

Aplicación de la técnica de puesta en tensión global de fascias como parte del tratamiento osteopático

Autor: Fernando Queipo

RESUMEN

Como creemos que nuestro trabajo en osteopatía y terapia manual debe basarse en la acción sobre la fascia, decidimos investigar la eficacia de la técnica de **Puesta en tensión Global de Fascias** (PTGF) aplicada a continuación de la normalización de las estructuras en disfunción osteopática, es decir, después de restaurar localmente la capacidad de disociación de los tejidos.

Para llevar a cabo este trabajo, un grupo será tratado con *técnicas de corrección local* –normalizando las estructuras ósteo-articulares, viscerales y cráneo-sacrales en lesión- terminando la sesión con un trabajo de *puesta en tensión global de las fascias*.

El otro grupo será tratado *solamente* con *técnicas de corrección local*, o sea para liberar la restricción de movilidad articular sin realizar el trabajo de puesta en tensión global de fascias.

Los resultados de este tratamiento serán evaluados en función de la mejora del **sistema postural fino** del paciente (equilibración tónico-postural), mediante tests objetivos. Ambos grupos serán evaluados osteopáticamente, para determinar las técnicas de tratamiento, y posturológicamente, para comprobar la eficacia del mismo. Para esta valoración objetiva se utilizará el test de Fukuda, y se realizará previa y posteriormente al tratamiento, y a los 15 días, a fin de comprobar la evolución en el tiempo de ambos tratamientos.

PALABRAS CLAVE

Osteopatía, puesta en tensión global de fascias, posturología.

ABSTRACT

We will be treating and evaluating two groups of patients. Our aim is to analyze the efficacy of our treatment based on PTGF.

For that purpose one group will be evaluated in two stages during the same session (the first, osteopathy without PTGF; the second will be PTGF) with the aim of comparing both stages of the treatment.

Another group will be evaluated only with osteopathy.

After fifteen days both groups will be evaluated to test the evolution of such treatment.

INTRODUCCIÓN

Partimos del concepto de fascia como elemento anatómico integrador del organismo, al cual consideramos como un sistema único y global, donde el SN procesa la información y el sistema de fascias la transmite. De este modo entendemos que las estructuras corporales son eslabones del sistema fascial y es fundamentalmente sobre él que tenemos que actuar en nuestros tratamientos, lo que implica intervenir sobre distintos niveles tisulares. La técnica de PTGF es simplemente una de las formas de actuar sobre este sistema ya que creemos que el mismo puede y debe abordarse de muchas otras maneras y técnicas.

Cuando el organismo altera la normal movilidad de alguna de sus estructuras altera su equilibrio general, entonces el sistema postural del individuo, a través de las cadenas mio-fasciales, se adapta a esta nueva situación privilegiando el confort en detrimento del equilibrio, el cual será menos estable y menos económico.

El tejido encargado de tomar y transmitir esta información es el tejido conectivo, quien va a responder, en este caso, adaptándose a la lesión a través de su expresión patológica: la retracción. Esta retracción o acortamiento de las cadenas fasciales se manifiesta como un juego de adaptaciones y compensaciones que se da en forma global a lo largo de la unidad corporal del individuo, de este modo se afectarán los sistemas circulatorios con el consiguiente deterioro de la salud, provocando síntomas que pueden afectar zonas alejadas a estas estructuras en disfunción.

Cuando normalizamos las lesiones osteopáticas primarias le transmitimos una nueva información a los tejidos, los cuales la cotejarán con aquella que tienen archivada en la "memoria tisular". De este modo, el individuo encontrará un equilibrio más económico y confortable, y, por tanto, un mejor estado de salud.

Pero esto no es suficiente, como decía R. Becker D.O. : "la lesión osteopática no es causante de nada...es la distorsión de las fascias y los ligamentos que provoca y mantiene ese mal contacto articular".Entonces el problema lo tendrá el sujeto cuando encuentre en sus cadenas mio-fasciales una sucesión de retracciones o restricciones que no puede resolver, ya que mantienen una parte de la información somática patológica. Según J.A. Duval D.O. "frente a una lesión, cualquiera sea su naturaleza, debe saber integrarse en la totalidad de los tejidos actualmente presentes".

Por eso pensamos que aplicando la técnica de *puesta en tensión global de las fascias* nos permite normalizar el conjunto de retracciones y adaptaciones presentes en las cadenas fasciales, y de este modo, cambiamos en forma más profunda la memoria tisular del organismo y mejoramos la respuesta del sistema postural del paciente, permitiéndole encontrar un nuevo equilibrio, más confortable, económico y estable.

La fisiología de las fascias

El ser humano está conformado por distintas estructuras anatómicas que pueden sintetizarse en 3 sistemas :

- ósteo-articular o músculo-esquelético
- visceral
- cráneo-sacral

Estos sistemas estructurales están conectados al SNC generando distintos circuitos de información. A la vez, se hallan envueltos y comunicados por membranas de tejido conectivo denominadas *fascias* que conforman un esqueleto membranoso determinando una disposición de las estructuras en cadena que llamaremos *cadena fasciales*. Estas pueden sintetizarse del siguiente modo:

- músculo-articulares
- viscerales o tendón central
- durales o cráneo-sacrales

Este encadenamiento va a determinar la transmisión de la información de un extremo a otro del cuerpo y, por ende, la alteración funcional de alguna estructura se trasladará y compensará en otras regiones corporales.

Según los principios de la Osteopatía, sabemos que el cuerpo funciona correctamente cuando sus estructuras poseen una adecuada movilidad entre si, lo que permitirá la libre circulación de líquidos e información nerviosa. Si esta movilidad se altera tendremos una restricción o retracción de la fascia en ese sector, pero a la vez, esto generará una serie de adaptaciones a través de estas cadenas fasciales que configuran cadenas lesionales.

Las técnicas de puesta en tensión global de las fascias

La metodología de trabajo basada en la puesta en tensión global de las cadenas fasciales es incluida dentro del tratamiento osteopático y sus técnicas ya que apunta a lograr un mejor equilibrio del organismo eliminando las restricciones y retracciones de las fascias, o sea, la manifestación de la información alterada en los tejidos. L. Busquet considera que "cualquier tratamiento osteopático que no trate de una manera excéntrica el conjunto de las fascias es ilusorio". Nuestra propuesta es un abordaje global para el trabajo de fascias, en el que utilizamos las posturas globales de R.P.G. (rana en el suelo y rana en el aire) a través de las cuales ponemos en tensión el conjunto del sistema facial desde los dos extremos, y sobre ellas intervenimos mediante técnicas de puesta en tensión regionales y segmentarias con la utilización de parámetros activos por parte del paciente (respiración, posición de pies, ojos, lengua, etc.): "tenemos que diagnosticar y tratar al cuerpo como una totalidad".

Las posturas básicas de "rana en el aire" y "rana en el suelo" se basan en poner en tensión al conjunto de las cadenas mio-fasciales, eliminando las compensaciones que pueden generar las retracciones del tejido conectivo después de las normalizaciones específicas, permitiendo la normalización global de las fascias una vez liberadas las fijaciones entre las diferentes estructuras. Según R. Becker todos "los elementos corporales son membranas y tejidos, de los cuales los huesos forman parte...la lesión osteopática indica una distorsión fascio-ligamentosa, en la cual, la vértebra en lesión no es causa sino víctima".

Cabe destacar que sólo utilizamos la base de las posturas de R.P.G. para una puesta en tensión global y posibilitar la liberación de los tejidos restringidos, y no para la reeducación pósturo-ortopédica, a través de la contracción excéntrica que propone Suchard.

De este modo, planteamos un tratamiento osteopático desde este concepto, al cual nos referimos al hablar de "la normalización osteopática de un individuo", en el que incluimos la liberación de las retracciones del tejido conjuntivo y las tensiones de las cadenas musculares simétrica y globalmente, que planteamos en la última parte del tratamiento, buscando el ajuste fino, la liberación de retracciones del tejido conectivo, la modificación de la información tisular y la armonización del individuo.

La integración de esta metodología al tratamiento osteopático

Este trabajo intenta resaltar la aplicación de las técnicas de puesta en tensión de fascias en el tratamiento osteopático, ya que a través de ellas llevamos a la práctica la noción de unidad corporal y globalidad de una forma concreta.

Consideramos el concepto de lesión osteopática desde la noción de cadena fascial como una restricción de la movilidad cualitativa y cuantitativa de cualquier tejido del cuerpo.

Nuestra metodología incluye la utilización previa de técnicas estructurales o funcionales para liberar lesiones ósteo-articulares, viscerales o craneales, ya que estas necesitarán un trabajo localizado para eliminar fijaciones y devolver a las mismas su capacidad de *disociación*, lo que es condición indispensable para posibilitar la equilibración de las cadenas mio-fasciales y el restablecimiento del MRP.

Por eso creemos que tratando al conjunto de las fascias liberamos densidades y restricciones que no corrige el tratamiento con técnicas exclusivamente locales, e integramos así la corrección local a la unidad corporal equilibrando el tono y el MRP.

Nota del autor: las técnicas de corrección local, sobre articulación ósteo-articular, visceral o sacro-craneal, son técnicas funcionales o estructurales convencionales, aunque creemos que la normalización articular puede hacerse exclusivamente con técnicas de fascias.

OBJETIVOS

- Valorar la noción de fascia como expresión anatómica y fisiológica de la globalidad
- Destacar su importancia como transmisora de información
- Proponer a la fascia como el elemento fundamental en el tratamiento osteopático y la terapia manual
- Integrar las técnicas locales con las globales
- Resaltar la evaluación posturoológica para medir la eficacia de estas técnicas

MATERIAL Y METODOS

Población

Para este trabajo de investigación trataremos personas adultas de ambos sexos entre 22 y 60 años de edad, sin importar sus síntomas, lesiones osteopáticas o patología. Se descartarán los pacientes con patologías ortopédicas severas -escoliosis de más de 25°, secuelas de mal de pott, espondilosis, artritis reumatoidea severa, etc.-, acortamiento anatómico de miembros inferiores superior a 1 cm, cicatrices retráctiles severas, etc.

Organización metodológica

Se tomará una muestra de 30 casos, distribuidos al azar en 2 grupos :

- *Grupo A*: 15 pacientes serán tratados en dos etapas, sucesivas, dentro de la misma sesión de tratamiento:

1- tratamiento osteopático normalizando las estructuras en disfunción

2- trabajo de PTGF

Previamente y luego de cada etapa se realizará una evaluación osteopática, de cadenas musculares y posturoológica.

- *Grupo B*: 15 pacientes serán tratados sólo con la 1ra parte del tratamiento osteopático, sin el trabajo de PTGF.

Se realizarán las mismas evaluaciones.

- En ambos grupos, se realizará una evaluación posturológica previa y otra posterior al tratamiento, y luego a los 15 días de haber sido tratados para constatar objetivamente el tratamiento.

Procedimiento metodológico

1- Evaluación:

- osteopática
- cadenas mio-fasciales
- posturológica

2- Tratamiento osteopático:

- Grupo A: normalización estructural + PTGF
- Grupo B: sólo normalización estructural

3- Re-evaluación:

- osteopática
- posturológica

4- Evaluación 15 días después del tratamiento.

5- Análisis de los datos.

6- Conclusiones.

Protocolo de evaluación

1- Evaluación osteopática: para determinar las lesiones osteopáticas

- observación de pie
- palpación O-A, facial, visceral
- MRP

2- Evaluación de cadenas mio-fasciales: para determinar la postura de tratamiento

- cadena anterior
- cadena posterior

- cadena de apertura de miembros superiores
- cadena suspensoria de m. sup.
- duramadre
- tendón central

3- Evaluación posturológica

- Test de Fukuda : . cabeza neutra
 - . rotación derecha
 - . rotación izquierda

Metodología de trabajo

El trabajo se realiza colocando al sujeto en una postura que favorezca el estiramiento y la puesta en tensión de las cadenas mio-fasciales, así se pone en crisis el sistema de cadenas poniendo en evidencia los segmentos y bloques más retraídos, tanto a nivel periférico (cadenas musculares) como en profundidad (cadena dural y visceral) : sobre ellos intervendrá el terapeuta.

*Estas posturas de tratamiento son simplemente el medio que usamos para posibilitar la normalización de las fascias, ya que nuestra finalidad no es la reeducación sino permitirle a los tejidos encontrar un mejor equilibrio dentro de sus posibilidades. Concretamente constituyen la *puesta en lugar* o puesta en posición del paciente (postura básica para realizar la técnica).*

Como ya dijimos, para este trabajo se utilizan dos posturas básicas :

- 1- En cierre de ángulo de cadera (rana en el aire): en decúbito, puesta en tensión desde occipital hasta el apoyo sacro, piernas hacia arriba –pueden estar sostenidas por una cincha-, sin hiperextender las rodillas ni despegar el sacro. Se utiliza para poner en tensión las cadenas posteriores.
- 2- En apertura de ángulo de cadera (rana en el suelo): en decúbito, puesta en tensión desde occipital a sacro, buscando un buen apoyo lumbar a partir de la retroversión de pelvis, pies juntos y rodillas separadas, que se irán extendiendo sin despegar el apoyo lumbar. Así centramos la tensión en las cadenas anteriores (fundamentalmente en su parte inferior).

Estas posturas se combinarán con dos posiciones básicas de brazos:

- 1- En adducción, brazos juntos: para trabajar sobre la cadena suspensoria de miembros superiores.

- 2- En abducción, brazos separados en diferente ángulo – la postura básica es de 90°- : pondremos en tensión la cadena ántero-interna de miembros superiores.

Si bien cada postura implica un trabajo más específico de una determinada cadena, todas las posturas producen una puesta en tensión global del conjunto fascial tanto en el plano superficial como profundo.

En cada paciente se podrán utilizar 1 ó más combinaciones de posturas, según sus necesidades, las cuales se ponen en evidencia a través de los test de evaluación.

- Determinación de la postura a utilizar

El diagnóstico de las zonas de fijación y de mayor densidad surge de la evaluación osteopática y de la “escucha” que se realiza antes y durante el tratamiento, pero, a la vez, utilizaremos test específicos en los que buscaremos poner en crisis el sistema de compensaciones que utiliza el sujeto y así permitir la puesta en evidencia de la cadena retraída y sus zonas de fijación.

Para ello nos basamos en dos test básicos:

- 1- Test de retroversión pélvica: el paciente con pies juntos realiza una retroversión de la pelvis tratando de “borrar” la lordosis lumbar. De este modo, el terapeuta observará las compensaciones que deberá hacer el sujeto para lograr tal objetivo: flexión de rodillas, desplazamiento del tronco hacia atrás, etc. Así pondremos en evidencia las retracciones de la cadena anterior en sus diferentes segmentos.

- 2- Test de flexión de tronco: le pedimos al paciente que realice una flexión anterior de tronco, con pies juntos. Observaremos la flexión de rodillas, el desplazamiento hacia atrás de la pelvis, el “borrado” de las lordosis, etc. De esta manera, detectamos los acortamientos de la cadena posterior.

Estos test básicos los combinamos con otros para precisar mejor las zonas de tensión (test de extensión tumbado de Busquet entre otros). También utilizamos los test de aducción y abducción de miembros superiores, con el criterio de cerrar el sistema de cadenas mio-fasciales del paciente para que nos revele como está compensando su cuerpo y donde está la fijación.

- Las técnicas que se aplican sobre la postura

Anteriormente expresamos el concepto de que lo que planteamos es un abordaje global sobre el que aplicamos distintas técnicas con criterio osteopático.

De este modo, podemos mencionar dos momentos del tratamiento: uno,

más o menos constante, que es la postura básica en que colocamos al paciente, la que consideramos una *puesta en lugar*, y el segundo, nuestra intervención a través de

distintas maniobras miotensivas, es decir técnicas de puesta en tensión de fascias pero con carácter local o regional.

1- PTGF.

Se realiza mediante las posturas ya descritas, con participación del paciente según la indicación del terapeuta, donde se favorece el trabajo excéntrico de las cadenas, utilizando parámetros respiratorios y de las distintas vías de entrada de las cadenas mio-fasciales (ojos, lengua, manos, pies, etc.), según sea el efecto que queramos generar sobre esa parte de la cadena.

2- Las técnicas miotensivas.

Nos basamos en el “mio-fascial release”, trabajando sobre distintos planos fasciales según la intención que le ponemos a nuestra intervención. De este modo, a través de “nuestras manos, capaces de sentir pensar y ver”, daremos “los puntos de apoyo necesarios para posibilitar fenómenos de intercambios rítmicos y liberaciones fasciales que permitan alcanzar el punto de equilibrio” que posibiliten la normalización de las fascias.

La acción del terapeuta se realiza a nivel global, regional y local, en todos los casos se trata de proporcionar al paciente los puntos de apoyo que permitan la normalización del tejido afectado. Los puntos de apoyo son, en este caso, uno fijo y el otro móvil, acompañando al tejido hasta donde este nos permita, para lograr la puesta en tensión del segmento que queremos modificar: esperamos la respuesta de los tejidos que producirán su propia normalización.

En síntesis:

Sobre la postura de tensión del conjunto fascial actuaremos sobre los distintos planos tisulares de las cadenas tomando como puntos fijos centrales al occipital y el sacro, así actuaremos sobre el plano dural, visceral o músculo-esquelético, según donde pongamos la intención desde los extremos opuestos de la cadena. Esta acción se completa con la puesta en tensión desde manos y pies, que podemos realizar en forma pasiva o con la participación activa del paciente.

Luego, a nivel local o regional, el terapeuta va dirigiendo su acción a los diferentes niveles mio-fasciales -cadena anterior, cadena visceral o tendón central, cadena dural, cadena posterior- y en cada uno de ellos interviene sobre las zonas de fijación y retracción.

Ejemplo: si hay una fijación en la zona de mediastino superior en relación con la inserción craneal de faringe, el terapeuta fijará cráneo desde occipital o mandíbula y con la otra mano pondrá en tensión la región esternal alta hasta donde el tejido nos permite, poniendo la intención en mediastino, y allí esperamos la equilibración de este nivel fascial. A la vez, el terapeuta utilizará otros estímulos, según sea necesario, fundamentalmente la respiración – en este caso inspiración y espiración hinchando el vientre- , pero también utilizaremos la lengua, los ojos, los pies, los

brazos, incidiendo de este modo desde y hacia las distintas entradas posturológica.

Los principios del mio-fascial release se aplican fijando el extremo del segmento a tratar (punto fijo) y poniendo en tensión la zona a normalizar acompañándola hasta los límites que nos permiten los tejidos; allí esperamos la respuesta equilibradora de los mismos. De este modo liberamos la región que sea necesaria : la duramadre, total o parcialmente; el tendón central, las cadenas músculo-esqueléticas, según la zona densificada, limitada o retraída.

- La respiración

Entre los parámetros que aplicamos para favorecer las correcciones merece destacarse el trabajo con la respiración ya que es un estímulo muy fuerte para la movilización del sistema de fascias.

Utilizando los tiempos de inspir o espir, según el caso, estimulamos la flexión o extensión global o de la zona que pretendemos tratar. También hacemos respirar al paciente metiendo o hinchando el vientre para utilizar el diafragma y sus sinergias con el objetivo de influir sobre las cavidades torácica o abdominal, movilizand las vísceras, poniendo en tensión el tendón central e incidiendo sobre el estiramiento músculo-esquelético. Si queremos hacer un trabajo más estructural aprovecharemos el tiempo espiratorio para corregir.

Además, desde el diafragma torácico accionamos sobre los otros diafragmas del cuerpo (pélvico, craneal).

La evaluación posturológica

“El tono varía en todo momento, está continuamente en juego. Cualquier excitación periférica de cualquier tipo puede provocar reacciones tónicas”, escribían Thomas y de Ajuriaguerra.

Cuando hablamos de sistema postural fino (SPF) nos referimos a un sistema cibernético con un ordenador central, cuya representación anátomo-fisiológica se encuentra en el cerebelo, núcleos vestibulares y zonas cerebrales, y un sistema de información, los propioceptores y exteroceptores.

El SPF es un sistema de estabilización que tiene el organismo para adaptarse a su entorno a través de los mensajes que le envían al SNC las distintas entradas. A partir de allí, el cerebelo responde por medio del tono, el cual será más equilibrado y necesitará menor gasto de energía cuanto más precisa sea la información que recibe. De este modo, cuando se produce una disfunción osteopática se genera un desequilibrio tónico-postural a través de las cadenas mio-fasciales: esta alteración puede ser detectada por medio de los test posturológicos y, del mismo modo, corroborada su posterior normalización.

El estudio del SPF es la evaluación del tono, que es el medio utilizado por el organismo para equilibrarse ante el medio externo e interno, por lo tanto es un referente muy válido a la hora de evaluar el funcionamiento global del cuerpo.

La forma de objetivar el funcionamiento de este sistema es por medio de la investigación de las entradas que envían información al SNC.

Decía Still: “La Osteopatía se basa en la perfección del trabajo de la naturaleza. Cuando todas las partes del cuerpo humano se hallan alineadas, el resultado es salud. Cuando no lo están, el efecto es la enfermedad. Cuando se re-enderezan las partes, la enfermedad da lugar a la salud. El trabajo del osteópata es enderezar el cuerpo de lo anormal a lo normal; entonces la condición anormal da lugar a la normal y la salud es el resultado de la condición normal”.

Las entradas sensoriales

Hay dos tipos de entradas sensoriales para el control postural:

- 1- exteroceptivas: para permanecer erguida, la gente utiliza toda la información proporcionada por sus órganos sensoriales en relación al mundo circundante; estos son: la visión, el aparato vestibular por medio de los otolitos, y los barorreceptores de las plantas de los pies.
- 2- Propioceptivas: le permiten al sujeto conocer las posiciones relativas de los diferentes segmentos corporales; ellos son: los receptores ubicados en los músculos óculo-motores, plantares, paravertebrales y de las piernas.

La integración de las informaciones recibidas de los extero y propioceptores le posibilitan al individuo conocer las posiciones relativas de los elementos óseos desde CoC1 hasta la articulación de Lisfranc. Esta combinación genera una considerable cantidad de información que el sistema debe integrar para que la postura no sea vacilante. Por consiguiente, los problemas con el control de la postura ortostática no indican necesariamente que un sensor haya fallado, sino que habría una integración deficiente del sistema.

Sobre estas entradas puede intervenir el terapeuta manual, tanto para orientarse en su diagnóstico como para evaluar objetivamente el resultado de su tratamiento. Estas posibilidades de la posturología son las que usaremos en nuestro trabajo ya que consideramos que estudiar la manera que utiliza el individuo para equilibrarse con el medio es un objetivo osteopático y un elemento mensurable para evaluar el éxito terapéutico de la Osteopatía y otras terapias manuales.

- Los test posturológicos

El hombre en su lucha contra la gravedad siempre va a presentar asimetrías, las cuales pueden ser fisiológicas o patológicas. Los test posturológicos van a estudiar

como funciona el tono del individuo, su grado de asimetría y cuales pueden ser las entradas que están perturbando su equilibración.

En nuestro trabajo podemos utilizar una batería de test para tener un panorama completo de cómo funciona el paciente, pero en este trabajo de investigación, para obtener una evaluación concreta y objetiva de la evolución del tratamiento utilizaremos el test de Fukuda-Unterberger.

- Test de Fukuda-Unterberger

Permite probar el tono en forma dinámica conforme varía de acuerdo con los reflejos posturales del cuello.

Consiste en marchar 50 pasos en el lugar, con los brazos extendidos y los ojos cerrados, elevando las rodillas como subiendo un peldaño. Mediremos los grados que el sujeto gira a derecha o izquierda, sabiendo que hasta 30° es fisiológico.

Para hacer más rigurosa la prueba haremos uso del reflejo postural del cuello realizando la misma prueba con la cabeza rotada a la derecha y a la izquierda. En estos casos se considera fisiológico el giro del cuerpo hacia el lado contrario a donde giró la cabeza –hasta 30°-, ya que la rotación de la cabeza hacia un lado aumenta el tono de ese lado del cuerpo, al aumentar el tono extensor de la pierna correspondiente esta hará de pivote y el sujeto girará sobre ella.

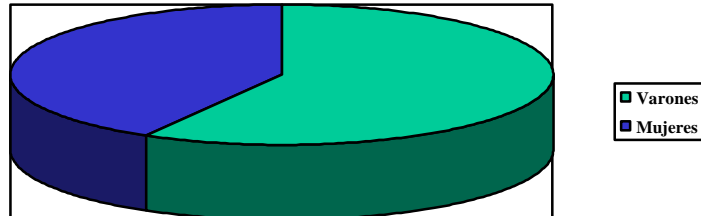
Medición: se anotarán los 3 ángulos de giro, colocando el signo + si es a la derecha y – si es a la izquierda, luego se calculan las diferencias entre los valores con cabeza rotada y los de cabeza neutra, señalando con signo + cuando este giro es fisiológico ó – si es no fisiológica o hacia el mismo lado en que giró la cabeza; por último se calcula la *predominancia* que es el resultado final y que consiste en calcular la diferencia absoluta existente entre estas 2 cifras.

Variantes: podemos realizar el mismo test pero manipulando o cerrando la entrada podal –colocando un colchoneta de gomaespuma- y la A.T.M. relacionada con la entrada vestibular –colocando unas placas separadoras entre las muelas del individuo-. De este modo, podemos determinar la procedencia ascendente o descendente de la lesión ya que comprobaremos las entradas que más necesita ese individuo para equilibrarse.

RESULTADOS

A- Grupo de estudio (sujetos tratados osteopáticamente con trabajo de “puesta en tensión global de las fascias).

Las personas evaluadas y tratadas en este grupo presentaron un promedio de edad de 40.6 años, de los cuales 58.3% son varones y 41.6% son mujeres.



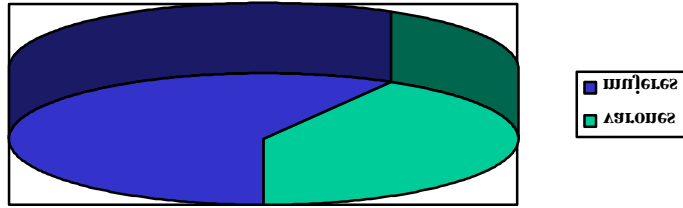
Los pacientes de este grupo, evaluados con el test de Fukuda y medidos en función de la dispersión del tono en base al valor 0, presentaron la siguiente evolución:

- después del tratamiento mejoraron 35.53 en relación a la evaluación previa
- a los 15 días la mejoría media fue 33.53.

Ambos valores representan una mejora estadísticamente significativa respecto de los valores de la evaluación previa, ya que la probabilidad de error es <0.02 y <0.05 respectivamente.

B- Grupo control (sujetos tratados osteopáticamente sin trabajo de “puesta en tensión global de las fascias”).

Los componentes de este grupo presentaron un promedio de edad de 42.6 años, con 41.6% de varones y 58.3% de mujeres.

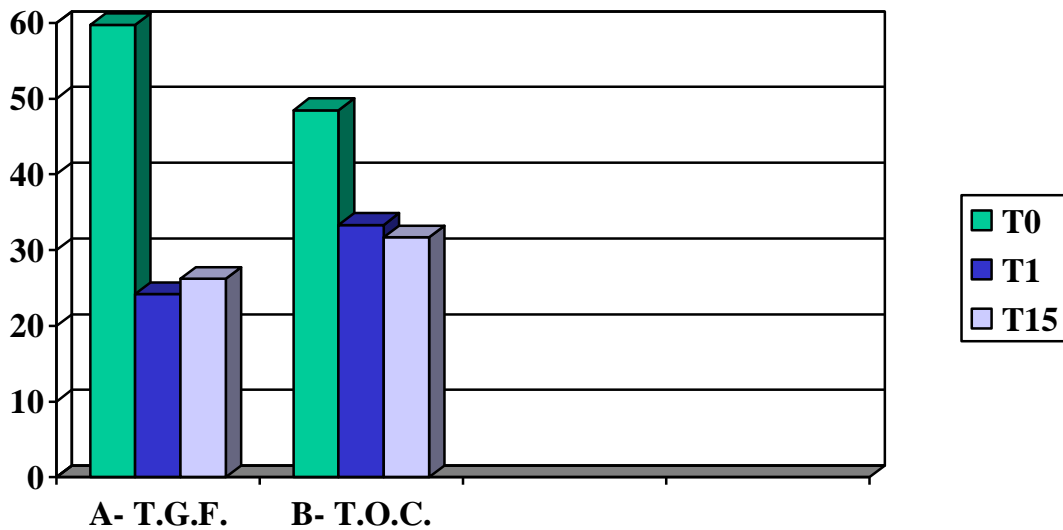


Los pacientes de este grupo, evaluados en las mismas condiciones que el grupo de estudio, presentaron los siguientes valores.

- después del tratamiento la mejoría fue 15.13
- a los 15 días mejoraron 16.80

En este caso la probabilidad de error es no significativa.

Evolución posturológica comparada entre los grupos A y B



Interpretación de los resultados

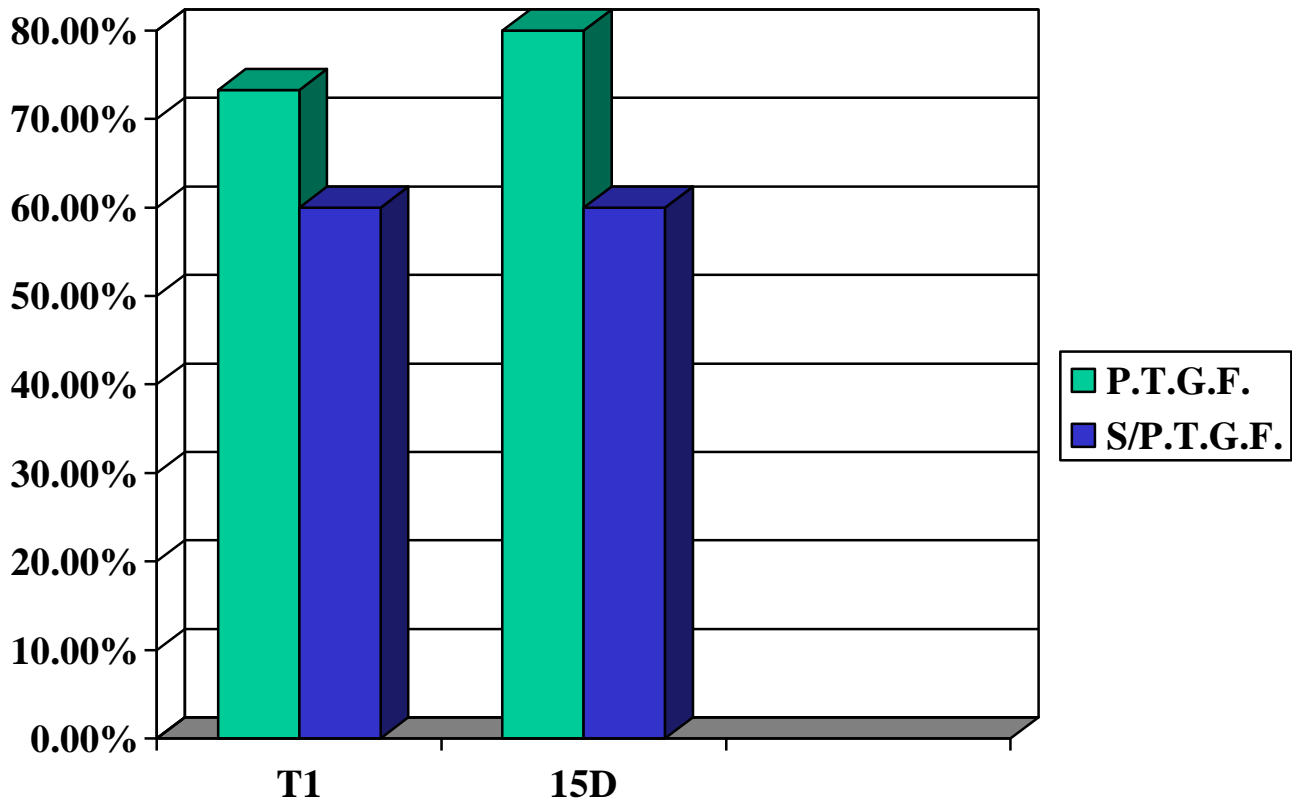
Los resultados de esta muestra marcan una mejoría elocuente del sistema postural fino en los pacientes del *grupo A*, pudiendo considerarla estadísticamente válida, tanto en los resultados tomados al final del tratamiento como a los 15 días, lo que confirma nuestra hipótesis.

Los resultados obtenidos en el *grupo B*, tratados con tratamiento osteopático sin trabajo de puesta en tensión global de las fascias, muestran una mejoría inferior, la cual es considerada escasa para demostrar su efectividad. En este caso sería necesaria una muestra más grande para probar su eficacia, pero ratifica nuestra hipótesis de que nuestra técnica potencia el tratamiento convencional.

Por otra parte, si nos alejamos un poco de la estadística científica, es decir que, en lugar de tomar valores numéricos promedio, comparamos sólo la relación mejoramiento-empeoramiento, observamos que el porcentaje de pacientes que presentan mejoras del S.P.F. es claramente mayor cuando trabajamos con la técnica en estudio y, a su vez, estos pacientes mantienen mejor estos resultados en el tiempo.

Haciendo un relevamiento del mejoramiento-empeoramiento de los pacientes, sin tener en cuenta si este es mayor o menor numéricamente, obtenemos los siguientes datos :

- el 73.3 % de los pacientes tratados con el tratamiento basado en la puesta *en tensión global de las fascias* mejoraron su S.P.F.
- el 80 % mejoraron con respecto a su nivel inicial después de 15 días.
- el 60 % de los pacientes tratados *sin P.T.G.F.* mejoraron el S.P.F.
- el 60 % de este grupo mantiene mejoras a los 15 días del tratamiento.



DISCUSIÓN

Este trabajo no intenta entablar una discusión entre la efectividad de las técnicas funcionales o estructurales ya que, para normalizar las disfunciones locales, se utilizan tanto unas como otras.

Tampoco estamos proponiendo un tratamiento utilizando sólo técnicas globales ya que se deja en claro la prioridad de lograr la disociación de las estructuras como principio básico de la osteopatía para que el cuerpo funcione.

Este estudio intenta poner en evidencia la necesidad de trabajar sobre la fascia y las cadenas mio-fasciales y mostrar la eficacia de las técnicas globales de puesta en tensión.

Nuestro criterio personal de tratamiento en terapia manual y osteopatía toma como eje a la fascia, tanto para en el diagnóstico como en la normalización de los tejidos, ya que es la restricción o retracción de esta la que determina la fijación de un hueso o una víscera. Por lo tanto podemos decir que:

- siguiendo las tensiones fasciales podemos determinar las zonas de fijación o disfunciones osteo-articulares y viscerales
- liberando la restricción fascial que limita el movimiento de una articulación recuperaremos la capacidad de disociación de la misma

- poniendo en tensión las cadenas fasciales liberamos las fijaciones que quedan en el sistema después de la corrección local
- trabajando sobre la fascia modificamos la información alterada en los tejidos

CONCLUSIÓN

El análisis de los resultados de esta investigación confirma en forma concluyente nuestra hipótesis, ya que demuestra que *el trabajo de puesta en tensión global de las fascias complementando la normalización osteopática mejora el sistema postural fino del paciente.*

En lo que respecta al tratamiento osteopático sin trabajo de puesta en tensión global de las fascias, vemos que los resultados también ponen en evidencia una mejora del sistema postural del paciente aunque menos notable.

En ambos grupos las mejoras se mantienen también en un alto índice a los 15 días, lo que pone de manifiesto la prolongación en el tiempo de los resultados osteopáticos.

Queremos dejar en claro que los resultados obtenidos toman en cuenta solamente la mejora del sistema tónico-postural, dejando abierto, para nuevas investigaciones, el estudio de otros parámetros: evolución sintomatológica, emocional o funcional. De todos modos, destacamos el estudio del sistema postural fino como de gran validez para evaluar resultados osteopáticos, ya que una equilibración tónico-postural más económica implica una mejor organización de las líneas de fuerza, que es un objetivo fundamental de la osteopatía y otras terapias manuales, emparentado con la noción de homeostasis, que debería corresponderse con una mejora sintomatológica, funcional y emocional.

Esperamos que este trabajo sea un aporte para enriquecer y ampliar los criterios de ese concepto genial sobre el funcionamiento del cuerpo que nace a partir de los principios mecánicos y filosóficos de W. T. Still, de los cuales surgen técnicas que deben actualizarse permanentemente.

Sería un honor que este abordaje técnico aportado sea tomado por otros colegas para aplicarlo, modificarlo, cuestionarlo o seguir investigándolo, como haremos nosotros.

Del mismo modo, intentamos introducir el concepto de Posturología, que se puede relacionar con varias ramas de la medicina, y de la cual la Osteopatía puede valerse particularmente, tanto por su visión global como por el concepto de equilibrio y homeostasis. Así dejamos abierta también la puerta de la investigación en este área, que es muy amplia y permitirá integrar cada vez más a la Osteopatía con otras ramas de la medicina.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- BUSQUET, L. *Osteopatía craneal*. Ed. Paidotribo. 1999.
- 2- BECKER, R. *Life in motion*. Ed. Rudra Pres. 1997.
- 3- SUCHARD, P. *El campo cerrado*. Ed. I.T.G. 1988.
- 4- DUVAL, J. A. *Introducción a las técnicas osteopáticas de equilibrio y de intercambios recíprocos*.
- 5- SUCHARD, P. *Stretching global activo II*. Ed. Paidotribo. 1998.
- 6- KELEMAN, S. *Anatomía emocional*. Ed. Desclée. 1997.
- 7- BUSQUET, L. *Las cadenas musculares I*. Ed. Paidotribo. 1994.
- 8- CARPENTIER, M. *Neuroanatomía humana*. Ed. El Ateneo. 1978.
- 9- VERKIMPE-MORELLI, N. *Harmonisation statique globale*. Ed. Verlaque. 1980.
- 10- SUCHARD, P. *Artículo publicado en revista "Terapias globales" n° 1*. Ed. I.T.G.. 1980.
- 11- SUCHARD, P. *Artículo publicado en revista "Terapias globales" n° 5*. Ed. I.T.G.. 1980.
- 12- BUSQUET, L. *Las cadenas musculares IV*. Ed. Paidotribo. 1996.
- 13- BROOKS, R. *Life in motion. The osteopathic vision of R. Becker*. 1997
- 14- BECKER, R. *La quietud de la vida*.
- 15- ZILBERMANN, S. *Architecture cranio-sacree*. Ed. Verlaque.1990.
- 16- BRICOT, B. *La reprogrammation posturale globale*. Ed. Sauramps. 1989.
- 17- STILL, W.T. *Osteopatie :recherche et pratique*. Ed. Sully. 2001.
- 18- CLAUZADE-DARRAILLANS. *Concept osteopathique de l'occlusion*. 1990.
- 19- GAGEY, P. *Introducción a la posturologie clinique*. Ed. Agressologie. 1980.
- 20- PAOLETTI, S. *Les fascies*. Ed. Sully. 1998.

AGRADECIMIENTOS

Tengo que agradecer especialmente la colaboración de mi colega y amigo José A. Dos Santos Pombo D.O. que aportó su trabajo en la evaluación y tratamiento de varios pacientes.