

MÉTODOS ESPECIALES EN MASOTERAPIA I:

SECUENCIACIÓN DEL APRENDIZAJE	
Unidad tematica: Métodos en Masoterapia I	
Actividades de aprendizaje	Tiempo empleado aprox.
• Exposición del tema por profesor	1 hora
• Desarrollo de habilidades prácticas	2 horas
• Estudio del material aportado al alumno	3 horas
• Actividades complementarias	1 hora
• Autoevaluación	1 hora

VALORACIÓN ECTS: 0.25

GUIA DE ESTUDIO

1. **Introducción**
2. **Clasificación.**
3. **Formas contemporáneas de masoterapia**

3.1. Terapia miofascial

- 3.1.1. Concepto
- 3.1.2. Antecedentes históricos
- 3.1.3. Método de masaje del tejido conjuntivo: Técnica de Dicke

- 3.1.3.1. Concepto
- 3.1.3.2. Descripción del método

3.1.4. Método de Liberación Miofascial

- 3.1.4.1. Concepto
- 3.1.4.2. Descripción del método

3.2. Drenaje Linfático Manual (DLM)

- 3.2.1. Concepto
- 3.2.2. Descripción del método
- 3.2.3. Modalidades

3.3.Técnica Neuromuscular y Puntos Gatillos (trigger points)

3.3.1. Concepto

3.3.2. Descripción del método

4. Resumen

5. Bibliografía

6. Actividades Complementarias

OBJETIVOS

- Enumerar los principales métodos contemporáneos de masoterapia.
- Definir las características básicas de estos métodos.
- Describir los fundamentos y principios que sustentan estos métodos.
- Fundamentar las indicaciones más importantes de estos métodos de masoterapia.
- Desarrollar habilidades manuales básicas en estos métodos de masoterapia.

1. INTRODUCCIÓN

A partir de la segunda década del siglo pasado, han surgido diferentes escuelas de masoterapia, que encabezadas por alguna figura de reconocido prestigio, han dado lugar a distintas aproximaciones contemporáneas de los antiguos métodos de masoterapia.

A veces, resulta complicado encontrar puntos de unión y divergencia, en estos métodos, ya que la mayoría tienen un origen común y posteriormente, han ido incorporando elementos diferenciadores, basados en la experiencia de los iniciadores de dicha corriente o, lo que no es menos frecuente, en la formulación del marco teórico explicativo del modo de acción de dicho método.

Dentro de estos métodos especiales, la diversidad favorece que el estudiante de masoterapia, seleccione aquellas que resulten más compatibles con sus preferencias en cuanto tipo de patología presente, tipo de paciente que desea tratar, etc...

En este sentido sería recomendable que el alumno de fisioterapia, dominará no sólo las maniobras de masaje tradicional o sueco, sino que se formará en alguno de estos métodos especiales, de manera que se ampliaría su potencial terapéutico.

2. CLASIFICACIÓN

La clasificación de las formas de masoterapia, ya fue descrita en el tema *Concepto de Masoterapia*, en este tema ya se comenta la dificultad de establecer un único criterio clasificatorio, ya que son muchas las formas de definir las categorías (finalidad del método, papel que ocupa la masoterapia dentro del método, origen del método,, etc..) Por buscar un punto de vista diferente, al expuesto anteriormente, y de esta manera enriquecer la formación del alumno, hemos decidido utilizar un enfoque adaptado del propuesto por F. M. Tappan en su texto *Healing Masaje Thecniques*, para enmarcar las opciones fundamentales dentro de la masoterapia.

Podemos agrupar los métodos de masoterapia en:

1) Formas contemporáneas de masoterapia:

-
- Terapia miofascial
- Puntos gatillos
- Drenaje linfático manual
- Reflexología podal
- Terapia polar.

2) Tradiciones asiáticas

- Acupresión
- Amma / Masaje Tradicional japones
- Shiatsu
- Jin Shin Do

3) Masaje instrumental

- Depresoterapia.
- Presoterapia
- Diafibrinólisis pércutánea

4) Otras formas de masoterapia:

- ❖ Masaje de Grossi
- ❖ Masaje Californiano

3. FORMAS CONTEMPORÁNEAS DE MASOTERAPIA

3.1. TERAPIA MIOFASCIAL

3.1. 1. Concepto

La terapia miofascial, tiene como razón de ser el tratamiento de los procesos patológicos que asientan en las fascias o aponeurosis. La fascia es tejido conectivo fibroso presente en la totalidad corporal.

La fascia tiene una doble función que puede parecer contradictoria:

- Por un lado define los espacios, por tanto separa unas estructuras de otras.
- Por otro lado, mantiene unidas las estructuras y posicionadas de forma correcta.

El objetivo general de la terapia miofascial, es restaurar la movilidad a nivel de las fascias y tejido conjuntivo fibroso, que se ha vuelto rígido. Este cambio en la naturaleza del tejido conjuntivo produce disfunciones como limitación de la movilidad, distorsión postural, empobrecimiento de la nutrición celular, dolor, liberación de traumas emocionales, etc...

3.1.2. Antecedentes históricos

El interés terapéutico sobre el sistema fascial surgió desde diferentes perspectivas en Europa. En primer lugar fue E. Dicke (1920-1930) la que definió el *Bindegewebsmassage (BMG)* conocido en España como Masaje de Tejido Conjuntivo, basado en los efectos reflejos del tratamiento sobre la fascia superficial.

Más tarde, hacia la mitad del siglo XX, surge la figura del I. Rolf que creó el método de Rolfing o Integración Estructural, en la que Rolf propone el reestablecimiento del alineamiento corporal a través de la manipulación del sistema miofascial.

El término liberación miofascial (myofascial release) fue propuesto por Ward en 1960 y posteriormente adoptado por otros continuadores del método como Barnes, Cantu o Pilat en España.

3.1.3. Método de Masaje del Tejido Conjuntivo: Técnica de Dicke

3.1.3.1. Concepto

El Masaje del Tejido Conjuntivo, se basa en los beneficios de la eliminación de las adherencias subdérmicas secundarias a alteraciones orgánicas, sobre la patología de base. Se trata de un método basado en los efectos reflexogenos del masaje.

Esta modalidad se basa en los trazos cutáneos, que producen un cambio de información a nivel del sistema nervioso (a través del dermatoma)

3.1.3.2. Descripción del método

Esta modalidad de masoterapia se lleva a cabo con el paciente en sedestación, para favorecer una ligera anteversión de la pelvis, que haga más accesible la región sacra. Los trazos cutáneos se dividen en largos y cortos, en función de la región que se quiere abordar, repitiéndose por término medio 3 veces. El trazo se realiza con la región sub-ungueal del tercer dedo. Este tercer dedo, recibe el apoyo del índice cuando hay un desplazamiento ulnar o del anular cuando es el desplazamiento radial.

Como consecuencia de la maniobra, se producen una serie de reacciones inmediatas (sensación cortante en la piel del paciente, enrojecimiento lineal seguido de enblanqueamiento posterior de la piel. La reacción es menos marcada cuando el tejido conjuntivo está sano. También puede aparecer sudoración, sensación de fatiga, etc...

El abordaje es variable en función del autor, pero en líneas generales se prefiere un abordaje general (construcción de base), seguida por un abordaje específico (construcción complementaria).

La localización del masaje es variable, pero se suelen utilizar las zonas más reflexógenas (mano, pie, oreja, tronco). El tronco suele ser la zona más utilizada.

De manera previa al tratamiento, se evalúa la movilidad del tejido conectivo, para lo cual se estira la piel sobre la fascia superficial subyacente presionando con la punta de los dedos en la dirección que se aleja del terapeuta. Se realiza de forma bilateral para comparar las variaciones de elasticidad entre ambos lados del cuerpo. Se demuestra una actividad refleja, si está reducido el grado de elasticidad de forma comparativa.

Ya dentro del tratamiento se distinguen distintas zonas básicas, sobre las que se realiza la **construcción de base**:

- Zona básica inferior
- Área torácica
- Área cervical,

y zonas complementarias como los miembros superiores e inferiores.

El inconveniente principal de este método es que sus indicaciones son muy generales, sólo se pretende identificar zonas reflejas amplias relacionadas con trastornos de la función orgánica.

Contraindicaciones

- Fracturas vertebrales.
- Afecciones tumorales.
- Procesos infecciosos.
- Osteoporosis.
- Malformaciones
- Enfermedad de Paget
- Afecciones importantes ap. Cardiocirculatorio
- Distonia neurovegetativa
-

3.1.4. Método de Liberación Miofascial

3.1.4.1. Concepto

La **liberación miofascial** es una modalidad de evaluación y de tratamiento tridimensional de los movimientos y presiones sostenidas en **todo el sistema de la fascia**, para poder de esta manera **eliminar sus restricciones**.

El sistema fascial constituye un **sistema de unificación estructural y funcional** del cuerpo. Su continuidad física, supone también una interrelación funcional, de manera que cuando se produce un cambio en el componente conjuntivo de las distintas estructuras (músculo, nervio, víscera) se puede ver comprometida la funcionalidad de dicha estructura.

La restricción es el resultado, de una anomalía en el proceso de formación del sistema conjuntivo, en concreto del **colágeno**.

Para la correcta síntesis de este componente, es necesario la aplicación de un determinado **estímulo mecánico**, que como consecuencia de,

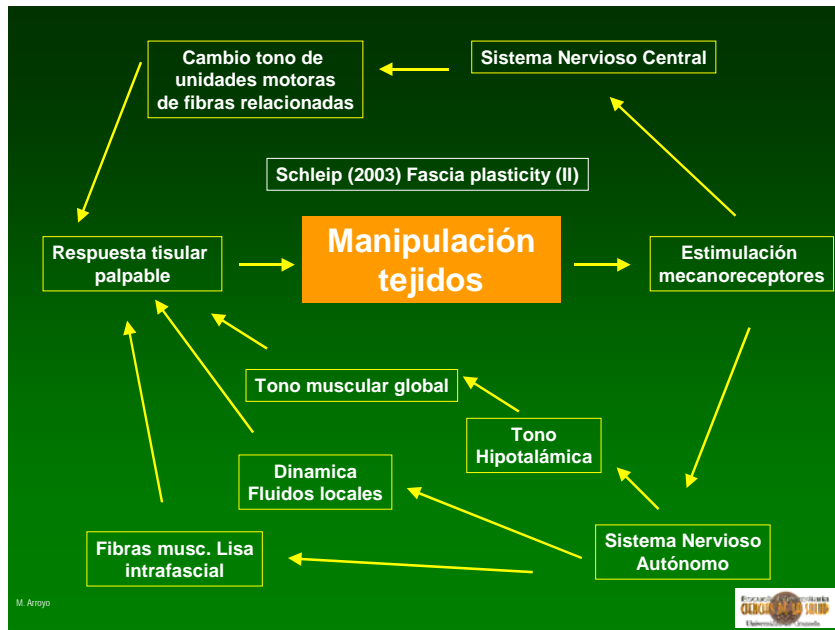
- ❖ Traumatismo directo.
- ❖ Microtraumatismo de repetición.
- ❖ Estrés emocional.

no se produce, dando lugar a la aparición de **entrecruzamientos patológicos** entre la colágena, que vuelven a la estructura menos flexible y predisponen a la aparición de déficits funcionales.

Distintas teorías han intentado estudiar y explicar, la forma de actuar de las maniobras de liberación miofascial, de estas teorías se han seleccionado 3 por ser las más representativas:

- ❖ Tixotropismo.
- ❖ Efecto piezoeléctrico.
- ❖ Autorregulación del SNC.

Esta última teoría es la más aceptada hasta la fecha, si bien, no se ha renunciado totalmente al resto. Según los últimos estudios (Schleip, Yahia) la fascia toracolumbar posee una elevada concentración de mecanorreceptores de muy pequeño tamaño, que son estimulados a través de las maniobras de presión sostenida, originando una serie de efectos sobre el sistema nervioso. Dichos efectos se muestran en el siguiente esquema:



3.1.4.2. Descripción del método

Dentro de las maniobras fundamentales de este método hay que diferenciar dos grupos:

- Maniobras superficiales:
 - Deslizamiento en J.
 - Deslizamiento transverso
 - Deslizamiento longitudinal
- Maniobras profundas:
 - Maniobra en manos cruzadas
 - Maniobra de planos transversos
 - Maniobra telescópica

La liberación miofascial se puede aplicar en distintas entidades patológicas que cursen con dolor de origen miofascial, problemas de la estática corporal, lesiones por hipo o hipermovilidad, etc..

Se pueden considerar contraindicaciones de la liberación miofascial:

- Tumores malignos, si esta en etapa terapéutica controlando metástasis, la fascia tiene potencial para facilitar los movimientos a nivel distal. Pero si es un paciente con mucho dolor, es fase terminal es una indicación la técnica.
- Estados febriles.
- Infección.
- Osteomielitis.
- Insuficiencias circulatorias agudas: Sind. Vertebro-basilar.
- A. Reumatoide Aguda, sin embargo en fase crónica es una indicación.
- Heridas abiertas.
- Hematomas.
- Fracturas en etapa de recuperación.
- Osteoporosis.
- Terapia anticoagulante.
- Diabetes avanzada.
- Hipersensibilidad de la piel.
- Falta de aceptación por parte del paciente.
- No en deportistas 2 o 3 días antes de la competición, porque el cuerpo se vuelve torpe durante un corto periodo de tiempo, a las 72 horas el cuerpo se recupera su capacidad propioceptiva.
- Fibromialgia: requiere un abordaje multidisciplinario, se puede utilizar en fase de desarreglo miofascial.

3.2. Drenaje Linfático Manual (DLM)

3.2.1. Concepto

Forma de masaje diseñada para asistir la función del sistema linfático. Se trata de maniobras lentas, ligeras y repetitivas que favorecen el movimiento de la linfa a través del sistema linfático.

Esta modalidad de masaje, se empezó a desarrollar en la antigüedad a través del Ayurveda de la India, en la actualidad se han impuesto dos escuelas fundamentales la de E. Vodder y A. Leduc.

3.2.2. Descripción del método

El sistema linfático es el encargado de recoger el exceso de fluido o linfa, transportarlo hacia los colectores linfáticos y desde allí devolverla al torrente circulatorio. El sistema linfático dispone dos niveles, uno superficial y otro profundo. El sistema linfático, se estructura en:

- Capilares linfáticos, dotados de Zonas Oclusivas y Adherentes que al ser estimulada mecánicamente la piel, facilita la penetración de la linfa desde el espacio intersticial.
- Precolectores, recogen la linfa de los capilares.
- Colectores, reciben la linfa para conducirla a los ganglios.
- Ganglio linfático, vía de estancamiento de la linfa, en la que se favorece el estancamiento de la linfa para la sedimentación y favorecimiento de funciones de autodefensa del organismo.
- Canal torácico, vía final de evacuación de la linfa.

El sistema linfático junto con el circulatorio, trabajan asociados para asegurar un ambiente favorable al metabolismo celular. La insuficiencia del sistema linfático, desemboca en un linfedema, que es la principal indicación del DLM

3.2.3. Modalidades: Método de Vodder y Leduc

Son varios los sistemas de DLM, que se han propuesto a lo largo del tiempo, pero sin duda son los sistemas de Vodder y Leduc, los más aceptados a nivel científico.

El método de Vodder, se basa en 4 maniobras superficiales para favorecer la circulación linfática superficial. Estas maniobras son:

- Círculos estacionarios, realizados con la mano plana. La dirección depende de la dirección del drenaje linfático.
- Bombeo, palmas de las manos en posición descendente, pulgar y resto dedos se mueven en círculos oblongos, al mismo tiempo la muñeca realiza un movimiento exagerado.
- Técnica en cuchara, la palma en sentido ascendente, desarrolla un movimiento en espiral
- Maniobra rotatoria, sobre áreas planas del cuerpo con movimientos individuales de pulgar, muñeca y resto de dedos.

Según Vodder hay que tener en cuenta los siguientes principios:

- Área proximal se trata antes que la distal.
- Presión limitante entre 30-40 torr.
- Presión afecta sólo a la piel.

- La dirección de la presión depende de los vasos linfáticos eferentes a tratar.
- Cada maniobra se repite entre 5 y 7 veces en cada localización.
- La fase de presión es más larga que la de relajación.
- No debe aparecer enrojecimiento de la piel.
- No debe aparecer dolor.

Leduc establece algunas variaciones, en su técnica de DLM. Éste distingue dos claras fases:

- Maniobras de Captación, realizada a partir del borde capital del 5º dedo.
- Evacuación, de la linfa alejándola de la zona de captación a partir del borde radial del índice, se trata de un movimiento de roce apoyado
- Maniobras específicas de drenaje:
 1. Circular con los dedos, sin el pulgar
 2. Círculos con el pulgar.
 3. Movimiento combinado: 1+2
 4. Presiones en brazalete intermitentes

- Drenaje manual de ganglios linfáticos

El DLM es una modalidad terapéutica insustituible en la actualidad dentro de los linfedemas secundarios a procesos oncológicos, traumáticos, etc...

3.4. Técnica Neuromuscular y Puntos Gatillos (Trigger Points)

3.4.1. Concepto

Los puntos gatillos son focos de hiperirritabilidad en un tejido, que al ser comprimidos, se perciben tensos e hipersensibles, en algunos casos se acompañan de dolor referido y respuesta autónoma acompañante.

La terapia de los puntos gatillos fue desarrollada por J. Travell en EEUU a partir de sus trabajos como médico de la Casablanca para los presidentes Kennedy y Jonson. Tiene su antecedente histórico en la Técnica Neuromuscular desarrollada por Lief.

Existen múltiples conceptos asociados al de punto gatillo (primario, latente, secundario, satélite, asociado) que hacen referencias a distintas manifestaciones de un uso inapropiado de la musculatura, especialmente presentes en deportistas, músicos, etc...

3.4.2. Descripción del método

Existen muchas formas de desactivar estos puntos gatillos (spray y estiramiento, aguja seca, infiltración, etc...). Desde el punto de vista de la

masoterapia nos interesa la desactivación por técnicas de compresión isquémica o lo que es más correcto liberación por presión.

Este nuevo concepto, asume una presión sobre el punto gatillo central, en la que no se llega a producir isquemia (no es necesario porque ya los tejidos se encuentran en una situación de falta de oxígeno).

Para aplicar esta maniobra, se alarga el músculo hasta el punto en que se aprecia la resistencia, dentro de la zona de confort, y se aplica presión suave y creciente hasta que el dedo encuentra un incremento de la resistencia tisular. Llegado este punto, se mantiene la presión, hasta que se percibe una sensación de disminución de la tensión, momento en el cual avanzamos con la presión. Esta presión se suele realizar con el pulgar, y tiene una duración media de entre 20 y 60 segundos.

Junto con la liberación por presión, se recomiendan otras maniobras alternativas que pueden actuar como coadyuvantes, tales como el masaje longitudinal por frotamiento, rasqueo, fricción y masaje con hielo.

El trabajo con puntos gatillos, es un complemento importante, para el trabajo con pacientes que realizan actividades físicas repetitivas con sobrecarga permanente de ciertos músculos.

RESUMEN

MÉTODOS DE MASOTERAPIA I

- Los métodos estructurales pretenden modificar la forma del cuerpo a través de técnicas que fomenten el equilibrio segmentario.
- La técnica de Dicke consigue eliminar las adherencias cutáneas secundarias a trastornos orgánicos, gracias a los llamados trazos cortantes.
- El método de inducción miofascial pretende facilitar la eliminación de restricciones mecánicas sobre el tejido conectivo, favoreciendo la libertad de movimiento.
- El método de drenaje linfático manual, consigue a través de estrategias mecánicas el normal funcionamiento del sistema linfático a través del mantenimiento de gradiente de presión entre espacio intersticial y vascular.
- La técnica neuromuscular (puntos gatillos) pretende eliminar a través de maniobras de compresión los trastornos de placa motora originados por los factores de perpetuación.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE CK; CLIFFORD P. Técnicas sobre reflejos superficiales en *Masaje basado en resultados*. Barcelona: Paidotribo, 2001. pp:120-145.
- ANDRADE CK; CLIFFORD P. Técnicas sobre líquidos superficiales en *Masaje basado en resultados*. Barcelona: Paidotribo, 2001. pp:145-169.
- ANDRADE CK; CLIFFORD P. Técnicas neuromusculares en *Masaje basado en resultados*. Barcelona: Paidotribo, 2001. pp:169-236.
- DUFOUR M. *Massage et troubles veineux et lymphatiques* en *Massages et Massothérapie*. Paris: Maloine, 1999. pp: 251-260.
- FRITZ S. Complementary Bodywork Systems en *Fundamentals of Therapeutic Massage*. St Louis: Mosby, 2003. pp: 449-505.
- HOLEY E. Specialized Techniques en *Evidence-based therapeutic massage: A practical guide for therapists*. China: Elsevier, 2003. pp:99-111.
- LEDUC A, LEDUC O. Drenaje Linfático. Teoría y práctica. Barcelona: Masson, 2003.
- PILAT A. Terapias Miofasciales: Inducción miofascial. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2003
- STORMER C. *La técnica y El masaje reflexógeno* en *Reflexología*. Paidotribo: Barcelona, 2001
- TAPPAN F.M. Myofascial Techniques en *Healing Massage Techniques*. Stamford: Apleton & Lange 1998 pp: 211-216.
- TAPPAN F.M. Trigger Points en *Healing Massage Techniques*. Stamford: Apleton & Lange 1998 pp: 217-224.
- TAPPAN F.M. Manual Lymph Drainage en *Healing Massage Techniques*. Stamford: Apleton & Lange 1998 pp: 225-232.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA

MÉTODO DE DICKE

EJERCICIO 1: Método Diagnóstico Dicke I, en el que las dos manos se colocan planas, produce un desplazamiento entre tejidos subcutáneos y aponeurosis con impulsos hacia atrás y adelante. El **grado de desplazamiento** dependerá de la tensión de los tejidos. Es importante realizarlo **de forma simétrica**.

EJERCICIO 2: Método Diagnóstico de Dicke II, consiste en levantar pliegue cutáneo, y determinar el grado de tensión y desplazamiento de los tejidos. Se sienten 3 tipos de desplazamientos:

- Piel y tejidos subcutáneos (más frecuentes entre niños y ancianos).
- Tejido subcutáneo y aponeurosis.
- Aponeurosis y planos subyacentes (más perceptible en zonas planas como lumbosacra, sacro, tensor fascia lata, etc..).

EJERCICIO 3: Trazos cortos y largos, con desviación ulnar y cubital sobre la construcción de base lumbo-sacra.