



Fisioteràpia *al dia*

Revista del Il.lustre Col.legi de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

Diciembre 2007 / Volumen III n° 4

www.colfisiocv.com

Historia de la Fisioterapia en la Comunidad Valenciana

José Ángel González Domínguez



EL ICOFCV EDITA SU PRIMER LIBRO

Col·lecció **MATÈRIES 1**

IL.LUSTRE COL.LEGI OFICIAL **FISIOTERAPEUTES** DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Editorial: Juan López Boluda,
Decano



Parlem amb...
Eva Maria Wiberg



Conferencia ofrecida por el
Colegio en Orprotec

III Jornadas de lesiones en el deporte
VIII Jornadas del Mediterraneo
ATLETISMO

Art. Divulgatiu: La Convergencia
Europea

Art. Científico: Prevenció d'afeccions
de la pràctica musical en el violista

Junta de Govern:

- Degà: D. Joan López Boluda
- Vicedegà per València: D. Vicente Bou Vázquez
- Vicedegà per Alacant: D. Vicente Toledo Pérez
- Vicedegà per Castelló: D. Manuel Ávila Peñalver
- Secretària: D^a Vicenta Fortuny Almudéver
- Tresorera: D^a M^a Victoria González Jiménez
- Vocals:
 - 1.- D. José Fco. Melià Oliva
 - 2.- D. Juan Fco. Teruel Anaya
 - 3.- D. Antonio Font Parra
 - 4.- D. Carlos Villarón Casales
 - 5.- D. Jaime Martínez Carrascal
 - 6.- D. Felipe Querol Fuentes
 - 7.- D. José Antonio Navarro Cerdán
 - 8.- D. Jose Vte. Cantavella Laínez

Comissió de premsa:

- Director: Pedro Rosado Calatayud
- Subdirector: Javier Martínez Gramage
- Directora Tècnica: Sylvia Pérez Fons
- Redacció:
Álvaro Vilanova Giner
Jaime Gascó López de Lacalle
José Àngel González Domínguez

- Alacante: Sergio Hernández Sánchez
- Castelló: Manuel Ávila Peñalver.
- València: Eva Segura Orti

-Precol.legiats:

- Vicent Benavent Caballer
- Bàrbara Rosales Pérez
- Paula San Ruperto Ferrer
- Natalia Soler Fuentes

-Comissió científica:

- Manuel Valls i Barberà
- Javier Montañez Aguilera
- Marisa Bataller Richard
- José Vicente Toledo Marhuenda
- José Lendoiro Salvador
- Arancha Ruescas Nicolau

Nota: Los artículos publicados en esta revista en valenciano o castellano, lo son en función de la lengua en que se presenta el original por su autor.

El Col.legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana no participa necessàriament de les opinions manifestades en els articles signats, la responsabilitat dels quals correspon exclusivament als seus autors.

Seu:

C/ Sant Vicent Màrtir, 61 - 2^a
Tel: 96 353 39 68
Fax: 96 310 60 13
46002 - València
e-mail: administracion@colfisiocv.com
e-mail: fisioterapialdia@colfisiocv.com
web: www.colfisiocv.com

Depósito Legal: V - 1930 - 2001
ISSN: 1698-4609



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

SUMARI...

<i>Editorial</i>	1
<i>Informació Col.legal</i>	2
<i>Parlem amb</i>	10
<i>Racó del Llibre</i>	12
<i>Fisioteràpia Actual</i>	15
<i>Art. Científic</i>	34
<i>Benvinguts</i>	37
<i>Agenda</i>	40
<i>Tauler</i>	42
<i>Precol.legiats</i>	44
<i>Normes de publicació</i>	51



Juan López Boluda, Decano.

Editorial

Editorial

Finalizado el 2007, es hora de recapitular. Éste ha sido un importante año para todos nosotros, en el que hemos tenido ocasión de celebrar algunos acontecimientos realmente significativos. Para empezar, se cumplía el 50º Aniversario de la Fisioterapia. 50 años de disciplina que empezaron como especialidad de Ayudante Técnico Sanitario, Practicantes y Enfermeras, que después logró establecerse como Diplomatura independiente y que culmina con la publicación en el BOE del nuevo título de Grado. No podíamos dejar en el recuerdo la historia de la Fisioterapia, y menos aún tratándose de la Comunidad Valenciana ya que fue aquí donde vio la luz la primera Escuela de Fisioterapia de España, la Escuela de Fisioterapia de la Universitat de València. Por ello, el Colegio de Fisioterapeutas ha celebrado durante todo este ejercicio este 50º aniversario. Así, dedicamos el día Mundial de la Fisioterapia en 2007 a celebrar esta importante onomástica. Ese día se presentó el proyecto de publicación del libro *La Historia de la Fisioterapia en la Comunidad Valenciana* del fisioterapeuta e historiador D. José Ángel González Domínguez, el libro ha sido editado por nuestro Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana.

Además, y como ya he comentado, este año culmina con una noticia absolutamente trascendente, la publicación en el Boletín Oficial del Estado del Real Decreto por el que se establece el Título de Grado. Es una gran satisfacción para mí celebrar con todos vosotros, mis colegas, la coincidencia de la publicación de esta Ley con nuestro mencionado aniversario ya que esto supone un colofón de lujo para el ejercicio 2007.

La consolidación del Colegio es ya un hecho. Por un lado, formamos un colectivo de más de 2500 colegiados, lo que, sumado a la labor de Relaciones Públicas desarrollada en estos años, hace que todas las instituciones cuenten con nosotros para tomar decisiones importantes en nuestro ámbito. Así, por ejemplo, formamos parte de la EVES junto a los demás colegios profesionales del área de sanidad. Esto, nos permite contar con cursos organizados por el Colegio acreditados oficialmente.

Al mismo tiempo, el Colegio ha seguido ofreciendo un gran servicio a todos sus colegiados y colegiadas. La labor del equipo de administración, así como la de sus colaboradores, consigue cada año consolidar aún más la entidad, no sólo como la representación oficial de nuestra profesión, que lo es por derecho, sino como el punto de encuentro de muchos de nosotros que cada vez más nos damos cita en su sede para aprovechar las oportunidades y los servicios que el Colegio nos ofrece: formación, biblioteca, servicios de administración, publicaciones, web... Desde aquí, quiero aprovechar la ocasión para lanzar un llamamiento a todos los y las fisioterapeutas para aumentar la participación en nuestro colegio. vuestra participación nos ayuda a mejorar nuestro trabajo y a ofrecer un servicio cada vez más adecuado a las necesidades de cada uno de vosotros. Éste es nuestro objetivo y necesitamos vuestra ayuda para alcanzarlo. Por ello, os agradecemos el apoyo que ofrecéis y que, sin duda, seguiréis aportando a nuestro trabajo.

Para finalizar, me gustaría desearos un 2008 colmado de amor, de esperanza, de paz, de trabajo y de salud para todos. Feliz 2008.

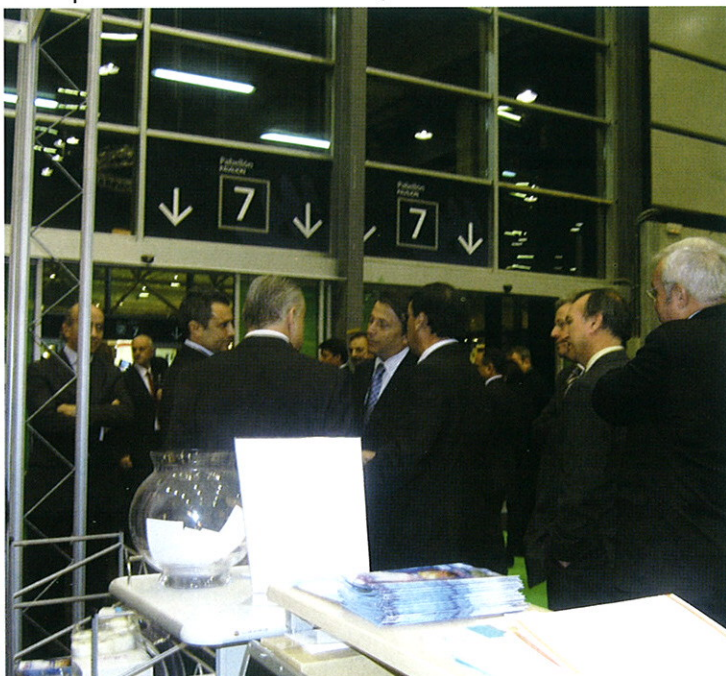
Juan López Boluda
Decano

al día Los Consellers de Sanidad, Bienestar Social e Industria, Comercio e Innovación visitaron el stand del Colegio.

Orprotec 2007

El Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana participó, como viene siendo habitual, en la Feria de Orprotec celebrada los días 29 y 30 de noviembre y 1 de diciembre, en el recinto de Feria Valencia.

El acto de Inauguración, tuvo lugar el jueves 29 de noviembre y fue encabezado por el Honorable Sr. D. Manuel Cervera Taulat, Conseller de Sanitat, quien se acercó hasta nuestro stand para saludar a los presentes e intercambiar unas palabras con nuestro Decano, D. Juan López Boluda, con quien sabemos que comparte una muy buena relación profesional. Así mismo, también visitó el stand del Colegio el Honorable Sr. D. Juan



Gabriel Cotino Ferrer, Conseller de Bienestar Social y Vicepresidente III del Consell, igualmente interesado por la labor que desarrolla el Colegio. Y, por último, el día 1 de diciembre el stand fue visitado por la Honorable Sra. D^a Belén Juste Picón, Consellera de Industria, Comercio e Innovación.

Además de los importantes encuentros institucionales que el hecho de participar en Orprotec ha propiciado, el Colegio, por medio de algunos profesionales, ha ofrecido una serie de conferencias, clinics o mesas redondas

que se han desarrollado en el recinto propuesto para este fin. Con ellas, los fisioterapeutas, los estudiantes de fisioterapia y los demás visitantes de Orprotec, pudieron conocer algunas técnicas que los fisioterapeutas están aplicando en la actualidad y las posibilidades de las mismas en la terapia de los pacientes asistidos por ellas. Entre los temas concretos tratados en la Feria encontramos: "El material prescindible e imprescindible. La actividad terapéutica y la formación del fisioterapeuta en el ámbito de la ortopedia y las ayudas técnicas"; "Ayudas técnicas en centros de atención a dependientes" y "Ayudas técnicas en centros geriátricos".

Este año, por primera vez, el Colegio ha participado en la mencionada Feria como Asesor Técnico. Esta condición, por el hecho de hacernos partícipes de la coordinación de los actos, ha logrado que la fisioterapia esté en un lugar destacado en todos los eventos que allí se han desarrollado. Por un lado, la ubicación del stand era muy acertada ya que estaba entre las dos áreas principales de la exposición, lo cual nos situaba en una de las zonas de paso obligado para los asistentes. Por otro lado, hemos participado en todos los actos organizados por la Feria, tanto institucionales como divulgativos. Todo ello, ha logrado un éxito rotundo de visitantes a nuestro stand. Además, cabe destacar que no sólo en número se ha notado una gran diferencia respecto a otras ediciones, sino que esta ocasión, ha destacado por la gran cantidad de compañeros fisioterapeutas y

estudiantes de fisioterapia de todas las Escuelas de la Comunidad Valenciana que se han acercado interesándose por las actividades del Colegio y por la posibilidad de empezar a participar activamente en ellas.

Otro de los motivos del éxito comentado es, sin duda, la divulgación que se ha hecho de esta edición de Orprotec. El Colegio ha cooperado en ella a través de sus publicaciones y de sus circulares invitando a todos los colegiados a visitarla, pero cabe destacar también el esfuerzo realizado por la propia Feria.

La próxima edición de Orprotec está prevista para finales del año 2009. El Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana tratará de participar en ella de nuevo, y, si es posible, con un papel protagonista cada vez mayor.

El Colegio agradece a todos los que han participado en esta edición de Orprotec: Feria Valencia, colegiados, patrocinadores, personal, visitantes, etc. su apoyo para cumplir uno de los objetivos principales del colegio como entidad, difundir el importante papel que la fisioterapia desarrolla entre los ciudadanos de la Comunidad Valenciana y del mundo y seguir potenciando la labor sanitaria y social que desempeña. Gracias a todos.



al dia

El Grado de Fisioterapia, una realidad.

El pasado 30 de octubre en el BOE número 260 fue publicado por el Ministerio de Educación y Ciencia el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

En el Capítulo II, establece con carácter general la estructura de las enseñanzas universitarias oficiales, que se concretan en los Capítulos III, IV y V para las enseñanzas de Grado, Máster y Doctorado.

En cuanto a los Diplomados en Fisioterapia que tienen su titulación anterior a la entrada en vigor de este real decreto destaca la Disposición adicional cuarta: Efectos de los títulos universitarios oficiales correspondientes a la anterior ordenación, que en su punto 1, dice textualmente:

"...Los títulos universitarios oficiales obtenidos conforme a planes de estudios anteriores a la entrada en vigor del presente real decreto mantendrán todos sus efectos académicos y, en su caso, profesionales..."

El real decreto sienta sus bases en la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior, iniciado en 1999 con la Declaración de Bolonia y que prevé como horizonte para la consecución de sus objetivos el ya cercano año 2010.

El real decreto, siguiendo los principios de la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, profundiza en la idea de la autonomía universitaria de modo que serán las propias universidades las que crearán y propondrán, de acuerdo con las normas establecidas, las enseñanzas y títulos que hayan de impartir y expedir, sin sujeción a la existencia de un catálogo previo establecido por el Gobierno como hasta ahora. Además, adopta una serie de medidas que flexibilizan la organización de las enseñanzas universitarias, promoviendo la diversificación curricular y permitiendo que las universidades aprovechen su capacidad de innovación, sus fortalezas y oportunidades.

Los planes de estudios deberán tener en el centro de sus objetivos la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, ampliando, sin excluir, el tradicional enfoque basado en contenidos y horas lectivas.

Los objetivos se centran en fomentar la movilidad de los estudiantes, tanto dentro de Europa, como con otras partes del mundo, y sobre todo la movilidad entre las distintas universidades españolas y dentro de la misma universidad. Por otro lado, se busca establecer vínculos adecuados entre el Espacio Europeo de Educación y el Espacio Europeo de investigación.

Fisioterapia al día ha contado en este número con la importante colaboración de D^a Celedonia Igual Camacho, Profesora Titular de la Escuela de Fisioterapia de la Universitat de València, y D^a Àngels Cebrià Iranzo, profesora asociada de la misma universidad, para ilustrar todo lo acontecido en este tema, su evolución académica, el Espacio Europeo de Educación y las competencias en el Grado de Fisioterapia. Así el artículo divulgativo este número de Fisioterapia al Día, versa sobre la Convergencia Europea como colofón a toda una etapa de transición en la que la fisioterapia ha jugado un importante papel. Desde aquí nos gustaría agradecer esta colaboración.

al dia

El Consejo celebra el 50º Aniversario de la Fisioterapia.

El viernes 30 de noviembre el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas celebró el quincuagésimo aniversario de la fisioterapia en el hotel AC Cuzco de Madrid con un acto homenaje de la publicación del decreto que estableció la especialidad de fisioterapia en 1957.

El acto que se desarrolló durante la mañana del viernes contó con un sistema de exposición de comunicaciones (charlas) en el que se recogía la evolución en los campos de actuación del fisioterapeuta: docencia, investigación, gestión

y asistencia. Cerca de las dos de la tarde nuestro compañero D. José Ángel González Domínguez, Doctor por la Universidad Miguel Hernández de Elche clausuró el acto con su ponencia "Historia de la Fisioterapia en España", con motivo de la publicación del libro del mismo nombre del que es autor. El acto contó con la presencia de nuestro Decano D. Juan López. Tras su actuación se hizo entrega de las distinciones y se pasó a servir a los asistentes un vino español.

al dia

En 2008, el Colegio abrirá locales en Alicante y Castellón.

La provincia de Alicante y la provincia de Castellón contarán con una sede cada una tal y como se aprobó en la Asamblea Ordinaria del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, celebrada el jueves 20 de diciembre en la sede colegial.

Como cada año, los colegiados se reunieron para dar cuentas y aprobar el presupuesto para el ejercicio 2008. El acto fue presidido por D. Juan López, Decano del Colegio y D^a Vicenta Fortuny, Secretaria del mismo, los cuales estuvieron asistidos por el Asesor Jurídico de la entidad D. Vicente Martínez.

El Decano, Juan López, dio cuenta de lo acontecido durante el ejercicio que acababa. Después las diferentes comisiones de trabajo informaron de su labor a todos los presentes.

Para terminar el Decano presentó el presupuesto para el siguiente ejercicio. En el destacaba sobre todo, las partidas destinadas a la compra de los locales de Alicante y Castellón para crear la sede colegial en estas dos provincias. Con ello, el Colegio cumplirá uno de sus más ambiciosos objetivos, acercar el Colegio a sus colegiados y que cada provincia pudiera disfrutar de los servicios de la entidad.

El local previsto en Alicante, se trata del antiguo colegio de enfermería de Alicante, sito en la calle Eusebio Sempere, 11. El local cuenta con más de 200m² divididos en una zona de administración y otra para cursos de formación. Por su parte, el local previsto para Castellón es de nueva construcción (año 2006). Se encuentra a 100 metros, aproximadamente de la Universitat Jaume I,

cuenta con 125m², e igualmente están repartidos en dos zonas diferenciadas que serán destinadas a administración y a formación respectivamente.

Otros temas de los que se habló fue el anuncio de la celebración el próximo mes de febrero de las III Jornadas de Lesiones en el deporte, dedicadas al atletismo y VIII Jornadas del Mediterráneo o la evolución de la ONG Fisioterapeutas para el Mundo Solidarios que contará con el apoyo del Colegio durante el nuevo ejercicio.

Para finalizar la asamblea, el Decano hizo entrega a los presentes de una estatuilla con el emblema del Colegio. Después se celebró la ya tradicional cena de Navidad que el Colegio ofrece a los asistentes a la Asamblea en un restaurante cercano a la sede colegial.



al dia

Historia de la Fisioterapia en la Comunidad Valenciana, el primer libro editado por el ICOFCV

Con motivo del 50º Aniversario de la fisioterapia y como colofón a un año de celebraciones el Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana ha editado el libro Historia de la Fisioterapia en la Comunidad Valenciana. Su autor, D. José Ángel González, ha participado en cada uno de los actos conmemorativos que ha organizado el Colegio de tal acontecimiento.

Para presentarlo oficialmente el Colegio preparó un emocionante acto, en la tarde del jueves 20 de diciembre. El acto fue dirigido por el Decano del Colegio D. Juan López Boluda y D. José Ángel González Domínguez, Fisioterapeuta, Doctor y autor del libro.

Al acto asistió gran cantidad de público. Entre ellos, destacaba la presencia de los miembros de la Junta de Gobierno, y numerosos colegiados que no quisieron perderse el importante acto, muchos de ellos protagonistas del libro y, por tanto de la historia de la fisioterapia en la Comunidad Valenciana, personas que han ofrecido su vida a este mundo, que han visto crecer a su profesión y que ahora comprueban como sus nombres quedarán inmortalizados en esta publicación. A todos ellos, el Colegio hizo entrega de un ejemplar del mencionado libro para agradecer su presencia y su dedicación.



al día **III Jornadas de Lesiones en el Deporte, Atletismo y VIII Jornadas de Fisioterapia del Mediterráneo.**

Los días 22 y 23 febrero de 2008, el ICOFCV celebrará las III Jornadas de Lesiones en el Deporte, dedicadas en esta ocasión al Atletismo. La elección de este deporte se debe al inminente Mundial de Atletismo que se celebrará en la ciudad de Valencia en esas mismas fechas.

Estas Jornadas, además, coincidirán con las VIII Jornadas del Mediterráneo que este año corresponde celebrarse en nuestra Comunidad.

Las Jornadas comenzarán el viernes 22 de febrero en el Complejo Deportivo Municipal La Petxina de Valencia. A las 16:00 horas se procederá a la entrega de material, la presentación y la inauguración del acto. Después, a las 17:00 h. dará comienzo la primera ponencia. La Comisión organizadora de las Jornadas, en el momento del cierre de esta edición de Fisioterapia al Día, está ultimando el programa de ponencias. Así podemos adelantar el programa previsto, teniendo en cuenta que puede sufrir alguna alteración, será el siguiente:

Viernes 22 de febrero:

- 17:00h. Tendinosis: beneficios de los ejercicios excéntricos y la electroestimulación. (D. Ángel Basas)
- 17:30h. Métodos de recuperación post-esfuerzo. (D. Manuel Rafael)
- 18:00h. Tratamiento Integral de la Osteopatía dinámica de pubis. (D. Miguel Ángel Cos)
- 18:30h. 1ª Mesa redonda.

Sábado 23 de febrero:

- 9:00h. Pie de atleta. (Dª Carmen Daríes)
- 9:30h. Vendaje Neuromuscular (D. Francisco Selva)
- 10:00h. Estudio antropométrico y factores de crecimiento en atletas jóvenes. (D. Carlos Villarón)
- 10:30h. 2ª Mesa redonda.
- 10:45h. Descanso.
- 11:15h. Fisioterapia en la carrera de gran fondo (D. Fernando Cort)
- 11:45h. Aspectos biomédicos de las pistas de atletismo. (D. José Ramiro)
- 12:15h. Aspectos biomecánicos del calzado para atletismo (D. Roberto Ferrandis)
- 12:45h. 3ª Mesa redonda
- 13:00h. Taller de biomecánica de la marcha y comunicaciones libres.
- 14:00h. Comida
- 16:00h. Taller de vendaje neuromuscular y mesa redonda atletismo
- 17:00h. Complicaciones de la cirugía del ligamento de rodilla (D. Nacho Nebot)
- 17:30h. La tendinitis del corredor, síndrome de la cintilla iliobial. (Dª Laura Ots)
- 18:00h. La hiperpronación del pie y sus repercusiones en el aparato locomotor. (D. Carles Ruiz)
- 18:30h. 4ª Mesa redonda
- 18:45h. Estabilización lumbar dinámica en el atletismo. (D. Sergio Hernández)
- 19:15h. Ponencia (D. Luis Enrique Hernández Castillejo)

En cuanto a la normativa para asistir a las Jornadas el colegio informará debidamente mediante nuestra página web y circular personal a todos los colegiados.

al día

El colegio ofrece becas para los másteres en las universidades de la Comunidad Valenciana.

El ICOFCV se ha puesto en contacto con las universidades que han iniciado los cursos Máster para Diplomados en Fisioterapia para ofrecer becas a los estudiantes. Estas Universidades son la Universitat de València y la Universidad Cardenal Herrera CEU.

La finalidad de esta iniciativa es facilitar el acceso a la investigación de los colegiados y así participar activamente en la consolidación del Espacio Europeo de Educación Superior, que comienza a concretarse con estos planes de estudios. Para el Colegio al acceso al doctorado es uno de los pasos más importantes con el que académicamente se complementará la carrera profesional, se perfeccionará la calidad de nuestro servicio y, con ello, el prestigio de la fisioterapia.

En cuanto a las bases para conseguirla están pendientes de aprobación por las diferentes organizaciones implicadas.

al día

Reunión en Conselleria de Sanitat

El 3 de diciembre, sobre las 17:00 horas, el Decano del Colegio mantuvo una muy interesante reunión con D. Luis Rosado Bretón, Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud de la Generalitat Valenciana.

En ella, se trataron principalmente dos temas. Por un lado, la obligatoriedad de colegiación de todos los Diplomados en Fisioterapia que desarrollen sus funciones en el ámbito de la Comunidad Valenciana. El Director respondió a esta propuesta mostrándose muy interesado en que esta condición se dé tanto entre los profesionales colegiados que ejercen su labor en el ámbito privado como los que la ejercen en el ámbito público. Por otro lado, se habló del interés por ambas partes de que el fisioterapeuta pueda prescribir técnicas de fisioterapia y medicinas, siempre por vía tónica, que se requieran para el tratamiento al que esté sometido el paciente.

Estos dos importantes temas encuentran un nexo de unión muy significativo ya que el fisioterapeuta que no esté colegiado no podrá realizar las prescripciones.

Con todo ello, se vislumbra una vía de concreción para la consecución de los objetivos del Colegio y de la sanidad en general, acabar con el intrusismo, conseguir que se cumpla la ley general de colegios y ofrecer a los ciudadanos el mejor servicio sanitario posible.

al día

El Colegio ofrece un curso On line para las próximas oposiciones.

El Colegio ha organizado un curso on line, con el que pretende dar cobertura a la gran cantidad de colegiados interesados en recibir apoyo docente para preparar las próximas oposiciones a las plazas de fisioterapeuta convocadas por la Conselleria de Sanitat.

Ésta es la primera vez, que la entidad prepara un curso de estas características y espera que el resultado sea un éxito. El motivo que ha llevado a emprender este proyecto ha sido el dar el servicio a más cantidad de colegiados interesados evitando el problema de la distancia física entre la sede y el domicilio particular de muchos de ellos que les hacía imposible el acceso a la formación ofrecida por el Colegio. Así, además de incorporar las nuevas tecnologías y todas las ventajas que hoy ofrecen a las distintas entidades que conviven en nuestra sociedad, el colegio consigue llevar el servicio hasta el mismo domicilio del colegiado.

La iniciativa ha tenido una gran aceptación entre los colegiados ya que casi un centenar está inscrito en el curso y ha comenzado a estudiar con este nuevo método.

Fisioteràpia al dia

Características técnicas

Periodicidad: Trimestral

Tamaño: A-4

Nº Págs aprox.: 24-28 (Aprox)

Color: Portada e Interior

Tarifas

Contraportada (color / 210 x297 mm) 600

Interior contraportada (color / 210 x 297 mm) 550

Página entera (2 tintas / 210 x 297 mm)400

Media página (2 tintas / 150 x 210 mm)275

Descuentos:

- Por contratar 2 números: 5%

- Por contratar 4 números: 10%

Normativa para Mailing

-Para realizar el envío de un tríptico o de cualquier documento informativo que se desee publicar, se ha de solicitar con tres meses de antelación, enviando a la sede colegial el contenido y el modelo o boceto del documento a enviar

-La comisión de Publicidad procederá a su estudio, y tanto si la decisión es o no favorable, se comunicará de inmediato a la entidad organizadora

-Los gastos del envío serán los siguientes:

1º-Franqueo: será el resultado de multiplicar el nº de colegiados por el coste del franqueo según establezca correos. Las tarifas, dependiendo del peso, suelen oscilar entre estas dos cantidades: 0.28 € o 0.41 €.

2º-Gastos de manipulación y material: Por el nº total de Colegiados, este incluye: plegado y ensobrado de un elemento-*coste de las etiquetas, coste de los sobres del Colegio. Por último, estos gastos de manipulación incluyen también el coste del envío de los sobres a la oficina de correos.

3º-Tasa en concepto de publicidad: la tasa por publicidad para cada envío es de 310 €.

-La Entidad solicitante tendrá que rellenar una plantilla para la confección del presupuesto personalizado y deberá de notificar por escrito la aceptación del mismo.

-El Departamento de Contabilidad del Colegio enviará la factura del total a la Entidad organizadora, y una vez quede abonada, se procederá al envío de la documentación desde la sede colegial. *manipulado de cada elemento adicional.

Estándar aceptado para la publicidad en la portal del I.C.O.F.C.V.

La contratación para la publicidad en la Web del il.lustre Col.legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana. www.colfisiocv.com, debe realizarse como mínimo por un periodo de tres meses, y su coste mensual es de 120 €.

Disponemos de dos tamaños de "banner".

- 468 x 60 píxeles.

- 90 x90 píxeles.

(En el caso de elegir el tamaño reducido, podrá colocar dos "banners".)

En el momento confirme la solicitud de este servicio de publicidad, se le enviará el contrato detallado.

Parlem amb... Eva Maria Wiberg Fisioterapeuta en el Hospital Universitario de Lund, Suecia.

por Eva Ortí Segura

Sin Fisioterapeutas en las Unidades de Hemodiálisis los pacientes acabarán en silla de ruedas



¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el campo del paciente renal y, en concreto, con los pacientes en diálisis?

Yo me gradué en 1978 como Fisioterapeuta. Los estudios se prolongaron durante 2 años, en los que apenas se impartía nada relacionado con el paciente en diálisis. Tras ese tiempo, me especialicé durante 2 años más en el campo de la enfermedad renal, estudiando fisiología y metodología de investigación. En el año 2000 obtuve mi título Master. Respecto al trabajo en este campo, en 1979 comencé como Fisioterapeuta en el Hospital de Lund, trabajando en distintos ámbitos: niños, asmáticos, enfermos de corazón... Alguien de la planta de enfermos renales dejó una vacante y me la ofrecieron. Por aquel entonces mi papel en la hemodiálisis era muy limitado: me llamaban si, por ejemplo, algún paciente en hemodiálisis tenía un problema en el hombro.

¿Cómo empezaste a tratar de manera rutinaria al paciente en diálisis?

Cuando iba a tratar un problema músculo-esquelético, como un dolor de hombro, me daba cuenta de que no tenían masa muscular en general. El hombro era la puerta del problema, en pacientes que pasaban 2 días por semana en la cama con 8 ó 9 horas de tratamiento, después de viajar durante a veces 3

horas desde su casa al hospital. Cada vez que me llamaban desde hemodiálisis me bajaba la moral, y empecé a preguntarme por qué. Tenía que hacer algo que llegara a la raíz del problema. Y fue así como empezamos a realizar ejercicio en grupo antes de la diálisis una vez por semana, buscando como objetivo mejorar la condición física de los pacientes.

¿Cómo se llegó a formar la red de Fisioterapeutas Renales del sur de Suecia?

Una compañera de Malmö, a unos pocos kilómetros de aquí, y yo solíamos coincidir en algunas jornadas, y decidimos que necesitábamos un foro para compartir nuestras experiencias, establecer cuáles eran las necesidades de esta especialidad, y conocer a otros fisioterapeutas que trataran a estos pacientes. De esta forma, en 1993 comenzamos a reunirnos dos veces al año.

¿Ha evolucionado la Fisioterapia Renal conforme a los avances en el tratamiento en la hemodiálisis?

Desde luego que sí. Al principio el objetivo era la supervivencia del paciente, y a medida que se ha avanzado en el tratamiento (uso de EPO para tratar la anemia, nuevas técnicas, mayor frecuencia del tratamiento) se ha mejorado la calidad de vida del paciente. Ahora los pacientes pueden incluso mantener su trabajo y tener una vida más normal. El fisioterapeuta puede ser más ambicioso hoy en los objetivos, intentando ejercitar al paciente para que mantenga su nivel de actividad diaria. De todos modos, los pacientes en tratamiento por causa de una diabetes tienen muchas más limitaciones y complicaciones a pesar de todos los avances en los últimos años. Hay que tener en mente el diagnóstico del paciente, ya que la hemodiálisis es un tratamiento común a un grupo de enfermedades. No es un grupo que podamos considerar homogéneo, pero todos tienen en común una disminución en su condición física

A la hora de pautar ejercicio para un paciente en hemodiálisis, ¿supone un problema la presencia de la fístula arteriovenosa en el antebrazo o el catéter central vascular?

La fístula es el vínculo con la vida del paciente en hemodiálisis, por lo que siempre debe ser considerada a la hora de pautar recomendaciones para hacer ejercicio, y concretamente al hacer ejercicio con ese brazo. Cuando comencé a trabajar con enfermos renales pregunté a varios nefrólogos sobre la idoneidad de ejercitar el brazo con la fístula, y obtuve respuestas variadas, desde no hacer nada hasta realizar los mismos ejercicios que con el brazo sin fístula. Pero cuando el Jefe Médico de la Unidad de Hemodiálisis me animó, empecé a recomendar a los pacientes el uso y el ejercicio de ese brazo. El consejo en este sentido, ya que es un tema que preocupa a todo fisioterapeuta que trate a un paciente de este tipo, es comenzar muy poco a poco. Además, antes de planificar el tratamiento, se debe considerar la condición física del paciente y la fuerza del brazo antes de la realización de la fístula (su trabajo, su hábito de ejercicio). Alguien que realiza ejercicio de forma habitual tendrá mejor circulación que una persona de edad avanzada y, especialmente, que los diabéticos, que presentarán mala circulación. En general, antes de trabajar con pesas en el brazo, la fístula arteriovenosa debe ser madura, que es lo opuesto a una fístula recién practicada (pequeña y fina). Sin embargo esa fístula no madura sí permite la realización de las actividades de la vida diaria, y podrían realizarse ejercicios de apretar una pelota con la mano, a menos que el cirujano indique que la fístula es demasiado frágil. Si alguien tiene 3 ó 4 fístulas en distintas localizaciones no recomiendo realizar ejercicios con pesas, aunque el paciente puede realizar el ejercicio de la pelota y puede reforzar su otro brazo y el resto del cuerpo. En cualquier caso, en mi experiencia nunca he visto una fístula que se rompiera debido al ejercicio. Respecto a los pacientes que llevan un catéter central en la zona del pecho, los únicos ejercicios que no les aconsejo son los que implican excesiva tensión en la zona, como podría ser el gesto realizado al golpear una pelota en tenis o squash.

¿Qué opina del hecho de la falta de la figura del fisioterapeuta en algunas unidades de hemodiálisis de Suecia o en países como España?

En esos casos el paciente acabará en camilla o silla de ruedas. El fisioterapeuta hace posible que el paciente tenga una vida más normal, que aumente su independencia y por lo tanto su calidad de vida.

¿Qué dificultades destacaría en este campo de la fisioterapia?

El hecho de encontrarnos ante una enfermedad crónica, hace que el paciente nos vaya a necesitar siempre. La alta comorbilidad es algo a destacar, ya que puede hacer que lo que hayamos ganado en meses lo perdamos en días. Y cuando el paciente tenga resuelto su problema extra (como una neumonía, por ejemplo) de nuevo necesitará mucha ayuda. El fisioterapeuta debe ser un corredor de fondo en este campo, con capacidad para animar al paciente ante las múltiples adversidades que le aparecen día a día. Por otro lado el fisioterapeuta se siente muy recompensado cuando observa un mayor grado de independencia del paciente como resultado de nuestro tratamiento.

¿Cree que el hecho de que el primer tratamiento de hemodiálisis periódica empezará en Lund ha influido en que la Fisioterapia Renal aquí se haya desarrollado más que en otros lugares?

Sí es probable que haya influido, pero en concreto el hecho determinante fue la presencia en esos tiempos de nefrólogos que le dieran importancia a la Fisioterapia como medio para mejorar la condición física de los pacientes

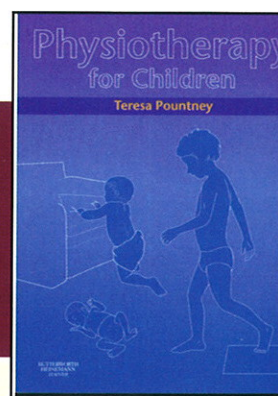
Para finalizar, exprese en voz alta el que sería su deseo para el futuro en este campo de la Fisioterapia

Unidades de hemodiálisis con gimnasio y piscina (¡hay que motivar a los pacientes con distintos tipos de ejercicio!), y con un restaurante para no tener que tomar las comidas en la cama. Un lugar social, para reunirse y aprender a mantener una dieta saludable que les permita estar bien nutridos. Y un trabajo en equipo del Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Nutricionista que busque intervenciones a la carta de las necesidades de los pacientes.

Racó del llibre

Comentarios a cargo de: José Lendoiro Salvador
Fisioterapeuta y Doctor. Colegiado nº 1457

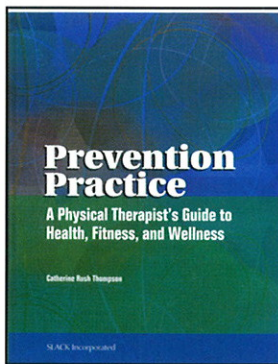
Editora: Teresa Pountney
Título: Physiotherapy for children
Editorial: Butterworth - Heinemann Elsevier
Año: 2007
ISBN: 978-0-7506-886-4
Páginas: 360 Precio aproximado: 60 €



Teresa Pountney es una fisioterapeuta que junto con otros 25 autores, casi todos también fisioterapeutas, han escrito un libro sobre Fisioterapia pediátrica. Comienzan tratando los aspectos legales y éticos, y la organización del servicio pediátrico de Fisioterapia; continúan con la valoración y diagnósticos fisioterápicos. En la parte tercera dedican seis capítulos sobre Fisioterapia neurológica pediátrica; en la cuarta parte, otros dos capítulos sobre el daño cerebral adquirido. Los tratamientos fisioterápicos en las enfermedades musculoesqueléticas pediátricas son tratados en los cuatro capítulos de la quinta parte, en el que también se incluye la práctica deportiva pediátrica.

En la siguiente parte hay 3 capítulos a las enfermedades cardiorrespiratorias, en el que destaca un capítulo a los cuidados intensivos en Fisioterapia pediátrica, y la importancia del fisioterapeuta en las Unidades de Cuidados Intensivos. En este capítulo, como en el resto de los ya mencionados, el recurso a la bibliografía y artículos es constante, fundamentando la experiencia en la investigación con evidencia científica, y además completan el texto con la descripción de casos concretos, con imágenes radiográficas y de procedimientos, con tablas descriptivas, de objetivos y protocolarias, y en algunos con fichas pro forma para registrar los casos.

Los dos últimos capítulos son igual de elogiados por tener igual planteamiento y por tratar aspectos en los que la Ciencia Fisioterápica todavía no está bien considerada en España, como son la Fisioterapia oncológica pediátrica, y la Fisioterapia mental pediátrica. En todo el libro es constante el recurso a la evidencia científica, y es comprensible porque los autores realizan investigación en su práctica clínica. Un ejemplo de ello es el siguiente artículo de la editora del libro: Repeatability and limits of agreement in measurement of hip migration percentage in children with bilateral cerebral palsy. T. Pountney, A. Mandy, P. Gard. "Physiotherapy". The Chartered Society of Physiotherapy: London. Vol. 89, nº5, May 2003, pp.276-289

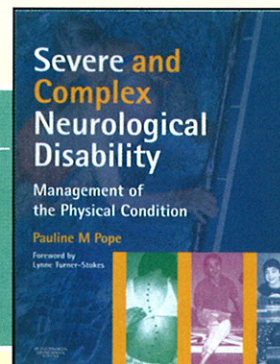


Autora: Catherine Rush Thompson
 Títol: Prevention practice: a physical therapist's guide for health, fitness and wellness
 Editorial: Slack incorporated
 Año: 2006
 ISBN: 978-1-55642-617-9
 Páginas: 272 Precio aproximado: 45 €

Aunque es un libro de 2006, me ha parecido interesante su comentario, porque aborda un tema poco contemplado en la sanidad actual, como la labor de la Ciencia Fisioterápica en la salud preventiva. Un ejemplo, puede ser una paciente que ayer mismo me comentaba que no había sido tenida en cuenta, porque en su resonancia magnética no se detectaban hernias ni enfermedades de gravedad, y la remitían a analgésicos para su dolor sacrolumbar. Es de suponer que cuando tuviese la hernia ya formada, le remitirían a un programa de tratamiento fisioterápico: cinesiterapia, masoterapia, ...

En este libro, la autora junto con ocho fisioterapeutas más, escriben sobre la perspectiva holística de la Fisioterapia y su importancia en la salud preventiva. Comentan la importancia de adaptar la cinesiterapia a las enfermedades, a las pequeñas dolencias de forma preventiva, a cada paciente y a cada edad. Dedicar capítulos a cada situación por edades: la infancia-adolescencia, adultos, mujeres, ancianos; y a las diferentes enfermedades, como las cardiopulmonares y neuromusculares, entre otros aspectos. Se trata cada capítulo de forma muy interesante y con fundamentación bibliográfica y documental que se reseña al final del mismo. En realidad, este libro es una sorpresa, ante las profusión de publicaciones que anuncian soluciones mágicas, llenas de fotografías y sin ningún fundamento científico, escritas por supuestos terapeutas quienes en realidad no tienen estudios universitarios y como mucho han realizado algunos cursillos de fines de semana.

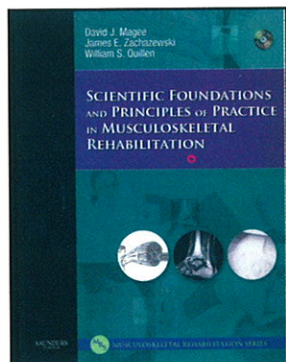
Autora: Pauline M. Pope
 Títol: Severe and complex neurological disability: management of physical condition
 Editorial: Butterworth. Heinemann. Elsevier
 Año: 2006
 ISBN: 0-7506-8825-4
 Páginas: 284 Precio aproximado: 55 €



La autora junto con otros tres neuro-fisioterapeutas nos ofrecen un libro sobre la Fisioterapia en las enfermedades neurológicas con daño severo o completo. A lo largo de doce capítulos es aplicada esta ciencia en la valoración y diagnóstico sobre la biomecánica y estructura corporal, la postura, las complicaciones secundarias, el efecto en la postura y el movimiento de las enfermedades del sistema nervioso central; las actuaciones fisioterápicas para que los pacientes establezcan la postura, y mejoren por ejemplo su sedestación.

Uno de los capítulos se dedica a la aplicación en este tipo de pacientes de las especialidades fisioterapéuticas de la Hidroterapia y de la Hipoterapia o terapia hípica. Como en cada uno de los capítulos, el texto está fundamentado documentalmente (al final del mismo se relacionan las referencias), y es complementado con cuadros, gráficos, fotografías, casos concretos. Por ejemplo, el capítulo de Hipoterapia es una breve aproximación al tema, pero bastante completa, que incluso comenta su viabilidad económica, aporta direcciones de organizaciones de fisioterapeutas que se dedican a esta especialidad (del área anglosajona), pues se viene practicando desde hace más de veinte años, aunque aquí sea una novedad (se citan referencias desde 1988).

En los capítulos finales se plantea la visión completa del trabajo fisioterápico con este tipo de pacientes, y es de destacar el capítulo dedicado a la investigación fisioterápica con evidencia científica en las enfermedades que aborda el libro.



Editors: David J. Magee, James E. Zachazewski, William S. Quillen
 Title: Scientific foundations and principles of practice in musculoskeletal rehabilitation [inside CD-Rom]
 Editorial: Saunders. Elsevier
 Year: 2007
 ISBN: 978-1-4160-0250-5
 Pages: 701 Price approximated: 78 €

Sin duda este libro será el que más interés suscitará de los comentados, pues es de todos conocido el libro del fisioterapeuta David J. Magee: Orthopedic physical assessment. Es ya un clásico reeditado en varias ocasiones. Pero no ha sido el único que ha publicado, pues junto con James E. Zachazewski, William S. Quillen editó ya hace más de 10 años: Athletic injuries and rehabilitation. Philadelphia, Saunders, 1996.

La actividad científica de estos tres autores queda reconocida en el presente libro que comentamos, pues son los editores y coordinadores de un equipo de 71 profesionales de la salud, la mayoría de ellos fisioterapeutas, para estudiar los principios y fundamentos científicos de la recuperación funcional musculoesquelética.

El libro está estructurado en dos secciones, la primera de ellas está dividida en 14 capítulos que estudian los fundamentos científicos de las lesiones e inflamaciones; las lesiones de ligamentos y tendones; las lesiones musculares y su recuperación; el daño en las estructuras cartilaginosas y nerviosas; el dolor; la acción fisiológica de los agentes físicos (Fisioterapia); y los efectos de la farmacología en la recuperación funcional.

La segunda sección cuenta con 16 capítulos sobre los principios y la práctica de la recuperación funcional de la Ciencia fisioterápica. En ella se trata el diagnóstico y planificación del tratamiento; los principios de la recuperación funcional; la recuperación neuromuscular; los principios de la estabilización corporal; la integración cardiovascular y la recuperación musculoesquelética; diferentes aspectos del paciente en proceso de recuperación, como el psicológico; las cadenas cinéticas; las movilizaciones; la flexibilidad; los tejidos; fracturas; la vuelta a la actividad; y la valoración del proceso de recuperación.

El libro viene acompañado con un CD-Rom en el que se pueden realizar procesos de búsqueda en la bibliografía de cada capítulo, pues se incluyen abundantes referencias bibliográficas muchas de ellas con conexión on-line al resumen del artículo (al final de cada capítulo no se relacionan dichas referencias y remiten al CD). Por ejemplo, el capítulo dedicado al dolor cuenta con casi 350 referencias documentales.

El recurso a los estudios científicos es propio de la práctica de los autores fisioterapeutas del libro, y por citar tan sólo una referencia del más conocido, recogemos la siguiente sobre una revisión de actuación fisioterápica: A systematic review of physiotherapy for spondylolysis and spondylolisthesis. M.L. McNeely, G. Torrance, David J. Magee. "Manual Therapy" Vol. 8, nº2, may 2003, p. 80-91.

al dia **FISIOTERÀPIA ACTUAL: LA CONVERGENCIA EUROPEA**

Evolución Académica de la Titulación de Fisioteràpia: Perspectiva Actual

M. Àngels Cebrià Iranzo. Professora Associada. Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València.

Celedonia Igual Camacho. Titular d'Escola Universitària. Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València.

Recuerdo histórico: la incorporación de la Fisioterapia como disciplina académica universitaria

Si bien el empleo de los agentes físicos data de muy antiguo, el carácter eminentemente profesional de la Fisioterapia es relativamente reciente en España y su incorporación a la Universidad aún lo es más. El profesional fisioterapeuta ha estado presente desde el siglo XIX como podemos advertir a través de publicaciones y la participación de profesionales en eventos científicos [1].

Entre las publicaciones que han determinado su evolución hasta la situación actual encontramos la Real Cédula de Felipe V, con fecha 29 de enero de 1717, donde aparece por primera vez el término 'Practicante'. A esta figura predecesora se le asignaban funciones que hasta el momento desempeñaban los barberos, pero que requerían una mayor capacidad técnica [2].

Posteriormente, en el siglo XIX, la Reina Isabel II firma la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857 (Ley Moyano de renovación de los Planes de Enseñanza), basada en el Plan Pidal de 1845. Esta ley establecía la creación de un cuerpo de Auxiliares Sanitarios bajo la denominación de 'Practicantes', y regulaba las enseñanzas de Practicantes y Matronas, estableciendo en dos años la duración de ambas carreras.

A principios del siglo XX, entre 1955 y 1956, dos acontecimientos hacen que la Fisioterapia española dé un gran paso hacia su desarrollo. Uno, el hecho de que veintiún profesionales españoles participaran por primera vez en un congreso internacional de dicha especialidad, Le VIII Congrés International de Kinésithérapeutes, celebrado en París del 25 al 30 de septiembre de 1956). Y dos, que España fuera admitida en ese momento en el seno de la Confederación Internacional de Fisioterapia (Confédération Intemational des Kinésithérapeutes), que llevaba 16 años organizando estos congresos, lo cual da idea del elevado interés profesional que tenía ya entonces la Fisioterapia en Europa.

Así pues, la evolución en el plano legal de la Fisioterapia en España se produce en el año

1957, por Real Decreto del 26 de julio de 1957 (BOE del 23 de agosto); a partir del cual se crea la especialidad de Fisioterapia para Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) y se establece que el Ministerio de Educación y Ciencia expedirá el diploma de 'Ayudante en Fisioterapia'. Este mismo año se aprueba el programa de estudios, impartándose en dos años académicos (BOE del 25 de noviembre de 1957). Pero no es hasta la puesta en vigor del Real Decreto 2965/1980 de 12 de diciembre de 1980 (BOE 19 de enero de 1981), que la formación en Fisioterapia adquiere carácter universitario integrándose en la Universidad como Escuelas Universitarias de Fisioterapia. Este Real Decreto en su preámbulo dice:

«El reconocimiento, la experiencia y la madurez alcanzados por estas enseñanzas aconsejan su incorporación a la Universidad para ser impartidas en Escuelas Universitarias». Por tanto, la Fisioterapia se independiza de la Enfermería, constituyéndose una Diplomatura con entidad propia, cuyo estudio conduce a la obtención del título de Diplomado Universitario en Fisioterapia.

En Orden Ministerial de 1 de junio de 1982 (BOE de 4 de junio) se establecen las primeras Directrices Generales para la elaboración de los Planes de Estudio conducentes a la obtención del título de Diplomado Universitario en Fisioterapia. Como consecuencia de esta publicación de esta normativa se crea la primera Escuela Universitaria de Fisioterapia en la Universitat de València –Estudi General, en el curso académico 1983-1984.

El último eslabón que deseamos considerar en la cadena de disposiciones legales en torno a los estudios de Fisioterapia en España es el Real Decreto 1888/84, de 26 de septiembre, y el Artículo 35, Punto I de la Ley 11 de Reforma Universitaria que establece la creación de áreas específicas, posibilita que la Comisión Académica del Consejo de Universidades de 24 de abril de 1989, acuerde que el Área de Fisioterapia tenga carácter de Área de conocimiento específica 413, lo que permite la incorporación de los Diplomados en Fisioterapia a la docencia, en las Escuelas Universitarias de Fisioterapia, esto es, la total integración de la Fisioterapia en la Universidad.

Fruto de la consolidación de nuestra disciplina, surgen las actuales 43 Escuelas Universitarias de Fisioterapia en nuestro país (Tabla 1):

UNIVERSIDAD	TIPO	CENTRO	LOCALIDAD
A Coruña	Pública	EU de Fisioterapia	A Coruña
Alcalá	Pública	EU de Enfermería y Fisioterapia	Alcalá de Henares
Alfonso X El Sabio	Privada	Facultad Ciencias de la Salud	Villanueva de la Cañada (Madrid)
Almería	Pública	EU de Ciencias de la Salud	La Cañada de San Urbano (Almería)
Autónoma Barcelona	Pública	EU Ciencias de la Salud de Manresa	Manresa
Autónoma Barcelona	Pública	EU Enfermería y Fisioterapia Gimbernat	Sant Cugat del Vallés (Barcelona)
Autónoma Madrid	Pública	EU Fisioterapia ONCE	Madrid
Cádiz	Pública	EU Enfermería y Fisioterapia	Cádiz
Cantabria	Pública	EU de Fisioterapia Gimbernat-Cantabria	Torrelavega (Cantabria)
Cardenal Herrera-CEU	Privada	Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud	Moncada (Valencia)

UNIVERSIDAD	TIPO	CENTRO	LOCALIDAD
Cardenal Herrera-CEU	Privada	Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud – Centro de Elche	Elche (Alicante)
Castilla - La Mancha	Pública	EU Enfermería y Fisioterapia	Toledo
Católica San Antonio	Privada	EU Ciencias de la Salud	Guadalupe (Murcia)
Complutense Madrid	Pública	EU Enfermería, Fisioterapia y Podología	Madrid
Europea Madrid	Privada	Facultad de Ciencias de la Salud	Villaviciosa de Odón (Madrid)
Extremadura	Pública	Facultad Medicina	Badajoz
Francisco de Vitoria	Privada	Facultad de Ciencias Biosanitarias	Pozuelo de Alarcón (Madrid)
Girona	Pública	EU de Fisioterapia Garbí	SALT (Girona)
Granada	Pública	EU Ciencias de la Salud	Granada
Illes Balears	Pública	EU Enfermería y Fisioterapia	Palma de Mallorca
Internacional Catalunya	Privada	Facultad Ciencias de la Salud	Sant Cugat del Vallés (Barcelona)
Jaén	Pública	EU Ciencias de la Salud	Jaén
La Laguna	Pública	EU Enfermería y Fisioterapia	La Laguna
Las Palmas de Gran Canaria	Pública	Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud	Las Palmas de Gran Canaria

UNIVERSIDAD	TIPO	CENTRO	LOCALIDAD
León	Pública	EU Ciencias de la Salud. Extensión Ponferrada	Ponferrada
Málaga	Pública	EU Ciencias de la Salud	Málaga
Miguel Hernández de Elche	Pública	Facultad de Medicina	San Juan. Alicante
Murcia	Pública	Facultad Medicina	Murcia
Oviedo	Pública	EU Enfermería y Fisioterapia	Oviedo
Pontificia Comillas	Privada	EU Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios	Madrid
Pontificia Salamanca	Privada	EU Fisioterapia. Salus Infirmorum	Pozuelo de Alarcón
Pública de Navarra	Pública	EU de Estudios Sanitarios. Extensión Tudela	Tudela
Ramón Llull	Privada	EU Enfermería y Fisioterapia Blanquerna	Barcelona
Rey Juan Carlos	Pública	Facultad Ciencias de la Salud	Alcorcón
Rovira i Virgili	Pública	Facultad Medicina y Ciencias de la Salud	Reus
Salamanca	Pública	EU Enfermería y Fisioterapia	Salamanca
San Pablo - CEU	Privada	Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud	Boadilla del Monte (Madrid)
Sevilla	Pública	EU de Ciencias de la salud	Sevilla

UNIVERSIDAD	TIPO	CENTRO	LOCALIDAD
Valencia (Estudi General)	Pública	EU de Fisioteràpia	Valencia
Valladolid	Pública	EU de Fisioteràpia	Soria
Vic	Privada	EU Ciències de la Salut	Vic (Barcelona)
Vigo	Pública	EU de Fisioteràpia	Pontevedra
Zaragoza	Pública	EU Ciències de la Salut	Zaragoza

Tabla 1. Escuelas universitarias de Fisioterapia en España (actualizado con fecha 29/08/2006). Disponible en: <http://apliweb.mec.es/centrosweb/jsp/mapaDo.do>

La Titulación de Fisioterapia en el actual contexto europeo [3]

«En el momento actual, los estudios de Fisioterapia están presentes en la mayoría de los Estados Europeos, formando parte de los Sistemas de Educación Superior» [3]. Ahora bien con diferencias:

- a. en miembros de la Unión Europea como Bélgica, Dinamarca y Holanda, coexiste la formación universitaria con estudios politécnicos o de formación profesional, no universitarios;
- b. en Francia y Alemania, la formación de Fisioterapia no es universitaria;
- c. y en el resto de miembros (Irlanda, Grecia, España, Reino Unido, Portugal e Italia) los estudios tienen carácter universitario.

«Se trata de una titulación incorporada al campo sanitario cuyo perfil formativo es claramente profesionalizante, como se desprende de las guías académicas y de estudios, de la legislación consultada, y del documento European Physiotherapy Benchmark Statement, elaborado por la Región Europea de la World Confederation for Physical Therapy» [3].

Y encontramos que, tanto la vía de acceso a los estudios superiores, la formación de grado y post-grado, y el grado académico-profesional en Fisioterapia en los diferentes Estados Europeos presenta importantes diferencias (Tabla 2):

FORMACIÓN BÁSICA/INICIAL EN FISIOTERAPIA Que da acceso a la práctica de la profesión de fisioterapeuta Según la legislación del país					FORMACIÓN ACADÉMICA DE POSTGRADO
PAÍS	Años de escolaridad previa	Número de años de estudio	Status en el Sistema Educativo	Grado académico otorgado	Los estudios Básicos/Iniciales dan acceso directo a los siguientes grados académicos superiores
Austria	12	3	Ed. Superior	Dipl. P.T.	Máster y Doctorado
Bélgica	12	4-5	Ed. Superior	Licencer	Máster y Doctorado
Bulgaria	12	4	Ed. Superior	BSc	Máster y Doctorado
Croacia	12	3	Ed. Paralela	No	No
República Checa	12	3/5	Ed. Superior	BA/MA	Máster y Doctorado
Dinamarca	12	3	Ed. Superior	Aut.Fysioterapeut.	Máster y Doctorado
Estonia	12	3+2	Ed. Superior	BA+MA	Máster
Finlandia	12	4	Ed. Superior	ND	Máster y Doctorado
Francia	12	3-4	Ed. Paralela	ND	Sistema de Pasarelas

FORMACIÓN BÁSICA/INICIAL EN FISIOTERAPIA					FORMACIÓN ACADÉMICA DE POSTGRADO
Que da acceso a la práctica de la profesión de fisioterapeuta					
Según la legislación del país					
PAÍS	Años de escolaridad previa	Número de años de estudio	Status en el Sistema Educativo	Grado académico otorgado	Los estudios Básicos/Iniciales dan acceso directo a los siguientes grados académicos superiores
Alemania	12	4	Ed. Superior	BA, MA	Máster
Grecia	12	4	ND	Diploma	Máster y Doctorado
Hungría	12	4	Ed. Superior	BSc	Sistema de Pasarelas
Islandia	12	4	Ed. Superior	ND	Máster
Irlanda	13	4	Ed. Superior	BSc	Máster y Doctorado
Italia	13	3	Ed. Superior	Laurea	Máster, Sistema de Pasarelas
Letonia	12	4	Ed. Superior	BA	Máster y Doctorado
Lituania	12	4	Ed. Superior	Bachelor	Máster y Doctorado
Holanda	13	4	Ed. Superior	BPt	Máster
Noruega	13	3+1	Ed. Superior	Bachelor	Máster y Doctorado
Polonia	12	5	Ed. Superior	Master	Máster y Doctorado
	12	3	Ed. Paralela	Batcheler	Sistema de Pasarelas
Portugal	12	3+1	Ed. Superior	Licenciatura	Máster y Doctorado
Rumania	12	4	Ed. Superior	Licence	Máster y Doctorado

FORMACIÓN BÁSICA/INICIAL EN FISIOTERAPIA Que da acceso a la práctica de la profesión de fisioterapeuta Según la legislación del país					FORMACIÓN ACADÉMICA DE POSTGRADO
PAÍS	Años de escolaridad previa	Número de años de estudio	Status en el Sistema Educativo	Grado académico otorgado	Los estudios Básicos/Iniciales dan acceso directo a los siguientes grados académicos superiores
Serbia y Montenegro	12	3	Ed. Superior	Diploma	No
España	12	3	Ed. Superior	Diplomado	Máster
Suecia	13	3	Ed. Superior	BSc	Máster y Doctorado
Suiza	12	4	Ed. Paralela	ND	Nachdiplomstudium
Turquía	11	4	Ed. Superior	ND	Máster y Doctorado
Reino unido	13	3+2	Ed. Superior	BSc+MSc	Máster y Doctorado

Tabla 2. "Los estudios de Fisioterapia en Europa". En: Libro Blanco, Título de Grado en Fisioterapia. Madrid: ANECA; abril de 2004. p. 14. Disponible en: <http://www.aneca.es>

En relación a los años de formación, y la filosofía y metodología docentes, es preciso poner de manifiesto que ciertos países han evolucionado de una enseñanza magistral, hacia los métodos docentes centrados en el aprendizaje del estudiante. Y considerando la forma como se estructuran los programas de enseñanza de Fisioterapia, diferenciamos tres grandes grupos:

1. **Teórico.** Comprende las horas de enseñanza académica, métodos de enseñanza estructurados o aprendizaje personal.

2. **Práctico.** Comprende las horas de enseñanza académica, métodos de enseñanza estructurados o aprendizaje personal. Y abarca los seminarios con demostraciones, las mesas redondas, las tutorías, etc. Para ello los estudiantes realizan los ejercicios sobre otros estudiantes o en ellos mismos para conseguir aprender y ganar habilidad en las técnicas de Fisioterapia.

3. **Práctico-clínico.** Bajo la supervisión del profesor, comprende períodos de observación y contacto directo con los pacientes en las distintas situaciones clínicas que se incluyen en los objetivos formativos. En este grupo los estudiantes han de trabajar con los pacientes, siempre bajo supervisión, con la finalidad de proporcionar un ejercicio profesional autónomo al final de la formación.

Atendiendo al tipo de dedicación a la formación en diferentes países, mostramos la Tabla 3.

PAÍS	AÑOS DE FORMACIÓN	SEMANAS / CURSO	HORAS / SEMANA	HORAS teoría y práctica	HORAS estancias clínicas
ALEMANIA	3	46	40	2961	1375
BÉLGICA	3-5	46	32	2968	1500
DINAMARCA	3	38	32	2545	1080
ESPAÑA	3	30	30	2700	900
FRANCIA	3-4	40	40	1839	1000
GRECIA	3	32	36	2860	1080
HOLANDA	4	42	40	3040	1600
IRLANDA	4	32	35	2000	1080
ITALIA	3	36	35	2231	1200
PORTUGAL	4	40	40	3000	1600
REINO UNIDO	3-4	35	25	2225	1000

Tabla 3. Dedicación a la formación en diferentes países.

«Por último, el hecho de que se trate de una profesión registrada indica que, en aquellos Estados donde esta realidad está presente, la profesión de fisioterapeuta ha alcanzado la mayoría de edad, y así se lo reconoce la misma sociedad a la que sirve, pues es ésta la que encarga a los propios Colegios y Asociaciones Profesionales que autorregulen la profesión. Ello garantiza el establecimiento de unas normas de procedimientos, de unas guías de práctica profesional, de unos valores, de unos códigos éticos y de una conducta profesional, que avalan la calidad de los servicios que los fisioterapeutas prestan a la sociedad» [3].

¿Qué podemos concluir de esta evolución académica de la Fisioterapia?

La evolución de la Fisioterapia como disciplina no es sino la respuesta conveniente de esta ciencia a los cambios o crecientes demandas de la sociedad en la que está inmersa. Estas demandas pueden concretarse en:

- Aumento de la población mayor de 65 años, lo que requiere la prevención y el tratamiento de problemas asociados al proceso fisiológico de envejecimiento.
- Nuevos estilos de vida, que suponen alteraciones de la salud diferentes a los de hace años y distintas las formas de presentación clínica de estos procesos.
- Especialización de la atención sanitaria, sobre todo en las dos últimas décadas, lo que ofrece mayor eficacia terapéutica.

Por otro lado, la experiencia, la madurez y el progreso alcanzados en los conocimientos de la Diplomatura de Fisioterapia desde su creación hasta nuestros días, así como el creciente desarrollo del cuerpo de conocimientos científicos vinculados y propios de nuestra disciplina, muestran la necesidad de efectuar una revisión de la formación de los Planes de Estudio de Fisioterapia.

Es por ello que consideramos necesario aumentar el número de horas dedicado a la formación en nuestra disciplina, a fin de que los estudiantes lleguen a adquirir la formación en competencias, de manera que nuestros estudios puedan equipararse a los del resto de países que componen la Unión Europea.

De lo razonado anteriormente podemos deducir que existe una doble necesidad de ampliar los estudios de Fisioterapia en la Universidad española, institución encargada de la formación de los profesionales a los que debe ofrecer los conocimientos, destrezas y actitudes suficientes para que adquieran la calificación que la sociedad precisa, así como brindar la posibilidad de desarrollar proyectos investigadores tanto dentro como fuera del entorno universitario.

En resumen, la sociedad actual exige una amplia formación académica que proporcione fisioterapeutas con formación profesional y científica de calidad, lo que impone el desarrollo de los actuales estudios hacia un segundo y tercer ciclo formativo universitario, como insistentemente vienen reivindicando las aludidas instituciones sociales.

Bibliografía

[1] Raposo Vidal I, Fernández Cervantes R, Martínez Rodríguez A, Sáez Gómez JM, Chouza Insua M, Barcia Seoane M. La Fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas universitarias de Fisioterapia. *Fisioterapia* 2001; 23 (4): 206-217.

[2] De Antolín P, González N. Desarrollo histórico de la Fisioterapia en nuestro país. *Fisioterapia*. 1981; 11: 7-12.

[3] AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD I ACREDITACIÓN. Libro Blanco de la Titulación de Fisioterapia editado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. [En línea]. Madrid: ANECA, 2004. Disponible en: www.aneca.es/modal_eval/docs/libroblanco_jun05_fisioterapia.pdf [consulta: 25/06/07].

[4] La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior (Documento marco) [en Internet]. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; Febrero 2003. Disponible en: http://www.mec.es/universidades/eees/files/Documento_Marco.pdf

[5] La organización de las enseñanzas universitarias en España. Documento del Ministerio de Educación y Ciencia. Septiembre de 2006. Disponible: http://www.mec.es/universidades/eees/files/Documento_Propuesta.pdf

EEES: un repte per a la titulació de Fisioteràpia

Celedonia Igual Camacho. Titular d'Escola Universitària. Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València.

M. Àngels Cebrià Iranzo. Professora Associada. Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València.

Resum

La creació del nou EEES està immersa en un procés de Convergència Europea que a mesura que s'apropa és origen d'experiències diverses, d'opinions diferents i transformacions que requereixen un gran esforç en diferents contextos (metodològic, curricular, econòmic, cultural, etc.). Alguns autors parlen del canvi cultural que ha de precedir o simultaniejar l'adaptació de les actuals titulacions espanyoles a l'EEES i, per tant, de l'impacte social i educatiu que l'acompanya. En aquest article pretenem fer una revisió actualitzada dels esdeveniments que s'han succeït arran de l'inici del procés de Convergència Europea en el marc de la Titulació de Fisioteràpia.

Paraules clau

EEES, Fisioteràpia, Convergència

Introducció

La Unió Europea (UE) es constitueix en la dècada dels 50 a partir de tractats que regulen una política econòmica comú en sectors com ara el del Carbó i de l'Acer, i el de l'Energia Atòmica. Ja a les darreries dels 50, es crea la Comunitat Econòmica Europea (Roma, març de 1957).

Al llarg de les dècades del 60, 70 i 80 la UE no adopta una política educativa comú, més bé subordina les seues actuacions a les iniciatives nacionals desenvolupades pels Estats membres. Els sistemes educatius nacionals aïllats que prevaleixen fins aquest moment són els models tradicionals: anglosaxó, de Humbolt i napoleònic (Ruiz-Rivas, 2003).

Encara que aquesta va ser la realitat durant molt de temps, a partir de finals dels anys 80 i durant els anys 90, amb la signatura de l'Acta Única Europea (Luxemburg i la Haia, febrer de 1986) i més tard, el Tractat de la Unió Europea (Maastricht, febrer de 1992), les coses comencen a canviar lentament cap a una europeïtzació més generalitzada. En educació es va impulsar la posada en marxa de diversos

programes d'intercanvi, cooperació i mobilitat (ERASMUS -1987, i més tard SÒCRATES i LLEONARD -1996). Malgrat el desenvolupament dels esmentats programes i la creixent demanda de cooperació en matèria d'educació i formació, la tradició comunitària impedeix que aquesta demanda incident es traduïska en polítiques comuns, però no així que s'adopten noves iniciatives amb el pas dels anys (Tiana Ferrer, 2004).

A finals de la dècada dels 90 i començament del nou segle s'inicia un procés que està cridat a tenir gran importància per al futur dels sistemes educatius europeus: la Convergència Europea, on les polítiques educatives són nacionals i els objectius europeus.

El Procés de Convergència: contextualització del nou EEES

A partir d'allò explicat anteriorment, cal dir que la creació del nou Espai Europeu d'Educació Superior naix de la necessitat tant de promoure la convergència en una àrea compartida entre els diferents sistemes nacionals europeus d'educació superior, com de promocionar el sistema europeu d'educació superior, especialment pel que fa a la competitivitat internacional i la mobilitat acadèmica i professional dels seus integrants.

El procés de convergència es va iniciar el 1998 amb l'anomenada Declaració de la Sorbona que, signada pels ministres d'educació de França, Alemanya, Itàlia i Regne Unit, fa una crida a l'esforç dels països membres de la UE per a la creació d'un EEES.

Un any després, amb la signatura de la Declaració de Bolonya (1999), vint-i-nou països, entre els quals es troba Espanya, es comprometen a coordinar les polítiques per aconseguir en un breu termini de temps (fins l'any 2010), els objectius següents:

1. L'adopció d'un sistema de titulacions fàcilment comprensible i comparable, mitjançant el suplement europeu al títol.
2. L'adopció d'un sistema basat essencialment en dos nivells i tres cicles fonamentals, el grau i el postgrau (màster i doctorat).
3. L'establiment d'un sistema europeu comú de crèdits -ECTS- com a mitjà adequat per a promocionar una més ampla mobilitat estudiantil, tot incloent l'experiència adquirida durant la vida, sempre que estiga reconeguda per les

universitats receptores.

4. L'impuls de la mobilitat, eliminant els obstacles per al lliure intercanvi.

5. La promoció de la cooperació europea en matèria de garantia de la qualitat, amb l'objecte de desenvolupar criteris i metodologies comparables.

6. El foment de la dimensió europea en l'educació superior com a condició necessària per l'assoliment dels objectius de l'EEES.

A Espanya, la Conferència de Rectors de les Universitats Espanyoles (CRUE) i el Ministeri d'Educació i Cultura (MEC) entre d'altres, en successives assemblees generals i mitjançant documents marc i normes jurídiques, han anat consolidant aquest projecte. En aquesta adaptació als objectius de la Declaració de Bolonya, són exemple de política nacional sobre educació: l'aprovació de la Llei Orgànica d'Universitats (LOU de 26 de desembre de 2001) i la creació de l'Agència Nacional d'Avaluació de la Qualitat i Acreditació (ANECA).

De la diversitat (polítiques educatives nacionals) amb objectius comuns que domina el panorama europeu a finals dels 90, passem a una política europea comú amb objectius internacionals. Així, es va configurant als convenis que es signen a Praga-Gratz-Berlín-Bergen (2001-2005) i la pròxima reunió que tindrà lloc a Londres, en 2007.

Més enllà de les reformes legals que, com a Espanya, han realitzat la immensa majoria dels 40 països incorporats al procés de Bolonya, cal ressaltar la importància de la major implicació i compromís per part de les universitats, el seu professorat i els seus estudiants en la real implementació dels nous plans d'estudi i les noves metodologies docents.

Si analitzem el paper que docents i discenten tenen davant la nova estructura i metodologia d'ensenyament en l'EEES, cal comentar que adoptar el sistema de transferència de crèdits europeus significa una reorganització conceptual dels sistemes d'ensenyament per adaptar-se als nous models de formació. Models centrats en el treball i aprenentatge dels estudiants, on la funció del professor no és tant impartir ensenyament com crear les millors condicions per a l'aprenentatge. Concretant, es tracta de pensar d'una altra manera, és a dir, d'un canvi cultural.

En aquest sentit, el procés de convergència ha promogut iniciatives i experiències per a la implementació del Crèdit europeu a distints nivells i amb diverses modalitats. En conseqüència, són nombrosos els estudis al voltant de la implementació del nou crèdit a l'aula, és a dir, en relació amb la pràctica docent, el tre-

ball de l'estudiant, els mètodes d'ensenyament i els resultats d'aprenentatge (Rebollo, 2005).

Actualment, l'ensenyament universitari a Espanya difereix del promogut a l'EEES. Alguns dels punts que més allunyen les presents titulacions espanyoles del nou model europeu són: l'estructura de títols (1r, 2n i 3r cicle); el crèdit espanyol (10 h lectives = 1 crèdit); el sistema de qualificacions, que s'apropa al model comú europeu però que no és homologable; la no adequació al model de suplement al títol europeu; la manca d'una concepció global d'aprenentatge permanent i al llarg de la vida; la dimensió poc internacionalitzada de l'educació; la deficitària vinculació entre educació superior i investigació i el no reconeixement de l'aprenentatge extern a les institucions educatives superiors, entre d'altres.

Els estudis de Fisioteràpia a Europa (Llibre Blanc, gener de 2004)

Els estudis de Fisioteràpia estan presents en la majoria dels Estats europeus, formant part dels Sistemes d'Educació Superior (universitats o centres no universitaris d'educació superior). Es tracta d'una titulació incorporada al camp sanitari i amb perfil professionalitzant, com es desprèn de les guies acadèmiques, de la legislació consultada i del document European Physiotherapy Benchmark Statement, elaborat per la World Confederation for Physical Therapy.

1. Per accedir als estudis de Fisioteràpia en tots els Estats Europeus, a excepció de Turquia, s'exigeix haver passat per un període de escolarització prèvia amb una durada mínima de 12 anys, considerant l'edat mínima d'accés 18 anys.

2. Dels 28 països europeus en els quals s'imparteixen els Estudis de Fisioteràpia, en 21 països la formació de grau abasta una duració de 4 anys, i en 7 països se situa en 3 anys. S'aprecia, doncs, una clara tendència als 4 anys de formació.

3. Quant a la formació de postgrau, trobem que en 17 països la titulació en Fisioteràpia dona accés als estudis de Màster i, conculsos aquests, als de Doctorat. En sis països (entre els quals s'inclou Espanya) solament donen accés als estudis de Màster. I en cinc països existeix un sistema de passar-les que possibilita l'accés a ambdós tipus d'estudi: primer al Màster i, superat aquest, al doctorat.

4. Les categories terminològiques amb que s'anomenen els títols en els diferents Estats varien entre: Llicenciat, Bachelor, Laurea, Diplomat, etc.

5. En relació a l'adaptació dels estudis de Fisioteràpia als criteris de convergència en

l'EEES, apreciem que en l'actualitat la majoria dels països es troben immersos en el procés de transformació, tenint coneixement de que s'han adaptat fins el 2003: Bèlgica, Itàlia, Irlanda, Holanda i Finlàndia.

Perspectives de futur

En el document de treball "La Organización de las enseñanzas universitarias en España", elaborat pel Ministeri d'Educació i Ciència, Secretaria d'Estat de Universitats i Investigació, a data de 26 de setembre de 2006, s'adjunta una taula amb les dates i objectius previstos per a la implantació de les noves titulacions en Espanya. En aquesta s'estableix que després d'un període de debat i aprovació dels Decrets, es comence amb l'elaboració dels plans d'estudi per les Universitats (octubre de 2007), i que siga durant el curs acadèmic 2008-2009 quan es comencen els nous graus, el que significa que a 2012 es graduarà la primera promoció de titulats de l'EEES.

Bibliografia

- Alfaro Rocher IJ. Harmonització universitària en una Europa sense fronteres. A: Viatjar per saber. Mobilitat i comunicació a les universitats europees. València: Universitat de València, 2004: 349-365.
- De Miguel Díaz M. Adaptación de los Planes de Estudio al Proceso de Convergencia Europea. Oviedo: Universidad de Oviedo, Vicerrectorado de Convergencia Europea, de Postgrado y Títulos Propios, 2004.

Webgrafia

- AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD I ACREDITACIÓN. Libro Blanco de la Titulación de Fisioterapia editado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. [En línia]. Madrid: ANECA, 2004. HTTP: <www.aneca.es/modal_eval/docs/libroblanco_jun05_fisioterapia.pdf> [consulta: 20 octubre 2005].
- AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN. Programa de Convergència Europea. Declaración de la Sorbona y declaración de Bolonia. [En línia]. HTTP: <www.aneca.es/modal_eval/convergencia_bolonia.html> [consulta: 16 novembre 2005].
- AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN. Programa de Convergència Europea. Documentos generales. [En línia] HTTP:<www.aneca.es/modal_eval/conver_docs_gral.html [consulta: 16 novembre 2005].
- BOLOGNA PROCESS WEB SITE (gener

2004- juny 2005). From Berlin to Bergen and beyond.

HTTP: <www.bologna-bergen2005.no> [consulta: 27 octubre 2005].

- EUROPEAN UNIVERSITY ASSOCIATION: EUA. HTTP: <www.eua.be/eua/index.jsp> [consulta: 30 desembre 2005].

HTTP:<www.eua.be:8080/eua/jsp/en/client/search.jsp> [consulta: 19 febrer 2006].

- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Documentos. "Documento-Marco. Febrer de 2003".

HTTP:<www.mec.es/univ/html/informes/EEES_2003/Documento_Marco.pdf> [consulta: 27 desembre 2005].

- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Preguntas más frecuentes.

HTTP:<www.mec.es/univ/jsp/plantilla.jsp?id=35060> [consulta: 27 desembre 2005].

- UNIVERSIA. Espacio Europeo Superior.

HTTP: <http://eees.universia.es/> [consulta: 4 gener 2006].

- UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA. Convergencia Europea.

HTTP: <www.ull.es/docencia/cr_europeo.html> [consulta: 19 febrer 2006].

- UNIVERSITAT DE VALÈNCIA. Oficina de Convergència. [En línia]. (darrera actualització: 2005, octubre 27).

HTTP: <www.uv.es/oce/> [consulta: 27 octubre de 2005].

Publicacions oficials

- Boletín Oficial del Estado, de 25/01/05, núm.21, p. 2842-2846. (R.D. 55/2005, de 21 de enero), por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los Estudios Universitarios Oficiales de Grado.

- Boletín Oficial del Estado, de 25/01/05, núm.21, p. 2846-2851. (R.D. 56/2005, de 21 de enero), que regula los Estudios Universitarios Oficiales de Postgrado.

- Boletín Oficial del Estado, 11/09/05, núm.218, p. 33848-33853. (R.D. 1044/2003, de 1 de agosto), por el que se establece el procedimiento para el Suplemento Europeo al Título.

- Boletín Oficial del Estado, 18/09/05, núm.224, p. 34355-34356. (R.D. 1125/2003, de 5 de septiembre), por el que se establece el Sistema Europeo de Créditos.

COMPETÈNCIES EN EL GRAU DE FISIOTERÀPIA

M. Àngels Cebrià Iranzo. Professora Associada. Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València.
 Celedonia Igual Camacho. Titular d'Escola Universitària. Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València.

Introducció

D'acord amb els plantejaments que inspiren el procés de Convergència Europea, l'ensenyament universitari ha d'experimentar una profunda renovació. Front als posicionaments didàctics clàssics centrats en l'aula i en l'activitat del professor, hui es propugna un ensenyament centrat en l'activitat autònoma de l'estudiant i l'ús de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).

Com és evident, aquest repte implica un canvi, no sols a nivell de la posada en marxa de les noves titulacions de grau i els nous programes de postgrau, sinò també en allò relatiu als escenaris i les metodologies de l'ensenyament universitari, que aposten per la millora de la qualificació professional dels egressats de qualsevol centre universitari.

En aquest context i com a resposta a les necessitats de l'actual societat del Coneixement, hui dia la formació en competències en l'àmbit educatiu superior és el major desafiament en la formació del futur professional.

En atenció a que la formació en competències és el model en què es fonamenta el nou paradigma d'ensenyament-aprenentatge que promou l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES), a través de les següents qüestions anem a tractar d'esclarir el seu significat i de concretar algunes de les competències educatives per a la formació del professional fisioterapeuta.

Què entenem per competència?

Cal remarcar la diversitat de definicions que proposen els diferents autors. Així, d'acord amb Spencer i Spencer (1993) una competència és «una característica subyacente en una persona que està causalment relacionada con el desempeño, referido a un criterio superior o efectivo, en un trabajo o situación». En conseqüència, entenem la competència com un potencial de conductes adaptades a una situació.

Segons Lasnier (2000) «competencia es como un saber hacer complejo producto de la integración, movilización y adecuación de capacidades y habilidades y de conocimientos que usados en situaciones parecidas no generalizables permiten la consecución de los objetivos». Així doncs, una competència com a saber fer amb certa complexitat, està integrada per capacitats i a la seua vegada, les capacitats estan constituïdes per habilitats necessàries per a l'execució complexa. África de la Cruz (2005), proposa la següent definició de competència adaptada a l'EEES, «Saber hacer complejo que exige un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, valores y virtudes que garantizan la bondad y eficiencia de un ejercicio profesional responsable y excelente».

En definitiva, podem definir la competència com la capacitat d'un subjecte per aplicar en el moment més oportú i idoni, l'estratègia o coneixement més adequat en la realització d'activitats, en el marc d'una cultura organitzativa (sistema de valors).

En relació amb el perfil professional de fisioterapeuta, d'acord amb el Llibre blanc del Títol de Grau en Fisioteràpia (ANECA, 2004), són competències genèriques (taula1):

	COMPETENCIAS TRANSVERSALES GENÉRICAS
INSTRUMENTALES	Capacidad de análisis y síntesis
	Capacidad de organización y planificación
	Comunicación oral y escrita en la lengua nativa
	Conocimiento de una lengua extranjera
	Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio
	Capacidad de gestión de la información
	Resolución de problemas
	Toma de decisiones
PERSONALES	Trabajo en equipo
	Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar
	Trabajo en un contexto internacional
	Habilidades en las relaciones interdisciplinarias
	Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad
	Razonamiento crítico
	Compromiso ético
SISTÉMICAS	Aprendizaje autónomo
	Adaptación a nuevas situaciones
	Creatividad
	Liderazgo
	Conocimiento de otras culturas y costumbres
	Iniciativa y espíritu emprendedor
	Motivación por la calidad
	Sensibilidad hacia temas medioambientales

Taula 1. Competències genèriques en relació amb el perfil professional de fisioterapeuta. (ANECA, 2004: 50)

D'altra banda, queden reconegudes tres tipus de competències específiques:

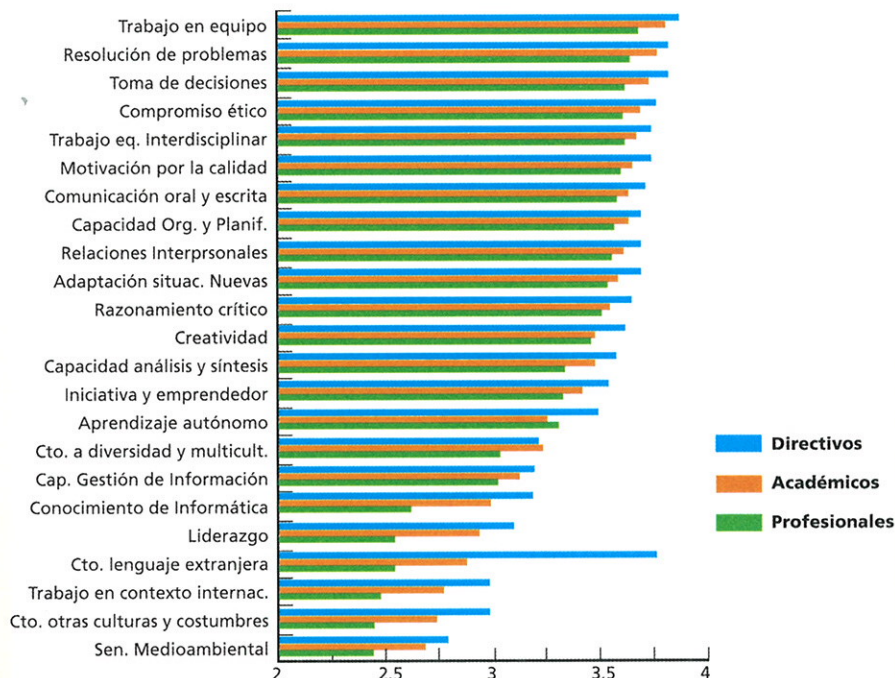
- Les Competències de Coneixements Disciplinars, que són aquelles en les quals es recull el coneixement i la comprensió dels sabers teòrics que sustenten les diverses disciplines que han d'intervenir en la complexa formació dels fisioterapeutes. En aquest grup queden incloses les denominades Competències Acadèmiques.
- Les Competències Professionals, on es recull el saber fer, és a dir el conjunt d'habilitats intel·lectuals i de destreses manuals que necessàriament ha de posseir tot fisioterapeuta, i que ha d'adquirir l'estudiant de fisioteràpia al llarg de la seua formació de grau, perquè es considere capacitat per a l'exercici de la professió.
- Les Competències d'Actitud, que són aquelles en les quals s'expressa el saber ser, és a dir, el conjunt d'actituds i valors que caracteritza el grup professional de fisioterapeutes, i que l'estudiant de fisioteràpia, al llarg de la seua formació de grau, ha d'anar incorporant a la seua vida i integrant en la seua tasca diària, com a component del grup professional al qual va a pertànyer.

Quina és la valoració de les competències professionals?

Durant el procés d'elaboració del Llibre blanc del Títol de Grau en Fisioteràpia, es va tenir en compte l'informe final del Projecte Tuning Educational Structures in Europe, on es recullen les competències genèriques per a les diferents titulacions. A partir d'aquestes competències es va elaborar un qüestionari on es demanava l'opinió i valoració sobre les competències genèriques a tres col·lectius: els fisioterapeutes assistencials, els acadèmics i els càrrecs directius de fisioteràpia (ANECA, 2004: 49-51). «En analitzar les dades del qüestionari es van trobar les següents circumstàncies:

- 1) En els tres col·lectius es subratlla l'alta valoració que atorguen a la majoria de les competències genèriques per al desenvolupament de l'exercici professional.
- 2) S'observa que en totes les competències genèriques es produeix una notòria diferència entre la importància que li confereixen com a necessària per al desenvolupament de l'exercici professional, i el nivell en què consideren que han estat formats en eixes competències al llarg dels seus estudis».

A continuació, el gràfic 2 mostra les competències genèriques i la importància que adquireixen per als tres col·lectius.



Gràfic 2. Valoració de les competències genèriques (importància) per part dels tres col·lectius consultats. (ANECA, 2004: 55)

Podem afegir que:

- En general, les competències professionals més preferents són: adaptabilitat, motivació per la qualitat, iniciativa personal, habilitats de comunicació i integració en equips.
- Per als titulats les competències professionals bàsiques es concreten en: capacitat de comunicació, relació amb els altres i treball en equip.
- Respecte al coneixement d'idiomes es produeix un trencament entre els titulats i els directors i responsables universitaris. Mentre els primers no consideren el coneixement d'idiomes com a competència bàsica, els segons sí que ho consideren com a clau tant per a l'accés al treball com per al desenvolupament del mateix.

Quin és el punt de vista dels titulats recentment?

A partir d'un debat programat a l'Escola de Fisioteràpia de la Universitat de València en què vam participar estudiants de tercer curs i professores pertanyents a la Comissió de Convergència Europea; i en concordància amb un estudi desenvolupat per la Universitat de Barcelona amb egrossats de diferents disciplines, podem dir que per part d'aquests són alternativa de millora en la formació de competències els següents punts:

- fomentar les pràctiques,
- afavorir borses d'ocupació en les universitats,
- adequar en allò possible els continguts teòrics amb els pràctics,
- implantar cursos de postgrau adequats a l'eixida professional de l'entorn.

Quina és la normativa vigent en relació a la formació de competències?

L'esborrany del Reial Decret, pel qual s'estableix l'Ordenació dels Ensenyaments Universitaris Oficials (26 de juny de 2007) defineix els objectius com a «competencias generales y específicas que los estudiantes deben adquirir durante sus estudios y que sean exigibles para otorgar el título. Las competencias propuestas deben ser evaluables».

A més, aquesta normativa —pendent encara de publicació al BOE— apunta les següents línies-força pel que fa al Grau:

- Que els estudiants demostrin posseir i comprendre coneixements en una àrea d'estudi.
- Que els estudiants sàprien aplicar els coneixements al seu treball d'una forma professional.
- Que els estudiants tinguen capacitat de reunir i interpretar dades rellevants.
- Que els estudiants puguin transmetre informació, idees, problemes i solucions a un públic especialitzat o no.
- Que els estudiants hagen desenvolupat l'autonomia en l'aprenentatge per a encetar estudis posteriors.

Com es pot concretar aquest nou model?

És una competència professional d'un fisioterapeuta la "planificació i desenvolupament d'un tractament fisioteràpic per a una artroplàstia de lligament creuat anterior". Així doncs, aquesta competència o capacitat final en els plans d'estudi actuals es desenvolupa de manera independent en diferents assignatures de la titulació com ara "Fisioteràpia general: exploració",

“Cinesiteràpia”, “Fisioteràpia de l’aparell locomotor” o “Estàncies clíniques”, entre d’altres.

El nou enfocament permet organitzar continguts de diferents assignatures (àrees de coneixement, departaments) entorn a eixa competència professional, que es converteix en l’objectiu comú. La integració dels continguts i la seua interrelació mitjançant l’estudi de casos, l’aprenentatge fonamentat en la resolució de problemes o la realització de projectes és inherent a aquesta nova forma de pensar i actuar, de manera que l’estudiant aprèn i relaciona directament (integra continguts i capacitats) de forma natural.

En la pràctica açò suposa la desaparició del concepte actual d’assignatura, donant pas als “blocs de continguts”, coordinats i estructurats al voltant de l’objectiu nuclear o competència professional.

Conclusió

1. La competència professional és un saber fer complex que exigeix el domini dels coneixements, destreses, actituds i valors específics de la professió, adequats a la situació.

2. Entre les competències professionals millor valorades i/o considerades essencials pels diferents col·lectius dintre de l’àmbit de la Fisioteràpia estan: adaptabilitat, motivació per la qualitat, iniciativa personal, habilitats de comunicació i integració en equips.

3. L’aprenentatge de les competències requereix reemplaçar el paradigma de l’ensenyament-aprenentatge fonamentat en la transmissió, per un en què l’aprenent està vinculat a l’entorn en què té lloc l’aprenentatge, quedant integrades el que clàssicament coneixem com a teòrica i pràctica.

4. Es pretén afavorir la superació de la visió artesanal (ofici artístic que només s’aprèn amb l’experiència) i privada (es responsabilitat individual del docent i mantinguda a l’aula oculta als altres) del procés d’ensenyament-aprenentatge, per fonamentar-lo acadèmicament i donar-li la mateixa rang intel·lectual que caracteritza els processos d’investigació. És a dir, integrar l’ensenyament i la investigació per el millor desenvolupament del treball.

5. Per últim, per tal de dur a terme aquesta formació en competències, la Universitat pot fer servir els recursos de tecnologia avançada per a la informació i la comunicació (TICs), que estan generant nous mètodes i formes de documentar i intercanviar el treball intel·lectual entre titulacions i disciplines.

Bibliografia

- AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD I ACREDITACIÓN. Libro Blanco de la Titulación de Fisioterapia editado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. [En línia]. Madrid: ANECA, 2004. Disponible en: www.aneca.es/modal_eval/docs/libroblanco_jun05_fisioterapia.pdf [consulta: 20/06/07].
- Real Decreto (borrador, 26/06/07), por el que se establece la Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales. Disponible en: <http://www.mec.es/mecd/gabipren/documentos/files/2007-rd-enseñanzas-borrador.pdf> [consulta: 01/07/07].
- COMISIÓN EUROPEA (2001) Informe sobre Futuros Objetivos precisos de los Sistemas Educativos, Bruselas, COM (2001) 59 final.
- GONCZY, A. (2001) Análisis de las tendencias internacionales y de los avances en educación y capacitación laboral basadas en normas de competencias. En ARGÜELLES, A. y GONCZY, A. Educación y capacitación basadas en normas de competencias, Limusa, México, 38-40.

PREVENCIÓ D'AFECCIONS DERIVADES DE LA PRÀCTICA MUSICAL EN EL VIOLISTA

M. Àngels Cebrià Iranzo. Professora Associada. Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València.
Vicent Gil Asensio. Professor del Conservatori Professional de Música de Menorca. Departament de Corda.
Celedonia Igual Camacho. Titular d'Escola Universitària. Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València.

Resum

Aquest article pretén estudiar la incidència de molèsties derivades de la pràctica musical en el col·lectiu de violistes, ateses les particularitats d'aquest instrument. A tal efecte, hem elaborat una enquesta estructurada en quatre blocs, per tal d'identificar les dolences més freqüents, així com les pautes d'actuació dels afectats. Els resultats ens mostren que la totalitat dels enquestats sent molèsties en alguna part del cos durant o després de la pràctica amb la viola. En aquest sentit, cal remarcar una elevada incidència en el múscul trapezi, seguit de l'elevador de l'escàpula, ambdós directament implicats en l'execució a la viola. D'altra banda, destaca el fet que pocs dels enquestats han acudit o acudeixen a professionals per tal de tractar les molèsties que pateixen. Finalment, les tècniques de prevenció (estirament, enfortiment i relaxació) són conegudes per una part significativa de la mostra estudiada, però sovint no són posades en pràctica.

Paraules clau

Violista, Prevenció, Pràctica musical, Molèstia.

Introducció

La pràctica musical pot ocasionar molèsties en el col·lectiu d'instrumentistes, com a conseqüència dels requeriments tècnics de les obres que interpreten. Entre els elements susceptibles d'intervenir negativament cal destacar: posturals asimètrics, moviments repetitius, excés de tensió, etc. A més, cal remarcar l'efecte de l'elevat nombre d'hores de pràctica, així com l'ansietat que genera l'execució en públic.

En aquest context, la viola presenta uns trets definitoris que han motivat la redacció d'aquest article. De primer, les mesures de l'instrument presenten una elevada variabilitat, amb una tendència a allargar la caixa per tal d'obtenir una millor sonoritat. Aquest fet provoca una major flexió del múscle i extensió del colze esquerre, que sovint causa molèsties en l'executant. D'altra banda, la major separació dels dits de la mà esquerra és font de tensió de la musculatura epicondília, epitroclear i intrínseca de la mà. Aquesta tendència es veu agreujada pel fet que el mànec de la viola és lleugerament més gros que el del violí.

Material i mètode

Amb la finalitat de conèixer quines són les afeccions més freqüents en el violista, hem triat com a tècnica per a la recollida de dades l'enquesta individual, d'elecció múltiple. Amb aquest tipus d'enquesta hem aprofundit en aspectes antropomètrics, professionals i sobre la conducta que adopten davant les molèsties provocades per l'execució a la viola.

El conjunt de preguntes incloses a l'enquesta estan distribuïdes en quatre blocs o àrees temàtiques:

- BLOC A. Perfil de l'instrumentista de viola com a introducció i per tal de caracteritzar la mostra estudiada: edat, estatura, pes i sexe. També inclou un apartat on es pregunta la dedicació actual: estudiant, docent i instrumentista.

•BLOC B. Quantificació de la pràctica amb la viola per tal de tenir dades amb què relacionar la divergència o convergència de les respostes dels blocs posteriors. Les tres preguntes són: 1) Nombre d'hores setmanals de pràctica amb la viola; 2) períodes de descans en la pràctica musical; i 3) Nombre d'actuacions públiques que realitza anualment.

•BLOC C. Estudi epidemiològic de les afeccions que pateixen per tal de conèixer quin tipus de dolença que és més freqüent, de quina forma limita la pràctica del músic i quina és la conducta del violista davant d'ella. Hem centrat les qüestions en relació al dolor referit de 5 músculs o grups musculars: trapezi, esternocleidomastoideo, elevador de l'escàpula, musculatura epicondilea i musculatura epitroclear. Per cadascun d'aquests músculs hem fet servir l'Escala Visual Analògica del Dolor (Simons DG, Travell JG, 2002), per tal de conèixer la intensitat d'aquest, i una taula on esclarir en quin moment apareix la molèstia referida. Per últim, hem preguntat si han acudit a algun professional i quina ha estat la teràpia aplicada.

•BLOC D. Prevenció de dolences i lesions. En aquest bloc preguntem sobre el nivell de coneixement i pràctica d'exercicis d'estirament, enfortiment i relaxació.

L'enquesta de referència es va passar en el context del VII Curs d'Interpretació Musical "Ciutat de Llíria", que es va dur a terme el mes de juliol de 2007. La mostra comprén 16 persones, 7 homes i 9 dones, amb una edat mitjana de 20,56 anys, estatura mitjana de 170,63 cm i un pes mitjà de 62,06 Kg.

Les dades recollides han estat tabulades i processades amb el programa Minitab Release 13.30, mitjançant el qual hem dut a terme una anàlisi estadística de tall quantitatiu.

Resultats

Pel que fa al BLOC B, cal remarcar que els integrants de la mostra inverteixen en la pràctica setmanal a la viola un nombre d'hores segons detallem a continuació:

- Menys de 10 hores: 31,25%
- Entre 11 i 20 hores: 37, 50%
- Entre 21 i 30 hores: 31,25%

Això ens permet veure que més del 50% de la mostra dedica al voltant de 2 hores diàries a la pràctica amb la viola. Aquest fet, amb l'afegit que gran part dels enquestats no fa descansos superiors al mes durant l'any, contribueix a generar sobrecàrregues en la musculatura implicada.

Quant al BLOC C, destaca el fet que el 100% dels integrants de la mostra pateixen molèsties neuromusculars, derivades de la seua activitat com a executants de viola. En aquest sentit, l'afectació per músculs o grups musculars ha estat la següent:

- Trapezi: 93,75%
- Esternocleidomastoideo: 43,75%
- Elevador de l'escàpula: 68,75%
- Musculatura epicondília: 37,5%
- Musculatura epitroclear: 25%

Atesa l'elevada incidència de molèsties centrades en el trapezi, concretarem a continuació les dades referides a la intensitat de dolor, així com el moment d'aparició. D'acord a l'Escala Visual Analògica del Dolor referida adés, el 68,75% dels enquestats refereix valors entre 6 i 8 sobre 10, la qual cosa ens dóna idea de l'afectació que pateixen.

En relació al moment en què apareix la molèstia, el percentatge més elevat correspon a la pràctica en grup (agrupació de cambra, orquestra, etc.), durant l'execució (62,5%). També s'ha de destacar que a l'estudi individual a casa un 31,25% de la mostra referieix molèsties mentre toca la viola, i un 25% en el moment posterior a la pràctica.

Finalment, pel que fa a la pauta d'actuació dels violistes enquestats davant les molèsties esmentades, destaca el fet que el 68,75% no acudeix a cap professional, mentre que només un 25% rep tractament per part d'un fisioterapeuta. Tot seguit reflectim algunes de les teràpies més utilitzades:

- Teràpia manual: 37,5%
- Electroteràpia: 18,75%
- Termoteràpia: 6,25%
- Farmacoteràpia: 25%

Per últim, el BLOC D ens mostra les següents dades:

- El 62,5% coneix alguna tècnica d'estirament, però només el 56,25% la practica.
- El 31,25% coneix alguna tècnica d'enfortiment, però només el 18,75% la practica.
- El 75% coneix alguna tècnica de relaxació, però només el 50% la practica.

Conclusions

- 1.La totalitat de la mostra sent molèsties en alguna part del cos durant o després de la pràctica amb la viola.
- 2.El major percentatge de molèsties són referides al múscul trapezi.
- 3.Més de la meitat dels enquestats no acudeixen a professionals per tal de resoldre les afeccions derivades de la pràctica musical.
- 4.Entre les teràpies més emprades destaca la teràpia manual (principalment massatge) i la farmacoteràpia (principalment antiinflamatoris).
- 5.La prevenció de les molèsties és desconeguda per una part significativa de la mostra estudiada. A més, la pràctica de les diferents tècniques de prevenció (estirament, enfortiment i relaxació) és menor que el grau de coneixement referit.

Bibliografia

- Drake, J. Postura sana. Barcelona: Martínez Roca, 1992.
- Sardà, E. En forma: ejercicios para músicos. Barcelona: Paidós, 2003.
- Simons, D.G., Travell, J.G. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Volumen 1. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2002.

El Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana da la bienvenida a sus nuevos miembros. Con ellos, a fecha de 30 de septiembre de 2007, alcanzamos la cifra de 2590 profesionales, además de los 124 estudiantes pre-colegiados preocupados por el buen ejercicio de la Fisioterapia y su futuro.

El Colegio os invita a todos a participar en las actividades que organice tanto él como otras entidades con las que mantiene estrecha relación y se pone a vuestra disposición para mantener y construir, entre todos, una profesión seria, independiente y de prestigio.
¡Bienvenidos!

Valencia

Mar Renard Segarra
Ana M^a Muñoz López
Emilio Rafael Collado Llinares
José Costa Riera
Maria Ruth Beccaria
Nerea Chapinal Paños
David Marcos Tomás
Marta Moret Llorens
Ana Cristina Rubio López
Silvia Derhaag Mollá
José Ramón Castaño Suárez
M^a Pilar Manglano Ligeras
Silvia González Adan
Paula Blas Cano
Alexandra Climent Rojano
Carme María Escuder Font
Ana Belen Ruiz Albert
Lucía Albert García
Francisco de Borja González Perales
Gràcia Grau Alario
Verónica Chisvert Asensi
Néstor García Marín
Susana Enguix Chover
Rubén Guijarro Baztán
Ana Zarzo Almenar
José Cervera Hurtado
Mar Ginés Pont
Nerea Eguskiza Corcuera
Esteban Martínez Ballester
Elena Sancho Mur
Paula González Galindo
Julia Argente Tormo
Javier Martínez Cimas
Fernando Palés Fabado
M^a Dolores Piquer Fontelles
Marta Sala García
Lidia Llopis Goig
M^a José Zapata Meseguer
Héctor García García
Maria Gandia Monfort

Julián Juanes Lorente
M^a Dolores Montaraz Martínez
Carolina Esteban Galdón
Borja Tronchoni Crespo
Leticia Pérez Canós
Félix Comesaña Márquez
Sandra Montesinos Miguel
Clara Ferrús Clari
Cristina Rodríguez Gómez
Estefanía Canet Martí
Laura Asensi Gimeno
José Plaza Caravaca
Gema-Reyes Furió Alcover
Lourdes Lluna Jorge
Beatriz Alfonso Lázaro
Abelardo Otero García
Cristina Piedras Jorge
Rosa Giner Pellicer
Luis Ramsés Sánchez González
Moises Val Cacho
M^a Angeles Muñón Cabezuelo
Silvia Serrano Marin
Beatriz Del Arco González

Alacant

Sara San Cristóbal Maestre
Coral Pertusa García
Caterina García Díaz
M^a José Martínez Moreno
Carmen Avellà Oliver
Paula Useros García
Belén Marco Marco
Mónica Mira Serrano
M^a José Soler Salvá
Aitor Botella Galipienso
Jeroen Alexis Sanders
Elisa Colomina Conca
Ana Isabel Meseguer Hernández
Paula Sáez Navarro
Roberto Fernández Sánchez
Silvia Calatayud Bernabeu

al dia

Benvinguts

Paula Sáez Navarro
 Roberto Fernández Sánchez
 Silvia Calatayud Bernabeu
 Javier López Sánchez
 María José Brotons Baile
 Alexandra Jiménez Bedia
 Alfonso José Chazarra Pérez
 Hector Finestrat Pascual
 Ana Pascual Valor
 M^a José Pellús Tortosa
 Antonio Romero García
 María del Carmen Esteve Rico
 Trine Ostervold
 Alejandro Lionel Sosa- Fochtman
 Isabel Bernabé Samper
 Gemma Pardo Carracedo
 Carlos Martínez Bravo
 José Partido Caballero
 José Partido Caballero
 Carlos Munuera Verdú
 Patricia Jorge Murcia

Castelló

Sergio Pérez Usó

Clara Isabel Blasco Barreda
 Aroa Alventosa Meliá
 María Jesús Gómez Lanas
 Fernando Gómez Vives
 Isabel Cortés Ripollés
 Clara Torres Montes

Cádiz

Rebeca Miranda Carbajales

Ciudad Real

Diana Peñalva Camacho

Precolegiados

Valencia

Carla Moltó Raimundo
 Natalia Soler Fuentes
 Amparo Ribera Gandia
 Rafael Tarín Pardo



Curso de “Introducción a la PsicoNeuroInmunología”

Valencia del 19 al 23 de Marzo de 2008

**Sede: INSTEMA. C/ Gran Vía germanías, 29 (Pasaje comercial Rosaleda)
 Tavernes de Valldigna (Valencia)**

Único seminario de 36 horas lectivas.

Profesor: D. Carlos Pérez

Programa:

Introducción a la PNI clínica (KPNI). Interacción de los sistemas y valor clínico. Estrategias de intervención dentro de la KPNI. Nutrición y ejercicio físico dentro de la Medicina Evolutiva. Nutrición como medicamento Vs Nutrición como infección. Ejercicio físico y KPNI.

Información e inscripciones:

Tel: 91 713 02 67

Mail: informacion@iaces.es

www.iaces.es

ENTITATS COL.LABORADORES

Grupo Banco Sabadell

TecnoCredit



bankinter.



HeryCor

CAIXA CATALUNYA
Más soluciones para ti



UBK



SANRO
electromedicina

FF Fisiiformación

ue

Universidad
Europea
de Madrid

Laureate International Universities

Garbi
CENTRE ASSOCIAT DE LA
UNIVERSITAT DE GIRONA

I.A.C.E.S.
Instituto Alcala de Ciencias
y Esp. de la Salud

al día

AGENDA

Organiza

Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana**Información: 96 353 39 68 www.colfisiocv.com**www.colfisiocv.com

VIII Jornadas Mediterráneas de Fisioterapia y III Jornadas de Lesiones Deportivas de la Comunidad Valenciana (Fisioterapia y Atletismo)

Lugar: Valencia
 Fechas: 22 y 23 Febrero 2008
 Precio: Por determinar
 Forma de Pago: Contactar con el Colegio

Curso de Electroterapia para Fisioterapeutas
 Lugar: Valencia
 Fechas: marzo y abril 2008
 Horas: 60
 Plazas: 20-25
 Precio: Colegiados y estudiantes 360 € precolegiados 240 €
 Pendiente de acreditar por la Comisión de Formación Continuada.
 (SOLO SE ACREDITARÁ EL CURSO A FISIOTERAPEUTAS DIPLOMADOS COLEGIADOS)

Seminario de Hombro: Avances en Fisioterapia Articular
 Lugar: Valencia
 Duración: 15 h.
 Dirigido a : Fisioterapeutas Diplomados, Precolegiados y Estudiantes de Fisioterapia
 Fechas: 4 y 5 abril 2008
 Precio: Precolegiados 65 € Estudiantes y Fisioterapeutas colegiados 100 € No Colegiados 120 €
 Pendiente de acreditar por la Comisión de Formación Continuada.
 (SOLO SE ACREDITARÁ EL CURSO A FISIOTERAPEUTAS DIPLOMADOS COLEGIADOS y ESTUDIANTES CEU-CARDENAL HERRERA)

Curso de Fisioterapia Acuática. (Edición Alicante)

Lugar: Por determinar (Alicante)
 Fechas: (Julio 2008)
 Horas: 40
 Plazas: 20/30
 Precio: Por determinar
 Pendiente de acreditar por la Comisión de Formación Continuada. (SOLO SE ACREDITARÁ EL CURSO A FISIOTERAPEUTAS DIPLOMADOS COLEGIADOS)

Curso de Fisioterapia en Medicina y Cirugía Estética y reparadora
 Lugar: Valencia
 Duración: 50 h

Fechas: Pendientes
 Precio: Por determinar.
 Pendiente de acreditar por la Comisión de Formación Continuada.
 (SOLO SE ACREDITARÁ EL CURSO A FISIOTERAPEUTAS DIPLOMADOS COLEGIADOS)

Curso de Vendaje Neuromuscular

Lugar: Sede Colegial
 Fechas: Pendientes
 Precio: Por determinar.
 Forma de Pago: Contactar con el Colegio.
 Pendiente de acreditar por la Comisión de Formación Continuada.
 (SOLO SE ACREDITARÁ EL CURSO A FISIOTERAPEUTAS DIPLOMADOS COLEGIADOS)

ORGANIZA EL I.C.S. ELX INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ELCHE.

INFORMACIÓN: TFNO: 96 543 84 68 (TARDES) MÓVIL 600 408 512

III Curso de Reeduación del Suelo Pélvico. .

Fechas: Febrero 2008
 Duración: 40 horas. 2 fines de semana,
 Precio: 450 Euros
 Plazas Limitadas.

IV Curso de Fisioterapia Obstétrica.
 Fechas: Marzo 2008
 Duración: 40 horas. 2 fines de semana.
 Precio: 450 Euros
 Plazas Limitadas.

ORGANIZA: FISIIFORMACIÓN

INFORMACIÓN: TFNO: 934605046 FAX 934605048

Curso de Relajación Instrumental Miofascial (GANCHOS)

Lugar de realización: Colegio Mayor Galileo Galilei (Valencia) Prof. Francesc Rubí y Patrick Pons
 Fechas: 25-27 de Abril y 13-15 de Junio del 2.008
 Duración: 40 horas
 Acreditación: Ministerio de Sanidad y Consumo con 5,6 créditos

Curso de Técnicas Propioceptivas

Lugar de realización: Colegio Mayor Galileo Galilei (Valencia) Prof. Ramon Aiguadé
 Fechas: 11-13 de Abril del 2.008
 Duración: 20 h
 Acreditación: Ministerio de Sanidad y Consumo con 3,7 créditos
 Precio: 250€

Curso de Cadenas Musculares y Reeducción de la Postura

Lugar de realización: Colegio Mayor Galileo Galilei (Valencia). Prof. David Torcal
 Fechas: 14-16 de Marzo y 18-20 de Abril del 2.008
 Duración: 40 horas

Acreditación: Ministerio de Sanidad y Consumo con 8,9 créditos
 Precio: 440€

Curso de Anatomía Palpatória y Diagnóstico Clínico en Fisioterapia

Lugar de realización: Colegio Mayor Galileo Galilei (Valencia). Prof. Ramon Aiguadé
 Fechas: Primavera 2.008
 Duración: 36 horas
 Acreditación: Ministerio de Sanidad y Consumo con 3,7 créditos
 Precio: 440€

ORGANIZA: AXIS

C/ MANUELA ESTELLÉS N° 3-1° 46002 VALENCIA (CURSOS ACREDITADOS POR EL ICOFCV) TFNO: 963550224 MOVIL 651948635

Curso de Gimnasia Terapéutica y Propioceptiva
 Lugar: Valencia
 Plazas: 12-15
 Duración: 30h.
 Fechas: 15-17 febrero 2008
 Precio: 260€

Duración: 30h.
 Fechas: 9-11 mayo 2008
 Precio: 260€

Curso de Reflexología Podal

Lugar: Valencia
 Plazas: 12-15
 Duración: 30h.
 Fechas: 25-27 abril 2008
 Precio: 260€

Curso de Preparación al Parto

Lugar: Valencia
 Plazas 12-15
 Duración 30h.
 Fechas: 29 febrero, 1 y 2 marzo 2008
 Precio: 260€

Curso de Shiatsu y Digitopuntura

Lugar: Valencia
 Plazas: 12-15

Curso de Terapia Manual

Lugar: Valencia
 Plazas: 12-15
 Duración: 65h.
 Fechas: 3 Seminarios (febrero, marzo y abril 2008)

ORGANIZAN OTRAS ENTIDADES

Curso Terapia Manual del Raquis . Técnica "Diversified Full Spine" (Espinología)

Organiza: Encarna Espuña. Fisioterapeuta, N° Col. 257
 Lugar: Clínica de la Espalda. Valencia
 Duración: De Octubre 2007 a Julio 2008
 Fecha: Consultar página web
 Precio: 1800 euros
 Información: 963 823 438. www.espinologia.com .enesri@ono.com.
 Dirigido a: Fisioterapeutas

Fechas: Desde Diciembre de 2007,
 Precio: 980 €.
 Información: Tfno962836425 info@instema.net

Curso de Fisioterapia y Medicina Deportiva..

Organiza: Servicios Médicos Villareal C.F.
 Fechas: por determinar
 Plazas: 15 - 30
 Horas: 312 h.
 Información: Tel 964 50 02 50 e-mail fisios@villarrealcf.es

Curso de Fisioterapia: Inducción Miofascial I Nivel.

Organiza: Instema. Instituto de Posgrado en Terapia Manual.
 Impartido: D. Andrzej Pilat y el equipo docente de la Escuela de Terapias Miofasciales TUPIMEK
 Plazas limitadas
 Duración: 73 horas lectivas.

Curso de Diagnóstico y Terapia Mecánica MDT- Metodo Mckenzie. Parte A "La columna Lumbar".

Organiza: Instituto Mckenzie. Fisiosport (Pepe Guillart)
 Profesorado: Andrew Holdom Instructor del MII
 Fechas: Del 14 al 17 de Febrero
 Información tel 96 3511566 Movil 660401707 Pepe Guillart e-mail cursomdt@yahoo.es

Tauler

Con el objetivo de mantener la mayor actualidad posible en esta sección se ruega a los anunciantes que comuniquen a fisioterapialdia@colfisiocv.com los posibles cambios que hayan surgido en sus anuncios para mantener el Tauler lo más actualizado posible. Así mismo, se informa de que los anuncios que hayan sido publicados durante un año completo, es decir, cuatro números, serán retirados del Tauler. Para seguir insertándose en la publicación los interesados sólo deberán volver a enviar la información o solicitar explícitamente su continuidad. Agradecemos de antemano vuestra colaboración y esperamos que esta sección sea de utilidad para todos. Muchas gracias.

Se alquila local para consulta de fisioterapia en Castellón. Local de clínica podológica ya en funcionamiento. Sala de espera común y recepcionista. Tel: 654392804 Fax: 964060088.

Vendo Camilla plegable de aluminio, con tensores, altura regulable y articulable por la cabeza y los pies; carrito plegable; aparato de corrientes (nuevo), Tens digital (nuevo con garantía). Interesados llamar al 652 498 113

Vendo camilla de osteopatía nueva. 600€. Interesados llamar al 659 192 323 (Olga)

Se traspasa centro de fisioterapia en Elche de 75 metros cuadrados por cambio de residencia. El centro está totalmente equipado y listo para poder empezar a funcionar desde el primer momento. Precio económico. Interesados llamar al 653 598 231. José Antonio Valero.

Traspaso de Centro de fisioterapia en Benidorm (Alicante). Precio: 60.000€ En funcionamiento desde el año 1988. Con cartera de clientes demostrable, trabajo también con mutuas, volumen de clientes diarios unos 30 ó 40 personas. 5 cabinas, hilo musical en todas las estancias y cristales de seguridad. INVENTARIO Sala de espera con T.V, zona de oficina, 4 Camillas (2 eléctricas y 2 normales con taburetes), 2 electroterapias con ultrasonido y laxe, 2 pequeñas de electroterapia, 1maquina de crioterapia, 1 L.P.G, 2 colchonetas (aire), bicicletas estáticas (monark), banco sueco, pesas etc. Lámparas Arte-

midea. Interesados llamar: 646 252 383

Vendo: 1 Camilla eléctrica 2 cuerpos 65cm ancho, color azul, regulable en altura 51-103cm, dispone de hueco facial con tapón incluido (550 €); 1 Infrarrojo 3 lámparas con encendido individual, temporizador y brazo regulable en altura, para instalar en la pared.(300€); 2 Colchonetas 185x100x15cm Airex-Corona, antihongos y antibacterias, color azul.(50€ unidad); Espalderas (55€) Todo el material está en perfecto estado. Tel: 676925004 / 968899855 (Inmaculada Espinosa)

Se traspasa clínica de Fisioterapia en Cox (Alicante), por no poder atenderla. 9 años de antigüedad. Clientela sólo privada. A 15 min. De Murcia capital y 10 min. De Elx. Pleno funcionamiento. Ingresos muy interesantes. Ideal para terapia manual. Tel: 607730136 (Ángel) osteonet@mixmail.com

Vendo camilla plegable de aluminio con tensores, altura regulable, articulable por la cabeza y los pies. Carrito plegable. Aparato de corrientes nuevo. Tens digital nuevo con garantía. Tel 652498113

Vendo aparatos de Pilates seminuevos en perfecto estado: Combo Chair; corrector Spin, cadillac. Tel: 963815633 (Alfonso)

Vendo camilla portátil marca solaria en muy buen estado (poco uso), tapizado negro, reforzada con tensores, respaldo inclinable, sólida y ligera...250 € Tlf.- 617 21 00 67

Vendo Camilla hidráulica a pedal de Rochi en muy buen estado, tapizado negro, tres cuerpos, ruedas... 750 € Tlf.- 617 21 00 67

Se vende clínica de Fisioterapia en Benidorm (zona Europa)... Tel: 679101823 (M.Jesús Pinilla)

Se traspasa clínica de fisioterapia en Alicante. En funcionamiento, muy bien ubicada, con amplia cartera de clientes y totalmente equipada. Consta de 3 boxes, gimnasio, sala de espera, consulta, vestuario, aseos adaptados, A/A, hilo musical... Ideal para un equipo de 2 fisioterapeutas. Interesados llamar al 677029706.

Se alquilan uno o dos gabinetes en clínica dental en funcionamiento ubicada en bajo en zona Avda. Francia. Incluye servicio de Recepcionista. Tel: 963 445 090 (Anabel o Amparo)

Se vende centro de Fisioterapia y Rehabilitación completamente reformado en el centro de Elche. Local de 200m2: dos vestuarios completos, aire acondicionado, 4 boxes, superficie diáfana, recepción, despacho independiente, sala de espera, preparado para salida de baño turco, con preinstalación de hilo musical... PRECIO: 290.000 Euros. Hipoteca con posibilidad de subrogación: 122.000 Euros. Resto a convenir. Tel: 678 47 94 19 ó 96 542 07 84. (Vicente Ramón).

Se alquila impecable local 100m2 en la Plaza peatonal frente Hospital General de Alicante (calle Pintor Baeza, 5); 2 baños; equipado con cocina, aire acondicionado, calefacción, agua caliente y fría; insonorización en techo; instalación de teléfono; entrada con rampas; ideal para gabinete fisioterapia / consulta médica, psicológica... Tel: 610396579 / 647 668 141.

TODO LO QUE BUSCAS ESTA EN:

HeryCor

- + Productos
- + Calidad
- + Servicio
- + Cercanía
- + Ofertas
- Mejores Precios**

Nuevo catálogo 2007-2008

Si aún no lo tienes **SOLICITALO YA.**

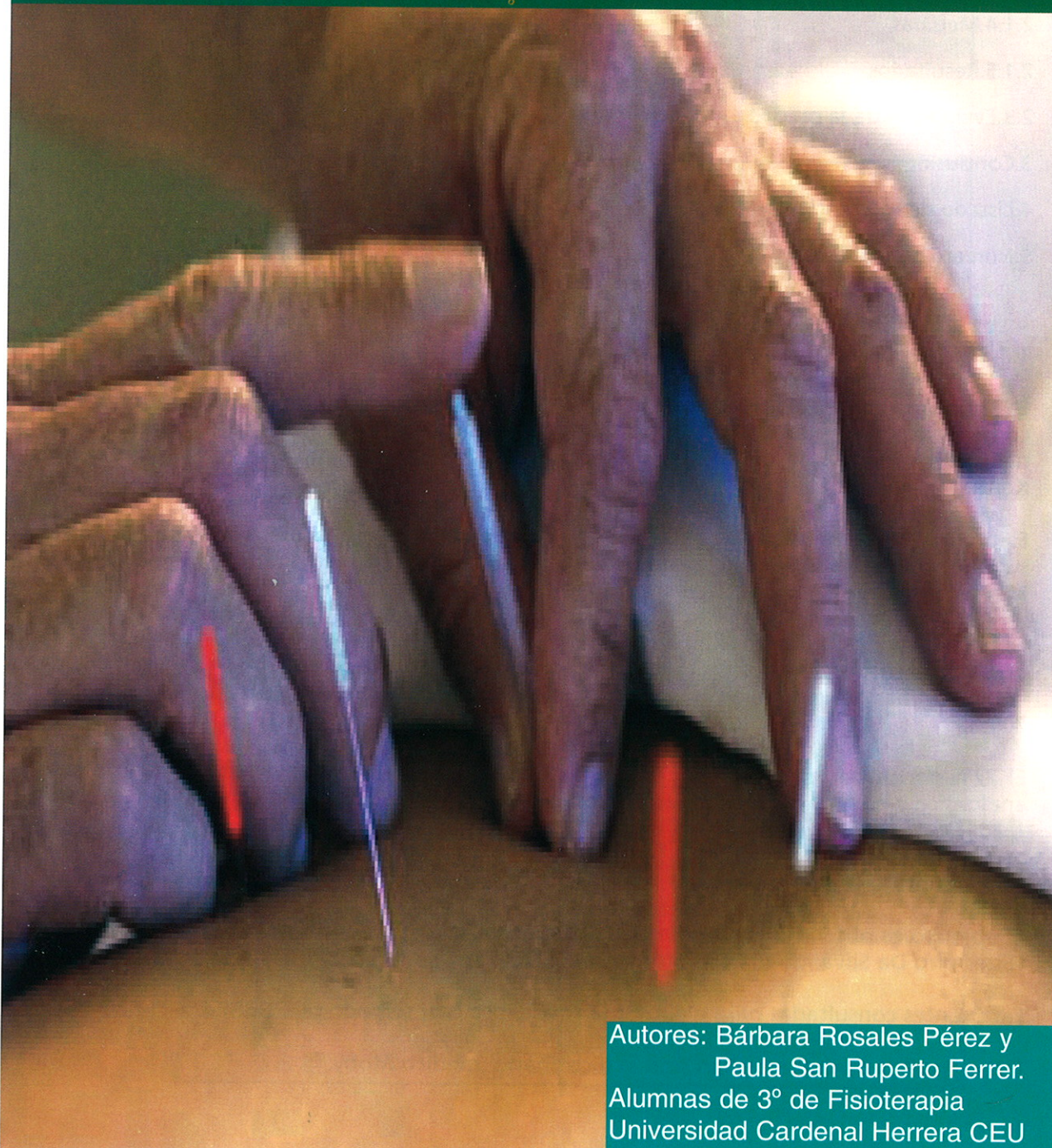
Catálogo General 2007-2008

PROMOCIÓN WEB
 Obtendrás un 3% de descuento* en todas las compras realizadas a través de nuestra web www.herycor.com
 *Oferta no acumulable a otras ofertas.

Mucho más que productos de rehabilitación y medicina deportiva

Dirección: c/Antares, 49 03006 Alicante
Teléfono: 965 111 999
Correo electrónico: pedidos@herycor.com
info@herycor.com
Fax: 965 11 75 27
Web: www.herycor.com

ANALISIS DE LA LITERATURA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA ACUPUNTURA EN LUMBALGIA CRÓNICA



Autores: Bárbara Rosales Pérez y
Paula San Ruperto Ferrer.
Alumnas de 3º de Fisioterapia
Universidad Cardenal Herrera CEU

LISTADO DE CONTENIDO

- 1.Introducción
- 2.Análisis de la literatura
 - 2.1.Tablas resumen
 - 2.2.Análisis crítico de los artículos
 - 2.1.1.Sujetos
 - 2.1.2.Diseño
 - 2.1.3.Intervención
 - 2.1.4.Medidas
 - 2.1.5.Resultados
 - 2.3.Evaluación de la calidad
- 3.Conclusiones
- 4.Listado de referencias
- 5.Número de palabras

1.INTRODUCCIÓN:

La lumbalgia es un dolor referido a la parte inferior de la columna vertebral que surge como consecuencia de un esfuerzo, una torsión corporal, osteoartritis, espondilitis anquilosante, neoplasia o hernia de disco intervertebral (Douglas M. Anderson, Patricia D. Novak, Jeff Keith, Michelle A. Elliot, 2003).

Es una patología que afecta al 65-80% de la población (Kelsey JL, White AA, 1980). Esto supone en Estados Unidos un gasto de 25 billones de dólares anualmente (Frymoyer J, Cats-Baril W., 1999).

La acupuntura es un método utilizado para producir analgesia o para alterar la función de un sistema corporal mediante la inserción precisa de agujas finas en lugares específicos de la piel, siguiendo una serie de líneas y canales denominados meridianos (Douglas M, et al, 2003).

El 72% de los pacientes con lumbalgia tratados con acupuntura tuvieron un buen efecto analgésico y no mayor efecto adverso (Ternov NK, Grennert L, Aberg A, Algotsson L, Akeson J, 2001).

La acupuntura es usada por un 2% de los adultos en Reino Unido (Thomas K.J. et al 2006)

El objetivo es obtener resultados de la acupuntura sobre la sintomatología de la lumbalgia (Guerreiro Da Silva, et al, 2004; Itoh, et al, 2006; Meng, et al, 2003; Thomas, et al, 2006).

Las fuentes consultadas para elaborar la revisión se han tomado de PUBMED.

Otras fuentes consultadas han sido el diccionario médico Moby.

2. ANÁLISIS DE LA LITERATURA:
2.1. TABLA RESUMEN:

REFERENCIA	SUJETO	DISENO	INTERVENCIÓN	MEDIDAS	RESULTADOS
GUERREIRO DA SILVA et al (2004)	<p>N= 61; GC: N=34; GE: N=27 S: mujeres embarazadas E: 27 + 12 años CG: L = raquis lumbar. Et = Dolor lumbar por embarazo. Dx: dolor lumbar Ci: Mujeres entre 15 y 30 semanas de embarazo con pequeño dolor lumbar. CE: Mujeres embarazadas con dolor lumbar o hernia anterior al embarazo y tratadas con acupuntura un año antes</p>	<p>O: Comprobar si la acupuntura mejora el dolor lumbar en las mujeres embarazadas. TE: RCT TM: se tomará 14 días antes del tratamiento y durante los 14 días del tratamiento. FU: Fueron seguidas durante ocho semanas y entrevistadas 5 veces a intervalos de 2 semanas. TEU: Anderson-Darling test, Fisher exact test t test y Mood's test. P<0.05 A: Analítico, longitudinal y prospectivo</p>	<p>NG: 2. CG y CE (aleatoria) T: acupuntura tradicional. CT: GE: el material utilizado es de acero inoxidable de 40mm longitud u 0,2mm de diámetro. La acupuntura se aplicará una vez a la semana y dos en caso de dolor muy severo (un mínimo de 8 sesiones a un máximo de 12). La duración de la técnica es de 25 minutos. Los puntos de acupuntura más usados fueron: K13, S13, BL16, BL40, TE5, GB30, GB41 y los puntos huatojiaji a 1cm de la columna vertebral. GB: acuden al obstetra y reciben tratamiento convencional (analésicos).</p>	<p>VD: Dolor lumbar, capacidad funcional. IM: Dolor: Escala numérica graduada para el dolor y cuestionario antes y después del tratamiento. Capacidad funcional: Escala numérica (graduada). V y F: Empleado el Mood's test se obtuvo una P<0.05 de significatividad. Ob: Los grupos reciben la acupuntura siempre con los mismos acupunturistas (GE) pero cada paciente acude a su obstetra. DP: GE es atendido Martes y Jueves y GC Lunes y Miércoles. Las mediciones del dolor y la funcionalidad se hacen durante los 14 días previos al tratamiento.</p>	<p>CS: 61 mujeres embarazadas con dolor pélvico y lumbar con edades entre 15 y 39 años y de 15 a 30 semanas de embarazo. RVD: Se obtiene en las escalas, encuestas y en el Mood's test una mejoría mayor en el GE que en el GC. ClaS: GE: dolor medio 4,8 ± 2,3, dolor actual 0,0. GC: dolor medio -0,3 ± 4,2, dolor actual 0,0. GE: F: actividades generales 1,0, trabajo 0,0, marcha 0,0. GC: F: actividades generales 0,0, trabajo -1,0, marcha -2,0. ClaS: DOLOR MEDIO: GE 4,8±2,3, GC -0,3±4,2. Dolor actual: GE 0,0, GC 0,0. RE: VAS: p<0'0001 (significativo), escala numérica gradual: p<0'01.</p>
ITHO et al (2006)	<p>N = 26; GC: 13; GE: 13 DO: 7 S =: 17 mujeres, 9 hombres E: 78+13 CG: Dx= dolor lumbar por: GE: espondilosis (9), osteoporosis (3), fractura por compresión (3). GC: espondilosis (8), osteoporosis (3), fractura por compresión (3). Ci: sujetos con dolor lumbar de 6 meses de evolución. CE: sujetos con enfermedad sistémica o que hayan cambiado el medicamento que tomaban hacia 1 mes.</p>	<p>O: comprobar si la acupuntura tiene efecto sobre personas mayores, en dolor lumbar. TE: RCT Doble Ciego TM: la VAS y RMQ fueron completadas poco antes de cada tratamiento. P<0.005 TEU: ANOVA, t test y fisher's exact test A: analítico, longitudinal y prospectivo.</p>	<p>NG: 2. GC: primero se le pone placebo y luego acupuntura. GE: primero se le aplica acupuntura y luego placebo. T: sparrow pecking CT: GE: la acupuntura se aplicará en el punto gatillo lumbar, durante 10 minutos. La aguja utilizada es de acero inoxidable de 0'2x50mm, y se introduce en la piel con una profundidad de 10-40mm y luego se mueve ligeramente. GC: se anota la extremidad de la aguja para evitar su penetración en la piel, posteriormente se lija manualmente.</p>	<p>VD: dolor, funcionalidad. IM: VAS (dolor) y RMQ (funcionalidad). VyF: VAS (p<0 001) y RMQ (p<0 01). DP: La medición de VAS se realiza antes del tratamiento de la 1ª sesión, de la 1ª, segunda, tercera, sexta, séptima, octava, novena y doceava semana. La medición de RMQ se realiza antes del primer tratamiento y a a tercera, sexta, novena y doceava semana después del tratamiento.</p>	<p>CS: 26 pacientes (17 mujeres y 9 hombres) de entre 65 y 91 años que sufren dolor lumbar. RVD: se obtienen mejores resultados en VAS (menos dolor) y RMQ (más funcionalidad) del GE que en el GC. ClaS: GE: RMQ en la 1ª entrevista = 8'6±2'5; RMQ en la semana 12 = 6'4±4'4. GC: RMQ en la 1ª entrevista = 8'3±2'8; RMQ en la semana 12 = 4'8±3'1. En el GC encontramos > diferencia entre la semana 6 y la 9. ClaS: la diferencia más significativa entre ambos grupos la encontramos en la tercera semana (GE: 3'3±1'5; GC: 8'6±3'1). RE: VAS: p<0'001; RMQ: p<0'01 (significativos).</p>

<p>MENG et al (2003)</p>	<p>N= 55; GE: N=24; GC: N=23 DO: N=8 S: GE: M=13 F=18; GC: M=9 F= 15 DO: M=4 F=4 E= >60 CE: L= raquíis lumbar. Et= Dolor lumbar por causa inflamatoria, estructural o traumática en pacientes ancianos. Dx= Dolor lumbar. CI = Sujetos con LBP ≥ 12 semanas y edades > 60 años. CE = Sujetos con tumor espinal, infección o fractura y síntomas neurológicos asociados, además de enfermedades cardíacas, historia clínica de dolor lumbar anterior, artritis y uso de acupuntura anterior.</p>	<p>O= Determinar si la acupuntura es efectiva para el dolor crónico lumbar en pacientes ancianos. TE= RCT. TM= Las medidas se toman de la 4 a la 9 semana de terminar el tratamiento con acupuntura en ambos grupos. FU = El seguimiento ocurrió desde la semana 0, 2, 6 y 9 durante el periodo del ensayo. TEU= SPSS, SAS, Stataxact, ANOVA, Mann-Whitney U-test, t-test, X² y Fisher 5 test. A= Analítico, longitudin y prospectivo. P < 0.001</p>	<p>NG= 2. GC y CE (aleatoria) T= acupuntura con incorporaciones neurohumorales. CT= se aplicarán 2 sesiones semanales durante 5 semanas, con un total de 10 sesiones. GE: Se utilizará una técnica aséptica y estéril con inyecciones con estimulación eléctrica de 4-6 Hz de 0'5ms. Se introduce de 10 a 14 agujas por sesión y éstas son removidas 20 minutos después de su inyección. Los puntos de acupuntura fueron: Shenshu (UB23), Qihai shu (UB24) Dachashu (UB25) y Pangguanshu (UB28) de forma bilateral. En caso de que hubiese dolor concomitante en nálgas o piernas se podría aplicar 4 sesiones adicionales en: UB36, 54, 37, 40 GB30 y 31. GC: reciben cuidados primarios (analgésicos). Los pacientes destinados al GC también podrán recibir acupuntura de forma complementaria.</p>	<p>VD= Dolor lumbar y funcionalidad. IM: Dolor: VAS. Funcionalidad: RDQ. VF: Empleando el RDQ se obtuvo una P<0,02. Ob: El GC era tratado por médicos especialistas. Los del GE fueron enviados a dos hospitales distintos y en cada uno eran tratados por un especialista en acupuntura. DP: Las mediciones con el RDQ y el VAS fueron tomadas a las 0, 2, 6 y 9 semanas durante el periodo de tratamiento. Se le da como instrucción que no debe tomar medicación narcótica, relajantes musculares TENS, epidural con esteroides e inyecciones en los puntos gatillo. Anteriormente a las mediciones se realizaron dentro del año anterior radiografías, tomografías y resonancias de la columna lumbar, además de un cuestionario pretratamiento y una escala de transición entre el principio y el final del tratamiento.</p>	<p>CS: Sujetos con dolor crónico lumbar con una duración de 12 semanas y de edades >60 años. RVD: Se obtiene mejores resultados en cuanto al dolor (VAS) y la funcionalidad (RDQ) en el GE que en el GC. Clas: GE: Las mediciones para el RDQ en las semanas 6 (1ª medición importante) fueron 4,1±3,9 y a la semana 9 fueron 3,5±4,4. VAS en la semana 6 fue de 0±1,1 y a la semana 9 fue de 0,2±1,3. GC: A la semana 6 fue 0,7±2,8 y a la semana 9 fue 0,4±2,7. VAS a la semana 6 fue de 0,6±1,2 y a la semana 9 fue de 0,7±2,2. Clas: A la semana 6 la diferencia de intergrupo entre GC y GE fue de 3,4±6,6. A la semana 9 la diferencia fue de 3,1±7,4 (RDQ). La diferencia intergrupo del VAS entre GC y GE es de 0,6±2,3 a la semana 6, y a la semana 9 fue de 0,2±1,3. Para la escala de transición el valor de intergrupo para el GE fue 3,7±1,2 y para el GC es de 2,5±0,9, con una P<0,001. RE: RDQ: P<0,02</p>
<p>ITHOMAS et al (2006)</p>	<p>N= 241; GE: N=160; GC: N=81 DO: N=2 S: GE: M=60 F=99; GC: M=34 F=46 E=41+23 CG: L= raquíis lumbar. Dx = dolor lumbar. TD= 1 a 13 meses. CI = Sujetos con LBP de 1 a 13 meses de duración y edades entre 18 y 65 años. CE = Pacientes que recibieron acupuntura anterior, con posibles enfermedades espinales, enfermedades motoras, hernia.</p>	<p>O= Determinar su un curso corto de acupuntura es efectivo para el LBP. TE = RCT TM = Las medidas se toman a los 12 meses y a los 24 meses. FU = El seguimiento se realiza durante y después del tratamiento hasta los 24 meses. A los 3, 12 y 24 meses. TEU: Error standard, SPSS y Stata version 8. P=0,05 A = Analítico, longitudinal y prospectivo.</p>	<p>NG= 2. GC y CE (aleatoria) T = acupuntura. CT: acupuntura tradicional en 10 sesiones individualizadas durante 3 meses. Los acupunturistas determinaron el contenido y número de tratamientos de acuerdo a las necesidades del paciente. Todos los pacientes permanecieron bajo el cuidado de su practicante.</p>	<p>VD= dolor, funcionalidad y calidad de vida. IM: SF-36 bodily pain (calidad de vida), Oswestry pain disability index (funcionalidad) y Mc Gill present pain index (dolor). Los datos fueron analizados por SPSS versión 11.5 y Strata versión 8. Ob: el tratamiento se llevo a cabo en tres clínicas privadas de acupuntura por 18 acupunturistas. DP: junto con el tratamiento de acupuntura o placebo, se incluye fisioterapia o manipulaciones en el primer mes y un consejo de dieta, descanso y ejercicio. Las mediciones fueron realizadas antes de la primera sesión, al mes 3, 12 y 24.</p>	<p>CS: 241 adultos de entre 18 y 65 años con dolor lumbar no específico de 4 a 52 semanas de duración. Clas: GE: SF-36 en 24 meses=67,8±24,1. OPD en 1ª Med=33,7±15,4; a los 24 meses= 18,3±16,5. Mc Gill en 1ª Med= 2,6±1,1; a los 24 meses = 1,42±1,1. GC: SF-36 en 1ª Med=30,4±18; a los 24 meses=59,5±23,4. OPD en 1ª Med= 31,4±14,2; a los 24 meses = 21,1±14,2. McGill en 1ª Med= 2,7±1,1; a los 24 meses = 1,71±1,1. Clas: hay una diferencia en el mes 12 de 10±19,3 (SF-36) entre los grupos, pero es más significativa en el mes 24 con 8±5,2 (SF-36). También encontramos mejores resultados en las mediciones. RE: SF-36 p<0,031; OPD p<0,22; McGill p<0,71</p>

LEYENDA:

A: artículo.	N: número de pacientes.
CE: criterios de exclusión.	NG: número de grupos.
CG: características del grupo.	NRS: numerical rating scale (escala numérica de dolor).
CI: criterios de inclusión.	O: objetivo.
ClaS: comparación intra sujeto.	Ob: observador.
CleS: comparación inter sujeto.	OPD: Oswestry pain disability.
CIInt: características de intervención.	P: nivel de significación.
CP: grupo placebo.	RCT: randomized controlled trial.
CS: características de los sujetos.	RE: resultados estadísticos.
CT: carácter de la técnica.	RMQ: Roland Morris Questionnaire.
DO: dropp out (caídos del estudio).	RVD: resultado de variables dependientes.
DP: detalles del protocolo.	S: sexo.
Dx: diagnóstico.	SD: desviación estándar.
E: edad.	T: técnica.
Et: etiología.	TD: tiempo de dolor
F: funcionalidad.	TE: tipo de estudio.
FU: follow up (seguimiento).	TEU: test estadísticos utilizados.
GC: grupo control.	TM: tiempo en que se toman las medidas.
GE: grupo estudio.	VAS: escala análoga visual.
I: intervención.	VD: variables dependientes.
IM: instrumentos de medida.	VyF: validez y fiabilidad.
L: localización.	1ª: primera.
LBP: low back pain.	<: Menor.
M: male.	>: Mayor
Med: medición.	

2.2. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS ARTÍCULOS:**2.2.1 SUJETO:**

El número total de pacientes que se ofrecen para los estudios es de 383, resaltando 241 pacientes en un artículo, Thomas et al (2006). De este total de sujetos obtenemos 151 pacientes en el grupo control y 224 en el grupo estudio, de los cuales caen del estudio un total de 17 sujetos, exceptuando el artículo de Guerreiro da silva et al (2004) en el que no se encuentran dropp outs. En los estudios interviene un total de 129 hombres y 260 mujeres, destacando éstas puesto que en el artículo de Guerreiro da silva et al (2004) sólo participan mujeres. La edad se encuentra en un rango entre 18 y 91 años, exceptuando el texto de Guerreiro da silva et al (2004) en el que solo participarán mujeres en edad fértil.

Las características del grupo son: dolor lumbar a causa de embarazo, Guerreiro da silva et al (2004), espondilosis, osteoporosis o fractura por compresión y causa inflamatoria. Los criterios de inclusión son de padecer dolor lumbar con una evolución de uno a 13 meses, a excepción del artículo de Guerreiro da silva et al (2004), en el que el dolor lumbar debe aparecer entre las 15 y 30 semanas de embarazo. Los criterios de exclusión son: sujetos de enfermedad sistémica o que hayan cambiado su medicación en menos de 1 mes, sujetos con tumor, infección, fractura y síntomas neurológicos asociados, enfermedades cardíacas, dolor lumbar anterior, artritis, hernia, enfermedades motoras, que hayan recibido acupuntura anteriormente o mujeres con dolor lumbar anterior al embarazo, en el caso del texto de Guerreiro da silva et al (2004).

2.2.2 DISEÑO:

El objetivo general de todos los estudios es determinar si la acupuntura resulta efectiva en pacientes con dolor lumbar. Todos los artículos son estudios analíticos, longitudinales y prospectivos puesto que son RCT. Aparece un "doble ciego" en el texto de Itoh et al (2006), pero no en los artículos de Guerreiro da silva et al (2004), Meng et al (2003) y Thomas et al (2006). Las medidas fueron tomadas durante o después del tratamiento de acupuntura a excepción del texto de Itoh et al (2006) que las toman poco antes de cada tratamiento. Se realiza un seguimiento de los pacientes en todos los textos a excepción del de ITOH et al (2006). Los test estadísticos utilizados para los estudios fueron: Anderson-Darling test, Fisher exact test, t test y Mood's test, ANOVA, SPSS, SAS, Statxact, Mann-Whitney U-test, X2, Error standard y Stata version 8. La significatividad de estos test es $p \leq 0,05$.

2.2.3 INTERVENCIÓN:

En todos los textos se han formado un total de dos grupos, un grupo control y otro grupo estudio, repartiéndolo a los pacientes de forma aleatoria; en el texto de Itoh et al (2006) el grupo control recibe primero placebo y luego acupuntura, y en el grupo estudio primero se le aplica acupuntura y después placebo, y en el texto de Meng et al (2003) al grupo control se les ofrece la oportunidad de recibir acupuntura de forma complementaria. En los estudios se emplea acupuntura tradicional a excepción del artículo de Itoh et al (2006) que utiliza la técnica "sparrow pecking" y el de Meng et al (2003) que emplea además estimulación eléctrica.

Las características de la técnica en el caso del grupo estudio es la de inyectar la aguja, de acero inoxidable de 0,2 x 50 mm, sobre los puntos de acupuntura lumbar, especificando los puntos K13, S13, BL62, BL40, TE5, GB30, GB41 y los puntos huatojiaji a 1cm de la columna vertebral en el texto de Guerreiro da silva et al (2004), y los puntos UB36, 54, 37, 40 GB30 Y 31 en el caso de que el paciente tenga dolor concomitante en nalgas o piernas, en el texto de Meng et al (2003). La duración del tratamiento será de 10 a 25 minutos, y en el caso del estudio de Meng et al (2003) con una duración de 0,5 ms de estimulación eléctrica. El total de las sesiones es de entre 2 y 12. Las características de la técnica en el caso del grupo control es la de cortar la extremidad de la aguja para evitar que penetre en la piel, esto es nombrado en el artículo de Itoh et al (2006). Se indica que las agujas deben ser removidas ligeramente después de su aplicación en los textos de Itoh et al (2006) y Meng et al (2003), y en este último especifica que se debe mover al cabo de 20 minutos.

2.2.4 MEDIDAS:

En todos los artículos se estudian las siguientes variables dependientes: dolor lumbar y funcionalidad, además de la calidad de vida en el texto de Thomas et al (2006). Para la medición del dolor se emplean los siguientes instrumentos de medida: escala numérica graduada para el dolor, cuestionarios, Escala Análoga Visual (VAS) y el Mc Gill present pain index. Para la funcionalidad se utilizan la Escala numérica graduada, Roland Morris Questionnaire (RMQ), Roland Disability Questionnaire (RDQ) y Oswestry pain disability index. Y para medir la calidad de vida se emplean el SF-36 bodily pain. La validez y fiabilidad de estos instrumentos de medida es $p \geq 0,05$, a excepción del artículo de Thomas et al (2006) en el que no aparece la fiabilidad de las medidas. El observador es el mismo para el texto de Guerreiro da silva et al (2004), diferente en los artículos de Meng et al (2003) y Thomas et al (2006) en los que se emplean distintas clínicas, y no se nombra el observador en el texto de Itoh et al (2006).

2.3. Evaluación de la calidad:

	GUERREIRO DA SILVA et al (2004)	ITOH et al (2006)	MENG et al (2003)	THOMAS et al (2006)
Presentación clara del problema y de los objetivos	++++	++++	++++	++++
Referencias utilizadas en el texto.	+++	+++	+++	+++
Evaluación crítica de la literatura.	+++	++++	++	++
Muestra.	+++	+++	++++	+++
Consideraciones éticas.	+++	++++	+++	+++
Diseño, intervención y medidas.	+++	+++	++++	+++
Instrumentos de medida válidos y fiables.	++++	++++	++++	++
Presentación clara de los resultados.	++++	++++	++++	++++
Referencias a las limitaciones del estudio.	++++	+++	++++	++
Interpretación de los resultados más allá del estudio.	++	++	++	++
TOTAL	33	34	34	28

Leyenda: +++++ Muy de acuerdo.

+++ De acuerdo.

++ En desacuerdo.

+ Muy en desacuerdo.

Hemos valorado muy positivamente la presentación de los estudios porque están expresados de forma completa y expone los objetivos de manera contundente. En cambio consideramos con una puntuación más baja las referencias porque existen gran variedad, pero algunas son de hace varios años. En la evaluación crítica de la literatura damos buena nota al texto de Itoh et al (2006) y Guerreiro da silva et al (2004) porque encontramos evidencias referenciadas que nos dicen que la acupuntura es superior al placebo y otros estudios que no encuentran diferencias entre el placebo y la acupuntura; por otra parte, los textos de Meng et al (2003) y Thomas et al (2006) no se nos muestra referenciado. Estamos de acuerdo con el muestrario que tienen los textos porque hay gran cantidad de pacientes, variedad de sexo, bastantes características de inclusión y exclusión e incluso Dropp out. Estamos muy de acuerdo con la ética del artículo de Itoh et al (2006) porque además de contar con confirmación del paciente, un comité ético aprueba el estudio; en el resto de artículos sólo consta la confirmación del paciente. En cuanto al diseño, intervención y medidas están bien detalladas en todos textos. Los instrumentos de medida no son válidos y fiables en el texto de Thomas et al (2006) porque tiene una p value bastante alta, pero el resto de artículos sí son significativos. Estamos muy de acuerdo con la presentación de los resultados porque utilizan tablas para ello. Consideramos positivo el que los textos de Guerreiro da silva (2004) y Meng et al (2003) anoten las limitaciones de sus estudios y menos positivamente el resto porque no muestran casi limitaciones. Valoramos negativamente todos los textos respecto a la interpretación de los resultados más allá del estudio porque no indican consejos para futuros estudios.

3. CONCLUSIÓN:

El objetivo de este trabajo es determinar si el tratamiento con acupuntura, utilizada de forma tradicional, es efectivo aplicado en la lumbalgia crónica, en pacientes del sexo femenino y masculino de entre 18 y 91 años de edad.

Los resultados obtenidos en los textos de Itoh et al (2006) y Meng et al (2003) son más efectivos, puesto que se obtienen mejores resultados en el grupo estudio de estos artículos, en comparación con los textos de Guerreiro Da Silva et al (2004) y Thomas et al (2006) y, además, estos resultados son conseguidos en menor tiempo.

En el artículo de Thomas et al (2006) no existen grandes diferencias en la disminución o desaparición

de la sintomatología de dicha patología entre el grupo estudio y el grupo control, por lo tanto la efectividad de este tratamiento es pequeña, en comparación con el resto de artículos. Además los valores de la "p value" de los tests de dolor, funcionalidad y calidad de vida de este artículo son altos, lo cual nos indica que no es un texto significativo.

En los textos de Guerreiro Da Silva et al (2004), Meng et al (2003) y Thomas et al (2006) nos dicen que han encontrado limitaciones a la hora de realizar el estudio, tales como ser estudio no ciegos, la falta de contacto entre el terapeuta y el paciente, mayor atención al grupo estudio que al grupo control; y los artículos de Guerreiro Da Silva et al (2004), Meng et al (2003) y Itoh et al (2006) se encuentra como limitación el tener un bajo muestrario de pacientes. Ninguno de los textos deja abierto el artículo a futuros estudios. Consideramos que los estudios de Itoh et al (2006) y Meng et al (2003) son los mejores porque explican al detalle cada apartado del trabajo, emplean gran variedad de referencias, obtienen buenos resultados y son muy significativos.

4. LISTADO DE REFERENCIAS.

- GUERREIRO DA SILVA J.B., NAKAMURA M.U., CORDEIRO J.A., KULAY L. (2004) Acupuncture for low back pain in pregnancy. *Acupuncture in medicine* 22(2) P.p.60-67.
- ITOH K., KATSUMI Y., HIROTA S., KITAKOJI H. (2006) Effects of trigger points acupuncture on chronic low back pain in elderly patients. *Acupuncture in medicine* 24(1) P.p.5-12.
- MENG C.F., WANG D., NGEOW J., LAO L., PETERSON M., PAGET S. (2003) Acupuncture for chronic low back pain in older patients. *Rheumatology* 42. P.p.1508-1517.
- THOMAS K.J., MAC PHERSON H., THORPE L., BRAZIER J.A., FITTER M., CAMPBELL M.J., WALTERS S.J., NICHOLL J., ROMAN M. (2006) Randomised controlled trial of a short course of traditional acupuncture with usual care for persistent non-specific low back pain. *BMJ* 333. P.p.7569.

5. NÚMERO DE PALABRAS:

- Introducción: 232 palabras.
- Análisis de la literatura:
Análisis crítico de la literatura: 1104 palabras.
Evaluación de la calidad: 297 palabras.
- Conclusiones: 311 palabras.
- TOTAL: 1944 palabras.

al día Normas de presentación de artículos en la Revista Fisioterapia al día.

El Consejo de Redacción, siguiendo los requisitos de uniformidad para las revistas biomédicas, considerará para su publicación los artículos originales, descriptivos, analíticos o prospectivos, en su vertiente teórica o aplicada, desarrollados en el ámbito general de la Fisioterapia, tanto asistencial como docente.

PREPARACION DEL MANUSCRITO

El autor debe remitir el texto en disquete informático de 3,5" especificando el procesador de textos empleado (preferentemente Word o similar).

Además enviará por correo postal el manuscrito original y dos copias impresas en papel blanco A4 (212x297 mm.), con márgenes de 25 mm, escritas solamente sobre una cara del papel a doble espacio, en todas sus secciones. La dirección de envío es: Redacción de la Revista Fisioterapia al día del Ilmo. Colegio Oficial de Fioterapeutas de la Comunidad Valenciana. C/ San Vicente 62-2º-2ª. 46002 Valencia.

El texto de los artículos se divide, generalmente, en secciones que llevan estos encabezamientos: página del título, resumen y palabras claves, introducción, material y método, resultados, discusión y/o conclusiones, bibliografía, tablas, pies de figuras y figuras. Cada epígrafe comenzará en hoja aparte y las páginas se numerarán en forma consecutiva, empezando por la del título.

PAGINA DEL TITULO

La primera página contendrá:

- El título del artículo, en castellano e inglés, que será conciso pero informativo.

- Nombre y apellidos de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y su afiliación institu-

cional.

- Nombre del departamento o departamentos y la institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.

- Nombre y dirección del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito, número de teléfono y/o fax, e-mail si se dispone).

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

La segunda página incluirá un resumen (que no excederá las 150 palabras de extensión), en castellano e inglés. En él se indicarán los propósitos del estudio o investigación; los procedimientos básicos que se han seguido; los resultados más importantes (datos específicos y, de ser posible, su significación estadística); y las conclusiones principales. A continuación del resumen se agregarán de 3 a 10 palabras o frases cortas clave que ayuden a los indicadores a clasificar el artículo. Utilícese para este propósito los términos de la lista "Medical Subject Headings" (MeSH) del "Index Medicus".

<<http://www.nlm.nih.gov/mesh/mehhome.html>>

INTRODUCCION.

Expresa el propósito del artículo. No debe incluir datos ni conclusiones del trabajo que se está dando a conocer.

MATERIAL Y METODO.

Debe describir claramente la forma como se seleccionaron los sujetos observados o que participaron en los experimentos. Identificar los métodos, aparatos y procedimientos, con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

RESULTADOS.

Deben ser concisos y claros, siguiendo una secuencia lógica mediante texto, tablas y figuras. No repitiéndose en el

texto los datos de los cuadros o las ilustraciones, destacando o resumiendo solo las observaciones importantes.

DISCUSION Y/O CONCLUSIONES.

Comentará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. Sin repetir con pormenores los datos u otra información, ya presentados en las secciones de introducción y resultados.

Se pueden relacionar las observaciones con otros estudios pertinentes, estableciendo el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio; absteniéndose de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos.

AGRADECIMIENTOS.

Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo.

BIBLIOGRAFIA.

Las referencias se numerarán consecutivamente, siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. En éste, en las tablas y en las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos (o superíndice) entre paréntesis.

Absteniéndose de utilizar los resúmenes como referencias. Sí se pueden incluir en las referencias los artículos aceptados aunque todavía no estén publicados; en este caso indique el título de la revista y añada "En prensa".

Ejemplos de referencias bibliográficas:

Artículos de revistas científicas: Artículo ordinario (Incluye el nombre de todos los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, se anota solo

el nombre de los seis primeros agregando "et al"):

You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79(2): 311-314.

Libros:

Individuos como autores:

Colson JH, Armour WJ. *Sports injuries and their treatment*. London: S Paul, 1986.

Directores o compiladores como autores:

Diener HC, Wilkinson M, editores. *Drug-induced headache*. New York: Springer-Verlag, 1988.

Capítulo de libro:

Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganismos. En: Sodeman WA, Sodeman LA, editores. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: Saunders, 1974: 457-472.

Tesis Doctoral:

Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease (Tesis Doctoral). Pittsburgh (PA): Univ of Pittsburgh, 1988.

Trabajos inéditos. En prensa:

Lillywhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. *Science*. En prensa.

Comunicación/Ponencia en Congreso, publicado en un libro editado.

Citar primer apellido e inicial del nombre de todos los autores, seguido del título y tipo de aportación (comunicación o ponencia). A continuación, citar el primer apellido e inicial del nombre de todos los editores, nombre del Congreso (que coincida con el título del libro), lugar de edición, editorial, año de edición, y páginas de inicio y final del capítulo.

Ejemplo:

Diez V, Díaz Meco R, Martín M^a L, Gil D, Terol E. Desarrollo y metodología de trabajo de las unidades de Fisioterapia en A. Primaria en un área de Madrid. Comunicación oral.. En: Medina F, Valls M, Vaello H, editores. *III Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria: Ponencias y Comunicaciones*. Valencia: AEF Comunidad Valenciana, 1996. p. 141-142.

Comunicación/Ponencia en Congreso, no publicado en un libro editado.

Si la Comunicación o Ponencia ha sido recogida en Actas del Congreso.

Citar primer apellido e inicial del nombre de todos los autores, seguido del título y tipo de aportación (comunicación o ponencia). A continuación, citar el nombre del Congreso, lugar, días, mes, y año de celebración. Ejemplo:

Kannus P. Tratamiento de las lesiones tendinosas en el atleta. Ponencia. X Jornadas Internacionales de Medicina del Atletismo. Valencia (España), 25 y 2 de febrero, 1998

TABLAS

Deben enumerarse consecutivamente con cifras arábicas, por orden de aparición en el texto; su emplazamiento debe indicarse con una llamada entre paréntesis. Cada una debe ser mecanografiada en hoja aparte y acompañada de un título, si aparecen abreviaturas no habituales deben ser precisadas específicamente.

FIGURAS

Se entenderán como figuras las fotografías, las gráficas o esquemas, ambos elementos irán numerados de forma correlativa. Las fotografías son preferibles los originales en papel de un tamaño de 9 por 12 cm., siendo importante que sean de buena calidad. Se reproducirán en blanco y negro. Los gráficos serán los dibujos originales.

En el dorso de cada figura y a lápiz debe figurar, el nombre del primer autor, título del artículo y número de la figura, se acompañarán de una leyenda o pie, a máquina y en hoja aparte, incluyendo las explicaciones suficientes para que resulten inteligibles.

No se aceptará material previamente publicado, siendo responsables los autores responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir parcial o totalmente texto, tablas o figuras, de otras publicaciones, citando correctamente su procedencia. Los permisos deben solicitarse tanto al autor como al editor.

TRANSMISION DE LOS DERECHOS DE AUTOR.

Se incluirá con el manuscrito una carta firmada por todos los autores, declarando que se trata de un trabajo original, no publicado previamente, que en caso de ser publicado por la Fisioterapia al día, transfieren los derechos de autor, sin cuyo permiso expreso no podrán reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.

INFORMACION ADICIONAL.

El Comité de Redacción no comparten necesariamente las opiniones manifestadas por los autores en el artículo, no aceptando ninguna responsabilidad sobre los puntos de vista de los autores.

A la recepción del manuscrito, acusará recibo de los trabajos enviados e informará acerca de su aceptación. También se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones de los mismos cuando lo considere necesario.

LA CALIDAD DE NUESTRAS SOLUCIONES, GARANTIZADA.



En Caixa Catalunya nos esforzamos por mejorar la calidad de nuestras soluciones. Por eso AENOR nos ha concedido el certificado de calidad ISO por el diseño de nuestros productos financieros. Nuestros servicios para ti, garantizados.



Diseño de productos financieros

INFORMACIÓN 24 HORAS
902 40 88 40
www.caixacatalunya.es

CAIXA CATALUNYA



Más soluciones para ti

TecnoInicio: las vitaminas que le ayudan a iniciar su propio negocio



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



TecnoInicio es un crédito con el que podrá financiar todos los gastos iniciales de su actividad profesional, que le cubre hasta el **100% de la inversión** y que podrá pagar **en un plazo máximo de cinco años**.

Aproveche, una vez más, las **ventajas exclusivas** que TecnoCredit le ofrece **solo por formar parte del Il·lustre Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana**.

TecnoCredit le dejará un buen sabor de boca

Liévase este exprimidor Kenwood de regalo⁽¹⁾ al hacerse cliente de TecnoCredit.

(1) Promoción válida hasta finalizar existencias (500 uds.), por la apertura de una TecnoCuenta con un saldo mínimo de 300 €.



Infórmese en cualquier oficina SabadellAtlántico, llamando al **902 323 555** o en **tecnocredit.com**

Sabadell Atlántico

Carácter emprendedor

Grupo Banco Sabadell

TecnoCredit

