

Técnicas y Manualidades en el tratamiento de los tejidos blandos Musculoesquelético.

**Por: Jaime Valenzuela C.
Osteópata.**



***Somos seres sensible.
Mucho antes que
Seres pensantes***

La Plasticidad de nuestro Cuerpo Mente.



Conceptualidad del tratamiento de los tejidos blandos.

En la Terapia Manual son numerosas las técnicas a las que, podemos recurrir cuando nos planteamos un tratamiento manual.

No todo debe ser manipulaciones articulares.

Existen en la terapia Manual multitud de recursos a partir de los cuales el terapeuta, basándose en el diagnóstico de certeza y en el conocimiento del paciente y de sus circunstancias del momento, procede a planificar cada tratamiento de manera individual.

Conceptualidad del tratamiento de los tejidos blandos.

- **El diagnóstico y conocimiento llega el terapeuta Manual partiendo:**
 - De la anamnesis, actualizada en cada consulta,**
 - De la información Propioceptiva,**
 - De la exploración palpatoria reglada y detallada,**
 - De los datos de las posibles exploraciones complementarias solicitadas por el osteópata o Terapeuta aportadas por el propio paciente, de la integración de todos los datos aportados y observados.**
 - De la respuesta cinestésica a nuestros gestos manuales terapéuticos durante la sesión de tratamiento.**

Conceptualidad del tratamiento de los tejidos blandos

No todo los tratamientos deben basarse en la clásica manipulación o ajuste articular.

- **En el conjunto del organismo existen cantidad de tejidos blandos, unos de sostén y otros viscerales, que, son afectados por las disfunciones de manera individualizada, de manera conjunta o a la par que lo son las articulaciones.**
- **Estas alteraciones disfuncionales no, pueden ni deben quedar, sin tratamiento o recuperación funcional integral.**

Conceptualidad del tratamiento de los tejidos blandos.

- **Lo novedoso de los tratamientos de partes blandas en Osteopatía y terapia Manual aparece cuando el práctico busca; relajar, elongar o elastizar ciertas estructuras musculotendinosas para conseguir con ello más rango de libertad articular.**
- **Para esto tiene que, modificar algunas de las manipulaciones fundamentales del masaje con efecto movilizador, relajante y vigorizante (effleurage, petrissage, tapotement, y arrastre de las capas superficiales)**

Conceptualidad del tratamiento de los tejidos blandos.

- Las convierte en maniobras distintas, para conseguir con ellas efectos de tracción, de estiramiento, de cordaje y de inhibición refleja de las reacciones de contractura, mediante manipulaciones de estiramiento por arrastre, de estiramiento (por desplazamiento transversal brusco del segmento central del vientre muscular) .
- De presión intensa de la masa muscular sobre el plano profundo o de esa misma presión intensa sobre una estructura miofascial hipertónica.

Conceptualidad del tratamiento de los tejidos blandos.

Resumen;

Podríamos decir que, la gran variedad de técnicas manual van orientadas a recuperar:

Las alteraciones neuromusculoesquelético, recuperando de esta forma el aparato locomotor, de todas las Demandas y Exigencias que, implican el hacer diario de las personas.

Objetivos que persigue la aplicación del tratamiento del tejido blando.

- Ayudar a identificar las áreas de disfunción somática.
- Cambio de las estructuras del tejido conectivo por medio de las Aplicaciones técnicas de manipulación o corrección.
- Mejorar la respuesta del, sistema nervios S.N.C. y S.N.A, mejorando la respuesta autoinmune local y sistémica.
- Conseguir un estado general, regional o local de relajación y bien estar.
- Lograr un estado general, regional o local de estimulación tónica.

Objetivos que persigue la aplicación del tratamiento del tejido blando.

- **Capacidad de mejorar la plasticidad y bajar la tonalidad muscular hipertónica.**
- **Conseguir un mejor estiramiento las estructuras fascial pasivas.**
- **Aumento de la circulación hacia las estructuras Miofascial locales.**
- **Aumento de la nutrición y la oxigenación de los tejidos locales.**
- **Drenar y Movilizar los desechos metabólicos.**
- **Mejorar la actividad refleja anormal somato Emocional y viscerosomática.**

Tratamiento de tejidos blandos.

Dentro de las Técnicas y Manualidades

Podemos encontrar:

Test de Fascia

Test de pinzado rodado o Masaje de Wetterwald.

Test de escucha de Fascia

Presiones.

Técnicas Miotensivas tipo Kabat.

Estiramiento o Elastificaciones

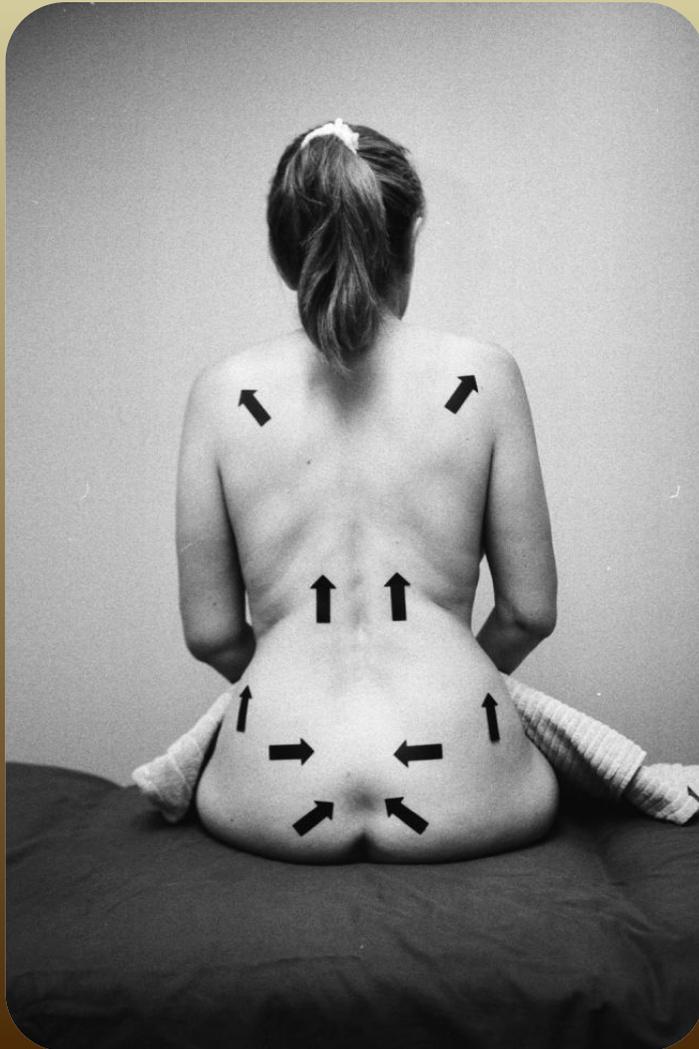
Técnicas de inhibiciones Jones.

Trigger Point Manual.

Técnicas y Manualidades en el tratamiento de los tejidos blandos.

Test de las Fascias

Evaluaciones y test en; El masaje al tejido conectivo.



La Evaluación visual nos permitirá determinar si la forma del glúteo y la hendidura de la corona anal esta arrastrada o inclinada, si el glúteo es cuadrado o en forma de uve esto determinara :

- Cuadrado no tiene ni padecerá de trastornos circulatorios, venosos arteriales y linfáticos.
- Lo contrario será, indicativo de las alteraciones circulatorias.

Test de las fascias.

- Este test se realizara desde la zona básica inferior que comprende los laterales del borde del sacro, laterales de la cabeza femoral, sobre el sacro y paravertebrales.
- Esta primera zona básica comprende desde la pelvis hasta la vertebra torácica de T12.



Test de pinzado rodado y Paravertebral.

Test de pinzado rodado:

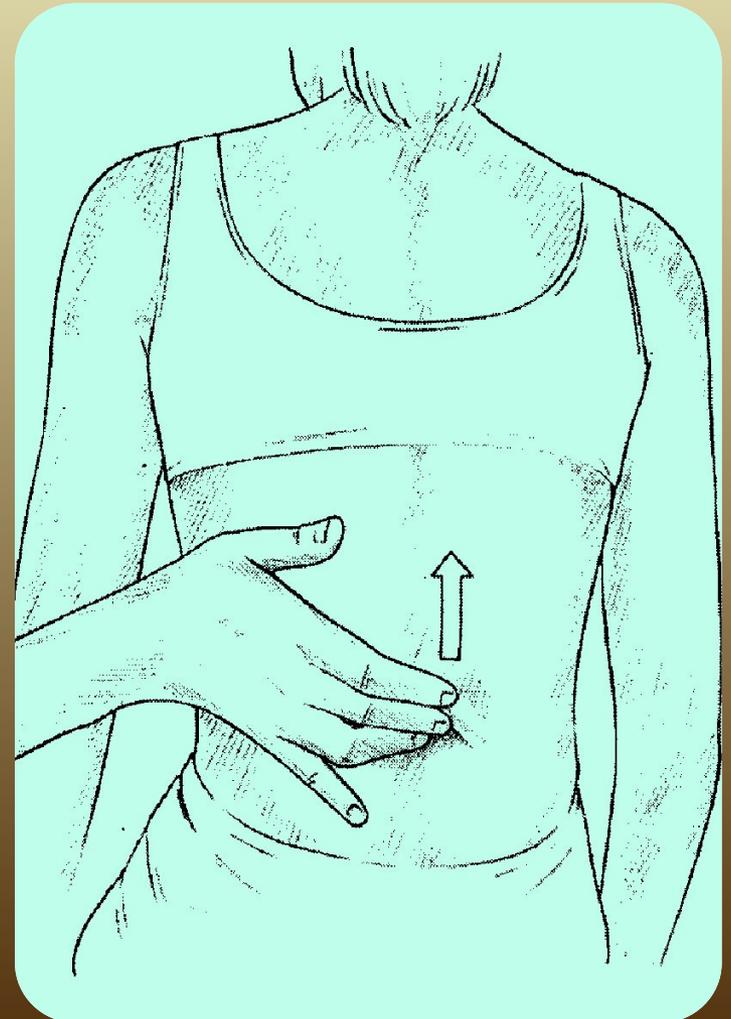
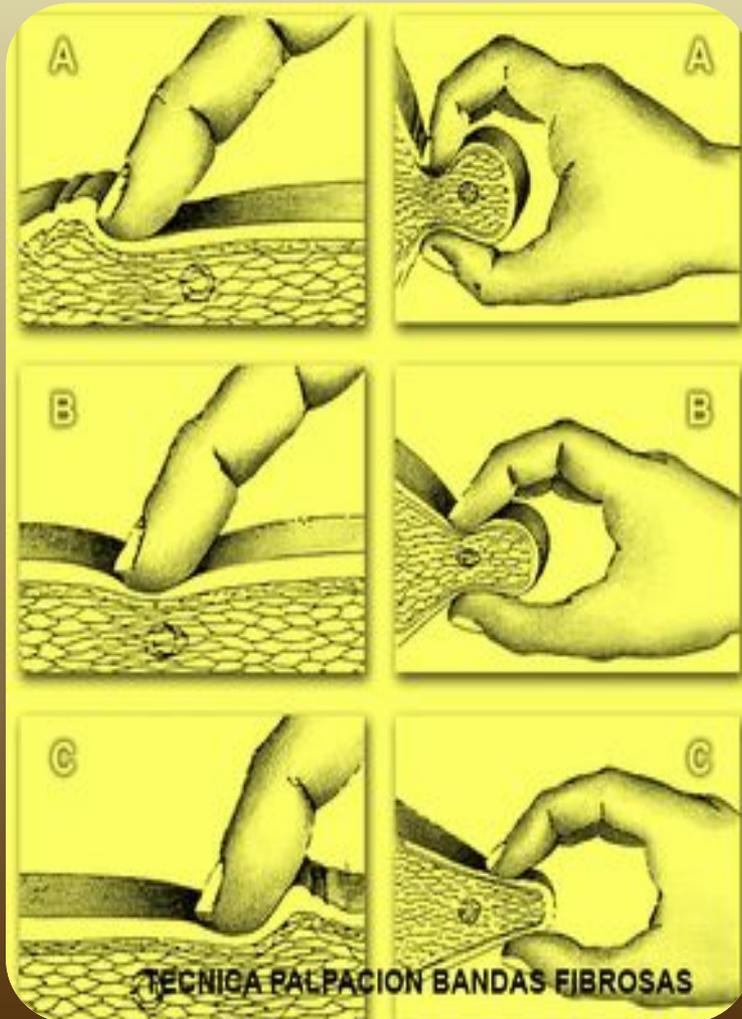
Tiene como objetivo evaluar en el desplazamiento del tejido infiltrado que se percibe como un engrosamiento esta acción que se realiza con el pulgar y dedo medio nos informara el área afectada con la falta de;

- Motilidad.
- Movilidad.
- Motricidad.

Test unilateral paravertebral.

Este test que se realiza de manera secuencial después del pinzado rodado, verificaremos lo anterior mente encontrado al pasar el dedo medio se percibirá como una pequeña montura sobre el tejido afectado.

Pinzado rodado y Arrastre unilateral Paravertebral



TECNICA PALPACION BANDAS FIBROSAS

Maniobra de palpado-rodado de Félix Wetterwald (1910)

- *Descripción*

El palpado-rodado descrito y enriquecido en muchos aspectos por B. Dolto continúa siendo una técnica de actualidad. Su pellizcamiento cutáneo evidencia puntos nerviosos hiperálgicos; presenta su terapéutica como una acción refleja: es por la vía centrípeta por donde la acción del pellizcamiento de los filetes nerviosos repercute sobre los centros bulbares». Su acción tiene como característica valerse de la vía del nervio enfermo.

El autor obtiene un máximo de dolor y de curación despegando la piel y no el músculo, por tanto, despegando la piel del plano subyacente y amasándola ligeramente.

En su topografía de las neuralgias de 1910, señala los puntos dolorosos con el nombre de los nervios que llegan a ellos, así como el nombre de las afecciones correspondientes.

Ejemplo: cefaleas frontales y migrañas oftálmicas así como vértigos, neuralgias del trigémino que tienen como soporte el nervio oftálmico y el nervio frontal.

Masaje de Wetterwald o Pinzado Rodado

Forma de Proceder

- El modo de utilizar los dedos será entre el pulgar y los demás dedos, enrulando el tejido.
- Esta maniobra se ejecutará desde el borde inferior de T12 hasta el borde escapular, se ejecutará primero en el lado derecho y luego en el otro.
- En el momento que este desplazamiento se puede ver frenado, por el aumento de la viscosidad del líquido intersticial, haciendo que esto disminuya el desplazamiento de las fascias, produciendo una falta de funcionalidad en el organismo.



Maniobra de palpado-rodado de Félix Wetterwald (1910)

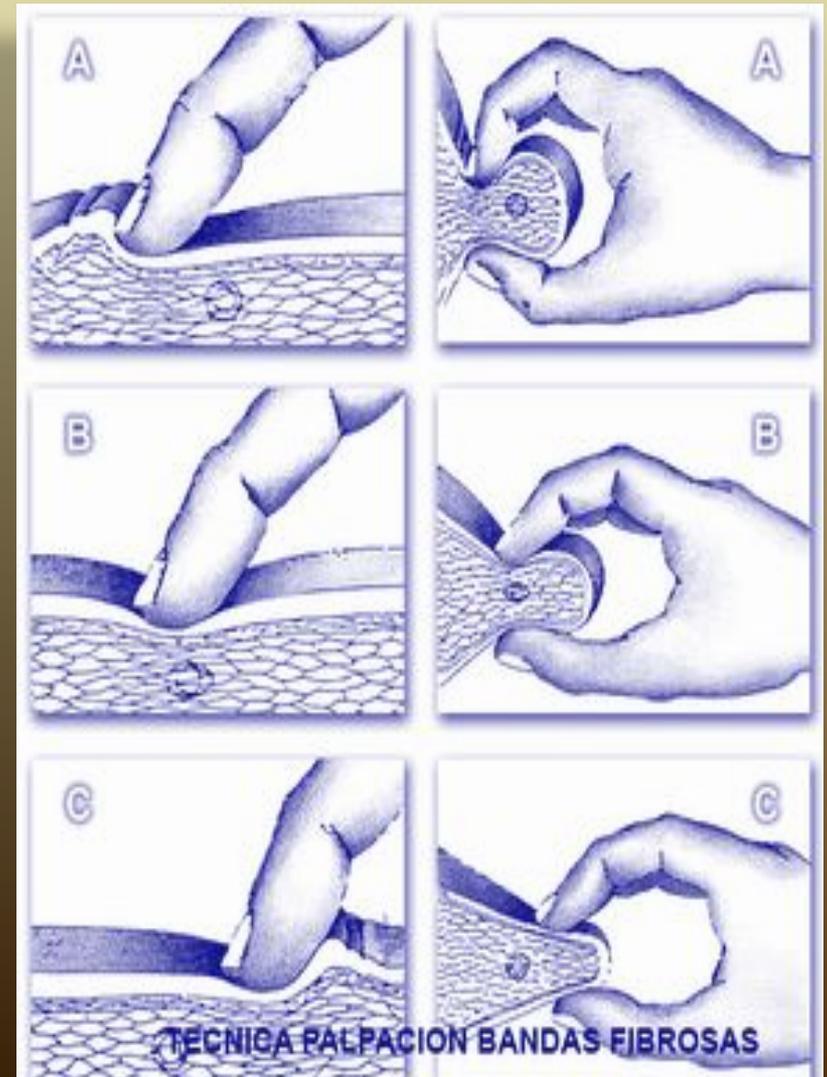
Ejemplo: cefaleas frontales y migrañas oftálmicas así como vértigos, neuralgias del trigémino que tienen como soporte el nervio oftálmico y el nervio frontal. La afectación radicular C2 provoca una celulalgia a nivel de la ceja (Maigne). Todas estas afectaciones tienen como topografía el hueso frontal hasta la ceja; el tratamiento se aplica sobre la piel de la frente y de las cejas.

Otro ejemplo: el tortícolis proveniente de una neuralgia del plexo cervical superficial será tratado mediante el masaje cutáneo de la región carotídea.

- Muchos de los puntos de Wetterwald y de Valleix son idénticos a los de la acupuntura china.**
- El tratamiento se lleva acabo mediante un acceso periférico de la celulalgia.**

Masaje de Wetterwald o Pinzado Rodado

La maniobra comprende despegue del plano cutáneo; formación del pliegue; Progresión con un movimiento sincrónico o asincrónico de una o ambas manos.



Masaje de Wetterwald o Pinzado Rodado

- *Dolor diferido*
- La concepción anatomo fisiológica explica aún bastante mal el dolor diferido; persisten numerosos enigmas.

El dolor diferido ya era evocado en el tratamiento de las neuralgias de Valleix.

Las características persisten todavía actualmente en el examen de los dolores diferidos:

Reproducción de un punto preciso neurálgico a la palpación; diferenciación del examen clínico y de la queja del paciente ya que sus dolores pueden ser totalmente latentes.

Masaje de Wetterwald o Pinzado Rodado

- *Hipótesis fisiopatogénica del dolor diferido*

Mecanismo de axón con posibilidad de secretar las taquiquininas, particularmente la sustancia P (*pain: dolor*).

El tratamiento del dolor visceral es asumido por las fibras cutáneas, Ya que las vísceras no son somato tópicos a nivel cerebral.

Se ha constatado una interrelación entre el sufrimiento de un víscera y el territorio cutáneo proyectado.

En las regiones anatómicas poco o no inervadas, en estadios

Precoces secreciones de sustancia P pueden actuar sobrerreceptores Poli nociceptivos.

De hecho, en este examen clínico, persiste una confrontación del estado local y de las consecuencias a distancia.

Masaje de Wetterwald o Pinzado Rodado

- ***Efectos***

Liberación de las adherencias;

acción química por el aflujo de los neuro mediadores y de sustancias vasodilatadoras.

Esta técnica que posee una acción radicular puede utilizarse en particular en los síndromes célula-teno-miálgicos (descritos por Maigne).

La celulalgia puede tener un origen vertebral o visceral; se trata de un dolor diferido debido a una hipoxia celular.

- Siempre es localizada y es una puerta de entrada terapéutica.
- Deben ser investigadas las demás mecanopatías periféricas.
- A nivel del músculo: mialgia en el punto gatillo, por ejemplo
- (descrito por Travell), a nivel de los tendones, ligamentos, y del periostio.

Masaje de Wetterwald o Pinzado Rodado

Las celulalgias pueden ser de origen vertebral (trastorno intervertebral menor de Maigne) y de origen visceral (zonas de Head del conjuntivo).

Son a menudo unilaterales y el pliegue de la piel del lado afectado es más grueso.

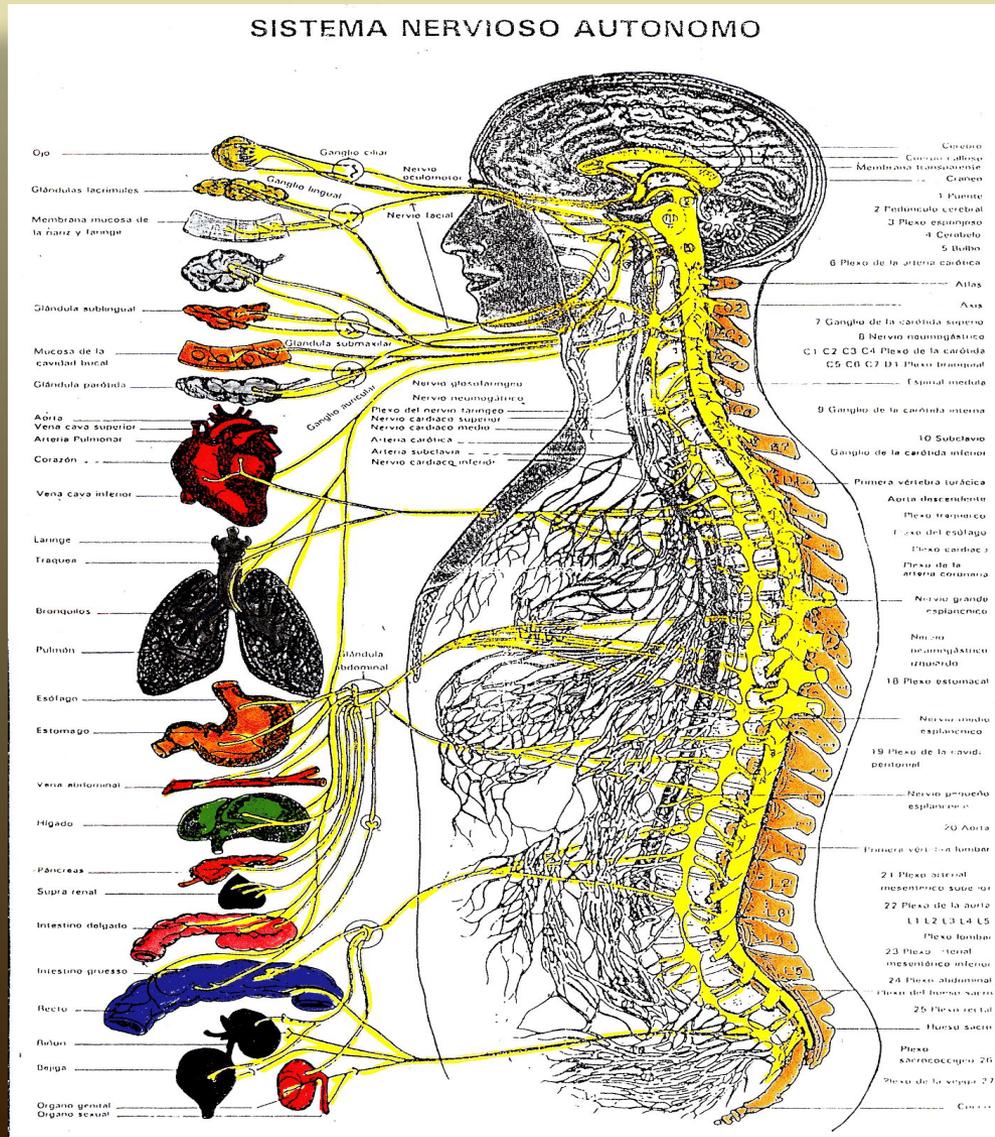
El dolor proyectado puede explicarse por la convergencia a nivel del asta posterior de la médula sobre una misma célula, de influjo nociceptivos de origen somestésico y de origen visceral.

Conclusión: el tratamiento masoterápico y muy particularmente, el palpado-rodado, actúa sobre la causa. Este principio ha sido estudiado en numerosos trabajos y expuesto por Bagaud en «Masaje e hidroterapia».

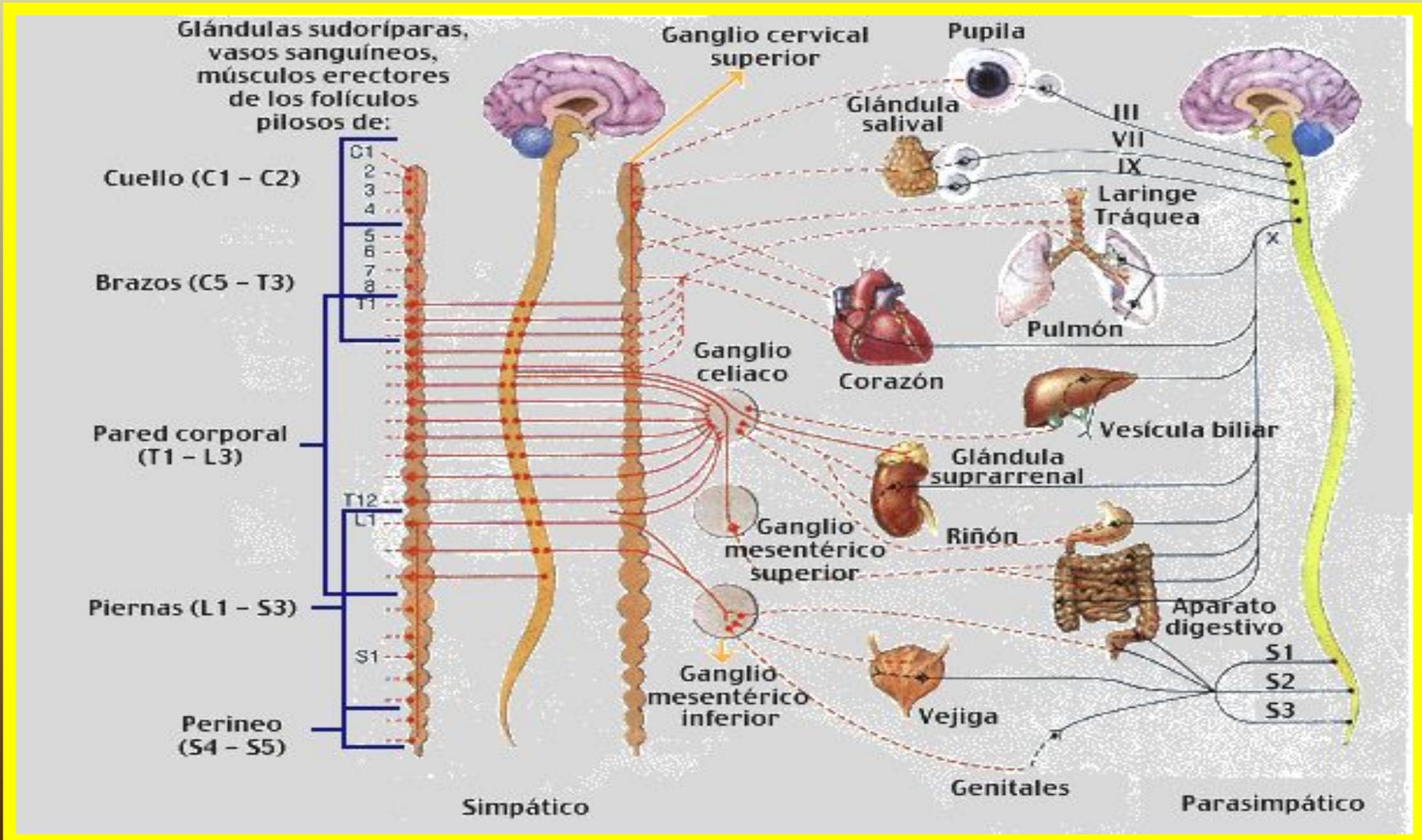
Pinzado Rodado.



Sistema Nervioso Autónomo.



El Sistema simpático y el Parasimpático.



SIMPÁTICO.

El simpático dirige los procesos que utilizan energía, como huir o luchar; nos moviliza, eleva la temperatura corporal, produce vasoconstricción periférica y vasodilatación muscular y cardíaca, lo cual se refleja en manos y pies fríos, palidez, polaquiuria, diaforesis, boca seca y voz aguda.

S I M P A T I C O

En condiciones ideales las neuronas simpáticas almacenan y procesan las huellas en el tronco cerebral y el sistema límbico, pero a veces:

“El miedo” asciende a los niveles superiores, produciendo un exceso simpático que, se siente como tensión, con tendencia a la cavilación obsesiva.

PARASIMPATICO

El parasimpático controla los procesos conservadores de energía, como el descanso, el sueño, la relajación;

Vasodilatación periférica, tibieza en la piel, promueve la regeneración y la curación; la musculatura se relaja para ahorrar energía y la voz es mas grave y lenta.

S A M - P A C O

El equilibrio entre los dos se refleja en un sano predominio simpático en el día y parasimpático en la noche.

Si el hipotálamo no se ha desviado hacia el estado simpático por la sobrecarga, el parasimpático puede ayudar a calmar los estados, de pánico y ansiedad.

S A M - P A C O

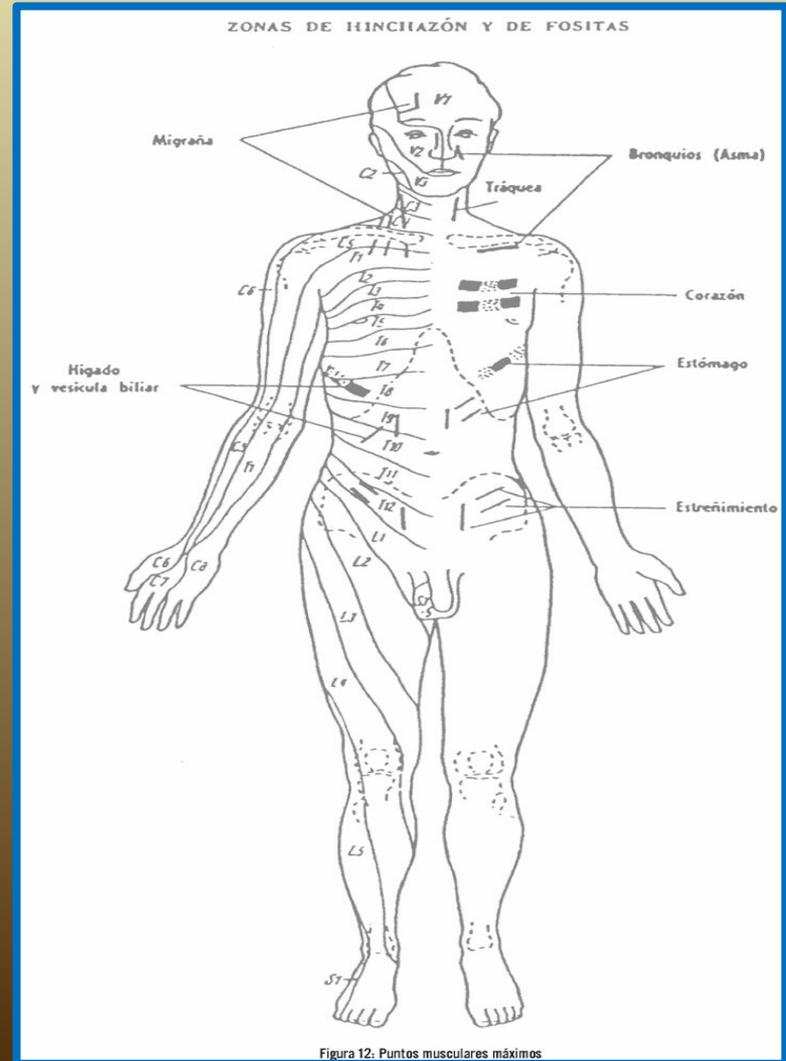
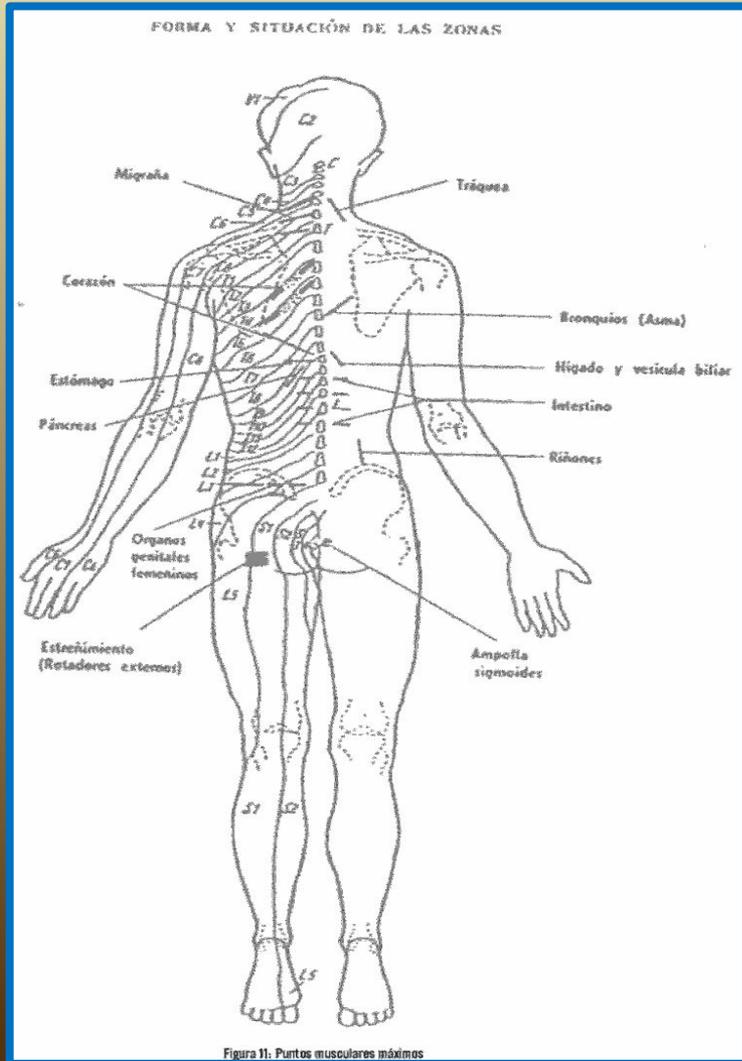
La naturaleza del trauma dicta las reacciones y aunque opuestos, la inclinación hacia un patrón u otro es determinada según las circunstancias por la necesidad de salvar la vida.

El parasimpático ha aprendido que demasiado esfuerzo (mucho consumo de oxígeno) puede poner en peligro la vida. Por su parte el simpático aprendió que el esfuerzo y la lucha sirven para salvarla.

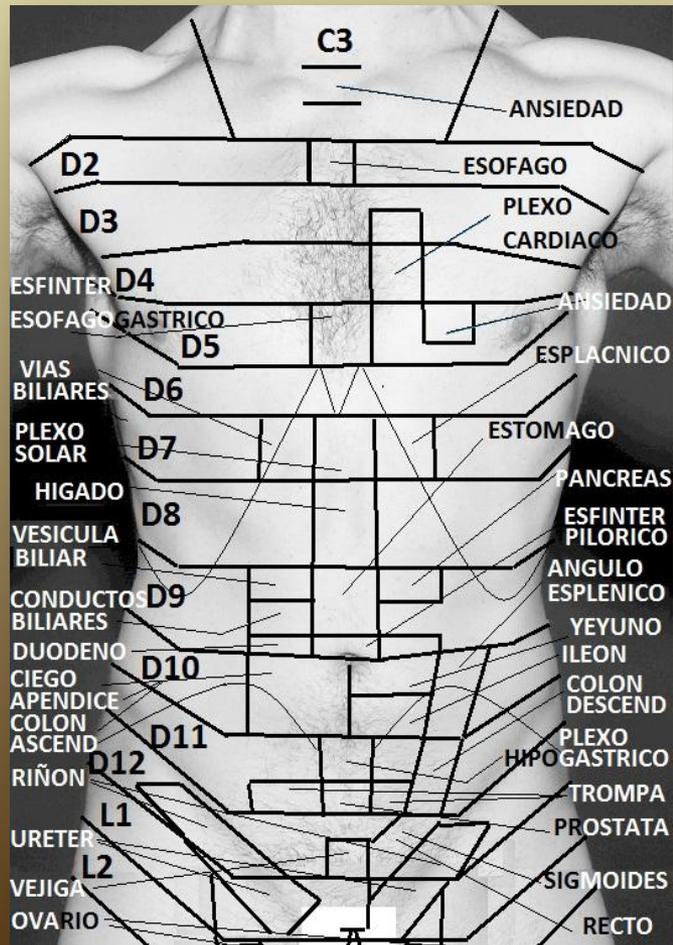
S A M - P A C O

Después de esto el cerebro explorara su propia historia para encontrar la respuesta adecuada al momento y caerá siempre en el mismo prototipo; este es conocido como patrón de personalidad: Pasivo o activo, reflexivo o impulsivo, introvertido o extrovertido, artístico o practico, soñador o pragmático.

Áreas reflejas de las dermalgias Viscerales.



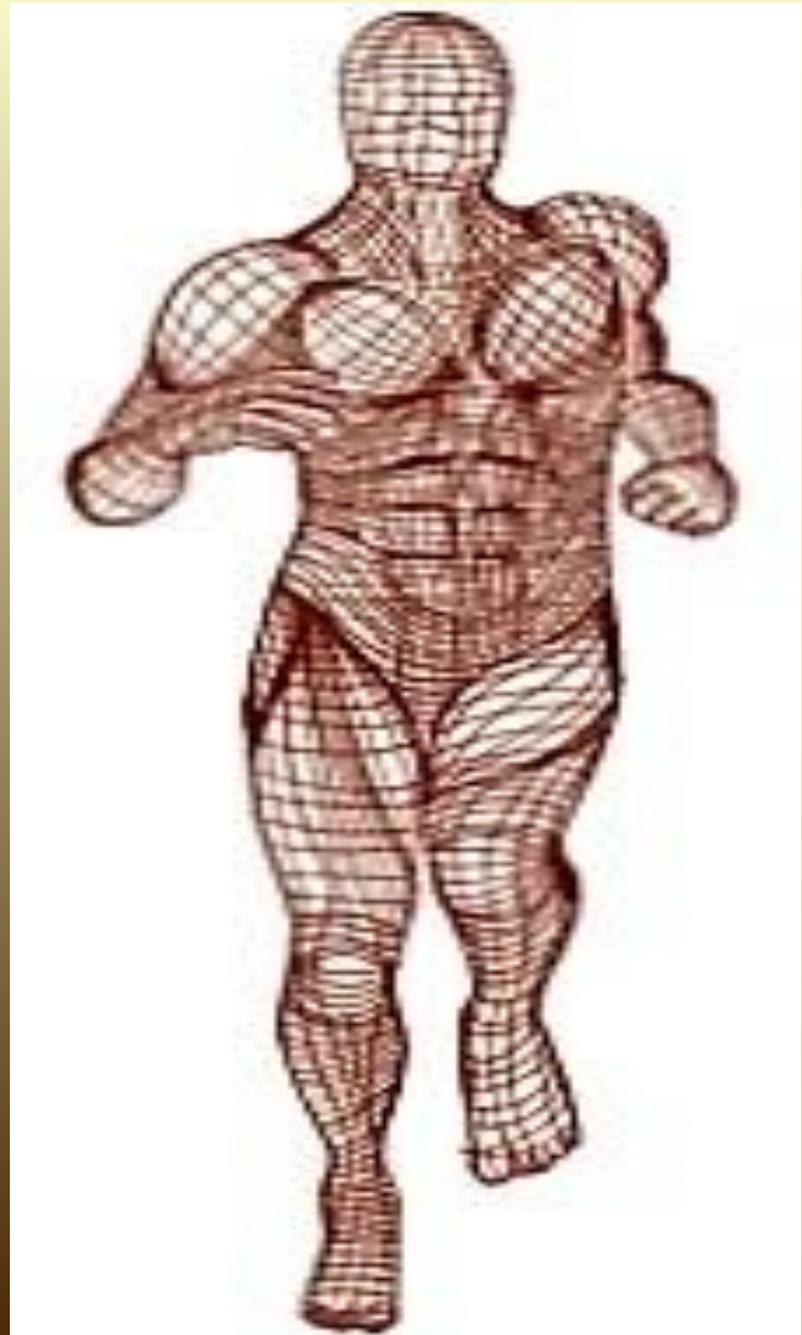
Áreas reflejas de las dermatalgias Viscerales.



Masaje de Wetterwald o Pinzado Rodado



***Evaluaciones
de Escuchas
de Fascia.***



Test de escucha de las fascias.

- **CONCEPTO.**
- **El concepto de escucha de las Fascias es una técnica realizada por las manos y aplicadas en cualquier región corporal con el objetivo de poder ver y sentir restricciones del movimiento circulatorio de la zona afectada, la sensibilidad de la mano han podido demostrar diferencias de movimiento de 10 micras a diferencia de aparatos que solo pueden llegar solo hasta 5 micras.**
- **La escucha.**
- **Para la realización de dicha técnica debemos de tener presente una serie de pautas para así ejecutar bien la escucha.**

Contacto manual.

Lo primero que debemos tener claro que la aplicación de nuestras manos sobre la superficie de la piel, debe ser tenue, las manos no deben estar frías para así no producir un cambio de la información esta deberá estar totalmente plana a la zona o área que evaluamos.

- **Receptores a los que debemos informar.**
- **Podrá informar la estructura de la Fascia.**
- **Ángulos de 60 grados sobre superficie de la piel ya que esto provocara que solo haya un detente o silencio.**
- **Los mecanismos receptores de presión.**

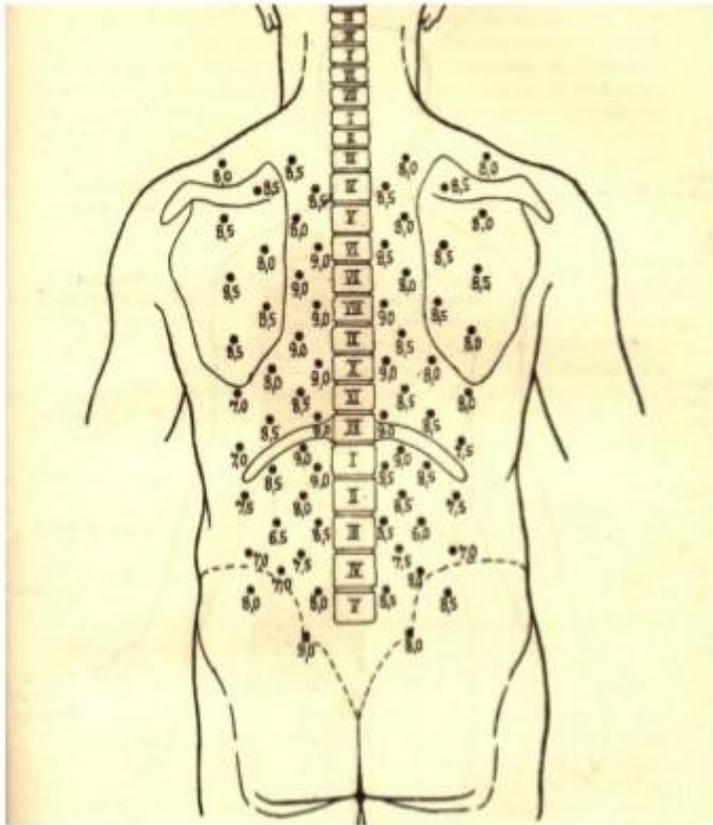
Dejarse ir y ser uno con las fascias.

- Este tipo de técnica resulta ser una de las finas en la palpación, los tejidos tienen registros pasados de traumas no solo físicos sino también emocionales.
- Lo interesante de esto es que tratamos de leer su historia que se ha impregnado en ellos, el dialogo que podemos desarrollar solo es a nivel de escucha el paciente no controla las fascias ella nos entregara lo que requerimos siempre y cuando se tenga un buen contacto.
- Debemos tener presente las demandas y exigencias de la persona y respetarle.

Dejarse ir y ser uno con las fascias.

- Para la realización de la técnica debemos tener un grado de neutralidad esto quiere decir que en la misma aplicación nuestra manualidad no debe inducir, conducir al tejido evaluado.
- No debemos realizar la técnica con una idea preconcebida, la motilidad propia del sujeto se presentara y es esta la que evaluaremos.
- Se debe prestar atención exclusivamente a lo que, sucede a nivel del contacto y debe dejarse ir por los tejidos subyacentes.

Dejarse ir y ser uno con las fascias



Umbral para la presión profunda, determinados con el estesiómetro de Head en 58 puntos de la espalda, según Mutti.



Dejarse ir y ser uno con las fascias.

- **Al estar en atención podremos desarrollar un buen dialogo con las estructuras y así se tendrá la información requerida por ejemplo; Sufrimientos, retracciones, distracciones, su historia.**
- **Solo una distracción hará que nuestra evaluación sea limitante en la información.**
- **El tiempo ira en relación con la experiencia del que realice la técnica la motilidad se presentara si el terapeuta está atento.**

Dejarse ir y ser uno con las fascias.



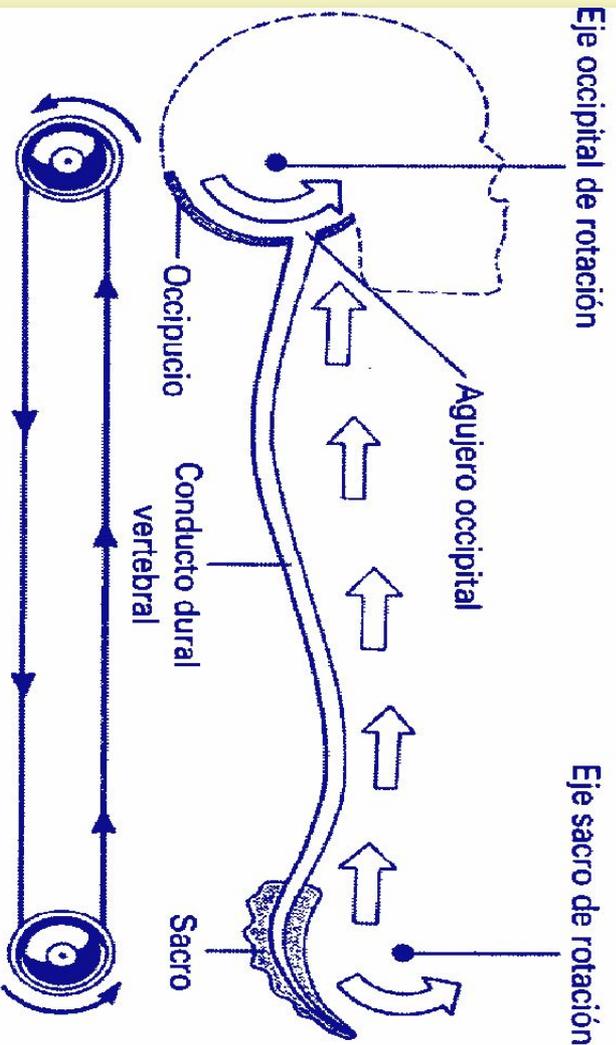
Evaluaciones de la escucha

- **El objetivo de las escucha es el informar donde se encuentran las limitaciones del movimiento donde las fascias pueden estar (Pegadas).**
- **Debemos tener claro el concepto de normalidad de las fascias y su movimiento.**

Evaluaciones de la escucha

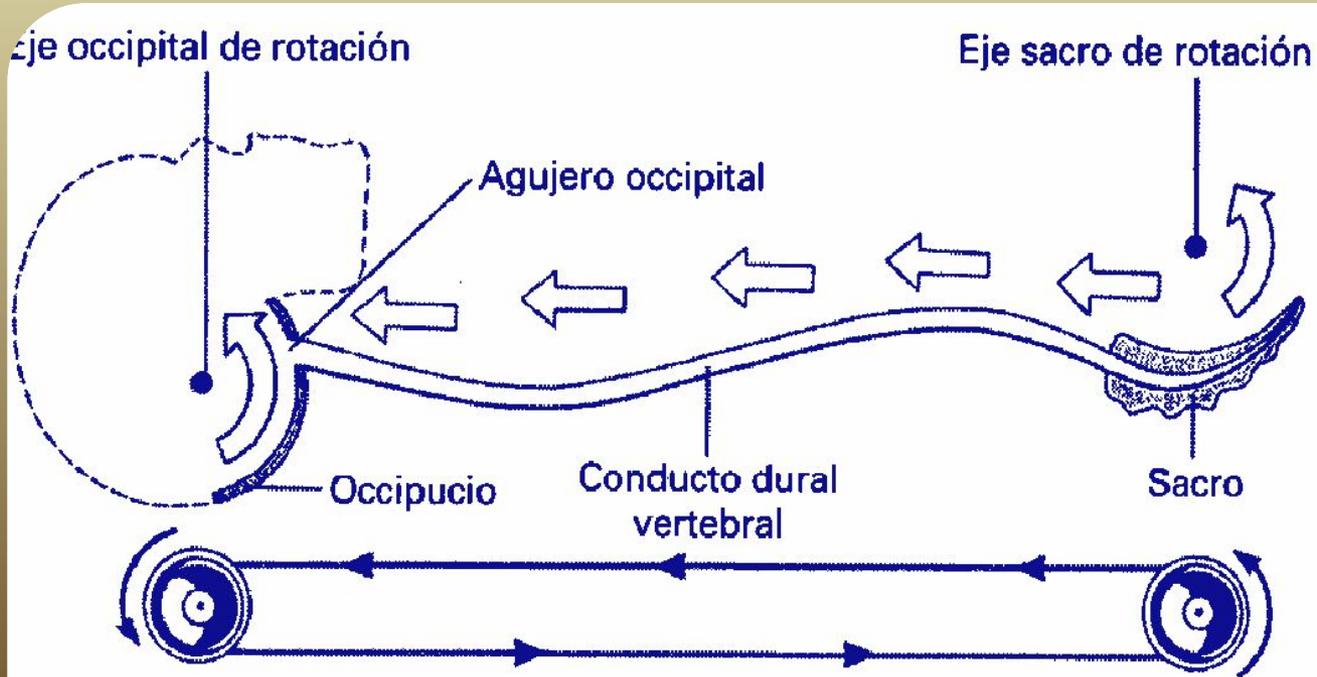
- Sabemos que, todas estas estructuras tienen diferentes cualidades ;
- Temperatura este es un punto importante donde refleja la mala funcionalidad circulatoria.
- Textura de los tejidos estos deberán presentar unas texturas flexibles, plásticas. Como cuerdas ni flojos ni tensas.
- La dirección de los movimientos será armonioso en el espacio.
- Ritmo de los tejidos entre ellos podemos mencionar que esto debe estar en 8 a 16 ciclos por minuto.
- Aunque cada uno debe tener su propio ritmo sin que ello indique anomalía

Movimiento sacro occipital en bipedestación



Representación esquemática de la sincronía del movimiento entre el sacro y el occipucio.

Movimiento Sacro Occipital.



Representación esquemática de la sincronía del movimiento entre el sacro y el occipucio.

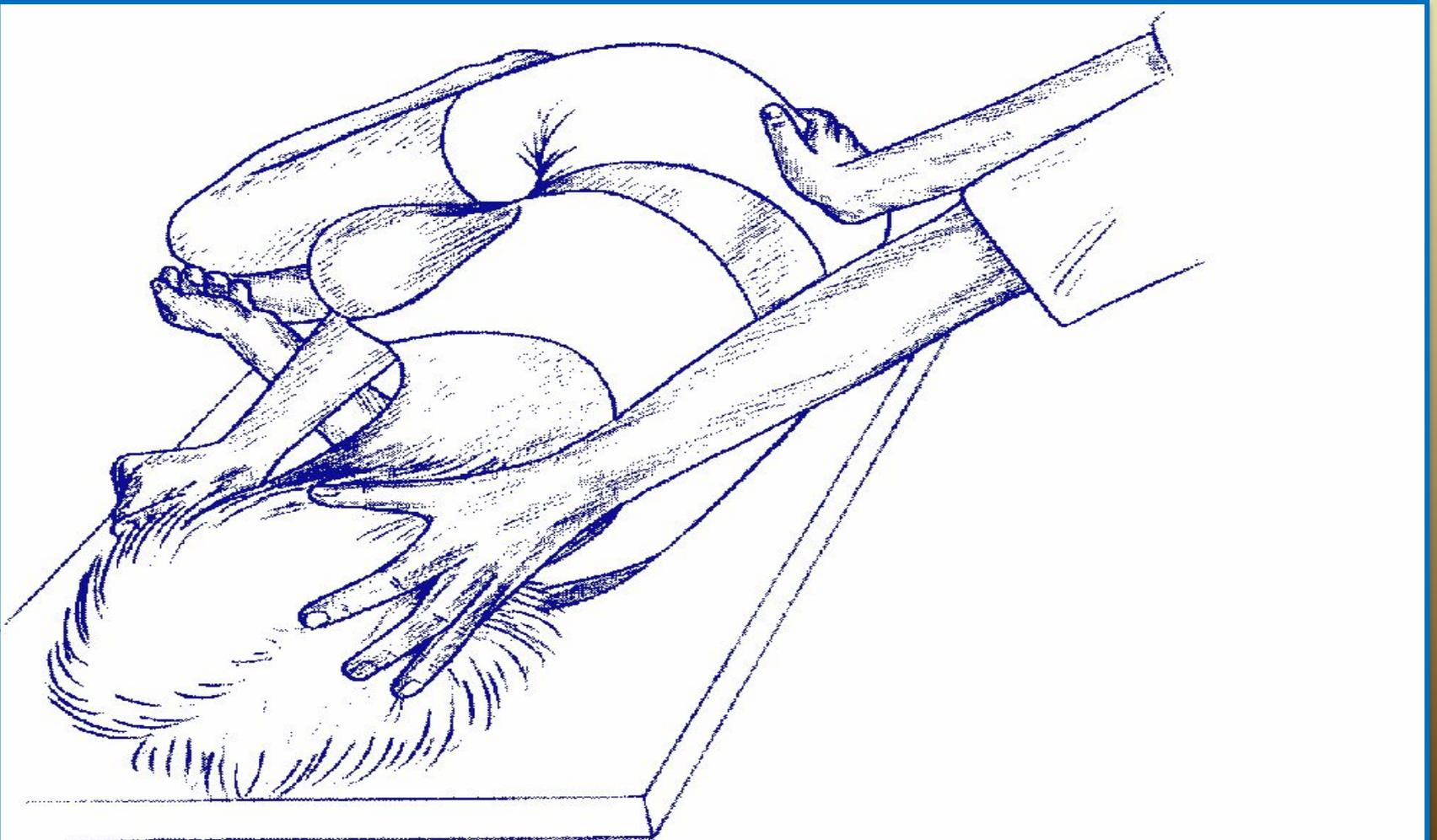
occipucio.

Representación esquemática de la sincronía del movimiento entre el sacro y el

Variante en decúbito lateral.

- **La conexión entre el occipucio y el sacro es la membrana dural que está en continuidad con las meníngeas, si el occipucio se mueve minuciosamente hacia adelante cuando comienza la fase de flexión del ciclo respiratorio craneal.**
- **Creara un movimiento de tracción, de la base del sacro, la cual se mueve hacia atrás en la fase llevando la hemi base del sacro y coxis a una anteriorización.**

Movimiento Sacro Occipital.



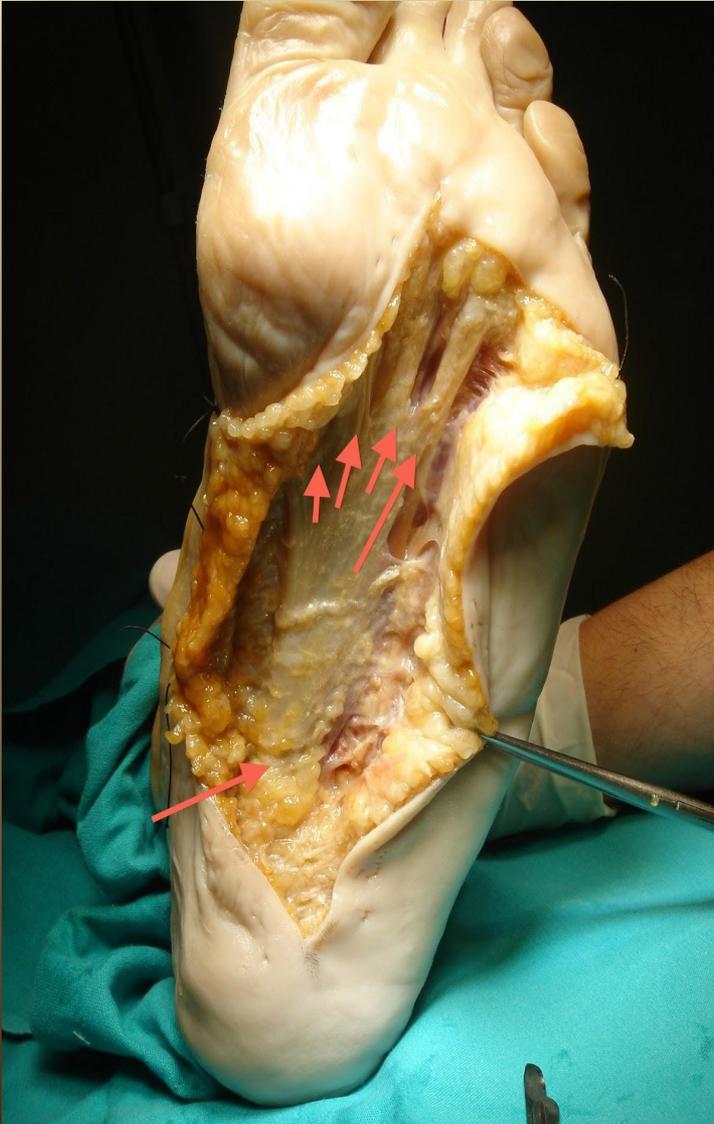
Palpación de la sincronía del movimiento entre el sacro y el occipucio.

Escucha de los pies.

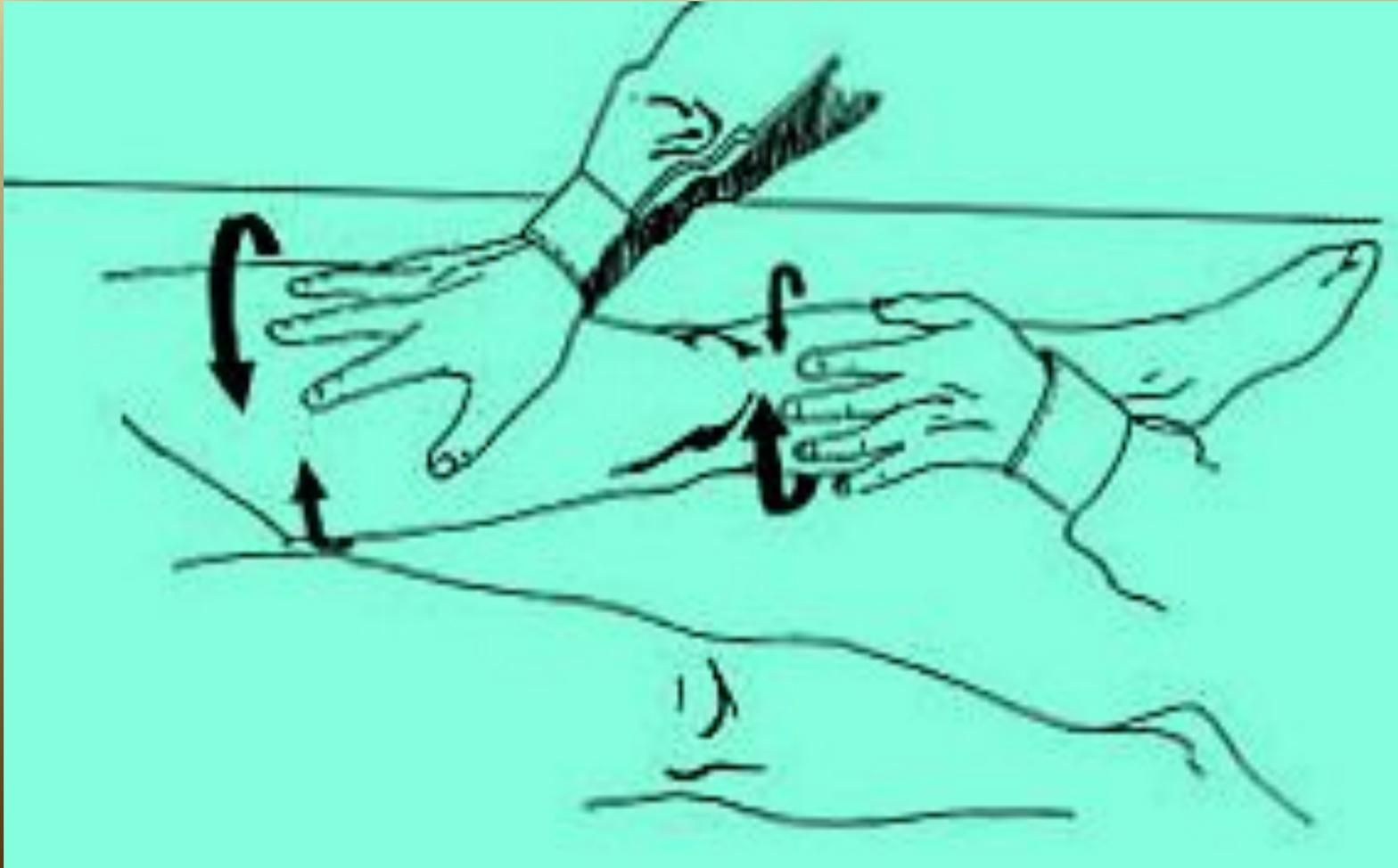
Terapeuta se ubicara a un lado y a los pies de la persona mirando cefálicamente.

Esta escucha la realizaremos desde la cara dorsal de los pies ubicando para esto totalmente la mano cefálica plana, la otra mano caudal detrás de la tibia la sensación que se percibe es la de un movimiento que se armoniza en todos los planos como si fuera que movilizáramos la rotula.

Escucha de los pies



Escucha de la extremidad inferior.



Técnicas Miofascial

Contraindicaciones de las técnicas Miofascial.

- 1. Problemas cervicales donde está comprometida la arteria vertebral.
- 2. Tumores.
- 3. Artritis Reumatoide.
- 4. Aneurisma.
- 5. Hematomas producido por una fractura expuesta.
- 6. Celulitis , inflamación, edema y dolor . (infección?)
- 7. Estados febriles .
- 8. Infección localizada.
- 9. Osteomielitis – inflamación en los huesos.
- 10. Obstrucción y edemas.
- 11. Suturas
- 12. Osteoporosis – decrecimiento de la masas de los huesos, . 13. Terapia Anticoagulante. 14. diabetes.
- 15. Hipersensibilidad de la piel.

Principios básicos de la corrección Fascial

- El objetivo base de toda corrección en los tejidos es de devolverle la motilidad y su movilidad seguido de su respuesta nerviosa.
- La recuperación funcional o tratamiento de las fascias es una prolongación de las evaluaciones.
- Cuando el terapeuta se encuentre con una alteración deberá saber distinguir con sutileza la fijación y suprimirla.
- Para que esto suceda debe reunirse dos condiciones.
- Precisión.
- Y la elección de la técnica adecuada.

Principios básicos de la corrección Fascial

Precisión.

Esta será muy requerida para que la área afectada pueda ser corregida de buena forma, y pueda volver la funcionalidad de las estructuras.

En áreas que han sido sometidas a un trauma podremos recuperar de forma limitada el movimiento.

El buen saber y hacer, del terapeuta tendrá como resultado una liberación adecuada de las fascias.

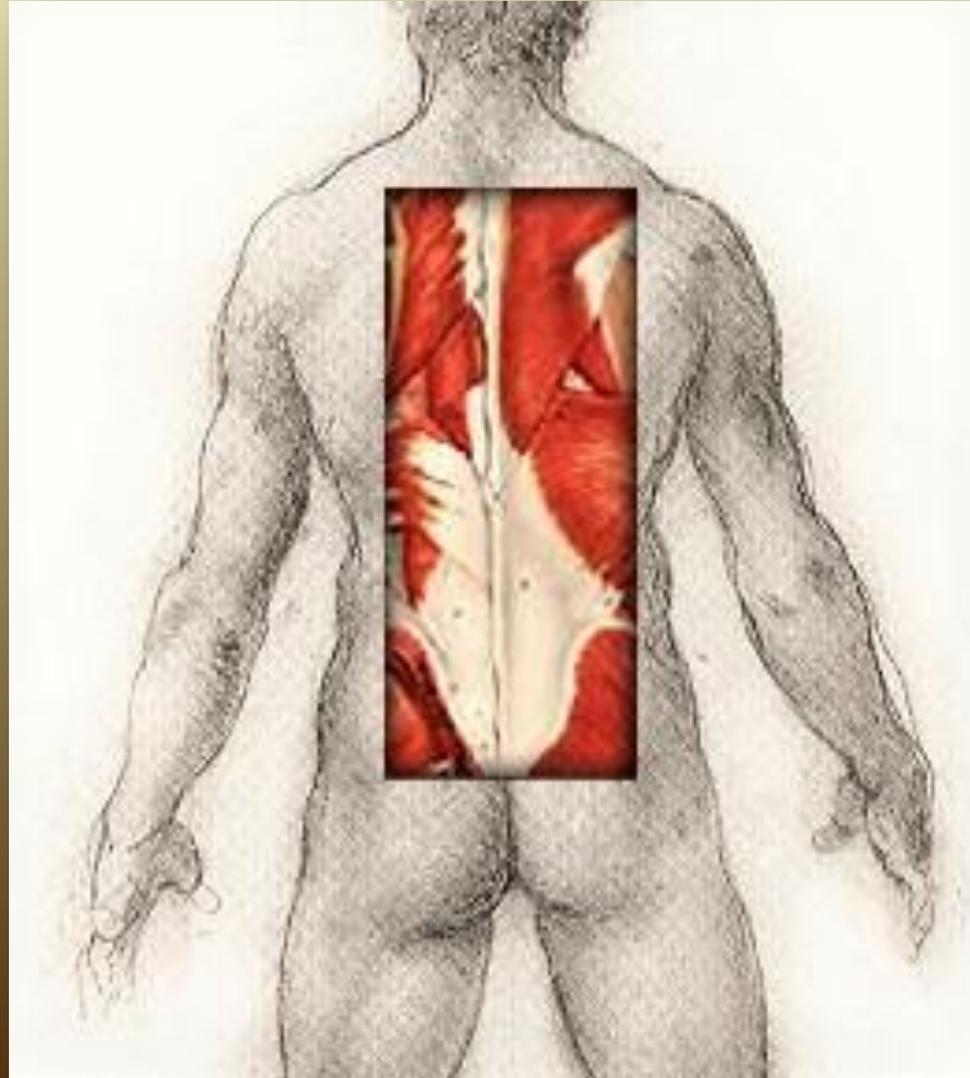
Principios básicos de la corrección Miofascial

Tratamiento directo.

- Este consiste en el posicionamiento de las yemas de los dedos sobre la zona o área afectada ejecutando una liberación, elastificación, tracción o separación de los tejidos afectados.
- El tiempo de aplicación estará sujeto a un promedio de 3 a 5 minutos, no más de este tiempo ya que podrá generar una respuesta inadecuada.
- Debemos tener presente que en la primera etapa encontraremos algunos ejes de fijación que serán lo que atenderemos primero, luego después de una corrección volveremos a evaluar y se apreciarán otros.

Efectos Biomecánicas.	Efectos Fisiológicos.	Efectos Neurológicos	Efectos Sicológicos
Presión mecánica en el tejido	Cambios de tejidos y órganos	Estimulación refleja	Mejora la relación Sico física.
Disminuye las adherencias de los tejidos.	Aumenta el flujo sanguíneo y muscular	Disminuye la excitabilidad neuromuscular	Aumenta el estado de sedación y frescura
Disminuye el tono o tensión muscular. Aumenta el rango del movimiento articular.	Aumenta la circulación sanguínea de la piel. Aumenta la actividad del S.N. Para simpático.	Disminuye la tensión o contractibilidad muscular. Disminuye el dolor y cansancio	Disminuye la ansiedad.
Disminuye la rigidez muscular	Disminuye la rigidez muscular.	Aumenta el bien estar de la persona	Aumenta el bien estar de la persona

Técnicas Miofascial.



ANDREW TAYLOR STILL (1828-1917).



- Andrew Taylor S. creador y fundador de la Primera Escuela de Osteopatía en Kirksville Missouri(12 de mayo de 1892).
- Fue el, primero en Acuñar esta frase;
****Vivimos dentro de Fascias****

Los pioneros

- Luego en los años 1960 fue el osteópata ***Robert Ward*** que desarrollo el concepto de ***Miofascial release*** junto con **John Barnes** fisioterapeuta y profesor el que más ha desarrollado esta técnica hasta la fecha.

Concepto Miofascial.

Concepto Miofascial.

- Este concepto miofascial fue desarrollado por el osteópata Robert Ward en la década de 1960.
- El **primer concepto** de la técnica de liberación miofascial es la de *tenso laxo* en el sistema miofascial donde la tensión crea asimetría la cual se lo permite la debilidad, donde la biomecánica y los neuro reflejos están insertos, el aumento de la estimulación hace que la musculatura del agonista se tense y cuanto más se tensa el agonista, mas se laxa el antagonista debido a la acción de inhibición reciproca.
- *Las patologías agudas puede describirse como un continuo espasmo- dolor –espasmo.*

Concepto Miofascial

- El **segundo concepto** es el de la palpación en los síndromes de dolor miofascial existen una variada gama de diagnósticos que se basan en la ***estimulación periférica***, los reflejos de Chapman, los puntos gatillajes de Travell con irradiación, y los puntos dolorosos no irradiados de H.Jones.
- Todas estas técnicas que localizan los puntos dolorosos en estados crónicos, inervados por el sistema nervioso autónomo simpático pueden ser manejadas por las manos expertas en su alivio y corrección

Concepto Miofascial

- El **tercer concepto** es el **cambio neuro reflejo** este proceso se produce por la aplicación manual a nivel musculo esquelético.
- La aplicación manual de fuerza al sistema musculo esquelético provocara un estimulo aferente procedente de los mecano receptores que requiere de un proceso de elaboración de respuesta de medula tronco cerebral y en los niveles de corticales.
- La estimulación aferente produce una respuesta de inhibición eferente.
- La respuesta neuro refleja es muy variable y muy modificada por el dolor de la persona en la cual influye mucho los factores nutricionales, sicológicos, medio ambientales, drogas, alcohol.

Concepto Miofascial

- El **cuarto Concepto** es la ***liberación Miofascial*** la aplicación de la técnica miofascial produce ***la baja de la tensión de las fascia y de los músculos***, esto se extiende a toda su red.
- ***La tensión*** se derrite como la sensación que, tiene uno cuando expande la mantequilla sobre el pan caliente, o sede esta acción mecánica se puede realizar en los sentidos o direcciones del tejido blando tratado por el terapeuta.
- Esta aplicación manual logra un cambio sustancial que deberá ser reforzado por ejercicios físicos específicos e individuales para su problema, los ejercicios de estiramiento mantienen el incremento en la longitud de los tejidos tensos, mientras que los ejercicios de fortalecimientos recuperan la capacidad funcional de los músculos debilitados o inhibidos.

Objetivos de las Técnicas y manualidades en el tratamiento Miofascial.

La aplicación de variada composición de técnicas permitirá el restablecimiento de las estructuras del tejido conectivo.

Y su respuesta del sistema nervioso central u/o autónomo por medio de los mecanismos propioceptores por esto es variadas.

Objetivos de las Técnicas y manualidades en el tratamiento Miofascial.

Capacidad de mejorar la plasticidad y bajar la tonalidad muscular hipertónica.

Conseguir un mejor estiramiento las estructuras fasciales pasivas.

Aumento de la circulación hacia las estructuras Miofasciales locales.

Aumento de la nutrición y la oxigenación de los tejidos locales.

Drenar y Movilizar los desechos metabólicos.

Mejorar la actividad refleja anormal somato Emocional y viscerosomática.

Objetivos de las Técnicas y manualidades en el tratamiento Miofasciales.

Ayudar a identificar las áreas de disfunción somática.

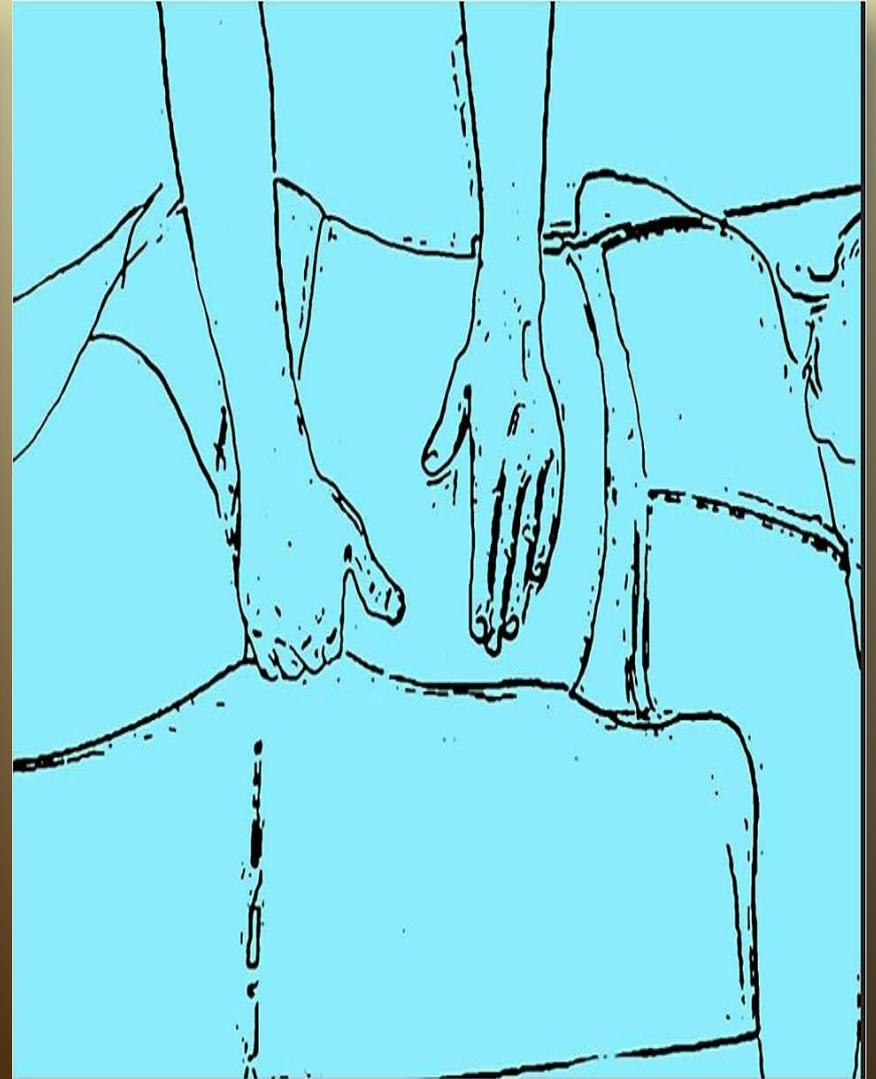
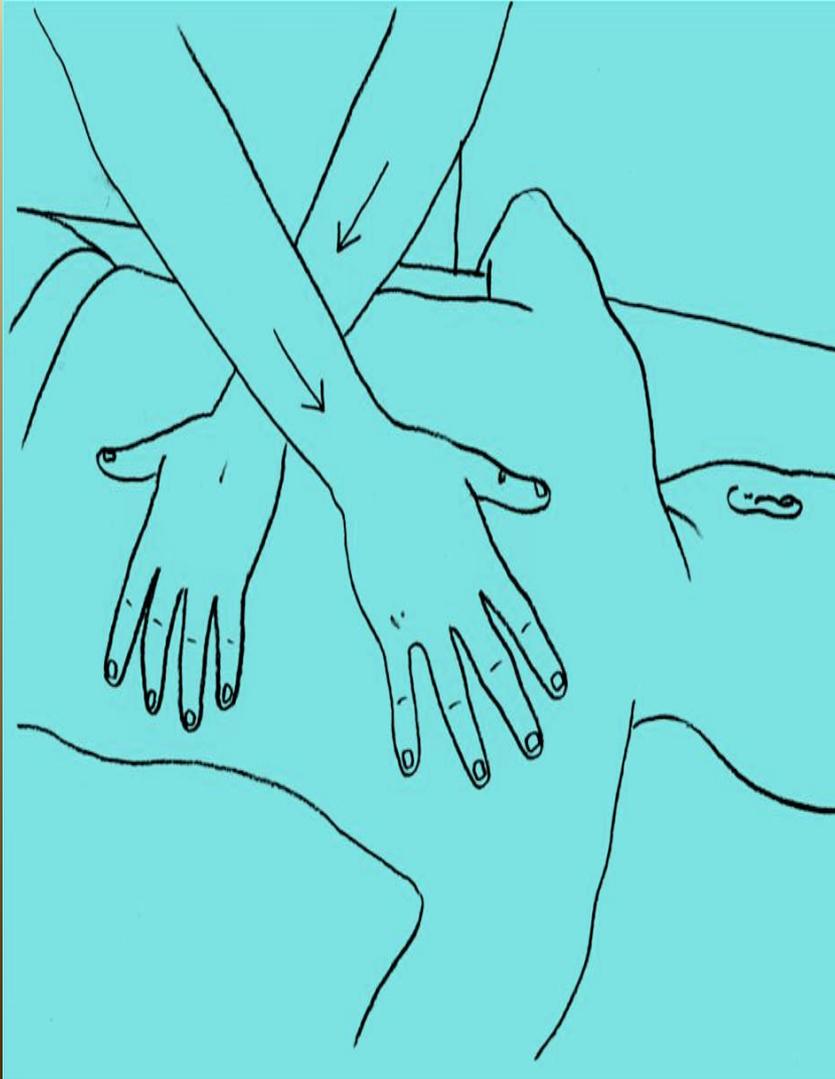
Cambio de las estructuras del tejido conectivo por medio de las Aplicaciones técnicas de manipulación o corrección.

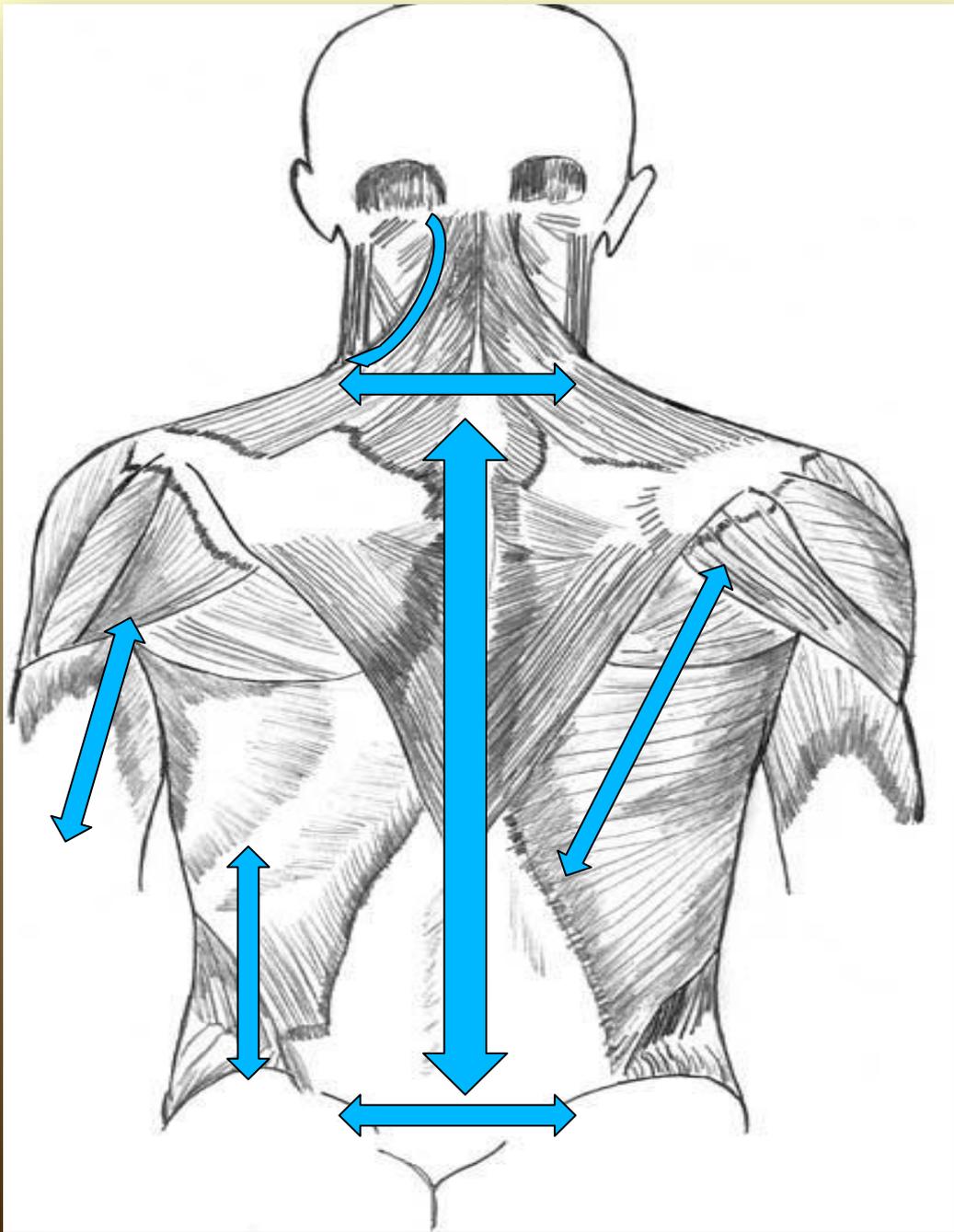
Mejorar la respuesta del, sistema nervios S.N.C. y S.N.A, mejorando la respuesta autoinmune local y sistémica.

Conseguir un estado general, regional o local de relajación y bien estar.

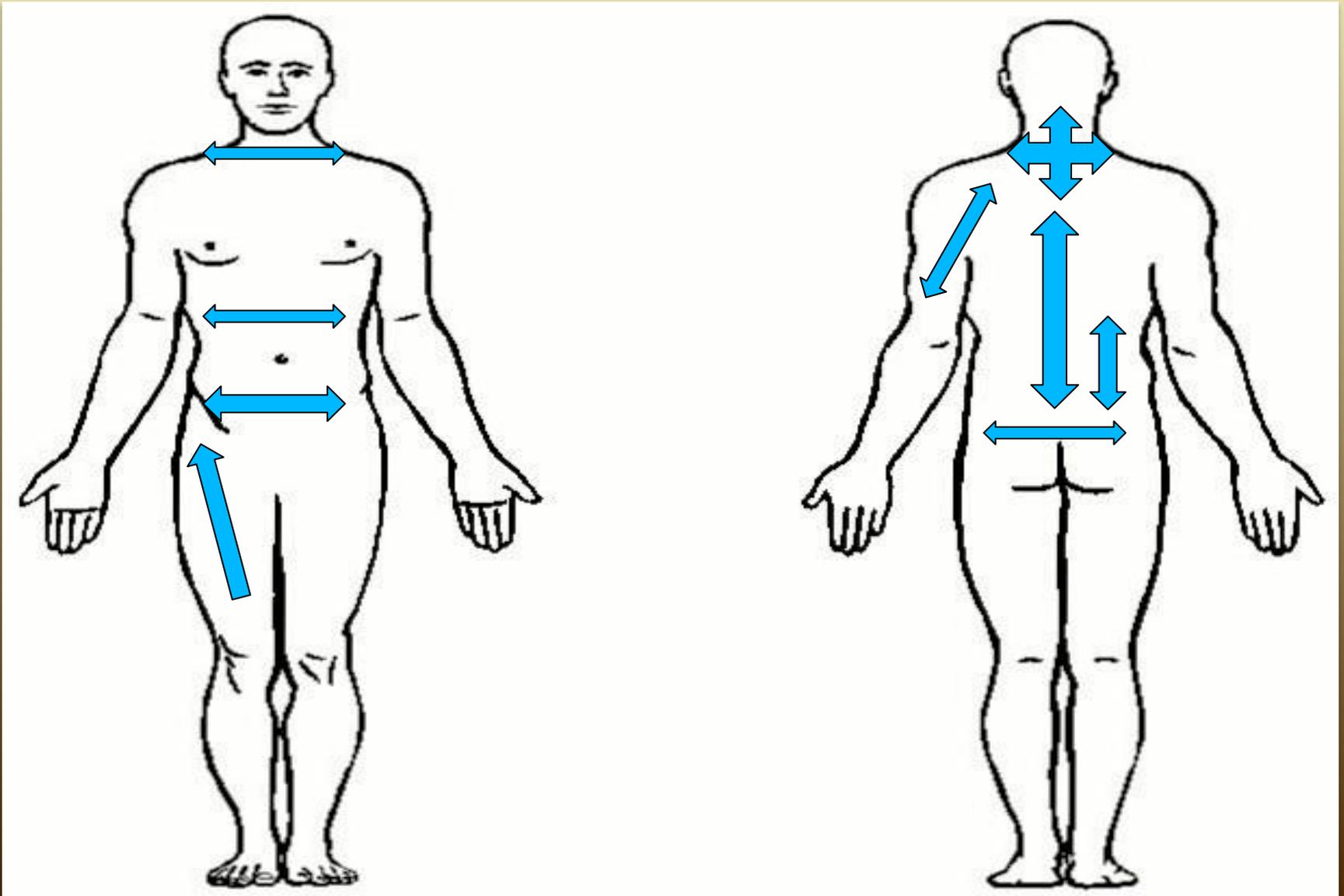
Lograr un estado general, regional o local de estimulación tónica.

Técnicas Miofascial.





Dirección de la aplicación Miofascial



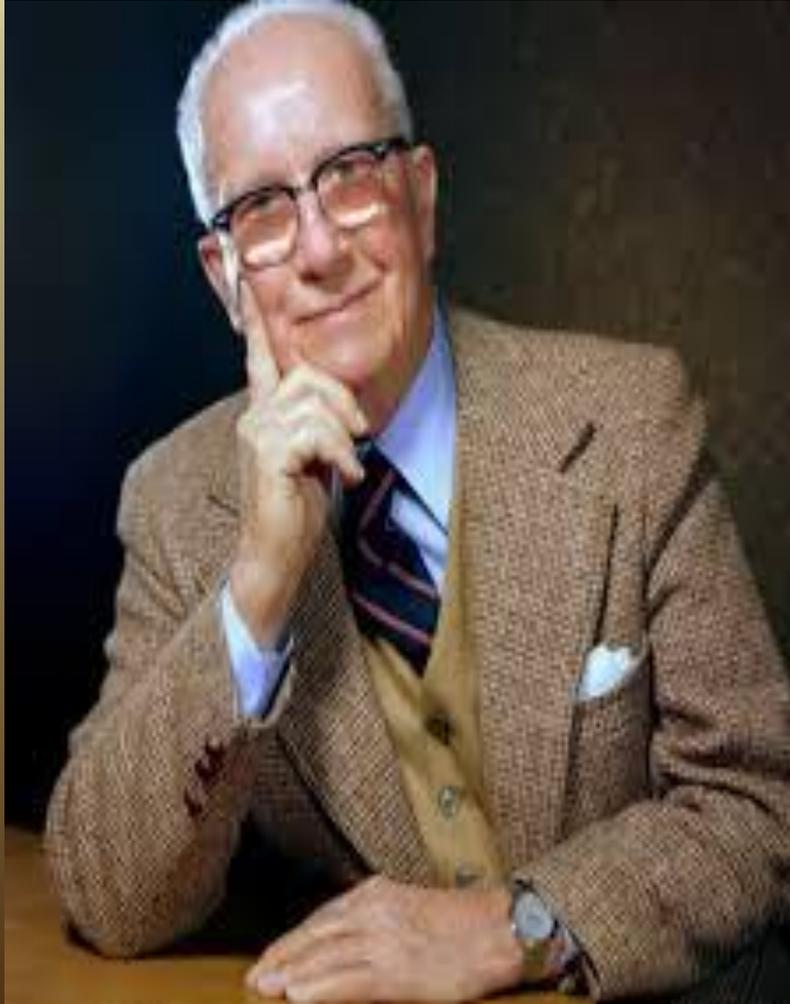
Tensegridad

Tensegridad

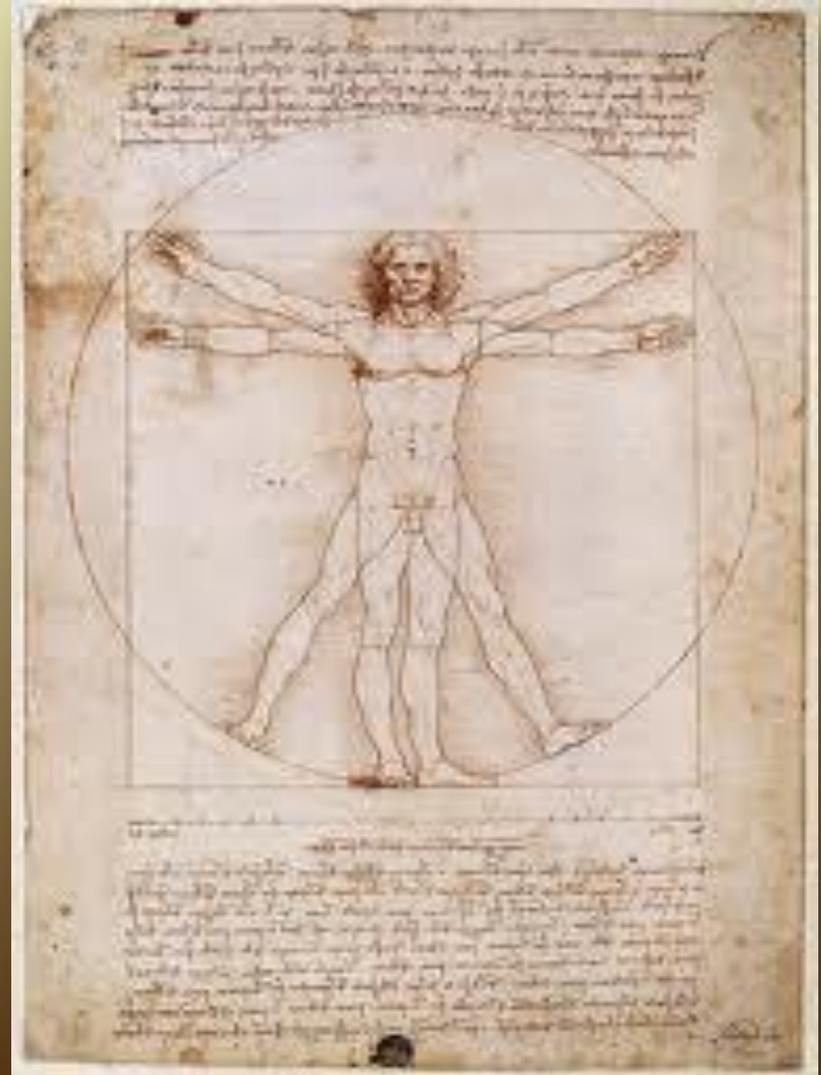
Este concepto de Tensegridad fue desarrollado y creado por el arquitecto visionario Estadounidense Richard Buckminster Fuller, creador de Domos gigantes y el Primer Teórico de la Tensegridad.

- Tensión Continua, Compresión Discontinua.
- El aporte de este concepto en la Práctica de la Manualidades, tanto en la Osteopatía como en la Manualidad de tejido conectivo y Fascial la interconexión de las estructuras celulares permite comprender en mejor medida las respuestas a los diferentes estímulos provocados desde el externo.

Richard Buckminster Fuller. Creador de Domos



Tensegridad en nuestro cuerpo

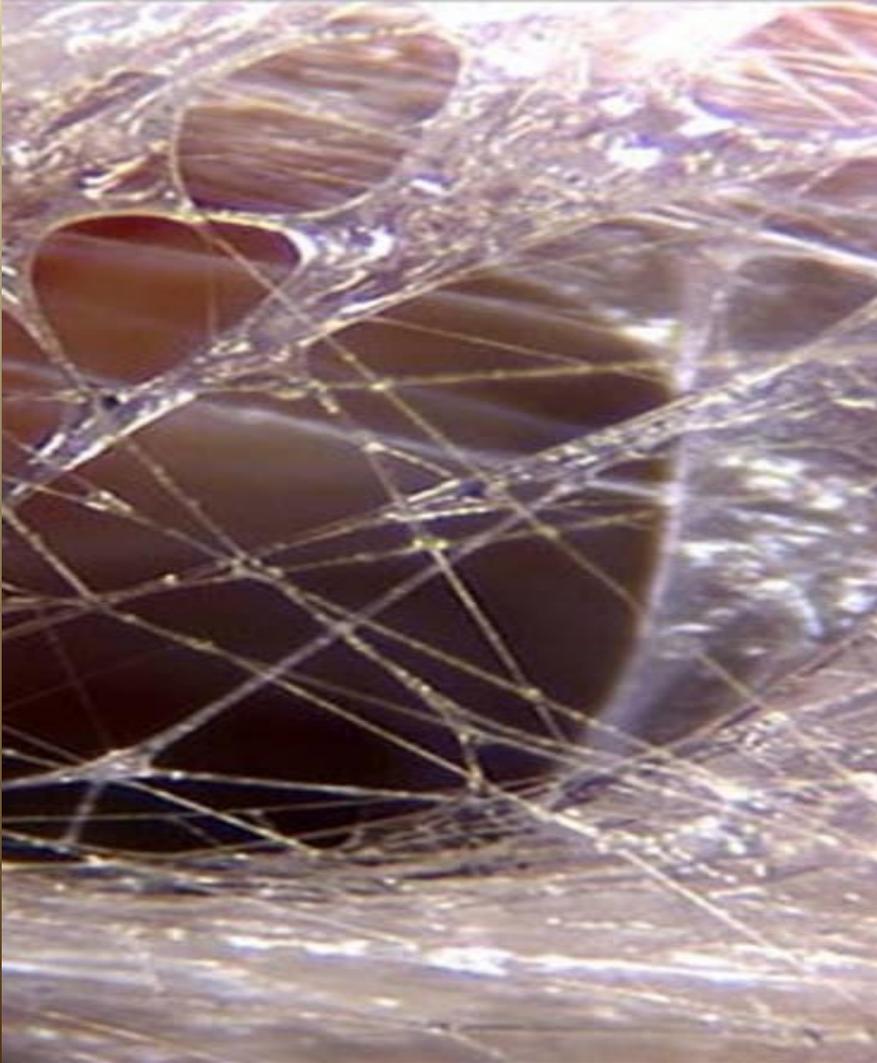


Tensegridad



- *Podemos decir que;*
- *La Tensegridad Celular tiene una relación directa con la Matriz Extracelular las propiedades intracelulares bioquímicas, estructurales condicionaran el mantenimiento de la forma celular además de la tensión intracelular.*

Tenseguridad de las fascias.



Presiones.

Presiones.

Este tipo de manualidad enfocada a realizar una compresión por un tiempo determinado sobre los vientres musculares, para que de esta forma se produzca una inhibición en las fibras musculares, liberando las envolturas fasciales y obteniendo un mejor flujo circulatorio, Drenatorio.

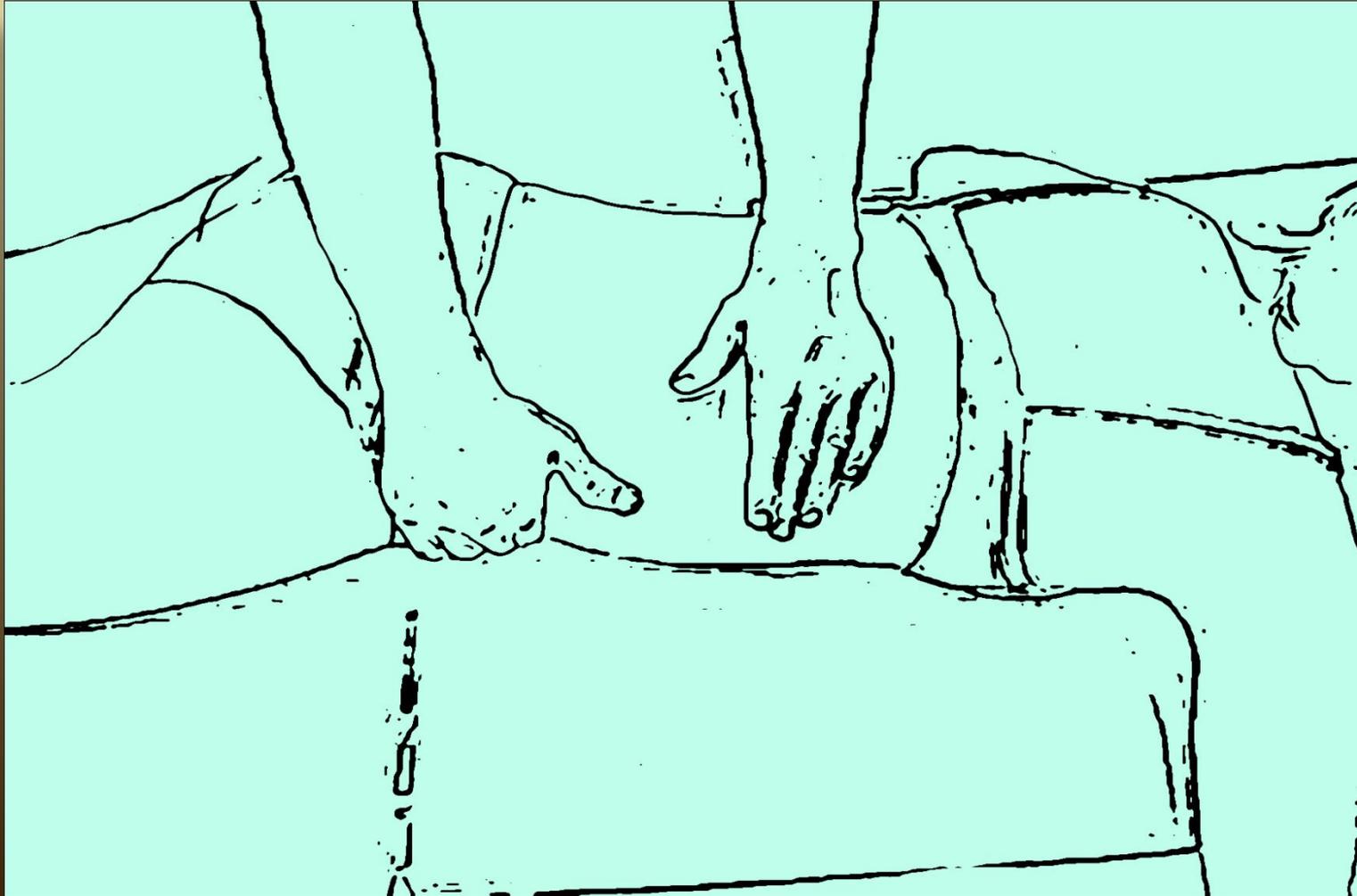
¿Cómo, se realiza las Presiones?

- **La ejecución de estas manualidades es :**
- **Con los brazos totalmente estirados a fin de poder transmitir a través de estos, todo el peso del cuerpo hacia las manos en las zona de las eminencias tenar e hipoténar.**
- **Se puede realizar también, otra variante con las manos en rotación de manera unilateral o bilateral en la fase de presión consiguiendo además mayor estiramiento.**

Presiones contrariadas.

- **Esta manualidad consiste en un punto fijo y otro móvil, una mano mantiene una presión y la otra realiza un desplazamiento en sentido contrario.**
- **Esta manualidad tiene un buen efecto en la preparación del trabajo correctivo en especial cuando se realiza, en la musculatura de la espalda.**

Técnica de stretching dorsal en rotación



Vibraciones.

- ***Nuestra cito arquitectura está hecha de nuestros sentimientos y si esta matriz fundamental esta desorganizada, los instrumentos de manifestación, sus acciones, la fisiología, la vida, se trastornan: afecta los pensamientos, la orientación espacial, la coordinación, la percepción, la capacidad de relacionarse, empatizar, conocer y comprender.***

***La capacidad de amar
es un recuerdo neurofisiológico.***

Técnicas Miotensivas tipo Kabat.

Técnicas Miotensivas tipo Kabat.

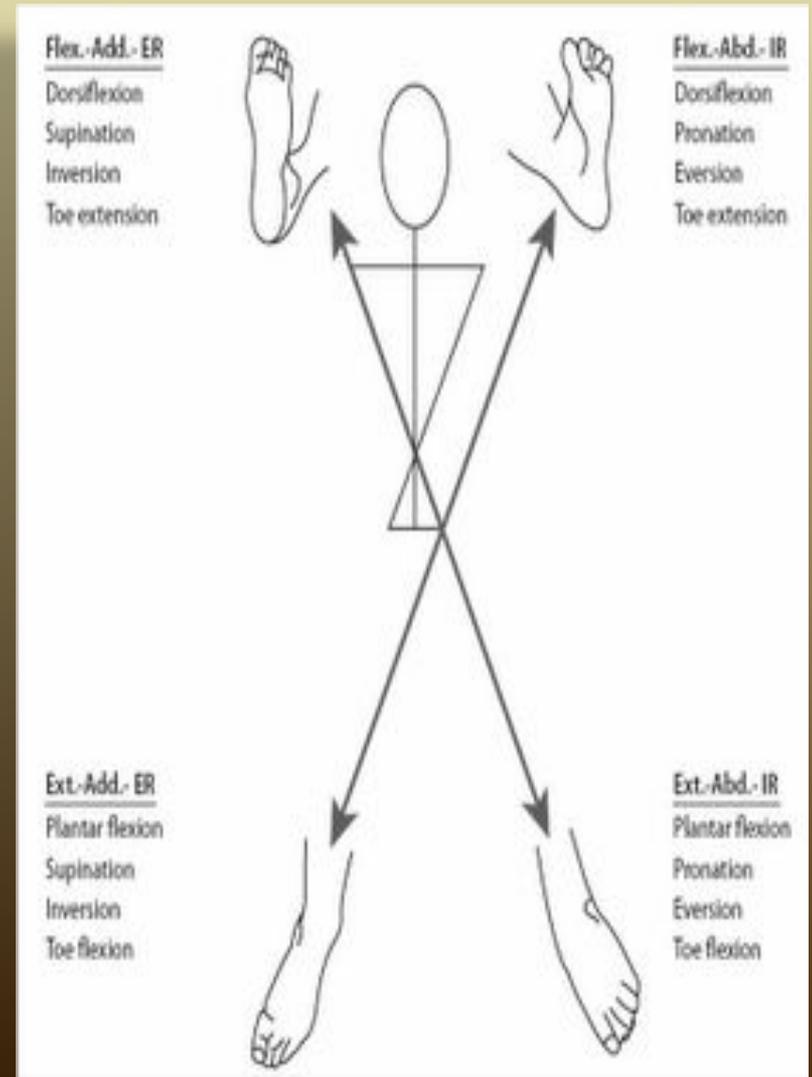
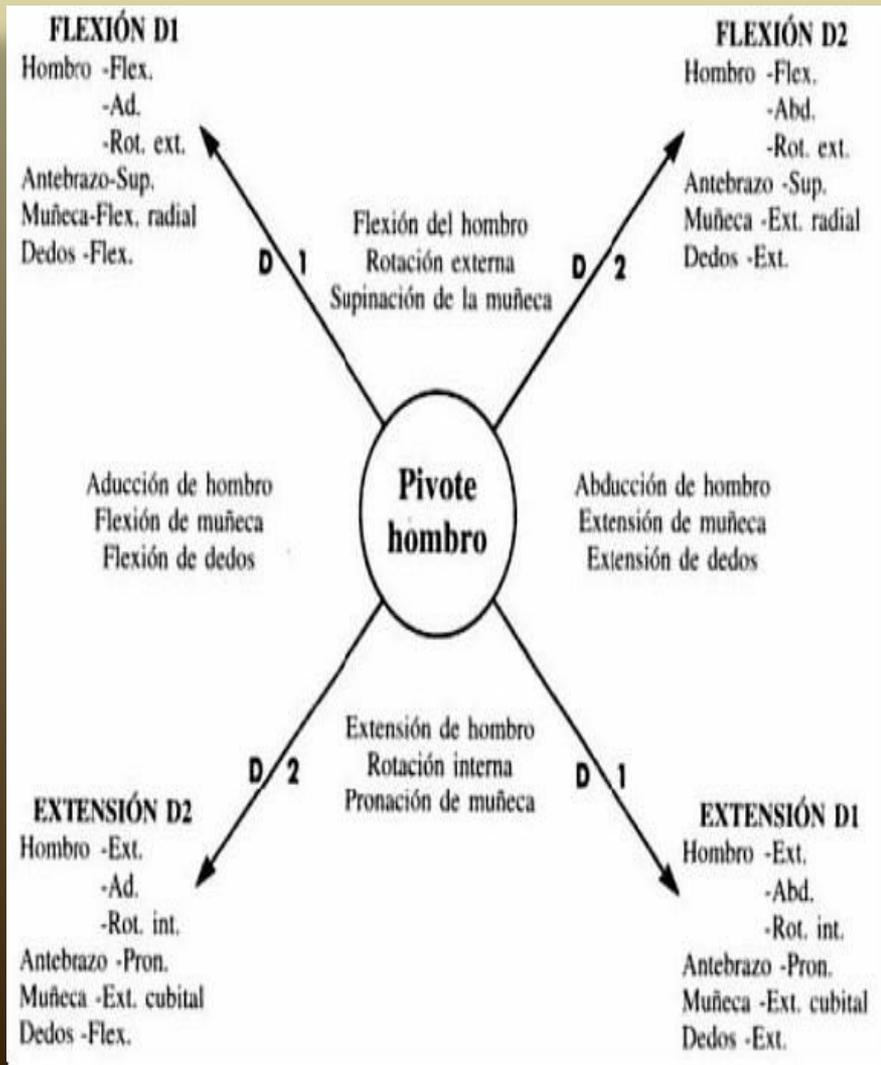
Concepto F.N.P.

- **La facilitación neuropropioceptiva se relaciona con las respuestas de los mecanismos neuromusculares.**
- **El mecanismo neuromuscular normal se integra y adquiere eficiencia sin que tenga conciencia de la acción muscular, de la actividad refleja ni de una variedad de reacciones neurofisiológicas.**
- **En cambio un mecanismo neuromuscular deficiente no está en condiciones de hacer frente a las demandas de la vida y esto se relaciona con el grado de deficiencia la respuesta estará limitada al desarrollo de un trauma o lesión en el SNC.**

Técnicas Miotensivas tipo Kabat.

- **Definición**
- **La técnica de facilitación neuro Propioceptiva es un método que, se emplea para establecer demandas específicas con la finalidad de obtener las respuestas deseadas.**
- **Facilitación**
- **Promover o acelerar cualquier proceso natural, o sea lo contrario de inhibir, específicamente es el efecto que realiza en el tejido nervioso el paso de un impulso.**

Diagrama de Kabat.



Estiramiento analítico funcional.





“Cuando podemos comprender la raíz de nuestros conflictos, cuando cambiamos nuestra actitud hacia la vida, cuando consagramos todas las cosas a la vida, entonces el estrés patológico se acaba y se renueva el sistema inmune”.

“La terapia ideal es un cambio de actitud”

Estiramiento o Elastificaciones

Estiramiento o Elastificaciones.



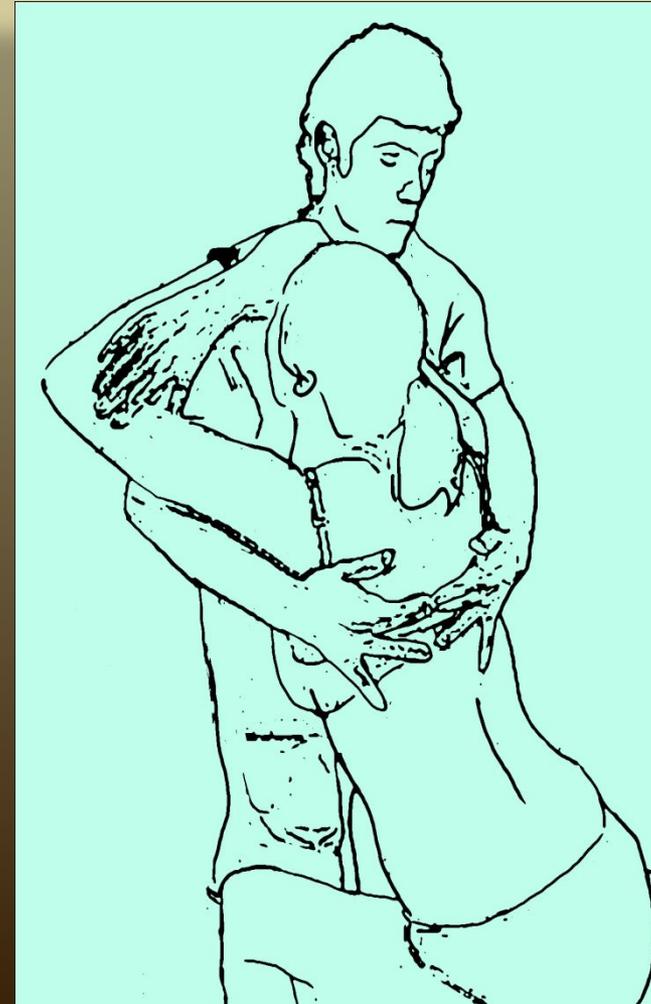
- *La elasticidad o estiramiento mantiene o mejora la flexibilidad por medio de una acción de alargamiento y de tracción.*

Estiramientos

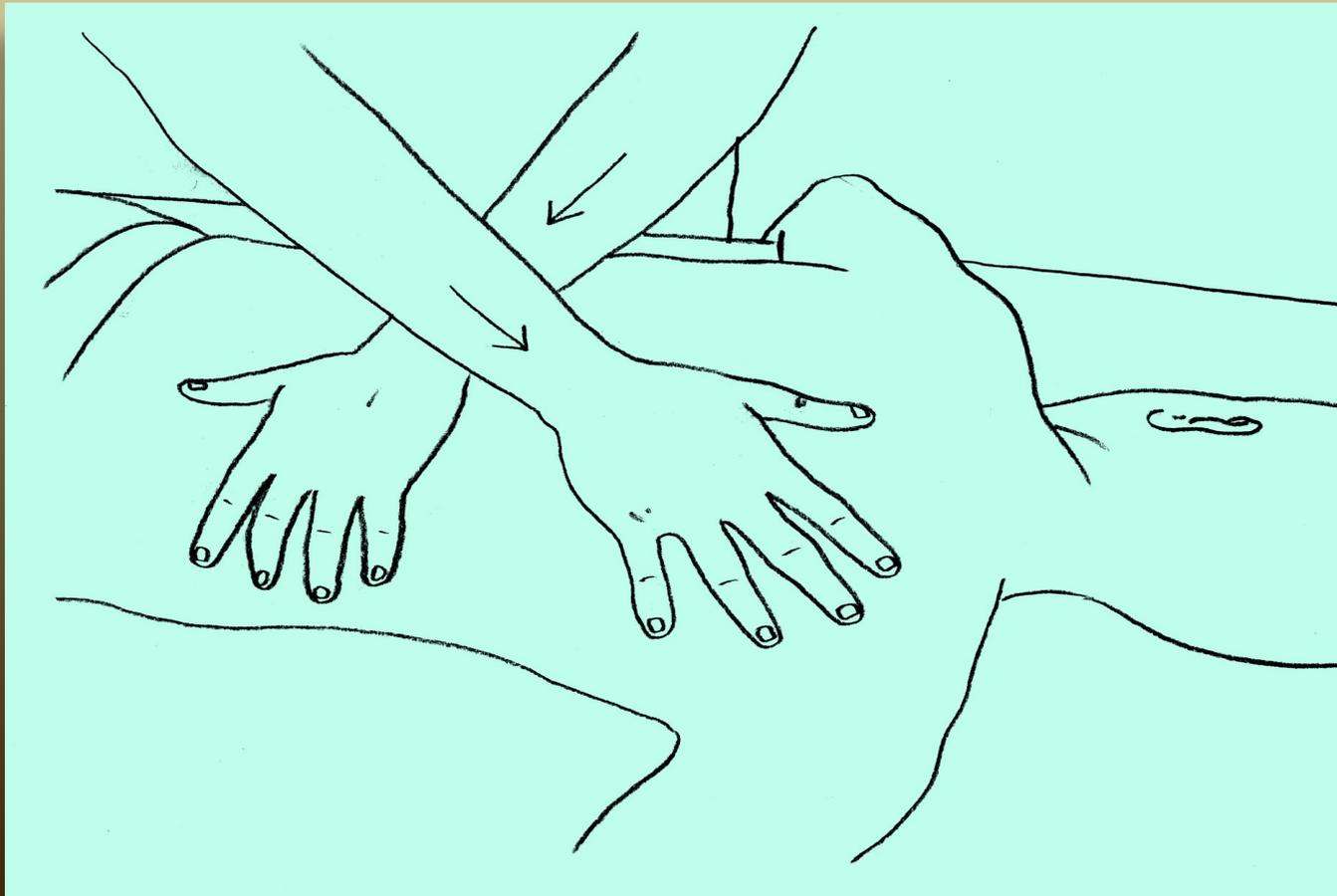
En este tipo de Manualidad busca mejorar la calidad de plasticidad del tejido conectivo y la respuesta del sistema nervioso, evitando en ella una respuesta de defensa, debido a los mecanismos propioceptores, por esto las maniobras, tienen que ir en un sentido específico.

- ✓ *Podemos realizar manualidades Estiramientos*
- ✓ *Contrariados.*
- ✓ *Longitudinales.*
- ✓ *Variados.*

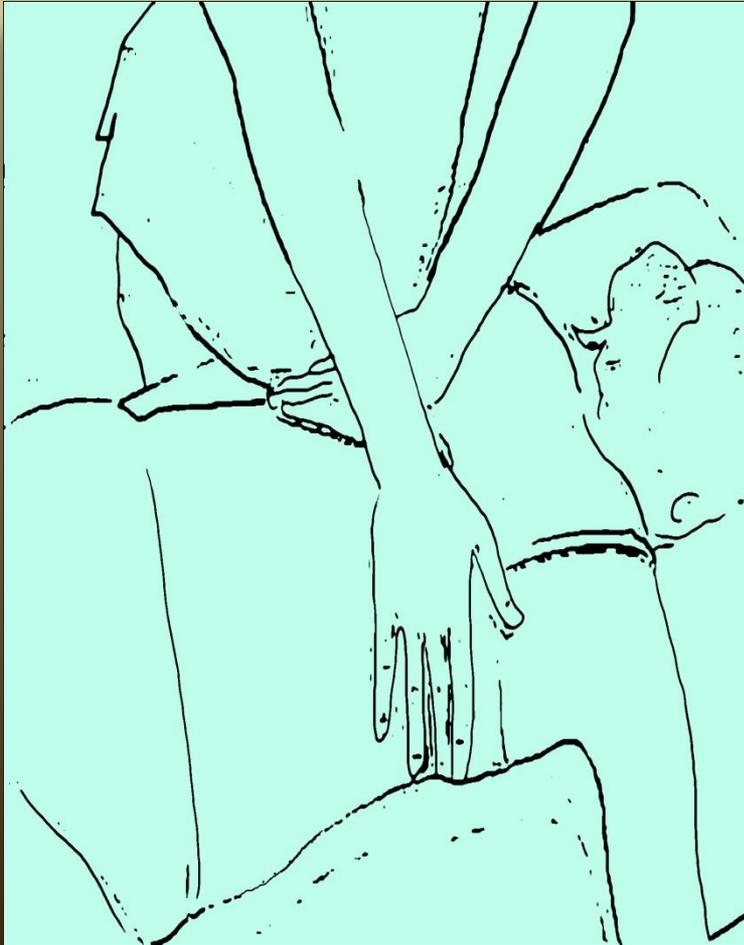
Técnica de Stretching en extensión para una lesión en cifosis



Técnica miofascial de manos Cruzadas para los espinales



Técnica articular de pisiformes cruzados

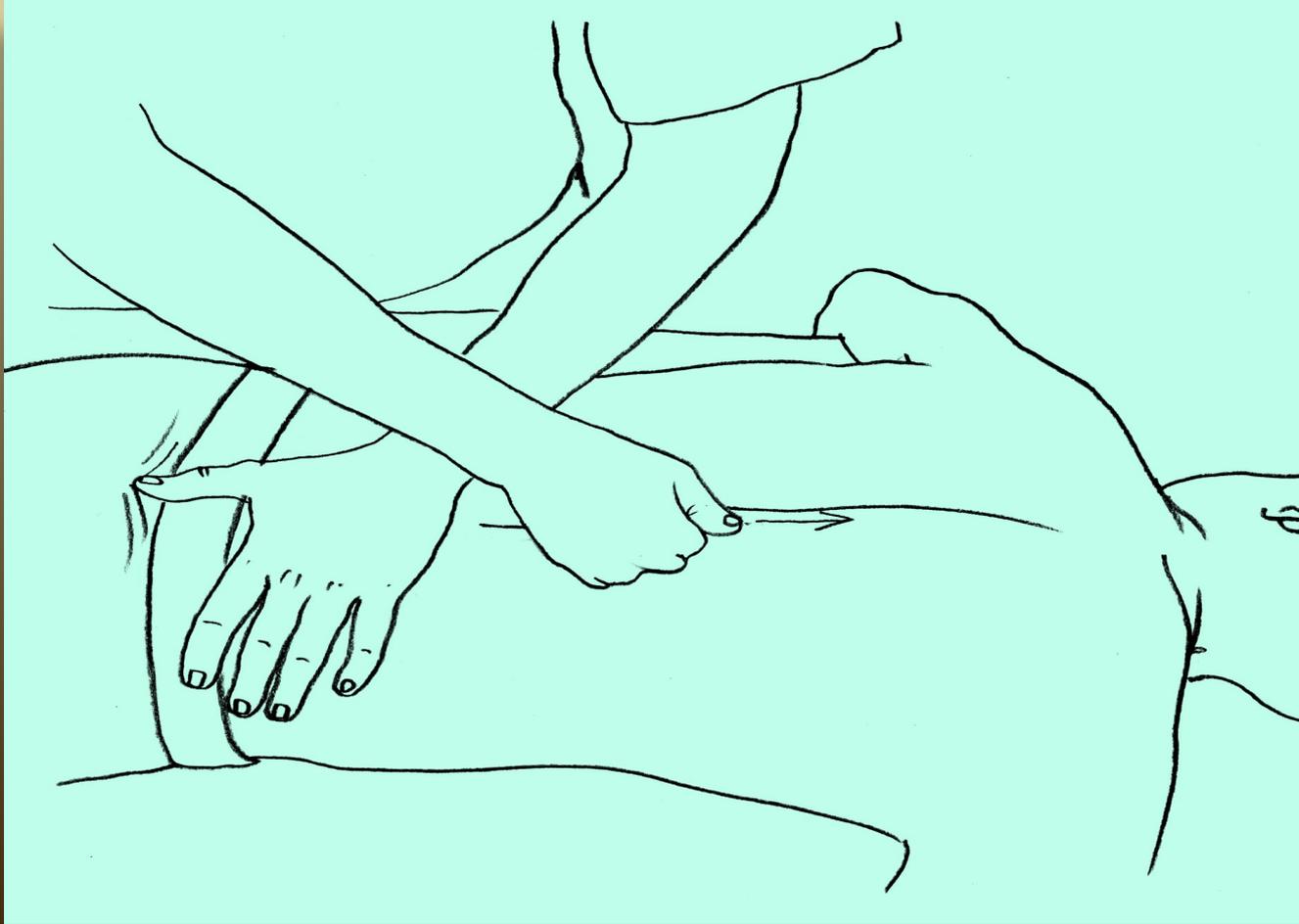




- **El sentimiento es el principio organizador central de la conducta humana.**
- **Su huella está en todas partes, en las hormonas, los neurotransmisores, etc.**

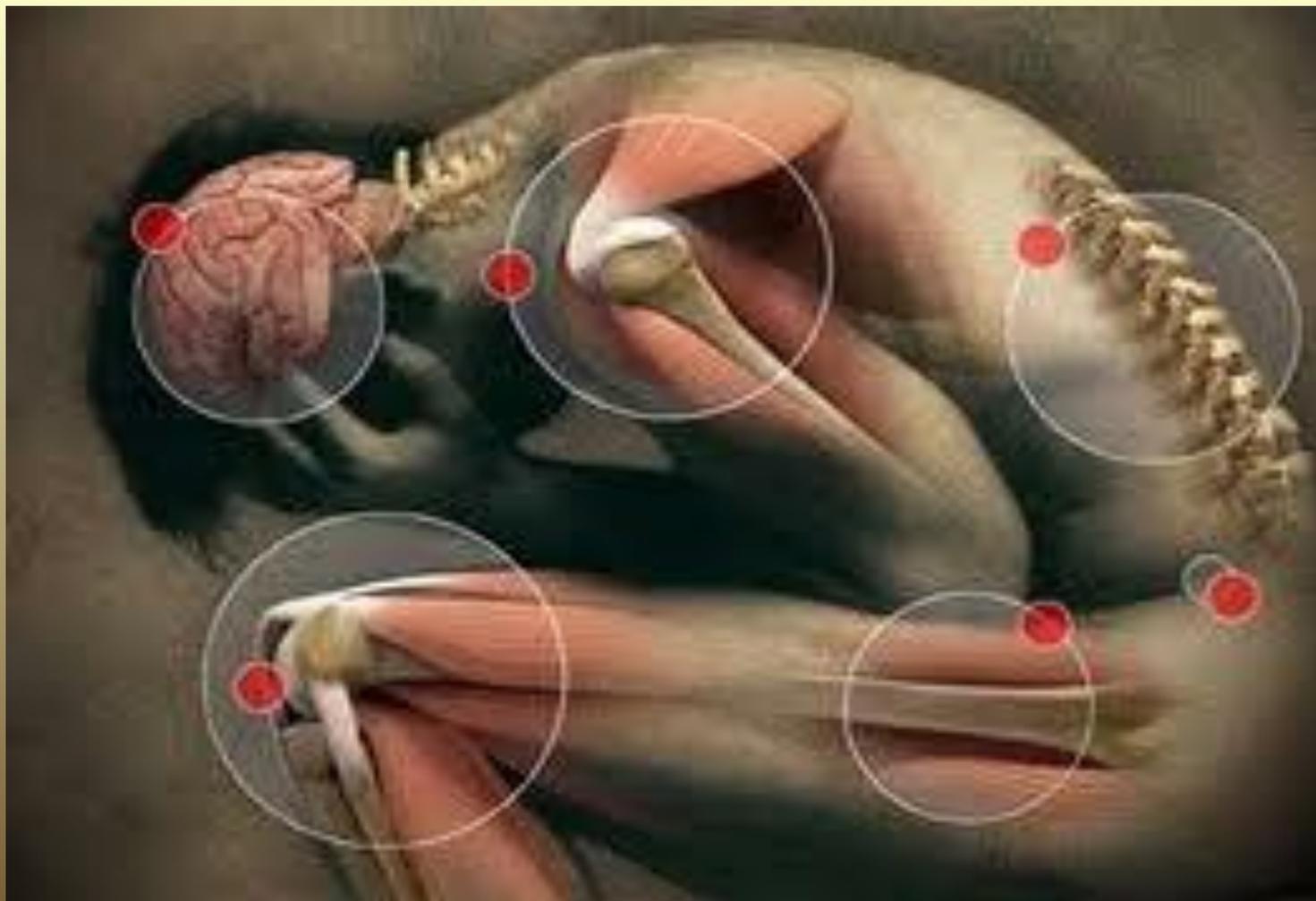
Técnicas y Manualidades en el tratamiento de los tejidos blandos.

Técnica neuromuscular de los espinales



Técnicas y Manualidades en el tratamiento de los tejidos blandos.

Técnica de inhibición Jones.



El Dolor nos incapacita de movernos

Breve reseña histórica

- ***Lawrence H. Jones Doctor en Osteopatía desarrollo esta técnica después de 40 años de ejercicio profesional publicando su obra titulada * Strain and Counterstrain* sus amplias e interesantes experiencias en el tratamiento de la disfunción articular.***
- ***Jones desarrolla este método hasta darse cuenta de que era mucho más productivo buscar posiciones de tensión mínima del lado anormalmente tenso, conoce y comenta sus teorías y experiencias con T.J. Rudy, quien había desarrollado un método eficaz para tratar las disfunciones articular a través de técnicas musculares resistidas rápidas con ganancias articular en la fase de reposo que denomino *RESISTIVE DUCTION****

Lawrence Jones



- *Lawrence H. Jones Doctor en Osteopatía desarrollo esta técnica después de 40 años de ejercicio profesional publicando su obra titulada.*
- *** Strain and Counterstrain* sus amplias e interesantes experiencias en el tratamiento de la disfunción articular.**

Tensión y contra tensión.

- Según Jones, se trata de aliviar el dolor articular o vertebral emplazando progresivamente la articulación en su posición de máximo confort, es decir en la mínima tensión Miofasciales.
- ***En realidad se trata de un trabajo sobre los mecanismos propioceptores inhibiendo la acción de cualquiera de estos microprocesadores periféricos del cuerpo.***

Tensión y contra tensión.

- Pues bien, son los propioceptores los elementos que envían mayor cantidad de información periférica hacia el ordenador central (el cerebro).
- ***Esta irritación permanente de los propioceptores pueden detenerse por dos mecanismos básicos; uno es el de inhibición y el otro por Hiper estimulación, este ultimo fuerza al S.N.C. a disminuir de inmediato la actividad de las neuronas gamma del huso muscular.***

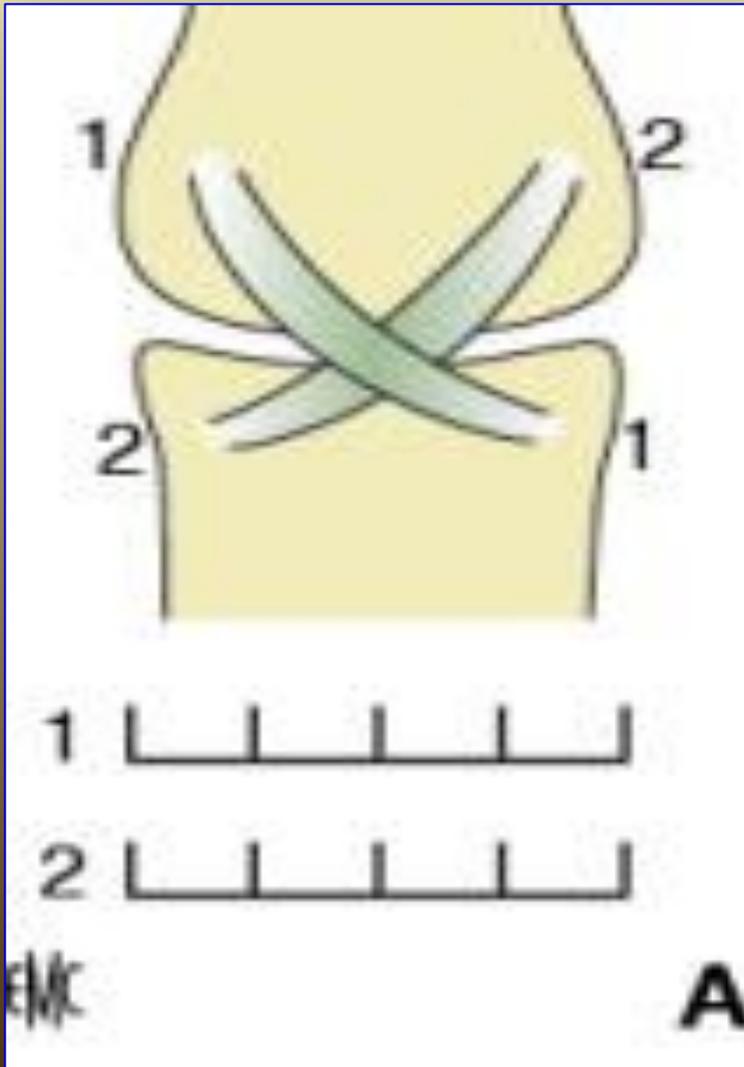
Teorías de Jones

- *En las teorías de Jones se utilizan los términos contrarios de tensión y contra tensión; en el primero se trataría de definir un estado en el que los tendones, músculos , fascias, ligamentos, capsula articular, etc.*
- *Han intentado ser exageradamente distendidos provocando una reacción refleja neuromuscular.*

Teorías de Jones

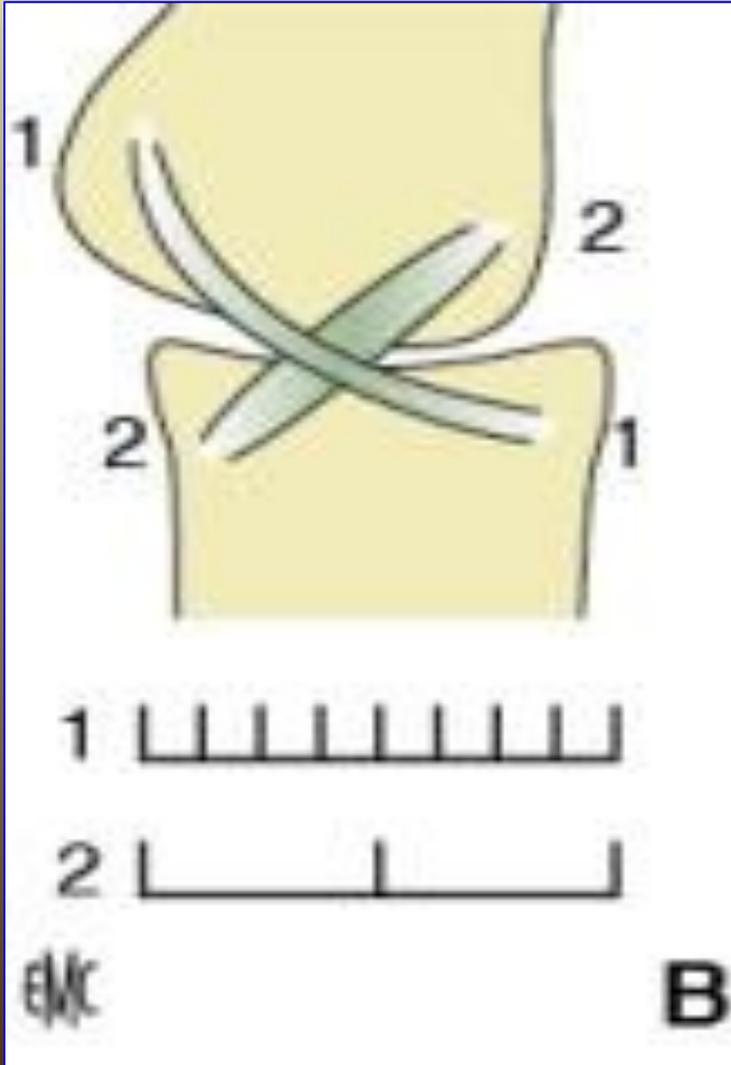
- **El dolor desaparece al cesar el mecanismo de distensión sin embargo se ha puesto en funcionamiento una fuente de irritación continua dado el carácter inadaptativo de los propioceptores que pueden llegar a significar la formación de un circuito autoalimentado.**
- *El cual por medio del acortamiento por tensión de los tejidos implicados puede cada vez que estos intenten ser estirados, aumentar el cuadro doloroso e incluso que no exista estiramiento, es capaz de seguir emitiendo mensajes de tensión.*
- *La contra tensión significaría regresar a la posición previa a la lesión y realizar el esquema de vuelta a la posición neutra de forma conveniente.*

Técnica de Jones



- *Esta posición nuestra la postural normal en descanso, el equilibrio capsulo ligamentoso como Miofasciales Para 1 1 y 2 2 (agonistas y antagonistas).*
- *Neurológicamente la información inicial que se transmite 1 1 y 2 2 hacia la medula espinal son bastante parecidas.*

Técnica de Jones



- **1 1 pone en funcionamiento el reflejo propio del cuerpo como protección del musculo estirado. 2 2 se estira de manera inesperada e intensa se trata de un reflejo de protección organizado por las fibras en saco.**

Presión de los puntos Sensibles.

- La aplicación de la presión sobre los puntos sensibles de las estructuras musculotendinosas a diferencia de los trigger point que producen irradiación esta solo es localizado.
- Esta técnica puede ser aplicada en toda disfunción neuromuscular, esta disfunción está relacionada con el trastorno cualitativo, cuantitativo de la movilidad.
- El trastorno de la movilidad influye además en diferentes niveles.

La falta de movilidad.

- Desde el punto de vista Macro biomecánico.
- Osteocinesia, artrocinesia.
- Cadenas Miofascial.
- Circulación Macroscópica (la hemodinámica de los grandes vasos por ejemplo, los vasos de agujero del escaleno)
- Tensión en el interior de la fascia neuronal.

La falta de movilidad.

Desde el punto de vista Micro biomecánica.

- *Tensión en el ámbito de los tejidos (pequeños vasos sanguíneos, nervios, equilibrio de los iones, etc.).*

La falta de movilidad.

- Como podemos observar, la falta de movilidad trae consigo una serie de desequilibrios tanto; interno como externo.
- ***Por esto debemos de proceder con una visión integradora, a la hora de tratar a las personas, no de forma parcelada, ya que el ser humano es emoción.***

Pautas de aplicación de la Técnica de Jones.

- Debemos tener presente ;
- Que la aplicación de la presión siempre es de 90 segundos.
- Debemos de realizar una presión mantenida suave, durante la comprensión de (flexión*rotación*comprensión)
- El retorno a la posición se debe de llevar de manera suave evitando un reflejo defensivo.

Técnicas de inhibiciones Jones.

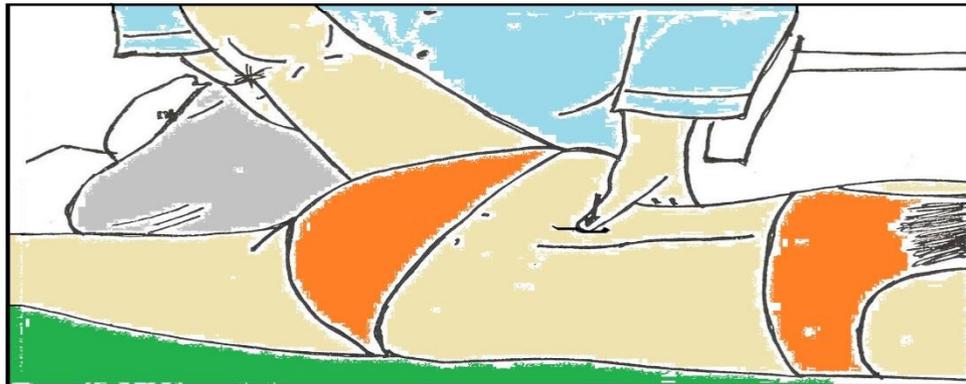
TRATAMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS.

Va dirigido a relajar los ligamentos y músculos más afectados, aplicando técnicas de Jones, vibraciones, técnicas de Kabatt , masaje, etc.

A continuación paso a especificar algunas de ellas :

INHIBICIÓN DE LOS LIGAMENTOS ILIOLUMBARES :

Se realiza por técnica de Jones, manteniendo la presión sobre el ligamento durante 90 seg. en el máximo confort para el músculo y en la posición de la palanca que ceda la tensión.



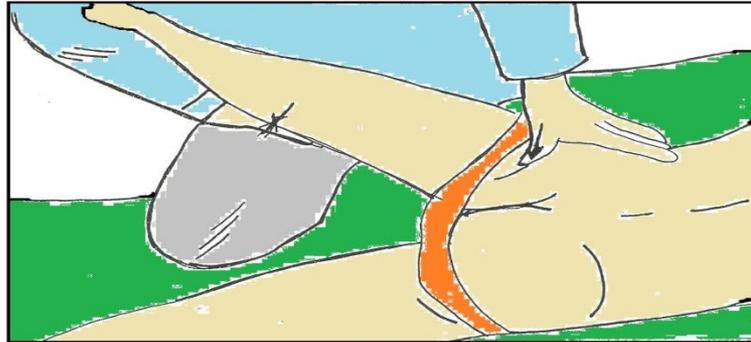
Técnicas de inhibiciones Jones.

-INHIBICIÓN DEL SACROCIÁTICO MENOR :



Técnicas de inhibiciones Jones.

INHIBICIÓN DEL SACROCIÁCO MAYOR: (INSERCIÓN SACRA).



Técnicas y Manualidades en el tratamiento de los tejidos blandos.

Trigger Point Manual.

Janet G. Travell . M.D.

David G. Simons .M.D.

Breve Historia

David G. Simons .M.D.

- *Nativo de Lancaster, Pennsylvania, EE.UU., Simons provenía de una familia de médicos. Su padre, Sam, y sus tíos Ike y Jhon, todos ellos médicos, administraban la Clínica Médica Simons en la calle Duque de Lancaster. Su hermano Will, un dentista, también ejercía su profesión en la clínica. Simons completó sus estudios en el Franklin and Marshall College en Lancaster, luego entró en el Jefferson Medical College en Filadelfia y realizó una pasantía de 15 meses de rotación en el Hospital General de Lancaster. Su padre también había asistido a la universidad médica de Jefferson, por lo que se daba por supuesto que David G. Simons (M.D.) se uniría a la clínica de la familia.*

Breve Historia

David G. Simons .M.D.

- ***Simons había recibido apoyo para su educación a través del Programa de Entrenamiento de Especialistas del Ejército, cumpliendo con dos años de servicio obligatorio una vez que terminó su internado. De joven, pasó una gran cantidad de tiempo con Hiram Walker, un estudiante de tiempo parcial en el Franklin and Marshall College que trabajó como técnico médico en la clínica médica de su familia. Walker era radioaficionado, e infundió una gran fascinación por la radio y la electrónica en el joven Simons. A pesar de su pesada carga de cursos en el Jefferson Medical College y las exigencias de su pasantía, encontró tiempo para aprender el código Morse con un ojo puesto en obtener su propia licencia de operador de radio. En ese momento, sin embargo, el uso de radios de aficionados fue prohibido debido al estallido de la Segunda Guerra Mundial. Más tarde, Simons obtuvo el permiso correspondiente para instalar una estación de radio en el Hospital de Lancaster. También en su tiempo libre se dedicó al estudio de la astronomía.***

Breve Historia

David G. Simons .M.D.

- *Simons se retiró de la Fuerza Aérea en 1965 como teniente coronel y dirigió su atención a otra línea de investigación - el diagnóstico y tratamiento del dolor miofascial.*
- *Es co-autor de "The Trigger Point Manual", el primer libro de texto definitivo sobre el diagnóstico y tratamiento del dolor miofascial. Simons fue asimismo autor de más de 200 publicaciones sobre dicha temática y se convirtió en una autoridad reconocida internacionalmente en la materia.*

Breve Historia

David G. Simons .M.D.

- Fue introducido al Salón de la Fama Internacional del Espacio en Alamogordo, Nuevo México, en 1987, momento en el cual quien esto escribe tuvo el honor de conocerlo. No se durmió en los laureles y estaba más interesado en ser reconocido por sus investigaciones actuales en el tratamiento del dolor crónico, que en sus pasadas contribuciones a la exploración espacial. Veinte años después, nuestros caminos se cruzaron de nuevo en la celebración del 50 aniversario de Manhigh II, que se celebró en Crosby. En la ceremonia que tuvo lugar el día del aniversario, su discurso se titulaba "El Mensajero no es el mensaje". Simons trató de restar importancia a su propio papel en Manhigh y en su lugar hizo hincapié en la ciencia y el conocimiento que se adquirió. Sin embargo, si no fuera por su perspicacia, valor personal y compromiso con la investigación, los resultados científicos no se habría logrado.***

Breve Historia

David G. Simons .M.D.

- *Simons nunca se retiró del todo. En el momento de su muerte, vivía en Covington, Georgia, EE.UU., siendo profesor en la Universidad de Emory y Profesor Adjunto en la Universidad de San Agustín.*
- *También se encontraba ocupado en la última revisión de "The Trigger Point Manual".*

Breve Historia

David G. Simons .M.D.

- *Gran parte de la investigación efectuada acerca del fenómeno de los puntos gatillo mucha de la cual se describe en este primer edition de Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual, Volume 1: upper half of the body, de Travell y Simons (1983a), editado por Williams and Wilkins.*
- *En la segunda edición del volumen 1 del Trigger point manual, publicada en 1998, Simons et al. se basaron en las investigaciones más recientes para modificar no sólo los conceptos relativos al fundamento teórico de la formación de los puntos gatillo, sino asimismo los protocolos de tratamiento más útiles.*

Breve Historia
David G. Simons .M.D.



Breve Historia

David G. Simons .M.D.



Breve Historia Janet Graeme Travell

- ***Janet Graeme Travell, MD fue un médico estadounidense e investigador médico. Nació en 1901 a Willard y Janet Travell Davidson. Fuertemente influenciado por la profesión de su padre, del médico, Travell tomó la decisión de seguir una carrera en el campo de la medicina.***
- ***En 1929, se casó con Janet WG John Powell, que era un asesor de inversiones. Su matrimonio tuvo dos hijas, Janet y Virginia.***
- ***A la edad de 95, Travell murió de paro cardíaco en su casa de Northampton, Massachusetts.***

***Breve Historia
Janet Graeme Travell***

- ***Ella es recordada como médico personal del presidente John F. Kennedy.***

Y un investigador del concepto de los puntos gatillo como causa de musculoesquelético dolor referido.

Breve Historia Janet Graeme Travell

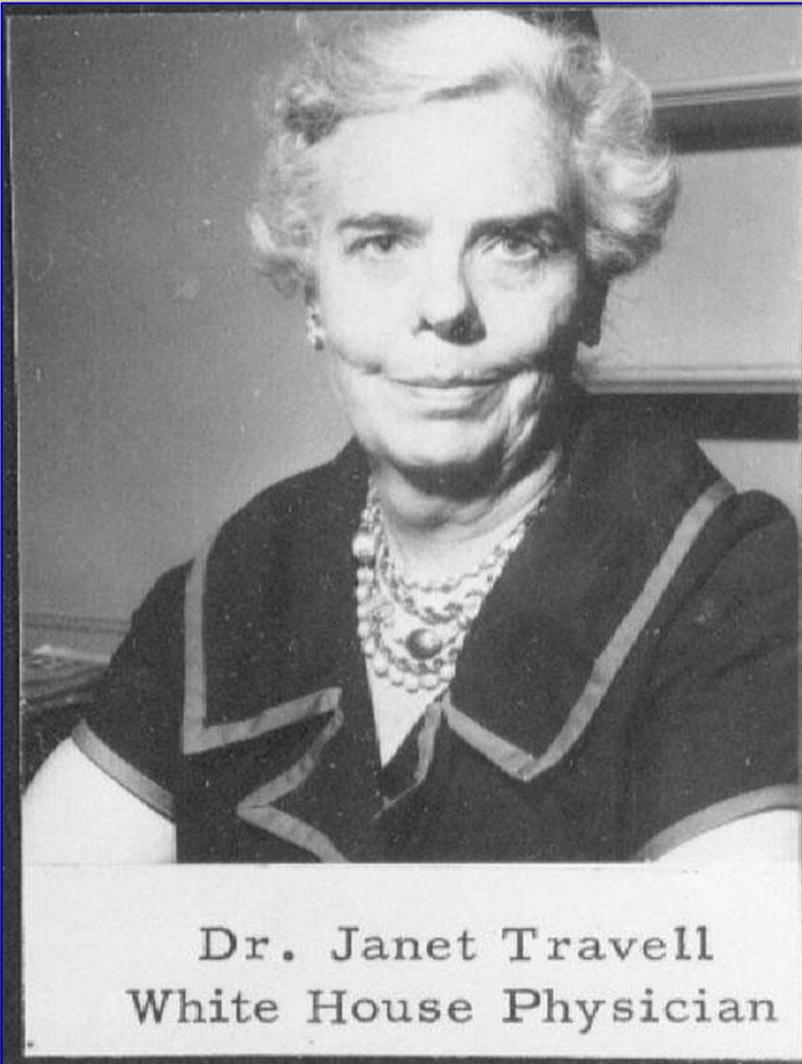
- *Su investigación produjo nuevas técnicas anestésicas para el tratamiento de los espasmos musculares de espalda dolorosa que, resultó un gran éxito entre los pacientes.*
- *Técnicas de Travell incluyen el uso de una inyección de procaína local y aerosoles vapocoolant para, aliviar el dolor.*
- *Los aerosoles son todavía populares en tratamientos de medicina del deporte en la actualidad.*

Breve Historia

Janet Graeme Travell

- *Era su éxito con el alivio del dolor músculo esquelético que resultó en Travell ser la primera mujer médico personal del Presidente. Travell fue llamado por el cirujano ortopédico personal del senador John F. Kennedy para ayudar en tratamientos para el dolor de espalda. Kennedy sufría de terribles dolores resultantes de cirugías de espalda invasivos relacionados con las lesiones sufridas durante la Segunda Guerra Mundial.*
- *Cuando Kennedy ganó la carrera presidencial en 1960, le nombró su médico personal.*
- *Sus tratamientos incluyen el uso de una silla mecedora para ayudar a aliviar el dolor, lo que condujo a la popularización de la pieza de mobiliario entre los estadounidenses.*
- *Ella continuó sirviendo como médico personal del Presidente, cuando fue elegido Lyndon B. Johnson, pero decidió dejar la Casa Blanca en 1965.*

Janet Graeme Travell

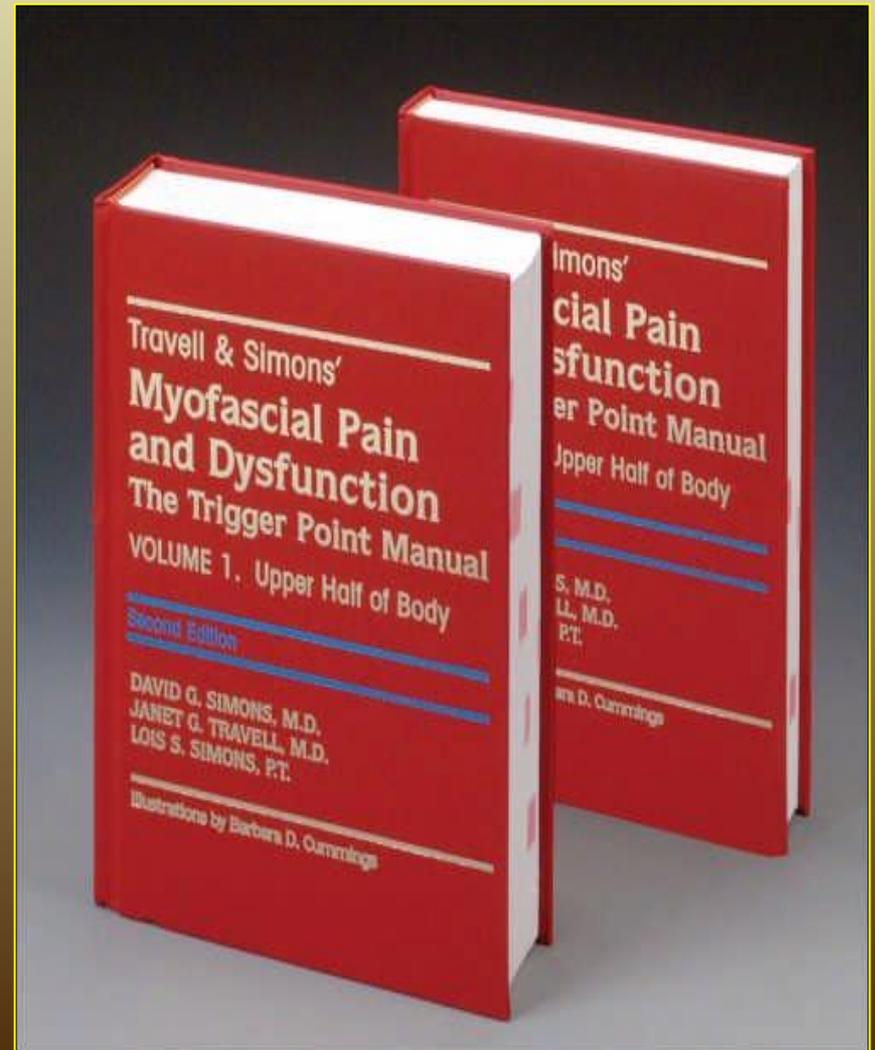


- *"He vivido en un mundo muy especial - un mundo de amor y seguridad, la belleza y la serenidad, la oportunidad, la aventura y variedad, retos y logros, y el reconocimiento de mis compañeros que han tenido suficiente de todo lo que yo deseaba y un exceso de la nada". Dr. Travell, nota del autor a Horas de oficina: Día y noche, 1968.*

Técnica Trigger Point

- *Los cambios en la aplicación de la técnica, incluido el énfasis en el masaje y en los métodos de liberación de la presión en relación con los puntos gatillo, acompañan al análisis de las técnicas de inyección, de modo que los métodos manuales apropiados están ahora mucho más claramente definidos.*
- *La sugerencia de una nueva terminología ayuda aclarar las diferencias y las relaciones entre los puntos gatillo centrales (PGC) y de fijaciones (PGF), los puntos gatillo clave y satélites, los puntos gatillo activos y latentes y las contracturas a menudo productoras de entesitis.*

Creadores de la Técnica Trigger Point.



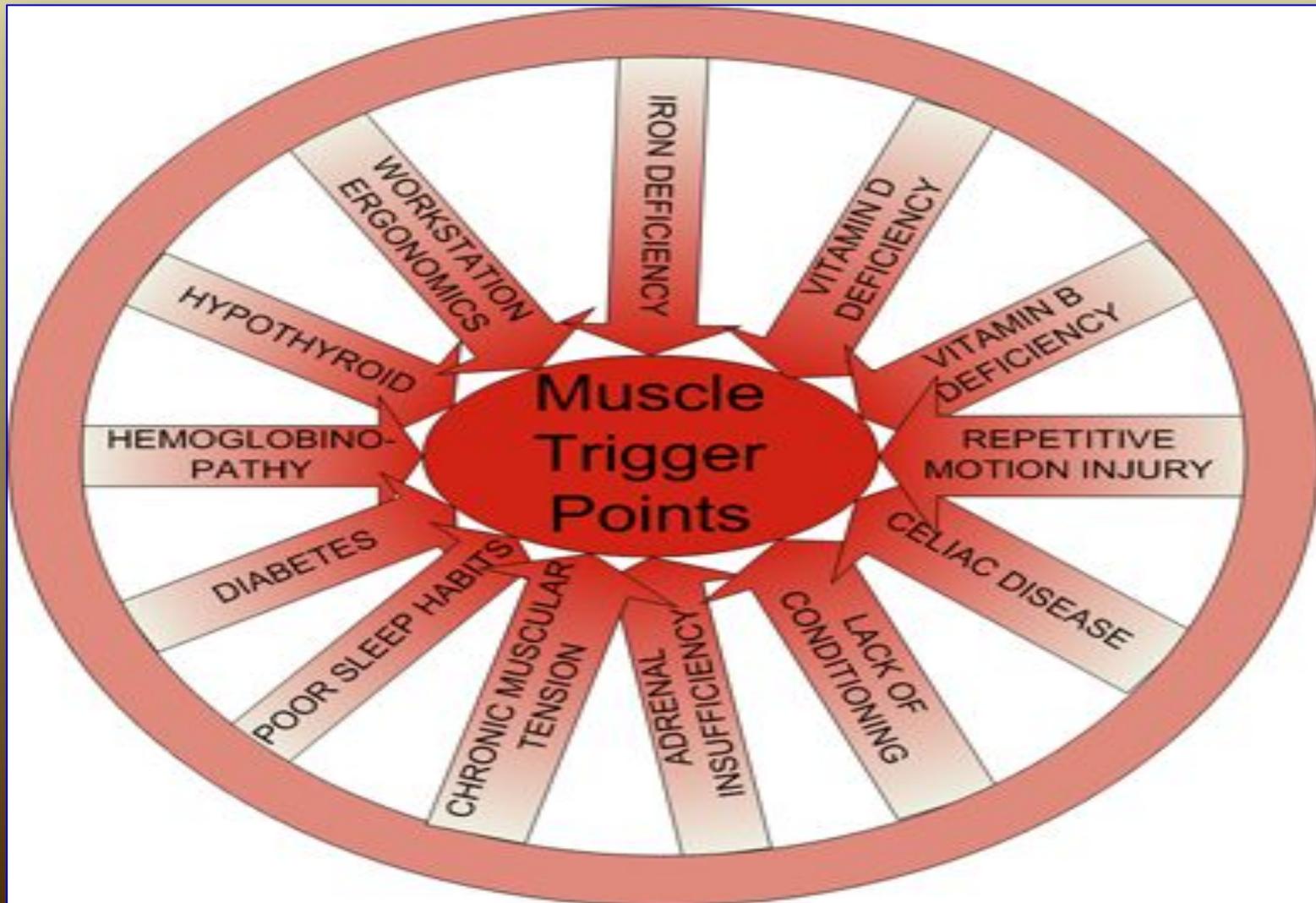
TRIGGER POINT MANUAL.

***CONSIDERACIONES DE LA
TECNICA TRIGGER POINT.***

CONSIDERACIONES DE LA TECNICA TRIGGER POINT.

- ***Debemos tener presente que, los puntos gatillajes se manifiestan con, irradiación a las diferentes extremidades.***
- ***Este proceso se produce en primera instancia por el acumulo de sustancias cálcicas, stress, y movimientos repetitivos en velocidad.***

Las variadas causas de los puntos Gatillajes



Como se presentan los puntos Gatillajes

- *Podemos encontrarlos en la siguiente forma.*

Activos.

Latentes.

Satélites

En busca del Punto Gatillajes



Exploración por palpación

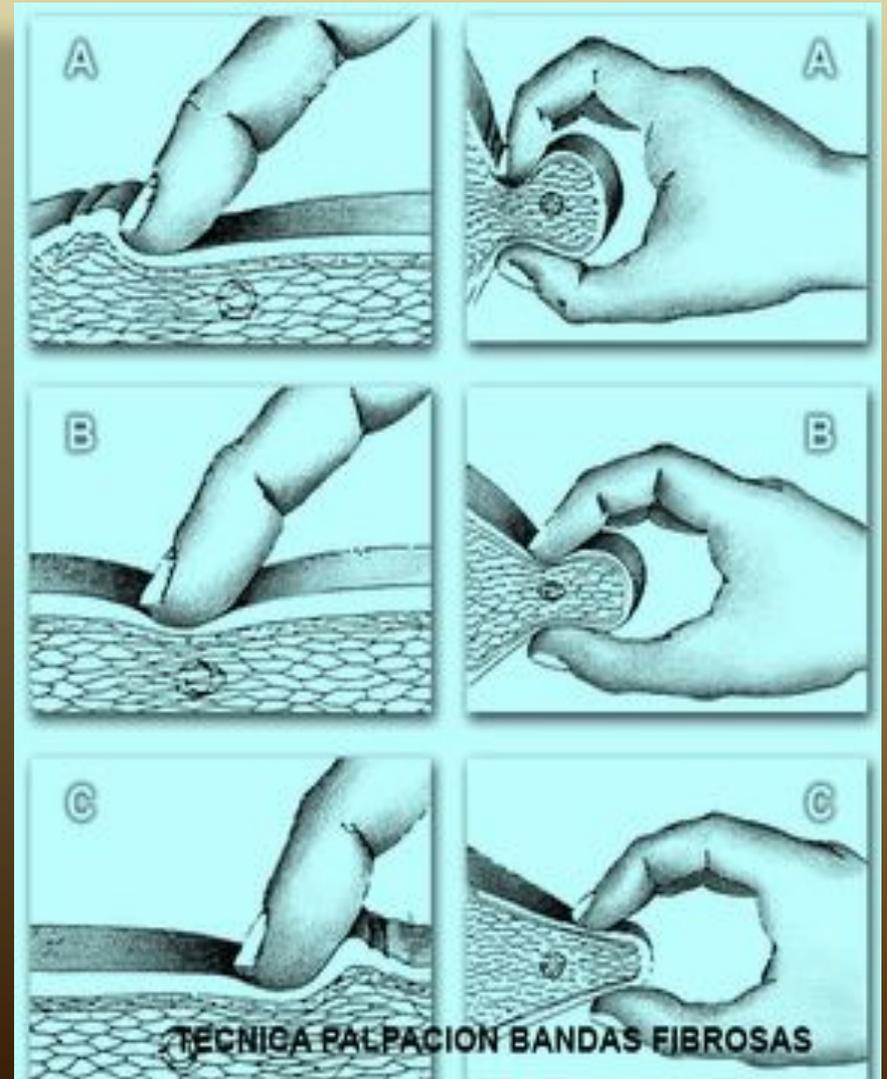
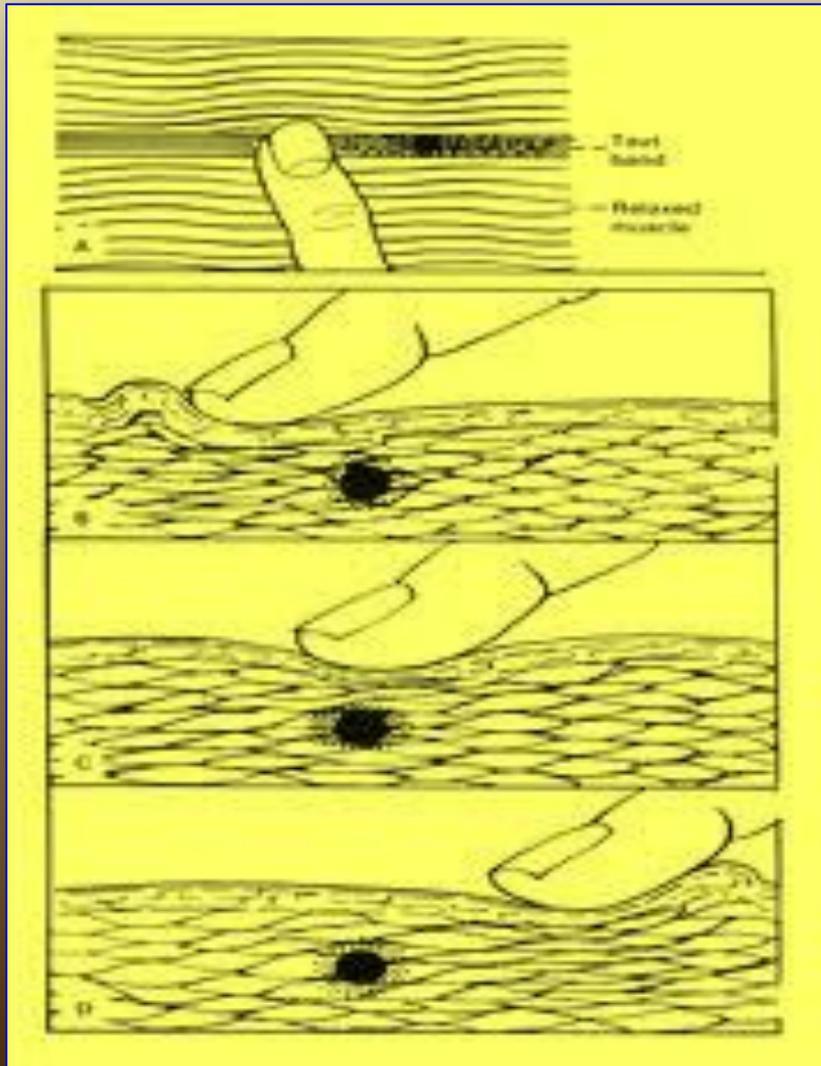


Exploración por pinzado

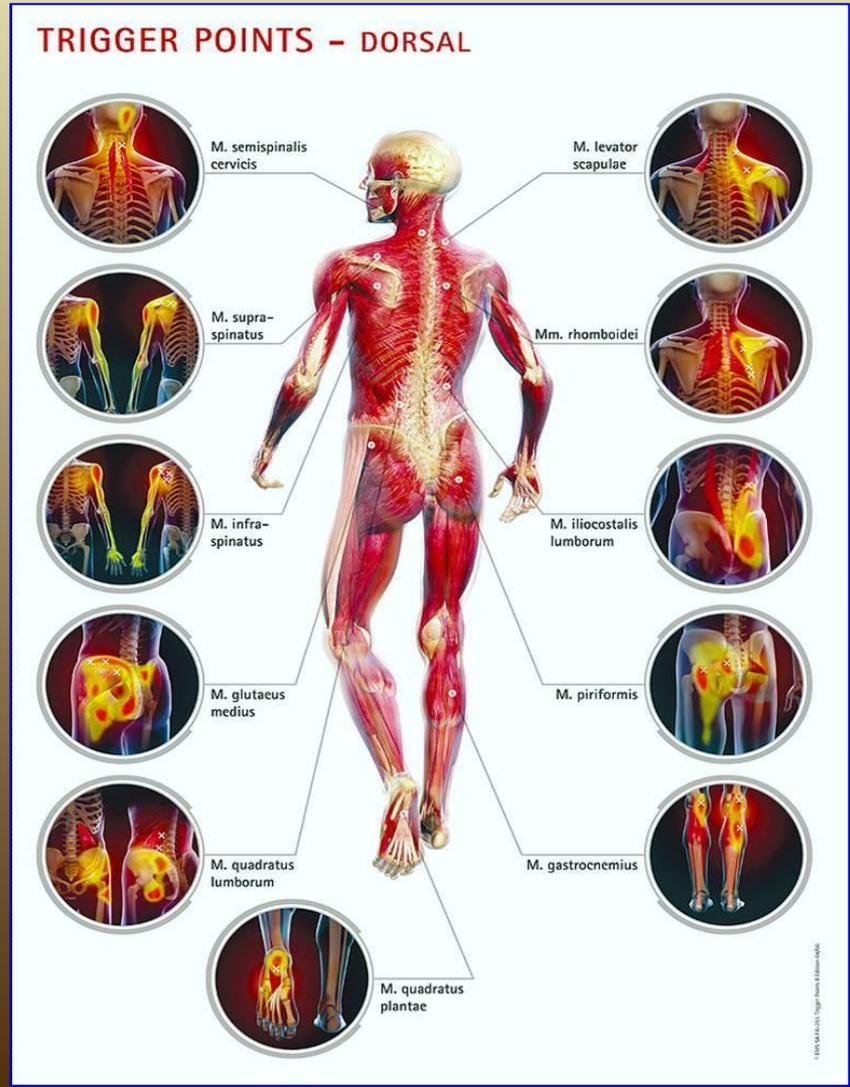
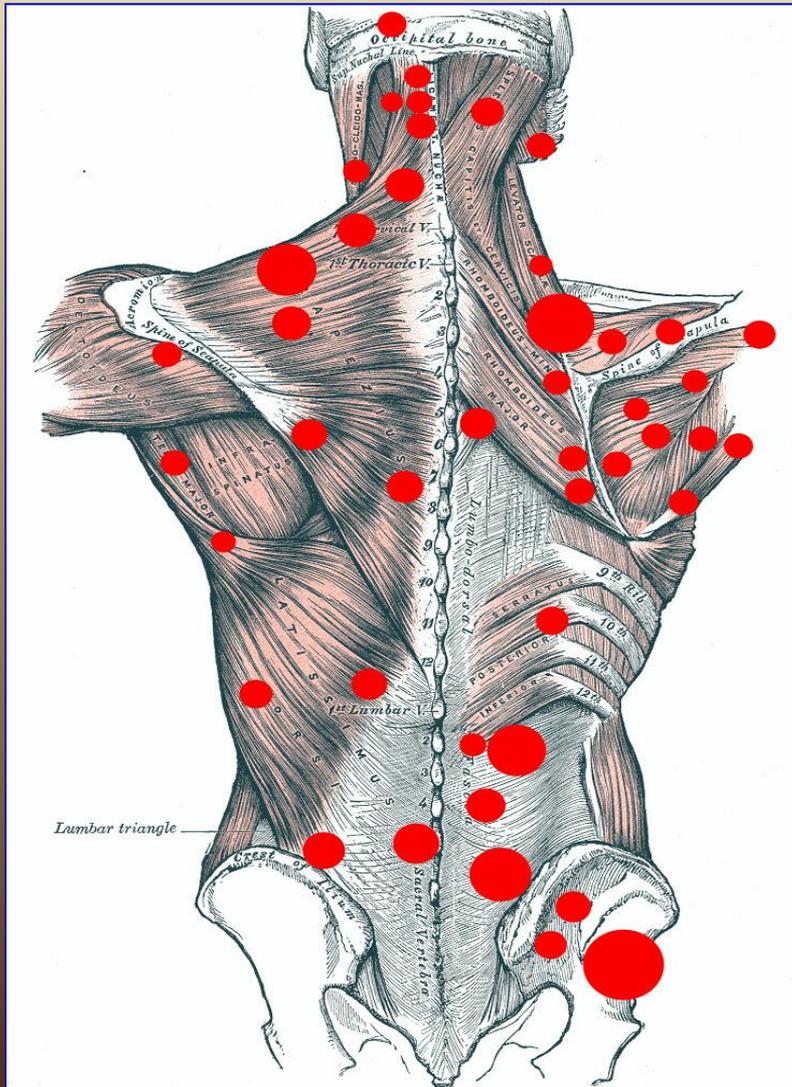


Exploración por digitopresión

En busca del Punto Gatillajes

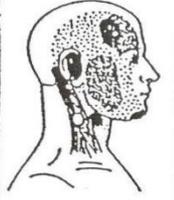
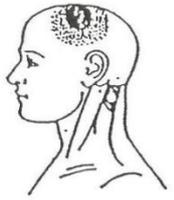
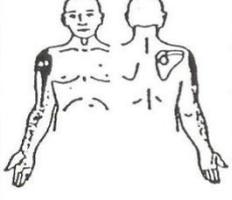
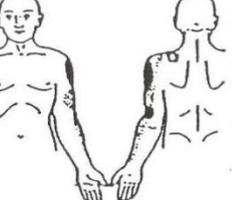
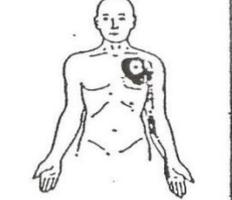
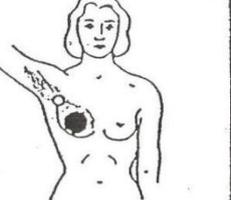
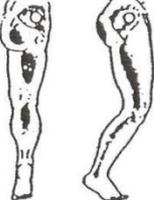
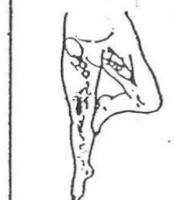
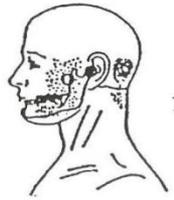
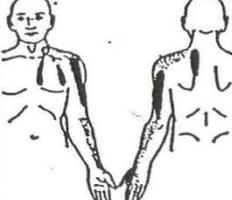
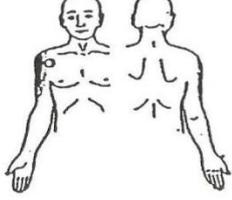
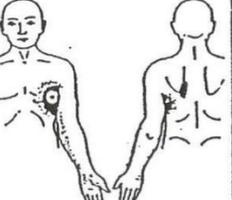
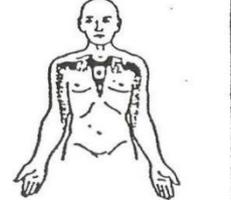
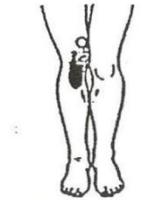
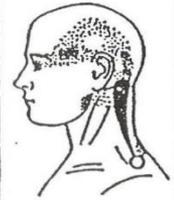
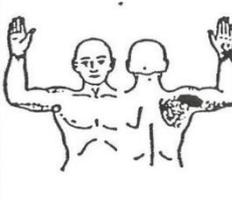
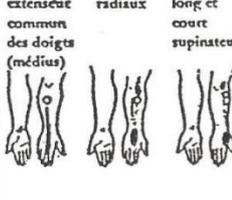
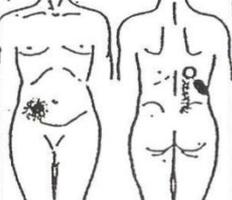
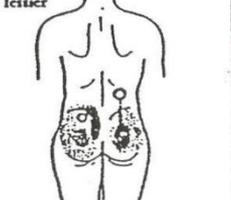
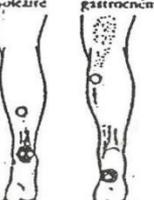
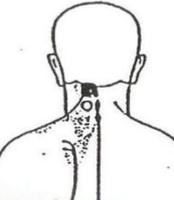
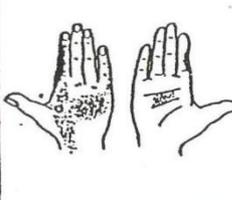
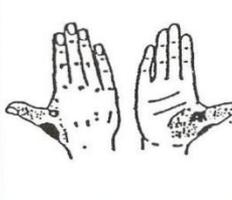
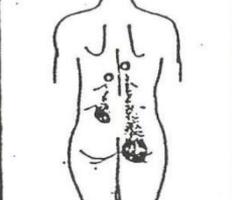
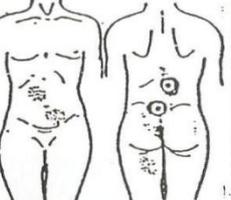
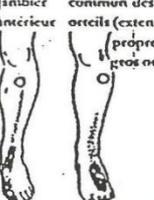
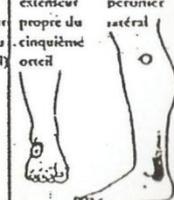


Trigger Point Manual.



Trigger Point Manual.

Puntos de Gatillo según Tavell

<p>m. sterno-cléido-mastoiïdien</p> 	<p>m. splénius de la tête</p> 	<p>m. sous-épineux</p> 	<p>m. sus-épineux</p> 	<p>m. petit pectoral</p> 	<p>m. grand pectoral</p> 	<p>m. petit fessier</p> 	<p>m. grand adducteur</p> 
<p>m. temporal</p> 	<p>m. masséter</p> 	<p>mm. scalènes</p> 	<p>m. deltoïde</p> 	<p>m. grand dentelé</p> 	<p>m. sternal</p> 	<p>m. vaste interne</p> 	<p>m. biceps de la cuisse</p> 
<p>m. trapèze</p> 	<p>m. trapèze</p> 	<p>m. sous-scapulaire</p> 	<p>m. extenseur commun des doigts (médius)</p> <p>mm. radiaux</p> <p>mm. long et court supinateurs</p> 	<p>m. ilio-costal</p> 	<p>m. moyen fessier</p> <p>m. ilio-costal</p> 	<p>m. jambicr antérieure</p> <p>m. gastrocnémien</p> 	<p>m. abducteur du gros orteil</p> 
<p>m. angulaire de l'omoplate</p> 	<p>m. ilio-costo-cervical</p> 	<p>mm. Interosseux dorsaux (index)</p> 	<p>m. adducteur du pouce</p> 	<p>m. long dorsal</p> 	<p>m. multifide</p> 	<p>m. extenseur commun des orteils (extenseur propre du gros orteil)</p> 	<p>m. extenseur propre du cinquième orteil</p> <p>m. long péronier latéral</p> 

Trigger Point Manual.

TRIGGER-POINTS : TEMPORAL ET MASSETER



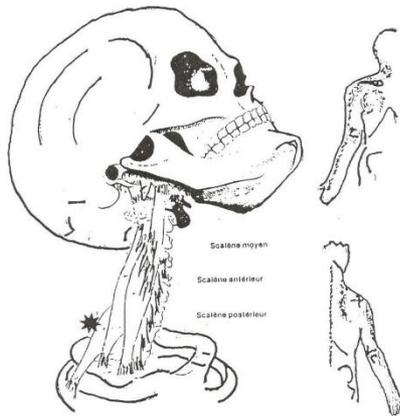
A



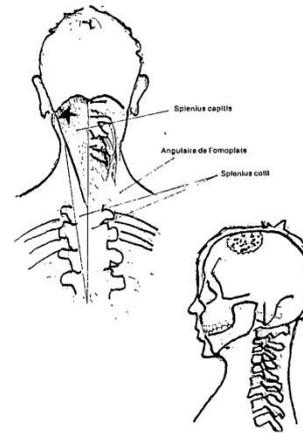
B

A Temporal
B massoter

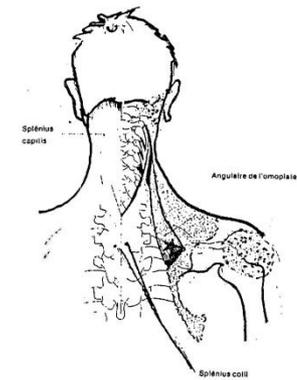
TRIGGER-POINT : SCALENES



TRIGGER-POINT : SPLENIUS CAPITIS

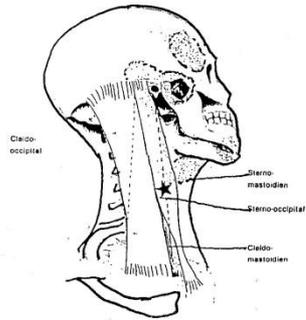


TRIGGER-POINT : ANGLAIRE DE L'OMOPLATE

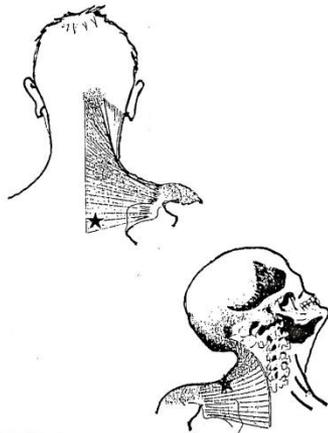


Trigger Point Manual.

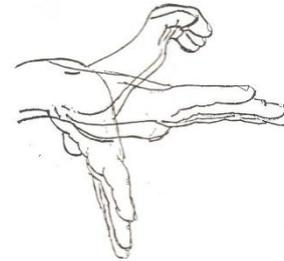
TRIGGER-POINT : STERNO-MASTOÏDIEN



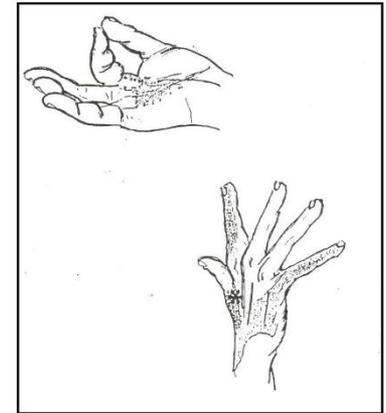
TRIGGER - POINT : TRAPEZE



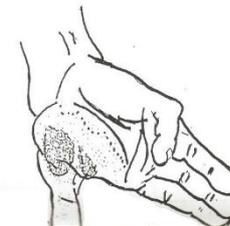
TRIGGER-POINT : EXTENSEUR COMMUN DES DOIGTS ET EXTENSEUR PROPRE DE L'INDEX



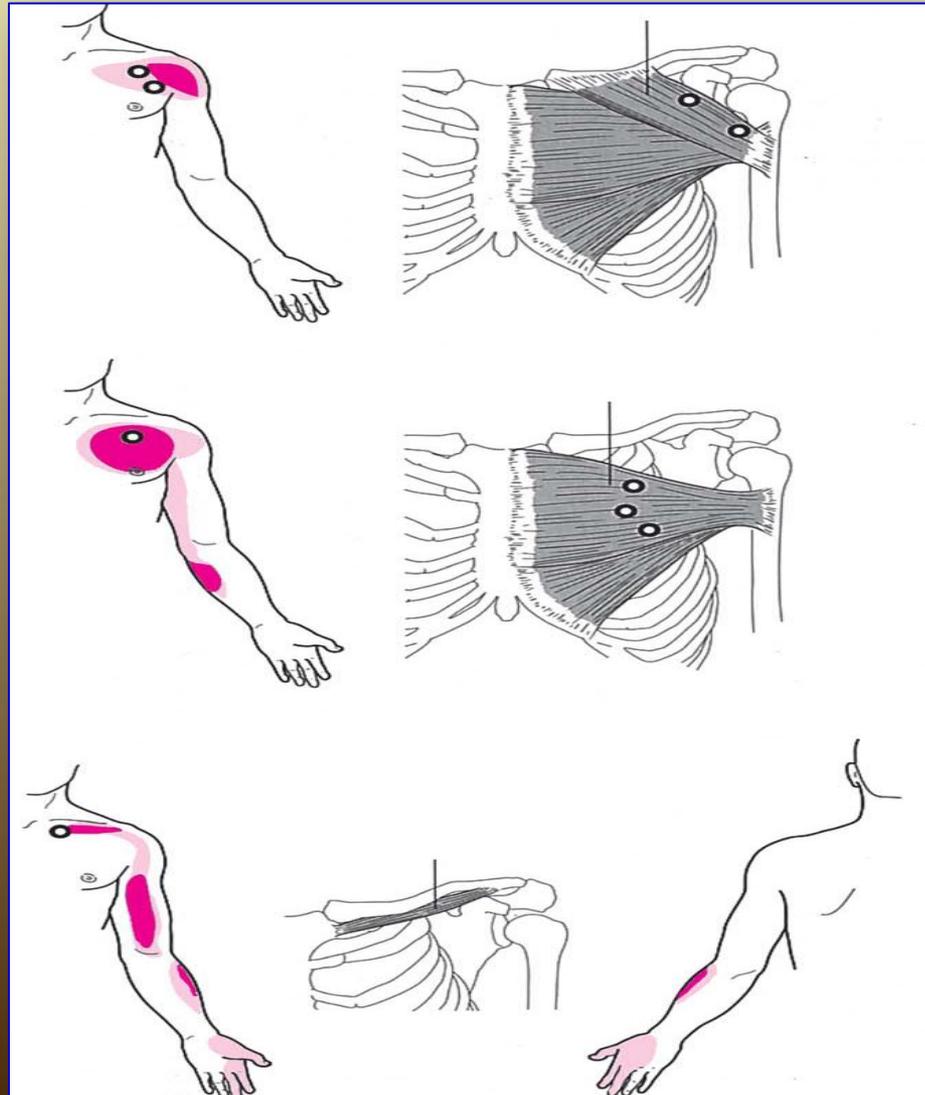
TRIGGER-POINT : 1er INTER-OSSEUX



TRIGGER-POINT : LONG ABDUCTEUR DU POUCE

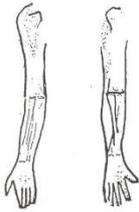


Trigger Point Manual



Trigger Point Manual.

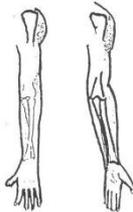
TRIGGER-POINT : SOUS-ÉPINEUX



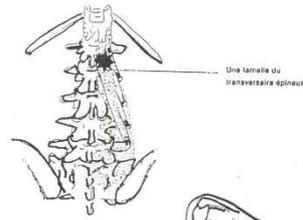
TRIGGER-POINT : SOUS-SCAPULAIRE



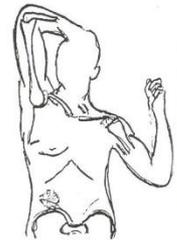
TRIGGER-POINT : SUS - ÉPINEUX



TRIGGER-POINT : TRANSVERSAIRE ÉPINEUX



TRIGGER-POINT : SACRO-LOMBAIRE OOU ILIO-COSTAL

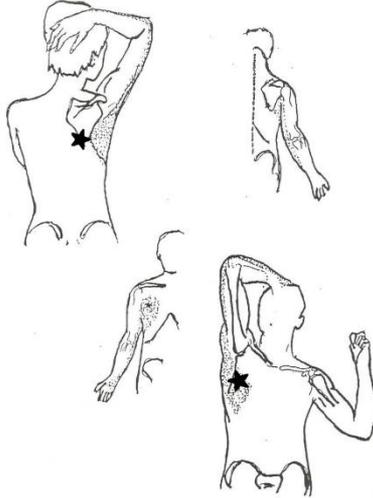


TRIGGER-POINTS : LONG DORSAL

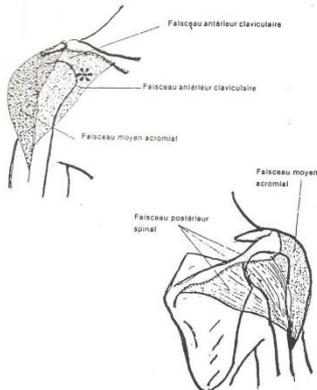


Trigger Point Manual.

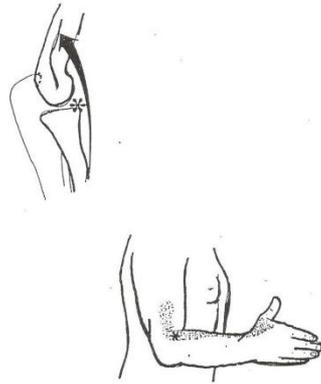
TRIGGER-POINT :GRAND DENTELE



TRIGGER-POINT : DELTOIDE



TRIGGER-POINT : LONG SUPINATEUR



TRIGGER-POINT : PETIT PECTORAL



TRIGGER-POINT : GRAND PECTORAL

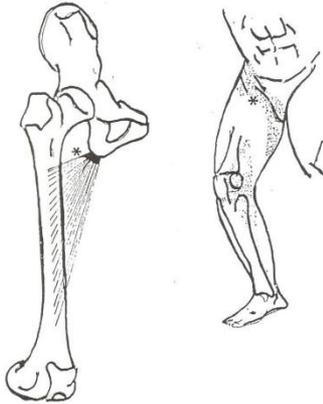


TRIGGER-POINT : STERNUM

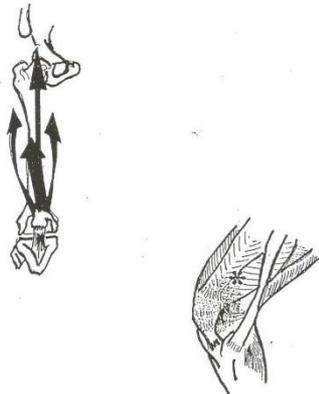


Trigger Point Manual.

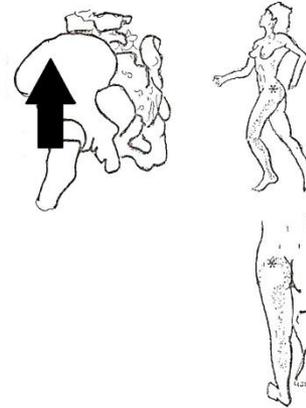
TRIGGER-POINT : GRAND ADDUCTEUR



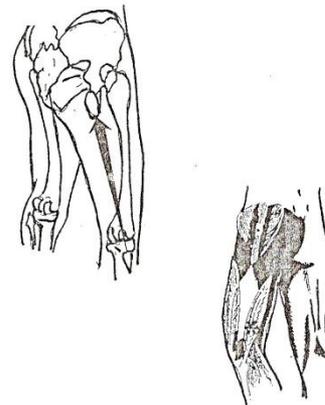
TRIGGER-POINT : VASTE INTERNE



TRIGGER-POINT : PETIT FESSIER



TRIGGER-POINT BICEPS CRURAL



Trigger Point Manual.

TRIGGER-POINT : PEDIEUX



TRIGGER-POINT : ABDUCTER DU GROS ORTEIL



TRIGGER-POINT : EXTENSEUR COMMUN DES ORTEILS



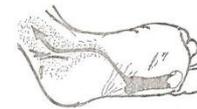
TRIGGER-POINTS : TRICEPS SURAL



TRIGGER-POINT : JAMBIER ANTERIEUR



TRIGGER-POINT : LONG PERONIER LATERAL



***Debemos reconstruir el universo
del querer, del sentir, para que la
mente pueda crear el mundo que
queremos,
sin tener que pagar por ello el precio
de destruir el mundo que tenemos***

Rodolfo Llinaz