

Masaje basado en resultados

I

Exploración del paciente y planificación terapéutica

Para utilizar el masaje con corrección, se debe considerar completamente como un medio y un fin, siendo este último la recuperación de la función. Cada movimiento que se realiza tiene este objetivo final y el masajista debe ser capaz de demostrar, de forma detallada y razonada, qué efecto espera de cada movimiento de la mano o del dedo y qué parte de este efecto espera que intervenga en la recuperación de la función.

DR. JAMES B. MENNELL. *MASSAGE: ITS PRINCIPLES AND PRACTICE*.
2ª ED. FILADELFIA, PA: BLAKISTONS; 1920:4.

Los capítulos de esta sección ofrecen el fundamento conceptual del masaje basado en resultados y tratan las dos primeras fases del proceso de toma de decisiones clínicas: la fase de evaluación y la fase de planificación terapéutica. En el capítulo 1 se exponen los marcos conceptuales en la práctica clínica y se presentan los marcos conceptuales que constituyen los cimientos del masaje basado en resultados: el modelo de discapacidad, el sistema de Donabedian de los componentes de la asistencia clínica y el sistema de los autores sobre el contacto inteligente. Este capítulo también introduce un sistema de clasificación de las técnicas de masaje que se basa en las capas de tejido que se tratan y en el resultado asistencial que puede lograrse con una de dichas técnicas. El capítulo 2 ofrece detalles sobre los pasos del proceso de toma de decisiones clínicas en 4 fases que guía el método del masaje basado en resultados empleado a lo largo del texto: fase de evaluación, fase de planificación terapéutica, fase de tratamiento y fase de alta. Además, en este capítulo se introducen 23 categorías de resultados asistenciales

según el tipo de trastorno que pueden conseguirse utilizando las técnicas de masaje. En el capítulo 3 se identifican los aspectos distintivos de la exploración del paciente relacionados con el masaje y se ofrece una visión general de los métodos de palpación y de otros tipos para evaluar los trastornos, las limitaciones funcionales, la discapacidad y las cuestiones relacionadas con la calidad de vida que son importantes a la hora de aplicar las técnicas de masaje.

Objetivos de la sección

Tras estudiar esta sección, el lector será capaz de :

1. Señalar las habilidades del terapeuta que son esenciales para la práctica de contacto inteligente.
2. Definir los términos enfermedad, fisiopatología, trastorno, limitación funcional, discapacidad y calidad de vida.
3. Identificar los componentes de la estructura, el proceso y los resultados de la asistencia clínica.
4. Distinguir entre los aspectos técnicos e interpersonales del proceso asistencial clínico.
5. Describir las cuatro fases del proceso de toma de decisiones clínicas en el masaje basado en resultados: fase de evaluación, fase de planificación terapéutica, fase de tratamiento y fase de alta.
6. Describir la manera de formular y seleccionar las pruebas y criterios de valoración para confirmar una hipótesis clínica relacionada con el trastorno clínico de un paciente.

7. Enumerar los pasos para sintetizar los hallazgos clínicos y crear una lista de problemas fisiológicos.
8. Enumerar los trastornos que pueden tratarse y los resultados asistenciales que pueden conseguirse con las técnicas de masaje en función del tipo de trastorno.
9. Formular los resultados asistenciales según el tipo de trastorno y funcionales que son relevantes a la hora de usar técnicas de masaje.
10. Explicar la forma de seleccionar el masaje y otras técnicas adecuadas necesarias para solucionar los trastornos, lograr los resultados asistenciales funcionales identificados e integrarlos en un plan de tratamiento.
11. Identificar el proceso mediante el cual se utilizan los resultados de las exploraciones repetidas del paciente para modificar, perfeccionar y hacer progresar las intervenciones.
12. Describir la manera de identificar las necesidades al alta del paciente, planificarla y dársela al paciente.
13. Identificar los aspectos éticos implicados en la asistencia clínica.
14. Exponer la posible respuesta emocional del paciente frente al tratamiento y las estrategias para manejarla de forma adecuada.
15. Señalar las estrategias que pueden utilizarse para favorecer que el paciente cumpla el plan terapéutico.
16. Describir los elementos distintivos de la exploración de un paciente relacionados con el masaje.
17. Exponer la forma de realizar la palpación.
18. Identificar los trastornos que pueden evaluarse mediante palpación.
19. Describir diversos métodos diferentes a la palpación para evaluar las alteraciones en que está indicado el masaje.

1

Marcos conceptuales para el masaje basado en resultados

Los marcos conceptuales ofrecen al terapeuta un medio de dar sentido a sus observaciones clínicas y los modelos conceptuales le permiten comunicar estos sistemas. Los modelos de discapacidad,¹ el marco conceptual de Donabedian sobre los componentes de la asistencia clínica,² el marco conceptual del contacto inteli-

gente y el método de clasificación de las técnicas de masaje presentados en este texto pueden utilizarse para orientar el masaje basado en resultados y aclarar el concepto de resultados funcionales que, en la actualidad, son fundamentales para la asistencia clínica.

Masaje basado en resultados

De forma tradicional, la práctica del masaje ha consistido en la aplicación de secuencias regionales o generales de movimientos de masaje como un medio para conseguir efectos terapéuticos específicos en el tratamiento de trastornos clínicos.³ El masaje basado en resultados se construye sobre esa base con objeto de ofrecer a terapeutas de diferentes disciplinas sanitarias una estrategia para integrar el uso de técnicas de masaje en su ejercicio clínico. El masaje basado en resultados posee varias características definidoras que se presentan

en el Recuadro 1-1. En primer lugar, este enfoque se basa en marcos conceptuales claramente articulados de asistencia clínica y práctica del masaje que se describen en este capítulo. Propone un sistema de clasificación de las técnicas de masaje en función de las capas de tejido que se tratan y de los resultados que se consiguen. El masaje basado en resultados también supone el uso de un proceso sistemático de toma de decisiones clínicas, así como de un proceso definido de integración de las técnicas de masaje en las intervenciones clínicas.

Teorías, marcos conceptuales y modelos conceptuales

TEORÍAS

Los terapeutas están familiarizados con numerosas teorías: conjuntos organizados de hechos que explican las relaciones existentes entre un grupo de fenómenos observados.⁴ Las teorías no deben confundirse con los marcos conceptuales porque ambas entidades aparecen en diferentes puntos del proceso de desarrollo y análisis de teorías. Un grupo de hechos o puntos de vista se organizan en primer lugar en un marco con-

ceptual, o conjunto de generalizaciones empíricas. Este marco conceptual se prueba y perfecciona hasta que se convierte en una teoría y puede emplearse para explicar las relaciones que hay entre los fenómenos. En la práctica clínica diaria, los terapeutas utilizan teorías para comprender sus observaciones clínicas y predecir lo que ocurrirá en una situación determinada. Además, pueden usar la investigación para comprobar la validez de las predicciones que se hacen utilizando una teoría en particular. Por ejemplo, la teoría del

2

El proceso de decisión clínica

El proceso de decisión clínica guía al terapeuta a través de la exploración, el tratamiento y el alta del paciente. El proceso de decisión clínica propuesto para el masaje basado en resultados analiza cuestiones específicas de la integración de las técnicas de masaje en la práctica clínica. En este capítulo se exponen los aspectos técnicos e interpersonales del proceso asistencial¹ para el masaje basado en resultados que se desarrolla en cuatro fases: fase de evaluación, fase de

planificación terapéutica, fase de tratamiento y fase de alta. Proporciona directrices para aumentar la idoneidad de las exploraciones realizadas, los planes asistenciales trazados y las intervenciones planificadas y prestadas por los terapeutas. En este capítulo también se describe cómo los terapeutas pueden enfrentarse a las necesidades éticas, emocionales y educativas del paciente que surgen durante la asistencia clínica.

El proceso de decisión clínica

La decisión clínica, el razonamiento clínico y la resolución de problemas clínicos son términos que han utilizado varios autores para describir sus modelos del proceso mediante el que los terapeutas sintetizan y analizan la información sobre los trastornos de sus pacientes y emplean los resultados de sus análisis para formular y hacer progresar un régimen terapéutico para ellos.¹⁻⁵ El modelo de decisión clínica para el masaje basado en resultados expuesto aquí integra los modelos de razonamiento clínico con los marcos conceptuales para el masaje comentados en el capítulo anterior. Este modelo expone los componentes del proceso de toma de decisiones clínicas relacionado con la integración de las técnicas de masaje en la asistencia clínica en cuatro fases: fase de evaluación, fase de planificación terapéutica, fase de tratamiento y fase

de alta. Aunque este modelo, como otros modelos de decisión clínica, se presenta de forma gráfica en una serie de pasos, no se pretende que se utilice de un modo lineal y secuencial. En su lugar, los terapeutas deben usar este modelo guiados por los resultados de las investigaciones sobre la toma de decisiones clínicas. En primer lugar, los investigadores han observado que los terapeutas que participan en el proceso de decisión clínica a menudo realizan varios pasos del proceso de forma simultánea.⁴ Además, estos terapeutas utilizan un proceso de decisiones repetitivo en lugar de un proceso lineal. En otras palabras, pasan de forma cíclica por los mismos pasos del proceso de toma de decisiones varias veces, de manera que cada vez que repiten los pasos aumentan la información que ya poseían y perfeccionan más sus hipótesis.

Visión general del proceso de asistencia clínica

El proceso asistencial, o el proceso clínico, es la forma en que se presta la asistencia, es decir, las actividades

que tienen lugar en y entre el terapeuta y el paciente.¹ Esto engloba los aspectos interpersonales de la interac-

Conclusiones

El proceso de decisión clínica propuesto para el masaje basado en resultados puede utilizarse para orientar al terapeuta a través de las fases de evaluación, planificación terapéutica, tratamiento y alta de la asistencia clínica. El objetivo de este proceso es capacitar al terapeuta para integrar las técnicas de masaje en la asistencia clínica de forma eficaz, como técnicas terapéuticas primarias o complementarias. Aunque los pasos de este proceso se presentan en una secuencia lineal, se trata de un proceso repetitivo en el que el terapeuta puede realizar varios pasos a la vez.

El modelo de toma de decisiones propuesto en este capítulo señala los aspectos técnicos de cómo presta la asistencia el terapeuta y los aspectos interpersonales de la interacción entre paciente y terapeu-

ta. Al hacerlo así, ofrece pautas para reforzar la idoneidad de las exploraciones realizadas, los planes asistenciales diseñados y las intervenciones planificadas y proporcionadas por los terapeutas. Además, la exposición de los aspectos interpersonales del proceso de asistencia clínica ofrece diferentes estrategias que los terapeutas pueden emplear para efectuar interacciones clínicas de forma adecuada y para enfrentarse a las necesidades éticas, emocionales y educativas del paciente que surjan durante el curso de la asistencia clínica. Dado que tanto los factores técnicos como los interpersonales pueden influir en los resultados asistenciales, los terapeutas deben saber atender ambos aspectos en la planificación y prestación de la asistencia a sus pacientes.

Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 1966;3:166-206.
2. Jensen GM, Shepard KF, Gwyer J, Hack LM. «Attribute dimensions that distinguish master and novice physical therapy clinicians in orthopedic settings». *Phys Ther* 1992;72:711-722.
3. May B, Dennis J. «Expert decision-making in physical therapy—a survey of practitioners». *Phys Ther* 1991; 71:190–206.
4. Payton O. «Clinical reasoning process in physical therapy». *Phys Ther* 1985;65:924-928.
5. Sullivan P, Markos P. *Clinical decision-making in therapeutic exercise*. East Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1995.
6. American Physical Therapy Association. «Guide to physical therapist practice». *Phys Ther* 1997;77(II):3-14.
7. Magee D. *Orthopedic physical assessment*. 3ª ed. Filadelfia: WB Saunders, 1997.
8. National Institute of Child Health and Human Development. *Research plan for the National Center for Medical Rehabilitation Research*. Public Health Service NIH Publication nº. 93-3509. Bethesda, MD: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services, 1993.
9. Fritz S. *Fundamentals of therapeutic massage*. St. Louis: Mosby-Lifeline, 1995.
10. Tappan FM, Benjamin P. *Tappan's handbook of healing massage techniques*. 3ª ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1998.
11. Werner RE, Benjamin BE. *A massage therapist guide to pathology*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.
12. de Domenico G, Wood EC. *Beard's massage*. 4ª ed. Filadelfia: WB Saunders, 1997.
13. Salvo SG. *Massage therapy*. Filadelfia: WB Saunders, 1999.
14. Herskovitz S, Strauch B, Gordon MJV. «Shiatsu-induced injury of the median recurrent motor branch». *Muscle Nerve* 1992; October:1215 (carta).
15. Simons DG, Travell JG, Simons LS. *Travell and Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual*, vol 1: Upper half of body. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1999.
16. Canadian Occupational Therapy Association. *CAOT code of ethics*. Ottawa: Canadian Occupational Therapy Association, 1996.
17. Quality Assurance Committee of the College of Massage Therapists of Ontario. *Code of ethics and standards of practice*. Toronto: College of Massage Therapists of Ontario, 1999.
18. American Association of Drugless Practitioners. *Code of ethics*. Gilmer, TX: American Association of Drugless Practitioners, 1990.

3

Revisión de los conceptos sobre exploración del paciente relacionados con el masaje

En este capítulo se revisan conceptos seleccionados que deben considerarse cuando se realiza una exploración a un paciente con vista a la utilización del masaje como modalidad terapéutica primaria o complementaria. Estos temas son el objetivo de una exploración para el masaje, los trastornos que son adecuados para el masaje, los informes del paciente que surgen durante la obtención de la anamnesis que pueden sugerir una disfunción de las partes blandas y el uso de métodos, con y sin palpación, para evaluar los trastornos, las limitaciones funcionales y la discapacidad apropiados para el uso del masaje. El

terapeuta puede integrar estos conceptos en un método de exploración del paciente que sea adecuado para el trastorno que padece, así como para su ámbito profesional y área de especialización. Dado que numerosos textos clínicos muestran las técnicas de exploración de trastornos musculoesqueléticos, neurológicos, cardiopulmonares y psicológicos para los diferentes profesionales sanitarios, en este capítulo se supone que el lector consultará con detalle los métodos y técnicas de exploración del paciente que están dentro de su ámbito de práctica en estos textos.

Objetivo de la exploración del paciente para el masaje

En el capítulo 2, se expusieron el objetivo y los pasos implicados en la realización de una exploración del paciente, la cual, con la perspectiva de utilizar el masaje como modalidad terapéutica primaria o complementaria, requiere algo más que la adición de unas pocas técnicas de exploración de partes blandas al método que uno acostumbra seguir a la hora de explorar. Para ser eficaz, el terapeuta debe ampliar el objetivo de la exploración para incluir los siguientes aspectos:

1. Identificar la disfunción de las partes blandas relacionada con el trastorno clínico del paciente.
2. Identificar otros trastornos primarios y secundarios adecuados para ser tratados mediante el masaje.
3. Identificar las limitaciones funcionales y la discapacidad asociadas a los trastornos que son adecuados para un tratamiento con masaje.

La evaluación de la función y disfunción de las partes blandas puede exigir el uso de pruebas y medi-

das, como la palpación, que las valoren directamente. Además, el terapeuta puede extender su interpretación de los hallazgos de las pruebas y medidas musculoesqueléticas, neurológicas, cardiopulmonares o psicológicas convencionales para incluir un análisis de la contribución de la disfunción de las partes blandas. El grado en que el terapeuta tendrá que modificar su método habitual de exploración del paciente dependerá de la pertinencia de la disfunción de las partes blandas con respecto al trastorno clínico del paciente. Por ejemplo, concentrarse en la disfunción y los trastornos de las partes blandas apropiados para el masaje es menos adecuado en el caso de un terapeuta que está explorando a un paciente con una amputación antigua por debajo de la rodilla y que ha sido derivado para enseñarle a andar tras un cambio de prótesis, que en el caso de un paciente que acude con un dolor crónico en el cuello y el hombro en el que han “fracasado” múltiples tratamientos. No obstante, los tera-

función física, psicológica/emocional y social.²⁴⁴ El *Medical Outcomes Survey-Short Form 36* (MOS SF-36) es una medida de la calidad de vida relacionada con la salud que se usa con frecuencia y que se ha validado para varias enfermedades, como las úlceras venosas de la piernas, las nefropatía, el VIH/SIDA, la epilepsia, el lupus eritematoso sistémico, el ictus, la dependencia del alcohol y la esquizofrenia, y se ha traducido a otras lenguas, como el chino.²⁴⁶⁻²⁵³ En el recuadro 3-4 se presentan otras medidas de la calidad de vida relacionadas con la salud. Además, en la exploración física y en los estudios se están empleando cada vez más medidas de la calidad de vida específicas de enfermedades, como la *Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale*²⁵⁴.

Recuadro 3-4

Medidas seleccionadas de calidad de vida relacionada con la salud

- *Medical Outcome Study Health Status Questionnaire*²⁴⁵
- *Duke-UNC Health Profile*²⁵⁵
- *The Sickness Impact Profile*²⁵⁶
- *McMaster Health Index Questionnaire*²⁵⁷
- *Functional Status Questionnaire*²⁵⁸
- *Nottingham Health Profile*²⁰¹

Conclusiones

La exploración del paciente desempeña una función fundamental en el masaje basado en resultados al ofrecer los datos clínicos sobre los que el profesional puede basar la confirmación de su hipótesis clínica y su plan terapéutico. En consecuencia, los profesionales que realizan exploraciones a sus pacientes con intención de utilizar el masaje como una modalidad terapéutica primaria o complementaria deben ampliar el objetivo de su método de exploración convencional para incluir la evaluación de la disfunción de partes blandas y los trastornos que son adecuados para el uso de masaje.

La palpación es un método importante para evaluar diferentes aspectos de la función de las partes blandas que pueden indicar la presencia de trastornos, como la temperatura, la movilidad tisular, el estado hídrico, la

textura tisular y la consistencia tisular. Además, la respuesta del paciente a la palpación puede dar al profesional información adicional sobre los trastornos de aquél. No obstante, la palpación no es el único medio para evaluar los trastornos de un paciente; el profesional también puede extender su interpretación de los hallazgos derivados de las pruebas musculoesqueléticas, neurológicas, cardiopulmonares o psicológicas habituales para incluir un análisis de la contribución de la disfunción de las partes blandas. Finalmente, la exploración del paciente realizada por el terapeuta debe tratar sus limitaciones funcionales, discapacidad y calidad de vida, de forma que el profesional tenga datos sobre los que basar la identificación de unos resultados funcionales de la asistencia adecuados.

Bibliografía

1. National Institute of Child Health and Human Development. Research plan for the National Center for Medical Rehabilitation Research. Public Health Service NIH Publication no. 93-3509. Bethesda, MD: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services, 1993.
2. Nagi S. «Disability concepts revisited: implications for prevention». Executive summary. En: Pope A, Tarlow A, eds. *Disability in America*. Washington, DC: National Academy Press, 1991:1-4.
3. Chaitow L. *Palpation skills*. Nueva York: Churchill-Livingstone, 1997.
4. Lewit K. «Soft tissue and relaxation techniques in myofascial pain». En: Hammer WI. *Functional soft tissue examination and treatment by manual methods*. 2ª ed. Gaithersburg, MD: Aspen, 1999:479-532.
5. Greenman PE. *Principles of manual medicine*. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
6. Starkey C, Ryan J. *Evaluation of orthopedic and athletic injuries*. Filadelfia: FA Davis, 1996.
7. McKenzie AM, Taylor NF. «Can physiotherapists locate lumbar spinal levels by palpation?» *Physiotherapy* 1997; 83(5):235-239.
8. Keating J, Matyas TA, Bach TM. «The effect of training on physical therapists' ability to apply specified forces of palpation». *Phys Ther* 1993;73(1):38-46.
9. Fritz S. *Fundamentos del masaje terapéutico*. Barcelona, Paidotribo, 2001.
10. Downey BJ, Taylor NF, Niere KR. «Manipulative physiotherapists can reliably palpate nominated lumbar spinal levels». *Manual Ther* 1999;4(3):151-156.
11. Latimer J, Adams R, Lee M. «Training with feedback impro-

III

Tratamiento y alta

“Otro error frecuente es suponer que cualquiera puede ‘dar un masaje’ y que todo el arte puede adquirirse en una o dos lecciones fáciles. Los que aspiran a dedicarse al masaje se sienten todo menos contentos cuando escuchan que les supondrá casi dos años aprenderlo, y que muchas personas carecen de las aptitudes y la educación general necesarias para adquirirlo. Cualquiera puede frotar de forma mecánica, pero esto no es útil; un masajista debe trabajar con su cerebro y con sus manos.”

WILLIAM MURRELL, MD. *MASSOTHERAPEUTICS OR MASSAGE AS A MODE OF TREATMENT.*

4ª ED. LONDRES: HK LEWIS, 1889;2, 65.

Los capítulos de esta sección tratan sobre las últimas fases del proceso de decisión clínica: la fase de trata-

miento y la fase de alta. En el capítulo 4 se describen los métodos por los cuales el profesional completa la preparación psicológica, física y del material para el tratamiento, así como las técnicas para colocar y cubrir al paciente para el tratamiento. En los capítulos 5 al 10 se presentan categorías de técnicas de masaje relacionadas y detalles sobre las habilidades cognitivas y psicomotrices necesarias para aplicar estas técnicas en un régimen terapéutico. Estos capítulos incluyen también exposiciones de los componentes descriptivos (véase el recuadro P2-1), resultados asistenciales, indicaciones, contraindicaciones, precauciones y cuidados posteriores al tratamiento asociados a cada técnica. Finalmente, en el capítulo 11 se describen los principios y procesos que los profesionales pueden utilizar para diseñar secuencias de masaje y progresar en los regímenes terapéuticos que incorporan técnicas de masaje desde la intervención inicial hasta el alta.

Objetivos de la sección

Tras estudiar esta sección, el lector será capaz de:

1. Exponer los componentes de la preparación física y psicológica del profesional para el tratamiento.
2. Describir los materiales usados en el masaje y las fases utilizadas para preparar estos materiales para el tratamiento.
3. Describir y demostrar cómo colocar a un paciente para aplicarle técnicas de masaje en diferentes regiones del cuerpo.
4. Describir y demostrar cómo realizar las técnicas de cubrimiento adecuadas de las diferentes regiones corporales.
5. Identificar seis categorías básicas de técnicas de

masaje y describir cómo cada categoría afecta diferentes tipos de tejidos.

6. Describir los resultados asistenciales según el tipo de trastorno y las indicaciones clínicas asociadas a cada técnica de masaje presentada.
7. Definir los siete componentes de las técnicas de masaje para cada una de ellas.
8. Reconocer las contraindicaciones y precauciones sobre el uso de cada técnica de masaje.
9. Describir y demostrar cómo realizar cada técnica de masaje y cómo aplicar cada una de ellas en una

secuencia práctica.

10. Identificar la asistencia posterior al tratamiento adecuada y otras técnicas apropiadas para cada técnica.
11. Describir los métodos para organizar las técnicas de masaje en secuencias regionales y generales que tengan en cuenta los resultados asistenciales específicos según el tipo de trastorno.
12. Exponer el método de progresión de los regímenes terapéuticos en el masaje basado en resultados.



Pautas generales para la práctica del masaje

A los profesionales sin experiencia se les aconseja tener en cuenta las siguientes pautas cuando practiquen las técnicas de masaje descritas en esta sección.

1. Localizar los tejidos seleccionados para el tratamiento mediante la palpación y ser específico en su contacto con ellos.
2. Palpar continuamente buscando la respuesta de los tejidos del paciente a la técnica.
3. Observar con frecuencia y obtener datos sobre la respuesta del paciente a la aplicación de las técnicas.
4. Primero intentar conseguir penetrar en las capas tisulares más profundas mediante la repetición de la técnica en lugar de aumentando la presión de aplicación.
5. Reducir el ritmo de aplicación cuando se traten capas tisulares más profundas para dar tiempo suficiente para que se desplacen el líquido y los tejidos implicados.
6. Solicitar que el paciente exprese su nivel de comodidad tras cambiar la posición para eliminar aquellas que son incómodas durante la aplicación de la técnica.
7. Reducir al mínimo las molestias del paciente durante el tratamiento modificando la aplicación de las técnicas para asegurar su comodidad.
8. Adaptar la aplicación de cada técnica a la región del cuerpo en que se aplica.
9. Practicar cada técnica de forma individual para conseguir competencia en su ejecución antes de intentar combinar las técnicas en secuencias de masaje. Una repetición no meditada de cualquier tipo de masaje puede dar lugar a un método terapéutico inflexible que más tarde impida el uso adecuado de técnicas en situaciones clínicas.

4

Preparación y posición para el tratamiento

El terapeuta debe contar con una gran preparación antes de aplicar un masaje sobre el cuerpo del paciente. Lo más importante es que debe prepararse, tanto física como mentalmente, antes de comenzar su interacción con el paciente. También debe seleccionar y preparar diversos materiales terapéuticos, como camillas, lubricantes y lencería. Durante la intervención, el terapeuta debe prestar atención a otras cuestiones, como confirmar que el paciente está colocado y

cubierto adecuadamente antes y durante la aplicación de las técnicas. Además, también debe asegurarse de que se encuentra bien posicionado y que usa una mecánica corporal correcta durante la intervención. La importancia de estas actividades no puede sobredimensionarse; su aplicación apropiada por parte del terapeuta puede aumentar la calidad de la ejecución de la técnica manual relacionada con los tipos de masaje que se exponen en los capítulos siguientes.

Preparación física del terapeuta para el tratamiento (cuidados personales)

La práctica del masaje supone un esfuerzo considerable para el cuerpo del terapeuta. En concreto, las partes blandas de la espalda y la cadena cinética superior muestran una predisposición especial a desarrollar fatiga muscular, hipertoniá, puntos gatillo y lesiones por distensión repetida. Con objeto de mantener un nivel de rendimiento carente de problemas y de prevenir lesiones continuadas, todo terapeuta que aplique un número importante de masajes debe realizar un programa de ejercicio completo en el que se incluya entrenamiento aeróbico, flexibilidad, resistencia y equilibrio. La falta de este programa de ejercicio puede suponer un mayor riesgo de desarrollar lesiones y aumenta la probabilidad de que “se quemé” el terapeuta. Los programas completos exceden el ámbito de este libro y se detallan en otras obras;¹⁻³ lo que viene a continuación es una selección de ejercicios especialmente interesantes para las personas que practican masajes.

MOVIMIENTO

Pueden emplearse diversos tipos de ejercicios activos con diferentes propósitos. El ejercicio activo vigoroso

incrementa la frecuencia cardíaca, el flujo sanguíneo local, la temperatura tisular y la extensibilidad de los tejidos. Su uso, antes de los ejercicios de estiramiento, sirve para realizar un calentamiento al comienzo del día de trabajo y después de los descansos. En las figuras 4-1 a 4-4B se muestran varios ejercicios de agitación y “oscilación” para todo el cuerpo, que pueden utilizarse para desentumecer los músculos de la cintura escapular, la espalda y las caderas como preparación para realizar el masaje.

Los movimientos activos muy lentos son excelentes para liberar tensión y producir relajación (figuras 4-5 y 4-6). Cuando se hacen estos ejercicios, debe sentarse o reclinarse cómodamente para favorecer la relajación de todo el cuerpo. A continuación se elige un único movimiento aislado (p. ej., abducción del hombro) y se lleva a cabo muy lentamente y a un ritmo constante. Su frecuencia debe ser suficientemente baja como para tardar 60 a 90 s en completar toda su amplitud. Al final del mismo, debe relajarse y descansar durante varios segundos. Después puede repetirlo o mover otra articulación. Este procedimiento es más eficaz cuando se emplea sobre varias articulaciones.



Figura 4-1. La agitación de manos, muñecas y antebrazos es una forma adecuada de disminuir la tensión neuromuscular local inmediatamente antes o después del masaje. Puede realizarse de una manera lenta y relajada o con más energía.



Figura 4-2. A. Cada brazo se circunduce enérgicamente de 10 a 20 veces. Este movimiento abre la cintura escapular y empuja la sangre en dirección centrífuga hacia la mano. **B.** El movimiento se realiza en ambas direcciones. Las rodillas se deben doblar de forma coordinada a medida que desciende el brazo y estirar cuando éste asciende.



Figura 4-3. Balancee los brazos de lado a lado en el plano frontal; elévelos hasta un lado y relájese después dejándolos caer pasivamente delante del cuerpo. A continuación balancéelos hacia el otro lado y relájese de nuevo para que descendan hacia el centro. Produzca un movimiento continuo de lado a lado similar a un péndulo.



Figura 4-4. A. Balancee los brazos en el plano horizontal alrededor del cuerpo en una dirección y, a continuación, en la dirección contraria. Permita que el movimiento de los brazos sea lo más suelto posible, de modo que las manos oscilen hasta golpear el hombro y la cadera opuestos al final de cada movimiento. **B.** Puede potenciar el movimiento de los brazos generando una rotación forzada del tronco y la pelvis en una dirección y, a continuación, en dirección contraria (similar a una lavadora); los brazos siguen este movimiento.

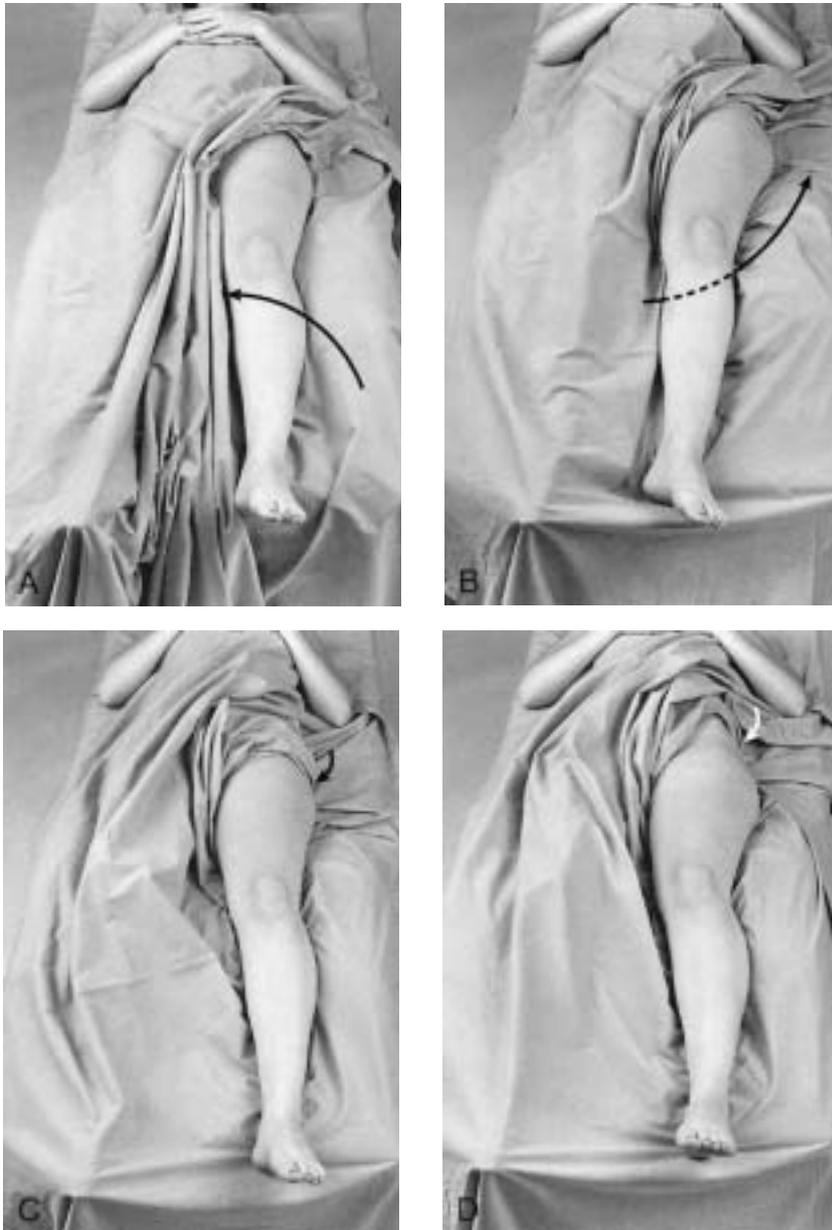


Figura 4-49. **A.** Descubrimiento de la parte anterior de la pierna. Se expone la pierna y la sábana sobrante se recoge entre las piernas. **B.** A continuación, se empuja la sábana sobrante por debajo de la pierna expuesta hacia el lado de la camilla. La sábana queda anclada con seguridad por el peso de la pierna. **C.** El borde superior del cubrimiento puede plegarse por debajo de los glúteos a la altura del trocánter mayor. **D.** O puede enrollarse el borde más arriba para exponer la espina ilíaca anterosuperior y recogerse debajo de la columna lumbar.



Figura 4-70. Evidentemente, el terapeuta no debe utilizar al paciente para apoyar su cuerpo. Demuestra un control adecuado de la cantidad de peso corporal que puede transferir a un paciente en esta posición.

INCLINACIÓN CONTROLADA EN SEDESTACIÓN

Los pasos para adoptar esta postura se explican a continuación (figuras 4-69A y b y 4-70).

1. Comience en la postura de sedestación alineada delante de una camilla de masaje u otro objeto estable contra el que pueda inclinarse.
2. Coloque las manos sobre la superficie de apoyo.
3. Inclínese gradualmente hacia delante desde la cintura y aplique presión a la superficie de apoyo de modo que se sienta en equilibrio a medida que lo hace.
4. Como alternativa, siéntese vertical sobre el borde de una cama firme o una camilla de masaje y delante de uno de sus extremos. Si se encuentra en una camilla de masaje, la pierna más próxima a ella debe estar separada del suelo y el otro pie debe tener un contacto seguro con el mismo.
5. Inclínese lentamente hacia delante para transferir el peso corporal de la manera descrita anteriormente.
6. Modifique la práctica de esta postura cambiando la cantidad de peso que transfiere a la superficie de apoyo, la altura de contacto y el tiempo de compresión (sin perder el control continuo y los hombros relajados).

Conclusiones

En este capítulo se exponen en términos generales muchas de las actividades que debe realizar un terapeuta para prepararse y preparar sus materiales de tra-

tamiento antes de una intervención. También explica la forma en que debe colocarse el propio terapeuta y su paciente durante la aplicación de las técnicas de masaje. El conocimiento y la ejecución adecuada de estas actividades son elementos esenciales de la aplicación apropiada de las técnicas de masaje que se comentan en los capítulos siguientes. Estas estrategias también pueden aumentar la experiencia del terapeuta para practicar intervenciones que incorporen técnicas de masaje, reduciendo al mínimo sus demandas físicas y psicológicas.

Bibliografía

1. Sharkey B. *Fitness and health*. 4ª ed. Champaign, IL: Human Kinetics, 1997.
2. Jongsma D, Rice J. *The active health and fitness book*. Barrie, Ontario: Active Health and Fitness, 1998.
3. Moffat M, Vickery S. *The American Physical Therapy Association book of body maintenance and repair*. Nueva York: Henry Holt & Co, 1999.
4. Alter MJ. *Science of stretching*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1988.
5. Oswald C, Basco S. *Stretching for fitness, health and performance: the complete handbook for all ages and fitness levels*. Nueva York: Sterling Publishing, 1998.
6. Anderson B. *Stretching*. Bolinas, CA: Shelter Publication, 1980.
7. Loving J. *Massage therapy*. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1999.
8. Fritz, S. *Fundamentos del masaje terapéutico*. Barcelona, Paidotribo, 2001.
9. Salvo SG. *Massage therapy*. Filadelfia: WB Saunders, 1999.
10. Quality Assurance Committee of the College of Massage Therapists of Ontario. *Code of ethics and standards of practice*. Toronto: College of Massage Therapists of Ontario, 1999.
11. Curties D. *Breast massage*. New Brunswick, Canadá: Curties-Overzet Publications, 1999.
12. Beck M. *The theory and practice of therapeutic massage*. Albany, NY: Milady, 1988.
13. Hollis M. *Massage for therapists*. 2ª ed. Oxford Blackwell Science, 1998.

5

Técnicas sobre reflejos superficiales

Las técnicas sobre reflejos superficiales son aquellas técnicas de masaje que palpan la piel y actúan fundamentalmente sobre el nivel de activación, el equilibrio neurovegetativo y la percepción del dolor. Entre ellas figuran el contacto estático, la frotación superficial y la vibración fina. En este capítulo se describen cada una

de estas técnicas, la manera de realizarlas y el modo de aplicarlas en una secuencia práctica. El capítulo también incluye una exposición de las indicaciones, contraindicaciones, precauciones, efectos fisiológicos asistenciales y cuidados tras la intervención asociados a cada técnica.

Tabla 5-1

Resumen de los efectos fisiológicos según el tipo de trastorno para las técnicas que actúan sobre reflejos superficiales

Efecto fisiológico según el tipo de trastorno	Técnica		
	Contacto estático	Frotación superficial	Vibración fina
Aumento de sedación	✓	✓	✓
Disminución de ansiedad	✓	✓	P
Incremento de activación	–	✓	–
Analgesia por contrairritación	P	P	✓
Aumento de la tensión muscular en reposo o del tono neuromuscular local	–	–	✓
Reducción de la tensión muscular en reposo o del tono neuromuscular local	–	✓	–
Estimulación del peristaltismo	P	P	P

✓, el resultado está respaldado por los estudios resumidos en este capítulo; P, el resultado es probable; –, efectos inexistentes, insignificantes o improbables.

Contacto estático

OTROS NOMBRES DE ESTA TÉCNICA

“Posición en reposo”, “contacto pasivo”, “contacto superficial”, “contacto ligero”, “tacto estático”, “contacto mantenido”, “agarre estacionario”.¹⁻⁷

DEFINICIÓN

Contacto estático: contacto inmóvil de las manos del terapeuta con el cuerpo del paciente, realizado con una fuerza mínima.¹⁻⁷



Figura 5-12. La frotación superficial puede aplicarse a través de la ropa y el terapeuta puede elegir una postura alineada en sedestación.



Figura 5-13. A. La frotación palmar regular lenta hacia la parte baja de la espalda produce efectos sedantes.³ El movimiento de retorno en el aire (*línea discontinua*) se realiza al mismo ritmo que la frotación.



Figura 5-13 (continuación). B. El contacto con las yemas de los dedos puede producir un efecto más estimulante que el contacto palmar, siendo iguales el resto de componentes.^{1,3,35}

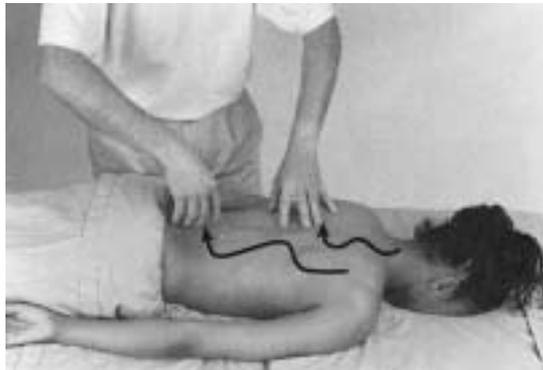


Figura 5-14. La frotación superficial, multidireccional y rápida con las yemas de los dedos puede resultar muy estimulante y puede emplearse con precaución para producir una mayor activación en pacientes sedados.

6

Técnicas sobre líquidos superficiales

Las técnicas de masaje sobre líquidos superficiales son aquellas que se aplican sobre tejidos superficiales al músculo para incrementar el flujo linfático de retorno. Entre ellas figuran el *effleurage* superficial y la técnica de drenaje linfático superficial. En este capítulo se describe cada una de estas técnicas, la manera de rea-

lizarlas y el modo de aplicarlas en una secuencia práctica. También incluye una explicación de las indicaciones, contraindicaciones, precauciones, efectos fisiológicos y cuidados tras la intervención asociados a cada técnica.

Tabla 6-1

Resumen de los efectos fisiológicos según el tipo de trastorno para las técnicas que actúan sobre líquidos superficiales

Efecto fisiológico según el tipo de trastorno	Técnica	
	Effleurage superficial	Técnica de drenaje linfático superficial
Sedación sistémica	✓	✓
Disminución de ansiedad	✓	✓
Analgesia por conirritación	P	P
Aumento del retorno venoso	?	✓
Reducción de edema	P	✓
Incremento del retorno linfático	P	✓

✓, el resultado está respaldado por los estudios resumidos en este capítulo; P, el resultado es probable; ?, el resultado es discutible (los resultados de los estudios no son concluyentes).

Effleurage superficial

OTROS NOMBRES DE ESTA TÉCNICA

“Effleurage”, “deslizamiento”, “frotación”, “frotación profunda”.¹⁻⁸

DEFINICIÓN

Effleurage superficial: manipulación deslizante realizada con una presión centrípeta ligera que deforma el

tejido subcutáneo hasta la capa de revestimiento de la fascia profunda.¹⁻⁸

NOTA

Algunos autores emplean los términos “effleurage” y “frotación” de forma intercambiable.¹⁻⁵ Este libro sigue el consenso utilizado en muchos textos, como *Beard’s Massage*,⁶ donde se diferencia entre *effleurage* y frotación.



Figura 6-12. Una serie de movimientos que descienden por el cuello acaba cerca de la unión de los sistemas venoso y linfático; la presión se dirige inferiormente por debajo de la clavícula y medialmente hacia el "término". Esta secuencia depura la porción más proximal del sistema linfático y comienza cualquier intervención. El terapeuta debe repetir este movimiento varias veces.



Figura 6-13. A. El contacto con la yema de los dedos puede emplearse para el drenaje linfático superficial de la cara.



Figura 6-13 (continuación). B. El contacto con la yema de los dedos también puede utilizarse para tratar la región submandibular.



Figura 6-14. Las regiones axilar e inguinal se tratan antes de trabajar sobre la extremidad relacionada y el terapeuta regresa con frecuencia a estas zonas durante el trabajo sobre el miembro del paciente. La mano dirige la presión hacia la línea media del brazo en dirección superior.

Las figuras sobre técnica manual continúan en la página siguiente

7

Técnicas neuromusculares

Las técnicas neuromusculares son aquellas técnicas de masaje que palpan el músculo y actúan sobre el nivel de tensión muscular en reposo, además de ejercer efectos psiconeuroinmunológicos adicionales. Entre ellas figuran la compresión con contacto amplio, el *petrissage*, el despegamiento y la compresión espe-

cífica. En este capítulo se describe cada una de estas técnicas, la manera de realizarlas y el modo de aplicarlas en una secuencia práctica. También incluye una explicación de las indicaciones, contraindicaciones, precauciones, efectos fisiológicos y cuidados tras la intervención asociados a cada técnica.

Tabla 7-1

Resumen de los efectos fisiológicos según el tipo de trastorno para las técnicas neuromusculares

Efecto fisiológico según el tipo de trastorno	Técnica			
	Compresión con contacto amplio	Petrissage	Despegamiento	Compresión específica
Aumento de la relajación percibida y disminución de las concentraciones de hormonas de estrés	P	✓	P	P
Disminución de la ansiedad percibida y de las concentraciones de hormonas de estrés	P	✓	P	P
Estimulación de la función inmunitaria	P	✓	P	P
Sedación sistémica	P	✓	P	P
Activación sensitiva	P	✓	–	–
Analgesia por contraírritación	P	✓	✓	✓
Aumento del retorno venoso (efecto directo)	P	P	–	–
Aumento del retorno linfático (efecto directo)	P	P	–	–
Disminución del edema (efecto directo)	P	P	–	–
Normalización de la tensión muscular en reposo y del tono neuromuscular	–	P	P	P
Disminución de los espasmos musculares	–	P	P	P
Incremento de la extensibilidad muscular	–	✓	✓	✓
Aumento del rendimiento muscular (efecto secundario)	–	✓	✓	✓
Equilibrio de la función agonista/antagonista	–	P	P	P

(continúa)

8

Técnicas sobre el tejido conjuntivo

Las técnicas que se aplican sobre el tejido conjuntivo son aquellas que permiten palpar, alargar y estimular la remodelación del mismo. Entre ellas figuran el rodamiento cutáneo, la liberación miofascial, la técnica fascial directa y la fricción. En este capítulo se describe cada una de estas técnicas, la manera de reali-

zarlas y el modo de aplicarlas en una secuencia práctica. También incluye una explicación de las indicaciones, contraindicaciones, precauciones, efectos fisiológicos y cuidados tras la intervención asociados a cada técnica.

Resumen de los efectos fisiológicos según el tipo de trastorno para las técnicas que actúan sobre el tejido conjuntivo

<i>Efecto fisiológico según el tipo de trastorno</i>	<i>Técnica</i>			
	<i>Rodamiento cutáneo</i>	<i>Liberación miofascial</i>	<i>Técnica fascial directa</i>	<i>Fricción</i>
Disminución de la tensión muscular o el tono neuromuscular en reposo	–	P	P	–
Separación o estiramiento de la fascia	P	✓	P	P
Estimulación de la remodelación del tejido conjuntivo denso	–	P	P	P
Aumento de la extensibilidad muscular	–	✓	P	P
Aumento de la amplitud del movimiento articular	P	✓	✓	✓
Sedación sistémica o disminución de la ansiedad	–	P	✓	–
Aumento de la movilidad de la caja torácica	–	P	P	–
Disminución de la actividad de puntos gatillo	–	P	P	–
Disminución del dolor	P	✓	✓	✓
Normalización de la alineación estructural	–	P	✓	–
Equilibrio de la función agonista/antagonista	–	P	✓	–
Mejoría de la calidad y cantidad del movimiento	–	P	✓	–
Aumento del rendimiento muscular	–	P	✓	–

✓, el resultado está respaldado por los estudios resumidos en este capítulo; P, el resultado es probable; –, efectos inexistentes, insignificantes o improbables.

9

Técnicas basadas en movimientos pasivos

Las técnicas basadas en movimientos pasivos son aquellas técnicas de masaje que palpan principalmente el movimiento de los tejidos y otras estructuras y utilizan el movimiento pasivo para tratar restricciones tisulares y de otras estructuras. Estas técnicas son la agitación, la movilización rítmica y el balanceo. En este

capítulo se describe cada una de estas técnicas, la manera de realizarlas y el modo de aplicarlas en una secuencia práctica. También incluye una explicación de las indicaciones, contraindicaciones, precauciones, efectos fisiológicos y cuidados tras la intervención asociados a cada técnica.

Tabla 6-1
Resumen de los efectos fisiológicos según el tipo de trastorno para las técnicas basadas en movimientos pasivos

<i>Efecto fisiológico según el tipo de trastorno</i>	<i>Técnica</i>		
	<i>Agitación</i>	<i>Movilización rítmica</i>	<i>Balanceo</i>
Sedación sistémica	P	P	P
Reducción de la ansiedad percibida	P	P	P
Aumento de la activación	P	P	–
Analgesia por conirritación	P	P	P
Aumento de la tensión muscular en reposo o del tono neuromuscular	P	–	–
Reducción de la tensión muscular en reposo	P	P	P
Aumento de la movilidad articular	–	P	P
Aumento del movimiento articular accesorio	–	P	P
Aumento de la movilidad de la caja torácica	–	P	P
Aumento del aclaramiento de la vía aérea/movilización de secreciones respiratorias	–	✓	–
Reducción de la disnea	–	P	–
Estimulación del peristaltismo	P	P	P
Alteración de las respuestas de movimiento	–	✓	✓
Aumento de la capacidad para realizar tareas de movimiento	–	✓	✓

✓, el resultado está respaldado por los estudios resumidos en este capítulo; P, el resultado es probable; –, efectos inexistentes, insignificantes o improbables.

10

Técnicas percusivas

Las técnicas percusivas son aquellas técnicas de masaje que deforman y liberan los tejidos con rapidez mediante un golpeteo del cuerpo de forma controlada. Estas técnicas aumentan el aclaramiento de la vía aérea e inhiben o incrementan el tono neuromuscular. En este capítulo se describen las diferentes técnicas per-

cusivas (palmoteo, golpeteo suave y otras), la manera de realizarlas y el modo de aplicarlas en una secuencia práctica. También incluye una explicación de las indicaciones, contraindicaciones, precauciones, efectos fisiológicos y cuidados tras la intervención asociados a cada técnica.

Tabla 10-1

Resumen de los efectos fisiológicos según el tipo de trastorno para las técnicas percusivas

Efecto fisiológico según el tipo de trastorno	Técnica		
	Palmoteo	Golpeteo suave	Otras formas de percusión
Aumento del aclaramiento de la vía aérea/movilización de secreciones	✓	–	–
Aumento de la respiración/intercambio gaseoso	✓	–	–
Reducción de la disnea debido a un aumento del aclaramiento de la vía aérea	✓	–	–
Normalización del tono neuromuscular	–	P	P
Alteración de las respuestas de movimiento	–	P	P
Equilibrio de la función agonista/antagonista	–	P	P
Disminución del dolor mediante una analgesia por contrairritación	P	P	P
Activación sistémica y sensitiva y aumento de la alerta	P	P	P

✓, el resultado está respaldado por los estudios resumidos en este capítulo; P, el resultado es probable; –, efectos inexistentes, insignificantes o improbables.

Percusión

OTROS NOMBRES DE ESTA TÉCNICA

“Tapotement”.¹⁻¹¹

DEFINICIÓN

Percusión: golpeteo ligero, rítmico y repetido¹⁻¹¹.

NOTAS

Aunque los términos *percusión* y *tapotement* se utilizan de forma equivalente, existen diferencias en los nombres que se aplican a algunas de las formas de percusión. Por ejemplo, la percusión realizada con las manos ahuecadas (palmoteo o *clapping*) se conoce a

11

El proceso terapéutico y la planificación del alta

Este capítulo se basa en el modelo de decisión clínica presentado en los anteriores capítulos, aportando detalles acerca de cómo manejar y avanzar a lo largo de las intervenciones y regímenes terapéuticos que emplean técnicas de masaje. Se comentan las diversas fases para seleccionar las técnicas y diseñar secuencias locales o regionales de masaje, y se repasan los principios sobre los que se basa la evolución de las técni-

cas y regímenes terapéuticos. Dado que existe una variación en el grado con que los profesionales sanitarios recurren al masaje en sus intervenciones, este capítulo se centra en el empleo de una secuencia o una pauta determinada y presupone que los lectores modificarán la insistencia relativa en las técnicas de masaje frente a otros procedimientos terapéuticos en función de sus necesidades profesionales.

Fases en el diseño de secuencias de masaje

En los capítulos dedicados a las técnicas, se han presentado diversas técnicas de masaje clínicamente útiles que se pueden emplear en las intervenciones, así como sus bases científicas. Además, en el capítulo 2 se aportaba un marco general para la exploración, el tratamiento y el proceso de alta. Este material proporciona los fundamentos para la exposición actual de los principios subyacentes al proceso de manejar intervenciones concretas. Dicho planteamiento supone el empleo de cinco fases: a) resumen de los datos clínicos y resultados asistenciales; b) selección de las técnicas terapéuticas; c) especificación del alcance y duración del masaje; d) elección de una técnica de masaje general predominante, y e) secuenciación de las técnicas de masaje escogidas de acuerdo con unos principios. Los fundamentos de este análisis proceden del trabajo de un gran número de escritores influyentes que han propuesto diversos principios para la práctica, partiendo de la consideración de las bases científicas que sostienen cada una de las técnicas de masaje, de la observación del trabajo de terapeutas eficaces con diversa preparación y del sentido común. Aconsejamos a los estudiantes y a los terapeutas noveles que adop-

ten una estrategia metódica para diseñar secuencias de masaje por escrito antes de aplicarlas en los pacientes. Aunque dé la impresión de que se trata de un proceso lento, que obliga a la repetición de unos razonamientos críticos inherentes a la fase de configuración de secuencias de masaje, finalmente llegará a convertirse en una segunda naturaleza para el profesional. A esas alturas, gran parte del diseño de las secuencias y pautas se llevará a cabo mentalmente a lo largo de las fases de evaluación y planificación terapéutica del proceso de toma de decisiones clínicas.

El término «secuencia de masaje» se emplea en este capítulo para hacer referencia a una serie o sucesión estructurada de técnicas de masaje basada en resultados, que componen una intervención o parte de ella. Esta expresión se utiliza en lugar de la palabra «sistemática» debido a que esta última supone la aplicación de técnicas de masaje sin valorar debidamente las necesidades del paciente. Las secuencias de masaje no son aleatorias, sino que se encuentran muy estructuradas en su cronología y técnica manual. La estructura de una secuencia debe reflejar la comprensión por parte del terapeuta de los objetivos de sus técnicas constitu-



Apéndice A. Glosario

Aclaramiento de la vía aérea: capacidad para desplazar las secreciones pulmonares eficazmente mediante el uso de los mecanismos normales de la tos y la escalada mucociliar.

Activación: proceso de despertarse o estimularse.

Acupresión: tipo de masaje que utiliza compresión específica para estimular acupuntos y meridianos con objeto de lograr efectos complejos sobre la función fisiológica que suelen manifestarse en zonas que se encuentran alejadas del punto de aplicación.

Acupunto: en la medicina tradicional china y los sistemas relacionados, un punto sobre un meridiano que puede estimularse mediante diversos métodos para conseguir efectos complejos sobre la función fisiológica que suelen manifestarse en zonas que se encuentran alejadas del punto de aplicación.

Adherencias: unión de tejidos que se deslizan o desplazan normalmente entre sí con tejido conjuntivo denso, con la consiguiente disminución de movilidad. Al igual que las cicatrices, las adherencias pueden deberse a la sustitución por tejido conjuntivo de un tejido normal que ha sido destruido por quemaduras, heridas, cirugía, radiación o enfermedades.

Agitación: técnica de movimiento pasivo en que se mueven de forma repetitiva las partes blandas de atrás adelante (fundamentalmente el músculo) sobre el hueso subyacente, con un mínimo movimiento articular.

Amasamiento con contacto amplio: técnica de *petrissage* deslizante realizada en círculos o elipses con una superficie de contacto extensa como la palma de la mano.

Amasamiento específico: técnica de *petrissage* deslizante realizada en círculos o elipses y aplicada con una superficie de contacto pequeña como el pulgar.

Amasamiento: técnica neuromuscular deslizante, realizada en círculos o elipses, que comprime y libera el músculo de forma repetida. Véase también *Petrissage*.

Amplitud de la técnica: indicación del tamaño de la región que se está tratando con una técnica.

Amplitud del movimiento activo: grado de movimiento articular que puede conseguir el paciente durante la realización de movimientos articulares voluntarios no asistidos.

Amplitud del movimiento articular: capacidad de la articulación para moverse dentro de la amplitud anatómica o fisiológica del movimiento que existe en esa articulación en función de su artrocinemática y la capacidad del tejido conjuntivo periarticular para deformarse. La amplitud del movimiento refleja la función de los tejidos contráctiles, nerviosos, inertes y óseos, así como la disposición del paciente a realizar un movimiento.

Amplitud del movimiento de partes blandas: amplitud del movimiento existente en las partes blandas que es análoga a la de las articulaciones. Dentro de ella, las partes blandas normales presentan tres barreras o resistencias que pueden limitar el movimiento.

Amplitud del movimiento pasivo: cantidad de movimiento articular existente cuando el terapeuta mueve una articulación a través de su amplitud anatómica o fisiológica, sin ayuda del paciente, mientras éste se encuentra relajado.

Aplicación: entrar en contacto con. En este texto, se dice que se “aplica” una técnica sobre un tejido cuando se encuentra deformado significativamente durante la realización de la misma.

Apoyos: objetos como almohadas o cojines que se emplean para conseguir que el paciente se encuentre más cómodo, estable o accesible durante el masaje.

Arrastre lento: estiramiento viscoelástico del tejido conjuntivo que se produce cuando se somete a una tensión mantenida y que es palpable.

Arrastre: 1) fuerza de tensión, estiramiento o tracción ejercida a lo largo de una única capa de tejido; 2) resistencia inherente del tejido a dicha fuerza.

Atención: capacidad del terapeuta para concentrarse en la información sensitiva que recibe de forma principal, pero no exclusiva, a través de las manos.

Balanceo: técnica en que se produce una oscilación suave y repetitiva del cuerpo mediante el empuje repetido de la pelvis o el tronco desde una posición en reposo en la línea media hasta una desviación lateral, dejándoles regresar a su posición inicial posteriormente.

Barrera anatómica en partes blandas: resistencia final a la amplitud del movimiento tisular normal proporcionada por el hueso, los ligamentos o el tejido conjuntivo. El movimiento que supera la barrera anatómica provoca lesión tisular.

Barrera elástica en las partes blandas: resistencia que siente el terapeuta al final del movimiento pasivo del tejido cuando está eliminando la “flojedad” de éste.

Barrera fisiológica en las partes blandas: resistencia que determina la amplitud del movimiento de las partes blandas existente en condiciones normales. En otras palabras, la amplitud del movimiento tisular se encuentra entre dos barreras fisiológicas, apareciendo el menor grado de resistencia en la mitad de ambas.

Barreras restrictivas o patológicas en las partes blandas: barreras que se observan cuando existe una disfunción de las partes blandas. Pueden localizarse en cualquier lugar entre las barreras fisiológicas normales, pueden limitar la amplitud del movimiento de los tejidos y pueden alterar la posición de la amplitud media. Una barrera restrictiva modifica la cualidad del movimiento y la “sensación” al final del movimiento tisular. Esto es análogo a las sensaciones finales anómalas observadas en las articulaciones.

Calidad de vida relacionada con la salud: dimensiones objetivas y subjetivas de la capacidad de una persona para desempeñar diversas funciones sociales, y la satisfacción derivada de ellas, en presencia de un estado de salud deteriorado.

Capa de revestimiento de la fascia profunda: tejido conjuntivo denso que se sitúa entre la fascia superficial y el músculo.

Capsulitis y sinovitis: inflamación de la cápsula articular y los ligamentos internos asociados y de la membrana sinovial.

Centrífugo: 1) dirigido lejos del corazón o distalmente; 2) dirigido lejos de una zona con alteraciones locales.

Centrípeto: dirigido hacia el corazón o proximalmente.

Cicatriz: tejido fibroso que sustituye a los tejidos normales que han sido destruidos por quemaduras, heridas, intervenciones quirúrgicas, radiaciones o enfermedades.

Clono: hiperactividad cíclica y espasmódica de músculos antagonistas que se produce a una frecuencia regular en respuesta a un estímulo de estiramiento rápido.

Coherencia: orden y estructura lógicos de una secuencia de masaje o intervención que surge de una intención clara y lógica por parte del terapeuta.

Combinación con: cuando se dice que una técnica “combina” con otra, quiere decir que las dos técnicas pueden ejecutarse simultáneamente.

Compresión con contacto amplio: técnica neuromuscular no deslizante, aplicada con una superficie de contacto amplia, que actúa sobre el músculo del paciente, administrando la presión y liberación del movimiento de una forma perpendicular a la superficie corporal del paciente.

Compresión específica: técnica neuromuscular no deslizante en la que se aplica presión al tejido establecido como objetivo con una superficie de contacto específica y en una dirección perpendicular al mismo.

Compresión isquémica: véase Liberación de presión de puntos gatillo.

Compresión: cualquier fuerza orientada de una manera para que su efecto consista en acortar o compactar un tejido o estructura.

Contacto estático: técnica sobre reflejos superficiales en la que las manos del terapeuta contactan con el cuerpo del paciente sin movimiento y con una fuerza mínima.

Contacto indagador: el contacto inteligente es un contacto indagador. Un buen terapeuta formula preguntas constantemente y el uso de masaje no es una excepción a este requisito. La utilización del contacto indagador no implica que el tacto del terapeuta se sienta experimental por parte del paciente o que carezca de firmeza cuando es necesario.

Contacto inteligente: habilidades aprendidas esenciales para el uso clínico satisfactorio del masaje: atención y concentración, discriminación, identificación, información e intención.

Contexto: breve descripción de la manera en que se secuencia convencionalmente una técnica de masaje en relación con otras técnicas.

Contractura: acortamiento muscular permanente debido a diversos cambios fisiológicos en el músculo, como fibrosis o pérdida del equilibrio muscular.

Contraindicación: signo, síntoma, evaluación o diagnóstico que orienta al terapeuta a evitar la aplicación de un procedimiento determinado.

Coraza: rigidez miofascial asociada a una elevación crónica del tono en reposo.

Crepitación: vibración de grado variable que se asocia a superficies deslizantes desiguales de un tendón o su vaina o de las superficies articulares de una articulación. A veces se puede escuchar y palpar.

Cubrimiento: proceso por el que el terapeuta cubre y descubre partes del cuerpo del paciente durante el tratamiento, mientras mantiene el pudor y respeta los límites adecuados entre ambos.

Deformación: cambio en la forma de un tejido o estructura cuando se somete a presión.

Deformación elástica: deformación en respuesta a la fuerza aplicada que desaparece cuando se elimina ésta; comportamiento similar a un resorte.

Deformación plástica: deformación en respuesta a una fuerza aplicada que se mantiene tras desaparecer ésta; comportamiento similar al de la masilla.

Deformación viscoelástica: deformación en respuesta a una fuerza aplicada, que se mantiene parcialmente tras desaparecer ésta; en la deformación visco-

elástica se combina el comportamiento de muelle y masilla.

Densidad anómala del tejido conjuntivo: remodelación irregular del tejido conjuntivo que tiene lugar durante las fases de consolidación y maduración de su curación.

Dermis: la primera capa de tejido conjuntivo.

Derrame: exceso de líquido en la cápsula articular, que indica una irritación o inflamación de la membrana sinovial.

Desalineación postural: alineamiento articular anómalo causado por un desequilibrio en las partes blandas o una deformidad intraósea.

Deslizamiento: movimiento de la mano del terapeuta a través de la piel del paciente.

Despegamiento: técnica neuromuscular deslizante, específica y lenta que se aplica desde el origen de un músculo hasta su inserción con objeto de reducir la actividad de puntos gatillo.

Diagnóstico: proceso y resultado de analizar y organizar los datos obtenidos en la exploración del paciente en conjuntos o síndromes.

Dirección de la técnica: dirección de la fuerza aplicada. La dirección que aparece en la descripción de las técnicas es aquella en la que se aplica la máxima fuerza durante la fase de presión del movimiento.

Discapacidad: cuando una persona es incapaz de realizar sus tareas, actividades o roles socialmente definidos al nivel esperado.

Discriminación: capacidad del terapeuta para distinguir gradaciones sutiles de información sensitiva.

Disnea: falta de aliento, respiración laboriosa o difícil o conciencia incómoda de la propia respiración.

Distensión o rotura muscular: lesión o inflamación de las fibras musculares que puede aparecer en respuesta a un traumatismo.

Dolor: sensación desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial que está mediada por fibras nerviosas específicas que llegan al cerebro, donde diversos factores pueden modificar su apreciación consciente.

Dolor agudo: dolor provocado por un estímulo nocivo producido por lesiones o enfermedades con experiencias sensitivas y emocionales desagradables (véase Dolor).

Dolor crónico: dolor que persiste más de la evolución habitual de la curación de una enfermedad aguda o del tiempo razonable en que se puede esperar que cicatrice la lesión. Algunos autores definen el dolor crónico en función de su duración, con un límite inferior que varía entre 6 semanas y 6 meses, mientras que otros lo hacen en términos de una disociación progresiva entre la etiología física y las dimensiones afectivas y cognitivas crecientes del dolor.

Dolor de punto gatillo: dolor referido que surge en un punto gatillo, pero que se siente a cierta distancia, a menudo muy lejos de su origen. El patrón del dolor referido es diagnóstico del lugar de origen. La distribución del dolor referido no suele coincidir completamente con la de un nervio periférico o un segmento dermatomal.

Dolor dermatomal: dolor en la distribución de un dermatoma. Un dermatómero es una zona cutánea inervada por una única raíz nerviosa dorsal. La lesión de una raíz dorsal puede originar una hipoestesia cutánea o sentirse como un dolor quemante o eléctrico.

Dolor esclerotomal: dolor en un esclerotoma, una zona de hueso o fascia inervada por una raíz nerviosa segmentaria.

Dolor miotomal: dolor en un miotoma o grupo de músculos que están inervados por una raíz nerviosa.

Dolor neurógeno: dolor que se debe a una disfunción no inflamatoria del sistema nervioso central o periférico que no implica estimulación nociceptiva ni traumatismo.

Dolor nociceptivo: sensibilización de los nociceptores periféricos como consecuencia de una lesión en un músculo o articulación que causa una mayor liberación de neurotransmisores en el asta dorsal de la médula espinal. Las neuronas sensibilizadas del asta dorsal muestran un aumento de su actividad basal, un incremento del tamaño del campo receptivo y unas respuestas mayores a los estímulos periféricos.

Dolor radicular: dolor que se siente en un dermatoma, miotoma o esclerotoma debido a la afectación directa de un nervio espinal o una raíz nerviosa. También se denomina dolor radicular nervioso.

Dolor referido: dolor que se siente en otra parte del cuerpo que está alejada de los tejidos que lo han provocado debido a que el lugar del dolor referido está inervado por los mismos segmentos nerviosos o segmentos adyacentes.

Dolor visceral: dolor localizado en las regiones viscerales que son inervadas por una raíz nerviosa.

Drenaje linfático manual: sistemas de masaje global diseñados para favorecer el retorno linfático (p. ej., Vodder, Leduc). Estos sistemas pueden incorporar varias técnicas de masaje, pero a menudo se basan ampliamente en lo que se ha denominado en este texto como técnica de drenaje linfático superficial.

Drenaje postural: uso de la posición para facilitar el movimiento de las secreciones bronquiales a través de los pulmones; se emplea convencionalmente junto con la percusión.

Duración de la técnica: estimación del tiempo razonable durante el que debe aplicarse una técnica por un terapeuta competente para comenzar a lograr los resultados asistenciales específicos según el tipo de trastorno.

Edema: acumulación de líquido en células, tejidos o cavidades serosas. Tiene cuatro causas principales: aumento de la permeabilidad capilar, disminución de la presión osmótica debida a las proteínas plasmáticas, incremento de la presión en capilares y vénulas y obstrucción del flujo linfático.

Edema con fovea: edema que retiene la muesca producida por la presión de la palpación.

Edema en partes declives: incremento en el volumen de líquido extracelular que se localiza en una región declive, como una extremidad.

Efecto fisiológico: consecuencias de una intervención o del régimen terapéutico en conjunto.

Efecto fisiológico de la asistencia: resultado de la asistencia relacionado con la limitación funcional del paciente.

Efecto fisiológico según el tipo de trastorno: resultado del tratamiento que se relaciona con el trastorno del paciente.

Effleurage: grupo de manipulaciones deslizantes generales realizadas con presión centrípeta y presiones variables.

Effleurage profundo: manipulación deslizante general aplicada con una presión centrípeta moderada o intensa que deforma las capas superficiales o profundas del músculo.

Effleurage superficial: manipulación deslizante realizada con presión centrípeta ligera que deforma el teji-

do subcutáneo hasta la capa de revestimiento de la fascia profunda.

Elasticidad: cualidad inherente del tejido que recupera la forma original tras deformarse por una fuerza aplicada.

Elevación: técnica de *petrissage* deslizante, uni o bimanual, en el que se eleva y exprime el músculo entre los dedos y el pulgar abducido.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: neumoopatías que se caracterizan por la presencia de un aumento de la resistencia de las vías aéreas.

Enfermedad pulmonar restrictiva crónica: neumoopatías que se caracterizan por una restricción de la expansión pulmonar, como la fibrosis intersticial.

Episodio asistencial: período único de tratamiento (desde la visita inicial hasta el alta) que recibe un paciente por un trastorno específico.

Epitelio: capa de células columnares o escamosas, estrechamente agrupadas y con escaso material intercelular.

Espasmo muscular: contracción involuntaria de un músculo que provoca un aumento de la tensión muscular y un acortamiento que no puede liberarse voluntariamente.

Espasticidad: aumento del tono muscular debido a una lesión de la motoneurona superior que puede asociarse o no a una hiperexcitabilidad de los reflejos. El músculo espástico presenta un incremento en los reflejos de estiramiento tónico que depende de la velocidad. Cuanto más rápido es el estiramiento, más marcada es la resistencia del músculo espástico.

Estrés crónico: estado prolongado e intenso de activación con consecuencias fisiológicas y psicológicas negativas.

Estructura asistencial: recursos humanos, físicos y económicos disponibles para la prestación de la asistencia.

Evaluación: síntesis de la información obtenida durante la exploración del paciente.

Exploración: obtención de información sobre el estado de salud del paciente y el trastorno clínico durante la anamnesis, una revisión general por aparatos, pruebas y mediciones.

Expresión muscular: técnica de *petrissage* en la que

una o ambas manos se emplean para agarrar, elevar y exprimir un músculo, un grupo muscular o un segmento corporal sin deslizamiento.

Extensibilidad muscular: capacidad de un músculo y su fascia asociada para someterse a una deformación de alargamiento durante el movimiento de una articulación a través de su amplitud.

Fascia profunda: capa de tejido conjuntivo que se localiza inmediatamente superficial a, o entre, las fibras musculares. Las funciones principales de la fascia profunda consisten en permitir que los músculos se muevan libremente, transportar nervios y vasos sanguíneos, rellenar el espacio entre los músculos y proporcionar un origen para los mismos.

Fascia superficial: capa de tejido conjuntivo que se encuentra por debajo de la piel y que contiene grasa y agua; proporciona un trayecto para los nervios y vasos y puede contener, en determinadas zonas corporales, músculo estriado que controla el movimiento de la piel, como el músculo cutáneo del cuello.

Fasciculaciones: contracciones musculares localizadas e inconscientes que se deben a la contracción de las células musculares inervadas por un único axón motor y que, por tanto, no engloban todo el músculo.

Fenómeno de liberación de barrera: el terapeuta aborda la barrera tisular en el punto en que palpa una resistencia al movimiento tisular. Si mantiene la presión sobre la barrera tisular, puede producirse una "liberación" tras un período de latencia que varía en función de la naturaleza y el estado del tejido. Esta liberación origina una reducción de la resistencia que permite al terapeuta desplazar el tejido más allá de la localización de la barrera original sin incrementar la presión de la palpación.

Flexibilidad: cualidad inherente del tejido que hace referencia a la facilidad con que se dobla, retuerce, distiende, alarga o comprime.

Frémito: vibración pulmonar que puede palpar el terapeuta sobre la caja torácica cuando el paciente habla o vocaliza.

Fricción: técnica sobre el tejido conjuntivo repetitiva, específica y no deslizante que produce movimiento entre las fibras del tejido conjuntivo denso, incrementando la extensibilidad tisular.

Frotación superficial: técnica sobre reflejos superficiales que consiste en un deslizamiento unidireccional

sin presión sobre la piel del paciente, con deformación mínima de los tejidos subcutáneos; suele aplicarse sobre regiones extensas.

Fuerza muscular: fuerza o torsión producida por un músculo o grupo muscular para vencer una resistencia durante una contracción voluntaria máxima.

Hipertonía: término general empleado para hacer referencia al tono muscular que se encuentra por encima de los niveles normales en reposo, independientemente del mecanismo por el que ha aumentado.

Hipótesis clínica: hipótesis del terapeuta sobre los problemas clínicos fundamentales del paciente.

Hipotonía: término general empleado para hacer referencia al tono muscular que se encuentra por debajo de los niveles normales en reposo, independientemente del mecanismo por el que ha disminuido.

Identificación: capacidad del terapeuta para distinguir los estados tisulares sanos de los disfuncionales, así como para identificar tejidos y estructuras y sus respuestas a la fuerza aplicada.

Indicación: un signo, síntoma, evaluación o diagnóstico que orienta al terapeuta para aplicar un procedimiento determinado.

Indicación clínica: signo, síntoma, evaluación o diagnóstico que orienta al terapeuta para aplicar un determinado procedimiento.

Insuficiencia ligamentaria: acortamiento anatómico o patológico del ligamento capsular.

Integración con: fusionarse gradualmente uno con otro. Cuando se dice que una técnica se “integra” con otra, ambas pueden realizarse consecutivamente y se fusionarán gradualmente entre sí porque hay formas híbridas intermedias que se sitúan entre y son similares a ambas técnicas.

Integración estructural: término genérico utilizado para los sistemas de masaje derivados del trabajo de Ida Rolf, cuyos practicantes usan técnicas sobre el tejido conjuntivo y educación para realinear el cuerpo del paciente en una serie de 10 intervenciones.

Integridad articular: grado en que se ajusta una articulación a las normas anatómicas y biomecánicas esperadas.

Integridad muscular: grado en que un músculo se ajusta a las normas anatómicas y biomecánicas esperadas.

Intervención: interacción con un objetivo y especializada entre el terapeuta y el paciente.

Laxitud capsular: estiramiento anatómico o patológico de la cápsula articular.

Laxitud ligamentaria: estiramiento anatómico o patológico del ligamento capsular.

Liberación de presión de puntos gatillo: compresión específica mantenida sobre un punto gatillo para reducir su actividad.

Liberación miofascial: 1) técnica sobre el tejido conjuntivo que combina una tracción fascial no deslizante con diversos grados de estiramiento ortopédico y que provoca un alargamiento viscoelástico palpable y una deformación plástica de la fascia; 2) sistema de tratamiento que utiliza la técnica de liberación miofascial, junto con técnicas craneales sacras, osteopáticas y otras técnicas de partes blandas.

Liberación posicional: grupo de técnicas osteopáticas relacionadas que disminuyen la tensión y el dolor en los músculos mediante la postura y una presión suave mantenida.

Limitación funcional: restricción de la capacidad de una persona para realizar acciones o actividades dentro del espectro considerado como normal para el órgano o sistema orgánico.

Limitaciones sociales: limitaciones del grado de función de una persona que pueden atribuirse a barreras físicas o de actitud en la sociedad.

Linfedema: acumulación de cantidades anómalas de linfa y tumefacción asociada de los tejidos subcutáneos que se debe a la obstrucción, destrucción o hipoplasia de vasos linfáticos.

Marco conceptual: conjunto de generalizaciones empíricas que proporciona un medio de organizar e integrar las observaciones relacionadas con un conjunto específico de conductas que se observan en una situación concreta.

Masaje clásico: véase Masaje sueco.

Masaje de bienestar: masaje general en que los resultados asistenciales principales son la reducción de la ansiedad, la respuesta de estrés y la tensión muscular en reposo.

Masaje deportivo: masaje realizado a deportistas para conseguir su preparación, recuperación, mantenimiento o rehabilitación.

Masaje sobre el tejido conjuntivo: sistema de masaje desarrollado por Elizabeth Dicke y popular en Europa, en el que se aplican técnicas que actúan sobre el tejido conjuntivo en secuencias precisas sobre la piel y las capas fasciales superficiales para desencadenar efectos reflejos fisiológicos específicos.

Masaje sueco: sistema de masaje, consolidado por Per Henrik Ling (1776-1839), que incluye *effleurage*, *petrissage*, fricción, percusión y agitación (o vibración) y que constituye uno de los fundamentos técnicos del masaje basado en resultados.

Meridiano: en medicina tradicional china, un conducto o canal a través del cual circula la energía (*qi*, *chi*, *ch'i*) por el cuerpo en ciclos bien definidos.

Modelo conceptual: diagrama que muestra los vínculos causales propuestos entre un conjunto de conceptos que la persona cree que están relacionados con un problema de salud determinado.

Modelo de estrés basado en los acontecimientos vitales: modelo de estrés de Holmes y Rahe que examina la naturaleza y las consecuencias de los acontecimientos vitales negativos y propone que los factores estresantes interpersonales son pronósticos de un incremento de la actividad de la enfermedad.

Modelo fisiológico del estrés: modelo de estrés de Hans Selye que se basa en la interacción de la corteza suprarrenal y los sistemas neuroendocrino e inmunitario durante el estrés. En este modelo, el estrés se define como una respuesta automática del cuerpo (“lucha o huida”) ante una demanda.

Modelo transaccional cognitivo del estrés: modelo de Lazarus y Folkman de estrés como el proceso que resulta cuando las interacciones de una persona con su ambiente le llevan a percibir una discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de sus sistemas biológicos, psicológicos o sociales.

Movilidad de la caja torácica: capacidad de la caja torácica para moverse dentro de la amplitud del movimiento anatómico existente durante la respiración, en función de la artrocinemática de las articulaciones de la caja torácica y de la columna torácica, así como de la capacidad del tejido conjuntivo periarticular para deformarse.

Movilización rítmica: técnica en que se mueven de forma repetitiva todas las estructuras, lo que origina el movimiento de las partes blandas sobre el hueso y el movimiento de las articulaciones y órganos internos relacionados.

Movimiento articular accesorio: amplitud del movimiento de las articulaciones sinoviales y cartilaginosas secundarias que no está bajo control voluntario y que, en consecuencia, sólo puede conseguir el terapeuta de forma pasiva. Estos movimientos, también denominados movimientos de juego articular, son esenciales para conseguir una amplitud del movimiento activo completa e indolora.

Neuropatía por atrapamiento: compresión nerviosa que puede producirse por un acortamiento muscular o del tejido conjuntivo y la inflamación asociada con actividad de punto gatillo, restricciones fasciales, síndromes por exceso de uso y otros trastornos clínicos.

Objeto que se palpa: porción seleccionada del campo sensitivo sobre el que centra su atención el terapeuta durante la palpación. El objeto que se palpa no es necesariamente físico; en su lugar, puede ser una característica, como la temperatura, o un fenómeno, como la resistencia al movimiento.

Palmoteo: forma de percusión que se utiliza para desprender mecánicamente las secreciones pulmonares y facilitar el aclaramiento de la vía aérea.

Palpación propioceptiva: forma de palpación en la que el terapeuta emplea la sensibilidad propioceptiva para valorar cómo se están deformando los tejidos comprimidos del paciente bajo la aplicación de su peso corporal.

Pellizcamiento: técnica de *petrissage* en la que se eleva y distiende el músculo entre superficies de contacto que se mueven en direcciones opuestas.

Percusión o técnicas percusivas: técnicas de masaje que deforman y liberan los tejidos rápidamente mediante un golpeo ligero, rítmico, repetido y controlado.

Petrissage: grupo de técnicas neuromusculares relacionadas que comprimen, distienden y liberan el tejido muscular de forma repetida con grados variables de arrastre, elevación y deslizamiento.

Piel: capa de epitelio, epidermis y dermis.

Posición: alineamiento y apoyo del cuerpo del paciente realizados por el terapeuta para preparar la aplicación del masaje.

Postura: posición y alineamiento del esqueleto y las partes blandas asociadas en relación con la gravedad, el centro de masa y la base de apoyo del cuerpo.

Postura inclinada controlada: postura inclinada y alineada utilizada para transferir eficazmente el peso corporal del terapeuta al paciente de una manera controlada.

Potencia muscular: trabajo producido por un músculo por unidad de tiempo (fuerza \times velocidad).

Precaución: signo, síntoma, evaluación o diagnóstico que orienta al terapeuta para estar preparado a modificar un procedimiento determinado con el fin de reducir los riesgos asociados a su aplicación.

Presión de la técnica: cantidad de fuerza por unidad de superficie de contacto que aplica el terapeuta.

Presión inhibitoria directa: compresión específica aplicada sobre un tendón como un medio de inhibir el tono del músculo relacionado durante un breve período de tiempo.

Proceso asistencial: manera en que se presta la asistencia, es decir, las actividades que tienen lugar dentro y entre el terapeuta y el paciente. Engloba los aspectos interpersonales de la interacción entre terapeuta y paciente y los aspectos técnicos del modo en que el primero proporciona la asistencia.

Proceso de decisión clínica: proceso por el que los terapeutas sintetizan y analizan la información sobre las enfermedades de los pacientes y utilizan los resultados de sus análisis para formular y poner en práctica un régimen terapéutico para éstos. También se denomina razonamiento clínico y resolución de problemas clínicos.

Pronóstico: proceso de predicción del grado y momento de mejoría del paciente.

Punto gatillo: véase Punto gatillo miofascial.

Punto gatillo activo: punto gatillo que provoca dolor referido en un patrón característico, encontrándose el músculo en que se localiza en funcionamiento o reposo.

Punto gatillo latente: punto gatillo que no es doloroso en sí mismo a menos que se esté palpando.

Punto gatillo miofascial: zona hiperirritable en un músculo esquelético que se asocia con un nódulo palpable hipersensible en una banda tensa. La región duele con la compresión y puede originar diversos síntomas, como dolor referido, hipersensibilidad referida, disfunción motora y fenómenos neurovegetativos.

Punto gatillo no miofascial: zona hiperirritable en el

tejido cicatrizal, la fascia, el periostio, los ligamentos o la cápsula articular que se asocia con un nódulo palpable hipersensible en una banda tensa.

Reflexología: sistema de tratamiento manual que aplica compresión específica en puntos reflejos del pie o la mano para normalizar la función de segmentos corporales u órganos distantes.

Rendimiento muscular: capacidad del músculo para realizar su trabajo en función de su longitud, tensión y velocidad. El estímulo neurológico, el depósito y suministro de combustible, y el equilibrio, coordinación y secuencia de la contracción muscular influyen en el rendimiento muscular integrado.

Resistencia: cualidad inherente del tejido que contrarresta la tendencia de la fuerza aplicada a producir un movimiento del mismo.

Resistencia muscular: capacidad del músculo para contraerse o mantenerse en torsión durante un número de contracciones o un período de tiempo. Por otro lado, la fatiga es la incapacidad para mantener la torsión, o la pérdida de potencia, con el tiempo.

Respuesta al estrés: respuesta cognitiva, fisiológica, afectiva o conductual de la persona a un factor estresante.

Restricciones capsulares: acortamiento anatómico o patológico de la cápsula articular.

Restricciones fasciales: disminución de movilidad de una capa fascial con respecto a otra debido a la pérdida de consistencia líquida de la sustancia fundamental y el desarrollo de puentes de colágeno. Pueden ser consecuencia de la reparación de tejidos lesionados y de inmovilidad prolongada.

Rigidez: aumento del tono muscular debido a lesiones del tronco del encéfalo o los ganglios basales. La rigidez implica un incremento uniforme en la resistencia de los músculos agonistas y antagonistas, lo que provoca unas regiones corporales inmóviles, independientemente de la velocidad del estímulo de estiramiento.

Rigidez de descerebración: rigidez que se produce como consecuencia de lesiones troncoencefálicas. Se manifiesta clínicamente como una contracción mantenida y una postura del tronco y las extremidades inferiores en extensión.

Rigidez de decorticación: rigidez que se produce como consecuencia de lesiones troncoencefálicas. Se

presenta clínicamente como una contracción mantenida y una postura del tronco y las extremidades inferiores en extensión y de las extremidades superiores en flexión.

Rigidez en rueda dentada: una respuesta en “trinquete” al movimiento pasivo, en que se alternan movimiento y resistencia.

Rigidez en tubo de plomo: resistencia constante al movimiento pasivo.

Rigidez parkinsoniana: rigidez que aparece como consecuencia de lesiones en los ganglios basales. Se manifiesta clínicamente como una contracción firme de músculos agonistas y antagonistas durante el movimiento (rigidez en tubo de plomo).

Ritmo de la técnica: indicación de la velocidad con que se está aplicando la fuerza. Puede describir la velocidad del movimiento de la mano del terapeuta sobre la piel del paciente (distancia por segundo) o la frecuencia de repeticiones de una determinada técnica (repeticiones por segundo) o ambas.

Rodamiento cutáneo: técnica deslizante sobre el tejido conjuntivo en que se agarra el tejido superficial hasta la capa de revestimiento de la fascia profunda, se eleva continuamente y se enrolla sobre los tejidos subyacentes en un movimiento similar al de una ola.

Secuencia: serie o sucesión estructurada, basada en resultados, de técnicas de masaje de la que consta una intervención o una parte de una intervención.

Sedación: proceso de tranquilización o disminución de la excitación nerviosa.

Sensación final: cualidades de movimiento o resistencia al mismo que palpa el terapeuta en la articulación al final del movimiento pasivo.

Sbiatsu: sistema japonés complejo de masaje, basado en el sistema de meridianos, en que se emplea ampliamente la compresión específica.

Síndrome doloroso crónico: síndrome clínico en que los pacientes presentan un dolor crónico de intensidad elevada, trastornos funcionales y depresión.

Síndrome doloroso miofascial: síntomas sensitivos, motores y neurovegetativos causados por puntos gatillo miofasciales.

Superficie de contacto: porción de la mano o el brazo del terapeuta que se usa para ejecutar el movimiento.

Tapotement: véase Percusión.

Técnica de drenaje linfático superficial: técnica no deslizante realizada en la dirección del flujo linfático usando movimientos breves y rítmicos con presión ligera, que deforman el tejido subcutáneo sin afectar el músculo.

Técnica específica: técnica que se aplica sobre una zona localizada o con una superficie de contacto pequeña, o ambas.

Técnica fascial directa: técnica lenta y deslizante sobre el tejido conjuntivo en que se aplica una fuerza tensional moderada y mantenida sobre la fascia superficial o profunda y el músculo asociado. Provoca un alargamiento viscoelástico y una deformación plástica de la fascia.

Técnica general: técnica que se aplica sobre una región entera o una porción corporal más extensa o usando una superficie amplia como la palma de la mano, o ambas.

Técnica neuromuscular: según la definieron Chaitow y otros autores, sistema de masaje complejo que incluye técnicas con los dedos y pulgares específicas similares al despegamiento y la técnica fascial directa.

Técnicas basadas en movimientos pasivos: técnicas de masaje que palpan fundamentalmente el movimiento de los tejidos y las estructuras, y originan un movimiento repetitivo de masas de partes blandas localizadas sobre las estructuras subyacentes con diversos grados de movimiento articular.

Técnicas neuromusculares: técnicas de masaje que palpan los músculos, influyen en su grado de tensión en reposo y ejercen efectos psiconeuroinmunológicos adicionales.

Técnicas sobre el tejido conjuntivo: técnicas de masaje que palpan, alargan y estimulan la remodelación del tejido conjuntivo.

Técnicas sobre líquidos superficiales: técnicas de masaje que se aplican sobre tejidos superficiales al músculo y que incrementan el flujo de retorno de la linfa y, posiblemente, de la sangre venosa.

Técnicas sobre reflejos superficiales: técnicas de masaje que palpan la piel y afectan principalmente el nivel de activación, el equilibrio neurovegetativo o la percepción del dolor.

Tejido conjuntivo: tejidos que constan de varios tipos celulares diferentes, como fibroblastos y adipocitos, así como fibras de elastina y colágeno englobadas en una matriz de material gelatinoso, cuya consistencia varía en respuesta a numerosos factores. En su interior hay nervios, vasos sanguíneos, vasos linfáticos, miofibrillas y órganos.

Tejido contráctil: músculo, con sus capas fasciales envolventes, tendones asociados e inserciones periólicas.

Tejidos afectados por la técnica: tejidos o capas tisulares diana sobre las que el terapeuta dirige la presión del movimiento y que se deforman mecánicamente por la aplicación de la técnica.

Temblores: movimientos rítmicos de una articulación que se deben a contracciones involuntarias de grupos musculares agonistas y antagonistas.

Tendinitis: inflamación de los tejidos peritendinosos, que puede producirse en respuesta a traumatismos mecánicos repetidos.

Tendinosis: a diferencia de la tendinitis, que es un proceso inflamatorio, la tendinosis hace referencia a los trastornos frecuentes producidos por el uso excesivo de un tendón que presentan una histopatología indicativa de un proceso degenerativo no inflamatorio de etiología incierta.

Tensión muscular en reposo: firmeza a la palpación en reposo observada en músculos con una inervación normal. Tradicionalmente, la tensión muscular en reposo se ha descrito como un resultado de las propiedades fisiológicas del músculo, como viscosidad, elasticidad y plasticidad, más que como la descarga de una unidad motora.

Tensión o fuerza tensional: cualquier fuerza orientada cuyo efecto consiste en el alargamiento de un tejido o estructura.

Teoría: conjunto organizado de hechos que explica las relaciones existentes entre un grupo de fenómenos observados.

Terapia descongestiva compleja (también denominada fisioterapia descongestiva compleja o completa, TDC o FDC): régimen terapéutico para el

linfedema que incluye masaje, vendaje o prendas compresivas, ejercicios específicos y educación sobre higiene.

Tixotropía: propiedad de algunos coloides por la que se hacen más fluidos cuando se someten a movimiento o calor y menos fluidos con la estasis o el frío.

Tono muscular o neuromuscular: tensión muscular en reposo y capacidad de respuesta de los músculos a la distensión o el estiramiento pasivo.

Tono postural: desarrollo de tensión muscular en los músculos esqueléticos que participan en el mantenimiento de las posiciones de diferentes partes del esqueleto. El cerebelo regula el tono postural. A diferencia de la tensión muscular en reposo, se requiere una activación muscular constante para mantener el tono postural, y la descarga automantenida de las motoneuronas puede reducir la necesidad de una aferencia sináptica prolongada en esta situación.

Trabajo corporal: término contemporáneo que engloba el masaje y las técnicas relacionadas que contactan o desplazan los tejidos del paciente con objeto de conseguir efectos educativos o terapéuticos.

Trastorno: pérdida o alteración de la estructura o función fisiológica, anatómica, cognitiva o emocional del individuo que ocurre como consecuencia de la fisiopatología inicial o subsiguiente.

Tratamiento: conjunto de intervenciones que configuran un episodio asistencial.

Tumefacción: aumento de tamaño patológico de un segmento corporal.

Vibración fina: técnica sobre reflejos superficiales en que se produce un movimiento rápido, oscilante o vibratorio, sobre la piel del paciente, que origina una deformación mínima de los tejidos subcutáneos.

Viscosidad o viscosidad fluida: propiedad de los fluidos y semifluidos que ofrece resistencia al flujo, es decir, pegajosidad.

Zonas peligrosas: regiones del cuerpo humano sobre las que está contraindicado el uso de presión directa o mantenida.

Apéndice B. Técnicas de exploración de partes blandas

Evaluación del dolor

Para evaluar el dolor pueden emplearse escalas analógicas visuales, representaciones gráficas del dolor, entrevistas sobre el dolor, palpación y algometría de presión.

ESCALA ANALÓGICA VISUAL

La escala analógica visual (figura B-1) es una escala escrita de graduación de la intensidad del dolor que se emplea ampliamente, tanto en clínica como en investigación, debido a la facilidad con que puede administrarse.¹⁻³ La escala analógica visual (EAV) consta de una línea recta que mide 10 cm de longitud. “Ausencia de dolor” está escrito en su extremo izquierdo y “el peor dolor que he experimentado nunca” en el derecho. Scott ha publicado⁴ una fiabilidad para la EAV (*test-retest*) de $r = 0,99$. La validez concurrente entre la EAV y la *Numeric Pain Rating Scale* osciló entre $r = 0,77$ y $0,91$.⁵

FASES EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL

1. Explique al paciente los niveles de gradación del dolor en cada extremo de la escala.
2. Pida al paciente que marque la línea en el punto que se corresponda con la intensidad del dolor que experimenta en el momento en que completa la EAV.
3. Mida la distancia entre el inicio de la línea y la marca del paciente; este valor representa su intensidad del dolor.
4. En las reexploraciones presente al paciente un nuevo diagrama en vez de utilizar los previos.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL DOLOR

La representación gráfica del dolor suele utilizarse como un medio de orientar sistemáticamente al paciente mediante una descripción de su dolor y síntomas relacionados. La representación gráfica que realiza un paciente sobre un diagrama corporal puede tener varios propósitos (figura B-2). En primer lugar, también puede usarse como un complemento de la entrevista del dolor para facilitar la exposición de los síntomas. Es un método sencillo y fiable para identificar la localización del dolor y los síntomas asociados, como parestesias y tirantez, de un paciente.² Además, puede utilizarse para orientar la planificación terapéutica y registrar la respuesta del paciente al tratamiento.

FASES EN EL USO DE LA REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL DOLOR

1. Proporcione al paciente un diagrama del cuerpo humano (véase la figura B-2) y bolígrafos de colores.
2. Explique el propósito de la representación del dolor y de cualquier símbolo predefinido, como las líneas discontinuas, que se emplean para representar el dolor y los síntomas asociados.
3. Informe al paciente de qué período temporal se pretende que represente el gráfico del dolor. Por ejemplo, puede consistir en el dolor y los síntomas experimentados durante las 24 horas previas. Este período de tiempo varía con la naturaleza del trastorno clínico del paciente.
4. Pida al paciente que indique sobre el diagrama la localización de cualquier dolor o síntoma asociado que ha experimentado durante el período de tiempo especificado, usando colores y símbolos predefinidos. Si el paciente es incapaz de completar esta tarea de forma independiente, puede ofrecerle la ayuda adecuada.