

INDICE

- Antecedentes históricos de la estética.
- Gabinete del esteticista.
- El masaje.
- Maniobras y sus características.
- Masaje de relajación general.
- Drenaje Linfático Manual
- Maniobras y características.
- Aromaterapia en la estética
- La parafina.
- Aromaterapia en la estética.
- Celulitis.
- Tratamientos y características.
- Masajes en el embarazo.
- Fangoterapia
- Aparatología.
- La piel.
- Estrias.
- Peeling con ácido glicólico.
- Depilación.
- Tratamiento de spa. (manos y pies).

ESTETICA CORPORAL

ANTECEDENTES HISTORICOS

LA PREHISTORIA

Los orígenes de la estética se remontan a la prehistoria.

En la Biblia encontramos las primeras referencias escritas de la belleza en la antigüedad. Dice así: “Jezabel adornó su cutis con afeites para seducir a Jehú y para hablarle con mayores poderes de seducción”. Otro ejemplo es el de Ester, reina de Babilonia quien embellecía con afeites sus maravillosos ojos, hasta ser considerada la mujer con los ojos más bellos que nunca existió.

A través del arte y de los instrumentos de uso cotidiano que han llegado a nuestros días, podemos ver que desde entonces existía una preocupación por la belleza.

La cualidad que se aprecia más en la mujer y que se toma como símbolo de ésta es la fertilidad.

Las esculturas y grabados nos muestran figuras femeninas voluminosas, incluso deformes, que reflejan el interés de los prehistóricos por la fertilidad, tan necesaria para la continuidad del grupo.

Entre los hallazgos más antiguos que hacen alusión al incipiente interés femenino por la belleza, encontramos un grabado en las cercanías de Oslo, Noruega. Este grabado reproduce la figura de una mujer embadurnándose con grasa de reno, animal que está al lado de la figura femenina. También en Austria, la conocida Venus de Willendorf, y en la Costa Azul francesa, La Venus de Grimaldi; se han hallado representaciones de mujeres simbolizando la preocupación de éstas por el cuidado de su belleza.

Los productos de que disponía la mujer prehistórica se limitaban, prácticamente, a la arcilla, tierras de pigmentos colorantes o toscos productos elaborados a partir de grasas animales. El producto más antiguo que se conoce estaba compuesto de sulfuro de antimonio.

EGIPTO

De todos es conocida la mítica belleza de las reinas del antiguo Egipto y cómo los egipcios embalsamaban a sus faraones.

Estos dos factores impulsaron un gran culto a la belleza y a la cosmética, principalmente en las cortes faraónicas.

Los ritos funerarios se caracterizaban no solo por embalsamar los cuerpos de los difuntos, sino también por depositar junto a ellos toda clase de objetos, alimentos y materiales preciosos para que en la vida futura disfrutasen de los bienes terrenales.

Entre los objetos se encontraban peines de marfil, cremas, negro para los ojos, polvo, etc., dentro de pequeños recipientes en los que estaban grabadas las instrucciones para su uso.

El refinamiento de los cuidados estéticos era enorme. Fórmulas secretas embellecían a las reinas de Egipto que, con mucha rapidez, eran imitadas por sus cortesanas.

Los peinados, las pelucas, los baños de leche, las estilizadas siluetas, todo formaba parte de una cultura en la que lo espiritual, el arte, la religión y la ciencia tenían una importancia fundamental.

Especial atención merecían el cabello, la piel y los ojos. El cabello era teñido con henna, consiguiendo mil matices encarnados o bien se rasuraba completamente para facilitar los continuos cambios de pelucas, sumamente sofisticadas.

Con ungüentos, afeites y baños perfumados o de leche cuidaban de mantener una piel tersa y extremadamente suave.

Los ojos se remarcaban en negro, engrandeciendo y suavizando su forma natural. El carmín de los labios, el blanco para restar vivez a la cara, el rojo-naranja para las mejillas, eran productos extraídos de plantas y arbustos.

Usaban antimonio para cambiar el color de los párpados en azul y verde, realzando así más las pestañas.

Las dos reinas que más se significaron por su belleza y sus secretos de estética fueron Nefertiti y Cleopatra.

De Nefertiti se recuerda aun su estilizada silueta, a pesar de haber tenido seis hijos, siendo ella quien extendió la moda del color verde para los párpados. El hermoso busto de esta reina, esposa de Amenhotep IV, se conserva en magnífico estado en un museo de Berlín.

De Cleopatra se cuenta que fue la mujer que reunió más secretos sobre el cuidado de su belleza: sus mascarillas, su maquillaje y sus baños de leche pasaron a la historia.

GRECIA

Grecia fue la civilización de la belleza. Ha sido tal su influencia en las culturas occidentales posteriores que su cultura y su arte han configurado el llamado ideal clásico de belleza. Eran, en contraste con los egipcios, todos los estamentos sociales los que compartían su inquietud por la estética. Hasta tal extremo llevaron este gusto por la belleza que en uno de sus libros, Apolonio de Herofila explica que “en Atenas no había mujeres viejas ni feas”. De hecho fueron los griegos quienes difundieron por Europa gran cantidad de productos de belleza, de fórmulas de cosmética, así como el culto al cuerpo y los baños; en resumen, el concepto de la estética.

La mayor atención la prestaban al cuidado del cuerpo. Los cánones de belleza griegos no toleraban ni la grasa ni los senos voluminosos. Era necesario cultivar el cuerpo para conseguir la perfección estética que consistía en, además de tener senos pequeños y fuertes, poseer un cuello fino y esbelto y los hombros proporcionados.

En los baños era donde este amor por el cuidado del cuerpo tenía lugar. Precedían al baño diversos ejercicios físicos que preparaban al cuerpo para recibir el baño, habitualmente realizado con agua fría. También los masajes tenían un papel importante ya que, junto con el baño y los ejercicios gimnásticos, lograban que en el cuerpo no hubiese rastro alguno de grasa y que se mantuvieran la figura grácil y la piel tersa.

La cosmética, en Grecia, vivió un momento esplendoroso, sobre todo en la utilización de los aceites. Estos se extraían de flores y se empleaban además de en estética, en los actos religiosos, deportivos y en la vida diaria.

Los aceites perfumados se aplicaban después de los baños o de los masajes y se elaboraban de muchas flores distintas, de rosas, de jazmines, tomillo, etc., y su fabricación se concentraba en Chipre, Corinto y Rodas. El cabello se cuidaba con esmero y se elaboraban tintes también con extractos naturales. El maquillaje de las mujeres en Atenas se basaba en el color negro y azul para los ojos; coloreaban sus mejillas con carmín y los labios y las uñas se pintaban de un único tono.

Se consideraba que el color de la piel de la cara debía ser pálido, ya que era reflejo inequívoco de pasión. Pero no únicamente las mujeres y los hombres griegos tenían esta inquietud por la estética. Sus dioses buscaban también el ideal de la belleza. La figura de la diosa Afrodita de Cridona nos ha llegado reproducida en el momento en el que está desnudándose para entrar al baño.

ROMA

En el Imperio romano la estética constituyó una auténtica obsesión. Hombres y mujeres atesoraban fórmula de cosméticos, se maquillaban, peinaban y depilaban por igual.

Baños y masajes, vestidos y peinados o el cuidado del cuerpo no eran exclusivos del sexo femenino, sino que todos los romanos querían embellecerse y cuidarse.

Pero, contrariamente a Grecia, no existía un único ideal de belleza, ya que las sucesivas conquistas del Imperio romano recogieron influencias dispares de los pueblos dominados. Un ejemplo de ello lo constituye la "locura" de las romanas por ser rubias. Sucedió a la vuelta de la conquista por Julio César de los territorios germánicos. Los esclavos que con él trajo, sorprendieron por el color de su cabello y de su cutis. Con gran velocidad circularon por Roma fórmulas y ungüentos para cambiar el color, generalmente moreno, de la piel y el cabello de las romanas.

En Egipto y en Grecia se inició la costumbre de tener esclavas dedicadas exclusivamente al cultivo de la belleza de sus amos. Esta costumbre se acentuó en la época romana y las esclavas se especializaron en temas concretos: baños, maquillaje, tocados, etc.

Sobresalen las romanas por el especial cuidado que dedicaban a los tocados. Sofisticados y barrocos hasta lo increíble, se hacían con materiales considerados preciosos. Perlas, telas, flores, mallas bordadas, eran manipuladas hasta conseguir el tocado más refinado.

La popularización del baño llegó al extremo de edificar, en Roma, los conocidos baños de Caracalla, con capacidad para 1.600 bañistas o los aun mayores baños termales de Diocleciano que podían acoger simultáneamente a 3.000 bañistas. Solo en el siglo IV había en Roma 900 establecimientos de baños termales.

EDAD MEDIA: EL DECAIMIENTO DE LA ESTETICA

La mujer de la Edad Media soportó las consecuencias de una época caracterizada por la austeridad, las frecuentes guerras y las grandes epidemias.

El cuidado de la belleza resurge, sin embargo, en los siglos XI al XIII al organizarse en Occidente las Cruzadas para recuperar los llamados "Santos Lugares", entonces

en manos de los musulmanes. Estas guerras originaron contactos e intercambios con otras culturas y consecuentemente se introdujeron nuevas técnicas sobre productos y cosmética que suplieron las ya existentes en Europa. La nobleza, en este período, se recluye en sus castillos. Son los vendedores ambulantes de bálsamos, artículos de tocador y hierbas medicinales, que van de castillo en castillo vendiendo sus productos, quienes conservarán y renovarán los secretos de la cosmética. Estos se guardan en la “muñeca para adornarse”, nombre que se le daba al tocador. El tocador medieval era un hermoso y complicado mueble, lleno de cajones y espejos que, al estar cerrados, daban al tocador la apariencia de un escritorio.

Durante los primeros siglos de la Edad Media los nobles no descuidaban la higiene personal. En las ciudades, los baños públicos eran visitados con frecuencia por éstos, mientras que en los castillos las damas se bañaban con agua fría perfumada con hierbas aromáticas.

Pero en la medida que la Edad Media avanza, estas costumbres se van olvidando. Los perfumes de fuerte olor sustituirán poco a poco a la más mínima higiene corporal.

EL RENACIMIENTO: NUEVO RESURGIR DE LA ESTETICA

A la Edad Media le sucede el Renacimiento, época en que los valores estéticos toman un nuevo impulso, olvidados desde Grecia y Roma.

La sensibilidad por el arte, la filosofía y la cultura en general, adquieren en el Renacimiento una importancia clave. Es el momento del florecimiento del arte italiano, de los mecenas, de la concepción filosófica del hombre como “hombre-total”, sin especializaciones.

La estética, en todos los campos creativos, llega a cotas refinadísimas. La belleza lo abarcará todo y por lo tanto la estética femenina formará también parte de esta armonía que envuelve la vida de la Italia renacentista. Este país se convertirá en el centro europeo de la elegancia. Las nuevas propuestas de la moda, la belleza y la estética salen de Italia para influir en las cortes de Europa.

En el siglo XVI los monjes de Santa María Novella, crean el primer gran laboratorio de productos cosméticos y medicinales.

El ideal de belleza de las mujeres nobles italianas consistía en tener un cuerpo de formas muy curvadas, la frente alta y despejada, sin apenas cejas y la piel blanquecina.

Tener el pelo rubio era sinónimo de buen gusto y para conseguirlo mezclaban los extractos más inverosímiles. Los primeros tratados de cosmética y belleza aparecieron en Francia e Italia durante estos siglos. En 1573, en París se publica el libro “instrucciones para las damas jóvenes” y en Italia el libro de Catalina de Sforza “Experimentos”. En este libro encontramos toda clase de recetas de cosmética y perfumería, escritos sobre maquillaje, para corregir defectos del cuerpo e incluso reconciliar matrimonios.

En el siglo XVI Catalina de Médicis, interesada en todo lo referente a la estética, dedicó parte de su tiempo al estudio de ungüentos y combinaciones de cremas. Más tarde al convertirse en reina de Francia, llevó consigo a los mejores especialistas en

perfumes de Florencia, quienes se impusieron en el arte de la perfumería. Fue precisamente una de sus más íntimas amigas quien instaló en París el primer Instituto de Belleza. A pesar de los cambios producidos, todavía la higiene personal dejaba mucho que desear. Las memorias personales de los nobles de la época relatan como a la reina Margarita de Valois le resultaba difícilísimo peinarse por lo enredado que tenía el cabello a falta de hacerlo más a menudo; o cómo se lavaban las manos una vez por semana.

ORIENTE: LA DELICADA FANTASIA ESTÉTICA

LA INDIA

Este extenso y complejo país es muy rico en materias primas para la estética. Los productos de belleza se han usado en la India desde tiempo inmemorial en ritos religiosos y en la vida diaria, sin que hayan experimentado evolución de importancia.

Las flores, el kohol y los polvos de azafrán se usan cotidianamente y aun hoy en día los niños de este país pintan sus ojos con kohol por sus poderes desinfectantes.

En uno de los libros más antiguos sobre medicina en el mundo, el “Susruta”, se explican cuidados de belleza con aceites perfumados, entre otras muchas recetas de extractos vegetales dedicados a la estética.

CHINA

La China tiene en cosmética, como en tantos otros aspectos, una tradición antiquísima. Sus cánones estéticos se basaban en una mujer delicadamente maquillada y con un cutis cuidado al máximo.

El maquillaje consistía en finos polvos de color rosado, rojo o anaranjado y los ojos se subrayaban con bastoncillos untados en tinta china.

La piel se trataba con cremas elaboradas con pulpa de frutas, aceites de té o grasas animales.

Los perfumes provenían de flores -jazmín, almizcle, camelia- o de maderos aromáticos como el patchouli.

La poesía y el arte chino en general han reflejado profusamente esta delicada atención de las mujeres chinas a la estética.

JAPÓN

El país del “Sol Naciente” recogió muchas influencias de la belleza y la cosmética chinas. El cuidado del cuerpo está íntimamente ligado en Japón a la vida religiosa, por lo que los hombres y mujeres de este país han tenido siempre en aprecio el mundo de la estética.

Aceites, pigmentos y polvos de alazor son algunos de los productos que estas mujeres usaban para su belleza. La tinta china embellecía también sus ojos.

El cabello era tratado con el máximo de atenciones, puesto que tener el pelo negro, brillante y voluminoso era símbolo de gran belleza.

La pintura japonesa de todos los siglos ha dejado patente muestra de los mimos que dedicaban sus mujeres a la belleza del cuerpo y del cutis.

ARGENTINA

El comercio de carnes y cueros con los países europeos a través de los puertos de Buenos Aires; entre los años 1777 y 1810 época de los virreinos, creó una "sociedad colonial" que comenzaba a consumir costumbres propias de París, Londres e Italia. A partir de la emancipación española, ocurrida en 1810, esas familias pertenecientes al área del poder gubernamental, políticos, estancieros, tesoreros de las casas importantes y de los empleados públicos conformaron una "Gran Aldea" donde las fiestas en clubes privados estaban reservados a una aristocracia porteña que competía en las exhibiciones terrenas. En 1820 la vestimenta femenina tradicionalmente española cambia por la moda francesa.

Y junto a muebles, hierros, espejos, aljibes, monumentos de mármol, se empiezan a exponer perfumes, cosméticos traídos de Inglaterra y Francia.

"La porteña del tocador" óleo del italiano Descalzi, siglo XX, constituye un hermoso documento de esa época y costumbres.

La revista "La Moda" donde se incluía temas de música y poesía, literatura, comportamiento social y consejos sobre el cuidado de belleza, a mediados del siglo XIX.

En la "Gaceta de Buenos Aires", diario fundamental de Mariano Moreno, periodista y patriota de la Independencia, se anunciaba el 2 de Agosto de 1817 la llegada desde París de LA POMADA DE LA REYNA para teñir las canas a un hermoso color castaño oscuro o negro y además del AZEITE IMPERIAL DE RUSIA para nutrir el pelo.

En 1819; los farmacéuticos Cramwell y Cía, ofrecían perfumes importados Atkinsons, Rigaud, Gosnellm, agua de colonia alemana "farina"; cosmético y accesorios.

En el Siglo XX, se desarrollaron fabricas de capitales argentinos, que tuvieron momentos de gran expansión ya en la primera mitad de este siglo y que a partir de entonces compiten con bastante éxito con productos de filiales extranjeras.

La industria cosmética argentina ha mejorado merced a las exigencias de las entidades sanitarias, nacionales de la salud, de las asociaciones privadas: como la Asociación Argentina de Químicos Cosméticos (A.A.Q.C.). Cámara Argentina de la Industria de Productos de Higiene y Tocador (CAPA), entidades dermatológicas, de cosmetología, y por sobre todo por la demanda de un público que consume cosméticos y reclama buena calidad.

GABINETE

El lugar determinado para realizar distintos tratamientos y realizar la actividad del profesional.

El espacio que se necesita para realizar esta actividad es entre 12mts² o 14mts². esto quiere decir; 3mts x 4mts aproximadamente, es de importancia tener un baño en el gabinete, por la mayoría de tratamientos que se realizan con agua; o un acondicionamiento para reemplazar el baño.

El color de las paredes se recomienda colores claros; como el verde, celeste, etc.

La ventilación y la calefacción son importantes en todo gabinete; pueden ser: splits, calefacción central, ventiladores, estufas, etc. Lo ideal es mantener la temperatura acorde a la temporada del año.

La iluminación del gabinete debe ser muy buena, y es importante no dirigida al cliente, se puede tener un regulador de intensidad.

La decoración es acorde a la pintura, iluminación y mobiliario a utilizar.

El mobiliario; es básico tener: una camilla, un banquito con rueditas y regulable en altura, una mesita con rueditas, un armario, y una silla. Los mobiliarios secundario pueden ser: repisas, escritorio, equipo de audio, vestidor, etc.

Los implementos a utilizar básicos son:

- Dos toallones. (1mt x 0,50cms).
- Toallitas chicas. (0.30cms x 0.30cms).
- Cubre camillas descartables.
- Pareos.
- Vinchas.
- Dos bols grandes.
- Dos bols chicos.
- Esponjas.
- Dos almohadones. (grande y chico).
- Algodón.
- Papel tissue.
- Bombachas descartables.
- Espátula.
- Pinceles medianos.
- Crema base y gel base.

Implementos varios:

- Cesto de basura.
- Perchero.
- Atomizadores.
- Espejos.
- Reloj.
- Una ducha.
- Un lavatorio y grifería.
- Hornito para esencias.
- Horno de bier.

- Una frazada.
- Manta térmica.

HISTORIA DEL MASAJE

ETIMOLOGICAMENTE:

La palabra MASAJE proviene del verbo árabe MASS (tocar), MASHES (hebreo) y de la palabra griega MASSEIN (amasar). Y cualquiera de estas raíces pudo haber originado las palabras francesas MASSEIN (verbo), MASAJE (acción), MASSEUR y MASSEUSE (sujeto).

BREVE HISTORIA:

Las primeras referencias del masaje aparecen hace unos 2500 años en China mediante la obra médica “ Nei Ching ” y atribuida a Huang Ti describiendo que: El tratamiento para la parálisis completa, la fiebre y los escalofríos consiste en los ejercicios respiratorios, masajes en la piel y fricciones en los pies y manos. Mientras en la India y en Japón aparecen como una técnica espiritual.

Asclepíades (en el año I de nuestra era), médico griego nacido en la antigua Bitinia de Asia Menor, creía que el movimiento de los átomos en el cuerpo causaba enfermedades y curaba a través de los baños, dieta, el ejercicio y los masajes. Señaló “ Las fricciones vigorosas endurecen las fibras, las suaves las aflojan. Cuando se aplican durante mucho tiempo producen pérdida de peso. Si se emplean con moderación, lo aumentan ”.

El masaje fue un hábito tanto para los habitantes de la Antigua Grecia como para los romanos del Imperio, desde los patricios hasta los esclavos. Para algunos era un lujo para otros significaba acortar la convalecencia. Los gladiadores lo utilizaban para aliviar los hematomas y dolores después del combate.

Hipócrates (c460-c.377 antes de nuestra era) considerado padre de la medicina y el médico más importante de la Antigüedad, en su libro sobre las articulaciones dice: “Las fricciones pueden sujetar una articulación laxa y aflojar una demasiado rígida”.

Galeno (129 – c. 199) un especialista de la experimentación, incluyó en su obra magna, al menos dieciséis títulos dedicados al masaje. Explique que: “..... Las fricciones pueden ser de muchas clases, con golpes y círculos de las mano, llevándolas no sólo de arriba hacia abajo y de abajo para arriba, sino también en sentido semivertical, oblicuo, transversal y semitransversal”. Y además afirmaba que los golpes y fricciones se deberían realizar de distintas formas para que, dentro de lo posible, cada fibra muscular sea frotada en todas direcciones.

Oribacio, describe el masaje como método para evacuar las sustancias que quedan después de realizar un trabajo muscular, una actividad deportiva.

Avicena, médico persa; hacia el año 100 de nuestra era indicaba que a continuación de los ejercicios atléticos, la fricción restauradora produce descanso. Su objetivo es dispersar las sustancias perjudiciales que se forman en los músculos y que no se expresan en el ejercicio.

RENACIMIENTO:

En el renacimiento se vuelve a utilizar el masaje que había desaparecido como práctica con la caída del Imperio Romano. A fines del siglo XV, Antonio Gazio de Papua publicó su Florida Corona donde se repite las recomendaciones que hicieron para el masaje tanto Hipócrates, Galeno y Avicena.

Durante el siglo XVIII, Friedirch Hoffman, prestó especial atención a los ejercicios y el masaje, influyendo sobre el pensamiento de Nicolás Andry quien en su tratado Larthopedie, abrió una nueva rama, la ortopedia. Recomendaba frotar las pantorrillas para ablandar músculos y tendones. Reconoció el efecto positivo del masaje sobre la circulación y calor de la piel y sugirió recurrir a las fricciones suaves de todo el cuerpo para mantener la libre circulación de la sangre.

Quettmazz escribió uno de los primeros tratados sobre el masaje y recomendaba el masaje abdominal para el estreñimiento crónico, las fricciones aplicadas al abdomen estimulaba el peristaltismo, ayudaba a la circulación y favorecía el flujo de bilis.

Olry afirmó que la piel no era solo una cubierta sino un órgano, aconsejaba las fricciones suaves para algunas lesiones cutáneas.

MODERNIDAD

Durante los siglos XV, XVI, XVII y comienzos del XVIII, la opinión general se inclinaba por el uso de la presión firme.

El más extremista fue el inglés Admiral Henry quién atribuía mucha importancia a la gran violencia. Este autor describe algunas de las manipulaciones como dolorosas, pero que a su entender dejarían de serlo si se persevera, para convertirse en agradables.

Ambrosio Pare describió las fricciones como: Presión y relajación sucesivas de las partes externas que asignan un movimiento de los sólidos y los líquidos orgánicos y de esta forma aumentan la circulación. Al hablar de las dislocaciones emplea términos descriptivos del masaje como: fricciones, amasamientos, golpeteos.

Piorry en 1918 fue el primero en investigar la fisiología del masaje, describiendo la reacción de la piel y cada uno de sus componentes, de los músculos y las articulaciones.

Observó que la percusión crea un aflujo de energía de energía nerviosa y de líquido sanguíneo hacia la zona, consiguiendo que los vasos pasen a la acción desde su estado de atonía.

A finales del siglo XIX el gimnasta sueco Peter Henrik Ling combinó sus conocimientos deportivos de fisiología y con las enseñanzas de Ambroise Paré, creando de esta manera lo que hoy se conoce como el MASAJE SUECO, que es el término que se suele definir al masaje en general. Ling se propuso estimular la circulación, aumentar el tono muscular y crear un equilibrio funcional y estructural del sistema músculo-esquelético.

En 1900 Jacquet recomendaba una técnica de masajes para afecciones cutáneas, a las que más tarde se llamó MASAJE PLÁSTICO y que aún hoy se enseña en cosmetología como MASAJE DE JACQUET.

A otra forma de masaje introducida a comienzos del siglo XX se la denomina MASAJE DEPORTIVO.

En la actualidad más de 100 estudios corroboran lo que se sugería en algunos textos chinos hace más de 3000 años: el masaje es eficaz para combatir enfermedades tan diversas como la migraña, el asma, la artritis, etc. En 1993 por ejemplo, un estudio publicado por el New England Journal of Medicine sostiene que el masaje era la tercera alternativa utilizada en EEUU.

DEFINICION DE MASAJE

Conjunto de movimientos coordinados y armoniosos realizados con las manos, brazos, pies, y/o algún implemento en un tiempo, ritmo, velocidad e intensidad cuyo propósito es descontracturante, estético, deportivo, terapéutico.

INFLUENCIAS DEL MASAJE

- **SOBRE EL CUERPO HUMANO:**

La manipulación efectiva sobre la piel y los tejidos adyacentes, lleva a un punto óptimo del estado de la dermis y epidermis, producto de la circulación sanguínea y linfática; logrando así una mayor oxigenación de la sangre, acelerando al mismo tiempo el movimiento linfático y facilitando de esta manera la eliminación de todos los productos de desechos, (toxinas).

Podemos aumentar los siguientes efectos del masaje sobre el cuerpo humano, siempre que esté bien realizado y siguiendo una técnica analítica.

1. Aumenta la temperatura de la piel y mejora su estado fisiológico.
2. Mejora la circulación periférica.
3. Disminuye las adherencias de los tejidos blandos.
4. Distiende los músculos y tendones contraídos.
5. Relaja y seda el sistema nervioso central.
6. Relaja la musculatura esquelética.

- **SOBRE LA PIEL:**

La piel es el primer receptor de todas las técnicas y maniobras.

El masaje puede causar un efecto sedante sobre las papilas, muy sensibles y vascularizadas, a la que fija la capa más profunda de la cutícula, y limpia los conductos secretores de las glándulas sebáceas y sudoríparas, facilitando por lo tanto la absorción cutánea.

El masaje puede vigorizar, suavizar, mejorar la elasticidad y finura, nutrir, liberar de adherencias cicatrizales y cutáneas activando el desarrollo sobre sus elementos celulares.

- **SOBRE LA MUSCULATURA ESQUELETICA:**

En la musculatura esquelética existe una gran repercusión terapéutica del masaje, modificando su circulación y aumentando los recambios nutritivos, la tonicidad y contractilidad, evitando la atrofia de las regiones que por cualquier causa deben estar inmóviles.

Se evita la acumulación de ácido láctico y otros productos tóxicos sobre el músculo, evacuando los desechos y aportando sustancias nutritivas.

El masaje provoca una hipertermia, preparando al músculo a un mayor rendimiento, y recuperándolo después de una fatiga.

El masaje sobre la musculatura abdominal, además de fortalecer la pared del abdomen, flácida en algunos individuos de vida sedentaria, y atrófica y distendida en las mujeres después del parto, sirve como excitante de la actividad peristáltica del tracto intestinal y facilita la evacuación regular del intestino grueso.

- **SOBRE EL TEJIDO CONJUNTIVO E INTERSTICIAL:**

EL masaje se realiza sobre las áreas cutáneas que tienen conexión y hacen referencias a los órganos internos afectos.

- **SOBRE LA CIRCULACION:**

El masaje proporciona a los vasos venosos y linfáticos un vaciamiento mecánico y un movimiento mucho más vivo tanto de la sangre como de la linfa.

Tiene una influencia importante en el aumento de la circulación capilar, aumenta la eficacia en el intercambio de nutrientes y metabolitos.

La liberación de acetilcolina y la producción de histamina y sustancias histaminoides en los tejidos desempeñan un papel importante en la vaso dilatación inducida por el masaje.

- **SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO:**

El masaje actúa sobre las terminaciones nerviosas y es aquí donde hay tres grandes influencias sobre el sistema nervioso: sedativo, relajante y estimulante.

MASAJES RELAJANTES Y ESTETICOS:

El masaje tradicional y el drenaje linfático manual son las mejores opciones para mantener la piel en forma. Una cuestión de estética a la que se suman otros beneficios añadidos que a su vez repercuten directamente sobre ella y sobre la salud interna del organismo.

Estas terapias implican un masaje lento, suave y repetitivo, lo que le confiere unas envidiables propiedades antiestrés. Se puede efectuar únicamente sobre una zona del cuerpo, aunque resulta más eficaz cuanto más completa y general sea su aplicación. En un primer momento aporta un efecto estimulante que posteriormente adquiere connotaciones relajantes, tanto físicas como psíquicas.

El esteticista emplea sustancias para que hagan resbalar sus manos ya que con adherencia resulta muy difícil empujar la piel y el líquido que subyace debajo. Frente a los masajes al uso, aporta otros dones terapéuticos que también se dejan notar sobre la calidad de la delicada armadura que cubre el cuerpo.

Estos masajes activan la circulación sanguínea y linfática en dirección a las vías de desagüe, que a su vez se comunican con otras más profundas. Además, favorece la microcirculación y estimula la eliminación de los restos metabólicos. También hay que tener en cuenta que mejora la elasticidad de músculos, tendones y ligamentos.

El drenaje linfático activa la circulación linfática en dirección a las vías de desagüe, que a su vez se comunican con otras más profundas. Además, favorece la microcirculación y estimula la eliminación de los restos metabólicos. También hay

que tener en cuenta que mejora la elasticidad de músculos, tendones y ligamentos.

MASAJE GENERAL

Se llama masaje general al método de trabajo a donde se deslizan las manos , por sobre lo largo de la musculatura de la persona del que lo recibe.

Es relajante y energizante dado que al circular las manos por todo el cuerpo la energía comienza a desbloquearse y circular por todo el cuerpo, sobre todo en aquellos lugares donde se sienten tensionados.

Para realizar este masaje, es importante que el esteticista se conecte con su propia energía de todo el cuerpo; realizando respiraciones profundas, dejando llegar y oxigenar hasta el bajo vientre, y exhalando suavemente, buen contacto con la tierra(buen apoyo de los pies, rodillas relajadas, hombros sueltos, brazos y manos relajados), y sobre todo una actitud hacia lo que vamos a realizar.

A medida que vamos recorriendo el cuerpo de la persona a masajear dejamos que el peso de nuestro cuerpo vaya bajando hacia nuestras manos y mientras se deslizan, se incrementan a mayor a menor peso según la zona de que se trate.

La espalda, glúteos y piernas son zonas que pueden recibir mayor cantidad de peso, no así en la cintura, al mismo tiempo la parte de atrás del cuerpo pueden recibir mas peso que la anterior (abdomen, pecho, la zona sacra), son las mas vulnerables.

Es importante destacar la función de las manos , que se deben encontrar relajadas sobre el cuerpo de la persona a masajear para que puedan ser utilizadas en su totalidad la palma y los dedos con sus yemas sintiendo que funcionan como detectores de las contracturas y zonas tensas del cuerpo y presionar en distintas intensidades de acuerdo a la necesidad y producir alivio, no es cuestión de fuerza.

MANIOBRAS Y SUS CARACTERÍSTICAS

AFLORAMIENTO

Maniobra en deslizar las palmas de las manos o las yemas de los dedos de acuerdo a la superficie a tratar, debe realizarse superficialmente realizando la maniobra longitudinal y ascendente, referente a los miembros superiores o inferiores,

maniobra que se aprovecha para colocar el producto sobre el cuerpo, con esta se empieza el masaje.

FRICCIONES

Maniobra que se realiza con un movimiento recto o circular de variadas intensidades, producen hipertermia local, posibilitando la absorción de las cremas.

AMASAMIENTO

Maniobra que consiste en la presión de los tejidos con una leve torsión de la piel y/o musculatura superficial, tratando de acumular la mayor cantidad de tejido, el movimiento se realiza en forma de S, y de acuerdo a la superficie se pueden realizar con el pulgar, índice y dedo mayor de ambas manos.

DESPLAZAMIENTO

Maniobra donde se fija la mano sobre la piel y se aprieta deslizándola sobre los tejidos, siguiendo con la fuerza que ejerce la mano. Su amplitud de movimiento dependerá de la presión ejercida, de la elasticidad de la piel y su grado de adherencia y del lugar donde se manibre.

PELLIZCOS

Maniobra que consiste en pellizcar la piel con ligeros movimientos de torsión. También con movimientos de tracción ejercidos por los dedos índice y mayor, en fuerzas opuestas al dedo pulgar.

PERCUSIÓN

Maniobra que consiste en una sucesión de golpes coordinando tiempo, velocidad, intensidad y ritmo, según la necesidad del masaje y la zona a trabajar.

Y PUEDEN SER:

- Con el borde cubital de la mano, los dedos permanecerán ligeramente separados y no alineados, logrando de esta manera una mayor superficie de contacto con el receptor y al mismo tiempo protegiendo las articulaciones de los dedos del masajista ya que éstas no se chocarán entre sí.
- Con la cara cubital de la mano, el puño permanecerá ligeramente abierto y mediante golpes circulares, logrando de ésta manera un impacto con desplazamiento de la piel.
- Con la cara cubital de la mano, el puño permanecerá cerrado y mediante golpes perpendiculares, logrando de ésta manera una menor superficie de contacto dando a la maniobra mayor profundidad.

MANIOBRAS DE MASAJE EN GENERAL:

POSICIÓN DE CUBITO VENTRAL:

PIE:

1. Fricciones atravesadas en la planta del pie.
2. Presiones atravesadas por la plantas del pie, el costado, externo, interno, parte central, base de los dedos.
3. Presión sobre todo el arco del pie.

4. Flexión, elongación y rotación interna y externa del pie.
5. Estiramientos de los dedos uno por uno.
6. Fricciones circulares alrededor de los maleólos.

PIERNAS:

1. Presiones sobre el tendón de Aquiles, con manos en brazaletes y ejerciendo pequeñas presiones.
2. Fricciones con ambas manos, sobre todo la superficie posterior de la pierna desde los maleólos hasta la articulación de la rodilla.
3. Fricciones profundas con ambas manos superpuestas, una en sentido de las fibras y otra atravesada, sobre toda la superficie posterior de la pierna.
4. Amasamiento en forma de S, con ambas manos.
5. Flexionar la pierna con una mano y con la otra enhorquetada friccionar sobre el hueco poplíteo.

MUSLOS:

1. Fricciones con ambas manos, sobre todo la superficie posterior del muslo.
2. Fricciones profundas superpuestas con ambas manos, sobre todo la superficie posterior del muslo desde la articulación de la rodilla hasta la articulación de la cadera.
3. Fricciones circulares por toda la superficie del muslo, interna, externa y posterior.
4. Amasamiento en forma de S, por toda la superficie del muslo, interna, externa y posterior del muslo.
5. Movimientos de vaivén atravesados sobre todo el muslo.

PELVIS Y ESPALDA:

1. Fricciones palmares desde el eje del cuerpo hacia fuera, sobre las partes inferior y superior de la cresta iliaca sin afectar a esta.
2. Presión sobre los orificios sacros.
3. Afloramiento y colocación de producto por sobre toda la espalda.
4. Desplazamiento con los dedos por sobre toda lo largo de la columna desde la zona lumbar hasta la cervical, sin afectar a esta .
5. Presiones circulares a lo largo de la columna, sin afectar a esta sobre un lado de esta y posteriormente sobre el otro.
6. Fricción sobre lo largo de la columna con las manos superpuestas, a cada lado de la columna desde la cintura hacia el acromion con la cabeza del paciente girada en posición opuesta al lado que tengo que trabajar y viceversa.
7. Presiones de adentro hacia fuera sobre los lados izquierdo y derecho a lo largo de toda la columna entre vértebra y vértebra.
8. Movimientos de vaivén por todo la espalda.
9. Doblar el brazo sobre la espalda, asegurando la posición con la cadera del masajista sobre el codo del paciente, hacer presión con una mano sobre la espalda bordeando la forma del omóplato y con la otra por debajo del muñón del hombro, realizando movimientos de arriba hacia abajo, en coordinación con este movimiento la otra mano que tengo sobre la espalda, realizo deslizamiento por dentro del omoplato.

10. Relajo el brazo y vuelvo a la posición inicial, al lado de los muslos, y amaso los trapecios.

ANTEBRAZO Y BRAZO:

1. Tomar la muñeca del paciente y acomodar en la posición mas cómoda que se pueda, con una mano apoyarla y con la otra realizar fricciones longitudinales por sobre todo el antebrazo.
2. Realizar amasamientos desde adentro hacia afuera por todo el antebrazo.
3. Realizar fricciones y amasamientos igual que en el antebrazo.
4. hacer presiones y amasamientos en el hombro.

ESTAS MANIOBRAS SE PUEDEN REALIZAR APOYANDO LA MUÑECA DEL PACIENTE SOBRE LA CAMILLA Y TRABAJAR CON LAS DOS MANOS.

MANOS:

1. Presiones con el dedo pulgar a lo largo de toda la zona central de la mano, luego realizar lo mismo por sobre los costados externo e interno de la palma de la mano.
2. Presiones sobre la base de los dedos y sobre los dedos en la parte posterior de los dedos, luego estirar los dedos uno por uno.

POSICIÓN DE CUBITO DORSAL:

PIE:

1. Fricción sobre la planta del pie, y entre los tendones de los dedos.
2. Presiones deslizantes con las manos entrelazadas, sobre el empeine y planta del pie hacia los dedos.
3. Movimientos de rotación, extensión y flexión plantar.

PIERNAS:

1. Fricciones suaves alrededor de toda la pierna hacia la rodilla, sobre los músculos tibiales y laterales.
2. Fricciones sobre el tendón rotuliano, y alrededor de la rotula bordeando la rodilla.

MUSLOS:

1. Fricciones a lo largo de toda la masa muscular del muslo en sentido de las fibras, con las dos manos.
2. Realizar fricciones mas profundas con las manos superpuestas sobre todo el muslo parte interna, centro y externa.
3. Amasamientos en forma de S, por toda la superficie del muslo.
4. Movimientos oscilatorios por todo el muslo con ambas o con una mano.

TORAX:

1. Fricciones circulares de adentro hacia fuera alrededor y sobre las clavículas.
2. Fricciones sobre los músculos pectorales, bordeando la zona de las mamas.
3. Fricciones a lo largo del esternón.

ABDOMEN:

1. Fricciones suaves circulares por sobre todo el abdomen en sentido de agujas del reloj.
2. Presiones por sobre toda la zona abdominales con manos superpuestas en sentido de las agujas del reloj.
3. Presiones específicas por sobre la zona del bazo y del hígado acompañados con la coordinación de la respiración del paciente.
4. Amasamiento atravesado por la zona abdominal específicamente la zona de los oblicuos de ida y vuelta.

ANTEBRAZO Y BRAZO:

1. Tomar la mano del paciente y ubicarla en la posición mas cómoda para el (ella) y efectuar fricciones profundas con una o las dos manos por sobre toda la superficie del antebrazo.
2. Realizar amasamiento por sobre todo el antebrazo.
3. Hacer fricciones atravesadas por sobre los pliegues del codo con una ligera flexión de brazos.
4. Pasar a la parte del brazo específicamente y realizar fricciones y amasamientos por sobre toda la superficie del brazo.
5. Realizar movimientos de oscilación por sobre todo el antebrazo y brazo.

MANO:

1. Realizar fricciones por sobre toda la cara dorsal de la muñeca y de los dedos.
2. Presiones sobre los costados de la muñeca, en su costado interno y externo.
3. Presiones generales por sobre todos los dedos en su cara dorsal y palmar, luego estiramientos de los dedos uno por uno.

CUELLO:

1. Presiones con una mano sobre los músculos posteriores del cuello, y con la otra sobre la frente para fijar las maniobras, luego se cambia con la otra mano.
2. Efectuar fricciones sobre el costado de la columna en sus zonas laterales con la cabeza del paciente girada hacia un lado para mayor comodidad y especificidad en la maniobra por parte del masajista.

3. Fricciones y presiones por sobre la parte posterior del cuello, a los costados de las vértebras con las dos manos, levantando la cabeza.

CABEZA:

1. Dividir la cabeza en dos mitades desde la frente hacia la parte posterior de la cabeza, seguir esa línea imaginar con presiones sobre esta , de igual forma dividir con otra línea imaginaria desde las orejas de un extremo al otro, y realizar presiones desde el punto de unión de las dos líneas, con las dos manos dirigiéndose una hacia cada oreja.
2. Realizar presiones y fricciones circulares por toda la cabeza.
3. Fricciones circulares sobre las sienes.
4. Realizar movimientos de elongación del cuello, circulares de flexión de la cabeza y literalidad.
5. Realizar pequeños afloramientos por sobre toda la superficie de la cabeza asemejando estar peinando con los dedos.

DRENAJE LINFÁTICO MANUAL

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El sistema linfático en su estructura y funciones ha sido un gran desconocido en la historia de la medicina hasta no hace muchos años. Los modernos avances tecnológicos como el microscopio electrónico, la tomografía computarizada o el desarrollo de especialidades médicas como la anatomía microscópica, la cirugía y la inmunología han permitido adentrarnos en un conocimiento mas profundo del sistema linfático. De todas formas ya en la Antigüedad se conocía parte de él aunque no se sabía cuales eran sus funciones.

Hipócrates (460-377 aC.) y más concretamente los escritos de los seguidores de su escuela (<Hábeas Hipocraticum>) citan la existencia de unos vasitos o conductos que lleva la <sangre blanca>. Concretamente se refieren a los vasos linfáticos intestinales (vasos quilíferos) pues la linfa que proviene del intestino delgado, al estar cargada de partículas de grasa (quilo micrones), tiene un aspecto lechoso.

Aristóteles (384-322 aC.) el gran filósofo griego discípulo de Platón, médico y profesor de Alejandro Magno, ya en su época citaba la existencia de unos vasos que contenían un líquido incoloro, que es el aspecto habitual de la linfa.

Herófilos, otro médico griego de la famosa Escuela de Alejandría, escribía textualmente: <De los intestinos salen unos conductos (vasos) que no van a parar al hígado, sino a una especie de glándulas>... lo que hoy conocemos como ganglios linfáticos.

Después de la apasionante época de la Antigüedad clásica pasaron casi dos mil años en los que en Occidente apenas se progresó en el campo de la medicina por culpa, fundamentalmente, de la Iglesia Católica, que prohibían las disecciones de estudios anatómicos en cadáveres. Hasta el siglo XVII gracias a los nuevos aires que trajo el Renacimiento se redescubrió y se volvió a estudiar al sistema linfático vascular gracias a las aportaciones del italiano **Gaspere Aselli** (1581-1626), que en 1622 descubrió la existencia de unos vasos de aspecto lechoso en el intestino del perro y que apenas se distinguían cuando la vivisección se realizaba con el animal

en ayunas, lo que le hizo relacionar el contenido de estos vasos con el proceso digestivo.

Por otra parte el francés **Jean Pecquet** (1622-1674) descubrió en 1651 en un cadáver humano la existencia de un conducto torácico (ductus toracicus) y una especie de receptáculo en su inicio que se denominó **cisterna chyli** o **cisterna de Pecquet** en honor a su descubridor.

Dos grandes figuras de su tiempo, el sueco **Olf Rudbeck** (1630-1702) y el danés **Thomas Bartholin** (1655-1738) fueron los primeros en relacionar todos estos descubrimientos parciales y en considerar al sistema linfática vascular como una unidad funcional. Rudbeck definía los ganglios linfáticos como <glandulae aquosae>, por el líquido claro que hay en su interior, mientras que Bartholin fue el primero en usar la denominación <vasa lymphatica> (vasos linfáticos) y la de <lymph> (linfa) para su contenido, por el aspecto limpio (<limpidus>) o de agua clara que tiene ésta.

A finales del siglo pasado un profesor de cirugía austriaco, el **Dr. A. Winirwarter** (1848-1917) desarrolló un método de tratamiento de los grandes edemas de las extremidades basándose en la triple combinación de: suave masaje de proximal a distal, aplicación de medidas compresivas y elevación postural de las extremidades afectadas para favorecer el retorno linfático. No obstante, a pesar de conseguir buenos resultados, éste método cayó desgraciadamente en el olvido al cabo de unos años.

A principio de los años 30 el matrimonio danés **Emil y Estrid Vodder** trabajan como fisioterapeutas en Cannes, en la Costa Azul Francesa. Gran parte de sus pacientes procedían de la húmeda y fría Inglaterra. La mayoría venían aquejados de enfermedades infecciosas crónicas de las vías respiratorias superiores (sinusitis, faringitis, amigdalitis, etc.), atraídos por el clima soleado del Mediterráneo. Lo que más sorprendía a Vodder era que a prácticamente todos ellos se les palpaban unos ganglios linfáticos del cuello hinchados y duros.

Intuitivamente se le ocurrió que un suave masaje a estos ganglios mejoraría el estado de salud de aquellos pacientes crónicos, lo cual se confirmó ampliamente en la práctica. El Dr. Vodder (1896-1986) a pesar de no ser médico, ya que aunque había hecho algunos cursos de medicina en realidad era doctor en filosofía, hizo un descubrimiento genial que ha constituido un gran avance dentro del campo de la medicina y de la estética. Según él, la idea inicial del drenaje linfático se le ocurrió en sueños. Lo cierto es que atreverse a masajear ganglios cuando la medicina oficial de la época recomendaba no tocarlos merece cuanto menos la admiración de todos nosotros. Realmente masajear los ganglios linfáticos en una infección aguda en la que parecen hinchados y dolorosos constituye una verdadera contraindicación, pero no así en la mayoría de las afecciones de tipo crónico en las que la palpación ganglionar no es dolorosa. También hay que descartar que los ganglios se hallen afectados de ciertos procesos patológicos (tuberculosis, tumores, etc.) El matrimonio Vodder se dedicó entonces en cuerpo y alma a profundizar sobre las posibilidades del nuevo tipo de masaje desarrollado por ellos, naciendo así lo que hoy conocemos como **Drenaje Linfático Manual (DLM)** Observaron como muchos trastornos de tipo médico y del campo de la estética (hinchazones y sus consecuencias) mejoraban de forma notoria con la práctica del DLM. En la primavera de 1936 se presentó en París por primera vez el DLM, concretamente en un congreso sobre belleza (<Santé et beauté>) que se realizó en la capital francesa. El Dr. Vodder, como seguidor que fue de la medicina **humoral** en su sentido más clásico, en un principio, le atribuyó a la

linfa un papel nutritivo y regenerador de los tejidos del cuerpo que no se ajusta a la realidad, ya que la linfa es un líquido que transporta residuos y proteínas plasmáticas del medio intersticial pero no tiene funciones nutritivas. No obstante al activar la salida de linfa y de líquido intersticial encharcado mediante el DLM si que mejora la <calidad> de los tejidos afectados, pero no porque los nutra mejor, sino, ante todo, porque los <limpia> mejor. Estas inexactitudes por parte de Vodder y el hecho de no ser médico fueron motivos de prejuicios por gran parte de clase médica durante muchos años, a pesar de mostrarse el DLM como un excelente método en la práctica. En un principio solo un grupo, si bien cada vez mayor, de masajistas y esteticistas, siguieron las enseñanzas de Vodder hasta que no hace muchos años investigadores médicos como los profesores Fföldi y Kunke en Alemania, Casley – Smith en Australia o Collar en Bélgica, entre otros, comenzaron a interesarse por el sistema linfático vascular y a estudiar los efectos del DLM a un nivel mucho mas científico que el desarrollado por Vodder.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA LINFATICO

LOS VASOS LINFÁTICOS

Los vasos linfáticos se encargan de llevar la linfa que se forma en los tejidos hacia el sistema venoso, donde desemboca, concretamente en la base del cuello, en el ángulo formado por las venas yugular interna y subclavia (terminus) El sistema linfático vascular se adapta automáticamente a la cantidad de linfa que se forme. Si ésta aumenta, aumentan también las frecuencias y la amplitud de las pulsaciones de los linfangiones, por lo que el sistema linfático vascular actúa a modo de válvula de seguridad o mecanismo compresor cuando se alteran los equilibrios de Starling, (sistema de intercambios)

CANALES PRELINFÁTICOS

En realidad son vasos linfáticos, ya que les falta la forma y la capa endotelial que define a las estructuras vasculares, pero por su función conductora de la prelinfa (líquido intersticial) hasta los capilares linfáticos los incluimos en éste capítulo. Se trata de pequeños canales entre las fibras y la sustancia fundamental del tejido conjuntivo que se encuentra entre los diferentes tejidos orgánicos y por los cuales se mueve esta prelinfa hacia los capilares linfáticos.

CAPILARES LINFÁTICOS

Constituyen el inicio del sistema linfático vascular. Se hallan presentes prácticamente en todo el organismo, a excepción de la sustancia ósea, cartílagos, pelos, uñas y sistema nervioso central (cerebro, médula espinal, etc.) los capilares linfáticos tiene forma de dedo de guante y se hallan intercomunicados formando una especie de red tubular. Están constituidos por una capa de células endoteliales cuyos bordes ondulados se superponen ligeramente unos sobre otros como las tejas de un tejado.

Al igual que ocurre con los capilares sanguíneos, en condiciones normales de reposo, gran parte de ellos están más o menos inactivos, ya que en ésta situación el

organismo lo permite. Pensemos que, normalmente, en todo nuestro cuerpo solo se forman de 1 a 2 litros de linfa; cifras que aumentan espectacularmente cuando se establece una situación linfostásis o cúmulo de líquido en los tejidos. Los bordes libres de las células endoteliales que forman la pared de los capilares linfáticos están sujetos a las fibras del tejido conjuntivo del entorno mediante unos filamentos. Su existencia permite que si aumenta la cantidad de líquido en el espacio intersticial los capilares linfáticos presentes no se aplasten o colapsen, sino que una parte de los bordes celulares cedan y entre líquido en el interior de los capilares linfáticos, mientras que los bordes sujetos con los filamentos se mantienen firmes. Esta especie de mecanismo de apertura y cierre (swinging flaps) permite una rápida entrada de la carga linfática al interior de los capilares linfáticos y de partículas de gran tamaño molecular (proteínas, restos celulares, etc.) que no podrían salir de otra manera de los tejidos donde se producen. Los finos capilares linfáticos se intercomunican entre sí y con los (pre-colectores linfáticos) formando una especie de red (plexo vascular linfático)

Estas nuevas estructuras ya presentan en su interior válvulas que van a dar lugar a los linfangiones o angiones linfáticos.

PRECOLECTORES, COLECTORES Y ANGIONES LINFÁTICOS

Conectados a la red capilar, existen unos vasos linfáticos con válvulas en su interior y con una estructura y funciones características. Por una parte, conducen la linfa hacia vasos de mayor calibre (colectores linfáticos), si bien en algunos tramos todavía conservan una función parecida a la de los capilares linfáticos. Se denomina **precolectores linfáticos**.

Tanto los precolectores como los colectores linfáticos poseen en su interior válvulas que en condiciones normales determinan que la linfa circule en la dirección y sentido adecuados y no en sentido contrario.

LINFANGIONES EN DIVERSAS FASES DE LLENADO

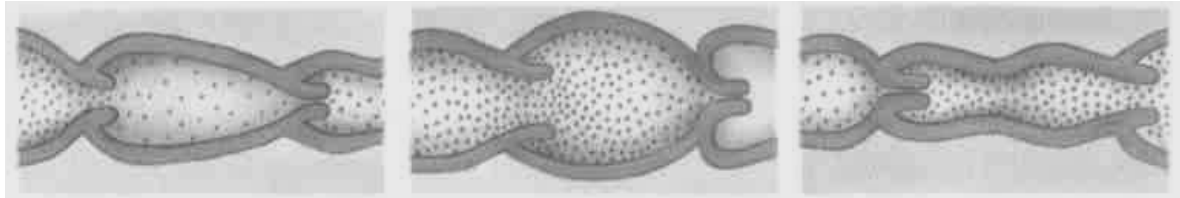
Recibe el nombre de linfangión o angión linfático la porción de vaso linfático existente entre dos válvulas consecutivas. Precolectores y colectores linfáticos están formados por un sinnúmero de linfangiones. Ello les confiere un aspecto arrosariado con dilataciones y estrecheces (válvulas) Los linfangiones están rodeados en su parte central por finas fibras musculares lisas y receptores nerviosos que, cuando aprecian cierto grado de tensión o dilatación, como sucede, por ejemplo, al llenarse de linfa, se contraen automáticamente y así, de

forma lenta, va desplazándose la linfa. Actúan pues como unidades funcionales a modo de pequeños y rudimentarios corazoncitos.

Con las manipulaciones de DLM se produce un estiramiento longitudinal y transversal de los angiones linfáticos, lo cual estimula su automatismo y, por lo tanto, su capacidad de transporte. Si aplicamos masajes más vigorosos, como sucede, por ejemplo, con el masaje corporal, se produciría un espasmo reactivo que entorpecería el drenaje de la linfa. En condiciones normales, los linfangiones se contraen unas 10 – 12 veces por minuto, restando una pausa de llenado de 5 – 6 segundos cada vez. Evidentemente cuando por alguna causa se produce un aumento

del líquido intersticial (prelinfa) se incrementa automáticamente la actividad de los linfangiones para evitar que se mantenga esa alteración.

Entre los colectores más o menos próximos existen entre sí intercomunicaciones en forma de colaterales y ramas anastomóticas. Esta disposición anatómica posibilita el que la linfa de un determinado territorio pueda seguir caminos colaterales si encuentra algún obstáculo en su camino.



TRONCOS LINFÁTICOS TERMINALES

Entendemos como tales los grandes vasos linfáticos que recogen la linfa proveniente de las diferentes regiones del cuerpo. Al igual que sucede en los precolectores y colectores linfáticos, en su interior también hay válvulas. A través de ellos la linfa va a parar al sistema venoso, concretamente en los ángulos formados por la vena yugular interna y subclavia, a ambos lados de la base del cuello (terminus)

Al terminus izquierdo va a parar el conducto torácico, mientras que en el derecho desemboca el conducto linfático derecho al que suelen ir a parar diversos troncos linfáticos que recogen la linfa de la parte superior derecha del cuerpo, como son básicamente los troncos yugular, subclavio y broncomediastínico derechos.

El conducto torácico es el mayor tronco linfático de nuestro cuerpo, con un grosor de alrededor de medio centímetro. Se forma a partir de la unión de los troncos linfáticos lumbares, que llevan la linfa procedente de las piernas y órganos del bajo vientre y del tronco intestinal, que recoge la linfa del intestino (quilo) con su característico aspecto lechoso. Estos grandes troncos linfáticos en la mitad de las personas se juntan en una especie de pequeño depósito (cisterna de Pecquet o chyli), el cual constituye el inicio del conducto torácico, a una altura entre la 10ª vértebra dorsal y la 2ª lumbar. Suben en profundidad por delante de la columna vertebral y en su trayecto intratorácico van a parar vasos linfáticos que les llevan la linfa de la mitad izquierda del tórax.

La forma, trayecto y lugar de desagüe de todos estos troncos no son uniformes en el ser humano. Existen numerosas variaciones, si bien dentro de un patrón anatómico general común.

LOS GANGLIOS LINFÁTICOS

Son estructuras del sistema linfático interpuestas al paso de los vasos linfáticos. Desempeñan importantísimas funciones defensivo-inmunitarias. Su tamaño normal varía de unos a otros, entre el de una pequeña lenteja (menos de medio centímetro) y otros de (algo más de 2 centímetros) Su forma también es variable, mientras unos son redondos u ovalados, los hay que son alargados y con forma arriñonada. En nuestro cuerpo hay entre 600 y 700, una cuarta parte de ellos se encuentra en la parte superior de nuestro cuerpo (cara, cabeza y sobre todo cuello) Por otra parte,

debido a que cierta cantidad de espacios vacíos en su interior (senos marginal, intermediario, medular y terminal) los ganglios linfáticos constituyen una especie de pequeño depósito de linfa.

Las principales funciones que desempeñan los ganglios linfáticos son:

1. Actuar como filtros (estaciones intermedias depuradoras) de la linfa que les llevan los vasos linfáticos. La linfa puede llevar residuos, antígenos, gérmenes, etc. que conviene frenar y eliminar para que no lleguen masivamente a la sangre, donde desagua finalmente la linfa.
2. Actuar como depósito de cierta cantidad de linfa, lo cual se tendrá también en cuenta a la hora de practicar el DLM. Por ello las zonas ganglionares de cada cuadrante linfático siempre deben manipularse durante el DLM, a excepción de que se perciban ganglios dolorosos, y anormalmente grandes.
3. Son una parte esencial del sistema inmunitario. Cuando se requiere una respuesta inmunitaria se producen en ellos gran cantidad de linfocitos.
4. Regulan la concentración proteica de la linfa, diluyéndola o concentrándola según los casos. Esto es posible gracias a la gran vascularización sanguínea que existe en los ganglios linfáticos. En ellos se produce un efecto oncótico regulador entre la concentración proteica de la linfa y la de la sangre.

LA LINFIA

La palabra linfa procede del Latín (*lympha*), que define su aspecto acuoso, ya que proviene a su vez de la voz griega *nymphe* (ninfa), nombre que se daba a las deidades femeninas de las fuentes. Su aspecto, no obstante, no es como (agua de manantial) aunque contenga más de un 90% de agua, ya que presenta un tono amarillento. A veces, su aspecto puede ser incluso ligeramente rosado si accidentalmente contiene algo de sangre, a causa de una herida o por un masaje demasiado vigoroso que haya producido rotura de capilares sanguíneos. La linfa procede de los vasos linfáticos del intestino; cuando está cargada de partículas de grasa (quilo micrones) provenientes de la comida, adquiere un aspecto blanquecino lechoso.

Decimos que una persona tiene un **temperamento linfático** cuando, entre otras características, su forma de reaccionar y de moverse es lenta, perezosa y flemática. Así mismo, la masa líquida que constituye la linfa circula lentamente por el interior de los vasos linfáticos, unas 5 o 6 veces más despacio que la sangre. Circunstancia que no hay que olvidar al practicar las manipulaciones de DLM. Éstas deben hacerse a un ritmo más lento que, por ejemplo, el ritmo habitual con que se realiza el masaje corporal. Los angiones (vasos) linfáticos precisan un cierto tiempo de llenado. Recordemos que poseen válvulas y que existen numerosos filtros (ganglios linfáticos) en el recorrido de la linfa, todo lo cual se determina que se considere a la linfa como una (masa lenta) Así, por ejemplo en condiciones normales, la linfa formada en un pie tarda unos 10 minutos hasta llegar al <terminus> (desembocadura final) En el DLM, no por trabajar (empujar) más deprisa se drena más. Hay que respetar el ritmo de drenaje y éste se adquiere fundamentalmente con la práctica. Es uno de los aspectos que más cuestan de adquirir al principiante en DLM, en especial si habitualmente trabaja de masajista. Para evitarlo, recuérdese siempre que las manipulaciones de DLM deben hacerse con empujes lentos y largos de la piel.

LA CARGA LINFÁTICA

La linfa se compone de toda una serie de elementos que, en su conjunto, forman la llamada <carga linfática> y que no son otra cosa que todas aquellas sustancias o elementos que van a salir del medio intersticial no por vía sanguínea sino por vía linfática.

ALGUNOS COMPONENTES:

- **MASA LIQUIDA:**

Compuesta de agua mas electrolitos, que no ha sido reabsorbida por la parte (venosa) terminal de los capilares sanguíneos. En condiciones normales, aproximadamente un 10% del líquido que filtra en la parte inicial de los capilares sanguíneos sale del espacio intersticial de los tejidos por vía linfática.

- **PROTEINAS:**

Procedentes del plasma sanguíneo (torrente circulatorio) y que alcanzan el espacio intersticial por <citopempsis>. La linfa posee una concentración de proteínas de un 3-4%. Gracias a la vía linfática, las proteínas plasmáticas que han ido a parar al espacio intersticial y no han sido utilizadas por las células de los tejidos pueden volver al torrente sanguíneo. De ahí que los edemas (retención de líquido en el espacio intersticial) cuya causa sea un mal drenaje de la vía linfática (edemas linfostáticos o linfedemas) se definan como hiperproteicos (ricos en proteínas) y den lugar a una serie de complicaciones que no ocurre en los edemas que tienen otras causas (edemas linfodinámicos) y que son hipo proteicos (pobres de proteínas) Una de las funciones básicas del sistema linfático es, pus, devolver a la circulación sanguínea las proteínas plasmáticas que no son utilizadas por las células de los tejidos.

- **GRASAS**

De importancia en la circulación linfática intersticial. Ya hemos citado anteriormente los <quilo micrones> (ácidos grasos de cadena larga envueltos por una cubierta proteica) procedente de la digestión y absorción intestinal de las grasas.

- **OTROS:**

Restos de células muertas; de bacterias (en caso de infecciones), de células malignas (en caso de cáncer) y partículas inertes que han alcanzado el espacio intersticial de los tejidos. Por ello no resulta extraño que en personas de edad avanzada, al cortar el cirujano los ganglios linfáticos que han estado mucho tiempo en contacto con ambientes cargados de polvo, éstos crepiten un poco al rozar el bisturí con los residuos sólidos.

- **CELULAS:**

Presentes también en el torrente sanguíneo, como linfocitos (sobre todo), algún glóbulo rojo, granulocitos, monocitos, etc.

Todos éstos componentes se hallaban previamente en los tejidos formando parte del líquido intersticial (el existente entre las células), constituyendo la <prelinfa>, que recibirá el nombre de <linfa> cuando penetre en el interior de los vasos linfáticos.

EFFECTOS DEL DLM SOBRE EL ORGANISMO EN GENERAL

1. **Acción antiedematizante:** si bien el masaje corporal también dispone de una serie de suaves manipulaciones llamadas de vaciado, éstas en realidad favorecen poco el drenaje linfático y sólo si la parte tratada está sana y no existe ningún linfedema en ella. Si no es así, únicamente las manipulaciones específicas del DLM son capaces de vaciar un linfedema.

2. **Sistema nervioso vegetativo:** las manipulaciones que utilizamos en la práctica del DLM determinan un contacto físico repetido, suave y monótono con la piel del paciente, con lo que se ejerce un notable efecto sedante (acción vagotónica) Así mismo, el estímulo suave, continuo y repetido con los receptores del tacto determina que el DLM ejerza también cierto efecto analgésico (sedante del dolor) sobre la zona tratada.

3. **Fibras musculares:** el DLM puede influir sobre ellas, tanto sobre las de tipo estriado como liso.

a. Estriado (muscular esquelética)

b. Liso (musculatura visceral)

4. Respuesta defensivo-inmunitaria: aunque no se halla demostrado científicamente todavía, existe el convencimiento de que con el DLM mejoramos la respuesta defensivo-inmunitaria de las zonas tratadas, basándonos tanto en los resultados clínicos conseguidos como en el hecho deductivo de que, si con el DLM vaciamos y resolvemos estados de encharcamiento, evitamos que se acumulen residuos en las zonas afectadas, facilitándose el acceso de información y respuesta de los elementos protectores inmunológicos, tanto celulares (linfocitos, macrófagos) como humorales (anticuerpos), es lógico pensar que los buenos efectos preventivos y terapéuticos conseguidos se deben a una incidencia mas o menos acentuada sobre el sistema defensivo-inmunitario del organismo.

GENERALIDADES SOBRE LAS MANIPULACIONES

Antes de comenzar a describir las particularidades de las diferentes manipulaciones que utilizaremos en la práctica del DLM vamos a exponer una serie de características comunes a todas ellas.

Lo primero que llama la atención al principiante al contemplar una sesión de DLM es que no se parece en nada al masaje corporal. Aunque sus manipulaciones parezcan suaves caricias sobre la piel, en realidad no se trata de eso, ya que realmente **empujamos tangencialmente la piel** hasta el límite de su elasticidad, si bien **sin friccionarla ni resbalar** sobre ella. Los empujes sobre la piel se hacen básicamente en **dirección y sentido de los <desagües>** de los diferentes cuadrantes linfáticos, que suelen ser hacia donde se hallan los ganglios linfáticos regionales. Las diversas manipulaciones de DLM tratan de **adaptar al máximo nuestras manos y dedos a**

la superficie de las diferentes partes de nuestro cuerpo, empujando a la linfa en su drenaje (recorrido) natural. Para una práctica correcta del DLM resulta imprescindible conocer la situación de las diversas **divisorias linfáticas** que enmarcan y limitan los diferentes **cuadrantes linfáticos**, así como la situación de los **ganglios linfáticos regionales superficiales**, por donde pasa la linfa a vías más profundas de <desagüe>. Con las manipulaciones de DLM, aunque sólo podamos influir más directamente sobre el drenaje de la **linfa** y del **líquido intersticial** situados en los tejidos más superficiales del cuerpo, la circulación linfática más profunda también se activa por las intercomunicaciones existentes y por el efecto de empuje de la linfa proveniente de la superficie.

Sólo ante grandes impedimentos al flujo o drenaje natural de la linfa (por extirpación quirúrgica amplia de ganglios, destrucción con fibrotización masiva de los mismos por radioterapia, cicatrices de gran tamaño, mas funcionamiento vascular linfático, etc.), recurriremos a cambiar la dirección y sentido de empuje, llevando a contracorriente la linfa y el líquido intersticial acumulado, derivándolos hacia cuadrantes vecinos que drenen sin obstáculos.

Las **presiones tangenciales de empuje** de las manipulaciones del DLM tienen un cierto recorrido **circular, elíptico o espiral**, según los casos. De todas formas, la verdadera presión **sólo** se hace **en el sentido** en el que la linfa va hacia los ganglios regionales, ya que si lo hiciéramos en otras direcciones esparciríamos la linfa y dificultaríamos su drenaje. Por ello hablamos de **presión máxima de empuje** y de **presión cero** en la que sólo hay contacto, y nuestra mano no hace presión alguna.

El paso de una a otra presión se hace de forma progresiva. Con las presiones de empuje de tipo circular ejercemos un cierto estiramiento tanto longitudinal como transversal de los vasos linfáticos subyacentes y parte de los vecinos, lo cual va a favorecer su automatismo y el que puedan transportar una mayor cantidad de líquido. La superficie de aplicación de nuestras manos con la piel del paciente será lo más amplia posible. Sólo en zonas reducidas de nuestro cuerpo, como las muñecas, los dedos, codos, ojos, etc., utilizaremos únicamente los pulgares para empujar adecuadamente la piel. Tengamos en cuenta que si la superficie de contacto con nuestras manos es lo más amplia posible, no sólo empujaremos más y mejor, sino que evitaremos también presiones **excesivas o de tipo <cortante>**, siempre inadecuadas.

En el DLM trabajamos siempre de **proximal a distal**, ya que para poder drenar sin impedimentos conviene <despejar> primero el líquido acumulado que hay delante, es decir en los ganglios y vasos linfáticos más próximos a las zonas de <desagüe>. También incluimos aquí la zona desembocadura final de todo el sistema vascular linfático (<terminus>) y que, como ya sabemos, se halla a cierta profundidad debajo de las fosas supraclaviculares. Cuando empieza acumularse líquido en un tejido los vasos linfáticos de la zona ya van repletos de linfa, pues tratan de solucionar el <encharcamiento> empleándose a fondo. Por ello resulta siempre conveniente <vaciarlos> primero para poder eliminar mejor el líquido acumulado en la zona edematosa.

Las presiones de las manipulaciones del DLM suelen ser de unos 30-40 Torr (unidades de presión), las cuales resultan bastante más débiles que las empleadas en el masaje corporal, que suelen alcanzar los 70-80 Torr. De esta forma conseguimos activar el drenaje de la linfa sin activar la irrigación sanguínea, lo cual produciría una mayor filtración (paso) de líquido a los tejidos en los capilares

sanguíneos de la zona. A toda **fase de presión** de empuje le sigue una de **relajación**, que es muy importante respetar al practicar el DLM. El líquido intersticial y la linfa actúan como una masa líquida de **desplazamiento lento**. Uno de los errores más frecuentes que se observa en los principiantes que aprenden el DLM es hacer las manipulaciones demasiado cortas y rápidas. Para drenar bien es conveniente hacer los **empujes largos y lentos**, dejando un tiempo de pausa para la fase de relajación y llenado de los vasos linfáticos.

Básicamente todas las manipulaciones de DLM constan de tres fases:

1. Apoyo (de manos y dedos)
2. Empuje (con las manos y/ o dedos)
3. Relajación (dejando de presionar; la piel vuelve por sí sola a la posición inicial)

MANIOBRAS DE DRENAJE LINFÁTICO:

La práctica del DLM se basa cuatro manipulaciones fundamentales, algunas variantes y combinaciones, cuya finalidad primordial es adaptarse a la superficie cutánea y poder drenar lo mejor posible las distintas partes morfológicas del cuerpo humano. Sus nombres fueron creados en su día por el Dr. Vooder tratando de definirlos lo mejor posible, si bien como un vocabulario bastante metafórico. Estas manipulaciones son:

1. LOS CIRCULOS FIJOS, CF:

Con ellos empujamos la piel y tejidos subyacentes con nuestras manos haciendo movimientos más elípticos que circulares. Decimos que son fijos porque las manos no van avanzando como en las otra manipulaciones del DLM.

Las manos y los dedos permanecen pasivos, siendo las muñecas la parte realmente móvil (en ésta y en todas las manipulaciones de DLM) Su lugar primordial de aplicación son la cara, cabeza, nuca, cuello, zonas ganglionares superficiales (axilas, ingles), codos, rodillas, manos y pies. En cada una de éstas partes del cuerpo utilizaremos unas variantes u otras, eligiendo la más apropiada en cada caso.





2. MANIPULACIÓN DE BOMBEO, B:

Su lugar de aplicación más apropiado son las partes curvas y alargadas del cuerpo, como son las extremidades (brazos, muslos, piernas) y las partes laterales del tronco (<flancos>). Nuestras manos van a rodear en lo posible la parte curva a tratar, fundamentalmente entre los dedos pulgar e índice. Hay que evitar sobre todo ejercer una presión de tipo < cortante >, por ello antes de empujar hay que adaptar cada vez la palma de la mano (fase de apoyo) y levantar un poco la línea anterior de contacto durante la fase de empuje para no < clavarla >.

Entendemos por abducción la acción de girar hacia fuera o separar de la línea media una parte del cuerpo. Durante el bombeo la mano realiza una doble abducción: radial (giro hacia delante con el que se empuja la piel) y cubital (giro hacia atrás en el que se avanza con la mano relajada). En DLM siempre haremos los empujes de forma gradual, nunca de forma brusca. En ésta manipulación el pulgar y el resto de los dedos permanecen estirados pero no rígidos, si bien lo que realmente empuja en



éste caso es la palma de la
podemos practicarlos con una o con dos manos, alternativamente o en paralelo
(menos frecuentes)

mano. Los bombeos

3. MANIPULACIÓN COMBINADA, B – CF:

En realidad no se trata de una manipulación con características propias, sino que resulta de la combinación sucesiva de un bombeo B realizado con la mano que va por detrás, con un círculo fijo CF con la mano que va por delante.

Sus lugares de aplicación son los mismos que los citados en el apartado de los bombeos. En la práctica se utiliza mucho más que éstos, ya que técnicamente resulta una manipulación **más cómoda** de realizar, a la vez que permite una **mayor**



accesibilidad a la superficie corporal que los bombeos realizados a dos manos.

4. MOVIMIENTO DADOR, D:

Es una variante de los bombeos B que tiene su lugar de aplicación exclusivamente en las partes **distales de las extremidades** (antebrazos y piernas). Se diferencia fundamentalmente de ellos en que tiene un cuarto movimiento, consiste en un movimiento lateral de los dedos hacia fuera (de la línea media de la extremidad) y cuyo centro de giro es la articulación inicial (metacarpo-falángica) del dedo índice. En ésta manipulación la palma de la mano mira siempre hacia el terapeuta. El desplazamiento de la mano y los dedos da la sensación de movimiento en espiral o en <sacacorchos>. Los dadores D pueden realizarse con una sola mano o con las dos de forma alternativa.



5. MANIPULACIÓN GIRATORIA O GIROS, G:

Recibe ese nombre por los desplazamientos giratorios de los pulgares que se realizan al final de ésta manipulación. Se trata de la manipulación más apropiada para tratar las **grandes superficies planas del cuerpo**, como son las **partes anterior y posterior de tronco** (pecho, vientre, espalda y zona glúteo-lumbar)

Para realizar los giros G vamos apoyando nuestras manos sobre la piel del paciente con los pulgares abiertos (separados) y el resto de los dedos estirados pero no tensos. Como siempre en DLM empujamos en dirección y sentido de las vías naturales de drenaje linfático, es decir, hacia los ganglios regionales, salvo si hay algún obstáculo, como, por ejemplo, los pezones mamarios la tratar el cuadrante linfático del pecho. Los dedos largos de la mano (todos excepto el pulgar) están algo entreabiertos (el pulgar está muy abierto o separado) de forma que el dedo índice nos marque la dirección de empuje. Éste se realiza hacia la punta de los dedos largos sin hacer presión con las yemas (levantándolas incluso un poco), para evitar que aprieten sobre el pie y frenen el movimiento. El empuje termina con un desplazamiento hacia dentro del pulgar hasta que la mano quede prácticamente cerrada. Para avanzar se pivota sobre la punta del pulgar hasta que la punta del dedo índice contacte de nuevo con la piel. Se baja la mano, se apoya bien, empuja la piel, tal como se ha descrito anteriormente y se cierra el pulgar. Estos son los cuatro movimientos básicos de ésta manipulación. Los giros pueden realizarse con una mano o con dos a la vez, alternativamente (una mano tras otra) o en paralelo (ambas a la vez)



TRATAMIENTO DE LAS DIVERSAS PARTES DEL CUERPO (paso a paso)

CUELLO

ZONA DE TRATAMIENTO PREVIO (Z.T.P).

Al hallarse en la zona del cuello la parte terminal del sistema linfático vascular es la única parte del cuerpo que carece de zona de tratamiento previo.

LIMITES

Por arriba: línea de mandíbula con los grupos ganglionares submentonianos, submaxilares y una línea que cruza la oreja por los ganglios pre y postauriculares. Por debajo: la divisoria interclavicular (por delante) y la divisoria espino-escapular (por detrás)

DESAGÜE

Hacia <profundo>, ganglios cervicales y Terminus.

Las diferentes partes del cuello se tratan exclusivamente con la manipulación denominada **círculos fijos** CF en sus diversas modalidades.

1. EFLEURAGE INICIAL

Desde el esternón hacia ambos hombros. Unas 3 o 4 veces.

2. DE PROFUNDO A TERMINUS

CF con las manos apoyadas a cada lado del cuello justo debajo de los lóbulos de las orejas. Las manos no deben estar rígidas ni los dedos muy juntos. En ésta parte práctica cuando nos referimos a los dedos de las manos en su conjunto nos referimos a todos ellos exceptuando los pulgares. El hueco que queda justo debajo de la oreja entre la rama ascendente de la mandíbula y la apófisis mastoides (donde se inserta el músculo esternocleidomastoideo) lo denominamos <profundo> en DLM. A su interior (ganglios linfáticos superiores) va a parar la linfa de la cara, cabeza y parte superior del cuello.

Si la longitud del cuello lo permite, aplicamos también las manos un poco más abajo, llamando **<Mediano>** a ésta posición. Siempre los **empujes** de la piel y de la linfa que hay debajo los dirigimos **hacia la base del cuello**, donde se halla el **Terminus**. Éste lo manipulamos con los dedos índice y medio haciendo presiones moderadas con una cierta rotación sobre las fosas supraclaviculares.

3. PARTE POSTERIOR DEL CUELLO Y TERMINUS

CF sobre la zona cervical posterior. Las puntas de los dedos de ambas manos se <miran> pero sin llegar a tocarse mutuamente. Los empujes (desplazamientos de la piel) se hacen hacia la base posterior del cuello, es

decir, hacia los dedos meñiques de nuestras manos. Al final, manipulamos también el Terminus.



4. SUELO DE LA BOCA

CF con las yemas de los dedos alineadas (excepto pulgares) Contactamos con la piel que hay encima de las partes blandas (zona ganglionar) detrás del arco óseo mandibular. La dirección de empuje es hacia profundo (ángulo mandibular) Esta manipulación puede hacerse por delante, pero resulta un tanto incómoda, por lo que solemos realizarla colocándonos detrás del paciente. Las yemas de los dedos las colocamos en dos posiciones: una, más próxima a la divisoria medial sagital anterior y, otra, un poco más lateralizada. Téngase siempre muy en cuenta, cuando empujamos de la línea media sagital hacia los lados, en no apoyar los dedos muy cerca de la línea media, ya que al empujar la poca piel que separa los puntos de apoyo de los dedos de una mano y de otra se pone tensa enseguida y no nos deja empujar bien.

Posteriormente realizaremos unos cuantos profundos y Terminus.

5. MANIPULACIÓN EN TIJERA O TENEDOR

CF sobre la zona pre-auricular con el dedo índice y sobre la post-auricular con los tres dedos restantes. Con los dedos de ambas manos rodeamos las orejas de forma que con ellos influenciamos también las glándulas salivares (parótidas) y sus ganglios. Los empujes los dirigimos hacia la base del cuello. Posteriormente realizamos unos cuantos profundos y Terminus, para seguir empujando la linfa hacia su <desagüe> final.

6. HOMBROS

CF con ambas manos sobre los dos hombros a la vez (músculos deltoides) Los empujes van dirigidos en dirección a Terminus, por lo que se produce también una cierta movilización de la articulación de los hombros (escápulo - humeral) A continuación tratamos el **borde superior** de los músculos **trapecios** con las yemas de los dedos empujando hacia Terminus. Después hacemos lo mismo sobre la **zona supraclavicular**. Finalmente manipulamos el Terminus.



7. PROFUNDO Y TERMINUS

Como colofón final repetimos unas cuantas veces estas manipulaciones tal como hemos detallado anteriormente.

8. EFLEURAGE FINAL

Igual que el inicial.



BRAZO

ZONA DE TRATAMIENTO PREVIO: (Z.T.P).

Básicamente la zona del cuello, especialmente Profundo y Terminus. Ocasionalmente también la zona del pecho.

LIMITES

- Por arriba y por delante: la divisoria interclavicular.
- Por arriba y por detrás: la divisoria espino-escapular.
- Por dentro y por delante: la zona del pecho.
- Por y por detrás: la zona de la espalda.

DESAGÜE

Hueco axilar (ganglios axilares)

El brazo lo trabajamos con bombeos B, dados D en el antebrazo y círculos fijos CF en las zonas articulares, ganglionares y en manos y dedos.

1. EFLEURAGE INICIAL

A lo largo de todo el brazo desde la mano hasta el hombro.

2. AXILA

CF con tres dedos estirados en el inicio del hueco axilar empujando la piel de su interior hacia dentro y de forma circular

(efecto de <rebañar la taza>) Con la otra mano cogemos la mano del paciente (derecha con derecha, izquierda con izquierda) al manipular las axilas derechas e izquierda respectivamente. Para poder tratar bien la zona de la axila y dejar espacio suficiente para poder

poner los tres dedos es necesario levantar la mano del paciente y separa su brazo del cuerpo. Para facilitar la labor de empuje realizamos un balanceo de nuestro cuerpo con la mano del paciente pegada a nuestro pecho.

También podemos trabajar ésta zona con CF colocando 4+4 dedos juntos. Una mano contactando con la axila, la otra, a continuación, sobre la cara interna del brazo (surco bicipital medial)

3. ZONA DELTOIDEA

Corresponde a la que ocupa el músculo deltoides. Realizaremos bombeos B con una mano o utilizamos la manipulación combinada B-CF con ambas manos.



4. BRAZO (de codo a hombro)

El paciente apoya su mano y antebrazo en nuestro pecho, lo que nos permite drenar su brazo haciendo bombeos B alternativamente con una mano sobre la zona del bíceps y con la otra sobre la del tríceps. Otra forma de proceder es dejar el brazo apoyado sobre la camilla y con la manipulación combinada B-CF drenar sus caras medial (interna), ventral (anterior) y lateral (externa) La cara dorsal (posterior) podemos tratarla bombeando con una mano, mientras levantamos el brazo del paciente con la otra.



5. CODO

Podemos tratarlo con bombeos B hechos con una mano mientras con la otra levantamos el brazo del paciente colocándolo ligeramente flexionado.



6. ANTEBRAZO

Drenamos desde la muñeca hasta el codo mediante movimientos dados D realizados con una mano. Para poder tratar toda su superficie, con la otra mano vamos girando el antebrazo sobre su eje longitudinal.

7. MUÑECA, DORSO Y PALMA DE LA MANO

Las tratamos con círculos fijos CF empujando con nuestros pulgares, alternativamente o en paralelo.

8. DEDOS DE LA MANO

Los tratamos empujando su piel mediante círculos fijos CF con nuestros pulgares. Drenamos a la vez los dedos índice y anular, y los dedos medio y meñique, con los pulgares e índices de nuestras manos.

El pulgar lo tratamos aparte comprimiéndolo con nuestra mano a la vez que empujamos con la yema de nuestro pulgar sobre la zona que hay entre el primer y segundo metacarpianos (efecto de <ordeñar>)

9. EFLEURAGE FINAL

Igual que el inicial.



PIERNA

ZONA DE TRATAMIENTO PREVIO (Z.T.P):

Cuello y vientre.

LIMITES

- Por arriba y delante: línea de la ingle (ganglios inguinales)
- Por arriba y detrás: línea de las nalgas (zona glútea)

DESAGÜE

Zona inguinal (ganglios de la ingle)

La pierna puede tratarse con la paciente boca arriba (decúbito supino) o boca abajo (decúbito prono) Si no hay ningún motivo especial que lo impida, trataremos la pierna con el paciente en decúbito supino, ya que resulta técnicamente más fácil y accesible y, por lo tanto, más práctico.

1. EFLEURAGE INICIAL

Desde el pie (parte distal) hasta la zona inguinal (parte proximal de la pierna)

2. GANGLIOS DE LA INGLE

Círculos fijos CF con 4+4 de dos planos empujando hacia el centro de la ingle. La disposición de las caderas y grupos ganglionares de la zona inguinal simulan una especie de T (<centro de la T>), por lo que drenaremos la parte externa de la ingle,

la parte central o anterior (zona de los ganglios que rodean los vasos femorales) y la parte interna (zona de los músculos aductores)

La parte interna del muslo es sumamente importante, ya que la mayor parte de los ganglios linfáticos que ascienden por el muslo lo hacen por su parte interna.



3. MUSLO

Lo podemos drenar haciendo bombeos B alternativamente con ambas manos, aunque así solo podemos tratar su cara anterior, o hacerlo de forma mucho más accesible y práctica utilizando la manipulación combinada B-CF con la que podremos drenar perfectamente las caras interna (muy importante), anterior y externa. Para tratar la cara posterior del muslo no nos queda más remedio que pedir al paciente que se coloque decúbito prono (boca abajo) No obstante, como la mayor parte de la linfa de la pierna sube por la cara interna del muslo, si trabajamos ésta a fondo, en muchos casos, no será necesario que el paciente se gire.



4. RODILLA

La tratamos en sus diferentes caras con distintas manipulaciones. Así, por delante (cara anterior): empleamos bombeo B realizados con una sola mano. A los lados (caras interna y externa) utilizamos círculos fijos CF, trabajando con ambas manos a la vez empujando hacia arriba, hacia la ingle, en tres partes: justo por debajo, en plena rodilla y un poco por encima. Por detrás (cara posterior) es decir, el hueco de la rodilla, lo drenamos con CF realizados con las yemas de los dedos mirándose y empujando hacia arriba.



5. PIERNA

Hacemos que el paciente doble la extremidad inferior y nos sentamos encima de la camilla de forma que nuestro muslo sirva de tope para el pie del paciente y no se canse. Podemos drenar la cara posterior de la pierna con dadores D hecho con ambas manos desde el tendón de Aquiles hasta el hueco de la rodilla (hueco poplíteo), <trabajando> sobretodo las pantorrillas. Para incluir también la cara anterior de la pierna la podemos drenar con bombeos B con una mano, mientras alternativamente con la otra vamos empujando con dadores D en la parte posterior de la pierna.



6. TOBILLO Y DORSO DEL PIE

Al igual que hicimos en la mano y muñeca drenamos aquí también con círculos fijos CF realizados con nuestros pulgares empujando hacia arriba, alternativamente o en paralelo.

7. LAGO LINFÁTICO

Recibe éste nombre la parte del dorso (empeine) del pie por ser una zona donde se acumula de forma visible el líquido intersticial (precursor de la linfa) cuando se empiezan a tener problemas de retención de líquido en la pierna.

Lo tratamos con empujes de los pulgares CF o bien haciendo el llamado <anillo de presión> con nuestros pulgares e índices y empujando fuertemente hacia arriba.

8. CARAS LATERALES DEL TENDÓN DE AQUILES

Mediante CF con la yema de los cuatro dedos de cada mano a ambos lados y empujando hacia arriba.

9. EFLEURAGE FINAL Igual que el inicial.

A diferencia de la mano, en el pie no es necesario tratar su planta ni los dedos, pues éstos apenas se hinchan por mucho líquido intersticial y linfa que se retenga en la pierna y el pie.



VIENTRE

ZONA DE TRATAMIENTO PREVIO (Z-T-P):

Cuello.

LIMITES

- Por arriba: la divisoria transversal.
- Por abajo: la zona inguinal.
- A los lados y por detrás: la zona glúteo-lumbar.

DESAGÜE

Zona inguinal.

El paciente estará echado en decúbito supino (boca arriba), con los brazos bajados y apoyados sobre la camilla. Las piernas se doblarán si la piel y los músculos del vientre están demasiado tensos.

Hay que poner especial atención en producir nunca dolor al hacer éstas manipulaciones, especialmente en aquellas en que realizaremos presiones profundas.

Empezamos tratando la mitad del vientre más próxima a nosotros.

1. EFLEURAGE INICIAL

De forma circular, con ambas manos a la vez sobre el vientre.

2. GANGLIOS LINFATICOS

CF mano sobre mano, colocando la inferior paralela a la línea de la ingle. Hacemos básicamente presiones ondulantes en profundidad después de haber palpado y presionado con cuidado esta zona para estar seguros de que el paciente no aprecia ninguna sensación de dolor. Al final de cada presión empujamos también un poco hacia arriba en dirección a la cisterna de Pecquet, para lo cual utilizamos el ombligo como referencia.

3. GANGLIOS LINFÁTICOS INGUINALES

CF mano sobre mano, empujando en tres direcciones hacia el centro de la <T>, como ya se describió en el tratamiento de la pierna.

Cambiamos de lado de la camilla y repetimos los pasos 2 y 3 en la otra mitad del vientre.



4. VIENTRE

Utilizaremos con giros G sobre la superficie abdominal en dirección de la zona inguinal con ambas manos en forma alternativa.

5. COLON (intestino grueso)

Aunque no influye sobre el drenaje de la linfa, podemos incluir este paso en la rutina del DLM del vientre, en caso de que el paciente necesite una ayuda para que su intestino evacue mejor. Utilizaremos para ello presiones profundas, mano sobre mano, y empujando un poco también en la dirección y sentido en que se desplazan las heces, en cuatro puntos:

- 1) Inicio del colon descendente;
 - 2) Final del colon descendente;
 - 3) Inicio del colon ascendente;
 - 4) Final del colon ascendente;
- Repetiendo varias veces este ciclo.

La mano que contacta con la piel y su colocación varía en cada uno de estos cuatro puntos para poderla adaptar de la mejor forma posible a las distintas partes morfológicas del vientre.



6. EFLEURAGE FINAL

Acompañando con respiraciones profundas:

- Durante la inspiración: eflourage con ambas manos de lateral a medial;
- Durante la espiración: presión progresiva con ambas manos a la vez en el centro del vientre.

DLM ABDOMINAL PROFUNDO

Hasta ahora hemos descrito manipulaciones que influyen sobre el drenaje la linfa en un plano superficial mediante empujes tangenciales sobre la piel en dirección y sentido de las vías de <desagüe>. También podemos influir manualmente sobre la circulación profunda de la linfa en la zona abdominal, especialmente la de los grandes vasos linfáticos que comunican los ganglios inguinales con los iliacos y éstos con la cisterna de Pecquet (cisterna chyli) y que recogen no sólo la linfa de proveniente de las extremidades inferiores y de la piel del vientre y zona glúteo-lumbar, sino también la que procede de los órganos más internos de los aparatos digestivo y urogenital situados en el abdomen.

Como la práctica de respiraciones profundas, el DLM abdominal profundo constituye un importante refuerzo al efecto conseguido por las manipulaciones de DLM descritas para el tratamiento de las piernas, vientre y zona glúteo-lumbar.

Colocamos aquí mano sobre mano de la misma manera que lo hacíamos en el tratamiento de colon (descrito en el tratamiento de vientre), si bien con una posición más localizada entre el ombligo y la punta del esternón (apéndice xifoides), por lo que resultan cinco posiciones, que unidad linealmente forman una especie de M.

Realizaremos presiones que acompañarán a los movimientos respiratorios del paciente, profundos y básicamente abdominales. Así durante:

- La espiración (<sacar> aire), la presión que hacemos acompaña el descenso de la pared abdominal;
- La inspiración (<tomar> aire), continuamos ejerciendo una notable presión que sedemos al cabo de pocos segundos para que el paciente pueda <tomar> aire.

La combinación de presiones con movimientos respiratorios profundos determina un efecto <inyector> de linfa hacia cisterna y conducto torácico. Vamos siguiendo una orden lineal, de forma que cada una de las cinco posiciones es presionada varias veces. También podemos utilizar aquí la llamada <manipulación de boca de cocodrilo>, combinándola con respiraciones profundas, tal como ya hemos apuntado anteriormente, con la diferencia de que ésta sólo se realiza en las partes laterales de la cintura (zona del músculo cuadrado lumbar) Para ello colocamos una mano por

detrás, entre las últimas costillas y el borde superior de la pelvis, y la otra por delante, de modo que contacten ambas por su base (muñecas) Las presiones se harán con ambas manos a la vez tratando de cerrar la boca de <cocodrilo>.

La colocación del paciente será obviamente en decúbito supino (boca arriba) Para conseguir una buena relajación abdominal deberá permanecer con los brazos hacia abajo, apoyados en la camilla, la cabeza algo incorporada y las piernas dobladas. Evitaremos <clavar> la punta de los dedos o de presionar de forma demasiado rápida y brusca.

El paciente no debe percibir nunca dolor alguno en la práctica del DLM y menos aquí. Si así fuese se suprimirá de la rutina cualquier presión que desencadene dolor.

CONTRAINDICACIONES (se evitará en)

- Estados intraabdominales (dolor), por ejemplo, anexitis, úlceras gastroduodenales, colitis, pancreatitis aguda, etc.;
- Durante el embarazo y la menstruación;
- Trombosis en las venas intraabdominales.



PECHO

ZONA DE TRATAMIENTO PREVIO.(Z.T.P):

Cuello.

LIMITES

- Por arriba: la divisoria interclavicular.
- Por abajo: la divisoria transversal.
- A los lados: zona del brazo y la espalda.

DESAGÜE

Fundamentalmente, la zona de los ganglios axilares, pero también hay vasos linfáticos (perforantes) que atravesando los espacios intercostales llevan parte de la linfa de la superficie al interior de la caja torácica donde es transportada a <Terminus> sin pasar por el desagüe axilar.

Nos colocamos a un lado de la camilla y comenzamos tratando la mitad opuesta del pecho del paciente en el siguiente orden:

1. EFLEURAGE INICIAL

De medial a lateral, en abanico hacia arriba.

2. GANGLIOS AXILARES

CF (efecto de <rebañar la taza>), con 4+4 dedos planos en tres partes, si las dimensiones de la permiten. Éstas son:

- El pilar posterior;
- Directamente en el hueco axilar;
- El pilar anterior (pectoral mayor)

En pacientes femeninas con mamas voluminosas drenamos la axila con una mano, mientras apartamos la mama con la otra.

3. MAMA

Empleamos en este caso la manipulación combinada B-CF. Con una mano hacemos bombeos B sobre la mama sin tocar el pezón. Con la otra realizaremos círculos fijos CF con la eminencia tenar y el pulgar apoyados sobre el pilar anterior de la axila, empujando hacia ella.



4. PARTE LATERAL DEL TORAX (flanco)

Mediante la manipulación combinada B-CF desde las últimas costillas hasta la axila.

5. PARTE ANTERIOR Y LATERAL DEL TORAX

Utilizamos aquí la llamada manipulación en siete, denominada así por las siete posiciones de contacto y empuje de nuestras manos sobre la superficie del pecho. Ya comentamos al inicio de esta parte práctica que la manipulación más característica de las zonas amplias y planas del

cuerpo eran los <giros> G. Ocurre, no obstante, que al presentarse las glándulas mamarias y sus pezones en medio del pecho no podemos pasar directamente encima de ellas con los giros G en dirección a la axila, por lo que haremos un pequeño rodeo empujando hacia lateral con cuatro giros, utilizando ambas manos a la vez, alternativamente o en paralelo. A continuación usamos la manipulación combinada B-CF, tal como se ha descrito en el paso 4, para llevar la linfa a la axila empujando en tres puntos más. En total 4+3-7.

Cambiamos ahora de lado en la camilla y tratamos la otra mitad del pecho repitiendo los pasos del 2 al 5.

6. CARAS LATERALES DEL TORAX (ambos flancos a la vez)

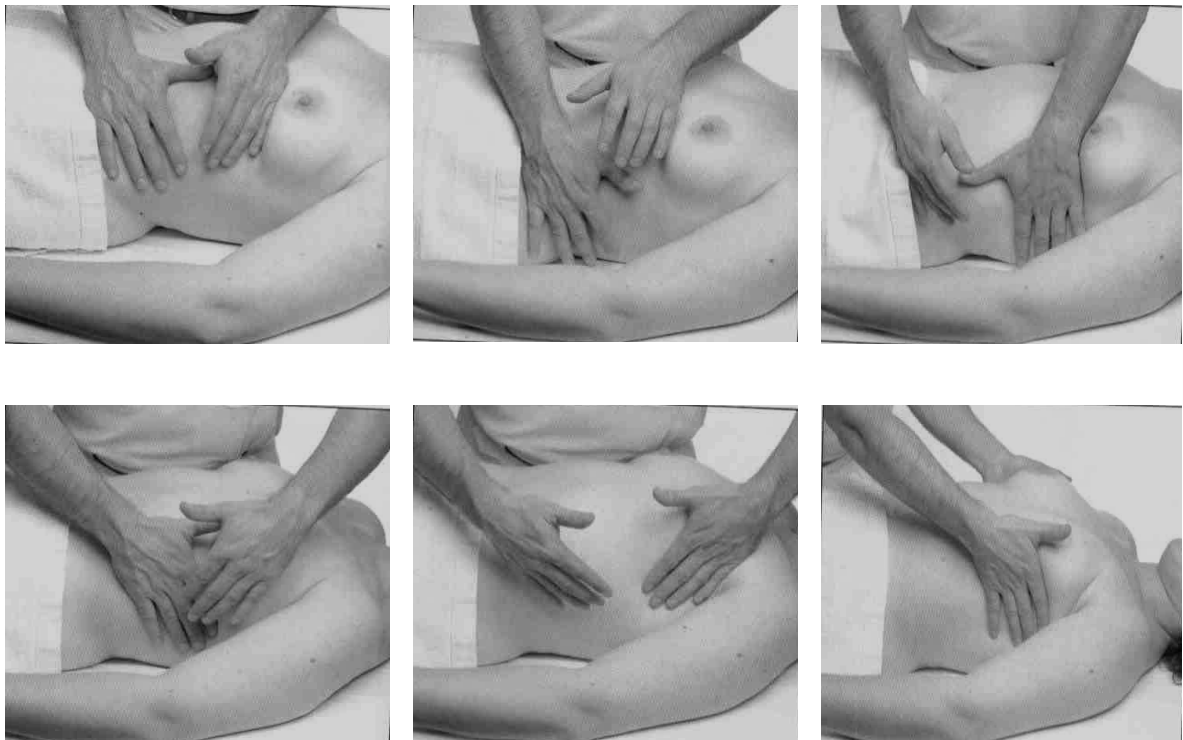
CF con ambas manos a la vez en tres puntos, desde las últimas costillas al hueco axilar. Manos y dedos se apoyarán ampliamente en cada flanco. Los empujes, como es lógico, se dirigirán hacia las axilas.

7. ESPACIOS INTERCOSTALES

Presiones ondulantes en profundidad con los tres dedos centrales de cada mano, colocándolos en los espacios intercostales que sean accesibles.

8. EFLEURAGE FINAL

Igual que el inicial.



ESPALDA

ZONA DE TRATAMIENTO PREVIO (Z.T.P):

El cuello, sobre todo y ocasionalmente el pecho.

LIMITES

- Por arriba: la divisoria espino-escapular.
- Por abajo: la divisoria transversal.
- A los lados: la zona de pecho y brazos.

DESAGÜE

Fundamentalmente, la zona de los ganglios axilares, pero también hay que contar con los vasos linfáticos que atraviesan los espacios intercostales y llevan la linfa a planos más profundos y que llega a <Terminus> sin pasar por el desagüe axilar.

El paciente se colocará boca abajo (decúbito prono), mientras nosotros nos situamos al lado de la camilla y empezamos tratando la mitad opuesta de la espalda.

1. EFLEURAGE INICIAL

De la cintura hacia los hombros.

2. GANGLIOS AXILARES

CF con 4+4 dedos planos en tres partes, si las dimensiones de la axila lo permiten. Estas son:

- Pilar posterior;
- Directamente en el hueco axilar;
- Pilar anterior: si las mamas de la paciente son muy voluminosas utilizamos solamente una mano o colocamos a la paciente de costado.

3. ESPALDA

Resulta el lugar idóneo para emplear los giros G, al ser su superficie amplia y plana. Partimos de la línea media sagital posterior, empujando en dirección a la axila en varios puntos (palmo a palmo), entre los límites superior e inferior de esta zona.

4. CARA LATERAL DEL TORAX (flanco)

Desde la línea de la cintura (últimas costillas) hasta el hueco axilar mediante la manipulación combinada B-CF.

5. ESPACIO ENTRE LA COLUMNA Y EL BORDE INTERNO DE LA ESCAPULA

Lo tratamos con CF colocando 4+4 dedos planos sobre esta zona. Estos apuntan y empujan hacia la axila.

Nos cambiamos de lado y realizamos el siguiente paso:

6. BORDE INTERNO DE LA ESCAPULA

CF con las yemas de los dedos 4+4 dedos semiflexionados presionando en profundidad, tratando de empujar la linfa hacia el interior de la escápula, es decir,

hacia nosotros mismos. Desde esta posición repetimos todos los pasos del 2 al 6 en la mitad opuesta de la espalda que aún no hemos drenado.

7. CARAS LATERALES DEL TORAX (ambos flancos ala vez)

CF con ambas manos ala vez en tres puntos desde la cintura (últimas costillas) al hueco axilar. Manos y dedos se apoyarán ampliamente en cada flanco. Los empujes, obviamente, se dirigirán hacia ambas axilas a la vez.

8. ESPACIOS INTERCOSTALES

Presiones ondulantes en profundidad con los dedos planos adaptándolos a los espacios intercostales en todas las partes de la espalda que sean accesibles.

9. ZONA PARAVETEBRAL

Podemos influir sobre la circulación linfática y en los ganglios linfáticos de esta zona utilizando aquí presiones ondulantes con las yemas de 4+4 dedos semiflexionados empujando en profundidad. Sin necesidad de cambiar de lado de la camilla tratamos ambos lados de la zona paravertebral.

10. EFLEURAGE FINAL

Igual que el inicial.



ZONA GLÚTEO-LUMBAR

ZONA DE TRATAMIENTO PREVIO (Z.T.P):

Fundamentalmente EL cuello y ocasionalmente también el vientre.

LIMITES

- Por arriba: la divisoria transversal.
- Por abajo: el pliegue de las nalgas.
- A los lados: la zona del vientre.

DESAGÜE

Zona de los ganglios inguinales.

El paciente como es lógico, estará colocado en decúbito prono (boca abajo), o bien de costado, si la posición anterior le es molesta (vientre voluminoso, embarazo, etc.)

1. EFLEURAGE INICIAL

De la línea media hacia los lados.

2. CINTURA

Se entiende como tal el espacio lateral existente entre la cresta iliaca de la pelvis y las últimas costillas. Aquí utilizamos presiones ondulantes en profundidad, mano sobre mano, por este espacio blando en varios puntos, hasta llegar a lugares próximos a la columna, en las que por su dura consistencia ya no podemos profundizar con nuestras manos. Con ello conseguimos influir sobre estructuras linfáticas profundas, como son los vasos y ganglios lumbares que transportan la linfa ya filtrada por los ganglios inguinales e iliacos y la llevan hacia los inicios del conducto torácico.

3. GANGLIOS LINFÁTICOS DE LA INGLE

Si bien los podemos tratar sin mover al paciente, mediante CF colocando una mano por debajo (inserción de los aductores) y otra por arriba de la ingle (espina iliaca superior-anterior), lo más práctico, eficaz y cómodo para nosotros es tratar esta zona con CF, tal como se describe en el paso 3 del tratamiento del vientre con el paciente en decúbito supino.

4. ZONA GLUTEO-LUMBAR

Tratamos toda esta amplia zona con giros G,

partiendo de la línea medial sagital posterior en varios tramos hacia la parte mas superior de la ingle (espina iliaca superior)

5. CADERA

CF mano sobre mano en la zona de la cadera. Los dedos de la mano que se apoya directamente sobre la piel del paciente se colocan en dirección paralela a la pierna. Los empujes se hacen hacia la ingle.

6. PLIEGUE ANAL

CF mano sobre mano con los dedos centrales paralelos al pliegue anal, hacia el cual se dirigen los empujes. Colocamos una u otra mano de forma que el dedo índice sea el que quede más próximo a él. En esta zona existe la divisoria denominada costura posterior, que la divide en dos territorios linfáticos, que si bien van a desembocar en la zona inguinal, lo hacen por dos caminos distintos. La zona del pliegue anal queda delimitada por arriba y por fuera justamente por la cita divisoria.

Cambiamos de lado de la camilla y tratamos la otra mitad opuesta, repitiendo en ella los pasos del 2 al 6.

7. ZONA SACRA

La podemos drenar con:

CF con los pulgares (alternativamente o en paralelo), empujando hacia la zona inguinal de ambos lados, partiendo de la línea media.

CF mano sobre mano, empujando de la misma forma.

8. ZONA PARAVETEBRAL

Con presiones ondulantes de 4+4 dedos semiflexionados, empujando con las yemas. No hay necesidad de cambiar de lado de la camilla para tratar toda esta zona.

9. EFLEURAGE FINAL

Similar al inicial.



AROMATERAPIA

INTRODUCCION

La Aromaterapia es una disciplina terapéutica que aprovecha las propiedades de los Aceites Esenciales extraídos de las plantas aromáticas, para beneficio de la salud y la belleza.

Es un antiguo arte que se incorpora a esta época de vida de cambios veloces y vida acelerada.

Esta disciplina aporta un uso terapéutico de los aromas puros para un tratamiento natural y un complemento importante para ayudar a restablecer nuestro equilibrio y armonía.

Los aceites esenciales poseen muchas propiedades que provocan estímulos en el ser humano y se convierten en un invaluable elemento de bienestar.

El uso de esencias es de tiempos remotos y tiene referencias en todas las culturas y religiones.

En la antigüedad, los egipcios hace 40 siglos A.C hacían preparados con aceites esenciales que se utilizaban en medicina, cosmética, baños, y para armonizar los templos.

Los egipcios iniciaron el arte de extraer las esencias de las plantas calentándolas en recipientes de arcilla, fueron los alquimistas griegos quienes conservando la fragancia y las propiedades curativas inventaron la destilación para obtener aceites esenciales.

El uso de aceites esenciales se realizaba desde hace milenios en China India y Persia. Los vedas también utilizaban aceites para su medicina, los vegetales medicinales-aromáticos producen esencias, las mismas son extraídas por destilación y presión, también hay otros métodos para algunas especies particulares.

Los Aceites Esenciales son el alma de las plantas. Una sola gota posee todas las propiedades de la planta. Sus componentes activos penetran el cuerpo a través de la piel.

La composición química de los distintos aceites, alrededor de 400 variedades en todo el mundo, es compleja e incluyen una enorme variedad de componentes químicos, como los terpenos, esteroides, aldehídos, alcoholes, fenoles, que los hace únicos en sus efectos: calmantes, desinfectantes, analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios, etc.

Para que los Aceites Esenciales tengan un efecto terapéutico deben ser puros. Es muy importante que al momento de comprar un Aceite Esencial, el usuario verifique que en el envase o prospecto adjunto se especifique si la marca cuenta con las especificaciones legales reglamentarias propias del país de origen. Lamentablemente son muchos los Aceites de baja calidad o adulterados que se ofrecen en el mercado.

En Aromaterapia, además de los Aceites Esenciales, se utilizan Hidrosoles que son disoluciones aromáticas de compuestos hidrófilos en concentraciones de 1 por mil+

00'5, obtenidas por impregnación de la fase acuosa de los destilados de plantas aromáticas con el aceite esencial.

Los métodos de aplicación pueden ser a través de masajes, compresas, inhalación, ambientadores, baños, cremas, gárgaras o puros.

En la actualidad en el ámbito de la cosmética hay dos términos que se prestan a confusión “aromaterapia” y “aromacología.” Ambos tienen que ver con aromas, ambos usan aromas para crear ambientes especiales, ambos estudian los efectos del aroma en las personas pero hasta allí acaba la semejanza.

Muchas veces compramos productos que dicen ser “aromaterapia” cuando en realidad son aromacología o sencillamente productos con aroma. Aprende la diferencia entre ambos términos para que la próxima vez que desees adquirir productos de aromaterapia puedas reconocerlos.

¿QUE ES LA AROMATERAPIA?

Es el uso de aceites esenciales para tratamientos de salud física y emocional, belleza y bienestar.

Los aceites esenciales son sustancias altamente concentradas que provienen de plantas. Debido a que son los extractos más completos de los componentes de las plantas no es posible sintetizarlos en un laboratorio (crear sustancias artificiales con las mismas propiedades). Se ha tratado de sintetizarlos y es posible sintetizar algunos de sus componentes pero no todos por lo cual es seguro decir que solo pueden obtenerse de la naturaleza.

En la aromaterapia no pueden substituirse los aceites esenciales por ningún tipo de fragancia artificial. Sin aceites esenciales puros de alta calidad no existen los tratamientos de la aromaterapia.

¿QUE ES AROMACOLOGIA?

Es un termino nuevo. Fue creado en 1986 por el Fondo de Investigación del Olfato. Estudia los efectos temporales de los olores en los seres humanos en la conducta y la mente. En otras palabras estudia como podemos utilizar los olores para crear ambientes, sentirnos mejor etc. En la aromacología no se hace distinción entre ingredientes o fragancias naturales o sintéticas.

En la aromacología muchas veces se utilizan fragancias que son el resultado de mezclas de químicos para crear aromas similares a los de los aceites esenciales. Esto es un complemento para los aceites esenciales porque reconoce los beneficios que estos ofrecen pero debido a que los términos aromaterapia y natural no están regulados por ninguna ley es fácil engañar al consumidor y hacerle sentir que están usando productos legítimos cuando en realidad están usando una fragancia artificial.

COMO ACTUA:

Un modo de actuar los aceites esenciales es través del olfato armonizando los estados psíquicos emocionales y espirituales, el sentido del olfato esta relacionado a nuestras emociones por estar directamente conectado al cerebro donde se encuentra el centro de las emociones, también el espacio de muchas actividades

vitales de nuestro organismo, el sueño, la sensualidad, la sed, la memoria, etc. Cuando se huele algo se evoca la memoria emocional, se puede relacionar las emociones. El sistema límbico donde se encuentra el centro de las emociones está relacionado con el hipotálamo, la parte del cerebro que está comunicado con las glándulas sexuales.

La memoria asociativa de aromas y situaciones generan el aprovechamiento de los aceites para uso terapéutico, dado que la conciencia registra el aroma con la ambientación.

La aromaterapia actúa sobre los planos sutiles por ello puede ser utilizada como terapia vibracional, también ayuda a la meditación, visualizaciones, concentración, afirmaciones y a todas aquellas técnicas destinadas a buscar el equilibrio y armonía interior.

Cuando realizamos un masaje, los componentes químicos de los Aceites Esenciales son absorbidos por la piel, entran al torrente sanguíneo y producen reacciones químicas similares a la de los fármacos.

En el caso de inhalaciones, las moléculas aromáticas son transportadas por las células nerviosas (presentes en la mucosa de la nariz) al cerebro, donde ejercen un efecto directo sobre la mente y las emociones.

ACEITES ESENCIALES:

Aceites esenciales, obtenidos por destilación al vapor (o expresión en el caso de los de cáscara de cítricos) de la planta que le da el nombre. Los aceites esenciales son el producto de complicados procesos bioquímicos que se producen en el seno de las plantas, concretamente en sus glándulas secretoras. La elaboración de los aceites esenciales, dependen completamente de la radiación solar. Su ausencia o carencia altera profundamente la composición y el rendimiento de la planta al producir el aceite esencial. La predominancia de un determinado tipo de radiación solar puede variar considerablemente la elaboración de unos u otros compuestos químicos dentro de una misma especie, de ahí la importancia de observar y determinar el quimiotipo de los aceites esenciales.

Las estructuras glandulares pueden encontrarse en todos los órganos vegetales: flores, semillas, raíces, hojas, tallos y frutos, todos ellos producen aceites esenciales.

Los aceites esenciales, generalmente no están presentes en un sólo órgano, por lo que algunas plantas pueden producir dos o más aceites esenciales diferentes. Por ejemplo, en el naranjo, podríamos obtener aceites esenciales de su hoja (petit-grain), su flor (azahar o neroli) y la cáscara del fruto (naranja o esencia de Portugal).

Los aceites esenciales han sido considerados como el “alma” de la planta (quintaesencia), realmente son compuestos muy poderosos con una importante carga electromagnética que les da su origen solar. Debido a su rendimiento bajo (entre 15 kg. y 12.000 kg. de planta para obtener un

kilogramo de aceite esencial), son los extractos vegetales más concentrados y potentes que conocemos.

ALBAHACA: Se utiliza para el dolor de cabeza y migrañas, también para la fatiga mental.

BERGAMOTA: Eleva el espíritu, refresca y relaja. Es muy útil para casos de depresión, ansiedad y tensión.

CANELA: Es afrodisíaco y estimulante mental.

CEDRO: Efecto sedante indicado para el estrés. Cedrón: sedante se combina con lavanda.

CIPRES: Se usa en duelos como en otras etapas de cambio.

CLAVO DE OLOR: Agotamiento mental para dejar de fumar.

ENEBRO: Actúa sobre los planos mentales, emocionales y físico, alivia situaciones de confusión y cansancio.

EUCALIPTO: Actúa en el aparato respiratorio es descongestivo.

GERANIO: Antidepresivo, relajante y para restaurar y estabilizar emociones.

JENGIBRE: Dolores reumáticos y musculares, agotamiento sexual y físico.

LAVANDA: Es un sedante muy efectivo, se utiliza en problemas de insomnio. Ayuda a balancear estados emocionales como histerias depresiones, calma, relaja.

LEMONGRASS: Se usa en la fatiga mental es un estimulante mental.

LIMON: Estimulante mental, antiséptico, astringente, cicatrizante.

MANDARINA: Calmante y sedante, brinda alegría. Mejorana: actúa mejorando estados de soledad, ansiedad.

MENTA: Estimula el cerebro ayuda a despejar los pensamientos.

NARANJA: Es antidepresivo y restaura elevando el espíritu. Pino: estimulante del sistema nervioso, brinda energía y bienestar.

ROMERO: Estimula la memoria, la claridad mental, procesos creativos es un protector psíquico y un estimulante físico.

SALVIA: Relajante, armoniza la sexualidad por relajante y distiende la energía sexual. Sándalo: propiedades sensuales, meditación, aquieta los pensamientos, es ansiolítico y antidepresivo.

TOMILLO: Antiséptico de vías respiratorias y antitusivo. Es tónico y energizante en el nivel físico, mental y emocional, mejora la memoria. **Vetiver:** es un relajante profundo, balancea energía de grupo puede ser afrodisíaco.

YLANG- YLANG: Antidepresivo y sedante, actúa sobre dificultades sexuales, por stress y ansiedad, es utilizado en estados de tensión nerviosa, insomnio e hiperactividad.



ACEITES VEHICULARES:

Los aceites vehiculares se utilizan para diluir los aceites esenciales destinados al masaje aromaterapéutico y para los preparados de belleza. Son hidratantes muy eficientes y proporcionan muchos de los nutrientes que la piel necesita para mantenerse tersa y flexible. Los aceites prensados en frío suelen ser de mayor calidad que los prensados en caliente o los obtenidos por extracción soluble.

ACEITE DE AVELLANAS VIRGEN: No está refinado y mantiene todos sus componentes y suave aroma característico a avellanas. indicada para tratamientos de AROMATERAPIA CLÍNICA y MASAJE INFANTIL.

ACEITE DE BORRAJA: Obtenido de las semillas de *Borago officinalis* L., primera presión en frío. Muy rico en ácidos grasos insaturados, especialmente ácido gamma-linolénico (precursor de las prostaglandinas). Externamente se usa en dermatitis, ictiosis, psoriasis, sequedad y en tratamientos cosméticos, como antienvjecimiento.

ACEITE DE CACAHUETE: Por expresión de las semillas de *Arachis hypogaea*, es un aceite especialmente indicado para el masaje articular por sus propiedades antiinflamatorias.

ACEITE DE CALÉNDULA: Oleomaceración de *Calendula officinalis* L. en aceite de almendras dulces. Es uno de los aceites más empleados en niños y ancianos, por sus propiedades dermoprotectoras y fungicidas.

ACEITE DE COCO: Aceite de Cocos nucifera, obtenido por primera presión en frío y refinado para evitar su enranciamiento. Aceite de uso universal, se le atribuyen propiedades de filtro solar (insuficientes para pieles blancas). Se emplea como protector de cabellos oscuros. Solidifica a temperaturas relativamente altas.

ACEITE DE GIRASOL: Es un aceite delicadamente fino que se utiliza en la mayoría de las mezclas para el masaje corporal. Contiene vitamina E.

ACEITE DE GIRASOL ECOLÓGICO: Aceite de Helianthus annuus L., primera presión en frío, desodorizado y con aval ecológico. Se emplea como base universal y es específico para tratamientos relacionados con el sol o las quemaduras.

ACEITE DE GERMEN DE TRIGO: Obtenido del Triticum vulgare L., primera presión en frío y refinado. Contiene una buena proporción de vitamina E, por lo que se emplea como aceite antienvjecimiento y antiarrugas. Especialmente indicado en tratamientos de contorno de ojos. Suele emplearse como parte de mezclas con otros aceites vegetales.

ACEITE DE JOJOBA: Extraído de las semillas de Simmondsia sinensis por expresión en frío, no ha sido refinado ni decolorado, por lo que mantiene su color dorado original. Es un aceite que no enrancia, adecuado para tratamientos cosméticos de alto nivel o para la elaboración de perfumes naturales sin alcohol. Excelente para pieles secas o envejecidas y para prevenir las puntas abiertas en los cabellos.

ACEITE DE ONAGRA: También conocido como aceite de prímula. Obtenido por expresión de las semillas de Oenothera biennis L. Uno de los mejores aceites para tratamientos anti-envejecimiento de la piel. Muy empleado en dietética por su alto contenido en ácidos grasos esenciales de importancia clave en procesos metabólicos del organismo vitales.

ACEITE DE RICINO: Extraído de las semillas del Ricinus communis L. Aceite muy espeso y adecuado para tratamientos específicos: Articulaciones, pelo (cejas, pestañas, cabello), uñas.

ACEITE DE ROSA MOSQUETA: Extraído por expresión en frío de los escaramujos de la Rosa rubiginosa L. Seleccionamos las mejores calidades de su país de origen, Chile. Nuestro aceite sólo contiene un 0,5% de vitamina E para estabilizarlo. Este es un aceite vegetal muy apreciado que suele diluirse y adulterarse con otros de composición parecida y mucho más baratos (sésamo por ejemplo) para bajar su precio. Por sus excelentes propiedades regeneradoras (comprobadas clínicamente), es uno de los aceites vegetales más usados en cosmética para todo tipo de tratamientos antienvjecimiento, antiarrugas y antiestrías. También elimina las manchas cutáneas en tratamientos a largo plazo.

ACEITE DE ROSA MOSQUETA ECOLÓGICO: Como el anterior, pero con aval ecológico y superior calidad. Con alto contenido en ácidos grasos insaturados: (linoléico 45 %, linolénico 35 %, oléico 13 %). Este aceite es de una calidad muy indicada en TRATAMIENTOS CUTÁNEOS ESPECIALES (úlceras tróficas,

eczemas, dermatitis de contacto, cicatrización de incisiones quirúrgicas, queloides, cicatrices, radiodermatitis) y AROMATERAPIA CLÍNICA

ACEITE DE SÉSAMO: Obtenido por la expresión de las semillas del *Sesamum indicum* L., y posteriormente refinado para evitar su enranciamiento. Es un aceite de uso universal de excelentes propiedades para el masaje. La relación entre su composición, propiedades y precio le hace mucho más ventajoso que el conocidísimo aceite de almendras dulces. Tiene reconocidas propiedades como filtro solar (insuficiente en pieles blancas).

ACEITE DE ZANAHORIA: Oleomacerado de la raíz de *Daucus carota* L.; de fuerte color naranja-rojizo, se emplea como potenciador del bronceado y como aceite regenerador. Suele mezclarse con otros aceites vegetales. Muy rico en vitamina E. **PRECAUCIÓN:** Si se pone demasiada cantidad y la piel no lo absorbe suficientemente bien, puede manchar la ropa.

ACEITE DE SEMILLA DE UVA: Se extrae de la semilla de uva moscatel mediante calor, es adecuado para la piel grasa.

ACEITE DE ALBARICOQUE O DAMASCO: Es rico en minerales y vitaminas. Hidratante natural, posee una textura ligera y una gran capacidad de penetración.

ACEITE DE SOJA: Es ligero, nutritivo y se absorbe fácilmente. Resulta adecuado para la piel grasa.



MEZCLA DE ACEITES:

Las mezclas de aceites suelen dividirse en diluciones normales y débiles. Los aromaterapeutas se refieren a estas diluciones en porcentajes, basándose en cantidad de aceite esencial que hay en el aceite vehicular, y existe una forma sencilla de averiguarlo.

Para calcular cuantas gotas de aceite esencial se necesitan para hacer una dilución normal del 2½%, dividir por dos la cantidad de aceite vehicular; para una dilución débil del 1%, dividir por cuatro.

Preparación de una mezcla de aceites:

1. elegir un aceite vehicular (o una mezcla de aceites vehiculares) basándose en el tipo de piel, y decidir que cantidad se utilizará.
2. elegir dos o tres aceites esenciales basándose en el efecto que se desea conseguir, y calcular el número necesario de gotas. Añadirlo al aceite vehicular. Cerrar el frasco y rotularlo con claridad. Agitarlo antes de ser usado.

GUIA DE MEZCLAS:

Dilución normal del 2½%

ml de aceite vehicular dividido 2 = total de gotas de aceite esencial

(Ejemplo: 20 ml aceite vehicular dividido 2 = 10 gotas de aceite esencial)

MUESTRA DE MEZCLA AL 2½%

Aceites esenciales:

5 gotas de sándalo,
3 gotas de lavanda,
2 gotas de naranja.

Aceite vehicular:

20 ml de hueso de albaricoque

TOTAL: 10 gotas de aceite esencial por 20 ml de aceite vehicular

Dilución débil del 1% para piel sensible y para uso durante el embarazo:

ml de aceite vehicular dividido 4 = total de gotas de aceite esencial

(Ejemplo: 20 ml de aceite vehicular dividido 4 = 5 gotas de aceite esencial)

MUESTRA DE MEZCLA AL 1%:

Aceites esenciales:

3 gotas de romero;
1 gota de hierba limonera y 1 de enebro.

Aceite vehicular:

20 ml de aceite de girasol

TOTAL: 5 gotas de aceite esencial por 20 ml de aceite vehicular.

Dilución sumamente débil para piel sensible, niños y bebés:

Utilizar solo una gota de aceite esencial por 10 ml de aceite vehicular, o utilizar sólo almendras dulces.

ALMACENAMIENTO:

Deben guardarse en frascos de cristal oscuro, a una temperatura ambiente de unos 18°C. La mayoría deben ser utilizados antes de transcurridos los dos años.

Los aceites cítricos deberían utilizarse antes de transcurrido un año. Una vez que los aceites han quedado diluidos en un aceite vehicular su duración se reduce a unos pocos meses.

RECOMENDACIONES:

- Almacenar los aceites en frascos de cristal oscuro, en un sitio sin luz y fresco, con las tapas perfectamente cerradas para evitar la evaporación.
- Rotular los frascos con el nombre de los aceites, la dilución y la fecha.
- Mantener fuera del alcance de los niños.
- Los aceites esenciales son inflamables, de modo que deben mantenerse alejado de la llama directa.
- No almacenar en superficies pulidas porque los aceites pueden dejar manchas; limpiar inmediatamente lo que se haya derramado.

EXAMEN DE ALERGIA:

Colocar una gota de aceite esencial (2½%) en el interior de la muñeca, o en el pliegue del codo. Examinar al cabo de las doce horas. Si hay alguna marca o sensación de picazón, no utilizar el aceite. Si aparece una reacción adversa a un aceite, lavar la zona con agua fría.

UTILIZACION DE LOS ACEITES Y CUDADOS:

El método más indicado para el hogar, salas de meditación, consultorios, etc. es el hornillo, con el calor de una vela se calienta un pequeño cuenco de cerámica en donde se coloca agua y de 5 a 10 gotas de aceites esenciales. Se puede utilizar colgantes de cerámica en el cuello o llevar un pañuelo con la esencia elegida, existen unos aros de cerámica que se colocan en los veladores y allí se ponen las gotas de los aceites preferidos con el calor de la lámpara se evapora el aroma y ambienta el lugar.

En caso del contacto con la piel el aceite penetra por los poros de la misma ingresando al sistema interno, allí debe diluirse en aceites neutros como el de germen de trigo, sésamo, almendras o en cremas neutras y usarlo en masajes.

Cuando los aromas se diluyen en aceites se pueden utilizar como perfumes. También se puede utilizar el aceite en baños de inmersión colocando de 10 a 15

gotas en el agua. Cuando las combinaciones persiguen fines terapéuticos es importante tener en cuenta:

- No mezclar con otros productos o efectos opuestos.
- No usar más de 3 o 4 aceites, la mezcla debe ser agradable para la persona.

Los aceites utilizados correctamente para aromaterapia no producen ningún efecto desagradable ni contraindicaciones, de todos modos debemos tener en cuenta:

- No ingerirlos
- No exceder la cantidad de gotas ni el tiempo de uso.
- No utilizar en el embarazo: albahaca, alcanfor, mejorana, mirra, clavo de olor, hisopo, enebro, cedro, salvia, romero.
- No poner en contacto directo con la piel: canela, clavo de olor, bergamota, canela, enebro, jengibre, limón, menta, pino, tomillo.
- No usar en caso de epilepsia: romero salvia. - No dejar ninguna esencia al alcance de los niños.
- No tomar sol después de usar sobre la piel: bergamota, pomelo, naranja, limón, cedrón, angélica.