

El tratamiento manual de los tejidos blandos desde el enfoque actual de la Osteopatía

Dres. Joan Carles Iglesias OD y José M^a Gil COT, MRH, MOM. Barcelona, GBMOIM

(Ponencia aportada a la 1^a mesa de Expertos de las "IX Jornadas-Taller" del GBMOIM, 2011)

En Osteopatía son numerosas las técnicas a las que podemos recurrir cuando nos planteamos un tratamiento manual. No todo son manipulaciones articulares. Existen en Osteopatía multitud de recursos a partir de los cuales el osteópata, basándose en el diagnóstico de certeza y en el conocimiento del paciente y de sus circunstancias del momento, procede a planificar cada tratamiento de manera individual. A dicho diagnóstico y a dicho conocimiento llega el osteópata partiendo:

- De la anamnesis, actualizada en cada consulta,
- De la información propioceptiva,
- De la exploración palpatoria reglada y detallada,
- De los datos de las posibles exploraciones complementarias solicitadas por el osteópata o aportadas por el propio paciente,
- De la integración de todos los datos aportados y observados,
- De la respuesta cinestésica a nuestros gestos manuales terapéuticos durante la sesión de tratamiento.

De acuerdo a este proceder, no todo tratamiento debe basarse en la clásica manipulación articular. En el conjunto del organismo existen cantidad de tejidos blandos, unos de sostén y otros viscerales, que son afectados por las disfunciones de manera individualizada, de manera conjunta o a la par que lo son las articulaciones. Y dichas alteraciones disfuncionales no pueden ni deben quedar sin tratamiento.

Las técnicas de tratamiento visceral quedan, en esta ocasión, fuera del contexto de esta comunicación a la Mesa por no ser materia de estas Jornadas-Taller. Por ello nos centraremos en los tratamientos de aquellas afecciones que alteran las partes blandas de nuestro sistema de sostén y de estructura corporal, es decir, del sistema musculoesquelético.

Las técnicas manuales dirigidas al tratamiento de las partes blandas son antiguas en Osteopatía. Tanto, que podríamos decir que la Osteopatía nació con ellas aquel día 22 de Junio de 1874, cuando Taylor Still trató sobre la marcha, con masajes en la espalda, a un niño afectado de disentería hemorrágica que caminaba con dificultad junto a su madre por una calle de Kansas City, unos pasos por delante del doctor.

Precisamente la práctica habitual del tratamiento por medio de masaje en Osteopatía, fue lo que permitió que este tipo de tratamientos evolucionaran yendo siempre de mano con los avances de la misma y permitiendo la aparición de diferentes técnicas que hoy se consideran específicas de la medicina osteopática. A ello contribuyó sobremanera el empleo del masaje como tratamiento preparatorio a la manipulación articular, sobre todo en los tratamientos de las distintas regiones de la espalda.

La propia Técnica Osteopática General (TOG) incide sobre todo en las llamadas manipulaciones normalizadoras de los tejidos blandos, no siendo éstas sino aplicaciones locales o regionales de técnicas ya conocidas en el Masaje Clásico o Fundamental.

Lo novedoso de los tratamientos de partes blandas en Osteopatía aparece cuando el práctico busca relajar, elongar o elastizar ciertas estructuras musculotendinosas para conseguir con ello más rango de libertad articular, ya que para ello tiene que modificar algunas de las manipulaciones fundamentales del masaje con efecto movilizador, relajante y vigorizante (effleurage, petrissage, tapotement, y arrastre de las capas superficiales) y las convierte en maniobras distintas, para conseguir con ellas *efectos de tracción, de estiramiento, de decordaje, y de inhibición refleja* de las reacciones de contractura, mediante manipulaciones de estiramiento por arrastre, de estiramiento (por desplazamiento transversal brusco del segmento central del vientre muscular), de presión intensa de la masa muscular sobre el plano profundo o de esa misma presión intensa sobre una estructura miofascial hipertónica. Es más, cada una de las aplicaciones citadas en el párrafo anterior, pueden emplearse también sobre la estructura articular, pueden acompañarse de maniobras de contrapresión, pueden asociarse a maniobras con energía muscular, a maniobras funcionales y a técnicas de empuje de alta velocidad y baja amplitud (AVBA). Y todo ello persiguiendo, a la vez, los objetivos clásicos del masaje fundamental que, desde la perspectiva de la Osteopatía y en palabras de Alexander S. Nicholas, son:

- Relajar músculos hipertónicos,
- Estirar las estructuras fasciales pasivas,
- Mejorar la circulación hacia las estructuras miofasciales locales,
- Mejorar la nutrición y la oxigenación de los tejidos locales,
- Facilitar la eliminación de desechos metabólicos,
- Mejorar la actividad refleja anormal somatosomática y viscerosomática,
- Ayudar a identificar las áreas de disfunción somática,
- Observar las respuestas del tejido a la aplicación de técnicas de manipulación,
- Mejorar la respuesta autoinmune local y sistémica,
- Conseguir un estado general, regional o local de relajación,
- Lograr un estado general, regional o local de estimulación tónica.

La preferencia en la elección de cada una de estas técnicas se basa en los objetivos del tratamiento y en las expectativas que tengamos de sus posibles efectos para cada paciente en particular. Por ello, el empleo de estas técnicas en Osteopatía ha dado lugar, con los años, a distintos “tratamientos” estandarizados con su nomenclatura propia, por la que son reconocidos en todas las Escuelas. Estos son:

1 Técnicas musculares

Se trata de técnicas locales o regionales de aplicación individual sobre un músculo en concreto o sobre un grupo o cadena muscular

- Técnicas inhibitorias
- Técnicas de tracción
- Técnicas de estiramiento
- Técnicas rotacionales
- Técnicas de presión
- Técnicas de contrapresión
- Técnicas de rebote (springing)

Resulta fácil entender que estas técnicas se basan exclusivamente en aplicaciones locales o regionales de las diferentes maniobras, gestos y manipulaciones del Masaje Fundamental, con la intencionalidad terapéutica requerida en cada caso y en cuya exposición no vamos a entrar, por ser ya técnicas conocidas de todos participantes en estas Jornadas.

2 Técnicas articulares

Se trata de técnicas basadas en maniobras de liberación articular o también de activación muscular, que buscan la eliminación de una barrera restrictiva articular en particular o bien de problemas más complejos, cuando son varias las articulaciones afectadas en un mismo miembro o región corporal.

Las maniobras a emplear en estas técnicas requieren de movimientos lentos y su elección va en razón del criterio del terapeuta que las aplica, partiendo siempre de una posición cómoda que permita que el área afectada pueda moverse con desplazamientos en todo su rango de movilidad. Siempre es una maniobra pasiva que alcanza progresivamente los límites del rango posible de movimiento, mediante intentos repetidos y no sobrepasando el umbral del dolor.

Pueden servir de ejemplo:

- Las técnicas articulares costales
- Las técnicas de elevación costal,
- Las técnicas cervicales,
- La técnica cervicotorácica,
- Las técnicas articulares lumbares,
- Las técnicas articulares pelvianas,
- Las técnicas articulares de las extremidades,

Así, como algunas técnicas individualizadas con nombre propio como:

- La Pauta Global Toraco-abdominal (Técnica de F. Colell),
- La Técnica de Spencer para el hombro,

Aunque todas ellas son técnicas “no manipulativas”, algunas de ellas se emplean para los tratamientos de elección en el caso de las disfunciones del raquis (técnicas axiales), mientras otras son más empleadas en los protocolos para tratar las disfunciones de las extremidades (técnicas periféricas).

También dentro del apartado de las técnicas articulares están las técnicas de baja amplitud y alta velocidad (*thrust techniques*), pero no son objeto de esta Primera Mesa de Expertos, por lo que trataremos de ellas en la 2ª Jornada-Taller.

3 Técnicas de Energía Muscular

Modalidad de tratamiento osteopático en la que se recurre al concurso activo del paciente para que contraiga determinados músculos contra una fuerza opuesta ejercida por el terapeuta, partiendo de una posición determinada y orientadas en una dirección específica.

Las maniobras utilizadas en estas técnicas requieren siempre la cooperación activa del paciente, por lo que es preciso que el paciente sea conocedor, si no de los músculos que debe contraer, sí al menos del movimiento articular y de la dirección del mismo en cuya realización o freno debe colaborar, así como en regular y controlar sus movimientos respiratorios a demanda del osteópata. Esto limita la posibilidad de estos tratamientos en aquellos pacientes poco colaboradores y en los que se encuentran en estado inconsciente.

Según Walter C. Ehrenfeuchter, del College Osteopathic de Pensilvania, los objetivos de estas maniobras son:

- Reducir la hipertonía muscular,
- Elongar las fibras musculares,
- Reducir la restricción del movimiento,
- Lograr la movilización articular,
- Mejorar las funciones circulatoria y respiratoria,
- Reforzar el lado más débil cuando existe una asimetría.

Como los movimientos realizados por el paciente pueden incidir en la misma dirección o en la dirección contraria al movimiento a voluntad del osteópata, esta técnica puede emplearse tanto como arma de tratamiento como de diagnóstico.

Aunque la primera modalidad de la técnica, basada en la colaboración del esfuerzo del paciente en la dirección del movimiento, es tan antigua que podemos decir que deriva directamente de Taylor Still, fue Fred Mitchell Sr. quien la denominó “*técnica de energía muscular*” y quien le dio también la categoría de método de diagnóstico.

Posteriormente, fue T.J.Rudy quien desarrolló la técnica en su modalidad de “*conducción contra resistencia*” y estableció un ritmo más rápido en los gestos terapéuticos que, hasta ese momento, se realizaban de manera lenta.

Solamente resta decir que las técnicas de energía muscular, si el paciente es colaborador, pueden aplicarse en todas las articulaciones en general, con la seguridad de que si el diagnóstico es correcto y se aplican los niveles adecuados de fuerza con localización suficiente, los resultados son siempre buenos, tanto en el tratamiento de las disfunciones de las cinturas y de los miembros, como de las disfunciones segmentarias vertebrales.

4 Técnicas de Tensión Ligamentosa Equilibrada

W.G. Sutherland publicó en el *Year Book of the Academy of Applied Osteopathy* de 1949, una técnica de tratamiento de tejidos blandos que llevaba su nombre en el enunciado. Dicha técnica, conocida después como “*Balanced Ligamentous Tension*” y cuya designación hemos querido traducir aquí como “Tensión Ligamentosa Equilibrada”, se basa en el concepto del “*mecanismo de tensión recíproca*” como función principal desempeñada por los ligamentos en el rol de la estabilidad articular, consistente, según Sutherland, en mantener todos ellos un nivel de tensión constante durante los movimientos fisiológicos. Es decir, que los ligamentos no se contraen ni se estiran como los músculos, de manera que la tensión individual de cada uno de ellos en una articulación bien compensada varía muy poco y ello nos permite decir que la tensión ligamentosa articular se mantiene equilibrada (*balanced*).

Pero el equilibrio de estas tensiones se altera en los estados de disfunción somática articular (estados de lesión, inflamación o sobreesfuerzo mecánico), modificándose la distribución de las tensiones en razón de vectores anómalos de fuerza y alterándose no solo la tensión o la longitud del ligamento sino también, en ocasiones, su propia estructura interna, lo que repercute a su vez sobre el comportamiento biomecánico de la articulación, alterándose la normalidad de su funcionalismo y también, a veces, la de las zonas vecinas.

Cuando esto ocurre, según Sutherland debe buscarse un reequilibrio que devuelva el funcionalismo de la articulación a su normalidad y para ello, nada más indicado que aprovechar las propias fuerzas intrínsecas de nuestro organismo para corregir las tensiones ligamentosas alteradas, entendiendo por dichas fuerzas la respiración, la mecánica de los líquidos y los cambios posturales.

El cuerpo humano está siempre en movimiento, aún en las fases de descanso y sueño. Y aunque en estas fases los movimientos resulten mínimos, no por eso su repercusión deja de alcanzar a todo el sistema musculoesquelético. El simple ciclo respiratorio hace que sus movimientos de inspiración y espiración requieran del concurso de gran cantidad de músculos que se insertan en palancas óseas que son a su vez inducidas al movimiento a través de los propios tendones y de los ligamentos articulares de las palancas móviles y de las vértebras. Al mismo tiempo, las variaciones de presión intratorácica e intrabdominal que acompañan a los movimientos en dicho ciclo, transmiten variaciones de tensión en los tejidos blandos de sostén a través de las fascias compartimentales, haciendo que el ciclo respiratorio repercuta prácticamente en todo el cuerpo.

Pues bien, las técnicas de tensión ligamentosa equilibrada aprovechan estas fuerzas intrínsecas para ayudar al médico en sus maniobras normalizadoras del comportamiento mecánico de los tejidos blandos y de las estructuras articulares. Este es probablemente el motivo de que en algunas publicaciones se diga que la tensión ligamentosa equilibrada utiliza en sus tratamientos técnicas indirectas, puesto que no es el práctico quien fuerza los cambios que con ella se obtienen de una manera directa, sino que en realidad, con sus maniobras, ayuda a las fuerzas naturales de autocuración del cuerpo que, en este caso concreto ayudan a restaurar la homeostasis y a normalizar las alteraciones provocadas por el estado disfuncional. Por ello en dichas técnicas se emplean maniobras basadas en la acción de reequilibrio que supone reforzar y acortar estructuras cedidas a la vez que relajamos y elongamos otras estructuras contracturadas y acortadas. Se realizan preferentemente de manera repetida y rítmica, generalmente de acuerdo con el ritmo respiratorio. Y naturalmente, a través de unas pautas de tratamiento general y específico, sobre la base de un diagnóstico certero y de una indicación adecuada, según se podrá observar en los talleres prácticos.

5 Técnicas de liberación de ligamentos fasciales

Se trata de técnicas de tratamiento con abordaje indirecto.

La doctrina osteopática antigua siempre concedió gran importancia a la presencia del tejido conectivo en el organismo, especialmente al papel desempeñado por las fascias compartimentales y las aponeurosis musculares en su función de refuerzo en el mantenimiento de la estructura corporal. Tanto unas como otras disponen entre sus fibras de zonas de refuerzo ricas en elastina, dotadas de mayor inervación y de capacidad contráctil. Son los llamados ligamentos fasciales. A veces se sitúan en las áreas de inserción de los músculos planos y combinan sus fibras con las de los tendones de dichos músculos, participando de sus contracciones clónicas y desencadenando o manteniendo un estado de contractilidad tónica mantenida, que es la responsable del tono muscular.

Todas las fascias están intercomunicadas, bien por contigüidad, bien por adherencia o bien por superposición en los límites de los espacios compartimentales.

En los estados disfuncionales por lesión primaria (lesión traumática, inflamación y sobrecargas musculares y posturales), la relación de equilibrio entre aponeurosis y músculo o entre el tono fascial y la tensión de los compartimentos o de su contenido, se rompe, generándose alteraciones estructurales del sistema musculo-esquelético o del equilibrio parieto-visceral, descompensándose la estructura del cuerpo a partir de aquellas zonas con mayor desequilibrio y generándose reacciones adaptativas de compensación temporal que si duran mucho en el tiempo se instauran por sí mismas como lesiones secundarias, llegando a ser muchas veces más importantes que las lesiones iniciales que las generaron (*lesión osteopática secundaria*). De ahí la importancia de un pronto tratamiento de estas disfunciones.

Dos técnicas principales son de elección para el tratamiento de estas lesiones:

1. *La liberación funcional*, maniobra eminentemente manual basada en la previa información palpatoria del estado del área afectada y en las manipulaciones de los tejidos blandos detectados “*en situación de resistencia*” por su contractura. Ello que se consigue con maniobras de fijación y de estiramiento pasivo de los planos profundos en sentido contrario a la dirección de las maniobras del masaje de los planos más superficiales (lo que nos recuerda mucho al llamado “*masaje en estiramiento de Sagrera*”).

2. *La liberación de ligamentos fasciales*, maniobra refleja en la cual el paciente contribuye con la respiración y con la actividad muscular, durante la maniobra correctiva. Para ello se generan dos puntos de apoyo, uno en el cuerpo del práctico y otro en el del paciente, a partir de los cuales se aplican movimientos pasivos de tracción, de arrastre y de torsión muscular (especialmente en los miembros), para lograr efectos de expansión en todas las estructuras englobadas en todo el brazo de palanca sometido al efecto de la maniobra. La repetición del gesto, aplicando distintos grados de fuerza en el impulso, hace que se consiga poco a poco la integración normalizadora de de la disfunción en toda la zona abarcada en la maniobra. Esta técnica, a su vez, nos recuerda al Método Strán de tratamiento de tejidos blandos, técnica incorporada recientemente al arsenal de medios terapéuticos de la Medicina Ortopédica y Manual.

6 Técnicas de liberación miofascial (LMF) y Técnicas de liberación neuromusculoesquelética integrada (LNI)

Aunque se trata de dos técnicas manuales de tejidos blandos que recurren a maniobras distintas para lograr sus efectos terapéuticos, ambas se basan en la aplicación de conceptos mecánicos, anatómicos y nerviosos (MAN), actualmente propios de la Kinesiología aplicada.

Aunque no definidas como tales, son técnicas estructurales muy antiguas en Osteopatía a juzgar por las imágenes observadas en algunas fotografías de escenas de tratamientos efectuados por el propio T.Still, aunque no fue hasta la segunda mitad del siglo XX cuando evolucionaron como técnicas específicas por obra de W.Cole y Esther Smoot (1952), del Colegio de Osteopatía de Kansas City y sobre todo por parte de W. Neidner (1966), F.L.Mitchell (1970) y R. Hruby (1989), entre otros.

Partiendo de la premisa de que *“la estructura de la mayoría de los materiales biológicos (tejidos corporales) se afecta por las fuerzas mecánicas generadas in vivo que actúan sobre ellos en condiciones fisiológicas (y fisiopatológicas)”*, estas técnicas se basan en procedimientos combinados que actúan estirando y liberando en forma refleja los tejidos blandos con un patrón específico y también aquéllos asociados a restricciones articulares.

El objetivo, pues, de estos tratamientos es mejorar los patrones tridimensionales del movimiento musculo-esquelético. Para ello, partiendo de la identificación palpatoria de patrones pasivos y activos de las estructuras

exploradas y de la valoración de los datos de asimetría corporal observados, se aplicarán las maniobras más indicadas para:

- Liberar los segmentos de movimiento (articulaciones simples o complejas),
- Relajar estructuras hipertensas,
- Tensar estructuras hiperlaxas,
- Liberar zonas rígidas,
- Tonificar áreas hipotónicas,
- Mejorar las cualidades viscoelásticas de los tejidos musculares y fasciales,
- Facilitar el deslizamiento de todas las estructuras en contigüidad.
- Todo ello sin agravar la hipermovilidad

Sólo resta decir que se trata de técnicas complejas de difícil y meticulosa ejecución y que requieren para ello de personal formado y entrenado, del que no siempre se dispone con facilidad.

Por otra parte, son técnicas que actualmente también se emplean en Medicina de Rehabilitación, aunque rara vez son practicadas por personal médico, sino más bien por Fisioterapeutas con experiencia en las mismas.

En las sesiones de tratamiento se utilizan a la vez técnicas directas e indirectas. Y por ello resulta tan importante el buen entrenamiento de los terapeutas que quieran especializarse en éstas técnicas, pues ello permite que puedan llegar a aplicar ambos tipos de maniobra a la vez, es decir, mientras con una mano realizan una maniobra de liberación directa, con la otra efectúan la liberación indirecta.

Normalmente las sesiones de tratamiento comienzan con la liberación de las capas superficiales (piel y tejido celular subcutáneo), pasando después a planos más internos y aplicando gestos típicos del masaje de una forma tridimensional (deslizamiento, arrastre, fricción, torsión, flexión, compresión, etc.), mientras el terapeuta va detectando mentalmente los cambios que se producen bajo sus manos en cuanto a tensión y laxitud, cambios que son interpretados como respuestas neuro-reflejas a las maniobras aplicadas.

Cuando los cambios observados en el tratamiento se repiten siguiendo un patrón de respuesta que le permite al terapeuta mantener una cadencia, se puede pasar a introducir factores de cooperación por parte del paciente, a demanda del terapeuta, tales como:

- Mantenimiento o cambios en el ritmo respiratorio,
- Maniobras de oscilación en extremidades,
- Movimientos de la cabeza,
- Movimientos isométricos en extremidades,

- Participación activa en movimientos de balanceo corporal efectuados por el terapeuta,
- Movimientos variados propios de la actividad de los nervios craneales, tales como movimientos oculares direccionales, gestos y muecas faciales, movimientos de la lengua o incluso movimientos deglutorios.

Todo ello se hace porque todas las maniobras que favorecen la liberación aceleran el proceso terapéutico y si en dichas maniobras participa el paciente, el proceso se realiza de manera integrada. De ahí el nombre de la técnica.

Terminada la sesión, siempre se debe llevar a cabo una evaluación post tratamiento, cuyos datos nos permitan determinar si se produjeron cambios útiles capaces de abrir nuevas expectativas en el terapeuta, o que ayuden a diseñar un nuevo programa de tratamiento más individualizado, a valorar la necesidad o conveniencia de asociar otro tratamiento (por ejemplo el farmacológico) y para recabar datos que anotar en la historia clínica.

7 Técnicas Funcionales

Las técnicas funcionales, tanto en Osteopatía como en Medicina Ortopédica Manual y últimamente también en Quiropráctica, son técnicas propias de los tratamientos de manipulación, y se consideran técnicas indirectas. Bien es verdad que, en nuestro caso, nos estamos refiriendo a las técnicas funcionales de tratamiento de partes blandas, todas ellas surgidas durante el período considerado de máxima expansión de los tratamientos de Rehabilitación en Medicina, o derivadas de las mismas.

En efecto, entre 1945 y 1970 todas las Escuelas Médicas introdujeron novedades técnicas y notables mejoras en sus tratamientos de Medicina Manual. Concretamente en Osteopatía, partiendo de técnicas indirectas ya existentes, como los tratamientos de Ashmore, Mc Connell y Harrison Downing, aparecieron gran cantidad de técnicas novedosas, muchas de las cuales se abandonaron pronto por la pobreza de sus resultados. Hubo, sin embargo, algunas que persistieron, como la técnica de la Tensión Ligamentosa Equilibrada de G. Sutherland, de la que ya hemos hablado, o la del “*Equilibrio Sostenido*” practicada en la Escuela de Boston. Pero fueron los estudios realizados por Ch.Bowles, H.Hoover y W.Jonston en la New England Academy of Osteopathy en un nuevo “*Abordaje funcional de problemas manipulativos osteopáticos específicos*” los que hoy consideramos como punto de partida de las llamadas técnicas funcionales.

En Osteopatía, el término “*funcional*” hace referencia a los procedimientos de manipulación osteopática que aplican las informaciones de la función

motora obtenidas por palpación. Este estudio palpatorio se efectúa de manera continua al mismo tiempo que transcurre la sesión de tratamiento, de manera que en cada momento se puedan aplicar las maniobras más apropiadas e incluso modificarlas sobre la marcha. Esto vendría a ser que mientras una mano del terapeuta está ocupada en *“la escucha del cuerpo”*, la otra va aplicando el movimiento terapéutico o manteniendo la postura de espera entre impulsos de un mismo movimiento. Con ello se consigue, durante la sesión:

- Mantener la posición postural,
- Llevar a cabo movimientos activos a solicitud del terapeuta,
- Permitir movimientos pasivos de elección,

Se trata pues, de un tratamiento complejo pero racional, en el que los procedimientos de diagnóstico y de tratamiento van parejos en su ejecución, pues es el diagnóstico palpatorio continuado el que sirve de guía a la aplicación de los gestos terapéuticos, unas veces liberadores y otras veces impulsores de la acción que, de manera precisa, progresiva y no traumática, conforman la sesión de tratamiento.

La más importante y conocida de estas técnicas fue la de Lawrence S. Jones, publicada en 1964 como *“Técnica de liberación espontánea mediante posicionamiento”*, y conocida actualmente como *“Técnica de tensión y contratensión”*.

Es una técnica funcional de manipulación indirecta, que huye de los gestos de la manipulación brusca y de sus peligros, fundamentada, en palabras de su autor, en la comprobación de que *“en caso de rigidez articular por disfunción muscular estructurada, la tensión muscular resiste cualquier posición fuera de la posición extrema en que se produjo la lesión. Incluso las lesiones más graves toleran que se las devuelva a la posición en la que estaban originalmente y solo a esa posición. Y cuando se han repuesto en dicha posición (de manera indirecta), los músculos se relajan y la clínica dolorosa se alivia con rapidez”*.

En la técnica, partimos del conocimiento de la existencia de puntos dolorosos localizados en los músculos y fascias de la región a tratar y mientras de forma pasiva intentamos llevar la articulación restringida a su posición funcional, mediante la *“escucha palpatoria”* efectuada por una de nuestras manos, nos informamos *del estado de la función motora regional, de los posibles defectos segmentarios y de los detalles de la disfunción motora segmentaria*, utilizando esta información como base para el diseño de nuestros gestos manipulativos y del progreso de los mismos.

Al mismo tiempo vamos testando manualmente los *“puntos dolorosos testigo”* de los vientres musculares y su desaparición progresiva por efecto de la comodidad que implica para dichas estructuras el posicionamiento alcanzado

para cada uno de ellos, utilizando para ello todas las variantes que nos ofrecen las combinaciones de los distintos parámetros de movimiento (flexión-extensión, rotación axial, lateralización) y condicionantes del mismo como la tracción, hasta alcanzar el punto de silencio sintomático, punto en el que mantendremos la posición de manera pasiva durante un período de 90 segundos.

Finalmente testaremos si el movimiento activo resulta doloroso y si no lo es, procedemos a reponer la articulación a su posición funcional de manera pasiva y lenta, llegando así al final de la secuencia, ya que la sesión no termina hasta la desaparición de todos los puntos dolorosos.

En Medicina Tradicional, estos métodos y otros surgidos a partir de ellos durante el desarrollo de la especialidad de Rehabilitación, también se consideraron funcionales por otros motivos, ya que a raíz del cambio conceptual en la valoración del daño corporal en los años 50, la posibilidad de recuperación de la función alterada comenzó a tener más importancia que la insegura recuperación de la integridad estructural y en el caso del sistema locomotor, también los tratamientos comenzaron a dirigir más sus esfuerzos a la meta que supone la recuperación del funcionalismo articular y muscular que la propia estructura articular en sí. Ello resulta fácil de entender, si pensamos que después de dos revoluciones industriales y de dos grandes guerras, la Medicina tuvo que hacer frente a las secuelas de incapacidades provocadas por innumerables accidentes laborales y lesiones de guerra que vinieron a sumarse, de golpe, a la gran cantidad de personas discapacitadas como consecuencia de enfermedades neurológicas y de otro tipo, por las que ya venía luchando la medicina hasta entonces.

Los médicos vieron pronto que en muchos de estos casos la recuperación de la integridad corporal o articular era imposible, pero no ocurría lo mismo con la función perdida o alterada, pues existía la posibilidad de recuperarla con tratamientos manuales y de rehabilitación o incluso de suplirla, mejorando el funcionalismo de las partes vecinas. Lo más importante para dichos pacientes y para la propia medicina era poder devolver o mejorar en lo posible las funciones alteradas del paciente, de manera que le permitieran no sólo valerse por sí mismo en sus quehaceres de la vida diaria, sino también reincorporarse a su trabajo habitual o a otra actividad con menor exigencia física y compatible con sus limitaciones residuales.

Con estas consideraciones aportadas, hemos querido ofrecer a los participantes en estas "IX Jornadas-Taller" nuestra visión actual de las técnicas de tratamiento manual de partes blandas, contempladas desde la perspectiva que nos ofrece hoy la Medicina Osteopática.

Caldas d'Estrac, 18 de Marzo de 2011.