respondientes, que se van trayendo a la sesión en el marco de la toma de decisiones que permita resolver las quejas corporales del consultante.

6.0 INTEGRACIÓN DE RESULTADOS

La integración de los resultados fue desarrollada de manera comparativa, a partir de los datos obtenidos (Pluye, 2020), como se mostró en los anteriores apartados de resultados, de manera independiente. Esta integración se desarrolló, a partir de las variables incluidas en el estudio cuantitativo, comparando los resultados de éstas con las categorías que emergieron en el diseño cualitativo. Se ha realizado así, con la finalidad de abordar completamente el segundo objetivo específico de esta investigación, que busca conocer la construcción subjetiva de efectividad que realizan las personas con dolor lumbar al recibir el tratamiento con MM.

El presente estudio, además de hacer estimaciones estadísticas sobre las variables para identificar el efecto de un tratamiento fisioterapéutico en comparación con otro, busca conocer la efectividad subjetiva, es decir, desde la narrativa de los participantes, cómo se interpreta la vivencia corporal para mejorar el dolor y las otras variables que se evaluaron.

Como se vio en la metodología cualitativa no existió una pregunta puntual para cada variable, sino que se extrajo tal interpretación de efectividad desde el discurso alrededor de la experiencia corporal realizando el MM. Con respecto a las variables, se identificó el cambio de cada una para luego buscar las citas dentro de las categorías o subcategorías que se asemejara al constructo de cada variable, y explicar el comportamiento de éstas, haciendo especial énfasis en la discrepancia o no de los resultados. Para complementar el análisis integrativo se transformaron algunos datos cualitativos en cuantitativos, puntualmente en porcentajes que facilitarían la interpretación de los dos grupos de datos.

Figura 16. *Integración de resultados*



Tabla 12. *Integración de Resultados*

VARIABLE	CAMBIOS EN LA VARIABLE	CATEGORÍA DATOS TRANSFORMADOS CUAL-CUANT	CITAS DE EJEMPLIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
DOLOR	<p>El cambio en el dolor con la escala NPR fue de 4 unidades, que corresponden al 66% de cambio. El promedio de la calificación fue de 2,0 y al finalizar el tratamiento y posterior a 6 semanas subió a 2,7.</p>	<p>Calma en el dolor: citas reportadas en el 100% de las entrevistas incluidas. Aparecen en total 108 citas al respecto. De las 20 entrevistas, en promedio cada participante se refirió a esta categoría 5 veces.</p>	<p>AR: yo si le pongo como una cantidad de mejoría, podría decir que se mejoró [el dolor] un sesenta por ciento” [...]antes era como una vez a la semana o a veces más o aquí arriba y cuando no era arriba, era la lumbar entonces, pasar de una vez a la semana a una vez en un mes [...] yo creo que es [...] un gran avance.</p> <p>GM: yo venía presentando el dolor de una forma más continua, después de las sesiones ya no persiste tanto, desaparece un poco, vuelve nuevamente, aparece y luego desaparece.</p> <p>CO: mis dolencias eran muy frecuentes, en pequeña escala si se quiere, pero eran casi que semanales, no las he sentido últimamente,</p> <p>ACG: [el dolor] Ha mejorado [...] después de la sesión ha disminuido, sí aparece, pero digamos que el dolor no es tanto como antes de que iniciara las terapias.</p> <p>Margareth: ¿Y antes estaba tomando pastillas diarias?</p> <p>LICO: Si, cada vez que sentía el dolor, la verdad no soy amante a los medicamentos, pero pues cuando ya no me aguantaba el dolor me las tomaba, pero desde que empezamos terapias no, ni cuando me dijo que día que me iba a doler, ósea, si se siente de pronto acá cuando me tocó, así que la molestia pero que sea dolor por dentro como antes, ahorita no.</p> <p>MEA: ha bajado, antes sí me dolía por hay un siete, estoy en tres.</p> <p>LC: Bueno, para mí, sí fue completamente satisfactorio porque ya no tengo el dolor, es más cuando se hace la presión y en un punto específico.</p> <p>BM: con la columna me he sentido mucho, mucho más aliviada, pues al comienzo me dolía, ahora, por ejemplo, no me dolió la columna, entonces estuve más aliviada [...]El dolor lo tengo como en 3, pero hay días que no me duele para nada.</p>	<p>Coincidente, el dolor no está completamente abolido, pero su reducción permite dar una calificación menor.</p>

DISCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR

Los cambios en la Escala Roland Morris, que evalúa la discapacidad relacionada con el dolor lumbar, tuvo un cambio en promedio de 8 unidades, pasando de una calificación de 10 a una calificación de 2, con un cambio porcentual del 80%.

Calma en el dolor: se recurre a esta categoría pues las personas se refieren no sólo a la calma en el dolor por una nota puntual, sino que lo relacionan con sus actividades de la vida diaria, se mantienen el número de citas enunciadas en la variable dolor.

Mejoras en AVD:
Es otra subcategoría que se vincula a la discapacidad relacionada con el dolor lumbar, de la cual aparecieron 32 citas, manifestadas por el 70% de los participantes, sin embargo, en la subcategoría calma en el dolor hay relatos que hacen referencia a tal característica.

AROM: para levantarme, es más fácil y no se siente ese dolor que sentía antes, que se me iba a reventar la espalda cuando iba a levantarme, entonces si lo dejé avanzar y ya me estaba acostumbrando a ese dolor, ahora, ya me estoy acostumbrando a no sentirlo y cuando lo siento es como “estoy haciendo algo mal” ...

MEA: levantar la tapa del baño me costaba, esta mañana me fije en eso y cuando me iba agachar, ya no me duele, no, no, si me duele, pero no la misma intensidad

JOMU: caminar me molestaba, ahora, no he caminado mucho, pero siento que estoy más apto para caminar.

CO: eh, no he vuelto a tener episodios de bloqueos que son los que más asustaban, quedar uno bloqueado conduciendo un carro o caminando, como me sucedía antes o sentir que no puedes ni siquiera girar el cuello porque estas bloqueado, no esos episodios no los he sentido.

SM: que podía ya caminar fuerte, incluso hasta trotar sin el dolor en cada paso, aparece el dolor, pero en ciertas posiciones, en ciertos movimientos, pero ya es menos, hay más movilidad de agacharme sin la presencia del dolor. Me puedo agachar mejor [...]ahora hay muchas cosas que yo hago y hasta se me olvida,

CC: Cuando pongo el computador en la base puedo tomar la postura y me siento mucho más cómodo y creo que eso está haciendo que mi dolor baje.

MC: también cuando me baño, cuando me aplico la crema, yo no me podía doblar a ponerme crema así en las piernas porque sentía mucho dolor, me sentía tiesa, no me sentía capaz de doblarme. En cambio, ahora lo hago fresca.

AML: hoy me sorprendí, estuve sentada todo el día y no tuve la necesidad de cambiarme de posición por el dolor [...] ni me desesperé por pararme de la silla a caminar, en ningún momento lo sentí, y fueron más de ocho horas sentada.

Coincidentes los datos cuantitativos con los cualitativos, los participantes se refieren en un alto porcentaje, evidente en un alto número de citas, el cambio en la variable de discapacidad relacionada con dolor lumbar.

<p style="text-align: center;">CALIDADE VIDA</p>	<p>SF12 tanto en la dimensión física como mental no se reportaron cambios clínicos relevantes posterior a recibir el tratamiento con el MM</p>	<p>Calidad de vida: código <i>invivo</i> que apareció 7 veces. Reportado por el 20% de los participantes.</p>	<p>CO: esta actividad me ha hecho consciente de que hay otra forma de hacer las cosas y que realmente, yo puedo tener calidad de vida diferente, pues con una práctica diferente, va a tener otros resultados no siempre el mismo y lo veo diferente, lo veo como una nueva alternativa y lo he sentido.</p> <p>JUAC: el cambio en el dolor [...] es calidad de vida, pues uno ya tiene ciertas herramientas para controlar el dolor, ya no necesito llegar hasta el punto entre comillas de no retorno donde tengo que ir a una intervención severa, por lo menos, sé manejarlo y sé tener calidad de vida, porque es hacer lo que tengo que hacer para que ese problema no me afecte y saber que si me va a empezar el dolor hago lo que me enseñaste, respiración, con eso me está funcionando y me ha permitido estar bien, porque tener calidad de vida es estar tranquilo.</p> <p>SM: una mejor vejez que me valga por mí mismo, que no tengo que depender de otros en lo posible... cierto, yo diría que el comienzo de... un comienzo y un cambio radical a como me venía sintiendo y como venía actuando, [...] es un cambio radical y siento que es un comienzo de una mejor vejez</p> <p>JOMU: cuando me estaba doliendo, me daban los patatases de cintura, de columna, de esta parte, era terrible, no me podía mover, se me acababa la calidad de vida, se me acababa mi modus operandi de todos los días. Y ahora, estoy adquiriendo de nuevo, mi forma de ver otra vez las cosas, pienso que ojalá pueda volver a jugar basquetbol.</p>	<p>Coincidente, ni en las estimaciones estadísticas ni en la saturación del código calidad de vida existe una evidencia sobre el impacto de la intervención sobre esta condición puntual.</p>
--	---	--	---	---

POSTURA	<p>Fotogrametría: No existieron cambios en las variables de postura evaluadas.</p>	<p>Equilibrio: subcategoría explicativa de la calma en el dolor que se relaciona con una posición del cuerpo armoniosa, que evade las malas posiciones, minimiza el gasto energético y al final genera confort. Presente en el 95% de las narrativas de los participantes con un promedio de citas relacionadas con esta categoría de 5.4.</p>	<p>GM: trato de obligarme a mantener en esa posición a sentarme bien [...] porque a veces siento que estoy como por ejemplo mal sentado, entonces [...] trato de acordarme y me ubico como es. ACG: tener mejor la postura, de alinearse más, de no subir los hombros, de cuando está de pie tener mejor control de pelvis, de rodillas. AROM: Si, ya estoy acostumbrándome a esa nueva postura, es nueva [...] ahora con solo cinco sesiones, no más en la primera sesión hasta mi hermana lo noto, que dijo ya no tienes las alitas de ángel [escapulas proyectadas hacia atrás] [...] JA: cada que me siento en una mala postura, me acuerdo casi de inmediato de modificarla LC: también siento como un cambio dentro de la postura sobre todo a nivel cervical y dorsal, me mejoró la alineación postural, mucha consciencia de la postura, en clase, también trato de ubicar las piernas [...] NIMU: he sentido bastante mejoría respecto a posicionarme bien corporalmente [...] BM: la forma de las posiciones que tengo que hacer para no recargar el cuerpo en una parte [...] FT: el equilibrio, porque [...]yo lo hacía todo, más por este lado y [...]casi todo lo estaba manejando hacia el lado derecho [...] Ahora, estoy tratando para este lado, porque puede ser lo que le digo, conocer el cuerpo, AML: ya sé cómo debe estar mi espalda, mis hombros [...] la cadera</p>	<p>No coincidente, los hallazgos estadísticos no permiten ver un cambio en la postura, pero los participantes manifiestan sensaciones corporales que les permite sentirse mejor posicionados, en una posición más armoniosa que no les genera dolor y menos cansancio.</p>
----------------	--	---	---	--

FLEXIBILIDAD	<p>TEST DE FLEXIÓN DE TRONCO: se estudiaron tres variables de este test: la movilidad iliaca o la versión pélvica, la proyección posterior de los miembros inferiores, y la flexión de rodillas durante la flexión de tronco con rodillas dobladas. Se evidenciaron cambios en la movilidad iliaca y en la proyección posterior de los miembros inferiores. Los cambios fueron de 10 y 3 grados respectivamente.</p>	<p>Soltar Tensión Subcategoría que es contraria a la tensión, y que se relaciona con la economía energética y el equilibrio. En general la mayor flexibilidad se relaciona también con la capacidad del sujeto de soltar la tensión relacionada con la poca flexibilidad de sus músculos. Sobre este código existieron 68 citas, presentes en el 50% de los participantes, con un promedio de citas para cada participante de 6.</p> <p>Mayor Flexibilidad 8 participantes se refirieron a esta ganancia con las sesiones de fisioterapia, con 25 citas con un promedio de 3 para cada participante que se refirió a este código.</p>	<p>MEA: la tensión de los hombros bajó un montón y eso me facilita [...] como acomodarlos [...] mis dedos de los pies ya, ya, antes estaban muy pegados, ahora ya se abren, es un avance.</p> <p>LICO: Se siente más suelto el cuerpo, porque me sentía como así [muestra un puño cerrado]</p> <p>Margareth: ¿cómo aprisionado?</p> <p>LICO: si, ahora me siento así [muestra un puño abierto]</p> <p>FT: siento como una relajación del mismo músculo, siento que lo tengo recogido [...]sentí la relajación y sentí que el músculo se me extendió más y se me han quitado esos corrientazo, se me dormían las nalgas, no me han vuelto a dar, siento el cansancio, pero el calambre no me ha vuelto a dar.</p> <p>PT: uno siente como que tenía un nudo y que se me fue desamarrando [...]</p> <p>GM: ha disminuido dolor y en esta parte aquí he sentido mayor flexibilidad, también he sentido como si pudiera estirarme más.</p> <p>AROM: estoy estrenando rodillas porque sentía que podía estirar más las rodillas, la derecha no la podía estirar, yo no me podía agachar y tocar los pies</p> <p>AML: me sentí más suelta, o sea, digamos ya cuando estiraba sola, ya me sentía más suelta.</p> <p>MC: también cuando me baño, cuando me aplico la crema, yo no me podía doblar a ponerme crema en las piernas porque sentía mucho dolor, me sentía tiesa, no me sentía capaz de doblarme [...] ahora me siento más flexible.</p> <p>CC: he visto la evolución y me estiro mucho más fácil [...] ya casi toco la punta de mis pies.</p>	<p>Coincidente, los cambios estadísticos en la movilidad son reiterados por los participantes del estudio a través de los códigos soltar tensión y mayor flexibilidad. A pesar de que no presentan un grado de saturación tan evidente como la calma en el dolor o el equilibrio, los participantes pueden referirse a la mayor flexibilidad a través de códigos cercanos, tal es el ejemplo de soltar tensión.</p>
---------------------	--	---	---	---

La integración de estos resultados permite reconocer las voces de los participantes, con relación a cómo comprenden las experiencias corporales vividas durante la terapia; lugar desde donde emergen, si bien no en la totalidad y con las mismas expresiones, cómo se vive el cambio de las variables evaluadas, más allá de si hubo o no cambios. La complementariedad para este estudio brinda riqueza descriptiva, además de reconocerse la efectividad de la terapia en algunas variables desenlace, lo cual permite saber qué sucedió con las variables que no tuvieron un cambio estadístico evidente, y reconocer e incluir otros aspectos de la intersubjetividad de los participantes del proceso.

La principal limitación de la integración de estos resultados está relacionada con la no vinculación de los datos cualitativos del grupo de fisioterapia de comparación, pues el objetivo del estudio se remitió a la comprensión del MM. Además, al ser la investigadora principal quien aplicó las entrevistas supone una limitante para conocer sensaciones negativas frente al proceso de intercorporalidad, desarrollado durante las sesiones de fisioterapia.

En resumen, fue evidente el cambio significativo y la relevancia clínica (dolor y discapacidad) de las variables centrales incluidas en el diseño cuantitativo para el GMM., La flexibilidad también mostró ganancias. Al contrario, la postura y la calidad de vida no mostraron mejorías en su puntuación.

El cambio, de las variables dolor, discapacidad relacionada con el dolor lumbar y flexibilidad, se complementó desde la narrativa de los participantes, siendo claro que existió una saturación teórica desde los códigos hasta las categorías, que permite mejorar la evidencia del efecto de esta terapéutica, en estos constructos que argumentan su uso en personas con DL.

Así mismo, las variables postura y calidad de vida, no presentaron ningún cambio estadístico, sin embargo, la narrativa permite ver que la persona sí percibe los cambios, aunque no sean evidentes en las mediciones aplicadas.

7.0 LIMITACIONES

Un estudio mixto es un reto teórico y metodológico. Este estudio acogió este enfoque para ampliar la perspectiva de análisis sobre el DL y el MM. Estos se desarrollaron en simultáneo, y cada uno, supuso la superación de diversas limitaciones que se expresan a continuación, para que en futuras investigaciones se puedan superar.

Desde el enfoque cuantitativo, se tuvo un abandono del 40%, debido a que el tratamiento requirió más de un mes asistiendo a las sesiones de fisioterapia más las valoraciones desarrolladas, sumado a que un grupo de participantes de ambos grupos de intervención seguía en tratamiento cuando se desencadenó la pandemia por COVID-19. Un posible sesgo, fue que la aplicación de la intervención fue realizada por la investigadora principal del estudio, situación que se minimizó con el enmascaramiento de la asignación a los grupos y las evaluaciones.

Respecto al enfoque cualitativo, no se indagó con las personas, la razón por la cual abandonaron el estudio; además, la investigadora principal realizó las entrevistas, lo que, posiblemente influyó para que las narrativas no mostraran los aspectos a mejorar sobre la interacción con el MM.

8.0 CONCLUSIONES

El objetivo general de este estudio con enfoque metodológico mixto fue determinar los efectos del MM sobre el dolor y la discapacidad relacionada con el DL, en comparación con un programa de fisioterapia sedativa y de ejercicio, y comprender el significado de la experiencia corporal al aplicar el MM.

Para alcanzarlo, se procedió a desarrollar dos objetivos específicos, describiendo los efectos del MM versus un programa de ejercicio de flexibilidad, fortalecimiento y terapia sedativa sobre en el dolor, la discapacidad relacionada con el DL, y calidad de vida, en personas con DL. Y conociendo la construcción subjetiva de efectividad que realizan las personas con DL al recibir el tratamiento con MM.

Los efectos del MM sobre el dolor y la discapacidad, evidenció que la terapéutica con Mézières genera cambios estadísticos y clínicos sobre el dolor y la discapacidad, los cuales son equiparables al programa de ejercicios y terapia sedativa que se usó como comparación. Tales efectos, se mantienen a las 6 semanas de haber finalizado el tratamiento. El MM también generó cambios sobre la flexibilidad de la cadena posterior, que fueron superiores en comparación con el GC. Los cambios en la calidad de vida y la postura no fueron evidentes para ninguno de los dos grupos.

La experiencia corporal de las personas del GMM gira alrededor del proceso enseñanza-aprendizaje, que permite el desarrollo de la conciencia corporal, y el control voluntario del cuerpo, categoría a la que se le atribuye la calma en el dolor como resultado de un uso de sí mismo equilibrado, donde existe la economía energética, por lo tanto, se logra una sensación de confort.

Sobre la construcción subjetiva de efectividad a la que se llegó por medio de la integración de los resultados, se encontró que la narrativa de los participantes ratifica los efectos positivos del

MM sobre el dolor, la discapacidad y la flexibilidad; sin embargo, no son coincidentes los datos cualitativos sobre los efectos percibidos en la calidad de vida y la postura, dado que, estadísticamente no se evidenciaron cambios importantes aunque la narrativa de los participantes, sí incluye percepciones de cambio a este nivel.

Teóricamente, este estudio reconoce el DL como una “queja corporal” cuya alta incidencia se deriva de los usos dados al cuerpo que están atravesados por los dispositivos sociales en los que se está inmerso y que configuran *el habitus*. En estos, prima el cuerpo disciplinado que abre camino a la amnesia sensorio-motriz, cuyos efectos se traducen en usos del cuerpo en formas no equilibradas que llevan a tensiones, que se traducen en consumos de energía no eficientes que, como consecuencia, llevan a las quejas del cuerpo sobre su uso y su disposición.

A lo largo de esta exposición se ha propuesto al MM como una *practice of embodiment*, o como una técnica de educación somática, o como una práctica somática de la modernidad, que responde a las necesidades de las personas con DL, que además, desarrolla la conciencia sobre sí mismo, mejora el uso de sí, y permite una corporalidad confortable. El MM desarrollado por fisioterapeutas, tiene semejanzas con formas de razonamiento profesional desarrollados en Europa, como el NPP y el BBAT. Estos tres podrían tener orígenes cercanos, sin embargo, no fue el objeto de esta tesis ahondar en esto.

De lo expuesto en este documento, se deriva la necesidad de incluir en los programas pre-graduales en fisioterapia, reflexiones epistémicas sobre la forma en que se ha concebido el fenómeno de estudio, desde donde se han configurado las prácticas terapéuticas vividas a diario. Concediendo espacios para entender la fisioterapia como un dispositivo de pedagogía del cuerpo, que podría ser repensado desde una perspectiva más humana y social, que no disgregue al sujeto en partes medibles y separables, sino que lo comprenda en su integridad social, cultural, espiritual, biológica.

Finalmente, los aportes a la práctica clínica se relacionan con incluir perspectivas de abordaje para el DL más integrales, que vinculen la conciencia corporal como eje para mejorar el uso y la disposición del cuerpo, incluyendo la libertad del movimiento de la pelvis, la respiración, las técnicas de contacto manual para liberar tensiones, buscando una posición corporal equilibrada y percibida como armónica que no genere cansancio y busque el confort del consultante.

REFERENCIAS

- Ahlsen, B., Engebretsen, E., Nicholls, D., & Mengshoel, A. M. (2020). The singular patient in patient-centred care: physiotherapists' accounts of treatment of patients with chronic muscle pain. *Medical humanities*, 46(3), 226-233.
- Alexander, M. (1988). *The use of the self*. Orionbooks Publishing.
- Allan, D. B. & Waddell, G. (1989). An historical perspective on low back pain and disability. *Acta Orthopaedica*, 60(234), 1-23. <https://doi.org/10.3109/17453678909153916>
- Aluko, A., DeSouza, L. & Peacock, J. (2013). The effect of core stability exercises on variations in acceleration of trunk movement, pain, and disability during an episode of acute nonspecific low back pain: A pilot clinical trial. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 36(8), 497-504. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2012.12.012>
- Anderson, R. (1999). Human evolution, low back pain, and dual-level control. In O. University (Ed.), *Evolutionary Medicine* (p. 338). New York.
- Babina, R., Mohanty, P. P. & Pattnaik, M. (2016). Effect of thoracic mobilization on respiratory parameters in chronic non-specific low back pain : A randomized controlled trial, 29(3), 587–595. <https://doi.org/10.3233/BMR-160679>
- Bjorbækmo, W. S. & Mengshoel, A. M. (2016). A touch of physiotherapy; The significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(1), 10–9. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1071449>
- Bleda Andrés, J. & Meseguer Henarejos, A. B. (2020). Proprioceptive neuromuscular facilitation in people with chronic low back pain: Systematic review. *Fisioterapia*, 42(2),85-97. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2019.11.002>
- Bonetti, F., Curti, S., Mattioli, S., Mugnai, R., Vanti, C., Violante, F. S. & Pillastrini, P. (2010). Effectiveness of a 'Global Postural Reeducation' program for persistent Low Back Pain: A non-randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11(1), 285. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-285>
- Bordoni, B. & Myers, T. (2020). A Review of the Theoretical Fascial Models: Biotensegrity, Fascintegrity, and Myofascial Chains. *Cureus*, 12(2)e-7092. <https://doi.org/10.7759/cureus.7092>
- Bourdieu, P. (2012). *Bosquejo de una teoría de la práctica*. Prometeo Editorial.
- Brumagne, S., Diers, M., Danneels, L., Lorimer Moseley, G. & Hodges, P. W. (2019). Neuroplasticity of sensorimotor control in low back pain. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 49(6), 402-414. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.8489>

- Budde, H., Wegner, M., Soya, H., Voelcker-Rehage, C. & McMorris, T. (2016). Neuroscience of Exercise: Neuroplasticity and Its Behavioral Consequences. *Neural Plasticity*, 3–5. <https://doi.org/10.1155/2016/3643879>
- Burk, C., Perry, J., Lis, S., Dischiavi, S. & Bleakley, C. (2020). Can myofascial interventions have a remote effect on ROM? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sport Rehabilitation*, 29(5), 650-656. <https://doi.org/10.1123/JSR.2019-0074>
- Busquet, L. (2002). *Las cadenas musculares. Tomo I*. Editorial Paidotribo
- Calvo-Muñoz, I., Gómez-Conesa, A. y Sánchez-Meca, J. (2012). Prevalencia del dolor lumbar durante la infancia y la adolescencia. una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 86(4),. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272012000400003>
- Carpes, F. P., Reinehr, F. B. y Mota, C. B. (2008). Effects of a program for trunk strength and stability on pain, low back and pelvis kinematics, and body balance: A pilot study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12(1), 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2007.05.001>
- Carpintero, C. J. (2017). *Origen y desarrollo del concepto de cadenas musculares en fisioterapia*. [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid] E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/44370/>
- Castellanos-Garrido, A. L., Motivar-Sánchez, N., Acosta-Cabral, C. y Alfonso-Mora, M. L. (2018). Results of an intervention on the forward head posture using the Mezieres technique. *Fisioterapia*, 40(2), 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2017.09.003>
- Castro, J. y Uribe, M. (1998). La educación somática: un medio para desarrollar el potencial humano. *Educación Física y Deporte*, 20(1).
- Chaléat-Valayer, E., Mac-Thiong, J. M., Paquet, J., Berthonnaud, E., Siani, F. & Roussouly, P. (2011). Sagittal spino-pelvic alignment in chronic low back pain. *European Spine Journal*, 20(5), 634–640. <https://doi.org/10.1007/s00586-011-1931-2>
- Chou, R., Deyo, R., Friedly, J., Skelly, A., Hashimoto, R., Weimer, M., Fu, R., Dana, T., Kraegel, P., Griffin, J., Grussing, S. & Brodt, E. D. (2017). Nonpharmacologic therapies for low back pain: A systematic review for an American College of physicians clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 493-505. <https://doi.org/10.7326/M16-2459>
- Chou, R., Qaseem, A., Owens, D. K. & Shekelle, P. (2011). Diagnostic imaging for low back pain: Advice for high-value health care from the American college of physicians. *Annals of Internal Medicine*, 154(3), 181-189. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-3-201102010-00008>
- Cittone. (1999a). Méthode Mézières. *Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation*. Retrieved from <http://files.sld.cu/rehabilitacion-ejer/files/2010/05/metodo20meziere.pdf>

- Cittone. (1999b). Método Mézières. *Enciclopedia Médico-Quirúrgica--E-26-085-A-10*, 1–7.
- Croft, P., Sharma, S., & Foster, N. E. (2020). Primary care for low back pain: we don't know the half of it. *Pain*, 161(4), 663-665.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2012). *Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.*
<https://doi.org/10.4135/9781452230153>
- Corti, A., Giancola, S., Mainetti, G. & Sala, R. (2016). A metrological characterization of the Kinect V2 time-of-flight camera. *Robotics and Autonomous Systems*, 75, 584-594.<https://doi.org/10.1016/j.robot.2015.09.024>
- Coulombe, B. J., Games, K. E., Neil, E. R. & Eberman, L. E. (2017). Core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. *Journal of Athletic Training*, 52(1), 71–72.
<https://doi.org/10.4085/1062-6050-51.11.16>
- Creswell, J., and Plano Clark, V. (2018). *Designing and Conducting Mix Methods Research.* (3rd ed.). SAGE Publication Inc.
- Dehghan, M. & Farahbod, F. (2014). The efficacy of thermotherapy and cryotherapy on pain relief in patients with acute low back pain, a clinical trial study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(9), 1-4.<https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7404.4818>
- Denys-struyf, G. (2016). *El manual del Mezierista. Tomo I.* (3rd ed.) Editorial Paidotribo.
- Denys-Struyf, G. (2011). *El Manual del Mezierista Tomo II.* (3rd ed.) Editorial Paidotribo (3rd ed.) Editorial Paidotribo.
- Díaz Arribas, M. J. (2010). *Fisioterapia en la lumbalgia mecánica con el método de cadenas musculares y articulares GDS. [Tesis de doctorado,. Universidad Complutense de Madrid]* E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/40092/>
- Dragesund, T.& Øien, A. M. (2021). Developing self care in an interdependent therapeutic relationship patients experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1(11). <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- Dülger, E., Bilgin, S. & Bulut, E. (2018). The effect of stabilization exercises on diaphragm muscle thickness and movement in women with low back pain, *31(2)*, 323–329.
<https://doi.org/10.3233/BMR-169749>
- Ekedahl, K. H., Jönsson, B. & Frobell, R. B. (2010). Validity of the fingertip-to-floor test and straight leg raising test in patients with acute and subacute low back pain: A comparison by sex and radicular pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(8), 1243-1247.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.05.002>

- Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(2), 103–115. <https://doi.org/10.1080/17432979.2011.568762>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 57-69 <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256>
- Engers, A. J., Jellema, P., Wensing, M., van der Windt, D. A., Grol, R., & van Tulder, M. W. (2008). Individual patient education for low back pain. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- Espinosa, N., González, C., Mera, C., Torrealba, C. y Henríquez, L. (s.f.). *The STarT Back Screening Tool Sistema de Categorización*.
- Feldenkrais, M. (1972). *Autoconciencia por el movimiento*. Ediciones Paidós.
- Ferreira, G. E., Barreto, R. G. P., Robinson, C. C., Plentz, R. D. M. y Silva, M. F. (2016). Global Postural Reeducation for patients with musculoskeletal conditions: a systematic review of randomized controlled trials. *Brazilian Journal Physical Therapy*, 20(3), 194–205. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0153>
- Fillingim, R. B. (2017). Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*, 158(Suppl 1), S11.
- Finta, R., Nagy, E. & Bender, T. (2018). The effect of diaphragm training on lumbar stabilizer muscles: A new concept for improving segmental stability in the case of low back pain. *Journal of Pain Research*, 11, 3031–3045. <https://doi.org/10.2147/JPR.S181610>
- Foucault, M. (1984). *La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad*. París. Retrieved from <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/NOMBRES/article/viewFile/2276/1217>
- Freire, P. (1996). *A La Sombra de Este Árbol*. El Roure Editorial S.A.
- French, S. D., Cameron, M., Walker, B. F., Reggars, J. W., & Esterman, A. J. (2006). Superficial heat or cold for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Furlan, A. D., Giraldo, M., Baskwill, A., Irvin, E. & Imamura, M. (2015). Massage for low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001929.pub3>
- García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei: Revista de Filosofía*, (74), 1–8.
- García, V. (2012). *Interrelaciones en procesos terapéuticos*. Editorial Universidad del Rosario
- Garretra, M. P. (2009). Cérvico-dorsalgia postural, tratamiento mediante el Método Mézières. *Fisio*

Global, (3), 21–26.

- Giraldo, C. V. y Ceballos, G. Y. (2011). Acostumbrarse a las barreras: Estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 12(2).
- Gomes-Neto, M., Lopes, J. M., Conceição, C. S., Araujo, A., Brasileiro, A., Sousa, C., ... & Arcanjo, F. L. (2017). Stabilization exercise compared to general exercises or manual therapy for the management of low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Physical therapy in Sport*, 23, 136-142.
- Gracovetsky, S. (2008). Is the lumbodorsal fascia necessary? *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12(3), 194–197. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2008.03.006>
- Granacher, U., Lacroix, A., Muehlbauer, T., Roettger, K. & Gollhofer, A. (2013). Effects of core instability strength training on trunk muscle strength, spinal mobility, dynamic balance and functional mobility in older adults. *Gerontology*, 59, 105-113. <https://doi.org/10.1159/000343152>
- Gusi, N., del Pozo-Cruz, B., Olivares, P. R., Hernández-Mocholi, M. & Hill, J. C. (2011). The Spanish version of the “STarT Back Screening Tool” (SBST) in different subgroups. *Atención Primaria*, 43(7), 356–361. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2010.05.019>
- Hanna, T. (1988). *Somatics reawakening the mind's control of movement, flexibility, and health*. (P. B. Group, Ed.).
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R., Underwood, M, and Lancet Low Back Pain Series Working Group. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356-2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
- Hayden, J. A., Van Tulder, M. W., Malmivaara, A. V., & Koes, B. W. (2005). Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Annals of internal medicine*, 142(9), 765-775.
- Hayden, J. A., Ellis, J., Ogilvie, R., Malmivaara, A., & van Tulder, M. W. (2021). Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Herrera, C. X. (2013). Cuerpo y escuela: subjetividades en tensión. In U. Central (Ed.), *El cuerpo en Colombia- Estado del arte cuerpo y subjetividad-* (pp. 147–166). Bogotá.
- Hiller, A., Guillemin, M. & Delany, C. (2015). Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1222–1228. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.029>

- Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., Fainsinger, R., Aass, N., Kaasa, S., & European Palliative Care Research Collaborative. (2011). Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: A systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *41*(6), 1073-1093.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016>
- Holopainen, R., Lausmaa, M., Edlund, S., Carstens-Söderstrand, J., Karppinen, J., O'Sullivan, P., & Linton, S. J. (2021). Physiotherapists' validating and invalidating communication before and after participating in brief cognitive functional therapy training. Test of concept study. *European Journal of Physiotherapy*, 1-7.
- Huebner, M., Keane, B. W., Perls, F., Watts, A., Whitehouse, M., Rand, M., & Levine, P. (2010). The Life and Teachings of Elsa Gindler. *BULLETIN of the Charlotte Selver Foundation*, *1*, 17-21.
- Hush, J. M. (2020). Low back pain: it is time to embrace complexity. *Pain*, *161*(10), 2248-2251.
- Irmak Vural, P., & Aslan, E. (2019). Emotional freedom techniques and breathing awareness to reduce childbirth fear: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *35*, 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.02.011>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K...Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, *392*(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Janssens, L., Brumagne, S., McConnell, A., Hermans, G., Troosters, T. & Gayan-Ramirez, G. (2013). Greater diaphragm fatigability in individuals with recurrent low back pain. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, *188*(2). <https://doi.org/10.1016/j.resp.2013.05.028>
- Janssens, L., McConnell, A. K., Pijnenburg, M., Claeys, K., Goossens, N., Lysens, R., Troosters, T. & Brumagne, S. (2014). Inspiratory Muscle Training Affects Proprioceptive Use and Low Back Pain. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *47*(1), 12-19.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000385>
- Jiménez, B. (2000). Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza. *Revista Universidad de Guadalajara*, *17*, 1-10.
- Joas, H. (2013). *La creatividad de la acción*. Editorial Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Johnson, D. (1995). *Bone, Breath & Gesture. Practices of Embodiment*. Editorial North Atlantic Books.

- Joseph, L., Hancharoenkul, B., Silitertpisan, P., Pirunsan, U. & Aatit, P. (2018). Effects of Massage as a Combination Therapy with Lumbopelvic Stability Exercises as Compared to Standard Massage Therapy in Low Back Pain: a Randomized Cross-Over Study. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork.*, 11(4), 16–22.
- Kamper, S. J., Logan, G., Copsey, B., Thompson, J., Machado, G. C., Abdel-Shaheed, C., ... & Hall, A. M. (2020). What is usual care for low back pain? A systematic review of health care provided to patients with low back pain in family practice and emergency departments. *Pain*, 161(4), 694-702.
- Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N. & Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qualitative Health Research*, 28(2), 200-212. <https://doi.org/10.1177/1049732317707726>
- Khodadad, B., Letafatkar, A., Hadadnezhad, M. & Shojaedin, S. (2020). Comparing the Effectiveness of Cognitive Functional Treatment and Lumbar Stabilization Treatment on Pain and Movement Control in Patients with Low Back Pain. *Sports Health*, 12(3), 289-295. <https://doi.org/10.1177/1941738119886854>
- Kocjan, J., Adamek, M., Gzik-Zroska, B., Czyżewski, D. & Rydel, M. (2017). Network of breathing. Multifunctional role of the diaphragm: A review. *Advances in Respiratory Medicine*, 85(4), 224–232. <https://doi.org/10.5603/ARM.2017.0037>
- Kovacs, F. M., Llobera, J., Gil del Real, M. T., Abreira, V., Gestoso, M., Fernández, C. & Kovacs-Atención Primaria Group. (2002). Validation of the Spanish version of the Roland-Morris Questionnaire. *Spine*, 27(5), 538–542. <https://doi.org/10.1097/00007632-200203010-00016>
- Krause, F., Wilke, J., Vogt, L. & Banzer, W. (2016). Intermuscular force transmission along myofascial chains: A systematic review. *Journal of Anatomy*, 228(6), 910-918. <https://doi.org/10.1111/joa.12464>
- Król, A., Polak, M., Szczygieł, E., Wójcik, P. & Gleb, K. (2017). Relationship between mechanical factors and pelvic tilt in adults with and without low back pain. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 30(4), 699-705. <https://doi.org/10.3233/BMR-140177>
- Kuriyama, S. (2005). *La expresividad del cuerpo*. Ediciones Siruela.
- Kuszewski, M. T., Gnat, R., & Gogola, A. (2018). The impact of core muscles training on the range of anterior pelvic tilt in subjects with increased stiffness of the hamstrings. *Human Movement Science*, 57(32–39). <https://doi.org/10.1016/j.humov.2017.11.003>
- Laird, R. A., Gilbert, J., Kent, P., & Keating, J. L. (2014). Comparing lumbo-pelvic kinematics in people with and without back pain: A systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(229). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-229>
- Laird, R. A., Keating, J. L., Ussing, K., Li, P & Kent, P. (2019). Does movement matter in people with back pain? Investigating ‘atypical’ lumbo-pelvic kinematics in people with and without

back pain using wireless movement sensors. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(28).
<https://doi.org/10.1186/s12891-018-2387-x>

Laird, R. A., Kent, P., & Keating, J. L. (2012). Modifying patterns of movement in people with low back pain -does it help? A systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(169).
<https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-169>

Le Derff, H. (1983). Método Mézières. El Tratamiento. *Natura Medicatrix: Revista Médica Para El Estudio y Difusión de Las Medicinas Alternativas*, (1), 15–22.

Lena, O., Todri, J., Todri, A., Gil, J. L. M. & Gallego, M. G. (2020). The effectiveness of the Mézières method in elite rhythmic gymnastics athletes with low back pain: A randomized controlled trial. *Journal of Sport Rehabilitation*, 29(7), 913–919.
<https://doi.org/10.1123/JSR.2019-0204>

Lissak, G. (2018). Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study. *Environmental Research*, 164, 149-157.
<https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.01.015>

Lupton, D. (2012). *La Medicina como Cultura La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Editorial Universidad de Antioquia.

Magee, D. (2014). *Orthopedic Physical Assessment* (6th ed.). Saunders Imprint.

Maialen, A. O. (2009). Cérvico-dorsalgia crónica. Tratamiento mediante el método Mézières. *Revista Científica Iberoamericana del Método Mézières y terapias globales*, 2, 35–41.

Medeiros, F. C., Costa, L. O. P., Oliveira, I. S, y Costa, L. D. C. M. (2019). A responsiveness analysis of the subgroups for targeted treatment (start) back screening tool in patients with nonspecific low back pain. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 49(10), 725–735. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.8776>

Miyamoto, G. C., Lin, C. W. C., Cabral, C. M. N., Van Dongen, J. M. & Van Tulder, M. W. (2019). Cost-effectiveness of exercise therapy in the treatment of non-specific neck pain and low back pain: A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 53(3), 172-181. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098765>

Monti, A., Porciello, G., Tieri, G. & Aglioti, S. (2020). The “embreathment” illusion highlights the role of breathing in corporeal awareness. *Journal of Neurophysiology*, 123, 420–427.
<https://doi.org/10.1152/jn.00617.2019>

Morin, E. (2000). Antropología de la libertad. *Gazeta de Antropología*.

Nicholls, D. (2017). *The End of Physiotherapy*. Taylor & Francis Group.

Nicholls, D, Jachyra, P., Gibson, B., Fusco, C, & Setchell, J. (2018). Keep fit: marginal ideas in contemporary therapeutic exercise. *Qualitative Research in Sport, Exercise and*

Health, 4(10), 400–411. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1415220>

Nicholls, David, & Gibson, B. E. (2010). The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(8), 497–509. <https://doi.org/10.3109/09593981003710316>

Nisand, M. (2010). Método Mézières. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*, 31(2), 1–16. [https://doi.org/10.1016/S1293-2965\(10\)70723-4](https://doi.org/10.1016/S1293-2965(10)70723-4)

O’Sullivan, P., & Lin, I. (2014). Acute low back pain. *Pain Management Today*, 1(1), 8–13.
Oh, Y. J., Park, S. H. & Lee, M. M. (2020). Comparison of effects of abdominal draw-in lumbar stabilization exercises with and without respiratory resistance on women with low back pain: A randomized controlled trial. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/MSM.921295>

Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences - Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9(1), 31–39. <https://doi.org/10.1080/14038190601152115>

Osorio G, S. N. (2005). La unidualidad cerebro-mente a la luz del pensamiento complejo e implicaciones pedagógicas. In Universidad del Rosario (Ed.), *Cuerpo-Movimiento: Perspectivas* (1st ed., pp. 96–117). Bogotá.

Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E. & Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: The population health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 38(3), 105-113. <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3181e373a2>

Owen, P. J., Miller, C. T., Mundell, N. L., Verswijveren, S. J. J. M., Tagliaferri, S. D., Brisby, H., Bowe, S. J. & Belavy, D. L. (2020). Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 54(21), 1279-1287. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100886>

Paolucci, T., Attanasi, C., Cecchini, W., Marazzi, A., Capobianco, S. V. & Santilli, V. (2019). Chronic low back pain and postural rehabilitation exercise: A literature review. *Journal of Pain Research*, 12, 95-107. <https://doi.org/10.2147/JPR.S171729>

Paolucci, T., Zangrando, F., Piccinini, G., Deidda, L., Basile, R., Bruno, E., Buzi, E., Mannocci, A., Tirinelli, F., Haggiag, S., Lispi, L., Villani, C. & Saraceni, V. M. (2017). Impact of Mézières Rehabilitative Method in Patients with Parkinson’s Disease: A Randomized Controlled Trial. *Parkinson’s Disease*, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2017/2762987>

Patrick, N., Emanski, E. & Knaub, M. A. (2014). Acute and chronic low back pain. *Medical Clinics*, 98(4), 777–789. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.03.005>

Patté, J. (2018). *Le grand livre de la méthode Mézières*. Éditeur Eyrolles

Parreira, P., Heymans, M. W., van Tulder, M. W., Esmail, R., Koes, B. W., Poquet, N., ... & Maher, C. G. (2017). Back Schools for chronic non-specific low back pain. Cochrane Database of

Systematic Reviews, (8).

- Pavel, K., Jan, S., Martin, K. & Jan, S. (2012). Postural Function of the Diaphragm in Persons with and without Chronic Low Back Pain. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 42(4), 352-362. <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2012.3830>
- Payares, K., Lugo, L. H., & Restrepo, A. (2015). Validation of the roland morris questionnaire in colombia to evaluate disability in low back pain. *Spine*, 40(14), 1108-1114.
- Pedraza-Gómez, Z. (2011). La estrategia higiénica: movimiento y regeneración. *Revista Educación Física y Deporte*, 30(1), 445–456.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/educacionfisicaydeporte/article/view/10051>
- Pedraza-Gómez, Z. (2008). De la educación física y el uso de sí: ejercicios estético-políticos de la cultura somática moderna. *Movimento*, 14(2), 13–37.
<https://www.redalyc.org/pdf/1153/115315219002.pdf>
- Pellecchia, M. T., Grasso, A., Biancardi, L. G., Squillante, M., Bonavita, V. & Barone, P. (2004). Physical therapy in Parkinson's disease: an open long-term rehabilitation trial. *Journal of Neurology*, 251(5), 595–598. <https://doi.org/10.1007/s00415-004-0379-2>
- Pepe, L., Milani, R., Di Trani, M., Di Folco, G., Lanna, V. & Solano, L. (2014). A more global approach to musculoskeletal pain: expressive writing as an effective adjunct to physiotherapy. *Psychology, Health & Medicine*, 19(6), 687–697.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2013.859712>
- Perret, C., Poiraudau, S., Fermanian, J., Lefèvre Colau, M. M., Mayoux Benhamou, M. A. & Revel, M. (2001). Validity, reliability, and responsiveness of the fingertip-to-floor test. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(11), 1566–1570.
<https://doi.org/10.1053/apmr.2001.26064>
- Pita, F. & Pértegas, D. (2004). La fiabilidad de las mediciones clínicas: el análisis de concordancia para variables numéricas Pita. *Atencion Primaria En La Red*, (1995).
- Pluye, P. (2020). Integración en métodos mixtos. In Éditions science et bien commun (Ed.), *Integración en métodos mixtos. Evaluación de las intervenciones sanitarias en salud global*.
- Prieto, A., Naranjo, S. & García, V. (2005). *Cerpo y Movimiento: perspectivas*. Editorial Universidad del Rosario
- Quevedo, E. y Hernández, M. (1992). La articulación del conocimiento Básico Biológico y Social en la Formación del Profesional de la Salud: Una Mirada desde la Historia. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, D.C.
- Ramírez-Vélez, R., Agredo-Zuñiga, R. A. y Jerez-Valderrama, A. M. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 807–819.

<https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000500011>

- Reyes, M., Clapés, A., Ramírez, J., Revilla, J. R. y Escalera, S. (2013). Automatic digital biometry analysis based on depth maps. *Computers in Industry*, 64(9), 1316-1325.
<https://doi.org/10.1016/j.compind.2013.04.009>
- Robinson, H. S. & Hanne, D. (2017). Reliability and screening ability of the StarT Back screening tool in patients with low back pain in physiotherapy practice , a cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 18(1), 9–15. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1553-x>
- Rovella, A. (2008). La Eutonía - sus principios. In *Jornadas de Cuerpo y Cultura*.
- Rubinstein, S. M., van Middelkoop, M., Assendelft, W. J., de Boer, M. R., & van Tulder, M. W. (2011). Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Sala Franch, J. O. (2010). Cervicalgia y lumbalgia crónicas asociadas a un síndrome de piernas inquietas tratado con método Mézières. *Fisio Global*, (4), 19–26.
<http://www.ifgm.es/sites/default/files/fisioglobal4.pdf>
- Schilling, N., Arnold, D., Wagner, H. & Fischer, M. S. (2005). Evolutionary aspects and muscular properties of the trunk - Implications for human low back pain. *Pathophysiology*, 12(4), 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.pathophys.2005.09.005>
- Searle, A., Spink, M., Ho, A. & Chuter, V. (2015). Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 29(15), 1155-1167.
<https://doi.org/10.1177/0269215515570379>
- Serrano, M. E. (2019). Comportamiento motor del niño Una mirada desde la construcción sociocultural: traspasando la frontera de lo biológico. In Universidad de La Sabana (Ed.), *FISIOTERAPIA EN LA UNIVERSIDAD DE LA SABANA Desarrollo y Prospectiva*. (p. 76). Chía.
- Shosha, G. A. (2012). Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: a reflection of a researcher. *European Scientific Journal*. <https://doi.org/10.19044/esj.2012.v8n27p%p>
- Shusterman, R. (2008). *Body consciousness: A philosophy of Mindfulness and Somaesthetics*. Cambridge University Press
- Silva, G. R. R., Pitangui, A. C. R., Xavier, M. K. A., Correia-Júnior, M. A. V. & De Araújo, R. C. (2016). Prevalence of musculoskeletal pain in adolescents and association with computer and videogame use. *Jornal de Pediatria*, 92(2), 188-196.
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.06.006>
- Skjaerven, L. H., Mattsson, M., Catalan-Matamoros, D., Parker, A., Gard, G. & Gyllensten, A. L. (2019). Consensus on core phenomena and statements describing Basic Body Awareness

Therapy within the movement awareness domain in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 80–93. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1434578>

Speerin, R., Slater, H., Li, L., Moore, K., Chan, M., Dreinhöfer, K., Ebeling, P. R., Willcock, S. & Briggs, A. M. (2014). Moving from evidence to practice: Models of care for the prevention and management of musculoskeletal conditions. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 28(3), 479–515. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2014.07.001>

Stamatakis, E., Gale, J., Bauman, A., Ekelund, U., Hamer, M. & Ding, D. (2019). Sitting Time, Physical Activity, and Risk of Mortality in Adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(16), 2062-2072. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.02.031>

Stensland, M. L. & Sanders, S. (2018). “It has changed my whole life”:The systemic implications of chronic low back pain among older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(2), 129–150. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1427169>

Suárez, L. F., Puerto, S., Rodríguez, L. M. y Ramírez, J. (2017). The crisis of the Colombian health system: An approach from legitimacy and regulation. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 34–50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>

Suh, J. H., Kim, H., Jung, G. P., Ko, J. Y. & Ryu, J. S. (2019). The effect of lumbar stabilization and walking exercises on chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Medicine*, 98(26). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016173>

Sviland, R. (2014). *Norwegian Psychomotor physiotherapy and embodied narrative identity. A theory generating study*. [Tesis doctoral, The University of Bergen] <https://bora.uib.no/bora-xmliui/handle/1956/8594>

Tsuge, T., Takasaki, H. & Toda, M. (2020). Does the keele start back screening tool contribute to effectiveness in treatment and cost and loss of follow-up of the mechanical diagnosis and therapy for patients with low back pain? *Diagnostics*, 10(8), 1-10. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10080536>

Turk, D. C. (2014). Psychosocial aspects of chronic pain. In ELSEVIER MOSBY (Ed.), *Practical Management of Pain: Fifth Edition* (Fifth, pp. 139.-148.). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-08340-9.00012-8>

Valencia, M., Alonso, B., Alvarez, M. J., Barrientos, M. J., Ayán, C. & Sánchez, V. M. (2009). Effects of 2 physiotherapy programs on pain perception, muscular flexibility, and illness impact in women with fibromyalgia: a pilot study. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*, 32(1), 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2008.07.003>

Vigotsky, A. D., Lehman, G. J., Beardsley, C., Contreras, B., Chung, B. & Feser, E. H. (2016). The modified Thomas test is not a valid measure of hip extension unless pelvic tilt is controlled. *PeerJ* (4). <https://doi.org/10.7717/peerj.2325>

Vikram, M., Paungmali, A. & Sitilerpisan, P. (2018). Respiratory characteristics of individuals with

non-specific low back pain : A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 20(2), 224–230. <https://doi.org/10.1111/nhs.12406>

Vives, N. (2020). Consciencia Sensorial. <http://www.conscienciasensorial.com/origen/>

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... & Bhutta, Z. A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222.

Wang, X. Q., Zheng, J. J., Yu, Z. W., Bi, X., Lou, S. J., Liu, J., Cai, B., Hua, Y. H., Wu, M., Wei, M. L., Shen, H. M., Chen, Y., Pan, Y. J., Xu, G. H. & Che, P. J. (2012). A Meta-Analysis of Core Stability Exercise versus General Exercise for Chronic Low Back Pain. *PLoS One*, 7(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052082>

Weaver, J. (2006). The Influence of Elsa Gindler-Anccestor Of Sensory Awareness (2006). <http://judythweaver.com>

Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Held, U., Weiser, S., Bachmann, L. M. & Brunner, F. (2014). Fear-avoidance beliefs - A moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: A systematic review. *Spine Journal*, 14(11), 2658-2678. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.02.033>

Wilke, J. & Krause, F. (2019,). Myofascial chains of the upper limb: A systematic review of anatomical studies. *Clinical Anatomy*, 32(7), 934-940. <https://doi.org/10.1002/ca.23424>

Wilke, J., Schleip, R., Klingler, W. & Stecco, C. (2017). The Lumbodorsal Fascia as a Potential Source of Low Back Pain: A Narrative Review. *Biomed Research International*, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2017/5349620>

Zambrano-Cristancho, L. K., Alfonso-Mora, M. L., Castellanos-Garrido, A. L., Sánchez-Vera, M. A., & Rodríguez-Prieto, I. E. (2021). Fiabilidad interobservador de tres métodos de fotogrametría para medir la lordosis lumbar. *Fisioterapia*.

Zamora Salas, J. D. (2017). Ejercicio físico como tratamiento en el manejo de lumbalgia. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 123–128. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.61910>

Zou, L., Zhang, Y., Yang, L., Loprinzi, P. D., Yeung, A. S., Kong, J., Chen, K. W., Song, W., Xiao, T., Li, H. (2019). Are Mindful Exercises Safe and Beneficial for Treating Chronic Lower Back Pain? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 1-15. <https://doi.org/10.3390/jcm8050628>

APENDICES

Anexo 1. Instrumento de Recolección de información

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

INVESTIGACIÓN: MÉTODO MÉZIÈRES PARA EL “USO DE SÍ” EN ADULTOS CON DOLOR LUMBAR. ESTUDIO MIXTO

FORMULARIO EVALUACIÓN INICIAL

PARTE 1. CONTEXTO

CÓDIGO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ Lugar de
Procedencia _____

Tipo de vivienda: Propia __ arrendada __ familiar __ NSE: 1__2__3__4__5__ Estado civil:
_____ No de hijos: _____ Apoyo familiar: si __ no __ quién

Última
menstruación _____

Ocupación: trabajador(a) __ empresario o actividad independiente __ hogar __ pensionado(a) __
desempleado(a) __ estudiante __ Descripción de actividad:

PARTE 2 ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?¹⁷ horas/día

¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día de fin de semana?

¿Realiza actividad física? Si ____ no ____ cuál _____
Días por semana _____

Tiempo de la actividad _____

¿Realiza algún deporte? Si ____ no ____
Cuál _____

¹⁷ La pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo.

Días por semana _____ Tiempo del deporte _____

¿Realiza actividades culturales que impliquen movimiento corporal? (teatro, danza, canto, interpretación de instrumentos) si _____ no _____

Describe _____

PARTE 3 SOBRE EL DOLOR LUMBAR

Tiempo con el dolor lumbar (meses) _____

Inicio del dolor lumbar (descripción) _____

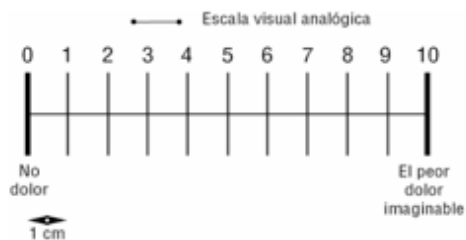
Medicación actual: _____ Dosis _____

Cómo /con qué mejora el dolor? _____

¿Cómo/con qué empeora el dolor? _____

¿Cuántas veces ha (re)aparecido el dolor lumbar? _____

NPR: De cero a diez califique qué tan intenso es su dolor en las últimas dos semanas. 0 significa que no ha habido dolor y 10 es el peor dolor que haya podido imaginar.



Peso: _____ Talla: _____

PARTE 2. TRIAGE PARA DOLOR LUMBAR

La siguiente información es para tratar de determinar de qué origen es el dolor lumbar, marque con una x donde proceda.

Tabla 1. Signos de enfermedad grave

1. Banderas Rojas	Síndrome de cauda Equina
Déficit neurológico extendido	Pérdida de control de esfínteres

Dolor torácico		Anestesia en silla de montar	
Rigidez en miembros inferiores		Déficit neurológico extendido	
Abuso de drogas/ SIDA		Adormecimiento Súbito	
Pérdida Inexplicable de peso			
Restricción persistente a la flexión del tronco			
Dolor constante incluso al reposo, progresivo que se intensifica al dormir			
Historia previa de cáncer			
Reciente historia de caídas			
Fiebre de causa desconocida			
Toma de esteroides prolongada			

De las siguientes preguntas o diagnósticos marque con una x si el paciente ingresa con ayudas diagnósticas o si hay signos o síntomas de las siguientes patologías

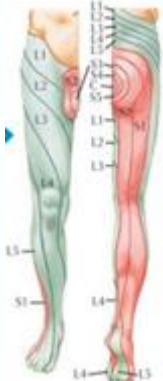
2. Enfermedades Espinales Específicas	
Fracturas Vertebrales	
Tumores	
Infección Espinal	
Estenosis Espinal	
Espondiloartritis	

De los siguientes signos y síntomas marque con una X para el signo que sea positivo

3. Síndromes Radiculares	
Dolor Radicular	
¿Hay historia de lesión o patología del sistema nervioso (tanto central como periférico)?	
Si hay comorbilidades (<i>cáncer, diabetes, ictus, herpes zoster, patología neurodegenerativa. etc</i>), ¿Pueden estar relacionadas con el dolor neuropático?	
¿Se describe el dolor como quemante, disparo, picotazo (sacudida)?	
¿El dolor está distribuido siguiendo una lógica neuroanatómica?	
¿La disfunción sensorial está distribuida siguiendo una lógica neuroanatómica?	

PARTE 3. EXAMEN FÍSICO PARA DESCARTAR AFECCIÓN RADICULAR

	SI/NO	
Paresia		
Distancia dedo-suelo ≥ 25 cm		

Ausencia de reflejo rotuliano y/o aquileo		
Test de Lasegue positivo		

PARTE 4. DOLOR LUMBAR POR SENSIBILIZACIÓN CENTRA

PARTE 5. CUESTIONARIOS

DISCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR

CUESTIONARIO DE ROLAND MORRIS

Cuando su espalda le duele, puede que le sea difícil hacer algunas de las cosas que habitualmente hace. Esta lista contiene algunas de las frases que la gente usa para explicar cómo se encuentra cuando le duele la espalda (o los riñones). Cuando las lea, puede que encuentre algunas que describan su estado de hoy. Cuando lea la lista, piense en cómo se encuentra usted hoy. Cuando lea usted una frase que describa como se siente hoy, póngale una señal. Si la frase no describe su estado de hoy, pase a la siguiente frase. Recuerde, tan solo señale la frase si está usted seguro de que describe cómo se encuentra usted hoy.

PARTE 6. Para Todas las Personas Incluidas en el Estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

Cartilla informativa del estudio

Contactos: Margareth Lorena Alfonso Mora mail: margarethalgo@unisabana.edu.co

Adriana Castellanos Garrido: adriana.castellanos@unisabana.edu.co

Estudio: EL MÉTODO MÉZIÈRES PARA EL “USO DE SÍ” EN ADULTOS CON DOLOR LUMBAR. ESTUDIO MIXTO

Instituciones: FPCEE Blanquerna (URL) Barcelona España. Universidad de La Sabana Chía Colombia

Señor o Señora, somos fisioterapeutas y estamos realizando una investigación que busca conocer si una forma de fisioterapia especializada sirve para manejar el dolor lumbar. Estoy además explorando el significado de la experiencia corporal. La investigación se realizará en tres momentos así:

1. Evaluación inicial: se aplicarán unos cuestionarios y pruebas que mostrarán algunos aspectos de su condición física. Dentro de ellas, la postura, para lo cual requerimos que se realicen algunas fotografías en ropa interior. Estas se usarán para determinar cómo su alineación está afectando el dolor lumbar, sólo serán vistas por los investigadores y para el estudio.

2. Tratamiento: usted será incluido en un grupo de fisioterapia donde recibirá 10 sesiones, 2 por semana, cada sesión de una hora aproximadamente. Las intervenciones tienen un riesgo mínimo para su salud y pretenden mejorar el dolor lumbar. durante esta fase es importante que usted escriba un diario para que describa lo que significa recibir el tratamiento de fisioterapia para mejorar la salud de su cuerpo.

3. Al finalizar las sesiones se realizarán dos valoraciones, una inmediatamente después de las 5 semanas y otra a las 6 semanas después de la última sesión, se aplicarán las pruebas y cuestionarios que en valoración inicial y se realizará una entrevista que se grabará para poder analizar su contenido.

Para la participación en esta investigación por medio de este documento le estamos solicitando su autorización para su participación diligenciando el apartado siguiente

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

Contacto: Margareth Lorena Alfonso Mora mail: margarethalmo@unisabana.edu.co

Estudio: EL MÉTODO MÉZIÈRES PARA EL “USO DE SÍ” EN ADULTOS CON DOLOR LUMBAR. ESTUDIO MIXTO

Instituciones: FPCEE Blanquerna (URL) Barcelona España. Universidad de La Sabana Chía Colombia

Consentimiento Informado

Yo, _____ identificado con el documento _____ he leído con atención o me ha sido leído y he comprendido lo que me han

explicado, y he podido preguntar sobre mi participación en la investigación EL MÉTODO MÉZIERES PARA EL “USO DE SÍ” EN ADULTOS CON DOLOR LUMBAR. ESTUDIO MIXTO

Después de haber entendido lo que se me ha explicado, ACEPTO LA PARTICIPACIÓN EN DICHA INVESTIGACIÓN.

Se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 2018.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Su Salud y Bienestar

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. ¡Gracias por completar estas preguntas!

En cada pregunta, por favor marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, ¿diría usted que su salud es?:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita para nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durante las últimas 4 semanas, cuánto tiempo ha tenido usted, alguno de los siguientes problemas, con su trabajo u otras actividades diarias normales ¿causa de su salud física?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido

hacer? 1 2 3 4 5

..... b.... ¿Se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades? 1 2 3 4 5

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted, alguno de los siguientes problemas, con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

..... a ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer? 1 2 3 4 5

..... b.... ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual? 1 2 3 4 5

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

Nada en absoluto	Un poco	Modera da-mente	Bastante	Extrema-mente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido sus cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Siem pre	Casi siempre	Algu nas veces	Casi nunca	Nunc a
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... a ... se ha sentido tranquilo y sereno?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
..... b ... ha tenido mucha energía?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
..... c ... se ha sentido desanimado y deprimido?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

¡Gracias por completar estas preguntas!

PARTE 7. EXAMEN FÍSICO

EXTENSIBILIDAD

NÚMERO DE REGISTRO EN SOFTWARE _____

POSTURA

FRONTAL	LATERAL DERECHO	POSTERIOR

TEST DE FAT	TEST DE THOMAS BILATERAL
TEST DE FAT MODIFICADO	

Anexo 2. Actas comités de ética



Chía, 09 de Octubre de 2018.

Fisioterapeuta
MARGARETH LORENA ALFONSO
Universidad de La Sabana

Asunto: Respuesta solicitud de análisis por el Comité de Ética en la Investigación Académica de la Clínica universidad de La Sabana.

Proyecto: “El método Mézières para el “uso de sí” en adultos con dolor lumbar. Estudio mixto.

Respetada Investigadora,

El comité de Ética en la Investigación Académica de la Clínica Universidad de La Sabana ha recibido su solicitud frente a analizar el proyecto ““El método Mézières para el “uso de sí” en adultos con dolor lumbar. Estudio mixto.

Posterior a la revisión de la documentación enviada por Usted y resolver las dudas del proyecto durante la presentación del mismo en la sesión del comité del 2 de Octubre de 2018 considera:

El riesgo ético del estudio es mínimo y es aprobado desde el punto de vista Bioético y Metodológico, bajo el acompañamiento institucional de la Doctora María Leonor Rengifo

Para el desarrollo del proyecto el comité le solicita:

- Establecer el plan de ejecución con la Dra. María Leonor Rengifo para definir la asignación del consultorio, la contraprestación propuesta al equipo participante y el reclutamiento de la muestra.
- Le sugerimos analizar el tamaño de la muestra para la viabilidad de su estudio.



Autopista Norte – Km. 7. Teléfono: 8617777
FAX: 8617777 Ext: 1290 Correo: info@clinicaunisabana.edu.co
www.clinicaunisabana.edu.co Chía, Cundinamarca, Colombia
Vigilado SUPERSALUD

Como compromisos con nuestra institución le solicitamos hacer la entrega de:

- Informe de seguimiento al Comité de Ética en la Investigación Académica
- Compartir de manera periódica los consentimientos informados diligenciados
- Entrega de resultados al finalizar la investigación
- Enviar el preliminar de la publicación del proyecto
- Referenciar a la Clínica Universidad de La Sabana en el proyecto y las publicaciones que de allí se deriven.

Agradecemos su atención,

H. Carolina Aponte M.
HERMENCIA CAROLINA APONTE
Presidente Comité de Ética en la
Investigación Académica

El Dr. Xavier Pujadas i Martí, Vicedecano de estudios de postgrado e investigación y secretario de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte Blanquerna, Universitat Ramon Llull,

HACE CONSTAR:

Que el mencionado Comité evaluó en fecha 4 de junio de 2018 la calidad de los aspectos éticos, así como la relevancia técnica y científica del estudio *El método Mézières para el "uso de sí" en adultos con dolor lumbar. Estudio mixto*, presentado por Margareth Lorena Alfonso Mora, y que el Comité emitió informe favorable del mismo.

Y para que conste, a todos los efectos, firmo este documento en Barcelona, a 5 de septiembre de 2018.


**b** Blanquerna
UNIVERSITAT RAMON LLULL
C. Cister, 34
08022 Barcelona
Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació
i de l'Esport



ORIGINAL

Efectos de una intervención con técnica Mézières sobre posición adelantada de la cabeza



A.L. Castellanos-Garrido*, N. Motivar-Sánchez, C. Acosta-Cabral y M.L. Alfonso-Mora

Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia

Recibido el 14 de septiembre de 2016; aceptado el 11 de septiembre de 2017

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Fisioterapia;
Postura;
Adolescente;
Modalidades de
Fisioterapia;
Educación en salud

Resumen

Objetivo: Determinar los efectos de una intervención con las posturas de la técnica Mézières sobre «la cabeza hacia adelante», en un grupo de adolescentes.

Método: Estudio preexperimental con una muestra de 46 escolares adolescentes y medición pre y postintervención con posturas de la técnica Mézières, para corregir la cabeza hacia adelante. **Resultados:** El 76% de los adolescentes que fueron valorados con la cabeza hacia adelante culminaron su tratamiento. Este grupo mostró después del tratamiento una disminución de la distancia de la cabeza en relación a la línea perpendicular de 5 cm, con respecto a la valoración inicial ($p < 0,05$).

Conclusión: La intervención con posturas del método Mézières en la corrección de la posición de la cabeza hacia adelante, realizada en un grupo de adolescentes, produjo cambios estadísticamente significativos sobre la distancia encontrada entre la línea perpendicular en bipedestación en el plano sagital y la posición de la cabeza antes y después del tratamiento.

© 2017 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Effects and experience with the Mézières method in people with low back pain: A mixed methods study

Cite

Article type: Other

Authors: Mora, Margareth Lorena Alfonso^{a; b; *} | Moreno, Jose Ramirez^c | Guerra-Balic, Miriam^a | Sanchez-Martín, Ricardo^a | Castellanos, Adriana Lucía^b | Rengifo, María Leonor^d

Affiliations: [a] Health, Physical Activity and Sport (SAFE), Faculty of Psychology, Blanquerna Education and Sport Sciences, Universidad Ramón Llull, Barcelona, Spain | [b] Physiotherapy Program, Universidad de La Sabana, Chia, Colombia | [c] International University of Catalonia, Barcelona, Spain | [d] Trauma and Clinical Rehabilitation, Clínica Universidad de La Sabana, Chia, Colombia

Correspondence: [*] Corresponding author: Margareth Lorena Alfonso Mora, Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá Chía, Cundinamarca, Colombia. E-mail: margarethalmo@unisabana.edu.co.

Abstract: BACKGROUND: Low back pain (LBP) is one of the most common reasons for visiting the doctor. The Mézières method (MM) emphasises body awareness and uses a global postural rehabilitation approach. It is used in the management of LBP, but its effectiveness has received limited formal evaluation. OBJECTIVE: To determine the effects of MM on quality of life, pain and functional disability in people with LBP and understand the patient's bodily experience during the MM intervention. METHODS: This single-blind randomised controlled trial with a mixed methods design will include 54 people with LBP aged 18 to 65 years. Participants will be randomised into two groups, one will receive MM and the other will receive a control intervention, administered through 10 treatment sessions. Participants will also construct a narrative to provide an understanding of their bodily experience. RESULTS: The assessed outcomes will include pain, back pain-related disability assessed using the Roland Morris Questionnaire, and quality of life related to health assessed using the SF12. Outcomes will be assessed at baseline, after the intervention and at a 6 weeks follow-up.

Keywords: Low back pain, Mézières method, exercise, physical therapy

DOI: 10.3233/BMR-200344

Journal: *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, vol. Pre-press, no. Pre-press, pp. 1-9, 2021

Received 22 November 2020 | **Accepted** 3 August 2021 | **Published:** 17 September 2021



ORIGINAL

Fiabilidad interobservador de tres métodos de fotogrametría para medir la lordosis lumbar



L.K. Zambrano-Cristancho*, M.L. Alfonso-Mora, A.L. Castellanos-Garrido, M.A. Sánchez-Vera e I.E. Rodríguez-Prieto

Facultad de Enfermería y Rehabilitación Universidad de La Sabana, Cundinamarca, Colombia

Recibido el 24 de junio de 2020; aceptado el 22 de enero de 2021
Disponible en Internet el 9 de abril de 2021

PALABRAS CLAVE

Fotogrametría;
Lordosis;
Dolor lumbar;
Región lumbosacra;
Fisioterapia

Resumen

Antecedentes y objetivo: Actualmente, se considera la radiografía como la prueba estándar para medir la lordosis lumbar; sin embargo, requiere de una preparación especial y, además, existe el riesgo de exposición a radiación ionizante la cual es nociva para la salud. El costo en los equipos utilizados y la exposición a la radiación son factores que limitan la aplicación de este tipo de pruebas diagnósticas. La fotogrametría es capaz de identificar las particularidades de la postura corporal que permiten reconocer ángulos como el de la lordosis lumbar. Se hace necesario ampliar el conocimiento acerca de la fiabilidad a partir de estándares que proporcionen al profesional en fisioterapia protocolos con medidas reproducibles que le faciliten la toma de decisiones relacionadas con esta condición. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar la fiabilidad inter-evaluador de tres formas de fotogrametría para medir la lordosis lumbar en personas con dolor lumbar no específico.

Metodología: Se realizó un análisis de lordosis lumbar mediante dos programas (Kinovea y ADIBAS Posture) a una muestra de 26 personas con dolor lumbar. Se empleó Kinovea para la evaluación en 2D por medio del test de flechas y el ángulo lordótico. ADIBAS Posture se utilizó para calcular la lordosis en 3D. Tres evaluadores hicieron medidas a partir de las fotografías, usando tres protocolos de medición definidos para el estudio.

Resultados: El análisis llevado a cabo a través de ADIBAS Posture presenta un coeficiente de correlación intraclase (ccl) muy bueno, mientras que el test de flechas y ángulo lordótico resultaron tener CCI buenos. Por otra parte, la prueba de ángulo lordótico presentó diferencias significativas mientras que el de flechas y el análisis efectuado en 3D no presentaron diferencias

Anexo 4. Redes emergentes programa atlas ti.

