



Fisioteràpia

al dia
www.colfisiocv.com



Osteopatía en Fisioterapia

Volumen XII Nº2
Julio 2015

**10% descuento en docencia
para colegiados**



MÁSTER EN TERAPIA MANUAL ORTOPÉDICA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

La Escuela de Postgrado de la Universidad Europea de Valencia pone a tu alcance un Máster único e innovador en la Comunidad Valenciana, basado en un tratamiento integrador del dolor, con **métodos con evidencia científica en terapia manual, control motor, ejercicio terapéutico y actividades cognitivo-conductual**.

- Horario semipresencial (online/presencial fin de semana).
- Metodología práctica: clases magistrales, estudios de casos y prácticas simuladas.
- Certificados KT1 y KT2.

Otros programas de especialización:

- **Curso de Experto en Puntos Gatillo y Síndrome de Dolor Miofascial.**
 - **Experto en Terapia Manual del Suelo Pélvico.**
-

Infórmate
902 930 937
valencia.universidadeuropea.es
postgrado.valencia@uem.es



Escuela de Postgrado
Universidad Europea Valencia
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

EDITA

Il.lustre Col.legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

COMISSIÓ DE PREMSA

Director: José Ángel González i Domínguez
Subdirectora: Marta Aguilar Rodríguez
Delegacions: Francesc Taverner (Alacant),
Jesús Ramírez (Castelló), Eva Segura i Ortí
(València)

REDACCIÓ

UNIVERSIDAD DE VALENCIA: Marta Aguilar i José Casaña; UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA: Jorge Alarcón; UNIVERSIDAD CEU-CARDENAL HERRERA: Juan José Amer, José Lendoiro i Jaime Gascó; UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ: M^a Carmen Lillo i Emilio Poveda

COMISSIÓ CIENTÍFICA

Felipe Querol
Josep Benítez
Yasser Alakhdar Mohmara
Manuel Valls i Barberà
Javier Montañez i Aguilera
Marisa Bataller i Richard
José Vicente Toledo i Marhuenda
Arancha Ruescas i Nicolau

COL.LABORADORS

Francesc Taverner, Rafael Torres, José A. Polo, José Ángel González, Elena Martínez, Marta Bono, Ana Isabel Rodríguez, José Lendoiro, Michal Hadala, Jaime Martínez, Noemí Valtueña

PORTADA

ICOFCV

REDACCIÓ I ADMINISTRACIÓ

C/ San Vicent Màrtir, 61 pta 2
C.P 46002 VALÈNCIA
T: 96 353 39 68
F: 96 310 60 13
E: administracion@colfisiocv.com
fisioterapialdia@colfisiocv.com
W: www.colfisiocv.com
Depòsit Legal: V – 1930 – 2001
ISSN: 1698-4609

L' ICOFCV no es fa responsable de les opinions expressades pels seus col·laboradors en els articles publicats en esta revista. Tots els articles es publiquen en funció de la llengua en què és presentat l'original pel seu autor.

Editorial



Francesc Taverner

Colegiado 256

Fisioterapeuta y osteópata

Miembro de la Junta de Gobierno del ICOFCV

Gerente de Fisiosan y del Centre de Día de personas mayores del Ayuntamiento de Alicante

Cuando finalicé mis estudios de fisioterapia, la osteopatía ya empezaba a oírse mucho dentro de nuestra profesión como una especialidad, máster, post-grado, etc. Era una herramienta más que teníamos a la hora de abordar las patologías y lesiones de nuestros pacientes. Una "especialidad" de las llamadas holísticas, en la que valoramos el paciente como un todo. Se intenta comprobar la cadena lesional y tratar las disfunciones que se presentan para que el cuerpo se acabe autorregulando.

Por entonces sólo se podía estudiar en Barcelona, Sevilla o Alcalá de Henares, si querías tener una formación extensa y de calidad. Siempre es muy interesante que los estudios, cursos o máster estén avalados por una Universidad, Colegio oficial, etc., porque establecen unos ítems y créditos, que además son reconocidos por cualquier administración. Ahora, se pueden cursar estudios de osteopatía en casi cualquier provincia de España, con una formación reglada y seria, adecuada con respecto a horas de duración, profesorado experimentado, prácticas de anatomía en facultades de medicina,... En éstas sólo aceptan fisioterapeutas y no otros profesionales.

Pero por desgracia, todavía existen academias en las que te imprimen un "título" de osteópata, con el cual dicen que estás habilitado para manipular y tratar con osteopatía a un paciente. En estas escuelas, puede cursar los "estudios" cualquier persona, y es ciertamente una lástima, dado que en la ORDEN CIN-2135-2008 se reconoce la Osteopatía como una de las competencias del Fisioterapeuta.

Hoy en día, algunos centros de formación ya ofrecen hasta seis cursos para poder terminar toda la formación. En ella se imparten todos los aspectos relacionados con la osteopatía, tanto estructural, visceral, como craneal... Al finalizar, puedes preparar una tesis, que se defiende delante de un tribunal internacional para exponer las conclusiones y poder ser Diplomado en Osteopatía (D.O) Este título no está reconocido por el Ministerio de Educación y Ciencia como carrera universitaria, al igual que la quiropraxia, espinología, etc. En otros países sí existen como tal, pero en España es un Post-Grado de Fisioterapia.

Por otro lado, destacar que en las diferentes Facultades de Fisioterapia Españolas, se ofrecen asignaturas tales como "Fisioterapia Osteopática" o similares, donde los alumnos pueden tomar un primer contacto con esta disciplina. A partir de aquí entenderán, que si deciden seguir su andadura profesional por las lindes de la Osteopatía, deberán respetarla formándose adecuadamente y cuidarla, ofreciendo a sus pacientes la más alta calidad asistencial dentro del ámbito de la Terapia Manual para mantener esta competencia que tanto nos ha costado conseguir.

Sumari ■

- 06. Informació col·legial
- 30. Secció Formació
- 32. Racó judicial
- 37. Especial "Osteopatia en Fisioterapia"
 - 38. Parlem amb
 - 50. La entrevista
 - 55. Fisioterapia osteopática en la CV
 - 58. Visió perifèrica
 - 62. Racó històric
 - 65. Osteopatia en la mujer
 - 68. Osteopatia en pediatria
 - 69. Les nostres teràpies
- 74. Racó del llibre
- 76. Article científic
- 85. Agenda
- 87. Benvinguts
- 88. Tauler
- 90. Entitats col·laboradores



Especial
Osteopatia en Fisioterapia



Carta de la direcció

Queridos amigos/as:

El presente número de nuestra revista deviene en un amplio monográfico sobre la Osteopatía en Fisioterapia, utilizando a conciencia la preposición "en": en España y en la Comunidad Valenciana, la principal concepción de la Osteopatía está dentro de nuestra disciplina profesional, la Fisioterapia. Así la entendemos mayoritariamente. Y para aclarar el debate, nada mejor que acudir a las principales firmas de los profesionales más reputados tanto en nuestra comunidad como en el territorio nacional y europeo: para ello, hemos contado con la participación, en primera persona, de destacados osteópatas y expertos en Terapia Manual Osteopática, como **François Ricard**, **Ginés Almazán** o **Rafael Torres**.

Además de una extensa información colegial sobre los eventos acaecidos en el último trimestre, que incluye sendas entrevistas a fisioterapeutas de la talla internacional de **Jenny McConell**, y el terapeuta manual **Stephan Schiller**, contamos en esta entrega veraniega con las habituales firmas:

José Polo nos regala en su **Visió perifèrica** unos simpáticos símiles taurinos alegando que los "toreros" de la Fisioterapia deben agarrar bien por los cuernos al bóvido que con agudeza denomina "Osteopatía".

José Lendoiro vuelve a ofrecernos una precisa entrega de las novedades bibliográficas en su **Racó del llibre**, en esta ocasión con cuatro novedades publicadas en inglés.

Pedro Rosado, uno de nuestros grandes colaboradores (y anterior director de esta publicación), nos ofrece un preciso documento sobre el testamento vital en el **Racó Judicial**.

En esta ocasión hemos sustituido algunas de nuestras secciones fijas por valiosas aportaciones de diferentes osteópatas que nos introducen en su extenso campo de actuación. Estamos, por tanto, ante un número extenso, bien cargado de colaboraciones, de *Fisioteràpia al Dia*, que cuenta

con un elenco de profesionales que se suman a las valiosas firmas citadas anteriormente y que detallamos a continuación.

Francesc Taverner, osteópata y vocal de la Junta de Gobierno del ICOFCV, nos proporciona una concisa y clarificadora **Editorial** sobre la formación al respecto.

Las doctoras en osteopatía **Elena Martínez** y **Marta Bono** nos regalan unos espléndidos artículos sobre la **Osteopatía en la mujer** y **en los niños**, desde Madrid y Valencia respectivamente. No menos interesantes son las aportaciones de otra destacada osteópata, la vitoriana (aunque afincada en San Juan de Alicante) **Ana Isabel Rodríguez** en **Les nostres teràpies**.

José Ángel González, fiel a su **Racó històric**, nos introduce en la evolución contemporánea de la Osteopatía hasta llegar a las actuales promesas.

Por último, nuestro **Article científic** viene suscrito por tres grandes profesionales: el polaco **Michal Hadala**, experto en Kinetic Control; nuestro apreciado exvicedecano del ICOFCV, **Jaime Martínez Carrascal**, experto en Terapias Naturales y formado con Hadala en el Kinetic Control, al igual que la tercera autora, **Noemí Valtueña**, reciente fichaje docente de la Universidad CEU Cardenal Herrera.

Esperamos que os resulte un número tan ameno como didáctico.

Recibid un cordial y caluroso saludo desde nuestra redacción. ¡Feliz Verano!

José Ángel González
Marta Aguilar

La Asamblea General Extraordinaria aprueba por unanimidad la modificación del Reglamento de Régimen Interno y del Régimen Disciplinario



El Colegio ha introducido la prescripción de las faltas y de las sanciones para dar mayores garantías a todos los colegiados ante la apertura de expedientes disciplinarios

La Asamblea General Extraordinaria del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), reunida el pasado 8 de mayo en la sede de Valencia, aprobó por unanimidad los dos puntos del orden del día: la adaptación del Reglamento de Régimen Interno y la modificación del Reglamento de Régimen Interno Disciplinario con la inclusión de la prescripción de las faltas y sanciones.

La sesión estuvo presidida por el decano del ICOFCV, Josep C. Benítez; el secretario general, José Casaña; y la delegada de Valencia, Laura López, quién hizo de moderadora de la misma.

La adaptación del Reglamento de Régimen Interno fue aprobada por unanimidad. En ella se han recogido los requerimientos realizados por parte de la Conselleria de Gobernación y Justicia, en su mayoría puntualizaciones de sintáctica que no afectan al conjunto ni al sentido de los artículos del mismo pero que era necesario realizar.

El segundo punto del orden del día, la inclusión de la prescripción de las faltas y sanciones en el Reglamento de Régimen Disciplinario, también ha sido aprobado por unanimidad por la Asamblea. De esta manera, se

han establecido los plazos de prescripción para faltas muy graves, graves o leves, así como, para las sanciones que se deriven de la comisión de las mismas.

“La Junta de Gobierno estamos aplicando el Reglamento de Régimen Disciplinario desde que se aprobó y ya tenemos varios expedientes resueltos. No obstante, lo hemos adecuado con el objetivo de dar las máximas garantías a todos los colegiados que puedan verse afectados en temas tan serios como estos”, subrayó durante la Asamblea el decano del ICOFCV.



Régimen Disciplinario

Recordar que en julio del 2014, la nueva Junta de Gobierno convocó una Asamblea Extraordinaria en la que se aprobó, entre otros puntos, el primer Reglamento de Régimen disciplinario del ICOFCV. Un paso clave para que el Colegio pudiera hacer efectiva su disposición sancionadora con plenas garantías y actuar ante casos de morosidad o de otras conductas tipificadas como sancionables en nuestro Reglamento de Régimen disciplinario, estatutos y normas deontológicas vigentes.



Reunión con los colegiados de Castellón

El ICOFCV celebró el pasado sábado 23 de mayo una reunión informativa en la Sede de Castellón del Colegio. El objetivo era tratar temas de interés como el Régimen interno y disciplinario, los tipos de colegiados, la nueva Bolsa de Voluntariado Deportivo, la II Jornada solidaria y los Seminarios ICOFCV. En la reunión estuvieron presentes el decano Josep Benítez y el delegado del Colegio en esta provincia, Jesús Ramírez.

Foto de la reunió celebrada en València



La Comisión de Sanidad Pública del ICOFCV se ha reunido con los responsables de las Unidades de Fisioterapia de la Comunidad Valenciana

Se ha cerrado la primera ronda de contactos con los coordinadores y supervisores de los Departamentos de Salud de Alicante, Castellón y Valencia. El objetivo es conocer la situación del sector público tanto a nivel asistencial como de gestión y recursos humanos

La Comisión de Sanidad Pública del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana se ha reunido con los responsables de Unidades de Fisioterapia de los hospitales de la Comunidad Valenciana. Una cita con los coordinadores y supervisores de los diferentes Departamentos de Salud que tuvo lugar en abril en Alicante, en mayo en Castellón y en junio en Valencia.

El objetivo es establecer un punto de encuentro donde plasmar las diferentes realidades por las que atraviesa el colectivo en el sector público, tanto a nivel asistencial como fundamentalmente a nivel de gestión.

Las principales conclusiones han sido la necesidad de generalizar la figura del Coordinador de Fisioterapia en los hospitales y dar mayor independencia al profesional para definir y trabajar el tratamiento de sus pacientes

Como primer paso, la Comisión está trabajando con los responsables sanitarios para recabar información de los diversos Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, en especial sobre los recursos disponibles en Fisioterapia y sus características.

Entre las principales conclusiones se ha abordado la necesidad de generalizar la figura del Coordinador de Fisioterapia en los hospitales (dado que ya existe en tres departamentos de salud), así como dar mayor independencia al fisioterapeuta para definir y trabajar los tratamientos de sus pacientes. En esta línea, se propuso crear un protocolo de procedimien-

tos uniforme para todos los Departamentos de los centros sanitarios de la Comunidad. Además, la Comisión acordó solicitar a la Conselleria de Sanidad la creación de una historia de fisioterapia dentro de la historia clínica del paciente.

Respecto a la situación laboral, la coordinadora de la Comisión, Laura López, explicó que en las tres provincias se sobrepasa el porcentaje de interinidades en fisioterapia fijado por Conselleria, que recomienda que no supere el 30% del total de plazas públicas. Castellón, según los datos de los que dispone esta comisión, es la que muestra la proporción más elevada. De hecho, el ICOFCV tiene previsto presentar a Sanidad un informe que recoja la situación actual del colectivo que sirva de base para corregir estas desproporciones.

Los coordinadores y supervisores de los diferentes hospitales han aplaudido la puesta en marcha de esta Comisión y se han comprometido a facilitar los datos relativos al número total de fisioterapeutas así como a la media de número de pacientes que atienden con el objetivo de definir acciones que permitan dar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos.

“La respuesta en general ha sido muy buena. Vamos a colaborar y nos van a facilitar los registros de datos relativos a la situación actual del personal y en relación a la gestión en Fisioterapia, que por ahora es casi inexistente dado que sólo hay tres coordinadores de Departamento de Fisioterapia en toda la Comunidad Valenciana. Este será el punto de partida. Tras ello seguiremos valorando la situación para extraer conclusiones y establecer qué actuaciones y cambios son necesarios abordar, y en función de ello, de manera consensuada canalizarlos hacia las diferentes administraciones públicas y trabajar para conseguirlos”, ha señalado Laura López.



Fotografía de la reunión de los miembros de la Comisión de Sanidad Pública del ICOFCV con los responsables de las Unidades de Fisioterapia de Castellón

Reunión en Alicante

La cita de Alicante, celebrada el pasado 23 de abril, resultó un éxito por la implicación de los participantes así como por la asistencia. De hecho, estuvieron presentes nueve de los once representantes de Departamentos de Salud alicantinos. Además de Laura López, estuvieron Antonio Jorge, miembro de la Comisión y coordinador de Fisioterapia del Hospital General de Elche; Joaquín Picó, también miembro de la Comisión y supervisor del Hospital de Alcoi; Arancha Villagordo del Hospital Torrevieja y Hospital Elche-Crevillente; Carlos Cervera del Hospital Vega Baja Orihuela; Carmen Dolç del Hospital San Juan de Alicante; Mariano Martín-Macho del Hospital Denia; y Salvador Ribes del Hospital La Pedrera Denia; Sandra Garrido del Hospital San Vicente Raspeig; y Vicente Tronchoni del Hospital Marina Baixa La Vilajoyosa.

Reunión en Castellón

La reunión de Castellón tuvo lugar el pasado 12 de mayo. En ella, además

de la coordinadora de la Comisión, Laura López, y de los miembros de la misma, Manolo Ávila y Vicenta Díaz, participaron el delegado provincial del ICOFCV, Jesús Ramírez; Amparo Ibáñez del Hospital La Magdalena; Antonio Moya del Hospital La Plana; Laura Milian del Consorci Hospitalari Provincial de Castelló y Rosa M^a Gordo del Hospital General Universitario de Castelló.

Reunión en Valencia

En Valencia se dieron cita la coordinadora de la Comisión, Laura López; y el miembro de la misma, José Vicente Benavent; José Ángel González, coordinador de Fisioterapia del Hospital General de Valencia y también miembro de la Comisión; Vicente Matoses coordinador de Fisioterapia del Hospital de La Ribera; Elías Martí del Hospital Xàtiva-Ontinyent; Miguel Mateu del Hospital Dr. Peset; Raquel Valera del Hospital de Manises, y Juan Rodrigo del Hospital Clínic-Malva-Rosa. Con esta cita se ha cerrado la primera ronda de contactos.

Miembros de la Junta de Gobierno del ICOFCV se han reunido con el CSI-F, CCOO, UGT y SATSE. Con ello, el Colegio complementa sus funciones ya que no puede actuar en asuntos laborales, que son competencia de los sindicatos

Primera ronda de contactos con los sindicatos para establecer una colaboración que permita mejorar la atención a los colegiados en materia laboral

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) realizó en junio una primera ronda de contactos con los representantes sindicales del CSI-F, CCOO, UGT y SATSE. El objetivo era presentarles la labor colegial y establecer una colaboración que permita dar respuesta a los problemas en materia laboral que puedan presentar los colegiados.

El ICOFCV ha tomado la iniciativa a la hora de plantear estos encuentros dado que como colegio profesional no tiene competencias en las relaciones laborales, las cuales corresponden a los sindicatos. No obstante, en línea con su objetivo de velar por los intereses de los fisioterapeutas, la Junta de Gobierno ha apostado por establecer una colaboración directa con los sindicatos que facilite respuesta a los problemas que los colegiados puedan tener en materia laboral.

“Es importante que los fisioterapeutas conozcan que el Colegio no puede actuar en temas laborales, no son competencia suya, pero sí podemos hacer esto, estrechar lazos y abrir vías de colaboración con quienes pueden actuar en esta área, los sindicatos”, subraya el decano del ICOFCV, Josep Benítez.

El decano del Colegio, Josep Benítez, ha recalcado que todos los encuentros han sido “muy positivos” ya que los representantes sindicales han mostrado “muy buena predisposición” a mantener una comunicación perma-



nente, así como a colaborar en aquellos aspectos que puedan afectar al sector y que supongan una mejora tanto de la situación de los fisioterapeutas como de la atención y la salud de los ciudadanos. En esta línea, los sindicatos también se han mostrado abiertos a ayudar en la orientación a los colegiados ante las dudas que puedan generarse en el ámbito.

Reunión con CSI-F

En la reunión con la Central Sindical Independiente y de Funcionarios, que tuvo lugar el lunes 8 de junio, el decano del ICOFCV, Josep Benítez; y la delegada del Colegio en Valencia, Laura López, se sentaron con el secretario autonómico del CSI-F, Rafael Cantó, y con la presidenta provincial del CSI-F Valencia, Paula Breñas.

En ella, los representantes del CSI-F mostraron su sorpresa ante la situación del porcentaje real de fisioterapeutas fijo/interinos en Conselleria de Sanidad, casi del 50% cuando recomiendan que no pase del 30%, y aseguraron que lo tendrían en cuenta en las próximas negociaciones con Conselleria ante nuevas ofertas de empleo. También se habló de la situación actual en la fisioterapia privada, ya que ellos participan en la mesa sectorial del convenio de sanidad privada.

Reunión con CCOO

El encuentro con los representantes de Comisiones Obreras tuvo lugar el martes 9 de junio y en él participaron el decano del ICOFCV, Josep Benítez, el director de la Sección de Comunicación del Colegio, José Ángel González; el secretario general de



sanidad en CCOO, Arturo León; y la responsable sindical de enseñanza y del sector de atención al discapacitado, Elena Albert.

En dicha reunión, los responsables sindicales alegaron que los fisioterapeutas afiliados a Comisiones Obreras reivindican principalmente la necesidad de incrementar los recursos, tanto humanos como materiales y técnicos, con el fin de mejorar la atención sanitaria que se presta a los ciudadanos en la Comunidad Valenciana.

En esta línea, tanto Arturo León como Elena Albert han trasladado al Colegio su preocupación por los ratios de fisioterapeutas, muy bajos con respecto a lo recomendable, tanto a nivel de educación especial, como en instituciones sanitarias y en centros de ancianos públicos. Ambos han subrayado que seguirán trabajando para que se incrementen.

Reunión con UGT

En la reunión con la UGT, que tuvo lugar el pasado jueves 11 de junio, el decano del ICOFCV, Josep Benítez; y el director de la Sección de Comunicación del Colegio, José Ángel González, se sentaron con el secretario del Sector Salud, Servicios Socio-sanitarios y Dependencia de UGT, Miguel Usó Villanueva.

Entre los temas tratados, el representante de UGT planteó que actualmente un grave problema del sector en la Comunidad Valenciana, extensivo a las profesiones sanitarias en general, es la falta de equilibrio entre la oferta real de puestos de trabajo y el número de egresados anuales, siendo este último significativamente superior. Ante ello, abogó por la conveniencia de establecer una correlación más ajustada a la realidad del mercado. Así mismo, Miguel Usó coincidió con el Colegio en que era necesario replantearse las especialidades profesionales, una línea en la que el ICOFCV aboga por la capacitación, lo que supondría ampliar las opciones laborales.

Por su parte, los representantes del ICOFCV trasladaron al representante del UGT que es necesario que en el colectivo de fisioterapeutas, el sector privado es muy importante y que este requiere más información sindical.

Reunión con SATSE

El encuentro con los representantes del SATSE tuvo lugar el martes 16 de junio y en él participaron, por parte del ICOFCV, el decano, Josep Benítez, y la vocal de la Junta de Gobierno del Colegio, Vera Moltó. Como representantes de SATSE estuvieron presentes el secretario provincial de Valencia, Javier Aznar; la secretaria

provincial de Organización de Valencia, Margarita Benet; la secretaria general de la Comunidad Valenciana, M^a Luz Gascó; y el delegado sindical en el Departamento de salud de Xàtiva, Arturo Morell.

En dicha reunión, los responsables de SATSE indicaron que a pesar de que inicialmente su sindicato era de enfermería, han ido abriéndose a otras profesiones sanitarias, y actualmente cuentan con numerosos fisioterapeutas afiliados, quienes, incluso, empiezan a tener presencia en los órganos de representación del sindicato. En esta línea, alegaron que cada vez que van a negociar con la Administración, demandan las necesidades de todos los colectivos a los que representan.

Respecto a las reivindicaciones más frecuentes, los miembros del SATSE defendieron que suelen ser "la precariedad" de los recursos humanos en la Sanidad Pública. Así mismo, afirmaron que están a favor de dar mayor independencia al fisioterapeuta y de desvincularlo del médico rehabilitador.

Tras estos primeros encuentros, el ICOFCV continuará trabajando con todos los sindicatos en aquellos temas que puedan afectar al sector y que supongan una mejora tanto de la situación de los fisioterapeutas como de la atención y la salud de los ciudadanos.

Ambos acuerdan potenciar una interrelación directa que beneficie a los colegiados y que permita acercar la figura del fisioterapeuta a los médicos del primer nivel asistencial

El Colegio de Fisioterapeutas y el de Médicos establecen contacto directo y abren una línea de colaboración mutua

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) y el Colegio de Médicos (ICOMV) han celebrado una primera reunión institucional con el objetivo de establecer lazos de colaboración entre ambos colectivos así como un diálogo fluido en los temas de interés común.

El decano del ICOFCV, Josep Benítez; acompañado por el responsable de la Sección de Comunicación del Colegio y miembro de la Junta de Gobierno, José Ángel González; y la presidenta del Colegio de Médicos, Mercedes Hurtado, acompañada del secretario de su institución, Rafael Cantó, han compartido la situación actual de ambos colectivos.

En esta visita institucional, Josep Benítez ha manifestado la importancia de acercar la figura profesional del fisioterapeuta al médico, especialmente al de atención primaria ya que "existe un sector del colectivo médico que desconoce la figura del fisioterapeuta y su función profesional. Es importante corregir esto porque tiene un papel clave en la mejora de la salud del ciudadano".

En muchos casos, ese desconocimiento se debe a que no todos los centros de salud cuentan con un fisioterapeuta. Por esta razón, una de las finalidades de establecer una relación directa entre estos dos colegios es desarrollar cursos, charlas y jornadas de interés mutuo para los asociados, así como potenciar una interrelación directa que permita acercar a los médicos del primer nivel asistencial, la figura del fisioterapeuta.



(De izqda a dcha), el responsable de la Sección de Comunicación del ICOFCV, José Ángel González; el decano del Colegio de Fisioterapeutas, Josep Benítez; la presidenta del Colegio de Médicos, Mercedes Hurtado; y el secretario del ICOMV

El ICOFCV se reúne con los partidos políticos para trasladarles las necesidades en Fisioterapia

El delegado de Castellón del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, Jesús Ramírez, y la vocal de la Junta de Gobierno, Bibiana Badenes, se reunieron antes de las elecciones con los candidatos de Compromís y Ciudadans por la capital de La Plana. Encuentros solicitados por ambos partidos políticos y en los que los representantes del ICOFCV aprovecharon para trasladarles diversas reivindicaciones en defensa de los fisioterapeutas y de la salud de los ciudadanos.

Ambos políticos mostraron su predisposición a volver a reunirse tras las elecciones municipales y autonómicas para continuar trabajando sobre las propuestas presentadas por el ICOFCV.

Por otra parte, el Colegio también participó en el debate que organizó la Unión Profesional de Valencia con los partidos políticos de la ciudad, en la que reivindicaron que se reconciera labor de intervención social.

Esta edición será a favor de la Asociación de Fibrosis Quística de la Comunidad Valenciana

El ICOFCV celebrará la II Jornada Solidaria el 8 de septiembre, Día Mundial de la Fisioterapia

Con motivo del Día Mundial de la Fisioterapia, que tendrá lugar el 8 de septiembre, el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana va a organizar la *II Jornada Solidaria*. En esta ocasión, la entidad beneficiaria elegida es la Asociación de Fibrosis Quística de la Comunidad Valenciana.

El objetivo de esta acción solidaria es recaudar fondos para ayudar a la asociación, al tiempo que dar a conocer cómo la Fisioterapia respiratoria es clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad. A ella, se suma una nutrición adecuada y medicamentos que ayuden a luchar contra la infección e inflamación respiratorias.

En términos generales, la participación consistirá en la aportación de 1€ por cada sesión realizada durante el 8 de septiembre. Además, en las instalaciones de cada clínica participante se dejará una hucha cerrada para que también los pacientes, vecinos, etc., que lo deseen puedan colaborar haciendo su donativo particular.

Desde el Colegio se dará difusión a esta II Jornada Solidaria, a través de cuñas de radio, prensa, carteles, redes sociales, etc., apareciendo en la publicidad de la Jornada las clínicas que se hayan querido adherir.

El objetivo es recaudar fondos para esta asociación y dar a conocer cómo puede ayudar la Fisioterapia a los afectados



Centros y clínicas adscritas hasta el momento a la II Jornada Solidaria del ICOFCV

ALICANTE

Clínica de Fisioterapia Ecom - Ibi
 Fisioterapia Las Rocas - Torrevieja
 Fisiocarolinas - Alicante

CASTELLÓN

Rehabilitación y Fisioterapia Castellón SI - Castellón
 Centre de Fisioterapia Lorena - Sant Joan De Moró
 Centro de Fisioterapia Osteofis - Castellón
 Centro de Fisioterapia Irene Fandos - Nules
 Álvaro Macario Serrano - Castellón
 Centro de Fisioterapia Vèrtebres - Castellón
 Centro de Fisioterapia Alfonso Calvo - Castellón
 Clínica Vidal - L'Alcora
 Clínica Medefis - Vila-Real

VALENCIA

Centro Avanzamos - Gandia
 Vera Molto Sevilla Fisioterapia y Osteopatía - Valencia
 Clínica Alcubo - Valencia
 Clínica de Fisioterapia Garmar - Valencia
 Beatriz Gisbert Fisioterapeuta - Valencia
 Kine-Sport Centro Fisioterapia - Sagunto
 Fisiodreça't, Centre de Fisioteràpia - Valencia
 Fisionord - Puig

Los tres fisioterapeutas ponentes, entre ellos el decano del Colegio, abordaron cómo la Fisioterapia ayuda a combatir el Parkinson, una enfermedad que en la Comunidad Valenciana afecta a unas 11.000 personas

La Fisioterapia da autonomía a los enfermos de Parkinson, principal conclusión de la jornada en la que participó el ICOFCV

En la Comunidad Valenciana existen en torno a 11.000 personas que padecen Parkinson, siendo la segunda enfermedad degenerativa más común, tras el Alzheimer. La Fisioterapia juega un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida de los estos enfermos, dándoles mayor autonomía. Esta fue una de las principales conclusiones de los tres ponentes de la jornada organizada por la Asociación Parkinson Valencia en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) y en la que participó el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV).

Bajo el título *Innovación y desarrollo de proyectos de Fisioterapia en la enfermedad de Parkinson*, la jornada contó como ponentes con Manuel Villanueva, fisioterapeuta de la Asociación Parkinson Valencia; Josep Benítez, decano del ICOFCV; y Carlos Villarón, profesor de la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" y tesorero del Colegio. Los tres abordaron los últimos proyectos desarrollados y cómo la Fisioterapia puede ayudar a estos enfermos.

Así mismo, estuvo presente la directora general de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente, Teresa de Rojas, quién abogó por impulsar una investigación biomédica de calidad, orientada a la innovación en salud.

La jornada, dirigida a profesionales socio-sanitarios, familiares y cuidadores de personas con parkinson, fue el broche final a un mes lleno de actividades especiales con motivo del Día Mundial del Parkinson 2015.



Éxito del estreno del documental 'Que Tiemble el Camino' de la Asociación Valencia Parkinson en los cines Babel

El estreno oficial del documental benéfico "Que tiemble el Camino", organizado por la Asociación de Parkinson de Valencia, fue un éxito. El evento tuvo lugar el pasado 1 de junio en los cines Babel de Valencia.

"Que tiemble el Camino", un proyecto que ha contado con la colaboración del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, acompaña en su viaje a un grupo de peregrinos afectados de Parkinson, que recorren los 108 kilómetros desde Ourense hasta Santiago de Compostela. Un reto que superaron con éxito, pero no sin obstáculos, y que muestra tanto los meses de preparación física y psicológica, como las 6 duras etapas del Camino que atravesaron.



Este proyecto documental pretende sensibilizar al espectador con el Parkinson a través de diferentes historias de personas. Se trata de Manolo, de Sisa, de Encarna, de Pepe. Nombres diferentes con historias también diferentes, personas que han tomado caminos diferentes después de que se les diagnosticara la enfermedad de Parkinson, que nos enseñan qué significa la enfermedad y cómo la asumen, la aceptan o la esconden.

Fisioterapia Deportiva en el XIX Curso Anual de la Asociación Española de Médicos de Equipos de Fútbol celebrado en Valencia

La decimonovena edición del Curso Anual de la Asociación Española de Médicos de Equipos-AEMEF, que se celebró el 25 y 26 de mayo en Valencia, reunió a diversos profesionales sanitarios, entre ellos varios fisioterapeutas, que analizaron los principales problemas y dolencias que sufren los futbolistas.

En la primera jornada, además de las mesas relacionadas el músculo y tendón, el antidopaje, la fisiología y el control del deportista, destacó la re-

lativa a la fisioterapia deportiva. Esta última fue moderada por el decano del ICOFCV, Josep C. Benítez, y contó con varias ponencias, entre ellas una de Carlos Villarón, tesorero del Colegio, sobre "Desequilibrios musculares en la pubalgia del futbolista".



Primera piedra de la Facultad de CC Salud de la CEU-UCH



El pasado 21 de mayo se celebró el acto de colocación de la primera piedra de la nueva Facultad de Ciencias de la Salud y el Hospital Veterinario de la Universidad CEU Cardenal Herrera en el campus de Alfara del Patriarca, Valencia. Un acto al que asistió el decano del ICOFCV, Josep Benítez.



UNIVERSIDAD PONTIFICIA
DE SALAMANCA

ESCUELA DE OSTEOPATÍA DE MADRID



EXCLUSIVO PARA FISIOTERAPEUTAS
AÑO ACADÉMICO 2015/2016

FORMACIÓN INTEGRAL EN OSTEOPATÍA
OBTENCIÓN DEL D.O EUROPEO

CONVOCATORIA 1^{ER} CICLO DE ESTUDIOS (ESTRUCTURAL):

MÁSTER EN TÉCNICAS OSTEOPÁTICAS DEL
APARATO LOCOMOTOR

26 sedes en ESPAÑA

- ANDALUCÍA
- ARAGÓN
- ASTURIAS
- BALEARES
- CANARIAS
- CANTABRIA
- C.LAMANCHA
- C. Y LEÓN
- CATALUÑA
- C.DE MADRID
- C. VALENCIANA
- EXTREMADURA
- GALICIA
- MURCIA
- PAIS VASCO

SEDE CENTRAL
91 883 39 10

VALENCIA
961 05 30 19

ELCHE
666 77 97 15

valencia@escuelaosteopatiamadrid.com
elche@escuelaosteopatiamadrid.com

www.escuelaosteopatiamadrid.com

Mejorar la comunicación entre pacientes y fisioterapeutas objeto de un estudio en el Hospital General de Valencia

En él participan ocho investigadores de diversas universidades, entre ellos, José Ángel González, director de la Sección de Comunicación del ICOFCV y de esta revista



Un grupo de pacientes voluntarios de las unidades de Fisioterapia del Departamento Valencia-Hospital General forman parte de un estudio para evaluar la calidad de la comunicación entre los usuarios de los servicios de Fisioterapia en los centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.

Ocho investigadores de la Universidad CEU-Cardenal Herrera, Universidad Miguel Hernández (UMH), Universidad Católica San Antonio de Murcia, (UCAM) y la Fundació Universitària del Bagés, en colaboración con el Departamento de Salud Valencia-Hospital General, llevan a cabo este estudio para mejorar la comunicación entre fisioterapeutas y los usuarios de los servicios de Fisioterapia.

A través de un grupo focal de usuarios que voluntariamente forman parte de la investigación se pretende desarrollar un "modelo de medición o instrumento capaz de medir las experiencias y percepciones de los pacientes para poder evaluar su fiabili-

dad, validez y aceptabilidad", explica Jaume Morera, investigador principal y profesor de Fisioterapia de la Universidad CEU-Cardenal Herrera.

La técnica de "grupo focal" es una modalidad en la que a través de una entrevista grupal abierta y estructurada el grupo de individuos que han sido seleccionados por los investigadores discutirán y sacarán a la luz, desde la experiencia personal, las demandas o necesidades en materia comunicativa.

"Los pacientes de este grupo inicial han sido seleccionados en las unidades de Fisioterapia de los centros de salud de Alaquàs, Picassent, Torrent, Xirivella, Guillem de Castro y San Isidro. Han sido incluidos un máximo de diez pacientes que serán grabados durante toda la entrevista y contarán con un moderador que estimule el debate entre los participantes. Tras la grabación se revisarán y analizarán todos los detalles, tanto de forma (comunicación no verbal), como de fondo (contenidos y temas tratados)",

explica el investigador José Ángel González, coordinador de Fisioterapia del Departamento Valencia-Hospital General, profesor de Fisioterapia de la CEU-UCH y director de la Sección de Comunicación del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana. "Junto a los fisioterapeutas, también participan en el estudio un psicólogo y una enfermera", añade.

Además del grupo focal de usuarios celebrado en el Hospital, se han celebrado cuatro grupos focales previos de fisioterapeutas. Se trata de un estudio básicamente cualitativo, que tiene como objetivo contribuir a la mejora de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios de Fisioterapia de centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.

Esta investigación permitirá detectar carencias y áreas de mejora en la calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y pacientes, para posteriormente implementar medidas de mejora.

Manuel Valls, padrino de la promoción de Fisioterapia de la CEU -UCH de Elche

Manuel Valls, pionero en España de los estudios de Fisioterapia, fue el padrino de la nueva promoción de fisioterapeutas de la Universidad CEU Cardenal Herrera de Elche cuyo acto de graduación tuvo lugar el 20 de junio.

Valls hizo un breve repaso de la historia reciente de la Fisioterapia, de la que él ha sido protagonista, y recordó a los nuevos egresados que aunque los fisioterapeutas cada vez son un colectivo más técnico y científico, no debían perder nunca de vista la dimensión humana. Junto a Valls estuvo el vicedecano de Fisioterapia, Jaume Morera.



**MÁSTER FISIOTERAPIA
 ESPECIALIZADA EN LA
 MUJER**

1ª Edición (60 ECTS en dos
 cursos) [0:30]

Facultat de Fisioteràpia
 Universitat de València

Dirección

María dels Àngels Cebrià i Iranzo

Doctora en Fisioteràpia. Profesora Contratada Doctor. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Laura Fuentes Aparicio

Máster en Fisioteràpia. Profesora Asociada. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València.

Blanca Gisela Pardo Sievers

Máster en Fisioteràpia. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Objetivos

La Fisioterapia especializada en la Salud de la mujer, pretende abordar el enfoque terapéutico de las patologías y disfunciones que afectan a la mujer. La formación propuesta en el máster partirá de un punto de vista multidisciplinar (Medicina, Fisioterapia, Enfermería y Nutrición), y se centrará en los aspectos teóricos y prácticos específicos de técnicas fisioterápicas, aplicadas en las disfunciones del suelo pélvico, (obstétricas, uro-ginecológicas y dolor pélvico crónico), así como en las patologías de origen venoso y linfático.

El estudiante adquirirá competencia en las técnicas de electroterapia, terapia manual para la región lumbo-pélvica y cintura escapular, tratamiento conservador del síndrome de dolor miofascial, preparación física al parto y postparto, y terapia física descongestiva en edemas de origen linfático y venoso.

Con este Máster se pretende dar respuesta a la demanda de profesionales que requieren formación especializada para unidades de suelo pélvico, preparación física pre y postparto, y tratamiento de flebo-linfedemas, tanto en el contexto de la atención primaria como en la especializada.

Programa

1. FUNDAMENTOS Y VALORACIÓN EN PATOLOGÍA FEMENINA
2. FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA
3. FISIOTERAPIA UROLÓGICA
4. ABORDAJE FISIOTERÁPICO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO
5. FISIOTERAPIA EN EL LINFEDEMA
6. INTERVENCIÓN OSTEOPÁTICA EN LOS PROCESOS FISIOPATOLÓGICOS FEMENINOS
7. TRABAJO FINAL DE MÁSTER
8. PRÁCTICAS EXTERNAS



Octubre 2015 / Junio 2017.

Fechas: 29-30-31 octubre, 18-20-21 Noviembre, 10-11-12 Diciembre de 2015. 14-15-16 Enero, 11-12-13 Febrero, 3-4-5 Marzo, 7-8-9 Abril y 5-6-7 Mayo de 2016
www.adeit.uv.es/postgrado 157117180

Preinscripción: hasta el 15 de octubre de 2015.

Representantes del ICOFCV, invitado por las tres universidades, acompañaron a los nuevos egresados

La Universitat de València, la CEU Cardenal Herrera y la Miguel Hernández de Elche celebran la graduación de las nuevas promociones de Fisioterapia



En la última semana, la Universitat de València, la CEU Cardenal Herrera y la Miguel Hernández de Elche han celebrado los Actos de Graduación de las nuevas promociones de fisioterapeutas. Eventos que han contado con la presencia de representantes del Colegio de Fisioterapeutas, invitado por dichas entidades.

Acto de Graduación en la CEU-UCH

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera ha celebrado este fin de semana, en el Palacio de Congresos de Valencia, el acto de imposición de becas a la XI Promoción de Fisioterapeutas. Un evento que contó con la presencia de la delegada de Valencia del Colegio Profesional de Fisio-

terapeutas, Laura López, quién acudió en representación del ICOFCV.

El acto fue presidido por el vicerrector de Ordenación Académica y Profesorado de la Universidad CEU Cardenal Herrera de la CEU-UCH, Gerardo Antón. Así mismo, estuvieron la decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la CEU-UCH, Alicia López Castellano, y la vicedecana de Fisioterapia, Eva Segura.

La madrina de la nueva promoción de fisioterapeutas de esta universidad fue Rakel Mateo, campeona de España de Paratriatlón y sexta en el ranking mundial de paratriatlón en categoría PT2. La atleta agradeció a la Universidad y a los profesores su

dedicación en la formación de buenos profesionales, así como la oportunidad que le habían brindado de amadrinar esta nueva promoción.

Rakel Mateo también se dirigió a los nuevos egresados y les dijo que su trabajo "implica responsabilidad, dedicación, esfuerzo y comprensión". En esta línea, les recordó que "el límite de vuestra profesión lo marcaréis vosotros según vuestros deseos, y esos deseos son directamente proporcionales al esfuerzo que cada uno de vosotros dedicáis a ello".

En representación de los alumnos de la XI Promoción de graduados en Fisioterapia intervinieron Pasquale Catalano y Juan José Simón.

Acto de Graduación en la UV

El Acto Académico de la Graduación de la promoción 2011-2015 de Grado en Fisioterapia de la Universidad de Valencia tuvo lugar el pasado día 26 de junio en el Aula Magna de la Facultat de Medicina.

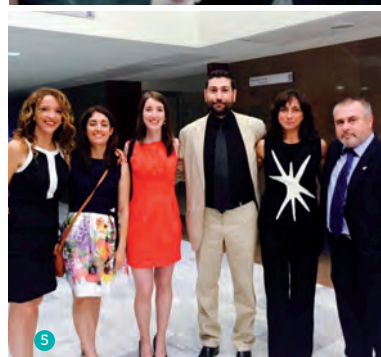
La apertura del acto corrió a cargo del rector de la UV, Esteban Morcillo. A él, asistió el equipo decanal de la Facultad de Fisioterapia: el decano, Antonio Alberola, el vicedecano de estudios y profesorado, Josep Benítez, también decano del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana; la vicedecana de infraestructuras, Gemma Espi; y la secretaria, Pilar Serra.

En esta edición, la lección Magistral fue a cargo de Antonio Galán, profesor jubilado de la Facultad de Fisioterapia. Así mismo, hubo una mención especial a los profesores Juan Domínguez, Antonio Galán, Julia Rodes y Jose L. Liberal, por su trabajo como docentes.

Acto de Graduación en la UMH

El acto de graduación de la II Promoción del Grado en Fisioterapia de la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche tuvo lugar el pasado 27 de junio en el Aula Magna del edificio Altabix del campus. Este estuvo presidido por el vicerrector de Planificación de la UMH, Fernando Borrás Rocher.

A la ceremonia asistieron también, el vicedecano de Fisioterapia de la UMH, José Vicente Toledo Marhuenda; la delegada provincial del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, Ana Lázaro de Gali; el vicerrector adjunto de Responsabilidad Social y Desarrollo Estratégico y profesor de Fisioterapia de la UMH, Sergio Hernández Sánchez; y la profesora de Fisioterapia de la Universidad, María Isabel Tomás Rodríguez.



(1) y (2) Actos de graduación de la Universidad CEU Cardenal Herrera y de la Miguel Hernández de Elche, respectivamente. (3) La delegada del ICOFCV en Alicante, Ana Lázaro, junto al presidente del Colegio de Médicos en Alicante, José Pastor, en el acto de la UMH. (4) La delegada del ICOFCV en Valencia, Laura López con la decana de la Facultad de CC de la Salud de la CEU-UCH, Alicia López; la vicedecana de Fisioterapia, Eva Segura; y la campeona de España de Paratriatlón, Raket Mateo. (5) Equipo decanal de la Facultad de Fisioterapia de la UV: el decano, Antonio Alberola; el vicedecano de estudios y profesorado, Josep Benítez, también decano del ICOFCV; la vicedecana de infraestructuras, Gemma Espi; y la secretaria, Pilar Serra en el acto de graduación de la Universitat de València (6)

Los autores, profesores de la CEU-UCH y de la UV, concluyen que el calzado inestable podría ser utilizado en la prevención del dolor de espalda y en el fortalecimiento de la musculatura de la columna

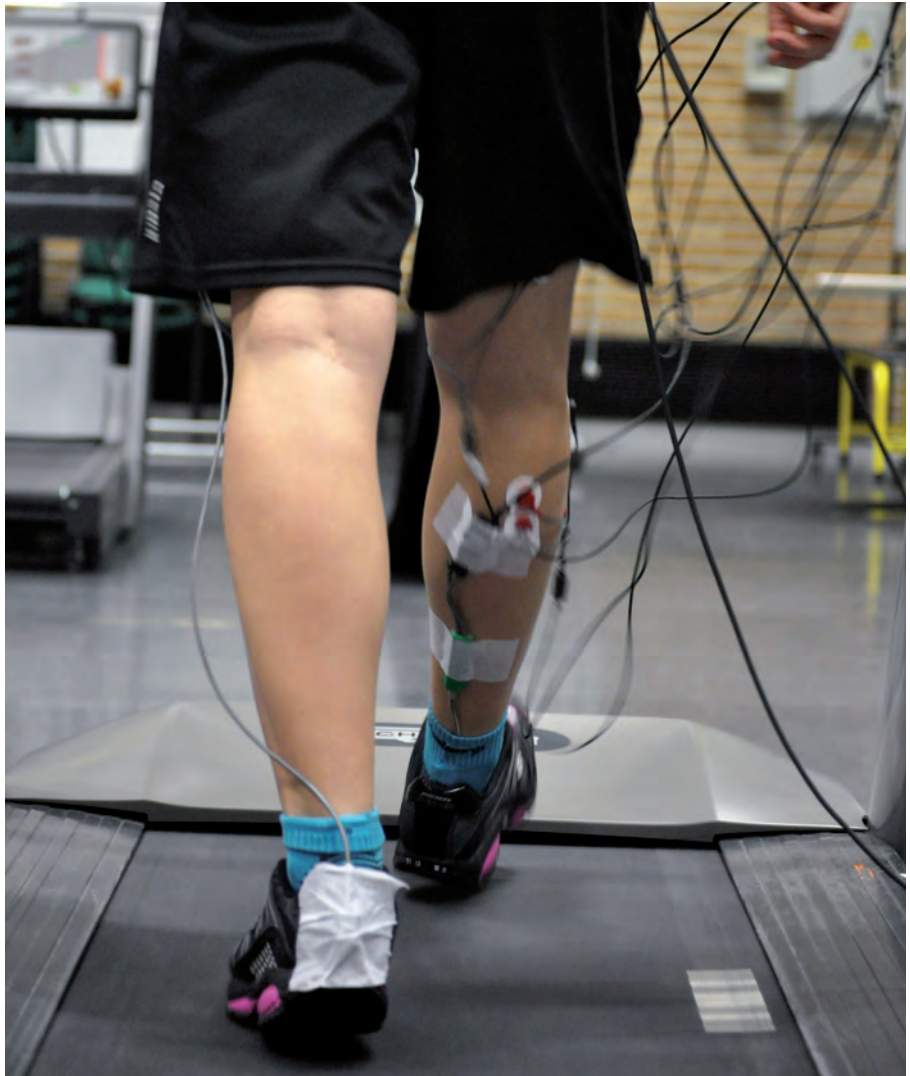
Investigadores valencianos realizan el primer estudio sobre los efectos del calzado de suela curva en la zona lumbar

Investigadores de Fisioterapia y Medicina de la Universidad CEU Cardenal Herrera (CEU-UCH) y de la Universitat de València (UV) han realizado el primer estudio a nivel mundial sobre los efectos del calzado de suela curva en la región lumbar bajo el título 'Effects of Unstable Shoes on Trunk Muscle Activity and Lumbar Spine Kinematics', que ha sido aceptado para su publicación en el 'European Journal of Physical Rehabilitation and Medicine'.

Los autores concluyen que el calzado inestable, por su efecto de incremento de la actividad, podría ser utilizado en la prevención del dolor de espalda y en el fortalecimiento de la musculatura de la columna.

El equipo de investigación está integrado por Juan Francisco Lisón, del Departamento de Medicina y Cirugía de la CEU-UCH; Pablo Salvador, del Departamento de Fisioterapia de la CEU-UCH; y Pedro Pérez, Salvador Llana y Daniel Sánchez-Zuriaga de los Departamentos de Educación Física y de Anatomía de la Universitat de València.

La investigación ha estudiado las variaciones que el uso de este tipo de calzado provoca en la activación de los músculos erector espinal, recto anterior del abdomen y oblicuos del abdomen. Según señala el profesor del Grado en Fisioterapia de la CEU-UCH Pablo Salvador, coautor de la investigación, "estos músculos del tronco estabilizan la postura de la columna vertebral y están relacionados con el dolor lumbar de baja intensidad".



El estudio se ha realizado sobre 48 sujetos sanos, 24 hombres y 24 mujeres, que no habían utilizado anteriormente este tipo de calzado inestable, comparando la activación muscular que registran durante la marcha con un calzado de control.

En las pruebas, se ha seguido un protocolo de medición de la musculatura del raquis lumbar por electromiografía. Y mediante electrogoniometría en la misma zona, se han determinado también los grados de lordosis lumbar, o curvatura de la parte inferior de la columna, que se producen al caminar con ambos tipo de calzado.

Principales resultados

Los resultados obtenidos en el estudio determinan que el calzado inestable mejora la actividad y la fuerza de los músculos erector espinal y recto abdominal del tronco en todas las fases de la marcha, en comparación con el calzado de control.

“El calzado de suela redondeada, que simula una superficie inestable, requiere una continua activación de los músculos del tronco para estabilizar la zona lumbar y mantener el equilibrio. Este aumento de la co-contracción de los músculos del tronco incrementa la estabilidad de la columna, lo que podría contribuir a prevenir o a aliviar el dolor lumbar de baja intensidad”, señala el profesor Pablo Salvador.

Así pues, los resultados obtenidos permiten concluir que el uso de calzado inestable puede ser un método habitual de entrenamiento para fortalecer los músculos del tronco que mejoran el estatus fisiológico de la columna en la población sana. Y en ejercicios de rehabilitación, este calzado podría contribuir también a reducir el dolor lumbar de baja intensidad en aquellas personas que lo padecen.

El estudio ha sido aceptado para su publicación en el European Journal of Physical Rehabilitation and Medicine



Los investigadores de la CEU-UCH Juan Francisco Lisón, vicedecano de Medicine, y Pablo Salvador, profesor del Grado en Fisioterapia



El equipo prevé iniciar una nueva investigación para comparar los beneficios del calzado inestable frente al calzado normal sobre pacientes con dolor lumbar

Los investigadores han observado también un significativo incremento de la curvatura de la columna o lordosis en la zona lumbar al utilizar este calzado. “Este mecanismo biomecánico natural es considerado como la mejor acomodación de la columna para absorber el impacto vertical al caminar”, añade el profesor de la CEU-UCH Pablo Salvador.

Nueva línea de investigación

Dados a los positivos resultados registrados en este estudio pionero, la previsión es iniciar una nueva investigación para comparar los beneficios del calzado inestable frente al calzado normal sobre pacientes con dolor lumbar.

Toma de posesión del rector de la Universidad Miguel Hernández de Elche

El profesor de la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche, Jesús Pastor Ciurana, tomó posesión el pasado 29 de abril como rector de esta institución. El acto tuvo lugar en el edificio del Rectorado y fue presidido por la entonces consellera de Educación, María José Català, quien entregó el bastón de mando al rector de la UMH. Así mismo, asistieron autoridades y representantes de diversas instituciones, entre ellos, el vocal de la Junta de Gobierno del ICOFCV, Francesc Taverner.

Jesús Pastor Ciurana, que repite en el cargo, subrayó que sus propósitos para los próximos cuatro años son: impulsar la enseñanza del inglés, las nuevas infraestructuras y las becas para estudiantes.

El ICOFCV sigue creciendo en las redes sociales

Además de la actualización con noticias y novedades de la nueva *web colegial*, el ICOFCV mantiene una comunicación constante en sus perfiles corporativos en las redes sociales *Facebook* y *Twitter*. Muestra de ello, es el incremento paulatino de nuestro número de fans y de *followers*.



www.colfisiocv.org
Síguenos en Facebook
y en Twitter (@lcofcv)

El Colegio firma nuevos convenios de colaboración con la Editorial Médica Panamericana, con la Editorial MEDOS y con la empresa Atenzia

Dentro de su estrategia para mejorar los servicios que se ofrecen a los colegiados, el ICOFCV ha firmado tres nuevos convenios de colaboración con las siguientes entidades: la empresa de teleasistencia Atenzia, la Editorial Médica Panamericana (EMP) y la Editorial MEDOS, las dos últimas especializadas en libros de ciencias de la salud.

Los colegiados podrán beneficiarse de un 15% en todos los libros o *eBooks* de fisioterapia de la Editorial Panamericana. Para ello, los miembros del ICOFCV podrán obtener un código de descuento exclusivo accediendo al acuerdo publicado en la zona de colegiados de la web.

En el caso de la Editorial MEDOS, los colegiados tendrán un 30% de descuento en todos los libros de fisioterapia que la empresa tiene en su catálogo.

Los interesados deberán hacer el pedido enviando un email a MEDOS (correo facilitado en el convenio publicado en la zona privada de la web del Colegio). La editorial comprobará que está colegiado y le facilitará un código personal para poder realizar el pedido a través de su web con el descuento acordado.

Respecto al acuerdo con Atenzia, los colegiados, y sus familiares hasta segundo grado, podrán beneficiarse de un descuento del 10% en la cuota mensual sobre la tarifa oficial. Así mismo, también tendrán un descuento del 50% en el alta del servicio. Para ello, a la hora de contratar alguno de los servicios de esta empresa deben acreditar que están colegiados en el ICOFCV. Atenzia presta el servicio de teleasistencia a domicilio y teleasistencia móvil.

EDITORIAL MEDICA
panamericana

15%
de descuento
en libros y *eBooks* de Fisioterapia
para colegiados

Editorial
MEDOS

30% de descuento
en libros de Fisioterapia
para colegiados

atenzia
servicios de
Teleasistencia

10% de descuento
en la cuota mensual del servicio
para colegiados del ICOFCV
y para sus familiares
de hasta 2º grado

Entrevista a **Jenny McConnell**

Jenny McConnell es un icono en fisioterapia en el tratamiento del dolor crónico musculoesquelético de hombro, columna, cadera, y sobre todo, de rodilla. La australiana ha enfocado su labor en la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento del dolor impulsando el conocido enfoque McConnell. Aprovechamos su visita a Valencia para impartir un curso, organizado por Instema, para entrevistarla y que nos contara más cosas acerca de su método.

¿Cuáles son los fundamentos del enfoque McConnell?

La base del Abordaje McConnell está relacionada principalmente con la posición de partida, es decir, desde dónde se comienza el movimiento. Dependiendo de la posición de partida de cada movimiento se determinará la forma en la que se mueve cada persona y los problemas que podrá sufrir. Y esto depende de nuestra herencia genética, por ello, las cargas que sufren las articulaciones de cada persona son diferentes. Si por ejemplo, nuestras piernas son más rectas, tendremos menos probabilidad de sufrir problemas.

Además de nuestra posición de partida, deberemos tener en cuenta cuánto y con qué frecuencia se aplican esas cargas.

¿Con qué objetivos se creó el instituto?

El *McConnell Institute* no es realmente una entidad física, un edificio, sino un conjunto de personas que están alrededor del mundo enseñando, que



comparten una filosofía y unos conocimientos, que trabajan del mismo modo y por los mismos objetivos: mejorar lo que el Fisioterapeuta puede hacer por los pacientes.

Los objetivos del *McConnell Institute* son promover la educación para ayudar a los fisioterapeutas a entender los problemas de sus pacientes y que estos puedan beneficiarse de que su fisioterapeuta sepa cómo reducir el dolor de las articulaciones y tejidos blandos. Para la gente es muy importante conocer cómo cambiar el dolor.

¿En cuántos países están?

En Europa hay dos Instructores, uno de ellos en España; en Estados Uni-

dos hay tres; en India también dos; y en Australia cuatro.

¿Cómo llegó a desarrollar el método?

Mi hermana era una buena atleta pero con 13 años tuvo que parar por el dolor de rodilla. Le pusieron una férula y la inmovilizaron seis semanas. Empezó a tener dolor en la otra rodilla, y como resultado ya no pudo volver a participar nunca más en competiciones de alto nivel. Afortunadamente mis padres no estaban lo suficientemente locos como para enviarla a que le hicieran una cirugía. Esto despertó en mí el interés hacia el dolor de rodilla. Cuando estudiaba fisioterapia veía que no se hacían



McDonnell durante el curso, "El enfoque McConnell: causas, motivos y tratamiento del dolor musculoesquelético y sus problemas comunes" que impartió en mayo en Valencia organizado por Instema.

cosas realmente buenas para el dolor de rodilla, y en uno de los cursos que realicé se habló de la Condromalacia Patelar. Según lo que decían, parecía que todo estaba causado por el desplazamiento lateral de la rótula y pensé "¿Qué pasaría si le empujásemos hacia un esplazamiento medial?". Probé y resultó que los pacientes mejoraban en su dolor, lo que fue muy interesante.

Tras ello pensé cómo sería posible mantener la rótula en su posición correcta y probé a utilizar *tape* (esparadrapo rígido) pegado a la piel, y observé que se conseguía. Entonces pensé que si era capaz de funcionar en esa articulación, debía funcionar en otras. Probé de nuevo y confirmé que también disminuía el dolor. Y desde ese momento, el concepto empezó a crecer.

¿Cómo y en qué ha ido evolucionando su método?

La evolución fue consecuencia del éxito del tratamiento del dolor de rodilla con *tape*. Al principio los resultados no fueron espectaculares y eso llevó a algunos a pensar que el Abordaje McConnell no era tan bueno como

decían. A mí me sirvió para fijarme más detalladamente en lo que ocurría en la almohadilla grasa infrapatelar, que se encuentra justo bajo la rótula y posee muchas fibras nerviosas. Si tú empujas la rótula contra la almohadilla grasa infrapatelar, la sintomatología empeora, lo que me hizo darme cuenta de que es una estructura muy importante en la rodilla. Por eso, si la descargas, evitando que la rótula la irrite, la sintomatología mejora. Eso puede aplicarse a otras partes del cuerpo, como el hombro, la columna lumbar o las raíces nerviosas. La mayoría de mis pacientes son crónicos, por lo que no les realizo el mismo tratamiento que han estado recibiendo sin provocar mejoría, sino que sí creo que necesitan algo más, les aplico el tratamiento individualizado que precisan.

¿Qué problemas/dolencias podemos tratar con esta terapia?

Es muy efectivo para quitarle el dolor a los pacientes. Cuando esto se consigue, el músculo puede empezar a trabajar correctamente, podemos sacar al paciente del final de rango y permite no sobrecargar las articulaciones demasiado. Podemos tratar el dolor de rodilla, de hombro, de es-

palda, de cuello,... cualquier problema musculoesquelético, si eres capaz de entender el dolor, de dónde viene, cómo se sobrecargan los tejidos, si se encuentran demasiado alargados o acortados,... puedes actuar.

¿Qué le puede aportar su método al fisioterapeuta?

Nuestro método es diferente a otros métodos fisioterápicos porque realmente tenemos en cuenta todo el cuerpo del paciente, no solamente la fuente de la sintomatología, sino también otros factores contribuyentes. Por ejemplo, si un paciente tiene un problema de rodilla y observamos que desciende un escalón desplazando la pierna hacia el interior, vemos cómo su control de cadera no es lo suficientemente bueno, nos fijamos que no tiene una buena amplitud de movimiento de su pie, nos fijamos en toda la cadena cinética que determinará el resultado final.

De manera similar ocurre para el dolor de espalda o el dolor de cuello. Si nos encontramos con un dolor de cuello y de cabeza y no miramos la mandíbula y no realizamos una buena exploración, no obtendremos una buena teoría de lo que está ocurriendo. Se deben examinar otras estructuras que van contribuir a modificar cómo trabajan los músculos en esas articulaciones.

¿Qué lo diferencia respecto a otros métodos?

Mi entrenamiento fue en el Método Maitland porque vengo de Australia, por ello, he hecho muchas evaluaciones, reevaluaciones y razonamiento clínico, lo que supone una parte realmente muy importante de la Fisioterapia. Nosotros somos diferentes de este en nuestro interés por determinar la causa de los síntomas para que los problemas no vuelvan. Le damos a nuestros pa-

cientes estrategias simples para que puedan mantenerse ellos mismos y no necesiten volver frecuentemente al fisioterapeuta. Aunque a mí me gusta que vuelvan cada seis meses para asegurarme que todo está bien. Siempre digo que al igual que llevamos nuestro coche al mecánico o vamos al dentista a hacerle un chequeo, también nuestro cuerpo necesita ir a un fisioterapeuta.

¿Cómo se le ocurrió vender la rótula con un "tape" tan pequeño cuando en esa época el vendaje era más largo?

Fue tan solo cuestión de suerte, simplemente tenía ese tipo de *tape* a mano y como el vendaje que se solía utilizar no funcionaba, no pegaba bien o no podía mantenerse bien colocado en el paciente, probé. Hay mucha gente que me dice que no puede ser tan simple, pero es la verdad. Me llevó un largo tiempo de pruebas. El nuevo vendaje cambiaba la posición de la rótula en RM e incluso aumentaba la activación muscular. El *tape* es sorprendentemente efectivo y necesita ser un *tape* rígido para tirar de lo que queremos.

Existen evidencias de que los meniscos no se deben operar, ¿qué se puede hacer desde la fisioterapia?

La cirugía de meniscos no es que no sea buena, es bastante mala en aquellos casos en los que hay una rotura degenerativa. Cualquiera que tenga cuarenta años y tenga una rotura degenerativa de meniscos, tendría que pensárselo dos veces antes de operarse. Debería ir al fisioterapeuta para recibir tratamiento que le ayude a trabajar sus músculos. Tan pronto como se someta a una operación de meniscos empezará a ir a peor y pronto necesitará un reemplazo de rodilla. Además, el 30% de las personas que han recibido cirugía con prótesis de



La australiana con la delegada del ICOFVCV en Valencia, Laura López, y el fisioterapeuta David Saorin, quién hizo de intérprete en la entrevista. Desde "Fisioterapia al Día" queremos agradecer a David su profesional colaboración.

rodilla están decepcionadas porque continúan teniendo dolor.

Ante artrosis, ¿cirugía sí o no?

La artrosis debe ser tratada por el fisioterapeuta, hay muchas cosas que éste puede hacer antes de la cirugía: descargar los tejidos dolorosos, cambiar las cargas que se aplican sobre la rodilla, cambiar las condiciones inflamatorias del cojín adiposo infrapatelar,... esto permitiría a los músculos fortalecerse. La literatura demuestra que si los músculos permanecen fuertes, la evolución de la artrosis no será tan rápida y no se necesitará una prótesis de rodilla tan pronto.

¿Qué piensa del nivel de la Fisioterapia en España?

Estoy muy impresionada con el nivel de conocimiento de los fisioterapeutas españoles. Lo fascinante es que tienen verdadero interés por aprender cosas nuevas, no están limitados a los estudios de ensayos clínicos aleatorizados a doble ciego controlados con placebo. Quieren aprender técnicas y entender que son técnicas racionales, y no nece-

sitan necesariamente focalizarse en hablar, hablar y volver a hablar sobre la evidencia, la fiabilidad y la validez de un tratamiento. Que es lo que a veces inhibe el crecimiento de nuestra profesión.

En los 80 cuando comencé a desarrollar mi método de trabajo, todavía no se utilizaban estudios de esas características, pero fui capaz de explorar. Se debe permitir a los fisioterapeutas la suficiente libertad para explorar.

Es una investigadora nata, con más de 42 artículos, ¿qué importancia le da la investigación?

Soy buena investigadora pero me considero mucho mejor clínica. He tenido la suerte de trabajar con personas muy inteligentes que han completado mi práctica. Yo creo que la investigación ayuda a desarrollar lo que el Fisioterapeuta hace, nos ayuda a crecer profesionalmente y a demostrar que las cosas pueden cambiar, pueden mejorarse, a la sociedad y al cuerpo médico. Tienen que ver que somos muy importantes en todo el proceso para el cuidado de la salud.

Stefan Schiller: "La comunicación con el paciente es una de las partes importantes, si no la que más"



La terapia basada en el "Concepto Maitland" de Fisioterapia manual tiene dos pilares clave: el razonamiento clínico y la comunicación con el paciente. Así lo subrayó durante la charla celebrada en el Palacio de Colomina de Valencia Stefan Schiller, fisioterapeuta especialista en lesiones músculo-esqueléticas y profesor de la IMTA (International Maitland Teachers Association). Este evento, organizado por Instema y por la Universidad CEU Cardenal Herrera, contó con la colaboración del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana. En representación del ICOFCV asistieron dos miembros de la Junta de Gobierno, Juan José Bruño y José Ángel González, coordinadores de la Sección de Formación y de la Sección de Comunicación respectivamente.

Usted ha dicho que la comunicación es una de las claves del concepto Maitland...

Así es. El concepto Maitland es un gran círculo que pone "compromiso con el paciente", que básicamente es la comunicación, sin esta no vas a hacer nada. En nuestros cursos se trabaja constantemente a partir del nivel 2, cuando hay más manejo del dolor ya que ahí es necesaria la comunicación con el paciente: hablar con él, que lo entienda,... esta es una de las partes más importantes, si no la que más.

Hablando de sus cursos, ¿cómo se consigue la titulación de fisioterapeuta manipulativo Maitland?

Los estudiantes no consiguen una titulación en fisioterapia manipulativa pero si hacen los tres cursos, al acabar se les da el certificado en terapia manual basada en el concepto Maitland. Para obtener el certificado hay un curso distinto que se hace después con un examen. Estamos realizándolo ya en una universidad y en trámite con otras universidades europeas para implantarlo.

¿Qué valor puede aportarle al fisioterapeuta?

En el concepto Maitland los cursos se hacen siempre con pacientes reales en los que el profesor muestra su tratamiento con él y en los que el estudiante tiene contacto directo con el paciente, con lo que puede conseguir un conocimiento más profundo en la parte clínica de razonamiento. Además, nuestro concepto le da una buena perspectiva para abordar al paciente.

Incluso si eres un fisioterapeuta especializado en un área del cuerpo puedes incorporar toda la base del concepto Maitland a esa especialidad. Por eso este concepto es duradero, puede sobrevivir mucho tiempo, porque no está supeditado a todas las variedades de modas, por así decirlo, en la fisioterapia. Tú puedes usar todas las técnicas que quieras, el concepto te da una estructura para usarlas.

Yo siempre digo: “si quieres un título para colgar en la pared hay otros más rápidos y baratos pero si quieres saber tratar pacientes entonces haz un curso de concepto Maitland”.

El método Maitland se basa en una toma de datos y examen clínico detallado. ¿Qué aspectos le merecen la mayor atención?

Para mí lo más importante es quedarme en el lado clínico, que es en el que quiero cambiar un aspecto del paciente, no me interesa tanto la estructura sino provocar un cambio en los signos y síntomas del paciente.

Hay voces que alegan que se hace muy poco tratamiento...

Es cierto que hay quién lo critica pero no es así, realmente valoras al paciente, le pones un tratamiento y luego revaloras cómo ha ido ese día, y después también se hace una gran revaloración cada tres o cuatro sesiones. El objetivo es cambiar una estructura pequeña para saber si hay un cambio, no quieres cambiar todo el cuerpo.

Es decir, valora y revalora cada pequeño cambio que puede generar un gran cambio...

Sí, tú le das un pequeño estímulo y ves cuál consigue más cambio y, entonces, cuando lo consigues, tratas ese.

¿Hay lugar en la filosofía del método Maitland para el ejercicio terapéutico?

Sí por supuesto, estoy totalmente de acuerdo porque en la WCPT la definición de nuestra carrera, al final, es darle al paciente las herramientas necesarias para que pueda abordar su problema por el mismo. El ejerci-



Stefan Schiller junto a Juan José Bruño y José Ángel González, ambos en representación del ICofCV; la vice-decana de Fisioterapia del CEU-UCH, Eva Segura; y a la izquierda María Sánchez Terrés, también fisioterapeuta y a quién agradecemos su excelente trabajo como intérprete en esta entrevista

“ Es más útil para quienes están en el lado ortopédico y musculoesquelético, pero como estructura de razonamiento clínico es muy buena para cualquier fisioterapeuta ”

cio terapéutico entra dentro de esas herramientas y cualquier fisioterapeuta tiene que tenerlo en cuenta. Uno quiere que el paciente sea totalmente independiente, que no dependa del fisioterapeuta.

¿Cómo llegan al proceso de diagnóstico diferencial en el método Maitland?

Utilizamos diferentes movimientos y vemos como el paciente reacciona a ellos.

Actualmente hay muchos métodos manipulativos, ¿qué diferencia al concepto Maitland de otros?

Para mí, la característica principal de Maitland es el muro de ladrillos, en el que hay dos partes, una parte clínica que es en la que estoy centrado y una parte teórica, que también hay que tener en cuenta pero que a mí no me interesa porque no estoy tratando estructuras sino tratando un conjunto, y lo que yo busco es afectar a uno para que el otro se afecte también.

¿Para qué es eficaz este tipo de terapia?

La fisioterapia manipulativa Maitland se usa para analizar y tratar problemas agudos y crónicos del sistema neuro-músculo-esquelético. El concepto viene de los años 70-80 de Geoffrey Maitland, aunque en aquel entonces era un concepto más mecánico de tratar la estructura. Actualmente ya no tanto, ahora se centra

en tratar al paciente de una forma clínica. Es más útil para los fisioterapeutas que están en el lado ortopédico y musculoesquelético pero como estructura de razonamiento clínico es muy buena para cualquier tipo de fisioterapia.

¿Cómo se emplea el método?

Se usa de una forma muy clínica, no necesitas ningún aparato ni herramienta especial. Es una valoración, un tratamiento y una revaloración, entonces necesitas habilidades para comunicarte con el paciente, la boca, el cerebro y de vez en cuando las manos para tratarle.

¿Dónde está más asentado este concepto?

Hay instructores por toda Europa. Como la sede está en Suiza, hay muchos daneses, alemanes y suizos. También tenemos asistentes italianos y uno griego. De momento, no hay ninguno español pero sí hay una persona que esperamos que termine la formación en 2017.

¿Quién es actualmente el principal referente de Maitland?

Actualmente no hay un único líder. En la IMTA somos 25 instructores y hay diversos grupos con su correspondiente coordinador, pero todos



Stefan Schiller hizo una demostración durante la charla que impartió en el Palacio de Colominas, un evento organizado por Instema y por la Universidad CEU Cardenal Herrera que contó con la colaboración del ICOFCV

“

Para mí lo importante es el lado clínico. No me interesa tanto la estructura sino provocar un cambio en los síntomas del paciente

”

el libro, “Maitland: manipulación vertebral”, Elly Hengeveld y Kevin Banks. En el lado práctico, las cabezas son Pieter Westerhuis y Hugo Stam.

Para concluir a modo distendido, ¿para usted, es Maitland el Sherlock Holmes de la Fisioterapia?

estamos relacionados. No obstante, Geoff Maitland, al final de sus años se relaciona mucho con dos personas que son los que escriben

(Risas)... Justamente yo uso imágenes tuyas en mi presentación. Creo que cada fisioterapeuta tiene que ser el Sherlock Holmes de su paciente.

Toma de posesión del rector de la Universidad Miguel Hernández de Elche

El profesor de la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche, Jesús Pastor Ciurana, tomó posesión el pasado 29 de abril como rector de esta institución. El acto tuvo lugar en el edificio del Rectorado y fue presidido por la entonces consellera de Educación, María José Català, quien entregó el bastón de mando al rector de la UMH. Así mismo, asistieron autoridades y represen-

tantes de diversas instituciones, entre ellos, el vocal de la Junta de Gobierno del ICOFCV, Francesc Taverner.

Jesús Pastor Ciurana, que repite en el cargo, subrayó que sus propósitos para los próximos cuatro años son: impulsar la enseñanza del inglés, las nuevas infraestructuras y las becas para estudiantes.





PER A TRACTAR
LA SEUA DOLÈNCIA



ACUDISCA A UN
FISIOTERAPEUTA COL·LEGIAT

El Colegio estrena una nueva línea estratégica basada en seminarios sobre temas complementarios a la formación técnica



Dentro de su nueva línea estratégica de formación, el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana ha organizado en los últimos meses, y ya está programando más para el otoño, diversos seminarios centrados en temas clave para el día a día del fisioterapeuta y que complementan su formación técnica.

Estas acciones formativas se están desarrollando en las tres provincias, con el objetivo de facilitar a los colegiados de Alicante, Castellón y Valencia el acceso a la misma y evitar en la medida de lo posible desplazamientos.

Así mismo, para fomentar la participación en los mismos, estas acciones formativas tienen un coste simbólico de 5 € para los colegiados. Para aquellas personas que están inscritas en la Bolsa de Voluntariado Deportivo del ICOFCV y hayan participado en algún evento, el acceso a los seminarios es totalmente gratuito.

Los seminarios tienen un coste simbólico de 5 € para los colegiados y se celebran en las tres provincias para facilitar el acceso a los mismos

Seminarios realizados hasta el momento

ABRIL

- *¿Conectas con tu paciente o conectas a tu paciente? Estrategias de comunicación en el ámbito sanitario.* Impartido por el fisioterapeuta Luis Torija

MAYO

- *Fisioterapia y Voz.* Impartido por la fisioterapeuta Ana Velázquez
- *Taller de Kinetic Control.* Impartido por el Dr. Michal Hadala

JUNIO

- *II Curso de Valoración Físico-Funcional del Deportista con Discapacidad Intelectual "FUNFitness Screening Program".* Impartido por Special Olympics España
- *Charla Salud y Marketing.* Impartida por la Dra. María Asunción Hernández
- *Seminario RCP-Reanimación cardiopulmonar.* Impartido por el Dr. Julio Fernández.

JULIO

- *Fisioterapia y Música.* Impartido por Ana Velázquez

Fotografías de los diversos seminarios organizados por el ICOFCV



Testamento Vital. Normativa en España y breve referencia jurídica de los países de nuestro entorno



Dr. Pedro Pablo Rosado Calatayud

Colegiado 16
Profesor de Legislación Sanitaria
Universidad Cardenal Herrera-CEU. Valencia

En nuestra cultura existe un tema tabú por encima de todos que es la muerte, nada de lo que nos rodea se quiere relacionar con ella, incluso si necesariamente la tenemos que nombrar, lo solemos hacer con circunloquios para que suene de forma distinta o de un modo algo más enmascarado. La publicidad, el consumismo y todo lo que se nos ofrece constantemente va dirigido a pensar en la vida y de forma muy intensa. Los productos relacionados con el fallecimiento de las personas, seguros de vida o de decesos, servicios funerarios, etc., van encaminados a hablar de la muerte cuando ésta irremediamente ya se ha producido, pero nunca queremos pensar en el preámbulo del suceso.

*Es necesario recalcar que todos vamos a pasar por ese tramo, todos vamos a morir, y es lo único que estadísticamente se cumple al cien por cien, y lo que se puede afirmar con rotundidad. Por tanto, sería conveniente que en la actualidad, imitésemos a las civilizaciones más antiguas en las que se vivía la muerte como natural, algo que por el mero hecho de haber nacido, pasado el tiempo iba a producirse (...)*¹

Quizás nos parezca extraño pero la muerte forma parte integrante de la vida y cualquier proceso de enfermedad grave o la propia vejez enfrenta al hombre con su propia fini-

*tud. Para que el mundo siga girando debe existir un principio y un final y por mucho afán que pongamos en alejar la muerte, ésta llega.*²

El significado de testamento que contempla el Código Civil español, aparece en el artículo 667 como “El acto por el cual una persona dispone para después de su muerte de todos sus bienes o de parte de ellos, se llama testamento”.

Interpretando este texto, comprobamos que nada tiene que ver con las instrucciones previas a las que nos referimos, donde se contempla la posibilidad de que llegado el momento final de la vida y en situación irreversible, otros puedan actuar sobre la aplicación o no de un tratamiento médico, siguiendo unas instrucciones plasmadas por el paciente de forma anticipada.

El testamento vital, instrucciones previas o voluntades anticipadas, declaración vital anticipada, expresión de la voluntad con carácter previo, expresión anticipada de voluntades, documento de voluntades vitales anticipadas, que es como también se denomina o conoce, son documentos escritos en los que una persona capaz, enferma o no, expresa sus deseos, preferencias y decisiones respecto a los tratamientos que desea o no desea recibir al final de su vida, cuando no esté en condiciones de decidirlo.³

*Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedir-la. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o, si no, por quienes tienen derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos de la persona que está sufriendo.*⁴

Antecedentes históricos

Luis Kutner un abogado de Chicago, ideó un documento hacia el año 1.967, por el cual, cualquier persona podía manifestar su deseo, de que en caso de enfermedad terminal, se le dejara de aplicar un tratamiento, este momento se conoce como el nacimiento del testamento biológico o “Living Hill”. Ese mismo año, la “Eutanasia Society of America”, proponía un documento en idénticas condiciones, sobre tratamientos y cuidados de la salud en fases terminales.⁵

Casi una década después, en 1.976, se publicó en el Estado de California la Ley de la Muerte Natural “Natural Death Act”, donde se legalizaban las manifestaciones de voluntad de los pacientes sobre los tratamientos y cuidados al final de la vida.

En el año 1.986, La “National Conference of Commissioners on Uniform State Laws” (Conferencia Nacional de Comisionados en Favor de la Uniformidad de Leyes Estatales) en

E.E.U.U., aprobó una declaración de voluntades en vida, llamada la "Uniform Rights of the Terminally Act", (Ley Uniforme de los Derechos de los Enfermos Terminales).

Por último, en el año 1.991 se aprobó la "Patient Self- Determination Act", (Ley de la Auto-Determinación del Paciente), pudiendo expresar los pacientes su voluntad anticipadamente, sobre el tratamiento y los cuidados que desea o no recibir, en el caso que el otorgante no pudiera expresarlos autónomamente.⁶

El término testamento vital es jurídicamente inadmisibile. De hecho, ha sido rechazado por el ordenamiento español. Sin embargo, es el más entendido y, presumiblemente, el más clarificador.

El término testamento vital es inadecuado en cuanto presupone en su realización, como todo testamento, el fallecimiento del testador. Ahora bien, la característica fundamental del documento conocido como testamento vital es que se refiere a acciones que se deben tomar sobre el sujeto vivo.⁷

Régimen Jurídico en España sobre la Voluntades Anticipadas

En el año 2002 en España, las Voluntades Anticipadas pasaron a ser a nivel nacional materia regulada por la ley, si bien anteriormente fue la Comunidad Catalana, la pionera en estos temas, al crear la Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

Los escritos de instrucciones previas recogen la declaración acerca de cómo el sujeto espera que se desarrolle el proceso de morir, y expresa el deseo de que no se administren medidas de soporte vital como puede ser la RCP (Recuperación Cardio Pulmonar) cuando no hay expectati-

La modalidad de documento de voluntades anticipadas en España no debe confundirse con la legislación aprobada en el Benelux

vas de recuperación, a la vez que se manifiesta la pretensión de recibir cuidados y tratamientos para paliar el dolor y los síntomas más cruentos.

El sujeto firmante de las indicaciones debe nombrar un representante, para que; llegado el momento, ante la imposibilidad de manifestar su voluntad el representado, lo haga la persona designada previamente por él. Algunos autores piensan que puede ser particularmente importante cuando se prevé una disminución de la capacidad del sujeto para tomar decisiones en un futuro próximo.⁸

Para **formalizar los documentos** se puede hacer mediante los siguientes procedimientos:

- Ante **notario**, sin necesidad de testigos.
- Ante **tres testigos**.
- Ante el **personal al servicio de la Administración** (funcionario del Registro Nacional de Instrucciones Previas).

Los registros de voluntades anticipadas dependen de las Consejerías de Sanidad, en cada Comunidad Autónoma. Estos Registros están conectados con el Registro Nacional de Instrucciones Previas para asegurar la eficacia de las declaraciones en todo el territorio español.

Entre todos debemos dignificar las actuaciones sanitarias que acompañan al paciente terminal. Con una

mayor concienciación de la sociedad sobre el deseo y necesidad de una muerte digna, es posible que aumente el desarrollo de una atención sanitaria; todavía si cabe, más humana. El personal sanitario está cada vez más formado y abierto en la asistencia al paciente en esa última fase.

"La atención de calidad al final de la vida se reconoce como una obligación ética de los profesionales de la salud y de sus instituciones".⁹

Nuestra sociedad ha proporcionado sistemas para ayudar a las personas sobre sus problemas de salud a lo largo del ciclo vital; pero la cuestión sería saber, si se dispone de los medios adecuados para atender las necesidades del individuo cuando llega el final de sus días. Los adultos muy mayores, necesitan mayor atención en el proceso de la muerte.¹⁰ Surge ante ésta razón, los cuidados paliativos que ineludiblemente deben formar parte integral de la atención sanitaria.¹¹ *La filosofía que subyace en la legislación al respecto, es la de proteger la autonomía del enfermo, y su antecedente más próximo en este sentido es la puesta en marcha del consentimiento informado o lo que es lo mismo, tomar en cuenta la voluntad del paciente antes de aplicar cualquier tratamiento médico.¹²*

En **España** para poder abordar estas cuestiones sobre el consentimiento informado y las voluntades anticipadas de los enfermos, se creó la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002 de fecha 14 de noviembre. En su artículo 2.4, los pacientes tienen derecho a rechazar el tratamiento, quedando redactado del siguiente modo: *"Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito."*

La Conferencia Episcopal Española también se manifestó al respecto y en su Comisión Permanente de 27 de Junio de 2011, elaboró un modelo de testamento vital visible en su página web.¹³

Según señala José Ramón Díez, Profesor de Derecho Constitucional en la UNED y experto en Derecho Sanitario, (...) en aras de la seguridad jurídica, se debería, cuanto menos, estudiar si, como ocurre en otras legislaciones comparadas, resultara conveniente introducir en nuestra legislación estatal la necesidad de exigir su periódica actualización como requisito de su validez.

Desde cierta doctrina se defiende la no actualización del documento para evitar un esfuerzo adicional al otorgante. Sin embargo, el sentido de las instrucciones previas es precisamente la de poder reflejar la voluntad del sujeto de la forma más actualizada posible, pues difícilmente se podrá estar proyectando la verdadera voluntad del sujeto si se otorgó cuando una persona era joven y sana sin visualización de ninguna enfermedad en concreto, o porque el sujeto puede haber madurado en su escala de valores, o simplemente se han producido ciertos avances en la ciencia y en la técnica médica que el documento obsoleto no puede recoger.¹⁴

También apunta el Profesor Díez, la clara y manifiesta disconformidad que existe entre algunas legislaciones autonómicas con la norma básica estatal, norma que no deberían contradecir, so pena de incurrir en vicio de inconstitucionalidad por vulneración del reparto competencial entre el Estado y las comunidades autónomas, en cuestiones como que sólo puedan otorgarlas los mayores de edad que prescribe la legislación estatal, mientras que algunas autonomías determinan que también puede otorgarlas el "menor emancipado", como es el caso de



En nuestro país, el documento se puede cumplimentar de forma fácil ante notario, o en presencia de tres testigos, o ante el funcionario del registro

Valencia, Andalucía, Aragón o Navarra, contemplando incluso la posibilidad de "el incapacitado cuando no lo impidan las sentencias de incapacitación". Cita igualmente el Profesor Díez la contradicción de la figura del "representante" en la legislación estatal, que procurará el cumplimiento de las instrucciones previas, y en el caso de las normas autonómicas, se habla de un tercero que podrá "sustituir" o "suplir" la voluntad del otorgante.¹⁵

En el año 2011 el Grupo Parlamentario Socialista presentó una Proposición de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida. Como se señalaba anteriormente, alguna legislación autonómica fue anterior a la normativa estatal sobre el tema. En estos momentos todas las autonomías tienen regulada esta materia, con alguna modificación reciente como es el caso de Canarias, con la ley 1/2015 de 9 de febrero, aprobada por el Parlamento Canario sobre derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Una de las reformas conceptuales que se introducen en el título

II, artículo 9.5, de la mencionada ley, es la de incorporar el ámbito de los «valores vitales de la persona» a la toma de decisiones por parte del representante en los casos de incapacidad de hecho y no solo de los profesionales médicos como está establecido en el Decreto 13/2006, de 8 de febrero de la Comunidad Autónoma de Canarias, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro.¹⁶

Breve referencia jurídica de otros países de nuestro entorno

Al igual que España, los países próximos pertenecientes a la Unión Europea, como son Francia, Italia y Portugal, también han legislado sobre esta materia en estos últimos años.

En **Francia**, el cuidado de enfermos en fase terminal está regulado por la Ley Leonetti (2005)¹⁷, ésta prohíbe el "encarnizamiento terapéutico", introduciendo un derecho a "dejar morir" que promueve los cuidados paliativos. Se autoriza la administración de tratamiento sedante y analgésico por parte del personal sanitario para aliviar el sufrimiento y paliar el dolor, con el posible efecto secundario de acortar la vida de un enfermo en la fase avanzada de una enfermedad grave e incurable. "El principio del doble efecto: necesidad de provocar el coma del paciente, aun con el riesgo de que no tenga efectos curativos sino letales".¹⁸

En **Italia**, la eutanasia activa se considera homicidio voluntario. Incluso con el acuerdo expreso del paciente, el Código Penal prevé una pena de prisión de 6 a 15 años. El suicidio asistido es también un delito.

Actualmente en Italia no es posible hacer un documento de voluntades anticipadas de obligado cumplimiento, aunque sí existe una ley del año 2004¹⁹, en la que se crea la figura de "l'amministrazione di sosteg-

no" o administración de apoyo, para que llegado el momento en el que el otorgante no pueda decidir por sí mismo, lo haga su representante. Mediante esta ley, el personal sanitario no estaría obligado a seguir las instrucciones previas del paciente. Estamos por lo tanto ante un documento meramente consultivo, pero no vinculante.

En **Portugal**, la eutanasia activa o pasiva está condenada, pero el comité de ética admite la interrupción del tratamiento en algunos casos desesperados. La ley 25/2012 de 16 de julio que regula las voluntades anticipadas, entró en vigor el 21 de agosto de 2012.²⁰

Evaluación crítica

Las últimas voluntades tienen gran tradición en países como Estados Unidos, donde se contemplaba desde hace décadas, la posibilidad de contar con un documento de instrucciones previas. En Europa se han ido sumando algunos países a esta modalidad de contar no solo con unos cuidados paliativos en los últimos momentos de la vida en situaciones irreversibles, sino también la de contemplar la eventualidad de evitar un ensañamiento terapéutico. Estos cuidados no son un medio para prolongar la vida, sino una forma digna de respetar la decisión previa de una persona, permitiendo que el paciente muera a causa de su enfermedad y no por inanición o deshidratación. Todo ello muy lejos de la normativa que contempla la contingencia de legalizar la eutanasia o el suicidio asistido, como han aprobado los países pertenecientes al Benelux: Holanda, Bélgica y Luxemburgo.

La legislación en España a nivel nacional es del año 2002, alguna normativa autonómica es de fecha anterior, y posteriormente todas las Comunidades Autónomas han ido legislando sobre la materia creando

en algún caso guías informativas al respecto, como por ejemplo, la Comunidad Valenciana.

En el caso de Francia, la legislación fue posterior al caso español, no contemplando tampoco la eutanasia ni el suicidio asistido, como ya se ha referido anteriormente, que sí contempla la normativa del Benelux.

La situación en Portugal, similar a la española y a la francesa, tampoco permite la eutanasia activa o pasiva, habiendo regulado las últimas voluntades con una ley aprobada en el año 2012.

En España no existen muchas solicitudes de este tipo, fundamentalmente motivado por la falta de información a la población en general y al paciente en particular



Sorprende la cuestión de Italia, que todo apunta a que el retraso o falta de reglamentación de las voluntades anticipadas, sea debido en parte por la resistencia u oposición de la Conferencia Episcopal Italiana, contraria a dar la conformidad de una ley sobre las voluntades anticipadas, declarando, que dando un visto bueno a reglamentar este punto, podría ser la puerta a la aprobación de la eutanasia o el suicidio asistido en Italia.

Como conclusión podemos decir que:

1. En Europa se contempla la posibilidad de poder registrar unas últimas voluntades en materia de salud, para que las personas que lo deseen, anticipen la posible decisión sobre cómo debe actuar el personal sanitario llegado el final de la vida o en situaciones de irreversibilidad.
2. En el caso de España, el documento se puede cumplimentar de forma fácil ante notario, o en presencia de tres testigos, o ante el funcionario del registro.
3. Esta modalidad de instrucciones previas, no se debe confundir con las formas de eutanasia que sí han permitido otros países de la Unión Europea como son Holanda, Bélgica o Luxemburgo.
4. En nuestro país concretamente, todavía no existe gran tradición en este tipo de solicitudes, fundamentalmente motivado por falta de información a la población en general y al paciente en particular.
5. La legislación de los países de nuestro entorno más próximo, no difiere extraordinariamente respecto de la de España.

Bibliografía

1. RODRIGUEZ, J.A., IRANZO, R.: "Duelo: Un proceso natural" en VIDAL VAZQUEZ M.A. (Coord.), *Psicología del cuidado*. Ed. Universidad Cardenal Herrera-CEU. Fundación Universitaria San Pablo-CEU. Valencia, 2003, pp 193-209.
2. 2.-IRANZO, R., RODRIGUEZ, J.A.: "Cuidados paliativos: Calidad de vida" en VIDAL VAZQUEZ M.A. (Coord.), *Psicología del cuidado*. Ed. Universidad Cardenal Herrera-CEU. Fundación Universitaria San Pablo-CEU. Valencia, 2003, pp 171-192.
3. 3.-BARRIO, I.M., SIMON, P.: "Testamento vital" en: BERMEJO J.C., ALVAREZ F, *Diccionario de Pastoral de la Salud y Bioética*, Ed. San Pablo, Madrid 2009, p. 1746.
4. 4.-MÁS, M.: "La muerte digna, ¡qué suerte tener testamento vital!" *Revista ALANDAR* Año XXX n° 301. Octubre 2013.
5. 5.-SÁNCHEZ CARO, J. y ABELLÁN, F.: *Derechos y Deberes de los pacientes*. Editorial Comares, Granada, 2003. Pág.12 y ss
6. 6.-ARBE OCHANDIANO, M.: *Estudio de las Instrucciones Previas en el ámbito sanitario a través del Ordenamiento Jurídico Español*. Colección VITOR 287. Ediciones Universidad de Salamanca. 2011
7. 7.-SERRANO RUIZ-CALDERÓN, JM.: "la ley 41/2002 y las voluntades anticipadas" *Cuad.Bioét.XVII,2006/1* pag69-76 (en línea) <http://www.aebioetica.org/revistas/2006/17/1/59/69.pdf> (Consulta el 14 de mayo de 2015).
8. 8.-MARCOS DEL CANO, A.M.: "La toma de decisiones al final de la vida: el testamento vital y las indicaciones previas", en *Moralia*, 2001-4, pp. 491-518.
9. 9.-SINGER, P.A., MARTIN, D.K., KEINER, M.: "Quality end-of-life care". *JAMA* 1999; 281:163-8).
10. 10.-MOLINA, M.A., SERRANO DEL ROSAL, R.: "Atención al final de la vida en personas mayores y muy mayores" *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014; 49:301.
11. 11.-WORLD HEALTH ORGANIZATION.: "Better palliative care for Older People". 2004 (en línea) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf (Consulta: 21 noviembre 2014).
12. 12.-BERMEJO HIGUERA, J.C.: "Testamento Vital" *Revista Humanizar* 2011 (en línea) http://josecarlosbermejo.es/articulos/testamento-vital#_ftn5 (Consulta: 22 noviembre 2014).
13. 13.-CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA.: Extraído de su página web (en línea) <http://www.conferenciaepiscopal.es/index.php/testamento-vital.html> (Consulta: 21 noviembre 2014)
14. 14.- DÍEZ J.R.: "Incongruencias y disparidades del testamento vital" (en línea), *Diario Médico* de fecha 7 de abril de 2014. <http://www.diariomedico.com/2014/04/07/opinion-participacion/columna-invitada/incongruencias-disparidades-testamento-vital> (Consulta el 20 de mayo de 2015).
15. 15.-Cfr.Ibíd DÍEZ, J.R. en *Diario Médico* de fecha 7 de abril de 2014.
16. 16.-LEY 1/2015, de 9 de febrero del Parlamento Canario, sobre derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. BOE n° 54 de 4-3-2015.
17. 17.-LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (Versión en vigor) (en línea) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=vig> (Consulta: 23 noviembre 2014).
18. 18.-BERNAL, S.: "Leyes y sentencias sobre el fin de la vida en Francia" (en línea) *Religión Confidencial* 11/11/2014. *El Confidencial Digital*, S.L. Madrid http://www.religion-confidencial.com/tribunas/Leyes-sentencias-fin-vida-Francia_0_2379362061.html (Consulta: 23 noviembre 2014).
19. 19.- LEGGE 9 gennaio 2004, n. 6, de riforma del Codice civile Italiano de 1942, en sus arts. 404 a 413, la figura de l'amministrazione di sostegno o administración de apoyo (con entrada en vigor el 19 de marzo de 2004) (en línea) <http://www.camera.it/parlam/leggi/04006l.htm> (Consulta el 20 de mayo de 2015).
20. 20.-LEI 25/2012. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente soba forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (en línea) <http://dre.pt/pdf1sdp/2012/07/13600/0372803730.pdf>, (Consulta el 14 de mayo de 2015).



Especial
Osteopatía
en Fisioterapia



Parlem amb



La entrevista



Visió perifèrica



Racó històric



Fisioteràpia
osteopàtica
en la CV



Osteopàtia
en la mujer



Osteopàtia
en pediatria



Les nostres
teràpies

Fisioteràpia

Parlem amb...

Ginés Almazán

CURRÍCULUM VITAE

- Diplomado Universitario en Fisioterapia. Universidad Complutense de Madrid.
- Licenciado en Kinesiología y Fisiatria. Univer. San Martín de Buenos Aires.
- Licenciado en Antropología. U. Católica Murcia.
- Doctor por la Universidad de Murcia.Fac. de Medicina.
- Osteopata. Cetmo .Francia.
- Dirección y docencia en diversas universidades en España, en otros países Europa y América.
- Editor de la revista "Osteopatía científica".
- Miembro del comité científico de las revistas "Fisioterapia" y "Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología.
- Editor de la revista European Journal Osteopathy & Clinical Related Research.

Ginés Almazán tiene nombre propio en la osteopatía mundial. Es uno de los pioneros en su implantación y desarrollo en España. Fue de los primeros fisioterapeutas en viajar a Francia para formarse en ella y en introducirla en su práctica clínica. Fundador de la Escuela de Osteopatía de Madrid, ampara la línea tradicional de la osteopatía. Concedor de que nace como disciplina independiente, es un defensor de que sea competencia del fisioterapeuta, porque, según sus propias palabras “en España, por su formación, es el mejor profesional para ejercerla”. Cuenta con una amplia formación y con una dilatada experiencia como formador e investigador. Pocos saben que trató a centenares de personas en uno de los casos más conocidos de la España de los años 80, el Síndrome Tóxico, y en el que la Fisioterapia jugó un papel clave poco reconocido.

Usted es de los estudiantes del plan antiguo, ¿no?

Sí, yo soy de la penúltima promoción de los Estudios de Fisioterapia con el plan de enfermería, cuando primero se tenía que hacer esta carrera más dos años de especialización en fisioterapia. Si la memoria no me falla, terminé en 1979, con 21 años, y en 1980 se terminó este plan.

Y aprovecho para apuntar algo. Tras ello, hubo un vacío total de estudios en Fisioterapia, durante dos o tres años esta titulación no se impartía en ninguna universidad de España. Eliminaron el antiguo sin tener ya previsto un nuevo plan, una falta de previsión total.

La última promoción salió en el 80 y no se constituye la primera Escuela Universitaria de Fisioterapia hasta el 83 (en Valencia), lo que quiere decir que hasta el 86 no salió ningún titulado. Seis años en blanco que, en parte, también tienen la culpa del gran intrusismo que ha habido en España. Había muy pocos fisioterapeutas pero la necesidad social estaba ahí. Si alguien necesitaba tratar su cervicalgia u otro problema con medios físicos con un fisioterapeuta y no había, pues se iba a otro sitio. Ese nicho de mercado se cubrió con masajistas y demás.

De hecho, aunque los primeros titulados salieron en el año 86, como el sistema público (hospitales, ambulato-

“ A medida que fui estudiando y conociendo más la osteopatía, fui abandonando la acupuntura ”

rios, etc.) reclamaba tanto fisioterapeuta, todos iban a parar allí, con lo cual en el sector privado tardó otros tantos años para cubrir esos puestos. Así pues, lo que sería la oferta de fisioterapia privada, el concepto de clínica de un fisioterapeuta propio, soberano, de calidad... puede que llegara a alcanzar un vacío de 11 o 12 años. Eso es mucho tiempo y abre un campo para otros increíble.

Para los que le gusta indagar en la historia de la fisioterapia, creo que esta es una reflexión bastante oportuna. En cierto modo, el mundo de los legisladores y planificadores tiene cierta culpa de lo que ha ocurrido. A nadie se le ocurre extinguir unos estudios sin haber previsto ya dónde ubicar ese estudio. Ahora la situación es totalmente inversa, si antes no había, ahora hay demasiados.

¿Dónde estudió fisioterapia y qué recuerda de esa época?

Estudí en la Escuela de Fisioterapia del Hospital de San Rafael en Madrid, que es de los Hermanos de San Juan de Dios. Entonces había varias escuelas autorizadas para impartir estos estudios pero dependíamos de la Universidad Complutense, la cual tenía su propia escuela de fisioterapia y eran sus profesores quienes examinaban también a los alumnos de escuelas privadas.

Personalmente, tengo muy buenos recuerdos porque éramos muy pocos alumnos. En primero éramos 18, era muy familiar, con una enseñanza muy directa y personal. Sin embargo, también recuerdo que te lo jugabas todo a un sólo examen y oral, lo cual a muchos colegas y amigos les generó mucha presión y estrés.

¿Qué le movió hacia la osteopatía?

En aquella época, la fisioterapia no se movía. Hoy, el fisioterapeuta joven que quiere evolucionar tiene muchas vías para aprender y para especializarse, pero entonces no. La fisioterapia estaba en el sótano de los hospitales, tal cual.

Yo estaba muy identificado con ella, había aprendido, pero al mismo tiempo sabía que aquello se quedaba muy corto, que se podía crecer y empecé a buscar cómo.

Entonces fue la inquietud lo que le llevó a ella...

Sí, busqué otras formas para conseguir más aprendizaje de recursos terapéuticos, pero no había mucho. Al final, encontré una escuela de acupuntura que me llamó la atención y me pareció que podía ser una buena salida para seguir haciendo cosas. La estudié durante casi tres años y mi primera consulta privada como fisioterapeuta era una clínica de fisioterapia y acupuntura. Ejercí ambas durante años.

En 1982, en el circuito en el cual aprendí acupuntura, hablo del circuito de la gente de las medicinas alternativas, trajo a un grupo de osteópatas franceses a Madrid a dar una serie de seminarios. Fui a ver de qué iban y ahí es donde realmente conocí la osteopatía.

¿Cómo fue aquella experiencia?

Mis inicios fueron con el grupo de osteópatas franceses que he citado, y en ese tiempo, conocí a dos históricos españoles de la fisioterapia y la osteopatía, Francesc Escarmís y José Luis González Nieto, que me terminaron de orientar para meterme ya a estudiar la osteopatía en serio. Con ellos dos di mis primeros pasos, tengo que agradecerle mucho a ambos.

A medida que fui estudiando y conociendo más la osteopatía, fui abandonando la acupuntura hasta que acabé sustituyendo lo que venía haciendo y aplicando solamente osteopatía. Es decir, pasé de una consulta de fisioterapia y acupuntura a otra de prácticamente sólo osteopatía. El resto de mi formación fue en Francia.

“

La osteopatía es una disciplina que ayuda, acompaña y perfecciona mucho al fisioterapeuta, sobre todo, clínicamente

”

Cierto, usted fundó la Escuela de Osteopatía en Madrid en 1989, ¿Cómo y cuándo decide que es el momento de hacerlo?

Yo tenía una cierta experiencia en organización de cursos monográficos. ¿Cómo lo había conseguido? Estaba suscrito a revistas francesas y me llegaba mucha información. Si me interesaba aprender determinada cosa que yo había visto que realizaban allí o bien me iba a Francia a hacer determinada formación o bien contactaba con determinado profesor y le ofrecía venir aquí a dar la formación. De paso que yo lo aprendía lo organizaba para otros colegas. Eso me dio un cierto rodaje ya en organizar docencia.

Además, también había presentado un proyecto para hacer el primer curso universitario de fisioterapia en el deporte en la Universidad de Alcalá, entonces esta no tenía escuela de fisioterapia. Gustó y lo pusimos en marcha en el 88-89, con lo cual ahí también adquirí una experiencia de gestión académica ya dentro del mundo universitario.

A esto se sumó que a finales de la década de los 80 empezó a arrancar la nueva fisioterapia española. En Valencia ya había salido alguna nueva promoción, se había constituido la Escuela Gimbernat de Barcelona, empieza a aumentar el número de profesionales,... Intuí que en España se iban a fomentar estos estudios. Fue pura intuición y luego ¿por qué de osteopatía? Primero porque pensé que si yo sentí la necesidad de buscar algún otro nivel de especialización cuando acabé fisioterapia, a otros les pasaría igual. Y la osteopatía es una disciplina que ayuda, acompaña y perfecciona mucho, sobre todo,



Ginés Almazán durante la visita institucional que realizó a la "Andrew Taylor Still University"

clínicamente. Creí que al igual que a mí me llenaba, podía llenarle a otros y que tenía que hacerla llegar a más fisioterapeutas. Esto fue el motor.

Así pues, decidí que era el momento de constituir en España una Escuela de Osteopatía de alto nivel académico, con toda una currícula de estudios y con un aprendizaje hecho de la A a la Z de acuerdo a estándares internacionales.

¿Cómo se materializa la puesta en marcha?

Como decía antes, tenía una cierta experiencia en las distintas áreas que eran necesarias para llevar a buen puerto el proyecto. No obstante, yo sabía que uno puede ser un buen profesional técnico, científico pero ponerse a gestionar y no ser capaz desde el punto de vista empresarial, organizativo. Y al revés, puede ser muy buen gestor pero no tener el suficiente conocimiento académico, científico, etc. Era consciente de que este no era un proyecto cualquiera y que yo sólo no lo podía hacer. Necesitaba por lo menos a mi lado a alguien que cubriera aspectos que yo no cubría: la parte científica, programática y técnica.

Entonces me puse a buscar entre la gente de la que tenía referencias y con los que tenía relación de Francia, y me topé con François Ricard, que fue quien después cons-

tituyó la escuela conmigo y con quien continuo, ambos seguimos siendo directores actualmente.

Encontré algunos trabajos suyos, algunas publicaciones y me llamó la atención, pensé esta es la persona. Aquí también fue intuición, sentí que François era la persona adecuada y contacté con él.

Nos entrevistamos por primera vez en París en junio del año 89. Dijimos "vamos para adelante" y en septiembre de ese mismo año, François se vino a Madrid. Empezamos a diseñar cómo creíamos que podía ser y nos dimos cuenta de que había que montar una entidad. Y a finales del 89 se constituye la Escuela de Osteopatía de Madrid.

Desde esos inicios hasta la actualidad, si tuviera que resumir su evolución, ¿qué diría?

Aunque hubo años duros, de gran esfuerzo, en los que las 24 horas no eran suficientes, si me preguntaban si volvería a hacerlo la respuesta hoy sería sí. Visto desde ahora es una evolución muy positiva. No sólo me ha sorprendido a mí, a todos los que están más implicados en la escuela desde el principio, incluso nos ha atropellado alguna vez porque el ritmo del proyecto ha ido casi por delante de nosotros, nos hemos tenido que ir adaptando a él.



“ Hoy en día, a las Facultades de Fisioterapia están llegando las mejores cabezas del país... Les puedes pedir lo que quieras ”

En su opinión, ¿cómo ha evolucionado la fisioterapia desde aquellos años 80 hasta hoy?

Gracias al trabajo de mucha gente, de muchos fisioterapeutas en el país, porque esto no lo hacen ni dos ni tres personas, la fisioterapia no solo salió de los sótanos de los hospitales sino que se ha convertido en una importantísima profesión, muy respetada y reconocida por todos los ámbitos: el académico, científico, por la sociedad misma.

Tenemos problemas pero estamos en un buen momento. Hoy en día, a las Facultades de Fisioterapia están llegando las mejores cabezas del país. Notas medias de corte de las más altas. Aunque la capacidad intelectual no es lo único que hace un buen profesional, es un valor importante. Esto se ve en que cada vez nos llegan alumnos más inteligentes, más comprometidos para seguir creciendo y para seguir siendo más grandes como profesionales y como personas. Les puedes pedir lo que quieras.

Relacionado con esto, ¿hay que tener un perfil específico para ser osteópata, alguna destreza innata o es algo que se puede aprender?

No hay un perfil especial. Nosotros partimos de la base de que el fisioterapeuta viene con una condición académica, un conocimiento intelectual y un conocimiento manual y propioceptivo que lo coloca en la línea de salida del mejor alumno para estar sentado aprendiendo con nosotros. Después claro, cada persona es distinta. Lógicamente hay algunos alumnos que tienes más condicio-

nes que otros, que tienen más habilidad manual, una propiocepción más fina, etc. Obviamente nos encontramos a algunos que son especialmente buenos, estudiosos, les encanta, practican muchísimo,... esos van como una bala, aprenden muy rápido. Otros van más lentos. Pero todos aprenden y todos necesitan ese tiempo.

En ocasiones ha dicho que un error que cometen algunas personas que optan por esta área es no hacer una buena formación en osteopatía...

Sí, hay que evitar reducir la osteopatía a la mínima expresión. Hay quienes dicen, "si la puedo enseñar en dos años, lo apañó". Esto es muy grave porque un fisioterapeuta que no ha hecho la formación completa, los cinco años de osteopatía, no puede decir que es osteópata, no puede engañar al público. No tienen el conocimiento necesario y completo para ejercer una osteopatía adecuada, para ser fieles a una manera correcta de hacer.

Nuestro consejo es que siempre que uno se identifique con esta metodología y tenga posibilidad, que haga la formación completa porque debe buscar la solidez de su estudio, el conocimiento.

Hay formaciones que se asemejan en número de horas lectivas pero que las concentran en menos años. En su opinión, ¿eso otorga la experimentación que va pareja a la formación?

No me duelen prendas decir, que en los últimos tiempos, algunas escuelas han puesto en marcha enseñanzas aprendiendo las horas en dos años, lo que es una aberración pedagógica. Si a un fisioterapeuta, y nuestros alumnos son gente con mucho nivel, en cinco años ya le cuesta adquirir una buena formación porque hay un tiempo de aprendizaje, imagínese en dos. Preguntémosles a nuestros alumnos de 3º, 4º y 5º año si serían capaces de aprender lo mismo en dos. Cualquiera nos va a decir que no. Pero ni siquiera por el tiempo intelectual de aprendizaje sino por el tiempo práctico, el tiempo clínico que uno no puede acelerar, hay que consolidar la destreza y eso necesita minutos, horas,... Yo me muestro altamente crítico con eso. Cualquier escuela que tenga esos cinco años de estu-

dios, con esas mismas horas de estudio y enseñe sólo a fisioterapeutas tiene todos mis respetos. Competencia sería, leal y digna, ningún problema ahí.

¿Cree que los fisioterapeutas y los recién graduados saben qué es la osteopatía?

Yo creo que sí, que mucha gente sabe qué es osteopatía, y los fisioterapeutas en general lo saben. Otra cosa es que tengan la información cierta, correcta y adecuada. De hecho, creo que todavía hay un cierto desajuste en la información.

La fisioterapia es una entidad profesional con tantos niveles de especialización que puede dar lugar a confusión. Han surgido fisioterapeutas de todo el mundo que han desarrollado sus métodos y han creado su terapia manual, son métodos de autor, yo para diferenciarlo los llamo "terapia manual fisioterapéutica". Los profesionales que lean esto lo identificarán rápidamente: Maitland, Mulligan, Butler, McKenzie,...hay una serie de nombres de australianos, neozelandeses y americanos, que lo que hacen es terapéutica manual. Cada uno ha desarrollado su método, sus técnicas para tratar determinado problema de hombro, de cadera, de rodilla, de cuello, etc. Están investigando bastante y algunos están haciendo muy buen trabajo pero son métodos donde se aprenden, en mi opinión, técnicas para resolver síntomas. Muy útil desde luego, que aporta buenos y grandes recursos al fisioterapeuta pero que tienen un principio y un fin.

Ninguno de estos métodos, salvo que alguien me demuestre lo contrario, tiene la entidad global que tiene la osteopatía de entender y de tratar al cuerpo humano de forma que determinado síntoma o signo, por ejemplo musculoesquelético, tiene que ver con una disrupción mecánica que está en otro punto del esqueleto o que es una alteración visceral, y eso sí lo hace la osteopatía. Por ejemplo, identificar que un problema de hombro obedece a un problema hepático o a un problema de una cadena miofascial hiperprogramada por un problema pélvico o a un problema del pie que ha hecho una cadena lesional y ha acabado por provocar una disfunción en el hombro. Esto es exclusivo de la osteopatía.

Los fisioterapeutas jóvenes que están estudiando o recién egresados a veces no saben diferenciar qué es una cosa y otra, porque muchas veces les llega información interesada. De hecho, en ocasiones hay organizadores que como saben que tiene tirón dicen que es un “curso de terapia manual osteopática” haciendo creer a los alumnos que están estudiando osteopatía cuando no es así. No hay nada más justo y nada más exitoso que enseñar la verdad y marcar las diferencias para que en este caso cada uno tenga la oportunidad de elegir a partir del mejor conocimiento y la mejor información.

¿Qué le puede aportar la osteopatía a un fisioterapeuta para crecer profesionalmente?

La osteopatía aporta mucho a la fisioterapia porque da recursos terapéuticos que resuelven muy bien, sobre todo, en el tratamiento de todas las patologías que tienen que ver con el sistema musculoesquelético y craneal-visceral-funcional como cefaleas, vértigos, ... en todos estos campos la osteopatía realmente tiene un nivel de aplicación y de resultado excelente. Por lo tanto, el fisioterapeuta que entra y se desarrolla en este campo, encuentra un lugar de satisfacción y de realización profesional muy alto.

Hay otra cosa importante que conviene resaltar, aunque ya en España no se necesita tanto porque hemos consolidado un nivel de independencia de la fisioterapia bastante bueno: la osteopatía da un especial apoyo al fisioterapeuta para que sea un profesional independiente porque tiene una serie de recursos, dentro de su espacio de trabajo, diagnósticos y terapéuticos, que le hacen poder ser muy autónomo y resolver mucho. Esto le da autonomía, libertad y soberanía, lo que es muy importante para el profesional. Venimos de estar, y estamos, en circuitos muy dependientes de estructuras jerarquizadas, donde siempre hay uno que manda que otro haga algo, y eso para un profesional que le gusta su profesión no es bueno.

¿Cuándo le recomendaría a un fisioterapeuta que estudie osteopatía?

Cuando sienta que necesita crecer, que quiere aprender más cosas para poder ser mejor profesional y dar mejor

“ Todos los osteópatas que conocemos no paran porque hay un motor que les mueve. Hay que estar dispuesto a trabajar y a estudiar mucho ”

servicio a su paciente. Pero sobre, cuando sienta, el “sacerdocio” de la fisioterapia, en el sentido de que sea un profesional que no le importe dedicarle un montón de horas a su trabajo, a estudiar, a perfeccionarse cada día, ahora y dentro de 40 años. Todos los osteópatas que conocemos no paran porque hay un motor que les mueve. Para estudiar osteopatía hay que estar en esa línea, hay que estar muy dispuesto a trabajar, porque hay que estudiar mucho, dedicarle mucho tiempo, pero claro si te gusta y es un campo en el que te sientes bien, lo haces con todo placer.

Esta revista va dirigida a todos los públicos por lo que nos gustaría que nos explicara cuál es la diferencia entre quiropraxia y osteopatía...

Lo primero es subrayar es que si hablamos de quiropraxia, hay que referirse a la quiropráctica americana, que nada tiene que ver con las muchas otras “quiro” que hay en España.

Tienen casi el mismo origen pero luego toman caminos diferentes. Las grandes diferencias técnicas es que la quiropraxia se centra mucho en pensar que todo se resuelve desde una manipulación vertebral. Sin embargo la osteopatía es mucho más holística. Entiende y trata al cuerpo humano en toda su globalidad, desarrolla métodos y técnicas en columna vertebral, en vísceras, en cráneo, en relaciones faciales, en relaciones membranas, entiende al cuerpo humano como una entidad

única, completa e interrelacionada y ahí desarrolla técnicas, como sabemos, que se aplican a cualquier tejido. Luego incluso en columna vertebral no todo son técnicas de alta velocidad, de thrust, también hay técnicas de movilización de tejidos blandos, es una metodología bastante más completa, con más capacidad para adaptarse al paciente.

Otra diferencia importante se da en la práctica clínica. El quiropráctico realmente intenta no estar más de 10 minutos con un paciente, puede ver de 50 a 60 personas al día. Y un osteópata para hacer un buen trabajo necesita tiempo, menos de 3 cuartos de hora por sesión es imposible, quien diga que lo hace en menos tiempo es que no está haciendo osteopatía, estará haciendo otra cosa.

Hoy en día la osteopatía es propia del fisioterapeuta pero no siempre ha sido así. ¿Qué nos puede contar al respecto?, ¿ha sido difícil?

Creo que hay que hacer siempre honor a la verdad. La osteopatía nace y se desarrolla a lo largo de todo el siglo XIX de manera no ligada a la fisioterapia, como una disciplina totalmente distinta, con sus propios sistemas de enseñanza, su titulación, sus competencias y su propio desarrollo. Esto es así, no hay que llamar a engaño a nadie.

A Europa llega a través de Inglaterra a finales de los años 20. También allí, se desarrolla como una disciplina independiente. Si bien es cierto que la mayoría son fisioterapeutas, también hay médicos de Francia y Bélgica que van a formarse allí. Durante años hubo bastantes peleas profesionales. A medida que la osteopatía empezó a tener éxito clínico y social en estos países, a ocupar un espacio de mercado que proporcionaba buenos ingresos, los médicos franceses empezaron a hacer presión política, intentando que la osteopatía y ciertos actos terapéuticos manuales se legislaran como actos médicos que sólo pudieran ejercer los médicos. Hasta tal punto que, sobre todo en los años 70, 80 y parte de los 90, muchos médicos iniciaron denuncias contra muchos fisioterapeutas que eran también osteópatas por ejercicio ilegal de la medicina. Esto no se sabe, pero lo cuento porque es absolutamente verdad. De hecho, muchos de mis compañeros de viaje en la escuela, fueron denunciados y pasaron por los juzgados para defenderse.



Durante su visita y reunión con el presidente de la "American Osteopathic Association"

Aquello mismo ocurrió durante tiempo en España, hablo de principios de los 90. Aquí había una corriente de médicos muy ligada a los médicos rehabilitadores que se interesaron por la osteopatía, por la manipulación vertebral y que tenían relación con una asociación de médicos de Francia. Intentaron hacer algo parecido pero no cuajó.

No funcionó por varios motivos: porque la fisioterapia ya había cogido velocidad de crecimiento, porque los fisioterapeutas ya estábamos ocupando la osteopatía y porque el interés no fue excesivo. El médico, con su capacidad de prescripción farmacológica, tiene otros recursos terapéuticos a su alcance, y no es tan fácil que se ponga a trabajar la osteopatía de verdad, porque esta necesita trabajo. Hay que levantarse de la silla, ir a la camilla y estar media hora o tres cuartos con el paciente con mucho esfuerzo mental y físico. Esto también fue un freno.

Por lo tanto, en osteopatía, vemos dos corrientes: la de disciplina independiente que se da en un buen número de países de Europa y la corriente de osteopatía exclusiva a partir de fisioterapia que es la de España y otros países y la que tenemos que respetar, defender y consolidar. Es bueno saber esto.

Sin duda, en España sí es competencia exclusiva del fisioterapeuta...

Aquí, cuando creamos la Escuela de Osteopatía de Madrid, yo como cofundador decidí que fuera exclusivamente para fisioterapeutas. Cosa que mis compañeros de viaje de Francia no entendían porque ellos venían de otra cultura, aunque acabé convenciéndoles de que aquí era diferente.

Yo estaba muy ligado a la profesión en España y creía que era muy oportuno. El fisioterapeuta español estaba muy preparado en conocimiento para enganchar con una formación de osteopatía que además empezara por un primer ciclo estructural y así fue. El ánimo era formar aquí, crear una escuela dónde el profesional pudiera aprender buena osteopatía y ejerciera correctamente.

Algo que empezamos sin una intención especial de grandeza, fue creciendo de tal manera que tras 25 años de trabajo esta filosofía se ha consolidado de manera importante no sólo en España si no allá dónde hemos ido, porque por las publicaciones de libros, algunos fisioterapeutas o kinesiólogos –como se llaman en algunos países de América- nos llamaron y empezamos a ir de aquí para allá, y hemos creado una corriente en el mundo especial dentro de la osteopatía, en el sentido de que la ligamos solamente a fisioterapia.

Es lógico que dado el gran intrusismo, la fisioterapia española haya defendido y trabajado la osteopatía como algo muy propio. Por ello, aún sabiendo cómo nace, tras 25 años de un modelo como el nuestro, en el que los osteópatas de buen nivel somos fisioterapeutas, ¿por qué no lo vamos a tomar como parte de las áreas de conocimiento que sólo el fisioterapeuta debe desarrollar?, ¿a cuento de qué vamos a crear una profesión distinta? Yo pienso que no hay que tocar nada si no simplemente perfeccionarlo. Es más, en España la legislación lo deja claro. La osteopatía, la quiropráctica y otras terapias manuales son competencia del fisioterapeuta, competencias que debe aprender y desarrollar en marcos de postgrado.

Nosotros tenemos que seguir defendiendo lo que nos corresponde, no debemos abandonarlo porque hay muchas fuerzas externas que quieren que sea otra cosa. Y están en su derecho de intentarlo.

“**Muchos de mis compañeros de viaje en la escuela fueron denunciados y pasaron por los juzgados para defenderse**”

¿Se siente, en cierto modo, responsable de que las circunstancias de España e incluso la legislación estén como están?

Sí, absolutamente, para lo bueno y para lo malo. Y sigo convencido de que esa era la forma, si tuviera que volver a hacerlo, lo haría igual. Por tanto, responsabilidad plena.

¿Quién ha sido su referente, su maestro?

En lo profesional, en lo puramente técnico osteopático he tenido varios maestros pero si he de quedarme con uno, desde luego ha sido el propio François Ricard. Con él terminé de aprender una osteopatía muy lógica, muy mecánica, muy científica, muy explicable y tuve la oportunidad de conocer a otra gente. La verdad es que yo me identifico bastante con lo estructural y lo mecánico, con lo que puedo medir. Siempre me he llevado peor, tal vez por un límite mío, con otras técnicas que son más sensitivas.

Por eso esta escuela imprime una osteopatía explicable, que cualquier profesional puede repetir exactamente igual y que no depende del aire del día, de la sensibilidad con la que se levanta el profesional hoy. La otra osteopatía, que tiene sus ventajas y también consigue muy buenos resultados clínicos, al ser tan sensitiva no es repetible.

¿Cuáles son las competencias de un osteópata?

Las competencias son todas aquellas que ya tiene el fisioterapeuta por su condición de profesional universitario, que



Juanjo Bruñó, vocal de la Junta de Gobierno del ICOFCV, junto a Elena Martínez, François Ricard y Ginés Almazán en Madrid el 28 de mayo de 2015

ha aprendido y que además la legislación le otorga, pero aumentadas por los nuevos conocimientos o más amplios recursos que la osteopatía le da. Sobre todo competencias para poder ver a un paciente que sufre una determinada sintomatología, aguda o crónica, y que se ve beneficiado de una actuación manual sobre sus tejidos.

Para que nadie piense que es otra cosa, hay que resaltar que la actuación manual sobre los tejidos anatómicos tiene unos resultados no porque tengamos ningún poder sobrenatural en las manos, sino porque sabemos los resortes que tiene la anatomía, que son estimulables con determinado toque, estiramiento, maniobra o acción manual. Esos resortes, que son llaves del sistema nervioso, generan un estímulo en los sistemas nerviosos del organismo y este da una respuesta terapéutica, que tampoco es mágica que ya está preparada así en los protocolos de estímulo-respuesta del sistema nervioso. Sabemos que hay que hacer eso porque la neurofisiología funciona así.

En la base del conocimiento y de lo que hacemos en osteopatía está la anatomía y la fisiología, después la anat-

mía y la fisiología y finalmente la anatomía y la fisiología. Yo creo que fue el mérito de Still. Él observó que ocurrían estas cosas y se puso a investigarlo. Como el origen y el desarrollo de cualquier ciencia viene por la observación y la curiosidad de gente que quiere aprender un poco más.

¿Qué diferencia a la EOM de la escuela británica?

La escuela británica es bastante estructural también, pero improvisa un poco más, es decir dan las bases y después como que dejan sentir para que se encuentre el paso articular, si por ejemplo, hablamos de manipulación. Por el contrario, nuestra escuela no deja demasiadas opciones a que el profesional improvise. Esto es así, es esa dirección, con ese componente, con esta tracción, con esta compresión,... está todo muy medido. Son más exactos, más precisos, más autoritarios, si quieres. Pero es que creemos que esto le da más seguridad al alumno, cuando es profesional si ya tiene esa seguridad y quiere volar que vuele pero tiene la seguridad. Cuando se encuentre desamparado puede volver a ella.

De todos los lugares del mundo en los que la escuela tiene sede, ¿cuál es el más recóndito o particular?

Estamos en mucho sitios, no sabría decirte. Quizá los países es los que tenemos previsto abrir porque están fuera de nuestra órbita cultural y de lenguaje: Israel, Asia, India, China, Malasia...estamos poniendo ya las primeras piedras y creando cursos introductorios.

¿En qué nivel está la fisioterapia en España con respecto a otros países?

En un nivel muy alto y además fuera se sabe. No tenemos nada que envidiar en relación a ningún país. Puede haber países que, por lo que sea, determinado grupos de fisioterapeutas se han interesado más por un área y se han hecho muy buenos en esa área y estén por encima de nosotros pero después hay otra área en la que la fisioterapia española es superior a la de ese país.

Por ejemplo, en fisioterapia respiratoria en España, incluso con muy buenos profesionales como Pedro Vergara, en vuestra comunidad, no está muy desarrollada. Sin embargo, en Brasil y Argentina, hay fisioterapeutas de guardia en un hospital las 24 horas porque son los que atienden en la UVI, los que atienden a cuidados críticos, sobre todo con fisioterapia respiratoria y cardiorespiratoria. Eso ya nos da una idea de que en otros lugares esa área de la fisioterapia está más desarrollada que aquí.

Ahora los grandes referentes para toda América de osteopatía, de terapia manual, son los españoles, somos nosotros y nos ha costado estar ahí.

Es coautor del libro "Fisioterapia, tu salud en buenas manos", uno de los primeros que divulga esta ciencia. ¿Cómo fue la génesis?

Surge de la necesidad de intentar tener un documento con un lenguaje no tan técnico que los profesionales puedan tener en su consulta para hacer llegar a la población las ideas básicas sobre fisioterapia. ¿Qué es?, ¿qué puede hacer por usted?, ¿cómo trabajamos?... Estas son algunas de las preguntas a las que da respuesta.

“ En la base de todo lo que hacemos en osteopatía está la anatomía y la fisiología, y después la anatomía y la fisiología ”



Entrega diplomas EOM Chile

¿Fue su primer libro?

No, había hecho algo muy parecido en el año 81. Aunque en el Gobierno estaba todavía la UCD, algunas alcaldías estaban ocupadas ya por el PSOE y estas pusieron en marcha varias actividades como muestra de alternativa al Gobierno de la nación. Por ejemplo, se creaban centros de salud diferentes a los de la Seguridad Social para promocionar la salud con programas de prevención. Los que dirigían el centro de Alcalá de Henares, donde yo vivía, contactaron conmigo y me propusieron hacer un librito divulgativo que luego se llevaría a las aulas para dar clase a los padres. De ahí salió mi primer libro, "Prevención de alteraciones posturales del aparato locomotor".

Fue una experiencia muy interesante. Pusieron a mis servicios un dibujante y, siendo muy joven, tuve la oportunidad de ir a los colegios a dar charlas sobre esto. Vamos, estas cosas que hoy muchos colegios han puesto en marcha como si estuvieran inventando alguna cosa.

Aunque casi siempre ha estado en el área privada, tenemos referencia de que trabajó durante algún periodo en la Sanidad Pública. ¿Cuál es su valoración?

Mi relación con la Sanidad Pública fue muy puntual y muy elegida porque cuando yo terminé fisioterapia en el año 79, todos los fisioterapeutas que terminábamos teníamos trabajo dónde quisiéramos, hoy casi da vergüenza decirlo pero era así. Cuando terminé mis compañeros tomaron cada uno sus plazas en los hospitales pero yo sabía que era un sistema jerarquizado con el médico y a mí aquello no me gustaba. Por eso nunca fui al sistema público y me fuí a una clínica privada que me contrató. Esa clínica tenía concierto con la seguridad social, nos mandaban un montón de gente y pagaban poco pero a mí me vino muy bien porque aprendí mucho en esos primeros años.

Estando en esa clínica empezaron a llegar varios pacientes con unos síntomas muy raros, síntomas musculoesqueléticos, respiratorios, de acalambramiento, de deterioro,... y algunos incluso se morían. No se sabía de qué iba, no estaban diagnosticados. Se investigó y se identificó el problema, era lo que se conocería como "afectados por la colza".

La UCD, que en ese momento estaba en el poder, creó el Plan Nacional del Síndrome Tóxico. Crearon departamento independiente, lo dotaron de muchos recursos, económicos y profesioanales... había que atender aquella bolsa de pacientes tan escandalosa.

A mí me interesó tanto que me fui al Departamento para que me contrataran porque yo quería trabajar con ellos. Dejé la clínica en la que estaba y estuve trabajando durante 3 años exclusivamente dedicado a la gente del síndrome tóxico.

¿Qué le supuso profesionalmente?

Fue una experiencia profesional de primer nivel para mí, pero sobre todo fue una experiencia personal. Hicimos todo lo que pudimos, estuve acompañándolos durante el tiempo que duró.

Tal vez la fisioterapia fue lo único que les devolvía un cierto confort a estos pacientes. Prácticamente no había



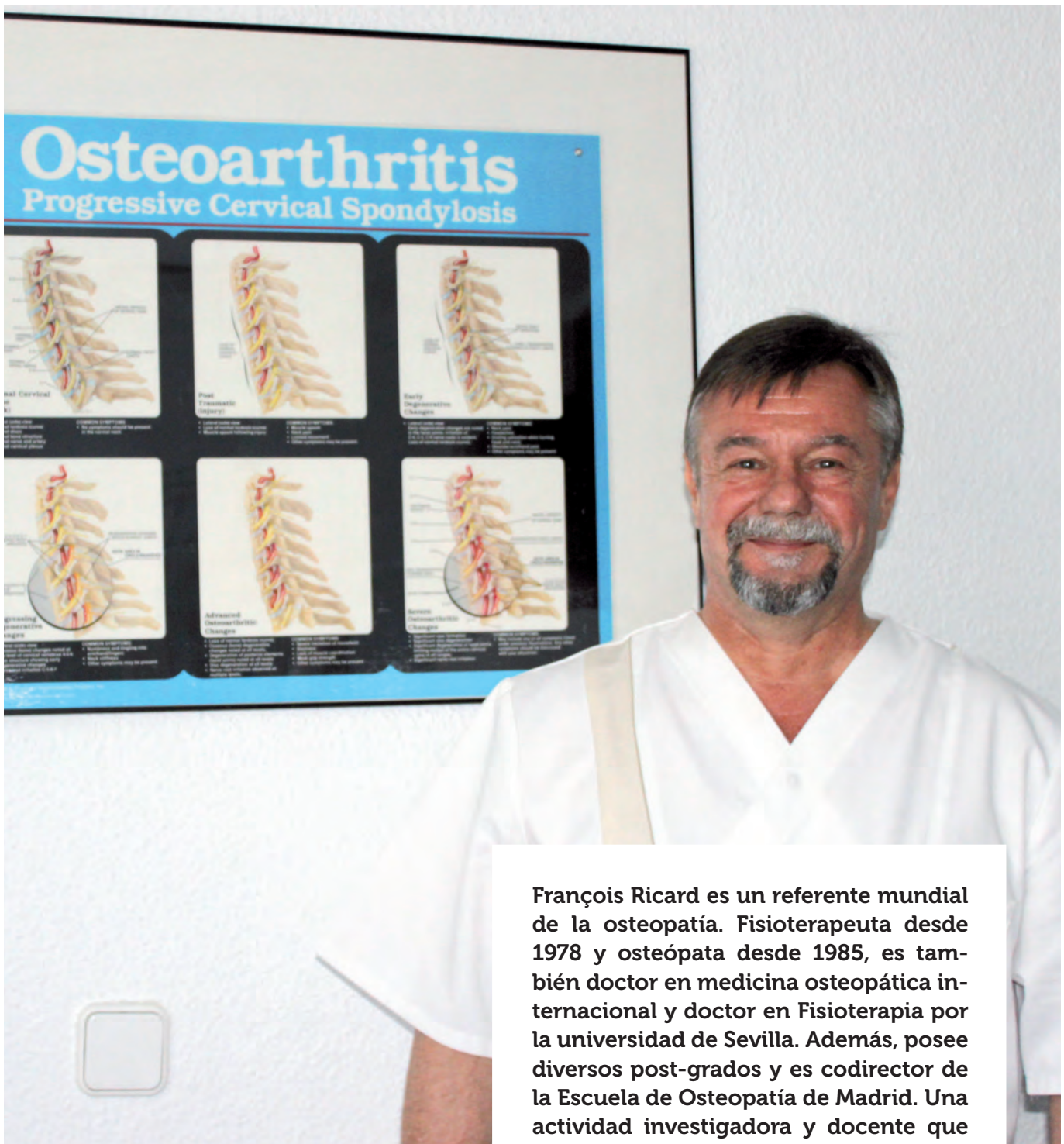
“ La fisioterapia fue lo único que devolvía cierto confort a los afectados por el síndrome tóxico, aunque fue importante para la profesión se ha reivindicado muy poco ”

nada más por hacer. Se acartonaban, era como un envejecimiento prematuro de todos los sistemas musculares y membranosos. Como si de repente un músculo de 20 años se pone como uno de 90, un deterioro de fibrotización de esas características. Y lo mismo ocurría en los músculos respiratorios, en las membranas, en las mucosas... había gente que se moría simplemente por insuficiencia respiratoria. Ahí la fisioterapia ayudó.

Se contrató a un montón de fisioterapeutas en ese tema, pero coincidió con ese tiempo que hubo de vacío de profesionales, no había quien la defendiera. Prácticamente no se ha hablado de ello, la fisioterapia lo ha reivindicado muy poco y no le ha dado la importancia que tuvo para la profesión. Hoy en día un fisioterapeuta que le pone un vendaje neuromuscular a un deportista famoso y se vende muy bien. Aquello sí era hacer profesión de verdad. Esa fue mi experiencia con el sistema público. Muy poca gente lo vivió, yo he sido un privilegiado.

Entrevista a

François Ricard, fisioterapeuta y osteópata



François Ricard es un referente mundial de la osteopatía. Fisioterapeuta desde 1978 y osteópata desde 1985, es también doctor en medicina osteopática internacional y doctor en Fisioterapia por la universidad de Sevilla. Además, posee diversos post-gradados y es codirector de la Escuela de Osteopatía de Madrid. Una actividad investigadora y docente que ha combinado con la práctica clínica.

François Ricard, parisino afincado en Madrid, cuenta con una trayectoria profesional brillante. Es presidente de la "Scientific European Federation of Osteopaths" desde 2001. Dirige diversas revistas científicas, tiene más de 30 libros escritos y publicados en varios idiomas y más de 30 artículos científicos en las revistas internacionales. Es co-director de la Escuela de Osteopatía de Madrid, autor de la mayor parte de sus materiales formativos y, sobre todo, cuenta con una dilatada experiencia clínica. Ha trabajado en dos destacados hospitales de París (Hôpital des Invalides y Hôpital de la Pitié-Salpêtrière) y desde 1979 en su clínica privada, actualmente ubicada en Madrid.

¿Qué tipo de pacientes suelen acudir a la consulta de un osteópata y con qué patologías?

La lista es larga pero la gran mayoría de las patologías que vemos son del aparato locomotor, todo lo que es tendinitis, esguinces,... muy parecidas a lo que habitualmente se ve en fisioterapia. ¿Diferencias? Tal vez que vemos a muchos pacientes con hernia discal, lumbar y cervical. La osteopatía es una gran alternativa a la intervención quirúrgica en estos campos.

Además, vemos patologías muy diversas como patología visceral, cardíaca, de reflujo, hernias de hiato, colitis, ginecología, migrañas, problemas de ATM, etc.

¿Cómo llega el paciente a la clínica?, ¿por qué conoce la osteopatía, por prescripción médica,...

La gran mayoría de los pacientes vienen por el boca a boca, por conocidos que ya hemos tratado y que se lo recomiendan. Además, muchos



“ La osteopatía es como Tintín, es para la gente de 7 a 77 años, desde un recién nacido hasta un anciano ”

fisioterapeutas, estudiantes de la EOM y algunos médicos, también nos mandan pacientes. Yo tengo muy buena relación con el cuerpo médico.

En la sociedad actual, convivimos con dos problemas que están afectando mucho a la salud, el estrés y el sedentarismo. ¿Qué puede hacer la osteopatía en estos casos?

En primer lugar, hay que recordarle a la gente que el sedentarismo no es bueno. La osteopatía es un buen modo para prevenir numerosas patologías del aparato locomotor, como por ejemplo, los dolores vertebrales en relación con la informática. Además de falta de ejercicio, hoy hay mucha gente que pasa mucho tiempo sentada delante del ordenador y aquí los tratamientos osteopáticos tienen

mucha evolución. En mi opinión, el osteópata tiene un papel importante a la hora de dar consejos de salud y vida al paciente.

¿Cuándo recomendaría a un ciudadano que acudiera al osteópata?

Básicamente cuando hay problemas dolorosos o cuando tenga una dolencia que sea una indicación de osteopatía.

Antes ha comentado el efecto preventivo de la osteopatía, ¿cómo actúa en este ámbito?

Sobre todo reequilibrando la postura del paciente. Evitando el estrés del aparato locomotor de zonas y liberando las zonas claves de la columna vertebral. Sabemos que si no se tratan, los pacientes tienden a desarrollar patologías degenerativas.

¿La osteopatía es apta para todos los públicos (bebés, embarazadas, ancianos,...)?

La osteopatía es como Tintín, es para la gente de 7 a 77 años, desde un recién nacido hasta un anciano.

Existe la creencia de que la osteopatía tiene determinado peligro, sobre todo, por las manipulaciones de alta velocidad. ¿De verdad entraña riesgos para el paciente?

Es cierto que a nivel cervical, las publicaciones que existen demuestran un riesgo real. Sin embargo, es necesario pararse en un aspecto clave: todos los estudios que se han hecho han sido en base a manipulaciones quiroprácticas o a manipulaciones realizadas por gente que no tenía una buena formación a nivel manipulativo y de diagnóstico.

De hecho, por esta razón en la Escuela hemos desarrollado un tipo particular de manipulación que utiliza parámetros menores de movimiento del juego articular para evitar ese daño, ese riesgo en el paciente. Pero esto pasa por un buen procedimiento de los diagnósticos diferenciales.

Lo cierto es que hay quienes se presentan como osteópata sin ser fisioterapeutas, requisito clave según la ley actual ¿cuál es su opinión respecto a esa gente que aplica estas técnicas sin un aval académico?

En España hay quienes defienden que la osteopatía sea una profesión independiente, con estudios completos. Luego está la versión oficial, que son los que defienden que la osteopatía es fisioterapia.

En mi opinión, la osteopatía no es fisioterapia. Pero, ¿quién es el más apto, el más cualificado para practicar la osteopatía? No hay duda que somos nosotros, los fisioterapeutas, somos los únicos con habilidad manual.



“ **No hay duda, los fisioterapeutas somos los más cualificados para practicar la osteopatía** ”

No obstante quiero reseñar otro aspecto. La formación es vital pero, sobre todo, hacerla en una escuela sería. Me explico. Aún con su conocimiento, un fisioterapeuta si no ha recibido la formación adecuada puede cometer errores. Obviamente, en el caso de los quiromasajistas que no tienen ni formación en anatomía, ni en patología, ni de manipulación, el riesgo de generar un problema al paciente es altísimo.

¿Cómo puede asegurarse un ciudadano de que realmente se está poniendo en manos de un osteópata profesional?

Habitualmente, el osteópata en España tiene un diploma de Fisioterapia y un diploma de Osteopatía que está colgado en alguna parte de la clínica. Yo le aconsejaría al paciente

que se fije y lo busque. Y un dato más, si la persona que ve no le inspira confianza, que se vaya.

A veces hay muchos títulos en las paredes y es difícil diferenciar. ¿Qué otros detalles puede tener en cuenta el paciente para corroborar que está ante un profesional?

Habitualmente, el osteópata es capaz de leer los exámenes que va a traer al paciente, es capaz de interpretar una resonancia magnética, interpretar radiografías, de leer e interpretar una analítica de sangre y de hacer el diagnóstico. Un osteópata que no tiene esta capacidad es algo sospechoso.

Usted ha publicado multitud de libros y ha creado la mayor parte del material de la Escuela de Osteopatía de Madrid (EOM). Si hablamos de teoría versus praxis ¿qué es lo más importante?

Yo no creo que sea posible ser docente ni de Fisioterapia, ni de Medicina, ni de Osteopatía, de nada, si no se practica esta disciplina. No concibo que un profesor de osteopatía no tenga clínica osteopática y no atienda pacientes.

Mi experiencia lo corrobora. Prácticamente cada día aprendo algo. Si no trato a los pacientes perderé esta fuente de información. Además, cada vez gano más en habilidad manual y eso se lo debo a ellos.

LA EOM lleva muchos años funcionando, pero la estructura de cursos y los materiales se han ido manteniendo a lo largo del tiempo, apenas han variado. Hoy puede parecer fácil, pero como artífice principal de

ello, díganos, ¿cómo se llega a crear eso?

Teniendo mucha suerte. Tras estudiar en Francia y obtener el diploma en Osteopatía, tuve la suerte de poder viajar a Estados Unidos y de ser alumno de grandes maestros de la osteopatía (hoy ya fallecidos), de los que aprendí muchísimo. Este aprendizaje de la osteopatía tradicional en EEUU y en Inglaterra fue la base sobre la que construí el programa de la Escuela de Osteopatía de Madrid. Y es cierto, se actualiza y se modifica poco porque me parece que es importante mantenerse fiel a la tradición osteopática que me han enseñado.

¿Las materias de cada curso también se mantienen por la misma razón? ¿Qué establece que sean unas y no otras en cada curso?

Cuando elaboramos el programa de la Escuela de Osteopatía de Madrid, adaptamos las normas europeas de Estudios de la Medicina Osteopática a los conocimientos del fisioterapeuta, particularmente en España y esta línea marcó el desarrollo del programa de los cursos.

Las metas que deben conseguirse año a año. Por ejemplo, el primer año se enseña el posicionamiento y los principios básicos manipulativos de las distintas técnicas porque no se puede pasar a otras cosas antes de haber pasado por esta etapa. Esta planificación es lo que hace que haya una progresión de verdad, que va del primer al sexto año.

¿Cuál ha sido la evolución más significativa?

La evolución principal ha sido aumentar de manera significativa nuestra capacidad de diagnóstico diferencial y la investigación científica, hemos apostado por la osteopatía



No creo que sea posible ser docente de ninguna disciplina si no se practica, si no se atiende a pacientes



basada en la evidencia y estamos trabajando mucho en ello ahora. Posiblemente, somos la escuela de Europa que publica más trabajos científicos de calidad. Esto es el camino del futuro, es ya el camino de la medicina y es el camino en el que la fisioterapia también empieza a entrar. Nada escapará a esto.

¿Les costó mucho crear la Escuela y posicionarse?

La verdad es que no, nunca buscamos el éxito tan grande que tenemos. Ha sido una sorpresa total. Nos llega el éxito que los cursos de la Escuela tienen a través del mundo y nos llena de orgullo, estoy contento de difundir una osteopatía diferente, de comunicar algo que tiene valor, que dista de otra tendencia que se está dando con una vertiente esotérica de la osteopatía.

¿Quién es su referente?, ¿algún mentor o maestro especial, quizá de los que conoció en Estados Unidos?

No tengo un único referente, sino varios. Puedo decir que todos los osteópatas de Estados Unidos con los que pude trabajar han sido un maestro para mí, lo ha sido Fred Mitchell Jr, ... Tal vez, uno que me marcó especialmente fue Laurie Hartman, que aún vive, este osteópata inglés era el jefe de las técnicas de la *British School of Osteopathy* de Londres y fue realmente mi gran maestro en manipulaciones.



Thrust lumbar sentado en rotación 2



Thrust cervical en procúbito 2



Test de movilidad del piloro

“ La dificultad está en hacer un diagnóstico correcto y saber cuando no actuar, esto sí necesita un buen conocimiento ”

Es indiscutible que la EOM es un referente mundial, ¿qué diferencia su escuela con respecto a otros referentes similares, como por ejemplo, la BSO, la cual ha citado antes?

La *British School of Osteopathy* de Londres es la pura tradición británica de la osteopatía de principios del siglo XX. Fue fundada por Martin Littlejohn, la mano derecha de Still. Él fue quien inventó la osteopatía. Era una persona muy cartesiana en su manera de trabajar, todo lo contrario que Still, que era un poco confuso en sus ideas. Los ingleses son muy tradicionalistas y en esto es bueno porque cuando miras el programa de la BSO, aunque está mejorado y actualizado, es muy fiel a lo que era la osteopatía de Still.

La diferencia de la BSO con la Escuela de Osteopatía de Madrid es que ésta última es un mix entre lo que hace en la BSO, que sin duda nos ha influenciado mucho, y la osteopatía americana, que es diferente.

¿En España, hay escuelas comparables?

Nosotros fuimos los primeros en empezar en España. Hoy, escuelas de osteopatía hay muchísimas, pero lamentablemente, muchas de ellas son pseudo-escuelas lideradas y enfocadas a quiromasajistas.



Flexión-distracción lumbar con articulación en lateroflexión



Técnica para fascia perirrenal del riñón derecha 3

Y por último, según nos han comentado, se dice que usted comenta que “se le puede enseñar a manipular a cualquiera, la diferencia es que no se le puede enseñar a diagnosticar”. ¿Es realmente esta una reflexión de sus enseñanzas?

Es cierto que hacer manipulaciones es una cuestión de técnica, a alguien

que no tenga ningún conocimiento médico le puedo enseñar a hacer manipulaciones pero no va a tener resultados y va a ser peligroso porque no sabe hacer un diagnóstico.

Las técnicas osteopáticas no son más importantes que las técnicas que se utilizan en fisioterapia tradicional. La dificultad está en hacer un diagnóstico correcto y saber cuando no actuar, esto sí necesita un buen conocimiento.

La evolución de la Fisioterapia osteopática en la Comunidad Valenciana



Rafael Torres

Colegiado 40

Profesor Titular de la Universidad de Valencia

Presidente y fundador de la Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID)

Me gustaría empezar este artículo con algunos datos de la historia de la osteopatía en España que son pocos conocidos. Cuando acabé Fisioterapia no había prácticamente ninguna formación en terapia manual. Esta fue introducida en nuestro país fundamentalmente por dos personas: Francesc Escarmís, que se formó en la *European School of Osteopathy* (Maidstone, Inglaterra) y José Luis González Nieto, quién se formó en la *British School of Osteopathy* y fue fundador de la Escuela de Fisioterapia de la ONCE. Ellos fueron los primeros que empezaron a impartir cursos de terapia manual del aparato locomotor pero sin la filosofía de la osteopatía, donde lo que se hacía era enseñar técnicas osteopáticas para que el fisioterapeuta las aplicara en su actividad clínica cotidiana.

De hecho, el primer congreso específico de Terapia Manual se celebró en Burgos en 1987 y se llamó *Congreso de Terapia Manual Vertebral y Pélvica*. En aquel momento los ponentes fundamentales fueron Francesc Escarmís, Jose Luis González Nieto y sus discípulos más cercanos como Miguel Ángel Legardon y Víctor de la Fuente. En ese congreso yo presenté mi primera ponencia de terapia manual siendo estudiante de 3º de Fisioterapia.

Años más tarde hubo un intento de crear una Escuela de Osteopatía española y se invitó a profesores de Maidstone, pero el tema no prosiguió. Poco después, Francesc Escarmís comenzó con la formación de Osteopatía en Barcelona y un año más tarde, Ginés Almazán en Madrid.

En aquel momento en España había una escasez de conocimientos sobre procedimientos de terapia manual, de osteopatía, pero sí los había en otros países y fueron exportados por los personajes pioneros que he citado antes.

A nivel personal, mi inquietud, me llevó a viajar por el extranjero y a conocer desde joven distintas aproximaciones a la terapia manual. Teníamos muy claro que nos hacían falta herramientas terapéuticas para tratar al paciente y, en aquel momento, eso nos lo ofrecía la

En Valencia, el inicio de la osteopatía se da en 1988, cuando Francesc Escarmís imparte el primer Curso de Terapia Manual del Aparato Locomotor

osteopatía. Sin embargo, muchos de nosotros no teníamos ninguna afinidad por los criterios o la filosofía de la osteopatía tradicional. Toda la sustentación filosófica jamás me interesó, la aplicación sí.

En Valencia, la introducción de la terapia manual y de las técnicas osteopáticas se inicia en el año 88, cuando Francesc Escarmís imparte el **primer Curso de Terapia Manual del Aparato Locomotor en el Hospital Clínico Universitario de Valencia**. La calidad de las técnicas y el saber clínico de este compañero y amigo aumentó mi interés, y el de los asistentes al curso, por seguir formándonos.

Así pues, en el año 1990, tras incorporarme como profesor a la Escuela de Fisioterapia de la Universidad de Valencia, organizamos el primer Curso de *Postgrado de Terapia Manual del Aparato Locomotor* en la misma en la Universidad y del que tuvimos 11 promociones. Poco tiempo después comencé a colaborar en los cursos que Francesc Escarmís impartía por España. Inicialmente había muchas reticencias por parte de los fisioterapeutas. Hoy, para aquellos profesionales formados en terapias manuales, manipular la columna vertebral es algo común, pero cuando yo empecé en este mundo, era una cosa muy extraña. Pero sobre todo, había reticencias por parte de los médicos que no entendían lo que era la terapia manual, e incluso intentaban prohibir que los fisioterapeutas hiciéramos manipulaciones vertebrales (entonces, los cursos de manipulación vertebral que habían los impartían los médicos en exclusiva para ellos).

Para la sociedad también era algo muy novedoso. En osteopatía éramos muy pocos y los pacientes quedaban sorprendidos con las técnicas de movilización y manipulación. Entonces, la manipulación era casi como algo mágico. No teníamos grandes recursos pero la Universidad de Valencia vio la importancia de apoyar esta formación facilitando su puesta en marcha. Tras el primer curso del Hospital Clínico, y hasta que pudimos contar con las aulas nuevas de la UV, es decir, durante unos 8 años, impartíamos esta formación en el gimnasio del Centro de Rehabilitación del Levante.

La excelente acogida de los fisioterapeutas de aquel momento, que veían en la terapia manual una gran herramienta para su práctica clínica diaria, corroboró que el camino era bueno. Así pues conseguimos que una masa crítica de fisioterapeutas valencianos la consideraran una herramienta común y habitual.

Otro hito de la evolución de la osteopatía en nuestra Comunidad lo marcamos hace 20 años, cuando tras tiempo de trabajo y aprovechando el cambio del plan de estudios tras la RU conseguimos introducir en la formación de Grado en Fisioterapia una asignatura específica, "Terapia Osteopática". La Universidad de Valencia volvía a ser pionera en este campo. Hoy, la asignatura sigue impartándose en la Facultad.

Otro hito en nuestra Comunidad lo marcamos hace 20 años, cuando conseguimos introducir en la formación de Grado en Fisioterapia una asignatura específica, "Terapia Osteopática".

Cinco años más tarde, hace ahora 15, dimos un paso más y transformamos el postgrado en un **Máster** que inicialmente se denominaba de **Osteopatía Estructural**, y que desde hace unos años se titula *Master de Terapia Manual: Enfoque Neuro-Ortopédico Clínico*. La Fisioterapia evoluciona y se produce la eclosión de nuevos abordajes, de nuevas aproximaciones terapéuticas. Antes la terapia manual era manipular y hoy en día lo más importante es una razonada evaluación clínica del paciente teniendo en cuenta que el fisioterapeuta se está convirtiendo en un profesional de primera intención, con toda la responsabilidad y capacidad para hacer una buena valoración y diagnóstico del paciente, y no sólo en aplicar las técnicas. De hecho, debido al desarrollo de aspectos fundamentales en la terapia manual como



En la foto de la izquierda, Francesc Escarmís. Y en la de la derecha, Rafael Torres

el razonamiento clínico del paciente, el reconocimiento de los mecanismos del dolor, la importancia del conocimiento actualizado en la patología del aparato locomotor, la incorporación de diversas nuevas técnicas, y sobre todo, la necesidad formativa del fisioterapeuta de comprender los mecanismos centrales implicados en los cuadros de dolor crónico complejo, decimos cambiar el nombre de la formación, que pasó a denominarse *Master de Terapia Manual: Enfoque Neuro-Ortopédico Clínico*.

Durante estos años fuimos, asimismo, organizando cursos con distintos profesores de Inglaterra, Francia y Australia, abriendo el campo a nuevas ideas y nuevos abordajes en el mundo de la terapia manual, incorporando estrategias de ejercicio terapéutico, neurodinámica, control motor, etc.

Uno de los aspectos que enfatizamos en nuestro master es la imprescindible actualización en conocimientos teóricos de las distintas situaciones clínicas con las que el fisioterapeuta se enfrenta en su práctica diaria y el aprendizaje de herramientas de razonamiento clínico y de reconocimiento de patrones.

Fue entonces y tras hacer cursos con Louis Gifford, David Butler, Gwen Jull, Lorimer Moseley o Gordon Waddell, empezamos a comprender como muchos pacientes con dolor musculoesquelético desarrollaban cambios en el procesamiento central del dolor, lo que requería de una nueva aproximación terapéutica. Nos hizo ver la necesidad de incorporar la práctica basada en la evidencia y los avances en la neurociencia del dolor. Entramos entonces en contacto con la revolución en el dolor que en ese momento se estaba fraguando en el mundo de la fisioterapia. Ahora sabemos que es necesario un cam-

Frente a la osteopatía tradicional, otros apostamos por la integración de la osteopatía y las terapias manuales

bio en el modelo terapéutico del paciente con dolor, integrando el modelo bio-psico social y las nuevas aportaciones de la neurociencia. Debemos formar a los fisioterapeutas para que lideren esta revolución en el tratamiento del dolor. Ello nos llevó a crear hace unos años la Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID).

Así pues, se da un cambio que da lugar a dos visiones: frente a la osteopatía tradicional, otros apostamos por la integración de la osteopatía y de otras terapias manuales. Mientras todavía muchas escuelas se aferran a las filosofías y marcos teóricos de la osteopatía tradicional (en España cada vez más, lo cual es un problema), nosotros hace años que los rechazamos por no sustentarse en la evidencia científica.

En la actualidad, la situación de la osteopatía es diversa: aunque el nivel técnico de los fisioterapeutas españoles es altísimo y hemos conseguido mantener la osteopatía en el ámbito de competencias del fisioterapeuta, por desgracia, han ido cobrando cada vez más fuerza las formaciones con muy poca base científica y los cursos de terapia manual donde se enseñan claramente pseudo-ciencias cuya eclosión en la fisioterapia es un grave problema que puede llevar al desprestigio de la profesión. Por tanto, bajo mi punto de vista, es necesario que desde los Colegios Profesionales y las Universidades no se promueva ningún tipo de formación sin evidencia científica.

A modo de resumen se podría decir que la evolución de la terapia manual y de la osteopatía en la Comunidad Valencia tiene tres fases: la de los diez primeros años, en la que dábamos terapia manual –técnicas de osteopatía que el fisioterapeuta incluía en su práctica pero desprovistas de cualquier tipo de filosofía-; una segunda etapa en la que comienza con las formaciones en osteopatía; y una tercera, en la que llevamos los últimos diez años, y que viene provocada por la eclosión de nuevos abordajes y que llevan a la integración de otras aproximaciones en terapia manual y, sobre todo, por colocar en el centro de nuestra atención terapéutica al paciente, integrando los conocimientos actuales en el mundo del dolor.



Con Divisa Verde y Oro



José A. Polo Traverso

PT, DPT, OCS, FAAOMPT. Doctor en Fisioterapia
 Fellow de la Academia Americana de Terapia Manual

El bagaje cultural español es incuestionable, una fuente inagotable de riqueza y reflexión para quien lea libros y se interese por nuestra Historia, rica en altibajos. Los rateros cervantinos, el revanchismo legendario de Alfonso VI tras la jura de Santa Gadea, las intrigas palaciegas contra Cristóbal Colón o Hernán Cortes, el motín de Esquilache, las políticas nefastas de Fernando VII, el ajusticiamiento vil de Rafael de Riego o el vergonzoso juicio contra el almirante Cervera son ejemplos del puchero amargo de entonces que se sigue guisando ahora en mayor o menor medida. Echo de menos en este siglo el pundonor de Gonzalo Fernández de Córdoba, la agudeza de Quevedo, el par de Bemoles de Daoiz y Velarde, el patriotismo sin ambages de Blas de Lezo y el carácter modernizador de Jovellanos. A pesar de ello confieso que, tras dos décadas de *Star Spangled Banner*, también echo de menos las cintas originales de Chiquetete en los bares de carretera, los churros, los Telediarios, las siestas de cuatro horas, la guasa que se gastan los camareros gaditanos, los partidos del Betis en noches de verano y uno de mis pasatiempos favoritos: las corridas de toros. En esta pieza y si me lo permiten me voy a dar el gusto y la voy a escribir desde el tendido de sol de la Maestranza. Va por ustedes.

La banda anima al respetable mientras el torero, con escolta de alguacillos, areneros y monosabios camina el albero haciendo el paseíllo. Viste traje de luces blanco como el de Belmonte aunque le resulta incómodo porque se le clava la taleguilla en la ingle; todo sea por guardar las formas, se dice a sí mismo. Viene solo a esta plaza pero se siente acompañado por los espíritus de los que se fueron – Freddy, Geoffrey, James – y de los que son – Emilio, Josh, Grey. El diestro saluda y el presidente da su visto bueno para que comience la fiesta. La comitiva se dispersa entre aplausos. Que Dios reparta suerte... Soy fisioterapeuta desde que nací aunque me gradué en Valencia en 1988. De todas las amantes que se cruzaron en mi camino la Fisioterapia es la única a la que nunca hice llorar; los doctorados y especialidades con los que adorno mi firma dan fe de que no consigo olvidarla. Me considero firme defensor de nuestra profe-

sión, la que merece un puesto destacado en las Ciencias de la Salud. He lidiado en varias plazas nacionales y de ultramar; frecuente azote del lerdo mantengo la creencia de que la Fisioterapia acabará tomando el puesto de la medicina musculo esquelética porque somos especialistas en movimiento, capaces de demostrar la combinación idónea de arte y ciencia.

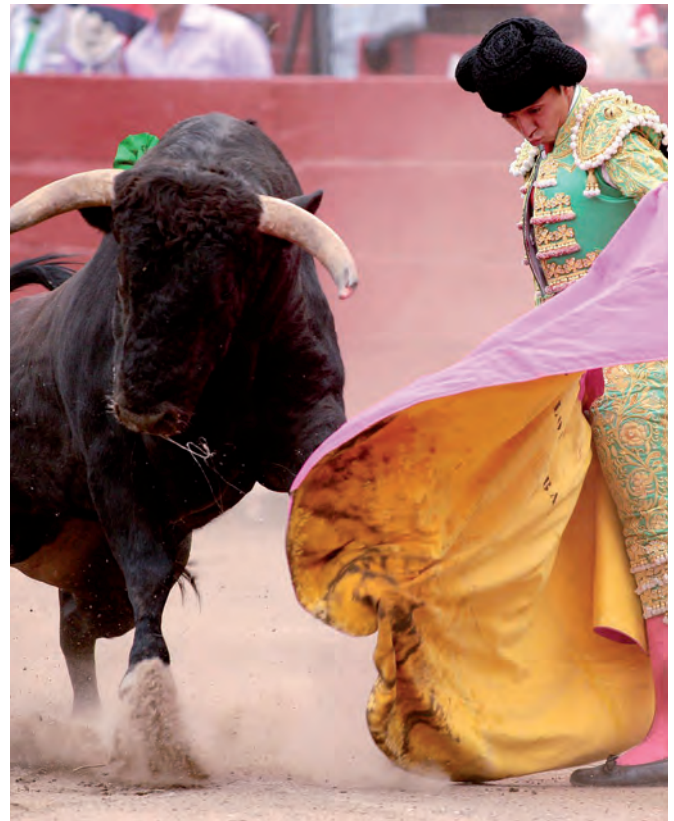


En el paseíllo, el fetén que no acaba en un Juzgado de Guardia, los diestros se presentan al respetable; el maestro camina sobrado de pundonor, sabedor de que en cualquier momento puede llevarse un pitonazo que se lo lleve al otro barrio. Aun así se clava de rodillas y torea cuarenta pacientes, sesiones de cinco euros, jefes ignorantes e instituciones necias con dignidad y mucha vergüenza torera.

Cubierto a medias tras el capote el diestro se encomienda a la Virgen del ANOVA mientras espera a puerta gayola. De un seco cerrojazo la puerta de toriles deja paso franco al astado que aguardaba en el chiquero; Osteopatía es un toro grandote, astifino, bien plantado y ligero de manos, quinientos y pico kilos de una ganadería de nueva hornada en nuestro país pero que ha dado mucho que hablar en los tendidos. Según sale se enfila al torero y este le recibe con una verónica que levanta la plaza. Un puñado de oles resuenan en los tendidos... Reconozco a este toro porque ya nos vimos las caras en el ruedo hace años; sugiero al respetable que le eche un vistazo al artículo que esta revista tuvo a bien publicar en Junio del 2010 (volumen VI, numero 2) y que con el título "No Me Pises Que Llevo Chancas" tomó medida de la práctica de la osteopatía en España y de sus implicaciones profesionales. Lo que escribí hace cinco años lo suscribo ahora y en la misma plaza.

El diestro le dedica al morlaco una faena de cercanías, ajustando las tres primeras tandas al pitón derecho; estatuario, imparable como Manolete, arimando verónicas y chicuelinas con la seriedad que requiere el momento. El respetable le premia con palmas y el toque de clarín abre el tercio de varas. El torero le dedica un último capotazo al cornúpeto, una remolina que lo deja suelto buscando donde clavar las defensas. El diestro se retira con calma a la barrera porque el picador viene preparado para darle castigo al astado y la sangre chorreando por los lomos le pone mal cuerpo.....) En este tercio no me preocupa educar sino reivindicar nuestra profesión como profesionales a los que, de facto, les cuartejan las competencias día sí y el otro también; y hace falta a veces un picador repartiendo puyazos para que nos tomen en serio porque hoy medran los que limitan nuestras facultades profesionales, los que se afanan en mantenernos como a los champiñones: en la oscuridad y cubiertos de estiércol. Por ello pido a gritos que abramos las ventanas y dejemos pasar la luz: los méritos de la movilización articular para el tratamiento de lesiones neuro-musculo-esqueléticas en el raquis o las articulaciones periféricas han sido sumamente probados y no creo necesario discutirlos ni aportar referencias bibliográficas adicionales al respecto; de igual forma estoy dispuesto a discutir la validez de las movilizaciones viscerales cuando la evidencia disponible, seria, imparcial, peer reviewed y pata negra cinco jotas aporte razones suficientes para hacerlo. Que la osteopatía en España se encuentre en una situación alega o que flote en un vacío jurídico contra natura me parece previsible considerando las leyes que gobiernan las ciencias sanitarias en España, leyes a menudo absurdas que permiten a un enfermero, sin saber la diferencia entre ejercicio terapéutico y una Fan-

Sería un disparate colosal adoptar el modelo francés y que el fisioterapeuta, a no ser que sea osteópata, no pueda movilizar una articulación porque no tiene competencias para ello



ta de limón, gobernar un equipo de fisioterapeutas; o a un facultativo dictar intervenciones fisioterápicas con el razonamiento científico de Mariló Montero. Para mear y no echar gota. Por ello, entre puyazo y puyazo reclamo seriedad y toma de decisiones con rigor científico y respeto a nuestra profesión. Un último varetazo antes de que suenen los clarines: el tratamiento de enfermedades, la cura de lesiones por medios físicos incluyendo movilización articular se practicaba mucho antes de que al doctor Still se le muriese la familia de meningitis; a ese conjunto de terapias físicas la llamamos hoy Fisioterapia y en el siglo XXI vienen con un aliño de razonamientos clínicos basados en evidencia científica.



Ni puyas ni banderillas son necesarias en esta plaza. El castigo al toro es innecesario; el más doloroso es el que nos infligimos a nosotros mismos cegándonos con la misma venda que usamos con el caballo del picador. Es hora de que miremos al toro de frente y le agarremos por los cuernos por derecho.

El sobresaliente distrae al toro mientras el picador se retira. Desde la barrera los banderilleros se ajustan la montera y miran al toro con la misma cara que Curro Romero le dedicaba al bicho antes de hacer una espantá; Osteopatía parece dolerse del castigo pero mantiene alta la testuz, valiente en el segundo tercio, sangrando lo justo. De banderilleros anda cortita esta corrida, se dice el diestro, porque los que se echan ahora al ruedo no se arriman mucho al toro; será por eso que el público parece más atento a los selfis que a lo que sucede en la plaza... Para mi sorpresa la Asociación Española de Terapia Manual Ortopédica parece no tener mucho interés en clavarle al bicho un par en todo lo alto, circunstancia que me llama poderosamente la atención; tampoco parecen tener interés los Colegios de Fisioterapia en España, ocupados aparentemente en meter a todas las ovejas en el redil antes de que se ponga a llover y les agüen la fiesta. El comportamiento de ambos ni lo entiendo ni lo comparto; el día que sea necesario en España ser osteópata para movilizar o diagnosticar diré de la Fisioterapia aquello de *entre todos la mataron y ella sola se murió*. La osteopatía no ha sido, no es, ni puede ser una especialidad de la Fisioterapia ni la fuente última de donde beber conceptos de terapia manual; lo que los osteópatas llaman osteopatía yo lo llamo *fundamentos clínicos para la movilización articular* y los clasifico en las competencias de los fisioterapeutas. Andrew Still no descubrió la osteopatía de la misma forma que el Banco de España no inventó el dinero ni los hermanos Bultó descubrieron la rueda; el tratamiento de lesiones y enfermedades a través de movilizaciones articulares se viene practicando con más o menos víctimas mortales desde que el perro de Dios era un cachorrito y es un patrimonio común. Lo que hemos aprendido con el tiempo es a aplicar rigor científico a estas maniobras, un

paso de gigante del que responsabilizo en gran medida a San David Sackett, patrón de la Evidencia Bendita y al que le dedico siempre mis oraciones vespertinas. Ni las movilizaciones articulares ni las técnicas de terapia manual pertenecen a osteópatas, quiroprácticos o fisioterapeutas; por otro lado las bases clínicas que gobiernan los motivos por los que un terapeuta ejecuta una movilización articular o decide no ejecutarla, las que indican que ejercicio terapéutico debe ser prescrito o las que recomiendan la derivación urgente de un paciente a un facultativo son las que caen directamente bajo el manto de la Fisioterapia son las que, a mi juicio, debemos elevar a la palestra y discutir las seriamente en instituciones académicas, asociaciones y colegios profesionales. Ahí está la madre del cordero y el resto es el chocolate del loro.

Tras un éxito desigual en el tercio de banderillas, los claires señalan el cambio de tercio. La suerte de muleta ofrece el diestro la oportunidad de ganarse el aplauso o las iras del público y el torero, sabedor de lo que se juega, se encomienda a la Virgen del Infrarrojo Milagroso para que interceda o al menos caliente el ambiente en los tendidos. Aquí el respetable juzga si el diestro se arrima a la bestia, si los pases de muleta son fetén o se rompen a medio camino. El diestro brinda el toro, como no podía ser de otra forma, a la Fisioterapia; tanto da si la montera que lanza cae al albero boca arriba. El presidente hace una señal y la banda ataca con pasión un pasodoble torero: Con Divisa Verde y Oro, un clásico de doña Concha Piquer. El olor a puro habano recorre los tendidos... Los fisioterapeutas, verdaderos especialistas en movimiento, deben poseer el conocimiento clínico necesario para, a través de una revisión de sistemas e historial clínico, anamnesis, examen clínico, diagnosis

y prognosis tratar estas lesiones con los medios físicos a su alcance. Una de esas herramientas es la movilización de las articulaciones sinoviales y el tejido blando; o la inmovilización cuando se haga necesaria. Me parecería un disparate colosal adoptar el modelo francés y que el fisioterapeuta, a no ser que sea osteópata, no pueda movilizar una articulación porque no tiene competencias para ello; para mear y no echar gota, amigo lector. Ni la movilización articular es la mejor ni la única herramienta al servicio del fisioterapeuta pero es, sin duda, la que genera más controversia. La mejor herramienta de la fisioterapia a mi juicio es el razonamiento clínico que nace del conocimiento académico, la evidencia disponible y la experiencia profesional; el diagnóstico y el tratamiento son consecuencias naturales de este proceso. Maitland o Kaltenborn fueron fisioterapeutas excepcionales y su profesionalidad se ponía de manifiesto sin apenas sacar las manos en los bolsillos; son preferibles unas manos llenas de cerebro que un cerebro lleno de manos. Retorcer pescuezos, acribillarle los lomos al paciente con manipulaciones articulares al buen *tun tun* no es un elemento terapéutico ni establece a un terapeuta como osteópata o fisioterapeuta; le hace simplemente una lacra para la sociedad y un insulto a nuestra profesión.

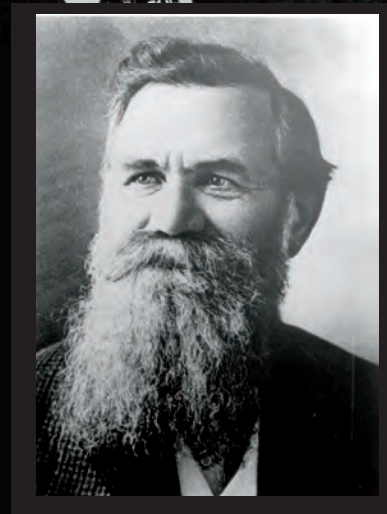
El toro, de casta noble hasta los corvejones, responde fiel a la muleta al compás de los lances que marca el diestro. Naturales y pases de pecho se suceden uno tras otro; las manoletinas y los molinetes levantan al público en los tendidos, atentos a que el diestro se lleve un pitonazo en el triángulo de Scarpa y la espiche allí mismo como Joselito el Gallo, Paquirri y tantos otros. El toro se arrima sincero, exigente con el pitón izquierdo mientras el tercio de muerte llega a su fin. El del traje de luces empuña el acero y lo enfila con el hoyo de las agujas mientras en la plaza se hace el silencio. De improviso un mar de pañuelos blancos cubre los tendidos y el torero aguarda el merecido indulto mientras el toro, derrochando nobleza, aguarda el envite devolviendo la mirada al diestro... A estas alturas de la corrida hay demasiado respeto mutuo para que el torero le propine al toro un golletazo o una estocada pescuecera facilona; tampoco cabe que el toro le desgarre la femoral al diestro de un pitonazo bajuno. Toro y torero están íntimamente relacionados, son una misma cosa y dependen el uno del otro para que la Fiesta, con "F" de Fisioterapia, continúe su curso en este país de contradicciones. La Fisioterapia es una especialidad de las ciencias sanitarias con la manga tan ancha que es capaz de aglutinar conceptos científicos dispares, filosofías variopintas y técnicas de tratamiento ancestrales; por ello reservo las estocadas fulminantes para los intrusos playeros o urbanitas, para los que permiten las sesiones de Fisio-



Me consta que los conceptos originales de Still han evolucionado hasta aceptar los parámetros de la Práctica Basada en la Evidencia y desde aquí aplaudo el proceso; sin embargo no resulta de recibo permitir que la osteopatía en España se apropie de los conceptos de terapia manual por apatía de los fisioterapeutas o connivencia con las instituciones.

terapia de cinco euros, para los que pretenden arrebatar técnicas de movilización articular al fisioterapeuta, para el profesorado que no sabe hacer la "O" con un canuto o pasa mucho de calentarse la cabeza, para los vendedores de cursos inútiles, para la indolencia y la endogamia en círculos académicos y para la cobardía en las instituciones que gobiernan, regulan y aglutinan a los fisioterapeutas en España.

No se trata de indultar a la osteopatía porque no hay nada que indultar; los conceptos clínicos en los que la osteopatía, la quiropraxia o la terapia manual basan sus intervenciones deben ser parte integral de la educación que se recibe en las universidades españolas, conceptos médicos sobre los que en las aulas se reparten con pinceladas demasiado escasas. No es de extrañar que los recién egresados salgan al mercado laboral justitos de formación académica y hambrientos de formación post-gradúo. Incómodos con los conceptos de *movilización, diagnóstico, diagnóstico diferencial o razonamiento clínico* en fisioterapia resulta políticamente aceptable incluir a la osteopatía como una especialidad de la Fisioterapia en vez de aceptar nuestra propia incapacidad de reconocer al fisioterapeuta como el especialista en medicina musculoesquelética y otorgarle, entre otras cosas, la capacidad de examinar, diagnosticar y tratar al paciente basándose en su propio razonamiento clínico. Este es el ruedo en el que los Colegios, Universidades, sindicatos y asociaciones profesionales brillan por su ausencia; tal vez porque nadie en su sano juicio que pretenda medrar en España puede permitirse el lujo de calzarse un traje de luces, amarrarse los machos y agarrar al toro por los cuernos.



Andrew Taylor Still, padre de la osteopatía, arriba en la primera fotografía de la izquierda. A la derecha, su discípulo William Garner Sutherland. Y a la derecha de este pie de foto, David Palmer, precursor de la Quiropraxia.

Pasado y presente de la Osteopatía

José Ángel González. Director de *Fisioteràpia al Dia*. Colegiado 2381

El avezado lector de nuestra publicación habrá tenido ya ocasión, si ha leído previamente en esta entrega estival las destacadas colaboraciones de pioneros de la talla de François Ricard, Ginés Almazán, o Rafael Torres, de hacerse una clara idea de lo que representa la osteopatía internacional, española y valenciana en estos momentos.

No pretenderé, por tanto (máxime sin dominar la materia), presentar mejores argumentos que los ya expuestos por tan brillantes profesionales; pero sí introducirles en la perspectiva histórica reciente de tan valiosa materia, cada vez más imbricada con la Fisioterapia.

Podemos situar el origen directo de la Osteopatía en época contemporánea, irrumpiendo en los Estados Unidos decimonónicos de la mano de un personaje de película: el doctor **Andrew Taylor Still** (1828-1917), un médico virginiano, graduado en Missouri, que ejerció en el medio oeste americano, principalmente en el estado de Kansas. Pero la vida de Still más parece la de un pionero del *Far West*: profundamente religioso (por influjo de un padre predicador), oficial de la Unión en la Guerra de Secesión, parece ser que estuvo influido por los indios en el "arte" de la manipulación. No obstante, un revulsivo mayor en su biografía sería la trágica pérdida de tres hijos por meningitis en los años sesenta del XIX, lo que le llevó a replantearse la Medicina de entonces, y a desarrollar sus principios osteopáticos, potenciando las manipulaciones espinales en la medicina interna, así como la relevancia de la irrigación y la inmunidad.

Siguiendo el relato de Ginés Almazán en la entrevista que nos concedió, "Still fundó en 1892, ya con casi 70 años, la primera escuela de osteopatía del mundo. Pero contemporáneo de Still (llegaron a estudiar juntos) fue el precursor de la Quiropraxia: **David Palmer** (1845-1913), quien después indagó de otra manera y "montó" su propio proyecto, constituyendo la primera escuela de quiropráctica, centrada en lo manual pero focalizándose mucho en la columna vertebral y técnicamente en la manipulación con técnicas de alta velocidad, las técnicas de *thrust*."

Tras la muerte de Still, serían sus discípulos directos formados en aquella primera escuela fundada en 1892, la de **Kirksville (Missouri)**, quienes impulsaron y difundieron la Osteopatía en el mundo anglosajón: el estadounidense **Wiliam Garner Sutherland** (1873-1954), pionero de la osteopatía craneal, y el escocés **John Martin Littlejohn** (1865-1947), fundador en 1917 de la **British School of Osteopathy (BSO)**, si bien había fundado previamente con Still una escuela en Chicago, hacia 1900. Así continuando con las interesantes pinceladas del profesor Almazán, "progresivamente, la osteopatía empieza a ganar terreno en Estados Unidos y durante los años 40, coincidiendo con las guerras mundiales, los osteópatas consiguen un estatuto médico en dicho país".

Pero centrándonos en Europa, junto con la citada BSO, el contexto francés también destacaría, en especial a partir de mediados del siglo XX, cuando se funda la Escuela Francesa de Osteopatía en París (1951). Y francés es otro de nuestros actuales pioneros, **François Ricard**, cuya amena entrevista les invito a leer en las páginas vecinas, para que conozcan a tan valioso referente en primera persona.

Será precisamente de influencia mayoritariamente francesa y británica la formación de los primeros osteópatas españoles, donde debemos destacar al menos tres gran-



En la foto de arriba, el doctor Still dando explicaciones a su discípulo John Martin Littlejohn, fundador de la BSO y a quien vemos en la foto de la izquierda.

Abajo, la Escuela de Medicina Osteopática de Kirksville, Missouri (1892)



des nombres: **José Luis González Nieto**, **Francesc Escarmís** y nuestro ya conocido **Ginés Almazán**.

José Luis González Nieto, ya fallecido, además de un destacado fisioterapeuta pionero madrileño, fue nada menos que fundador, allá por los años sesenta, de la Escuela de Fisioterapia de la ONCE, y todo un ejemplo de superación para los profesionales de la salud. Como destacan en sus respectivas entregas tanto Ginés Almazán como Rafa Torres, González Nieto era un invidente inquieto e inteligente, que marcó a sus compañeros coetáneos (y ojalá que quien suscribe este artículo hubiera tenido la suerte de conocerlo en persona).

Francesc Escarmís (un simpático y vivaracho docente a quien sí que he tenido la suerte de conocer en un Congreso, organizado precisamente por su "discípulo" Rafa Torres) coincide con el anterior como pionero de otro destacado centro académico: la **Gimbernat**, primera Escuela Universitaria de Fisioterapia de Cataluña, fundada en 1985. Escarmís se formó, como nos recuerda Rafa Torres, en la Escuela de Osteopatía de Mainstone (Inglaterra), y desde los años sesenta no ha parado de investigar y formar al respecto (coincidiendo en numerosas ocasiones con Torres y Almazán), hasta fundar una Escuela de Osteopatía en Barcelona.

Ginés Almazán es nuestro "tercer mosquetero". Y para no serles plúmbeo o reiterativo, queridos lectores, mejor les remito (al igual que en el caso de Ricard) a que lean el extenso "*Parlem Amb...*" que le dedicamos en esta revista, pues no en vano está considerado por muchos compañeros como el principal referente de la Osteopatía en España, junto con su ya citado colega y amigo François Ricard; pero no sin antes matizarles que Almazán es el director y fundador de la Escuela de Osteopatía de Madrid, así como un excelente gestor que está expandiendo esta materia por Iberoamérica y parte de Europa y Asia.

Llegados a este punto, no debemos olvidar que la Fisioterapia y la Osteopatía van cada vez más cogidas de la mano en nuestro país, de ahí que se haya creado recientemente el **ROFE: Registro de Osteópatas titulados en Fisioterapia en España**; no estaría de más consultarlo, ¿no creen?

Finalmente, en la Comunidad Valenciana no podemos dejar de citar numerosos referentes como **Juanjo Boscá**, que fue alumno de la histórica primera promoción universitaria de Fisioterapia en España (la de Valencia egresada en 1986), quien ha creado una destacada institución de postgrado en Terapia Manual y Osteopatía, iniciada en su localidad de origen, Tavernes de Valldigna; **Juan Rodrigo**, que compagina su trabajo de gestión en la fisioterapia pública con la de pionero fisioterapeuta osteópata en su comarca, La Ribera; y nuestro "archialudido" **Rafa Torres** (de la tercera promoción de fisioterapeutas de la citada Escuela de Valencia), que no en vano ha sido precursor en la Universidad de Valencia de un primer Master de Terapia Manual Osteopática, así como fundador de la **Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID)**.

La lista se extiende exponencialmente con los nuevos osteópatas de la Comunidad Valenciana, jóvenes figuras valiosas de la Fisioterapia autóctona que tienen mucho que decir, compaginando su creciente experiencia clínica con sus recientes aportaciones gestoras al **ICOFCV**, como **Josep Benítez**, **Juanjo Bruñó**, **Francesc Taverner** y **Vera Moltó**; o jóvenes promesas docentes como **M^a Dolores Arguisuelas**, **Enric Lluch**, **José Botella**, **Mireia Martí**, **M^a José Sánchez Hueso**...

En fin, todo un elenco en cuyas manos está depositado el presente, y el futuro, de nuestro titular de FAD de julio de 2015: La Osteopatía en Fisioterapia. ¡Disfrútenla!



- (1) José Luis González Nieto en la Escuela de la ONCE con algunos alumnos.
- (2) Francesc Escarmís.
- (3) François Ricard en su clínica de Madrid.
- (4) Ginés Almazán en la Escuela de Osteopatía de Madrid.
- (5) Rafa Torres.

Tratamiento osteopático de la mujer: infertilidad, parto, puerperio



Dra. Elena Martínez Loza

Fisioterapeuta Colegiada en Madrid y Osteópata

Ph.D., D.O., FT.

Profesora en la EOM

Para realizar un tratamiento osteopático de la mujer es necesario conocer los fenómenos fisiológicos que acontecen en el cuerpo humano, así como también los procesos patológicos.

Es importante hacer un historial clínico ginecológico, observar su postura, si hay desequilibrio del anillo pélvico, disfunciones somáticas de la columna lumbar, problemas craneales, etc. El tratamiento osteopático ginecológico se basará sobretodo en el diagnóstico que habremos realizado con lo que la paciente nos comenta, realizando test diagnósticos y de movilidad, sus signos y síntomas.

INFERTILIDAD Y OSTEOPATÍA

Hay que diferenciar muy bien los términos infertilidad y esterilidad que se utilizan para denominar un problema actual, que es la incapacidad para tener descendencia.

Pueden existir muchos factores anatómicos, temporales o psicológicos para que la fecundación no se realice.

Dentro de los factores anatómicos puede haber disfunciones como una mala posición del útero (entre ellas anteversión, retroversión, lateroversión), flexiones uterinas, retroflexión y torsiones. Puede existir falta de contractilidad de la trompa, adherencias tubáricas, endometriosis, historial de abortos repetidos, etc.

Diagnóstico de infertilidad

Se debe realizar un estudio básico de la fertilidad que incluye: la determinación hormonal, pruebas de trombofilia adquirida o hereditaria, estudio de coagulación, estudio de compatibilidad entre los conyugues. Se realizará ecografía transvaginal, citología, histerosalpingografía.

Para determinar si la infertilidad es por factor masculino se pedirá un seminograma como estudio básico, hasta otros estudios de mayor complejidad.



Figura 1. Test de la *COMMÈRE*

Lo que está claro es que para que haya concepción, es necesario que el óvulo esté sano y el esperma también en un medio adecuado. Si una mujer tiene períodos menstruales irregulares, con diferencias hormonales, es posible que la solución sea la terapia medicamentosa.

La meta del tratamiento de la infertilidad es facilitar la concepción tratando la globalidad para ir a la disfunción local. Por lo tanto es una combinación de todos los sistemas: locomotor, visceral, craneal.

En cuanto a técnicas viscerales, se utilizan técnicas externas e internas para corregir la mala posición uterina, técnicas ligamentarias, tratamiento de los intestinos.

Aún hoy, no existe ninguna publicación sobre resultados del tratamiento osteopático en la infertilidad.

Diagnóstico osteopático musculoesquelético

El examen físico osteopático consiste en identificar las disfunciones somáticas vertebrales y periféricas que pueden influir sobre el sistema hormonal y la esfera ginecológica.

EMBARAZO NORMAL

Los cambios que se producen en la mujer durante la gestación pueden generar disfunciones somáticas.

Estos cambios y modificaciones son debidos al desarrollo del feto que afecta a la estructura y biomecánica de la mujer, a cambios hormonales que permanecerán hasta después del parto.

El trabajo del osteópata será que la gestante se adapte lo mejor posible a esa nueva situación y a esas dolencias, tratando que le sean lo menos dolorosas y molestas.

El centro de gravedad cambia y para compensar el desequilibrio que eso significa se acentúan las curvas de la columna con un aumento de la inclinación pélvica.

Cambios Posturales

Al final del primer trimestre

El centro de gravedad comienza a ir hacia atrás, mientras que la pelvis rota. Esto está bajo la influencia del recto anterior del abdomen.

El crecimiento del pecho depende de cada mujer, suele ser pronunciado desde el comienzo de la gestación en algunas mujeres, lo que afectará en la distribución del peso.

Final del segundo trimestre

La transición en la charnela T12-L1 es muy importante en este período. Esta zona es el centro del sistema nervioso ortosimpático que se relaciona con la pelvis. El peso del feto incide posteriormente y puede causar dolor de las carillas.

El aumento de la cifosis torácica puede provocar disfunciones de las costillas, dolor de los músculos intercostales o del diafragma al mismo tiempo.

Final del tercer trimestre

El peso del feto recae sobre la sínfisis púbica y suelo pélvico porque la pelvis ha rotado anteriormente otra vez.

Las mamas son muy pesadas comparadas con el estado inicial, los hombros rotan internamente y aumento de las lordosis.

Pueden aparecer síntomas de irritación nerviosa en las extremidades.

Es recomendable considerar la postura anterior al embarazo, porque por ejemplo, el 20 % de las gestantes altas y delgadas, adopta una postura posterior en inversión de curva al final de la gestación. Los problemas facetales no son comunes.

POSPARTO

El puerperio es el período que transcurre entre el parto y el retorno de la menstruación, engloba dos períodos con riesgo que requieren una vigilancia diferente: el puerperio inmediato, que comprende los 10 primeros días después del parto; y el puerperio tardío, de duración variable en función de la lactancia o de la patología.

Los dolores en el puerperio inmediato, pueden presentarse dolores uterinos intermitentes que son los clásicos entuertos más frecuentes en la multíparas que requiere tratamiento medicación antiespasmódica, dolores mamarios otros dolores pueden irradiarse hacia el ano por complicaciones hemorroidales, dolores difusos vaginales o periné.

La incontinencia urinaria, es frecuente que en el embarazo y posparto se presente alteraciones de la micción, en el segundo caso, por el proceso del parto que es traumático por edema, congestión de la uretra y el cambio de posición de los órganos pélvicos, entre otras causas.

En ambas situaciones se pueden corregir estos inconvenientes con técnicas simples.

Los aparatos urinario y genital, a pesar de realizar funciones diferentes, tienen entre sí íntimas relaciones filogenéticas, embrionarias, anatómicas y patológicas.

Es un tema extenso para desarrollar, pero para simplificar los músculos que forman el piso pélvico y los que rodean la vejiga se debilitan y pierden tonicidad favoreciendo que ésta caiga. Otros factores que contribuyen al desarrollo de la incontinencia son: hábitos sedentarios, sobrepeso, numerosos partos vaginales.

La incontinencia urinaria es muy común y se calcula una incidencia del 30% mujeres mayores de 30 años.

Desde el punto de vista osteopático se deben distinguir dos causas esenciales:

a) irritación de la vejiga por tensiones de las fascias pélvicas, versiones fijadas del útero, neuropatías por compresión y ptosis intestinales.

b) Incontinencias urinarias asociadas a prolapso uterino.

Otro molesto problema es la complicación de la episiotomía, desgarros perineales, aparición del síndrome del periné descendido, roturas ocultas del esfínter del ano, neuropatía del nervio pudendo, mala cicatrización de la cesárea, como las patologías más frecuentes.

Tratamiento

- Ejercicio perineal.
- Ejercitación hipopresiva.
- Ejercicios de musculatura pélvica.
- Tratamiento médico.
- En cuanto al tratamiento osteopático será adquirir buena movilidad de la charnela T12L1, armonizar la curva lumbosacra y los músculos del tronco y pelvis, que ejercen influencia sobre la estática lumbopélvica.

El verdadero trabajo en cadena interna de los músculos del suelo pélvico se consigue cuando se suprime el efecto de la presión y el peso de las vísceras.

Los trabajos de *M. Caufrez et al.* Demostraron que una práctica regular de las técnicas de aspiración diafragmática, ejerce efectos muy significativos sobre el tono muscular, disminuyendo incluso las presiones intraabdominales

CONCLUSIÓN

La patología de la mujer es un terreno de elección de la osteopatía. Numerosas patologías de la mujer pueden ser aliviadas por un tratamiento mecánico.

Los dolores vertebrales de la mujer embarazada a partir del 6º mes son una indicación mayor del tratamiento osteopático.

El tratamiento osteopático reposa sobre un diagnóstico médico y osteopático preciso, descartando las contraindicaciones (eclampsia, placenta previa, etc.) que desemboca en un protocolo de tratamiento adecuado.



Figura 2. Lumbar *roll* invertido



Figura 3. Técnica de *lift off* dorsales bajas

Figura 4. Equilibración feto-madre



Figura 5. Técnica cuadrupédica de equilibración funcional madre-feto

La osteopatía en pediatría



Marta Bono Mira

Colegiada 87
Fisioterapeuta. Osteópata D.O.

Como decía el maestro Andrew Taylor Still “nunca nos recuperamos de haber nacido”. Y es que el parto es el primer traumatismo al que nos enfrentamos en la vida. La cabeza del bebé durante el parto está sometida a importantes fuerzas de compresión debido a las contracciones uterinas y a la resistencia a la distensión de la musculatura perineal.

Para facilitar el trabajo del parto los huesos del cráneo del bebé tienen la capacidad de solaparse para que la cabeza ocupe menos volumen y pueda salir mejor por el estrecho inferior de la pelvis de la madre. Normalmente unos días después del nacimiento estos solapamientos tienden a desaparecer y la cabeza del bebé adquiere una forma redondeada y simétrica. Pero en algunos casos, sobre todo en partos largos, partos instrumentalizados o partos en los que la cabeza del bebé no se coloca adecuadamente, los solapamientos se mantienen originando zonas de presión anormales en las suturas. Estas zonas de presión no regular pueden hacer que el cráneo no crezca de forma simétrica.

Habitualmente vemos en la consulta casos de tortícolis congénita: cuando el asistente al parto realiza una maniobra de lateroflexión hacia los dos lados de la cabeza del bebé para facilitar la salida de los hombros es probable que se produzca un sufrimiento del músculo esternocleidomastoideo. Si la tortícolis no se detecta y se empieza a tratar de forma precoz es probable que se acabe instaurando una plagiocefalia. En la tortícolis la cabeza del bebé está inclinada hacia un lado y mirando hacia el lado opuesto. Del lado hacia el que mira el bebé la cabeza sufre importantes presiones en la parte posterior y es probable que esta zona acabe aplanándose generando una plagiocefalia posicional o deformacional. Conviene pues tratar este cuadro para que la cabeza y la cara no crezcan de forma asimétrica y evitar en un futuro problemas mayores como la escoliosis, problemas de oclusión dental por torsión de las mandíbulas o problemas de vista tipo miopía o hipermetropía.

Como ejemplo mostramos dos fotografías que corresponden al mismo bebé con 2 meses de diferencia. Se trata de un bebé con escafocefalia que, habiendo descartado previamente una craneosinostosis, se trató en nuestra consulta.



Lo que comúnmente tratamos en nuestra consulta de osteopatía en el campo de la pediatría son problemas craneales (deformidades tipo plagiocefalia, escafocefalia,...), otitis media, tortícolis congénita, obstrucción del conducto lagrimal, problemas de deglución o de fonación, problemas periféricos tipo pie zambo, antepie adducto, torsión tibial o displasia de cadera así como problemas viscerales como los cólicos del lactante o el reflujo gastroesofágico.

Los osteópatas aconsejamos revisar a los bebés después del nacimiento para detectar pequeños problemas que pueden evolucionar con el crecimiento del niño.

La kinesiología: una terapia fascinante



Ana Isabel Rodríguez Jiménez

Colegiada 511

Fisioterapeuta. Osteópata. Acupuntora. Kinesióloga

El término “kinesiología” procede del griego “kinesis” que significa movimiento. Así pues, mediante la evaluación del tono muscular y los movimientos, se pretende identificar si existe algún problema o desequilibrio que afecte al paciente. Hasta aquí nada nuevo, ¿o sí?

La kinesiología como se entiende hoy en día es una “terapia holística o disciplina que utiliza de forma organizada los mecanismos de facilitación e inhibición muscular, principalmente el test muscular cualitativo, para evaluar la afectación del estrés, actualizando sus mecanismos de adaptación, considerando de forma integrada la estructura, la fisiología, la nutrición, los aspectos cognitivos, afectivos y sociales, así como la energía del ser humano”.

El origen de la kinesiología como terapia complementaria nace en 1964 cuando George Goodheart, quiropráctico, empezó a evaluar a sus pacientes con el test muscular. Kendall originariamente valoraba la fuerza muscular. Posteriormente se reconoció que el concepto de músculo “débil” (inhibido) o “fuerte” (facilitado) dependía de como lo controlaba o modulaba (o se expresaba a través de éste) el sistema nervioso. Así pues, los kinesiólogos hablamos de músculo facilitado o inhibido, terminología que se adapta más al concepto de test muscular como “neurología funcional”. El ser humano tiene su organización, estructura y secuencialidad en base a la neurología, y el test se utiliza y justifica preferentemente en relación a esa neurología.

Goodheart junto con John Thie, se consideran los padres de la kinesiología, puesto que siguieron trabajando e incorporaron los meridianos energéticos de acupuntura al sistema de evaluación con el test muscular. En kinesiología se asocian los meridianos con músculos, vísceras, órganos, olores, colores, sabores, etc., y además desde entonces y a lo largo de estos años en kinesiología se han incorporado otros aspectos significativos para la praxis como puntos reflejos neurovasculares de Bennett, neurolinfáticos de Chapman, neuroemocionales de Lebowitz, nutricionales de Ridler...

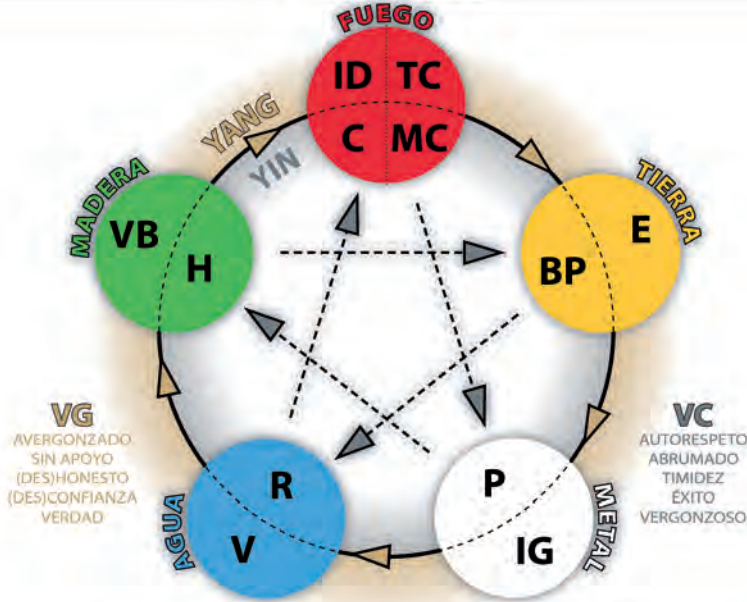
Somos y recibimos un flujo constante de diferentes formas de energía

De este modo, van desarrollándose varios tipos de kinesiología, donde es el flujo de energía e información a través de determinados canales, frecuencias y tejidos, el que se monitoriza a través del test muscular. Caben destacar ramas de la kinesiología actual a nivel internacional como la desarrollada por John Thie con “touch for health”, como la “kinesiología psicoenergética” de Francesca Simeón y Juan Carlos Monge, el Dr. Charles Krebs con su programa “LEAP”, el programa PKP de Bruce Dewe, “three in One Concepts” de Gordon Stokes y Daniel Whitside, “Fisiología aplicada” desarrollada por Goodheart y Richard Utt, “Brain Gym” de Paul Dennison, “Kinergetics” por Phillip Rafferty, etc. Todos ellos abordan el ser humano desde varios ámbitos distintos a través de la kinesiología y con la misma finalidad: la salud y la integridad de la persona en su totalidad.

Para entender todo esto, necesitamos conectar algunos aspectos muy interesantes y bajo mi punto de vista, apasionantes, así que...¡aquí va!

Todo esto va más allá del movimiento de un grupo muscular. Estamos hablando de la interrelación de todo lo que compone el SER en su totalidad: cuerpo físico, mental, emocional, espiritual... Somos una sociedad estructurada y bien organizada de trillones y trillones de pequeños individuos llamados “células” que conviven, interrelacionan, y se comunican entre sí con la finalidad de vivir mejor y más tiempo. Como bien explica H. Lipton en su libro “La biología de la creencia”, desde los primeros organismos unicelulares hasta hoy en día, el

5 ELEMENTOS



PUNTOS PEI

Área	Valor dominante	Trigrama
7 Corona	Equilibrio general - Retroalimentación-f/O	☰ El cielo
6 Cefálicas	Acción y decisión	☳ El trueno
5b Área linfática subclavia derecha y pectoral menor.	Comprobar reactividad entre áreas.	
5a Faringea	Prudencia, flexibilidad. Previsión.	☱ El lago La bruma
4 Cardíaco pulmonar	Riqueza Interior.	☲ El fuego El sol
3 Diafrágica hepato biliar	Diplomacia. Estabilidad emocional y humor.	☴ El viento La madera
2 Abdominal entérica	Perseverancia.	☵ El abismo El agua
1c Área linfática femoral izquierda		
1b Pélvica	Obra a cumplir y alta opinión de uno mismo.	☶ La montaña
1a Contacto: Púbis y C6 izquierda		☷ La tierra

Elemento	MADERA	FUEGO	TIERRA	METAL	AGUA
Emoción	CÓLERA RESENTIMIENTO	ALEGRÍA AMOR, ODIOS	SIMPATÍA EMPATÍA	TRISTEZA CULPA, LAMENTO	MIEDO ANSIEDAD
Sonido	GRITAR	REIR	CANTAR	LLORAR SOLLOZAR	GEMIR
Clima	VIENTO	CALOR	HÚMEDO	SECO	FRIO
Estación	PRIMAVERA	VERANO	VERANO TARDÍO	OTOÑO	INVIERNO
Olor	RANCIO	CHAMUSCADO	PERFUMADO	PODRIDO	PÚTRIDO
Refuerza	LIGAMENTOS	ARTERIAS	MÚSCULOS	PIEL Y CABELLO	HUESOS
Sabor	AGRIO	AMARGO	DULCE	PICANTE	SALADO
Poder	NACIMIENTO	MADUREZ	DISMINUCIÓN	EQUILIBRIO	ENFATIZAR
Yang	ASERTIVO COMPARTIR	ALEGRÍA DISFRUTAR	RESOLUTIVO CLARO	LIBERADO	DECISIÓN
El Cambio	EXPRESIÓN PSÍQUIS	VIVENCIA	REFLEXIÓN	INTERIORIZACIÓN	REEVALUACIÓN RECURSOS
Ying	CÓLERA ENFADO	DESCONECTADO DEPRIMIDO	ATASCADO	TRISTEZA	MIEDO

PUNTOS DE ACUPRESURA PARA TONIFICAR

PUNTOS NEUROLINFÁTICOS

ANTERIORES

POSTERIORES

Supraespinoso

Angular escápula

Subclavio

Supraespinoso

Iliaco

Trapezio Sup.

Aductores

Popliteo

Pect. M. Esternal

Romboides

Diafragma

Cuádriceps

Psoas

Cuadrado lumbar

Tensor Fascia Lata

Isquiotibiales

ANTERIORES

Flex. y Ext. cuello

Redondo mayor

Subescapular

Redondo menor

Deltoides anterior

Serrato mayor

Deltoides medio

Coracobraquial

Pect. M. Clavicular

Supinador largo

Dorsal ancho

Trapezio med., inf.

Tríceps

Oponente pulgar

Gemelos

Sóleo

Recto interno

Sartorio

Tibial ant. y post.

Paravertebrales

Peroneos

Piramidial

Glúteo medio

Glúteo Mayor

Abdominales

Supraespinoso

Angular escápula

Trapezio Sup

Subclavio

Popliteo

Pect. may. esternal

Romboides

Aductores

Diafragma

Cuádriceps

Psoas

Tensor Fascia Lata

Isquiotibiales

Cuadrado lumbar

POSTERIORES

PUNTOS DE ALARMA

ANTERIORES

POSTERIORES

MC

C

H

VB

E

BP

R

IG

TC

ID

V

entorno ha condicionado la forma de vida, produciendo adaptaciones al medio en el que vivimos, llegando a modificar nuestro ADN con el único objetivo de la supervivencia, siendo aplicable a cualquier organismo vivo. Al fin y al cabo estamos hablando de la epigenética como mecanismo de evolución de las especies.

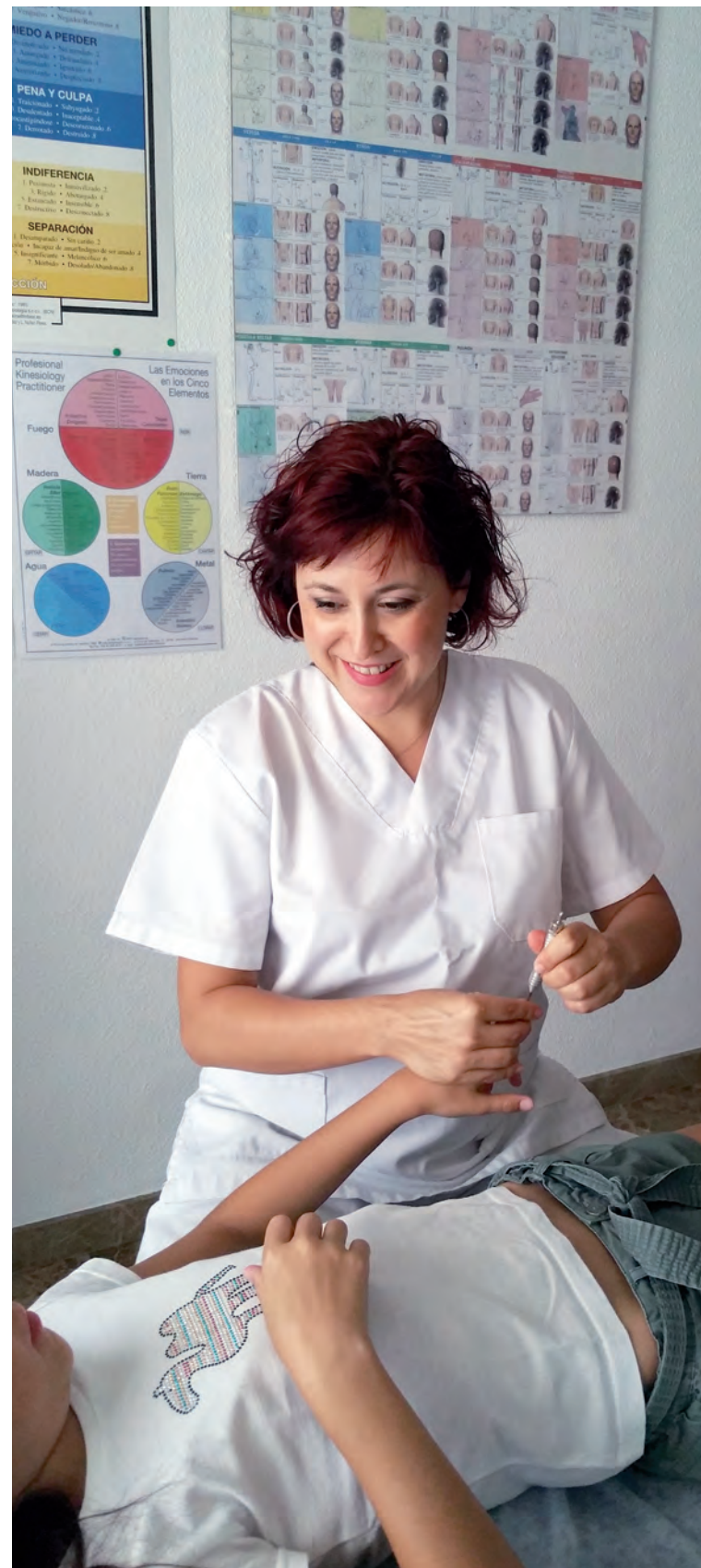
Así pues, si nosotros somos un gran conjunto de individuos bien organizados, ha de haber una forma de comunicación tan perfecta y avanzada que les permita saber qué está pasando en todo momento en cualquier lugar de nuestro cuerpo. Esta red de comunicación es muy extensa; el sistema nervioso, endocrino, miofascial, propioceptivo, circulatorio, músculo-esquelético, digestivo... En definitiva, flujos de información. Despolarizaciones de las membranas de las células que suponen cambios eléctricos y bioquímicos, propiedades piezoeléctricas o de tensegridad de nuestros tejidos, impulsos eléctricos que crean campos electromagnéticos, receptores sensoriales que detectan presiones, tensiones, luz, sonido, y cualquier otra forma de energía. Efectivamente, somos y recibimos un flujo constante de distintas formas de energía.

Y esto no debería sonarnos raro como fisioterapeutas; trabajamos con física y, evidentemente, con energía.

En el ámbito de las "terapias alternativas" esto no es nada nuevo. La acupuntura, la medicina tradicional china, el par biomagnético del Dr Goiz, la homeopatía, reiki, etc., trabajan con meridianos, con puntos específicos, con imanes que crean campos electromagnéticos, con sustancias, con campos energéticos, con frecuencias... Todo tiene y emite una frecuencia, y nosotros como seres humanos las recibimos y las emitimos. En definitiva, de nuevo, flujos de información.

El flujo de energía e información se refiere también a aspectos afectivos, emocionales, cognitivos y psicológicos, geobiológicos, etc.

En el libro de James L. Oschman "medicina energética: la base científica" nos demuestra científicamente por qué funcionan estas terapias y explica profundamente como el sistema fascial o matriz envuelve, comunica e interrelaciona órganos, vísceras, músculos, nervios, vasos sanguíneos y linfáticos, etc. En definitiva, todas las células de nuestro cuerpo, y cómo las Integrinas (moléculas integradas en la membrana celular) comunican o vinculan el exterior de la célula con la envoltura nuclear y el contenido genético del núcleo, lo que nos lleva de nuevo a la epigenética y a la comprensión de nuestro SER a todos los niveles; intra e interrelación.





Fisioteràpia

Osteopatía en Fisioterapia

propioceptivo y muscular. Por tanto, el músculo puede tener integridad fisiológica y funcional, pero otros factores pueden influir en el nivel de facilitación o inhibición del HNM.

Con estas bases, si acortamos el HNM propioceptivamente y aplicamos una fuerza ligera, el músculo se inhibirá, puesto que neurológicamente interpreta que ya está acortado. De igual manera, si lo volvemos a tonificar, nos dará facilitado, respondiendo correctamente. Esto determina un músculo normotónico que se organiza correctamente ante los estímulos. Ahora nos basaremos en el test a este músculo con un contexto de trabajo determinado y con desafíos varios para poder trabajar.

El cuerpo se comunica y nos comunica. Con un sistema de entendimiento, podemos llegar a la raíz del pro-

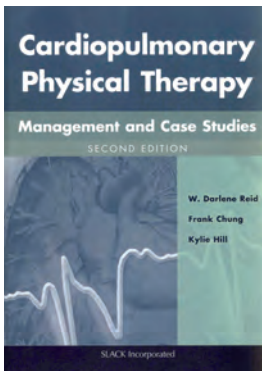
blema, al origen, valorando todos los niveles. ¿no es fantástico?

Bajo mi experiencia personal y con el conocimiento de varias terapias, el enfoque y el valor que la kinesiología me aporta, tanto como terapeuta como paciente, he de decir que es una herramienta íntegra, profunda, fascinante, apasionante, potente, extremadamente válida, y con un potencial asombroso. En mi caso, me ha ayudado a sentirme mejor física, mental y emocionalmente, a comprender y respetar al Ser humano en todos sus aspectos... a vivir mejor íntegramente. No olvidemos nunca el respeto, la humildad, el amor y el poder de la intención para con nosotros mismos y con los demás, en nuestro trabajo como terapeutas y en nuestra vida como seres humanos. Tenemos una profesión maravillosa. Sigamos adelante.



José Lendoiro Salvador

Fisioterapeuta y Doctor Colegiado 1457



Cardiopulmonary Physical therapy: management and case studies

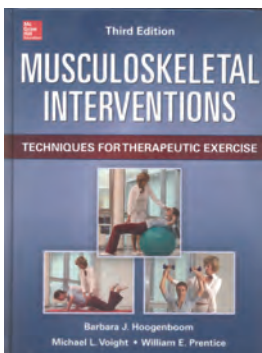
Coordinadores y directores: **W. Darlene Reid, Frank Chung, Kylie Hill** Ed. SLACK Incorporated (2014 2ªed.) ISBN 9781617110290 Pgs: 469 P. a.: 51€

Los 23 capítulos de la primera sección están divididos en tres apartados, en primer lugar está descrita la fisiología patológica de los sistemas respiratorio y cardiovascular. En segundo lugar, las diferentes técnicas de evaluación cardiopulmonar, incluido el examen físico, auscultación, así como los tests funcionales para la valoración del movimiento y fuerza, así como las terapias de ventilación no invasiva, en cuyos capítulos intervienen los profesionales fisioterapeutas. El tercer apartado recoge los capítulos dedicados a la educación cardiopulmonar de los pacientes, los ejercicios y estrategias para potenciar el sistema respiratorio, así como el posicionamiento de los pacientes, movilizaciones,... dedicando dos capítulos finales a la cinesiterapia cardiaca y pulmonar, habiendo también gran presencia de los fisioterapeutas entre sus redactores.

La segunda sección recoge 24 casos clínicos en los que se detalla la actuación con respecto a los diferentes condicionantes quirúrgicos, médicos, traumatismos, dolencias respiratorias crónicas, incluidas las agudas, afecciones cardiacas, así como las enfermedades cardiorespiratorias.

La última sección es una guía de contestaciones a las cuestiones presentadas tanto en los capítulos como en los casos clínicos, que finaliza con apéndices con parámetros de valoración a partir de los resultados de laboratorio, e índice temático.

En esta nueva edición se han incluido los casos clínicos seleccionados con evidencia científica, una perspectiva internacional de la Fisioterapia en los diferentes países, así como nuevos capítulos relacionados con las prácticas fisioterápicas.



Musculoskeletal interventions: techniques for therapeutic exercise

Coordinadores y directores: **Barbara J. Hoogenboom, Michael L. Voight, William E. Prentice** Ed. McGraw-Hill (2014 3ªed.) ISBN 9780071793698 Pgs: 1.147 P. a.: 68€

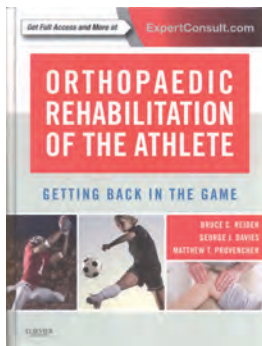
Ya comentamos la publicación de la 2ª edición de este libro editada en 2007 (928 páginas), en el nº2 (2008) del Volumen IV, como uno de los manuales sobre Cinesiterapia, o parte de la Fisioterapia que aplica, estudia e investiga el movimiento como terapia para reducir los riesgos de enfermedades y para mejorar la salud.

Siete años después, se ha publicado una tercera edición con una nueva presentación, que también incluye estudios clínicos, protocolos en esquemas, algoritmos, así como herramientas de estudios como objetivos al principio de cada capítulo, y directrices de los tratamientos a final de los capítulos, junto a las referencias bibliográficas, que han sido ampliadas.

Recordemos que el libro analizar cada uno de los movimientos, sus características terapéuticas y sus aplicaciones, como herramientas para la recuperación funcional. La primera parte del libro se centra

en los fundamentos de la terapia por el movimiento, el plan de trabajo y la valoración sistemática. La parte segunda, en los aspectos fisiológicos, que aborda temas como las consecuencias del dolor y sus tratamientos, los aspectos funcionales y posturales, el rendimiento de los músculos lesionados, la capacidad aeróbica y el control neuromuscular. La tercera, presenta las posibilidades de las diferentes técnicas del movimiento terapéutico.

La cuarta parte se dedica al análisis de la Cinesiterapia en las afecciones del hombro, codo, muñeca, mano, cadera, rodilla, tobillo, pie, columna vertebral,..., junto con una exposición anatómica y patológica detallada, así como su actuación cinesiterápica correspondiente, siempre basada en una amplia documentación experimental. En la última parte, sobre grupos poblacionales a los que la Fisioterapia dedica partes concretas de su ciencia, como la gerontología, la pediatría, o la cinesiterapia en enfermedades femeninas.



Orthopaedic rehabilitation of the athlete: getting back in the game

Coordinadores y directores: **Bruce C. Reider, George J. Davies, Matthew T. Provencher** Ed. Elsevier Saunders (2015) ISBN 9781455727803 Pgs: 1.614 P. a.: 85€

Son fisioterapeutas una parte importante de los más de doscientos autores de este extenso manual sobre la recuperación funcional de las lesiones y la vuelta a la actividad deportiva, así como las buenas prácticas cinesiterápicas para la prevención lesional.

Los 45 capítulos se dividen en seis partes (hombro, codo-muñeca-mano-dedos, columna lumbar-torácica-cervical, cadera-muslo, y pierna-tobillo-tarso), con un índice temático final.

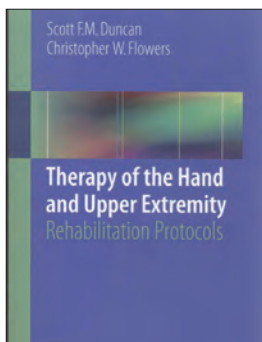
Cada capítulo está estructurado en una introducción, técnicas no invasivas, recuperación funcional postquirúrgica, y el retorno a la práctica deportiva especializada.

A lo largo del texto y de las diferentes afecciones, se van intercalando cuadros en diferentes colores y muy detallados, de forma esquemática, sobre la evolución de las lesiones y las diferentes actuaciones

de terapias físicas, así como su evolución por días, semanas y fases de recuperación.

Se detallan protocolos fisioterápicos en cada lesión, mecanismos de protección, casos clínicos analizados a partir de evidencias científicas,..., incluyendo cuestionarios docentes para el aprendizaje del alumnado. Además, cada una de las afirmaciones, actuaciones clínicas y recomendaciones, son fundamentadas con documentación bibliográfica, por lo que incrementa su valor docente para el aprendizaje investigador de los fisioterapeutas.

Este libro es muy recomendable, llama la atención el elevado número de profesionales sanitarios que colaboran, pero lo de mayor interés es el desarrollo de los tratamientos en cada lesión, el elevado número de lesiones abordadas, su fundamentación, los casos clínicos, protocolos de actuación, imágenes de diagnóstico,...



Therapy of the hand and upper extremity: rehabilitation protocols

Autores: **Scott F.M. Duncan, Christopher W. Flowers** Ed. Springer (2015) ISBN 978331144115 Pgs: 282 P. a.: 87€

En este libro se presenta, de forma esquemática, los protocolos de recuperación funcional relacionados con la cirugía de la mano y de la extremidad superior.

Está estructurado en 117 capítulos, divididos entre catorce partes, y en cada uno de ellos se determina la evolución y actuaciones por días y semanas, de forma esquemática, con algunos comentarios y observaciones adicionales.

Las catorce partes recogen capítulos sobre la artroplastia de hombro, lesiones deportivas de hombro, traumatismo de hombro, lesiones de los nervios en codo, dolencias deportivas en codo, traumatismo en codo, lesiones óseas en muñeca, lesiones de ligamentos en muñeca, lesiones de

nervios por compresión en muñeca y de los tendones, lesiones óseas en mano y dedos, así como de los nervios, ligamentos y tendones.

Cada capítulo analiza la recuperación de una lesión y actuación quirúrgica, detallando la progresión cinesiterápica, activa y pasiva, por días y semanas, siendo de gran interés para los fisioterapeutas que dediquen parte de su actividad profesional a la recuperación funcional de la extremidad superior y del carpo.

Constituye un interesante vademécum, de consulta rápida por lesiones y actuaciones quirúrgicas, con un interesante índice temático. Sin embargo, no aporta ninguna referencia bibliográfica, que fundamente toda la información detallada que ofrece.



Colabora con la biblioteca del ICOFCV

Desde el Racó del Llibre, queremos reiterar la **invitación** para que los fisioterapeutas nos remitan sus **comentarios bibliográficos** de los **libros que publiquen o de los que consideren interesantes para su práctica clínica, investigadora y docente**. Esperamos contar con la máxima colaboración para que podamos enriquecernos con las reflexiones y conclusiones científicas de los fisioterapeutas que trabajamos en la Comunidad Valenciana.

Nuevos sistemas de diagnóstico, valoración y reentrenamiento para el movimiento. El método Kinetic Control®

Autores

Michal Hadala

Profesor Internacional de Kinetic Control® y Performance Matrix®

Jaime Martínez Carrascal

Fisioterapeuta. Máster en Cromoterapia

Alumno de la primera edición completa de Kinetic Control® en Valencia

Noemí Valtueña Gimeno

Fisioterapeuta. Máster en Terapia Manual Osteopática por la UCH-CEU

Alumna de la primera edición completa de Kinetic Control® en Valencia

Objetivo

Buscando identificar las características que definían los ejercicios de estabilización y control del movimiento, se llevó a cabo una revisión y un análisis de diversos enfoques y conceptos. Algunos de estos enfoques tienen una buena evidencia tanto clínica como de investigación. Otros métodos del ejercicio, o bien han pasado la prueba del tiempo, o su popularidad sugiere que las personas que los practican se sienten mejor. Mientras cada concepto de ejercicio propone elementos distintivos que definen su propuesta, existe un grupo de características que son comunes a todos. Parecería lógico que estas características comunes pudieran ser la clave de su éxito y requieren, por tanto, de una inspección más detenida y una investigación posterior. Junto con el análisis de las "características comunes" compartidas por diferentes terapias, varios grupos de investigación contribuyeron significativamente al cuerpo de la evidencia relacionada con el movimiento, la disfunción de la estabilidad y el reentrenamiento correctivo.

El sistema de Kinetic Control® ha desarrollado el concepto de disfunción del movimiento basado en el análisis del mismo. Apoyándose en la evidencia científica, se estudia la disfunción del movimiento, el reentrenamiento del mo-

vimiento funcional y el control postural. Dichos programas de trabajo están diseñados alrededor de un modelo de rehabilitación que pretende tratar el origen del dolor y la patología del sistema músculo esquelético.

En la presente revisión se ha tratado de reunir la evidencia científica que apoya y justifica el método Kinetic Control® como un sistema válido y eficiente para recuperar la estabilidad y el control de la zona lumbar, escapular o pélvica y evitar su posible patología, y sobre qué bases puede un terapeuta rehabilitar a sus pacientes mediante el reentrenamiento motor.

Estrategia de búsqueda

Para realizar la búsqueda de los estudios se han empleado las principales motores de búsqueda y bases de datos como MedLine, Pubmed, Cochcrane, Copernicus. Los criterios de búsqueda han sido las palabras claves empleadas como core stability, lumbar spine stability, lumbar spine motor control, lumbar spine movement disfunction.

Fundamentos de la valoración y reentrenamiento del movimiento

Disfunción del movimiento y activación muscular

El movimiento anómalo puede inducir a patología, no sólo ser el resultado de ella. Los síndromes dolorosos del sistema músculo-esquelético raramente son causados por acontecimientos aislados. "Los movimientos habituales y las posturas mantenidas desempeñan un papel importante en el desarrollo de la disfunción" [1-4]. Las situaciones en las que el paciente presenta dolor y que nos deben hacer sospechar de una posible disfunción del movimiento son: dolor postural, dolor de inicio insidioso, carga estática o dolor por mantenimiento de la posición estática, patología y dolor por sobreuso (tensión de baja carga o alta carga repetitiva/ tensión de impacto repetitiva) y patrones recurrentes de dolor o dolor crónico. Los síntomas hacen referencia a lo que siente el paciente, y se relacionan directamente con su patología. Éstos incluyen: dolor, parestesias, entumecimiento, pesadez, debilidad, rigidez, inestabilidad, falta de control del movimiento, bloqueo, tensión, calor, frío, humedad, náusea. El tratamiento de los síntomas es, a menudo, la prioridad principal del paciente y, a corto plazo, es un objetivo fundamental del tratamiento, pero no debe ser el final de dicho tratamiento, éste debe ser volver al patrón de movimiento normal.

La disfunción se puede medir y cuantificar objetivamente y se puede comparar con un patrón normal o ideal o con valores de referencia validados. La disfunción se relaciona indirectamente con la patología y, aunque la patología desaparezca y los síntomas remitan, la disfunción no siempre retorna automáticamente a la normalidad. La medición de la disfunción incluye: la amplitud del arco de movimiento articular (fisiológico o accesorio), la fuerza muscular (isométrica, concéntrica, de excéntrica, isocinética, energía y resistencia), la longitud, la flexibilidad, la rigidez, la velocidad, el control motor (reclutamiento, coordinación y habilidad motora), el volumen (circunferencia, volumen, área de sección muscular), la alineación y la función muscular.

Existe una importante evidencia científica que demuestra que, en presencia de dolor, se produce una alteración en la activación muscular (disfunción). El dolor afecta de manera más significativa activación de las unidades motoras lentas que a las rápidas. De hecho, no parece limitar significativamente la habilidad de los atletas para generar fuerza y velocidad, siempre

cuando sean capaces mentalmente de "dejar el dolor a un lado". A modo de anécdota se ha sugerido que, el 90% de los records mundiales deportivos, han sido batidos por atletas con problemas dolorosos crónicos o recurrentes del sistema musculoesquelético. Recientes investigaciones [5-9] indican que, en ausencia de dolor, el cerebro y el sistema nervioso central (SNC) son capaces de utilizar una gran variedad de estrategias de control motor para llevar a cabo las tareas funcionales y mantener el control del movimiento, el equilibrio y la estabilidad articular. Sin embargo, cuando el dolor está presente, las opciones disponibles del sistema nervioso central parecen ser limitadas. Estas estrategias de control motor alteradas (o limitadas) se presentan como patrones de co-contracción consistentes. Normalmente, se produce una activación exagerada de los músculos poliarticulares en detrimento de los músculos segmentarios profundos. Las investigaciones más recientes sobre el dolor músculo esquelético, se han centrado en los cambios del control motor asociados con el dolor. Diferentes grupos independientes de investigación han manifestado un hallazgo común en sus estudios. Han observado y detectado que, ante la presencia de dolor crónico o recurrente, los sujetos cambian los patrones o estrategias de reclutamiento sinérgicas que se usan normalmente para realizar movimientos o posturas funcionales de baja carga. Estos sujetos utilizan, en el control postural normal y las actividades funcionales de umbral bajo, estrategias o patrones de reclutamiento muscular reservados normalmente para funciones de alta carga típicas de acciones como, por ejemplo, elevar un objeto. En los trabajos de investigación y en la literatura clínica, estos patrones o estrategias alteradas se han descrito en diferentes términos como "estrategias de sustitución", "movimientos compensatorios", "desequilibrio muscular entre estabilizadores inhibidos/ alargados y movilizados acortados/ hiperactivos", "movimientos defectuosos", "dominancia anormal de los movilizados sinérgicas", "rigidez de co-contracción" y "alteración del control muscular".

Bases teóricas, evaluación y entrenamiento de la estabilidad del “centro”

En los últimos años el entrenamiento de la estabilidad ha ido ganando en importancia y popularidad tanto en el campo del entrenamiento de competición deportiva como de la rehabilitación [10]. Quizás “Core Stability” o estabilidad del centro sea uno de los términos más utilizados en todos estos ámbitos. El entrenamiento de la estabilidad se ha convertido en una prioridad para el rendimiento deportivo, prevención de lesiones y rehabilitación de la función articular [10-12]. El método Kinetic Control® es una de las formas de rehabilitación de mayor éxito en la actualidad [10-13]. Uno de sus principios básicos y quizás el más importante sea el control del movimiento. En cada una de las posiciones de trabajo y en cada uno de los diferentes niveles de reentrenamiento el método aumenta el nivel de dificultad y reta la capacidad del sujeto de controlar el movimiento y estabilizar el centro con diferentes cargas tanto a nivel de la activación neuromuscular como de estabilidad en carga [14-15].

Función muscular: umbral de activación

Cholewicki y McGill [16] establecieron que la estabilidad mecánica de la columna vertebral depende tanto de las estructuras osteoligamentosas como de los elementos responsables del control motor (rigidez muscular y presión intraabdominal). Mientras que la musculatura larga (global) es la que proporciona la mayor parte de la rigidez a la columna vertebral [17], la actividad de la musculatura intrínseca corta (estabilizadora local, p.e.j: multifido y rotadores) es necesaria para mantener la estabilidad de toda la columna lumbar. Cholewicki y McGill [1] ya advirtieron que la columna se deformaba bajo cargas relativamente bajas si la actividad de la musculatura intrínseca profunda (estabilizadora local, p.e.j: multifido y el erector espinal profundo) era nula, aunque la fuerza en la musculatura global larga fuera sustancial. Sugirieron que un incremento de tan sólo un 1-3% de la tensión muscular en la musculatura local profunda podía incrementar significativamente la rigidez del segmento móvil.

Todos los músculos tienen la capacidad de:

- Acortarse concéntricamente para producir la amplitud de movimiento articular y acelerar los segmentos móviles del cuerpo, lo cual se denomina “movilidad funcional”
- Mantener la posición isométricamente, lo cual se denomina “función de control postural”
- Alargarse excéntricamente bajo tensión para decelerar el movimiento y controlar la excesiva amplitud de movimiento, lo cual se denomina “función de estabilidad”.

Algunos músculos son más eficientes en una de estas funciones y menos eficientes en otras. Incluso dentro de un grupo de músculos sinergistas, cada músculo están mejor dotado para una función en concreto. No todos los músculos son igualmente eficientes para el desarrollo de la fuerza, es más, para algunos de ellos desarrollar una fuerza elevada es perjudicial para realizar una función óptima. Por eso el sistema muscular ha sido clasificado según su función en músculos estabilizadores y músculos movilizadores, donde los músculos estabilizadores son de localización más profunda con un rol de mantenimiento de la postura estática y trabajan excéntricamente para controlar el movimiento y los músculos movilizadores son más superficiales y trabajan de forma concéntrica para generar fuerzas y acelerar el movimiento. Sahrman, Comerford, Bergmark, Janda [1,12,18,19] describieron el concepto de músculos locales y músculos globales. Así el sistema local de la columna está compuesto por los músculos que tienen origen e inserción en ella misma y la dotan de “rigidez” para mantener su estabilidad llamados músculos antigravitatorios. El sistema global mientras, está formado por músculos más superficiales y multi-segmentarios los cuales están relacionados con la pelvis y el tórax y se encargan de generar inercias y movimientos angulares para acelerar el movimiento.

El concepto de sistema muscular local y global, y de estabilizadores y movilizadores, nos aporta un marco de trabajo muy útil para clasificar la función muscular [11,12]. Aunque por separado, estos conceptos tienen algunas deficiencias, es al relacionarlos entre sí cuando podemos crear un modelo de clasificación de la función muscular de gran utilidad [11-13].

Tabla 1. Clasificación de la musculatura lumbar y abdominal [12,18]

Función de Control Motor y musculatura profunda local	
Características	Músculos
Rigidez muscular para controlar desplazamiento del segmento articular	√ Transverso del abdomen
Ningún o mínimo cambio de longitud en los movimientos de función	√ Transverso espinoso
Reclutamiento anticipatorio previo a situaciones de carga	√ Multifido segmentario
Su actividad es continua	√ Diafragma
	√ Fascículos posteriores del psoas
	√ Asistencia del suelo pélvico

Función de Estabilización Global	
Características	Músculos
Generan fuerza para controlar el rango de movimiento	
Pueden acortarse en el recorrido articular interno	√ Oblicuo Interno
Pueden mantener una posición isométrica	
Realizan el control excéntrico de retorno	√ Fascículos anteriores del psoas
Frenado excéntrico del movimiento de umbral bajo	
Activación de alto umbral ante situaciones de aumento de carga y velocidad	√ Oblicuo Externo
Su actividad no es continua y es dependiente de la dirección del movimiento	

Función de Movilidad Global	
Características	Músculos
Generar fuerza para producir rango de movimiento	√ Recto abdominal
Aceleración concéntrica del movimiento (plano sagital: potencia)	
Absorción de sacudidas de cargas altas	
Son músculos de actividad fásica	

Para entender el funcionamiento del sistema muscular dentro de su papel estabilizador o movilizador es fundamental comprender la importancia del Umbral de Activación Muscular (UAM). La mayoría de los músculos están compuestos de diferentes tipos de unidades motoras superpuestas unas con otras. Casi todos los

músculos constan principalmente de dos tipos diferentes de unidades motoras: unidades motoras lentas (UML) que tienen propiedades de umbral bajo o tónico de activación y unidades motoras rápidas (UMR) que se caracterizan por umbrales altos o fásicos de activación [13,20]

Tabla 2. Actividades que comportan el reclutamiento de las unidades

Fibras musculares	
Reclutamiento de Bajo Umbral (tónico) de las Unidades Motoras Lentas (baja carga)	Reclutamiento de Alto Umbral (fásico) de las Unidades Motoras Rápidas (alta carga/fuerza y alta velocidad)
<ul style="list-style-type: none"> √ Balanceo postural √ Posiciones posturales mantenidas √ Movimientos funcionales 	<ul style="list-style-type: none"> √ Movimiento acelerado, rápido √ Cambios repentinos o amplios del centro de gravedad √ Fuerza alta o cargas pesadas, contracciones máximas

Es fundamental entender el rol principal que desempeña cada uno de los grupos musculares así como las implicaciones del umbral de activación y reclutamiento muscular dentro del trabajo de Estabilización del Centro y del control del movimiento para poder definir el entrenamiento del paciente y enfocarlo hacia nuestros objetivos [10].

Implicaciones de las funciones locales y globales

El sistema muscular local es el responsable de aumentar la rigidez segmentaria de la columna vertebral, disminuir el movimiento intersegmentario excesivo y mantener el control muscular durante las tareas y actividades de baja carga. No depende de la dirección de la carga o del movimiento. Los músculos locales no cambian apreciablemente su longitud durante la activación normal y por lo tanto no contribuyen principalmente a la amplitud de movimiento. Mantienen una actividad de fondo en todas las amplitudes de movimiento. Contrariamente, el sistema muscular global es el responsable de la producción del movimiento y del control de la carga fisiológica elevada [11,12]. Depende de la dirección y de la carga. Los músculos globales cambian apreciablemente su longitud y por lo tanto son los músculos de la amplitud de movimiento. Estos músculos globales pueden tener una función primaria estabilizadora o movilizadora [12].

Tanto el sistema muscular local como el global deben integrarse juntos para conseguir una función normal eficiente. Ningún sistema aislado puede controlar la estabilidad funcional de los segmentos móviles del cuerpo [21-26]. Tanto la función de bajo umbral como la de umbral elevado se requieren para la vuelta al trabajo o al deporte [10-13].

Estabilidad central y control motor

El concepto de "centro" ha sido ampliado para añadirle un marco más funcional [10]. El "centro" es representado como un cilindro de doble pared que cubre la zona lumbar, abdominal, dorsal y tórax (el tronco), que enlaza con el miembro superior por medio de la cintura escapular y con el miembro inferior a través de la cintura pélvica. El "centro" está formado principalmente por:

- Un cilindro local o pared interna compuesta por el sistema muscular local profundo: Diafragma respiratorio, Psoas posterior, Transverso del Abdomen, Multífido Segmentario y Musculatura del Suelo Pélvico.
- Un almacén o pared externa formada por el sistema muscular global. Compuesto por musculatura con función de estabilización global y musculatura con función movilizadora. Estos músculos globales afectan al alineamiento postural y contribuyen a la producción y control de rango de movimiento. Esta parte externa del cilindro es la que reúne los músculos movilizados, y por ello es susceptible de desarrollar con frecuencia patrones de desequilibrio muscular, donde varios músculos que muestran funciones de movilizados globales se vuelven dominantes y "adquieren" la función del músculo estabilizador; o crean restricciones que tienen como resultado patrones compensatorios de movimiento. Estos patrones compensatorios pueden presentarse como puntos débiles de baja carga (deficiencias del control motor) o puntos débiles de carga elevada (debilidad o deficiencias en la fuerza) de las funciones musculares de

estabilidad global [10]. Este concepto de cilindro, cuando se modifica para representar una cubierta de doble capa puede ser aplicado a otras articulaciones.

- El concepto ampliado del "centro" también incluye la cabeza, el cuello, y las cinturas pélvica y escapular. El cuello aporta la unión entre la cabeza y el tronco. La escápula contribuye al enlace mecánico entre los brazos y el tronco, mientras que la pelvis comunica las piernas con el tronco. En las actividades funcionales las fuerzas son transmitidas a través del cuello y las cinturas. En la función normal, a menudo los miembros, el tronco y la cabeza giran uno respecto al otro y estas fuerzas de rotación están coordinadas y controladas desde el cuello y las dos cinturas por el sistema muscular global. Durante el lanzamiento, por ejemplo, la fuerza es transferida desde los miembros inferiores a través de la cintura pélvica, a lo largo del tronco y después a través de la cintura escapular para acelerar el miembro superior. El reclutamiento coordinado entre sinergistas del sistema muscular global transmite esta fuerza y el control al miembro superior desde las cinturas escapular y pélvica.

Actualmente, es necesario diferenciar y redefinir los conceptos de estabilidad. La estabilidad central 'Core stability' abarca un rango amplio de métodos de ejercicio que, según el método Kinetic Control®, se pueden dividir en la siguientes categorías:

I y II. (I) Entrenamiento del control motor del sistema muscular local y (II) global: La estabilidad relacionada con el control motor puede ser una nueva etiqueta apropiada para designar los conceptos de estabilidad de bajo umbral. Puede definirse como la modulación del sistema nervioso central para la eficiente integración y activación de bajo umbral de los sistemas musculares local y global [6-8, 11, 20-25]. Tanto los procesos de bajo umbral local, como los globales de alto umbral, pueden considerarse como subgrupos separados en este concepto [12]. Un ejemplo de entrenamiento de la estabilidad del control motor local es activar el músculo y mantener una contracción de baja intensidad, una contracción sostenida en variedad de posturas y actividades funcionales. En la Figura 1 vemos un ejemplo de trabajo de multifido lumbar. Algunos de los entrenamientos del control motor global se pueden realizar: (1°) Impidiendo isométricamente el movimiento en una región articular mientras se moviliza una región articular adyacente (disociación) (2°) Manteniendo activo un músculo en una posición de acortamiento durante cargas funcionales de las extremidades o el tronco. Una crítica posible a este tipo de activación es que todo ejercicio o movimiento es un proceso de control motor en sí mismo. Sin embargo, hay una tendencia evidente tanto en las publicaciones científicas actuales y como en las revisiones a utilizar el término 'control motor' para describir el entrenamiento de la activación específica de un músculo siempre en el bajo umbral de reclutamiento. La diferencia entre el movimiento en sí y la estrategia de control motor es el nivel de carga que aplicamos al ejercicio.



Figura 1. Activación muscular del multifido: a) en descarga b) de pie c) en sedestación.

III. La carga asimétrica del tronco para entrenar el

centro: La carga asimétrica del tronco puede ser una etiqueta más correcta para el entrenamiento de alto umbral o el entrenamiento con cargas de los músculos globales centrales (Fig. 2). El entrenamiento del fortalecimiento central enfatiza la dominancia de músculos con una función de estabilidad global en el proceso de entrenamiento de la fuerza [11,12]. Este concepto incluye el entrenamiento de los músculos del centro para:

1. Mantener una posición estática del centro (dentro de la región neutra de entrenamiento) para resistir el desplazamiento o el movimiento del tronco por la acción de fuerzas externas.
2. Movilizar el centro (más allá de una posición neutra estática) de forma que entrene los músculos para el control del movimiento del mismo, especialmente en la rotación.

IV. Fortalecimiento con cargas simétricas del tronco y de las extremidades:

La carga simétrica de las extremidades (entrenamiento tradicional de la fuerza) puede ser una etiqueta más correcta para el entrenamiento tradicional de alto umbral o el entrenamiento de la fuerza con sobrecargas de las extremidades y de los músculos del tronco, enfatizando el papel de estos como movilizadores globales [10-12]. Este concepto entrena potencia y fuerza en las extremidades para levantar el máximo peso en contra de la gravedad (por ejemplo, la máquina de pesas que trabaja en un solo plano en el gimnasio o el entrenamiento de levantamiento olímpico). Este entrenamiento usualmente levanta cargas en el plano sagital (flexión - extensión), normalmente con movimiento simétrico bilateral de las extremidades a fin de no implicar a los componentes de rotación (Fig. 3).

Las similitudes y las diferencias entre los cuatro puntos explicados anteriormente pueden analizarse bajo dos umbrales de activación distintos: Umbral bajo (baja carga no fatigante) en I y II y umbral alto (movimiento rápido o carga alta fatigante) en III y IV.



Figura 2. Fortalecimiento central con la carga asimétrica: a) con carga del cuerpo b) con TRX.



Figura 3. Fortalecimiento central con la carga simétrica de las extremidades en plano flexo-extensión.

Énfasis en la función muscular

Debemos tener siempre muy presente el rol funcional del músculo que se entrena predominantemente (el de estabilidad local, de estabilidad global o de movilidad global). Una vez conocemos la función del músculo a trabajar, debemos tener muy clara la posición y la dirección de carga primaria. Como dijimos anteriormente, los estabilizadores locales trabajan independientemente de la dirección, por eso no se trabaja ninguna en concreto. Los músculos con un papel de estabilidad global controlan todas las direcciones del movimiento (especialmente la rotación). Por ello, en el entrenamiento del control motor de la estabilidad global, estos músculos se entrenan para resistir todas las direcciones del movimiento del tronco contra cargas funcionales bajas, mientras que en los músculos de fuerza del centro se entrenan para resistir cargas altas en rotación. En el entrenamiento de la fuerza simétrico o tradicional se entrenan y fortalecen los músculos con el máximo potencial biomecánico para elevar cargas pesadas. Estos músculos trabajan como movilizadores globales y su función la realizan mejor si se elimina el componente de rotación durante el ejercicio [12,13].

Conclusiones

El reentrenamiento motor abarca una gran variedad de ejercicios y estrategias de entrenamiento. Debemos aprender a clasificar cada uno de ellos en una categoría. De hecho, en la mayoría de las actividades funcionales, un ejercicio que se funcional o, por el contrario ejercicios que son considerados como específicos de una tarea o de un deporte no encajan en una categoría única [12]. En lugar de eso, parece que se sitúan en la frontera entre ellas. Esto es lo que los hace más funcionales. Sin embargo, en situaciones dolor o déficits del rendimiento del paciente es útil analizar el origen del problema clasificando el rol de la musculatura afectada y en cuál de las 4 categorías de la estabilidad central debe ser reentrenada. Debemos identificar las deficiencias específicas o 'puntos débiles' en el sistema del movimiento y actuar sobre ellas. Una vez identificadas, pueden elaborarse programas de reentrenamiento eficientes, personalizados y más apropiados para resolver de manera eficiente el problema real del paciente. Aunque pueda parecer inicialmente que algunas de las estrategias de reentrenamiento no sean funcionales, en particular el reentrenamiento de los estabilizadores

locales, permiten la corrección de las deficiencias que no se pueden corregir con dichos métodos, ya que son menos específicos. Posteriormente, los sistemas musculares local y global deben integrarse juntos para la función normal eficiente que determina la vuelta al trabajo o al deporte (6,10-13).

A la luz de lo anteriormente expuesto, un terapeuta que entienda la complejidad del entrenamiento del control del movimiento, la estabilidad central y esté cualificado para el análisis de los 'puntos débiles' en la cadena de rendimiento, debe tener la capacidad de observar un ejercicio o tarea funcional y de modificarla para diseñar un reentrenamiento específico para actuar sobre cualquier punto débil en los cuatro niveles o categorías del control de movimiento que propone el método Kinetic Control®, que son:

- I) control motor local**
- II) control motor global**
- III) fortalecimiento central – tronco**
- IV) fortalecimiento tradicional simétrico**

Un terapeuta que comprende la complejidad del entrenamiento del control de movimiento, la estabilidad del centro, el análisis y la identificación de 'los enlaces débiles' en la cadena de ejecución y rendimiento motor tiene capacidad de:

- Crear sus propios ejercicios y progresiones de ejercicios en base a las necesidades, objetivos y limitaciones de su paciente.
- Modificar cada escenario de trabajo según los criterios de entrenamiento de alto y bajo umbral de reclutamiento.
- Aplicar las distintas estrategias de entrenamiento de la estabilidad con distintos materiales y tipos de maquinaria.
- Diseñar y modificar programas de entrenamiento de la estabilidad aplicables a cualquier ámbito ya sea del rendimiento deportivo, de la actividad física para la salud o de la rehabilitación.

Bibliografía

1. Sahrman S A. 2002 *Diagnosis & Treatment of Movement Impairment Syndrome*. 1st ed Mosby USA.
2. Sahrman S, Caldwell C, Fleming D, Hall C, McDonnell M, Woolsey N 1998 *Diagnosis and Treatment of Movement Impairment Syndromes Seminar London*.
3. Sahrman S A. 1993 *Movement as a cause of musculoskeletal pain*. MPPA Conference Proceedings.
4. Sahrman SA 1993 *Movement as a cause of musculoskeletal pain*. In proceedings of the 8th Biennial Conference of the Manipulative Physiotherapists Association of Australia Perth.
5. Hodges NJ, Hayes S, Horn RR, Williams AM. Changes in coordination, control and outcome as a result of extended practice on a novel motorskill. *Ergonomics*. 2005 Sep 15-Nov 15;48(11-14):1672-85.
6. Hodges PW 2003 *Core stability exercise in chronic low back pain Orthop Clin North Am Apr*;34(2): 245-54.
7. Hodges PW, Gurfinkel VS, Brumagne S, Smith TC, Cordo PC 2002 *Coexistence of stability and mobility in postural control: evidence from postural compensation for respiration Exp Brain Res* 144(3): 293-302.
8. Hodges P W. 2001 *Changes in motor planning of feedforward postural responses of the trunk muscles in low back pain Experimental Brain Research* 141:261-6.
9. Hodges P W 1999 *Is there a role for transversus abdominis in lumbo-pelvic stability? Manual Therapy* 4(2): 74-86.
10. Mottram S, Comerford M. *A new perspective on risk assessment. Phys Ther Sport*. 2008 Feb;9(1):40-51.
11. Comerford MJ, Mottram SL. *Functional stability re-training: principles and strategies for managing mechanical dysfunction. Man Ther*. 2001 Feb;6(1):3-14. Review.
12. Comerford MJ, Mottram SL. *Movement and stability dysfunction--contemporary developments. Man Ther*. 2001 Feb;6(1):15-26. Review.
13. Comerford MJ, Mottram SL. *Kinetic Control The Management of Uncontrolled Movement*. Churchill Livingstone 2012.
14. Hadala M. *Funkcjonalny trening stabilizacji w dysfunkcji ruchu. Zasady i strategie dynamicznej kontroli ruchu według nowoczesnego modelu Kinetic Control. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja* 2011; 6, s. 52-62.
15. Hadala M. *Stabilizacja centrum jako priorytet w rehabilitacji sportowca. Nowe perspektywy w ocenie i treningu według Performance Stability i Kinetic Control. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja* 2011; 9, s. 56-63.
16. Cholewicki J & McGill S. *Mechanical stability in the vivo lumbar spine: implications for injury and chronic low back pain. Clinical Biomechanics* 1996 11(1):1-15.
17. Crisco JJ 3rd, Panjabi MM. *The intersegmental and multi-segmental muscles of the lumbar spine. A biomechanical model comparing lateral stabilizing potential. Spine (Phila Pa 1976)*. 1991 Jul;16(7):793-9.
18. Bergmark A. *Stability of the lumbar spine. A study in mechanical engineering. Acta Orthopaedica Scandinavica* 1989 230(60):20-24.
19. Janda V. *Evaluation of muscle imbalance In: Liebensohn C (eds) Rehabilitation of the Spine 1996 Williams & Wilkins Baltimore*.
20. Mellor R, Hodges PW. *Motor unit synchronization is reduced in anterior knee pain. J Pain*. 2005 Aug;6(8):550-8.
21. Hides JA, Richardson CA, Jull GA. *Multifido muscle recovery is not automatic after resolution of acute, first-episode low back pain. Spine* 1996 21(23): 2763-2769.
22. Hides JA, Stokes MJ, Saide M, Jull GA, Cooper DH. *Evidence of lumbar multifido wasting ipsilateral to symptoms in patients with acute/subacute low back pain. Spine* 1994 19(2):165-177.
23. O'Sullivan PB, Twomey L, Allison G. *Dysfunction of the neuro-muscular system in the presence of low back pain - implications for physical therapy. Journal of Manual and Manipulative Therapy* 1997 5(1):20-26.
24. O'Sullivan PB, Twomey L, Allison G. *Evaluation of specific stabilising exercise in the treatment of chronic low back pain with radiological diagnosis of spondylosis or spondylolisthesis. Spine* 1997 22(24):2959-2967.
25. O'Sullivan PB, Twomey L, Allison G, Sinclair J, Miller K, Knox J. *Altered patterns of abdominal muscle activation in patients with chronic low back pain. Australian Journal of Physiotherapy* 1997 43(2):91-98.
26. Jull G, Richardson C, Toppenberg R, Comerford M, Bui B. *Towards a measurement of active muscle control for lumbar stabilisation. Australian Journal of Physiotherapy* 1993 39(3):187-193.

Dispone de toda la formación del ICOFCV actualizada en la web
www.colfisiocv.org

Cursos organizados por otras entidades

MÁSTER OFICIAL

UNIVERSIDAD CEU CARDENAL HERRERA

Tel.: 96 136 90 09

www.uchceu.es

Máster Universitario en Abordaje Osteopático del Aparato Locomotor (90 ECTS)

Lugar: CEU-UCH Centro de Elche (Pza Reyes Católicos, 19 – Elche).

Organizador: Universidad CEU Cardenal Herrera; Coorganiza Escuela de Osteopatía de Madrid

Importe: Primer año 4550 €; Segundo año 5950 €.

Fecha inicio: Octubre 2015.

Duración: 2 años.

Modalidad: Presencial.

Máster Universitario en Fisioterapia Deportiva (60 ECTS)

Lugar: Campus de la CEU-UCH en Moncada (Valencia)

Organizador: Universidad CEU Cardenal Herrera.

Importe: 7300 € (Hasta un 20% de descuento para Antiguos Alumnos)

Fecha inicio: Octubre 2015.

Duración: 1 año.

Modalidad: Presencial.

MÁSTER TÍTULO PROPIO

ESCUELA DE OSTEOPATÍA DE MADRID

Tel.: 91 8833910

www.escuelaosteopatiamadrid.com

Primer nivel del Máster en Técnicas Osteopáticas del Aparato Locomotor

Lugar: Plaza Salvador Allende nº 8, 46019 Valencia.

Importe: 2370 € por cada nivel.

Fechas: 12 a 15 noviembre; Introducción / 18 a 20 diciembre; Columna Lumbar / 22 a 24 enero; C. Dorsal / 11 a 14 febrero; ASI / 11 a 13 marzo; Cervical / 22 a 24 abril; Hombro I / 9 a 12 junio; Hombro II Examen final.

Horas: 184 horas.

Horario: Jueves de 10:00 a 14:00 h y de 15:30 a 19:00h / Viernes, sábado y domingo de 09:00 a 14:00h y de 15:30 a 19:00h.

ADEIT- Fundació Universitat Empresa UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Tel.: 96 3 8833910

www.adeit.uv.es

Máster Fisioterapia Especializada en la Mujer (1ª Ed.) (60 ECTS) en dos cursos.

Lugar de Impartición: Fundación Universidad-Empresa (ADEIT). y Facultad de Fisioterapia. C/ Gascó Oliag nº 5 Valencia.

Duración: octubre 2015 / junio 2017. En el Máster se realizan 8 seminarios por año. 29-30-31 octubre, 18-20-21 noviembre, 10-11-12 diciembre de 2015. 14-15-16 enero, 11-12-13 febrero, 3-4-5 marzo, 7-8-9 abril y 5-6-7 mayo de 2016.

Horario: jueves de 15:00 a 20:00 h, viernes de 9:00 a 14:00 h. y de 15:00 a 20:00 h. y sábados 9:00 a 14:00 h. y de 15:00 a 20:00h.

Matrícula: 3.400,00 euros. (importe precio público)

UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA

Tel.: 902 930 937

postgrado.valencia@uem.es / valencia.universidadeuropea.es

Postgrado de Experto en Puntos Gatillo y Dolor Miofascial

Lugar: Universidad Europea de Valencia.

Importe: 2130 €.

Fechas: De noviembre de 2015 a septiembre de 2016

Horas: 105 horas.

Horario: Viernes tarde y sábados en horario de mañana y tarde.

Postgrado de Experto en Terapia Manual en Pelvi-Perineología (Suelo Pélvico Avanzado)

Lugar: Universidad Europea de Valencia.

Importe: 2600 €.

Fechas: De noviembre de 2015 a julio de 2016

Horas: 140 horas.

Horario: Viernes tarde y sábados en horario de mañana y tarde.

Máster en Terapia Manual Ortopédica

Lugar: Universidad Europea de Valencia.

Importe: 6500 €.

Fechas: De noviembre de 2015 a julio de 2016

Horas: 10 meses.

Horario: Viernes y sábados de 9:00 a 20:00h.

CURSOS Y CONGRESOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

www.jornadasdefisioterapia.info/

5ª Jornada Interhospitalaria de Fisioterapia

Lugar: Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Importe: Gratuito.

Fechas: 13 de noviembre de 2015.

Horas: 7,5h. Horario: Viernes de 8:30 a 18:00h.

INSTEMA

Tel.: 96 283 64 25 / 620 21 38 36

info@instema.net / www.instema.net

Inducción Miofascial 2º Nivel: Técnicas Globales (13,7 créditos por la Comisión de Formación Continuada)

Lugar: Avda. Germanías nº 29, 46760, Tavernes Valldigna (Valencia).

Importe: 1180 €. Descuento especial de 236€ a colegiados ICOFCV.

Fechas: 1º seminario: 10, 11, 12 y 13 de septiembre de 2015 / 2º seminario: 15, 16 y 17 enero de 2016 / 3º seminario: 27, 28 y 29 de mayo de 2016.

Horas: 73h. Horario: 1º seminario: Jueves de 9:00 a 13:30h y de 15:00 a 19:00h / Viernes de 9:00 a 13:30h y de 15:00 a 19:00h / Sábado de 9:00 a 13:30h y de 15:00 a 19:00h / Domingo de 9:00 a 14:00h / 2º y 3º seminario: Viernes de 9:00 a 19:00h / Sábado de 9:00 a 19:00h / Domingo de 9:00 a 14:00h.

Fisioterapia en el recién nacido: Tratamiento de las patologías más frecuentes del lactante

Lugar: Avda. Germanías nº 29, 46760, Tavernes Valldigna (Valencia).

Importe: 280 €. Descuento especial de 56 € a colegiados ICOFCV.

Fechas: 25, 26 y 27 de septiembre de 2015.

Horas: 20h. Horario: Viernes de 15:30 a 20:30h / Sábado de 9:00 a 14:00h y de 15:00 a 20:00h / Domingo de 9:00 a 14:00h.

Tratamiento fisioterápico de las disfunciones de la articulación temporomandibular

Lugar: Avda. Germanías nº 29, 46760, Tavernes Valldigna (Valencia).

Importe: 280 €. Descuento especial de 56 € a colegiados ICOFCV.

Fechas: 13, 14 y 15 de noviembre de 2015.

Horas: 20h. Horario: Viernes de 15:30 a 20:30h / Sábado de 9:00 a 14:00h y de 15:00 a 20:00h / Domingo de 9:00 a 14:00h.

FISIOCLINIC FORMACIÓN

Ruth García Jesuardo

Tel.: 645829220 ruthgar57@gmail.com

Tratamiento fisioterápico en las disfunciones temporomandibulares

Lugar: C/ Jose Mª Bayarri nº 7, bajo fondo, 46014 Valencia.

Importe: 275 €; 220 € para colegiados en el ICOFCV (Descuento exclusivo del 20%).

Fechas: 2, 3 y 4 de octubre de 2015.

Horas: 20h.

Horario: Viernes y sábado de 9:00 a 17:30h / domingo de 9:00 a 14:00h.

Preparación Física al Parto y Postparto

Lugar: C/ Jose Mª Bayarri nº 7, bajo fondo, 46014 Valencia.

Importe: 250 €; 200 € para colegiados en el ICOFCV (Descuento exclusivo del 20%).

Fechas: 16, 17 y 18 de octubre de 2015.

Horas: 20h.

Horario: Viernes y sábado de 9:00 a 17:30h / domingo de 9:00 a 14:00h.

Terapia Manual Instrumentalizada (TMI) Con Richelli's Painreliever y 3Dthumb

Lugar: C/ Jose Mª Bayarri nº 7, bajo fondo, 46014 Valencia.

Importe: 200 €; 160 € para colegiados en el ICOFCV (Descuento exclusivo del 20%).

Fechas: 7 y 8 de noviembre de 2015.

Horas: 12h.

Horario: Sábado de 9:00 a 18:00h / domingo de 9:00 a 13:00h.

Reflexología podal para fisioterapeutas

Lugar: C/ Jose Mª Bayarri nº 7, bajo fondo, 46014 Valencia.

Importe: 250 €; 200 € para colegiados en el ICOFCV (Descuento exclusivo del 20%).

Fechas: 20, 21 y 22 de noviembre de 2015.

Horas: 20h.

Horario: Viernes y sábado de 9:30 a 18:30h / domingo de 9:30 a 13:30h.

OTRA FORMACIÓN

UNIVERSIDAD DE ALICANTE.

CENTRO SUPERIOR DE IDIOMAS.

Teléfono: 96 590 37 93

aulas@csidiomas.ua.es

Lugar: Edificio Germán Bernácer, Campus de San Vicente del Raspeig

Importe: Dependiendo del curso.

Fechas: Dependiendo del curso.

Horario: Dependiendo del curso

Cursos de Otros Colegios Profesionales

COFN

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra

Tel. 948174806 / Fax. 948173954

info@cofn.net / www.cofn.net

Curso Método P.O.L.D. de Terapia Manual

Lugar: Hotel Albret; C/ Ermitagaña nº 3, Pamplona.

Importe: Colegiados: 410 € / No colegiados 710 €.

Fechas: 18, 19 y 20 de septiembre y 2, 3 y 4 de octubre de 2015.

Horas: 40h.

Horario: Viernes y sábado de 9:00 a 14:00h y de 15:00 a 20:00h / Domingo de 9:00 a 14:00h

El Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana vol donar la seua benvinguda a tots els fisioterapeutes que s'han col·legiat des del 9 d' abril al 30 de juny.

Albacete

4840 Paula Blanco Giménez

Alicante

2099 Carolina Rosa Casasola
3203 Belen Cabrera Lopez
4814 Guillermo Daniel Poggi Cuneo
4815 Andreea Elena Serban
4816 Celia Celdrán Anierte
4817 María Peris Esteve
4818 Elena Cerdán García
4819 Aida Pérez Escoda
4820 Carmen Carpena Juan
4821 Esther Margalejo Baidal
4824 Diego Illana Llorens
4829 José Antonio Martínez Miranzo
4835 Andrea Ursula Schürz
4836 Alvaro Rioja Grande
4838 Tomás Estrobel Martínez
4839 África Pol Calderón
4842 Pablo Timón Teruel
4843 Juan Carlos Andrés Ortega
4849 Marina García Saugar
4851 Manuel Lázaro Ares
4852 Jorge Vacas Martínez
4855 Victor Joaquin Navarro Gonzalez
4856 Jose Reig Garcia-Galbis
4858 Adrián Cubero Conejero
4861 Sergiy Kotovsky
4863 Fernando Sepulcre Reina
4864 Caterina Errico

Barcelona

4831 Mireia Yeste Fabregat

Castellón

4866 María Martínez Rodríguez
4867 Paula Beltrán Navidad
4869 Pablo Domingo Orduña

Cuenca

4844 Pedro Torres Miras

Jaén

4844 Pedro Torres Miras

Salamanca

4837 Gabriel José García García

Valencia

624 Sonia Royo Saiz
1886 Jorge Bernabeu Meca
1956 Guillermo Alberto Navone Orive
4344 Jose Miguel Tatay Jabaloyas
4822 José Miguel Limones Tarrega
4823 Candela Pellicer Ballester
4825 María De La Cruz Escribano Borja
4826 Mª Del Mar Alagarda Herrero
4827 Santiago Ubeda Sebastián
4828 Emmanuel Campi García
4830 Ana Patricia Vidal Maria
4832 María Martínez Chamón
4833 Carlos Miquel Durá
4834 Raul Tarazona Aleixandre
4841 Miriam Fernández Hernández
4845 Héctor Sania Martín
4846 José Fermín Fernández Nortes
4847 Alba Sanchis Serrano
4848 Álvaro José De Palacio Minguez
4850 Davinia Candelas Martínez
4853 Esther Jareño Molina
4857 David Vázquez Huerta
4859 Mª Teresa Martínez Ramón
4860 Julia Consuelo Moreno Pardo
4862 Jose Ramón Bellido Latorre
4865 Clara Nasarre De Letosa Segrelles
4868 David Quintana Peris
4870 Estefania Del Puerto Varela

Desde el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, agradecemos de antemano vuestra colaboración y esperamos que esta sección sea de utilidad para todos. Muchas gracias.

Busco

Propuesta de colaboración a fisioterapeutas autónomos en Alicante ciudad. ARTROSPORT es un centro especializado en la recuperación de lesiones deportivas y el tratamiento de la artrosis, cuyo principal objetivo es facilitar, con una muy cuidada y personalizada atención, la recuperación en el menor tiempo posible y con las máximas garantías de las lesiones o patologías de sus pacientes. e-mail: rrrh@artrosport.com

Teléfono: 965242721/ 605017917

Precisamos material de Fisioterapia de segunda o tercera mano para equipación de Sala de Fisioterapia del Centro Penitenciario español y Centro Hospitalario de Camerún-Centro Médico de Bambali (ONG Colores de Camerún).

Miguel Darriba.

e-mail: migueldargo@hotmail.com.

Teléfono: 926550000 ext 103 //

Venta

Se vende clínica de fisioterapia en el centro de Valencia. Se trabaja junto con un médico rehabilitador y otro fisioterapeuta. La clínica tiene una amplia cartera de pacientes, tanto particulares como de seguros privados (adeslas, asisa, mapfre, caser, medifact, etc). Cuenta con más de 40 años de experiencia. Se vende esta participación por no poder atenderla.

Consta con una sala de espera amplia, dos despachos, cuatro boxes individuales, dos gimnasios, uno para hombres y otro para mujeres y tres cuartos de baño.

Carmen Maria Alacreu Navarro.

E-mail: carmenalacreu@hotmail.com

Teléfono: 660655343

Vendo plataforma vibratoria y equipo de cavitación: Cavislim YS30. Con medio año de garantía. Uso preferente semiprofesional (tanto doméstico como en clínica). Poco uso, perfecto estado. Plataforma vibratoria: Evolution 1200. 2 años y medio. Tiene modo drenante para combinar con cavitación y modos para actividad física o relajación. Poco uso, perfecto estado. Todo por 300€.

A recoger en Valencia capital (Patriaix).

Alma Paula Aranda Canet.

E-mail: paula@fisiopedagogica.com.

Teléfono: 636435301

Se vende equipo de depresoterapia DERMODREN de CARIN, equipo de biompedancia BODYCELL, ambos del año 2007, y microondas 242 de Carin. Por cierre de centro. Precio: 3.500 euros (todos los aparatos). Si es por separado a convenir. Sara Torner Beltrán.

E-mail: saratorner@hotmail.com.

Teléfono: 686139705

Alquileres

Se ofrece gabinete de fisioterapia en consulta dental privada en San Vicente del Raspeig, Alicante, situado en una calle muy céntrica (C/Pintor Picasso, esquina Ancha de Castelar). Además se ofrece compartir amplia sala de espera con patio interior, recepción y recepcionista. Interesados pueden contactar en el móvil 678.43.39.59.

Se alquila gabinete con mobiliario y camilla en clínica dental situada en el centro de Valencia. Disponible 3 medias jornadas a la semana. Interesados contactar en Info@clinaflorezyraga.com o en el 963259100.

Se alquila gabinete de Fisioterapia totalmente equipado más despacho médico para pasar consulta. Todos

los servicios incluidos. Situado en Valencia, distrito de Zaidía. Alquiler 300€/mes. Preguntar por Carlos. Teléfono de contacto: 619152907

Alquilo clínica de Fisioterapia situada en la Plaza del Ayuntamiento de Gandía totalmente equipada. Dispone de dos estancias; - Sala de masaje con camilla hidráulica, silla ergonómica, aparato de US con electroterapia combinada, lámpara de infrarrojos y ducha Jet (todo de Electromedicarin).

- Sala de gimnasio con camilla, aparato de electro-estimulación, espaldera, bicicleta, pesas, pelota Bobath, espejo, etc. Teléfono de contacto: 696943611 Lucía

Alquilo consulta médica (mañana, tardes, por horas) para profesionales sanitarios, en pleno centro de Valencia: registrada en sanidad con el nº 04821. En la actualidad cuenta con: - Cirujano plástico. - Médico generalista-nutricionista. - Podóloga. - Enfermera. La consulta esta situada en la c/ San Vicente Mártir, 72 pta 2 (cerca de la plaza del ayuntamiento). Interesados llamar al teléfono: 653796117 y preguntar por Teresa.

Se alquilan despachos para fisioterapeutas en nuevas instalaciones situadas en Castellón de la Plana.

El alquiler incluye: o Recepción provista de nuestro personal para la atención de pacientes, gestión de llamadas y cobros. o Climatización. o Internet en todas las salas. o Contenedor de residuos biológicos. o Suministros de agua y electricidad incluidos. o Llamadas telefónicas nacionales. o TPV. o Seguro de responsabilidad civil. o Placa exterior con el nombre de la empresa o facultativo. o Posibilidad de alquiler por días, horas... o Zona de fácil aparcamiento y muy transitada. Pablo Arnau.

e-mail: contacto@lledo61.com

Teléfono: 693.80.60.41

Traspasos

Traspaso clínica Fisioterapia, Osteopatía y Pilates. Ubicada en un bajo de 120 m2, repartidos en 3 salas de tratamiento totalmente equipadas con camillas eléctricas, electroterapia, infrarrojos..., una amplia sala para pilates, con espejo de pared a pared y material de suelo (pelotas, colchonetas, aros...), un vestuario/almacén con baño con ducha, un despacho y 2 baños (uno adaptado para minusválidos). Toda la clínica con suelo de parquet, aire acondicionado, hilo musical y alarma. Se encuentra en pleno funcionamiento. Se traspasa por no poder atender. Laura Ten Blanco. e-mail: fisiolau7@yahoo.es. Teléfono: 622841957

Compro

Compro mesa de Kanavel / manos y pies completa (incluyendo pedal para pie) de segunda mano y en buen estado. Mi tlf: 696 071 574.

Compro camilla hidráulica de tres cuerpos. José Antonio Torres Zaragoza. e-mail: crf33@hotmail.es Teléfono: 620 23 43 91

Estaría interesada en comprar camilla bobath eléctrica de pedal y de 100x190 cm en buen estado. Pagaría hasta 700 euros.

Mª Loreto Romero Colomer. e-mail: loroco3@gmail.com Teléfono: 699751662



Con el objetivo de tener actualizada esta sección, se ruega a los anunciantes que comuniquen a fisioterapialdia@col-fisiocv.com los cambios que se hayan producido en sus anuncios.

Los anuncios que se hayan publicado durante un año completo, es decir, cuatro números, serán retirados del Tauler. Para reinsertarlos, los interesados tan sólo deberán volver a enviar la información o solicitar explícitamente su continuidad.



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

**Por tu salud, ponte
en buenas manos**

**Acude a un fisioterapeuta
profesional y colegiado**





Sabadell
Professional



PROfundizar: Financiamos tus estudios impartidos por tu colegio profesional.

Profundizar. O lo que es lo mismo, convertirte en un profesional más grande. Eso es lo que consigues cuando completas tus estudios. Por eso, si tu colegio profesional imparte cursos o másteres y tú quieres asistir, nosotros te los financiamos. Y es que sabemos tan bien como tú que aprender es algo que un profesional no debe dejar de hacer nunca.

Si eres miembro del **IHustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunitat Valenciana** y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas.
O lo que es lo mismo, **el banco de los mejores profesionales: el tuyo.**

Llámanos al 902 383 666, identifíquese como miembro de su colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com



Captura el código QR y
conoce nuestra news
'Professional Informa'

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.

AM 00:01

Ya es mañana

Posgrados CEU

El CEU es una obra de la Asociación Católica de Propagandistas

Actualizarse, mejorar, aprender lo nuevo, **dominar** la técnica que acaba de aparecer, saber **manejar** la última tecnología, **comprender** los cambios que se están produciendo... hay muchas razones para elegir un posgrado CEU. Y la más importante es darse cuenta de qué es lo que vas a necesitar mañana. Un mañana que está lleno de nuevos retos, de nuevas oportunidades, de otras formas para trabajar.

Másteres Oficiales en Fisioterapia

Fisioterapia Deportiva



- Total créditos: **60 ECTS**
- Dedicación: **Jueves y Viernes** de 15:30 a 21:00
- Campus: **Valencia**
- Duración: **1 año** (Inicio Octubre 2015)
- Hasta un 20% de **descuento** para **Antiguos Alumnos**
- **Programa único** en la Comunidad Valenciana

Abordaje Osteopático del Aparato Locomotor



- Total créditos: **90 ECTS**
- Dedicación: Principalmente **Fin de Semana**
- Campus: **Elche**
- Duración: **2 años**
- Inicio: **Octubre 2015**
- Coorganiza la **Escuela de Osteopatía de Madrid**

¿Estás preparado?, ya es mañana

www.uchceu.es | 96 136 90 09



CEU

Universidad
Cardenal Herrera