



Fisioteràpia

REVISTA DE L'IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

al dia
www.colfisiocv.com



Fisioterapia en la educación especial

Volumen XII N°2
Junio 2016

La Fisioterapia de la Comunidad Valenciana

MÚSCULO-ESQUELÉTICO

18-19 NOVIEMBRE

ALICANTE

RECUPERACIÓN LUMBAR
FUNCIONAL

ALICANTE

FISIOTERAPIA

NEURAL

ALICANTE

CERVICALGIA
MÚSCULO-ESQUELÉTICO

TERAPIA
MÚSCULO-ESQUELÉTICO



TERAPIA

ciana va a vivir un evento apasionante...

0
ANTE
ERAPIA
APIA
MUSCULO-ESQUELÉTICO

COLUMNA VERTEBRAL
18-19 NOVIEMBRE
DORSAL

?

CERVICALGIA
TERAPIA
NEURAL
ALICANTE

COLUMNA VERTEBRAL
TERAPIA

Sumari ■

- 07. Informació col·legial
- 30. Racó judicial
- 34. Racó del llibre
- 36. Benvinguts
- 38. Agenda
- 42. Formació
- 43. Monogràfic "Fisioterapia en la Educación Especial"
 - 44. Parlem amb
 - 54. L' opinió
 - 57. Visió perifèrica
 - 60. Racó històric
 - 62. Les nostres teràpies
 - 66. Professions afins
- 68. Article científic
- 76. Tauler
- 78. Entitats col·laboradores



Monogràfic
**Fisioterapia en
la Educación Especial**



Plataforma del Conocimiento



Carta de la direcció

Estimados amigos:

La infancia: esta maravillosa etapa del ser humano es sin duda la principal protagonista del monográfico de *Fisioteràpia al Dia* que están leyendo, tanto por abordar como temática clave la Fisioterapia en Educación Especial, fisioterapia educativa, una parcela de nuestra profesión bastante desconocida aún por la población, pese a su enorme valor emergente, que debe ser reivindicada con creces; como por la nutrida información colegial que coincide en este número con la presencia destacada de los niños. Sirvan como emotivos ejemplos los preciosos reportajes de nuestros colegiados Jordi Reig y Julio Araujo como testimonios de su presencia solidaria en Etiopía y Grecia respectivamente.

Otro tanto ocurre con el valioso trabajo de los integrantes de la Comisión de Discapacidad Psicomotriz del ICOFCV, reflejado en nuestras páginas, así como los numerosos artículos alusivos a la Fisioterapia aplicada en los niños, la discapacidad y la educación especial plasmados en nuestras secciones fijas como el *Article científic*, la aguda *Visió perifèrica* de **José Polo** o la magnífica entrevista del *Parlem amb* a todo un pionero tanto en fisioterapia como en el tema que nos ocupa: **Jaime Martínez**, anterior vicedecano de nuestra institución y veterano fisioterapeuta en un colegio de Educación Especial en Valencia, el Sebastián Burgos, a cuya dirección, personal y padres de los niños, que tan amablemente se prestaron a participar en el reportaje especial de las páginas interiores, queremos agradecer profundamente su inestimable colaboración. Agradecimiento que hacemos extensivo a la Dirección General de Educación, quienes también nos facilitaron en buena parte la labor.

Otro tanto debemos decir de los colaboradores que para esta ocasión nos han dedicado su tiempo y tarea de redacción, como la reivindicativa *Editorial* de la pionera **Carmen Iniesta**, la valiosa *Opinió* de **Francisco Guillot**, las novedades que plantea **María del Carmen Ponce** en *Les nostres teràpies* y la visión de **Juan Pedro Julián** en *Professions afins*. A todos ellos les reiteramos nuestro agradecimiento, pues la dirección y todo el equipo de esta publicación llevaba tiempo planteando la pertinencia de dedicar un monográfico al respecto, habida cuenta de las necesidades y carencias que ustedes mismos podrán descubrir a continuación.

Por último, debemos destacar igualmente un hito del que nos sentimos profundamente orgullosos: *Fisioteràpia al Dia* (FAD) cumple ahora quince años, pues se fundó unos meses después que el ICOFCV (efeméride que también celebramos recientemente, el mes de octubre pasado, en la Gala de la Fisioterapia). Los actuales directores de FAD queremos hacer llegar desde aquí el más sincero aprecio y la profunda admiración hacia nuestros dos predecesores, los doctores **Josep Benítez** y **Pedro Rosado**, sin cuya entrega y entusiasmo esta revista no hubiese llegado a tan buen puerto.

¡Muchísimas gracias y felicidades!

José Ángel González Domínguez
José Antonio Polo Traverso

EDITA

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

COMITÉ DE REDACCIÓ

Director: José Ángel González Domínguez
Subdirector: José Antonio Polo Traverso
Directora Técnica: Rosa Marcos Reguero
Delegacions: Francesc Taverner Torrent (Alacant), Jesús Ramírez Castillo (Castelló) y José Casaña Granell (Valencia).

COMITÉ CIENTÍFIC

Jorge Alarcón Jiménez (UCV)
Juan José Amer Cuenca (UCH)
M. Rosario Asensio García (UMH)
José Vicente Benavent Cervera (UEV)
Josep C. Benítez Martínez (UV)
Sofia Pérez Alenda (UV)
Felipe Querol Fuentes (UV)
Pedro P. Rosado Calatayud (UCH)
José Vicente Toledo Marhuenda (UMH)

COL.LABORADORS

Carmen Iniesta, José Lendoiro, Francisco Guillot, Juan Pedro Julián, María del Carmen Ponce, Francisco Javier Palomo Peña, Pedro Pablo Rosado Calatayud, Jorge Sánchez Hernández, Yolanda Felipe Fernández, Juan Abad Bellón, Magnolia Landires Flores.

PORTADA

ICOFCV

REDACCIÓ I ADMINISTRACIÓ

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

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



Carmen Iniesta Martiarena

Colegiada 415
Fisioterapeuta del CEIP "Tomás de Villarroya"
Miembro de la Junta de Personal de los Servicios Territoriales de Valencia

Ya han pasado, casi sin darnos cuenta, treinta años desde que salimos la primera promoción de diplomados de la entonces recién creada Escuela de Fisioterapia de la Universidad de Valencia. Fuimos no sólo los primeros en nuestra Comunidad sino en toda España. Recuerdo que pedían una nota de corte muy alta para acceder a esta nueva diplomatura y los que tuvimos la suerte de poder elegirla, lo hicimos con la ilusión de recibir una formación amplia y de calidad que prometía, además, muy buenas perspectivas laborales.

Algunos de nosotros nos interesamos desde el principio por la llamada fisioterapia infantil que en un primer momento sólo vimos en el ámbito hospitalario. Pero pronto nos llegó la oportunidad de trabajar con niños en centros educativos. La Conselleria de Educación ofertó plazas de fisioterapeuta mediante la convocatoria de un concurso oposición que preparamos por nuestra cuenta con gran esfuerzo.

Aunque ya había compañeros ATS o enfermeros fisioterapeutas trabajando en colegios de educación especial, la generalización de la figura del fisioterapeuta en dichos centros fue una novedad. Todo ello consecuencia del desarrollo de importantes medidas legislativas que se tomaron en aquellos años encaminadas al reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, como la LISMI de 1982 o la LODE de 1985 y posteriormente la LOGSE en 1990, estas últimas en materia educativa y atención a niños con necesidades educativas especiales derivadas de algún tipo de discapacidad, o por utilizar la terminología más reciente, diversidad funcional.

Todos los que trabajamos en educación sabemos el tiempo y dinero que hemos tenido que invertir en formarnos por nuestra cuenta, no sólo en temas de fisioterapia sino sobre todo en materia educativa para poder responder a los requerimientos de los destinatarios de nuestros servicios, que son pacientes y alumnos.

Nuestro trabajo incluye, además de la atención directa con el alumno, otras tareas que van desde valoraciones fisioterapéuticas y orientación y coordinación con otros profesionales ya sean de dentro de la escuela (profesores tutores, especialistas, logopedas, profesores terapeutas o educadores) o de fuera (médicos especialistas, técnicos ortoprotésicos y otros terapeutas) hasta la elaboración de informes trimestrales y de informes técnicos de final de curso, adaptaciones curriculares individuales, adaptaciones de tipo postural en el aula y otros espacios del colegio, propuestas, ajustes y revisión de ayudas técnicas. También atender a las familias que, como es lógico, están especialmente sensibles y preocupadas por la atención que reciben del fisioterapeuta del colegio. Además, colaboramos en todos los programas o tratamientos que lleven a cabo otros profesionales del centro.

Sin embargo, ante tan complicada tarea y tanto esfuerzo por nuestra parte, no nos sentimos en general, ni respaldados ni reconocidos ni apoyados por nuestra empresa, que es la Generalitat Valenciana.

Desarrollamos nuestro trabajo entre personal docente y en un centro educativo. Por eso creemos que, aunque seamos sanitarios, deberían adaptarnos al "entorno". Lo hemos intentado pero en todo este tiempo nada ha cambiado en lo que respecta a la figura del fisioterapeuta de centros educativos. Tengo la esperanza de que lo vamos a conseguir y de que el nuevo equipo del ICOFCV nos va a amparar en nuestro empeño.

La Asamblea General del ICOFCV aprueba por unanimidad las cuentas de 2015



El tesorero dio a conocer las principales partidas de ingresos y de gastos del año pasado a todos los colegiados asistentes a la Asamblea. Así mismo, el decano del Colegio presentó la memoria de actividades del 2015, detallando las acciones desarrolladas en los diferentes ámbitos.

La Asamblea General del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana aprobó por unanimidad la cuenta general de gastos e ingresos del 2015. En la cita, que tuvo lugar el pasado día 5 de marzo en la Sede Colegial de Valencia, también se presentó la memoria de actividades del año pasado.

La mesa estuvo presidida por el decano Josep C. Benítez; el secretario José Casaña, y los tres delegados provinciales, Laura López, Ana Lázaro y Jesús Ramírez; este último fue quien hizo de moderador de la misma.

En primer lugar, el decano presentó la memoria de actividades de 2015 subrayando los acontecimientos más importantes. Entre ellos, Josep Benítez, recordó los convenios que se ha-



bían firmado, las negociaciones institucionales desarrolladas, las acciones formativas y de comunicación llevadas a cabo, así como las actuaciones judiciales en defensa de la profesión. En esta línea, recordó que se había creado un nuevo formulario en la web colegial para canalizar las denuncias.

El máximo representante del ICOFCV también citó que el año pasado se habían creado dos Comisiones nuevas, la de *Terapia Manual* y la de *Sanidad Pública*.

Tras ello, el tesorero del Colegio, Carlos Villarón, presentó el informe general de cuentas del 2015. En su intervención, explicó las partidas de gastos e ingresos y los porcentajes que cada bloque representa, cuyo detallado desglose terminó con la votación y aprobación de las cuentas por unanimidad.

Por último, Josep Benítez, agradeció a los miembros de la Junta de Gobierno y de las Secciones y Comisiones, "la labor que están llevando a cabo en la gestión del ICOFCV" y les animó a continuar en esa línea "por el bien de la profesión".

XV Aniversario de la revista del ICOFCV

Estamos de enhorabuena: se cumple el 15 Aniversario de la Publicación FAD.

En efecto, estamos de enhorabuena porque justamente hace ahora quince años que "Fisioteràpia al Dia" (FAD) vio por primera vez la luz de la imprenta, un mes de abril del año 2001, cuando salió el primer número, que paradójicamente, se bautizó como el ejemplar "cero" de nuestra publicación.

Por aquel entonces, fueron dos jóvenes colegiados pioneros (recordemos que el Colegio se había fundado apenas unos meses antes, en octubre de 2000) quienes plasmaron la idea de dar apoyo documental y gráfico a una institución que acababa de nacer: Josep Benítez y Carles Albert fueron los "padres de la criatura", por supuesto que con el apoyo y soporte técnico de la primera Junta de Gobierno a la que recientemente hemos tenido la oportunidad de homenajear en la reciente Gala conmemorativa del XV Aniversario del ICOFCV. Pero sin duda esta revista no habría conocido la luz sin la iniciativa ilusionada de ambos jóvenes, y principalmente de Benítez, que fue de hecho el primer director de la publicación. A nuestro compañero y actual decano Josep (¡quién le iba a decir a ese novel e inquieto profesional del año 2001 que acabaría siendo el actual decano de la institución!) le sucedió otro gran peso



Directores de "Fisioteràpia al Dia"



Josep Benítez Martínez
Director de FAD desde abril del 2001 (inicio) hasta diciembre de 2003.



Pedro Rosado Calatayud
Director de FAD desde diciembre de 2003 hasta enero de 2011.



José Ángel González
Director de FAD desde enero de 2011 continuando en la actualidad.

pesado de la fisioterapia valenciana: Pedro Rosado, un experto en las lides comunicadoras y divulgativas del gremio, que contó con el apoyo de otra joven promesa de nuestra profesión, Javier Martínez Gramage, ejerciendo la figura de subdirector de la revista durante varios años; hasta el relevo por parte de José Ángel González, estrecho colaborador de Rosado primero, sustituto de Gramage en la subdirección después, y actual director de esta revista. En su nueva etapa al frente de FAD, González contó con Marta Aguilar como subdirectora, hasta fechas recientes en que uno de los colaboradores habituales, José Polo, pasa a ser el actual subdirector.

FAD, que ha ido transformando su aspecto gradualmente para tener un mayor atractivo visual hacia sus lectores, comenzó ya siendo una publicación trimestral, como en la actualidad, aunque de forma modesta, con apenas unas escasas páginas de contenido, principalmente divulgativo, para progresivamente ir adquiriendo, a la par que el ICOFCV crecía en medios y en masa colegial, un

aspecto y tamaño más considerable, hasta rondar en estos momentos el centenar de páginas y una tirada superior a los cuatro mil ejemplares de cada número, con nuevas secciones tanto didácticas como científicas, que se han incorporado gradualmente, así como diversos colaboradores que se han ido alternando con los ya asiduos, como José Lendoiro y el ya citado José Polo en sus respectivos apartados "Racó del llibre" y "Visió perifèrica".

Asimismo, FAD ha contado desde su inicio con el soporte técnico de diversas periodistas: Sylvia Pérez, Elisa Aguilar y la actual directora técnica, Rosa Marcos.

A todos ellos, y en especial a los tres directores en la historia de esta publicación, así como a nuestros colegas, compañeros y amigos lectores, queremos darles las gracias por seguir dándonos el gran motivo de nuestra entrega: difundir y divulgar nuestra querida profesión en el entorno de la Comunidad Valenciana.

¡Muchas gracias y Feliz Aniversario!

Evolución de "Fisioteràpia al Dia"



La concejala de Medio Ambiente asegura al ICOFCV que vigilará que no se oferten masajes terapéuticos en las playas de la Malvarrosa y del Cabanyal este verano

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) se ha reunido con la concejala de Medio Ambiente del Ayuntamiento de Valencia, Pilar Soriano, para trasladarle la situación de irregularidad que se dio el año pasado en los puestos de masajes de las playas de la Malvarrosa y del Cabanyal. El decano del Colegio, Josep Benítez, y el asesor jurídico, Santiago Sevilla, le han comunicado que la empresa concesionaria ofertaba masajes terapéuticos cuando no contaba con profesionales sanitarios capacitados para ello, fisioterapeutas, poniendo en riesgo la salud de los ciudadanos, y le ha pedido una respuesta firme para que esta situación no se repita este verano.

Los representantes del ICOFCV le han trasladado que en dicho servicio, bajo concesión administrativa del consistorio valenciano, se realizaron actos terapéuticos propios y exclusivos de los profesionales sanitarios fisioterapeutas. "Estas actuaciones, además de constituir un posible delito de intrusismo ponen en grave peligro la salud de los usuarios ya que las están prestando personal no capacitado ni técnica ni legalmente para ello", ha explicado el asesor jurídico del Colegio, tras lo que ha añadido que el año pasado se enviaron dos escritos al consistorio aportando pruebas que demostraban los hechos.

Pilar Soriano, responsable de la Delegación de Playas, se ha comprometido a velar para que los masajes que se oferten este verano no sean terapéuticos. "Desde el gobierno municipal ya hemos dado un paso adelante en este tema y se



El Colegio ha recalcado que es un tema de salud y ha solicitado a Pilar Soriano que en los puestos aparezca "expresamente que no se dan masajes terapéuticos"

ha avisado al servicio correspondiente. Además, habrá una vigilancia especial de todos los servicios que se oferten en la playa en relación con los masajes", ha afirmado Pilar Soriano.

El ICOFCV ha recalcado que es un tema de salud y ha solicitado a la titular de Medio Ambiente que en los puestos aparezca "expresamente que no se dan masajes terapéuticos y una advertencia de que si alguna persona cree que tiene algún tipo de patología o lesión que no utilice ese servicio y que acuda a un fisioterapeuta colegiado".

Cabe recordar que el año pasado el ICOFCV solicitó al Ayuntamiento de Valencia que abriera expedien-

te sancionador a los responsables del servicio de masajes ofertado en las playas de la Malvarrosa y del Cabanyal dado el grave peligro que conllevaba para la salud de los usuarios, tal y como se constataba en las diversas pruebas gráficas aportadas, las cuales incluían la declaración de un usuario que fue tratado el 3 de septiembre del 2015 al que, tras decir que sufría dolores cervicales, mareos y tensión en la espalda, le realizaron un masaje terapéutico y descontracturante. Las pruebas demuestran no sólo que la empresa publicitaba "masajes terapéuticos" sino que además los prestaba, a pesar de no contar con fisioterapeutas colegiados, poniendo en riesgo la salud de los turistas y ciudadanos.

Odontólogos, médicos y fisioterapeutas se unen para exigir la regulación de la publicidad sanitaria



Profesionales de diferentes ámbitos del sector sanitario de la Comunitat Valenciana han aunado esfuerzos para instar a la Conselleria de Sanidad a que desarrolle un sistema de regulación de la publicidad de los productos sanitarios y establezca los mecanismos de control e inspección de la misma, que debe regirse "por el rigor, la ética y la transparencia".

Así se lo han trasladado el Consejo Valenciano de Odontólogos y Estomatólogos (CONVOE), que agrupa a los colegios profesionales de dentistas de Castellón, Valencia y Alicante; el Colegio de Médicos de Castellón y el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunitat Valenciana.

Los colegios profesionales sanitarios inciden en la importancia de controlar la publicidad que se hace en el ámbito sanitario ya que "al no existir ningún tipo de regulación, ahora mismo se ha instalado aquello del 'todo vale', se puede hacer cualquier tipo de publicidad sobre los tratamientos sanitarios, que es lo preocupante, porque no es ético, ya que muchas veces confunden al paciente con promociones gancho pero que tienen letra pequeña", apuntan.

La radio centra las primeras acciones del ICOFCV con espacios de "Salud y Fisioterapia". Además, el Colegio ha realizado un vídeo que exhibirá en medios de transportes y en redes sociales

Nueva campaña de promoción y divulgación de la fisioterapia en los medios de comunicación



Bajo el eslogan "Por tu salud ponte en buenas manos", el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valencia (ICOFCV) ha puesto en marcha una campaña de promoción y divulgación de la Fisioterapia.

Las primeras acciones de la campaña se han centrado en la radio, a través de cuñas publicitarias y de la participación en los magazines locales de Onda Cero y Cadena SER. En ellos, durante el mes de mayo, ha habido un nuevo espacio semanal titulado "Salud y Fisioterapia" en el que el decano del Colegio, Josep Benítez, ha dado a conocer a la sociedad qué es la Fisioterapia, todas las áreas en las que interviene un fisioterapeuta, cómo ayuda a un paciente a mejorar su calidad de vida y la importancia de ponerse en manos de un profesional colegiado. Todo ello, se complementará con importantes consejos.

Video divulgativo de la fisioterapia

Así mismo, el ICOFCV ha editado un vídeo para dar a conocer los diferentes campos y áreas de actuación del fisioterapeuta, cómo ayuda a los pacientes a mejorar en su día a día, qué es un colegio profesional y cómo pueden localizar un fisioterapeuta colegiado. Este vídeo será proyectado en las páginas corporativas del Colegio en redes sociales y en una nueva campaña de divulgación en medios de transportes a lo largo del mes de junio. ¿Quieres ser de los primeros en verlo?



El primer proyecto que desarrollarán es la campaña de prevención de dolor de espalda en escolares

Fisioterapeutas valencianos y madrileños trabajarán conjuntamente para promocionar la vida saludable

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) y el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid (CPFCM) han firmado un convenio de colaboración a través del cual se comprometen a trabajar de manera conjunta en el desarrollo de proyectos para la promoción de la salud.

Para el decano del Colegio valenciano, Josep Benítez, este convenio "nace de la necesidad de trasladar a la ciudadanía una formación en cuanto a hábitos saludables y de prevención".

El primer proyecto que realizarán conjuntamente, será la puesta en marcha en las escuelas de Alicante, Castellón y Valencia de una "Campaña de Prevención de Lesiones en Escolares", una iniciativa que desarrolla desde hace seis años el CPFCM en Madrid con gran éxito.

"Hemos puesto a disposición del ICOFCV el proyecto de prevención del dolor de espalda en escolares que desarrollamos en Madrid, una iniciativa que enriquecerá la labor de promoción de la salud que ya realiza, favoreciendo al mismo tiempo la proyección de la Fisioterapia entre la población", ha explicado Martín Urrialde.

El decano del ICOFCV ha subrayado que "es importante asentar desde edades tempranas las bases de un conocimiento saludable. Desde Valencia analizamos la campaña que el Colegio de Madrid ya había puesto en marcha. La consideramos una iniciativa buena, eficaz y adecuadamente testada, por lo que iniciamos los trámites para poder desarrollarla también aquí", ha añadido.



El Colegio inicia los contactos en las tres provincias para poner en marcha la campaña en los centros

Reunión con los directores territoriales de Educación

Representantes del ICOFCV se han reunido en el último mes con los directores territoriales de Educación de las tres provincias (Alicante, Castellón y Valenciana) para trabajar en la puesta en marcha de la campaña de "Prevención del Dolor de Espalda" en el ámbito escolar, una acción para promocionar la salud y la fisioterapia, basándose en el modelo de Madrid. En la foto, miembros de la Junta de Gobierno del Colegio junto a Robert Roig (director territorial de Castellón).



UNIVERSIDAD PONTIFICIA
DE SALAMANCA

INTERNACIONAL

ALEMANIA / ESPAÑA / FRANCIA
ITALIA / PORTUGAL / ISRAEL / CHILE
ARGENTINA / BRASIL / PERÚ
COLOMBIA / ECUADOR
PARAGUAY / URUGUAY / MÉXICO
COSTA RICA / PANAMÁ / GUATEMALA
HONG KONG / INDIA / CANADÁ

26 sedes en ESPAÑA

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

ESCUELA DE OSTEOPATÍA DE MADRID



EXCLUSIVO PARA FISIOTERAPEUTAS
AÑO ACADÉMICO 2016/2017

FORMACIÓN INTEGRAL EN OSTEOPATÍA
OBTENCIÓN DEL D.O EUROPEO

CONVOCATORIA 1^{ER} CICLO DE ESTUDIOS (ESTRUCTURAL):
MÁSTER EN TÉCNICAS OSTEOPÁTICAS DEL
APARATO LOCOMOTOR

SEDE CENTRAL
91 883 39 10

VALENCIA
961 05 30 19

ELCHE
666 77 97 15

valencia@escuelaosteopatiamadrid.com
elche@escuelaosteopatiamadrid.com

www.escuelaosteopatiamadrid.com

Desgrávate tu cuota colegial en la Renta



No olvides desgravarte tu cuota colegial en la Declaración de la Renta. Si aún no tienes tu certificado, puedes solicitarlo a través de la web, en la zona privada de colegiados. ¡Rápido y a cualquier hora!.

Se amplía el horario de la sede de Alicante

La sede de Alicante del ICOFCV amplía su horario de atención a los colegiados. A partir de ahora está abierta todas las mañanas y la tarde del lunes y del miércoles.

Nuevo horario Sede Alicante ICOFCV

Lunes 10-15h y 16-19h
Martes 10-15h y 16-19h
Miércoles 10-15h y 16-19h
Jueves 10-15h
Viernes 10-14h



Ginés Almazán visita la sede del ICOFCV

El doctor Ginés Almazán, uno de los grandes pioneros de la Fisioterapia española, visitó la sede del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana con el objetivo de estrechar lazos con la nueva Junta Directiva.



I Jornadas de Cooperación Sanitaria y Acción Humanitaria de Castellón



Las "I Jornadas de Cooperación Sanitaria y Acción Humanitaria" han sido la primera actividad de la recién constituida *Red Sanitaria Solidaria de Castellón*, una iniciativa impulsada por la ONG *Medicus Mundi* de la que forman parte diversos colegios profesionales, entre ellos el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana.

Las Jornadas, tuvieron lugar los días 27 y 28 de abril en el Salón de Actos del Centro Polifuncional Urban de Castellón.

En representación del ICOFCV, el tesorero, Carlos Villarón, abordó en una charla "La importancia de una buena formación en materia de cooperación".



7ª Carrera per la Salut. Alumnos de Fisioterapia de la Universitat de València, coordinados por la responsable de Valencia de la Comisión Deportiva del ICOFCV, Elena Costa, atendieron a los participantes de esta prueba del XII Circuito de Carreras Populares de Valencia con un objetivo: concienciar sobre la importancia de la salud en la práctica deportiva.

Entidades sanitarias muestran su labor a los ciudadanos de Orihuela



Asociaciones sanitarias se dieron cita en abril en Orihuela para mostrar a la sociedad su labor y facilitar que los ciudadanos conozcan las diferentes terapias que los especialistas llevan a cabo. Entre los participantes, además de entidades locales y de la comarca de la Vega Baja, estuvo el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana.

Así mismo, participaron dos de nuestras colegiadas con clínica en la zona: Patricia Menarguez López y Mónica Ruiz Sánchez, ambas estuvieron acompañadas por la delegada de Alicante del ICOFCV, Ana Lázaro.

Convenio de colaboración con la Sociedad Española de Ecografía en Fisioterapia



El Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana ha firmado un convenio de colaboración con la Sociedad Española de Ecografía en Fisioterapia (SEEFI), asociación de carácter científico, sin ánimo de lucro, que tiene como finalidad fundamental la promoción del estudio, investigación y desarrollo de la Ecografía en Fisioterapia.

Ambas instituciones constituirán una Comisión de Seguimiento formada por representantes del ICOFCV y de la SEEFI, que serán los encargados de promover y supervisar el desarrollo conjunto de actividades formativas (cursos, talleres, seminarios, etc.), actividades divulgativas (foros, jornadas, etc.) así como actividades de difusión ante la sociedad y de investigación científica en el marco de las ciencias de la Salud.

El ICOFCV renueva el convenio con Special Olympics

El Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana y Special Olympics han renovado su convenio de colaboración por el que ambas entidades se comprometen a seguir colaborando en el desarrollo conjunto de actividades que interrelacionan la fisioterapia y la atención a las personas con discapacidad intelectual.

Special Olympics forma parte del Comité Paralímpico Español y está reconocida por el Consejo Superior de Deportes y por el Comité Olímpico Internacional.



La fisioterapia en el centro ocupacional, por la Comisión de Discapacidad Psico-motriz

El ICOFCV cuenta desde sus orígenes con la Comisión de Discapacidad Psico-motriz, la más antigua de todas las existentes (de hecho, empezó a funcionar cuando aún no existía el colegio y tras sus creación se integró en él).

En este número de FAD, explicamos quiénes la integran hoy en día y qué hacen, así como el trabajo del fisioterapeuta en el centro ocupacional, un campo de trabajo a menudo poco conocido por las futuras generaciones.

Antes, el fisioterapeuta acompañaba a los niños con discapacidad psico-motriz en Centros Educativos Específicos u Ordinarios hasta los 18 o 22 años (cuando terminaban la edad escolar) y luego ya no se volvían a encontrar hasta la tercera edad. Inexplicablemente el fisioterapeuta desaparecía durante ese largo período de adulto, una etapa de la vida importante, lo que condicionaba su calidad de vida, la de sus cuidadores y la de la sociedad en general.

Por suerte, esto ha cambiado. Hoy, con los talleres de los centros ocupacionales, que cuentan con fisioterapeutas, la fisioterapia continúa el trabajo que se ha realizado durante todo el proceso de desarrollo en la infancia de la persona con diversidad funcional, para llegar en las mejores condiciones a la tercera edad.

A día de hoy los usuarios de Centros Ocupacionales y Centros de Día presentan una diversidad funcional muy heterogénea, derivada ésta de trastornos congénitos, traumatismos perinatales y/o adquiridos en la infancia.



Hoy con los talleres de los centros ocupacionales, la fisioterapia continúa el trabajo que se ha realizado durante la infancia de la persona con diversidad funcional, para llegar en las mejores condiciones a la tercera edad

Las patologías que podemos encontrar son:

- Síndrome de Down (trisomía 21, trisomía en mosaico, translocación cromosómica) con patologías asociadas
- Parálisis Cerebral (espástica, mixta, atáxica y atetoide) con diplegia, hemiplejia, tetraplejia, monoplejia y paraplejia.
- Trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del espectro autista, trastornos de atención e hiperactividad.
- Meningitis con secuelas neurológicas
- Retraso psicomotor
- Trastornos mentales
- Daño cerebral adquirido
- Epilepsia
- Poliomielitis
- Enfermedades raras: Sd. Cornelia de Lange, Sd. De Seckel, Sd. De Laurence Moon Bardet Bield...
- Distrofias musculares
- Malformaciones osteotendinosas
- Trastornos del equilibrio y la coordinación
- Trastornos neuromusculares
- Trastornos de la marcha
- Patologías- traumatismos agudos: fracturas Colles, cadera; esguinces; tendinitis, bursitis, sobrecargas musculares...
- Y las patologías asociadas al proceso fisiológico de envejecimiento y al sedentarismo como son la obesidad, hipertensión, artrosis, osteoporosis, diabetes....



El trabajo del fisioterapeuta de Centros Ocupacionales y Centros de Día está encaminado a mantener las capacidades físicas desarrolladas, habilitar (más que rehabilitar) nuevas capacidades con la adaptación del entorno y a prevenir complicaciones secundarias. Son sujeto de atención del servicio todos los usuarios del centro, ya que si bien existen usuarios sin patología motora previa, hemos de tener en cuenta los efectos secundarios de la medicación, así como el sedentarismo, el envejecimiento de la población y la evolución de sus trastornos intelectuales y conductuales. Las sesiones programadas se dividen en individuales y grupales atendiendo al nivel de afectación cognitivo y conductual, a los objetivos a alcanzar y a la organización del centro (espacio, horarios...).

Sin profundizar en las patologías descritas y las técnicas de tratamiento,

el trabajo suele ser activo, de control motor, fortalecimiento, equilibrio, flexibilización y autonomía en las actividades de la vida diaria, adaptando todas las técnicas conocidas a la diversidad cognitiva y funcional de los usuarios y destacando el importante papel del juego y el premio tanto en la ejecución como en la consecución de los objetivos planteados.

Como miembro del equipo multidisciplinar, el fisioterapeuta trabaja en coordinación con monitores de deporte, psicólogos, médico de atención primaria, especialistas y las familias. En muchos casos utiliza todos los medios y recursos a su alcance realizando su tarea en instalaciones municipales como pabellones de deporte, piscinas, parques de gerontogimnasia, recorridos al aire libre, etc. Suele colaborar en deportes como petanca, senderismo, atletismo, fútbol... y deportes adaptados cuya convocatoria organiza COPAVA (Coor-

dinadora de Centros Ocupacionales de la Comunidad Valenciana).

En ocasiones, cuando se da el caso de que es el único personal sanitario del centro, asume tareas como gestión de la medicación, botiquín, asesoramiento de adaptaciones técnicas, supervisión de protocolos sanitarios (como por ejemplo la gripe A). En la vertiente administrativa, programa, redacta informes, realiza valoraciones y memorias, y participa en el sistema de calidad y en las reuniones del equipo multidisciplinar.

AUTORES

Magnolia Landires Flores

Juan Abad Bellon

Yolanda Felipe Fernández

Jorge Sánchez Hernández

La Comisión de discapacidad

En este sentido, el equipo de la Comisión de Discapacidad Psico-motriz realiza una puesta en común de dificultades, planteamiento de estrategias y criterios de actuación ya que la bibliografía de la fisioterapia en esta área en el adulto es limitada. También realiza charlas sobre terapias y novedades del sector. Destaca su aportación a la definición y redacción de las "Funciones del fisioterapeuta en Centros Ocupacionales", el diseño del formato de "Historia Fisioterápica" para todos los centros, protocolos de actuación y protocolos específicos "Control de Peso".



La Comisión, coordinada por David Barberá y formada por 24 profesionales, se reúne en la sede de Valencia del ICOPCV el último martes de cada mes

Miembros de la Comisión de Discapacidad Psico-motriz

Alexandra Climent Rojano
Colegiada 2615. CO José Alcami

Alexis Mercé Torrella
Colegiado 2412. CO Tomas de Osma III

Ana Gadea Pérez
Colegiada 1635. COM Hort de Feliu Alginet

Beatriz Herrero Marín
Colegiada 841. CO La Torre

Clàudia Mascarell Claver
Colegiada 1560. CO La Costera-La Canal

Cristina Vila Díaz
Colegiada 2060. CO Socoltie

David Barberà Cerveró
Colegiado 2779. CO Fundació Espurna

Esmeralda Garcia Zahonero
Colegiada 952. CO "Corazón de María" Requena

Eva Palacios Viñoles
Colegiada 1027. COM Sueca

Inma Tormo Mora
Colegiada 898. COM Castellet

Javier Madrazo López
Colegiado 4144. CO Tola-Silla

Jorge Sánchez Hernández,
Colegiado 1499. CO Quart de Poblet

Juan Abad Bellón
Colegiado 10259. COACYPSA-Aldaya

Juan José Ledo Caballero
Colegiado 1317. CO Francisco Esteve- Paterna

M. Yolanda Felipe Fernández
Colegiada 192. CO Camp de Túria

Magnolia Landires Flores
Colegiada 1262. CO Tomas de Osma I

Mar Ferrús Salvador
Colegiada 1316. CO La Ribera -Alzira

Nerea Eguskiza Corcuera
Colegiada 2634. CO La Safor ASMISAF

Nuria García Muñoz
Colegiada 11544. CAE La suertes-Villar del Arzobispo

Raúl Fuster Ballester
Colegiado 1478. CO Tomas de Osma II

Sandra Aguado Moreno
Colegiada 400. COM Hort de Feliu Alginet

Sergio Jaramillo Moreno
Colegiado 1012. CO Fco.Navarro-Manises

Sonia Wolski
Colegiada 307. CO La Costera-La Canal

Yéntel Ballester Gil
Colegiada 4949. CO Vicente Pérez

Entrevista nuestra colegiada y organizadora Congreso Bodywisdom

Bibiana Badenes: "La integración del movimiento es fundamental para la recuperación funcional de las personas"

Este mes de junio la localidad castellonense de Benicàssim acoge un evento internacional que reúne a profesionales sanitarios de diferentes disciplinas y que organiza nuestra colegiada Bibiana Badenes: el Congreso Bodywisdom. Esta fisioterapeuta está especializada en el movimiento y el ejercicio terapéutico, un campo clave dentro de las líneas de actuación del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana.



El Congreso celebrado del 2 al 5 junio, tenía como lema "Walking throughout the life", es decir, "Caminando a través de la vida". ¿Por qué ese título?

Porque en nuestra forma de caminar podemos observar absolutamente todas nuestras carencias y potenciales, el gesto precede a la lesión. Caminamos, nos desplazamos, todo afecta a nuestra marcha. Una tensión en el cuello, en la mandíbula, una cicatriz, una tensión emocional, una falta de decisión,... todo se ve ahí, nuestra forma de caminar refleja quiénes somos y metafóricamente cómo caminamos por la vida.

¿Qué aporta a los fisioterapeutas?

Les aporta muchísimo. Es muy enriquecedor poder compartir tiempo con estos ponentes, no sólo escucharles. El aforo es limitado, lo que le da un valor añadido. En otros eventos multitudinarios te relacionas y haces contactos, pero en este aprendes y te lleva experiencias para toda la vida. Además es curioso porque todos los ponentes van a los seminarios y las actividades de otros ponentes.

Bodywisdom es una Fundación creada en España, usted es una de los fundadores, ¿por qué se creó y para qué?

Se creó para que los profesionales de la salud pudieran debatir sobre temas de interés en las terapias manuales y del movimiento y sobre cómo las investigaciones científicas recientes aportan luz a nuestro trabajo en clínica. La integración del movimiento es fundamental para poder rehabilitar a las personas y lograr su recuperación funcional. Buscamos un tema que desde distintas perspectivas nos aporte conocimiento a los diferentes profesionales de la salud, lo que no quiere decir que tengamos que hacer todas las terapias.

Es un sueño para mí sacar esto adelante y compartir con colegas nuestra experiencia en gestión y clínica.

El nombre elegido para la Fundación indica sabiduría corporal... ¿qué se quiere transmitir?

El cuerpo es sabio, nacemos con una inmensa sabiduría. El fisioterapeuta

puede trabajar en el paradigma sintomatológico pero si das un paso más aparece el paradigma más holístico, en el que tenemos que entender la prevención, la función y el ejercicio terapéutico.

Eres un experta en ejercicio terapéutico, un área clave dentro de la nueva estrategia del ICOFCV. En una sociedad con tendencia a una mayor polarización, cada vez más gente apuesta por hacer ejercicio pero también se incrementa la tasa de personas obesas y sedentarias. ¿Qué le recomendarías a la sociedad en este ámbito?

De entrada decirle a la gente que no es que nos movamos, es que somos movimiento y estamos hechos para movernos mucho, mucho... y no estoy hablando de hacer deporte. Hemos pasado de que nuestro medio principal de transporte era caminar, una de las características principales al hablar de movimiento del ser humano, a estar sentados o parados.

El Colegio de Fisioterapeutas participó en la XIX Jornada de Empleo para el Grado de Fisioterapia de la UMH

El acto de la Universidad Miguel Hernández de Elche contó con la participación de Francesc Taverner, vocal de la Junta de Gobierno, quien explicó a los futuros egresados todos los servicios colegiales



La Facultad de Ciencias Sociosanitarias y el Observatorio Ocupacional de la Universidad Miguel Hernández de Elche celebraron el pasado mes de febrero, la XIX Jornada de Empleo dirigida a los estudiantes de Grado de Fisioterapia. Un acto que contó con la participación de Francesc Taverner, vocal de la Junta de Gobierno del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana.

Francesc Taverner explicó a los futuros fisioterapeutas todos los servicios que actualmente ofrece el ICOFCV a sus colegiados, entre los que destacó la formación, el asesoramiento laboral, jurídico, financiero y fiscal así como el acceso a información de in-

terés, entre otros. Así mismo, el vocal de la JG del Colegio recordó a los futuros egresados que en nuestra comunidad es obligatoria la colegiación para poder ejercer.

El objetivo de la jornada, que tuvo lugar en el edificio Severo Ochoa (campus de Sant Joan d'Alacant), es facilitar el contacto con el mundo profesional, y que los alumnos conozcan la realidad profesional de su titulación, cuáles son los perfiles más demandados por las empresas, las competencias y habilidades más valoradas y los diferentes procesos de selección, todo ello mediante presentaciones de empresas, entidades y titulados participantes.



El ICOFCV colaboró con el Congreso Internacional de Estudiantes de la Universidad CEU Cardenal Herrera



El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana colaboró como patrocinador en el 13º Congreso Internacional de Estudiantes de la Universidad CEU Cardenal Herrera. La delegada de Valencia del ICOFCV, Laura López, entregó los premios a los ganadores de las comunicaciones orales del Grado de Fisioterapia, cuyo primer premio fue para Francisco Javier Palomo Peña (colaborador en este número de FAD con su participación en el *Racó jurídic*). El Congreso se cerró con una gran conferencia del paratriatleta Raúl Micó sobre "Deporte y Discapacidad".

La directora general de Universidades se reúne con el decano

Conocer la visión del Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana respecto a la profesión y a la oferta universitaria actual en Fisioterapia en las universidades de la comunidad. Este era el objetivo principal de la reunión que mantuvieron el pasado 11 de abril la directora general de Universidades de la Conselleria de Educación, Josefina Bueno Alongo y el decano del ICOFCV, Josep Benítez.

Josefina Bueno estaba interesada en conocer directamente la opinión del Colegio en esta área, una referencia importante para poder ajustar la oferta a la necesidad real de la sociedad y a la demanda profesional.

El decano del ICOFCV le ha transmitido que, teniendo en cuenta todas las condiciones del sector, la relación entre la oferta y la demanda de la titulación de Fisioterapia actualmente es correcta.

Los alumnos de la Universidad Europea de Valencia conocieron de primera qué es el Colegio

Representantes del ICOFCV participan en diversas actividades de la UEV

Miembros de la Junta de Gobierno del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana han participado en diversos actos de la Universidad Europea de Valencia.

La UEV invitó al ICOFCV a explicar de primera mano a sus alumnos las funciones del Colegio los servicios que ofrece, la importancia de estar colegiado y las salidas profesionales en Fisioterapia. Una charla que impartió el decano Josep Benítez.

Así mismo, en la *Global Career Week* de la UEV, el vicedecano, Yasser Alakhdar, expuso la importancia de la investigación en fisioterapia.



Diana Gallego, M^a Isabel Tomás y Pablo Salvador, nuevos Doctores en Fisioterapia

Los fisioterapeutas y colegiados Diana Gallego, M^a Isabel Tomás y Pablo Salvador han culminado sus trabajos de investigación con la presentación de sus tesis doctorales, obteniendo la calificación de sobresaliente "cum laude".

La primera en leer fue Diana Gallego quien el pasado 8 de febrero presentó su tesis doctoral, "Análisis de los marcadores genéticos y otros factores de riesgo asociados a la tendinopatía del manguito rotador" en la Facultad de Medicina y Odontología

de la Universitat de València. Este trabajo ha sido dirigido por los doctores Yasser Alakhdar, vicedecano del ICOFCV; Emilio Soria y Antonio Alberola, decano de la Facultad de Fisioterapia de la UV.

M^a Isabel Tomás Rodríguez defendió su tesis "Efectividad del Vendaje neuromuscular o Kinesiotaping en la dismenorrea primaria" ante el tribunal el pasado 25 de febrero en la Universidad Miguel Hernández de Elche. Esta colegiada ha contado como directores con los doctores

José Vicente Toledo Marhuenda y Vicente Francisco Gil Guillén.

Cierra Pablo Salvador, quien leyó el pasado 5 de mayo en la Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia. Su tesis, "El efecto del calzado inestable sobre la activación muscular y acelerometría del miembro inferior y del tronco en sujetos sanos" ha sido dirigida por los doctores Salvador LLana Belloch, Pedro Pérez Soriano y Juan Fco. Lisón Párraga, este último director del Departamento de Medicina de la UCH.

Diana Gallego

Fisioterapeuta, Doctora y Colegiada 4751

Tesis "Análisis de los marcadores genéticos y otros factores de riesgo asociados a la tendinopatía del manguito rotador"



De todas la lesiones musculoesqueléticas, la tendinopatía representa el 30% de ellas. La prevalencia de esta patología es elevada en la población en general, especialmente en individuos de edad avanzada, no obstante, en el ámbito deportivo, los deportistas de especialidades deportivas que realizan movimientos por encima de la cabeza o aquellos en los que sus participantes son sometidos a fuertes impactos sobre la región del hombro, representan un grupo poblacional con elevado riesgo de lesión debido a los

factores mecánicos asociados a movimientos explosivos de elevación, abducción y rotación externa hombro.

En el presente trabajo se ha estudiado la influencia sobre la tendinopatía de factores como la edad, sexo, composición corporal, marcadores metabólicos, práctica deportiva y especialmente el componente genético. Para ello, se ha empleado una muestra de 137 deportistas de entre 18-50 años, de las especialidades de interés. Los sujetos fueron distribuidos en dos grupos en función de la presencia o no de patología. El protocolo consistió en la realización de unos cuestionarios así como una batería de test específicos para valorar la integridad de los tendones. De los datos analizados se observó que existen diferencias significativas entre grupos para las variables edad y porcentaje grasa, así como una tendencia en el IMC.

Además se observa que los deportistas profesionales de contacto presentan mayor tendinopatía en el lado no dominante. En cuanto a los resultados de los cuestionarios, se obtienen puntuaciones más elevadas y significativas en el DASH en los tres apartados en el grupo patológico lo que demuestra la elevada discapacidad asociada a la patología. En este trabajo se ha demostrado que es posible emplear nuevas herramientas de representación gráfica como son los mapas auto-organizados, que permiten una visualización sencilla de varias variables a la vez, así como organizar variables en función de su capacidad predictiva mediante el método de selección de características.

M^a Isabel Tomás Rodríguez

Fisioterapeuta, Doctora en la UHM y Colegiada 345

Tesis "Efectividad del Vendaje neuromuscular o Kinesiotaping en la dismenorrea primaria"



El objetivo de esta tesis fue valorar la efectividad del Vendaje Neuro Muscular (VNM) en la dismenorrea primaria. Se realizó un Ensayo clínico de dos brazos a doble ciego con cuatro meses de seguimiento (2 meses

pre-intervención, dos meses post-intervención). Participaron: 129 mujeres con edades comprendidas entre 18-30 años con Dismenorrea Primaria (DP).

Se realizaron las siguientes actuaciones: Grupo Intervención (75), VNM aplicado en el dermatoma T-10 y T-11; Grupo control (54), Cross tape aplicado en la zona del trocánter mayor.

En conclusión, el grupo intervención presenta disminución de dolor a nivel abdominal y de las piernas cuando la terapia farmacológica todavía no ha comenzado. Además, el grupo intervención disminuye el número de comprimidos de medicación analgésica ingeridos. Sin embargo sería necesario realizar más estudios para comprobar nuestros resultados y analizar la efectividad del VNM en mujeres que no tomen ningún tipo de medicación analgésica durante todo el periodo menstrual.

El artículo artículo está en "open access" y se puede consultar en la siguiente dirección: <http://www.nature.com/articles/srep16671>.

Pablo Salvador Coloma

Fisioterapeuta, Doctor y Colegiado 2314

Tesis "Efecto del calzado inestable sobre la activación muscular y acelerometría del miembro inferior y del tronco en sujetos sanos"



El calzado inestable pretende proporcionar ventajas fisiológicas y biomecánicas adicionales durante la marcha. Su suela curva genera inestabilidad anteroposterior y demanda ajustes en el sistema de control motor. En este sentido, múltiples estudios han evidenciado diferentes cambios a nivel cinético y cinemático y mayores niveles de activación muscular en sujetos sanos tras un periodo de adaptación al calzado.

Cuarenta y ocho participantes sanos ($24,5 \pm 5,6$ años y $22,7 \pm 6,8$ kg/m²) realizaron 2 test de 3min de duración cada uno (calzado control y calzado inestable) sobre una cinta de marcha a una velocidad de 1.44m/seg. El orden de realización de los test fue aleatorizado. Las variables registradas fueron: actividad electromiográfica (EMG) de los músculos Gastrocnemio Externo (GE), Tibial Anterior (TA), Bíceps Femoral (BF), Recto Femoral (RF), Recto anterior del Abdomen (RAB) y Erector Espinal (ER); rango de movimiento (RDM) del raquis lumbar en el plano sagital; acelerometría del talón y la tibia. En función de la normalidad de las variables (test de Shapiro Wilk), se realizaron t-tests y test de Wilcoxon para comparar las variables entre ambas condiciones de calzado.

Sobre la base de los resultados que se obtuvieron, el uso del calzado inestable puede tener implicaciones en la salud del raquis lumbar, particularmente en el fortalecimiento de la musculatura del tronco en sujetos sanos y/o en el tratamiento de pacientes con dolor lumbar. El incremento de actividad EMG del miembro inferior en comparación con el calzado estable en sujetos sin experiencia previa en el uso de este tipo de calzado de los músculos GE y TA podrían estar involucrados en el mantenimiento de la estabilidad anteroposterior de la articulación del tobillo. Asimismo, se concluye que las mayores aceleraciones generan una menor atenuación de los impactos en el organismo.

Entrevista a nuestro colegiado Jordi Reig sobre el proyecto solidario "Runners for Ethiopia"



Nuestro colegiado Jordi Reig, fisioterapeuta y triatleta, lidera el proyecto solidario "Runners for Ethiopia", formado por un equipo de corredores, entrenadores y fisioterapeutas que combina su pasión por el atletismo y por el país africano. Un grupo que vuelve a Etiopía este mes de junio con un objetivo: donar material deportivo y ofrecer servicio terapéutico y formativo a los centros de alto rendimiento del país, cuna del atletismo.

¿Cómo surge esta iniciativa solidaria?

A raíz de la grabación de un programa de televisión de Jesús Calleja en 2013, tras marcarse como desafío viajar a Etiopía y correr el maratón de Awasa. Como fisioterapeuta, lo entrené para acabarla y lo acompañé. Esto me dio la oportunidad de conocer de primera mano todas las deficiencias en el mundo de la fisioterapia y el *running* del país, lo que hizo que me planteara la idea de ayudarles en próximos viajes, dedicando unos días a formar a "fisios" etíopes y a tratar a los atletas sin recursos.

Al año siguiente volvimos, esta vez también con Ángeles Santos (fisioterapeuta) y Raül Campeny (preparador físico) y nos dimos cuenta que si tres personas habíamos podido ayudar a mucha gente, si fuéramos más, como

decimos, "podríamos liarla parda". Y así nace *Runners for Ethiopia*.

Este 2016, es el segundo año que realizáis este proyecto. ¿Aún quedan plazas para fisioterapeutas?

Sí, este año va muy bien, no nos quedan muchas pero aún hay.

¿Hasta cuándo pueden inscribirse?

El viaje es el 21 junio y dependerá de la disponibilidad de los vuelos de la compañía Turquis.

¿Qué coste tiene para los participantes?

El precio son 1.580 euros con vuelos, todo incluido. Bueno, las cervezas no, pero son baratas –se ríe–.

¿Cómo organizáis el viaje?

Contamos con la agencia de viajes Endoethiopia que colabora muy activamente en el proyecto y nos ayudan a hacerlo posible. Nos dejan el viaje a precio de coste; ellos se encargan de toda la logística y de los trámites de cada viajero.

¿Qué le puede aportar a un fisioterapeuta participar en este proyecto solidario?

Primero, aportar sus conocimientos y compartirlos con los fisioterapeutas etíopes, que tienen muchas carencias a nivel básico de fisioterapia y les ayuda mucho. Además, la vivencia marca y te hace replantearte muchas cosas a nivel personal y deportivo: a día de hoy hay un exceso de "postureo" tanto a nivel deportivo como fisioterápico.

Los puntos fuertes son la formación de los fisioterapeutas etíopes, la recogida de material deportivo y la atención fisioterápica a los atletas locales antes y después del Maratón de Awasa que se celebra el 5 de julio. ¿No es así?

Sí, el punto fuerte es la formación a los fisioterapeutas etíopes pues la tarea principal es enseñarles a pescar y no darles el pescado directamente. Paralelamente, tratamos a sus atletas, así pueden comprobar el avance de los tratamientos y poner en marcha los diversos protocolos que les enseñamos. Y también entregamos material deportivo a los atletas sin recursos.

Además, los runners tienen la oportunidad de correr la maratón de Awasa. Es una maratón restringida sólo para gente con un cierto nivel y en la que no hay ningún extranjero más pero nosotros tenemos un convenio con la Federación etíope y nos permiten correr.



¿En qué consiste exactamente el trabajo que hacéis allí?

El trabajo de colaboración se realiza en diferentes puntos del país, en Adis Abeba, Awasa y Bekoji. En las tres tratamos a los atletas sin recursos de la zona. Además, en Adis formamos y tratamos a los del equipo nacional etíope, en Awasa a los de un centro de jóvenes atletas y a los que correrán la Maratón, y en Bekoji a los atletas del centro de alto rendimiento internos que no tiene ningún medio para poder tratarse: de aquí salen los grandes atletas etíopes.

¿Cuáles son las principales lesiones que os encontráis?

Las principales lesiones son tendinitis y fibrosis musculares por tratamientos mal llevados. Los fisioterapeutas etíopes tienen poca formación y pocos recursos para poder hacer bien su trabajo, por eso es tan importante enseñarles a tratar mejor a sus atletas.

Respecto a la recogida de material deportivo que habéis realizado desde hace meses, ¿cómo va, aún necesitáis?

A día de hoy el éxito ha sido rotundo y tenemos todo el material que podemos trasladar, lo transportamos personalmente nosotros, pues es la única manera de que llegue a la gente de allí. En envíos y aduanas suele desaparecer y no podríamos asegurar que llegase a su destino si no fuese de esta forma.

Etiopía es cuna del atletismo mundial ¿Qué respuesta encontráis tanto en los atletas como en la gente del país?

Es espectacular, la gente nos adora, y las muestras de cariño son constantes. Agradecen mucho nuestra presencia y lo que hacemos. Los lazos con la Federación de Atletismo Etíope se están haciendo muy fuertes y nos facilitan toda la información de los centros de alto rendimiento.



¿Qué te ha aportado como persona y como profesional esta experiencia?

La experiencia más impactante fue cuando estuve con Jesús Calleja, pues me pilló todo muy de sopetón. No llevaba bastante material para tratarlos a todos. El primer día estuve hasta la madrugada intentando mejorar sus lesiones y me propuse volver al año siguiente. Desde entonces lo único que me llevo son alegrías al ver a la gente sumándose a este bonito proyecto. Este año muchos "fisios" repiten pues es un país que por su pueblo y sus paisajes engancha. Para mí esta será mi cuarta vez y sé que volveré todos los años para ayudarles, al final haces buenos amigos allí.

Algún recuerdo o momento especialmente significativo...

Los momentos especiales son muchos. Recuerdo con especial emotividad el primer año en la habitación del hotel con Jesús y su equipo, ayudándome a tratar a los atletas de Bekoji. Otro momento muy especial fue tratar al gran Hail Gebrselassie en el estadio olímpico. Ahora cada año voy a verle y charlamos un rato, es muy afable.

Para cerrar, ¿alguna recomendación o mensaje especial?

Que se anime la gente a venir, #quenotelocuentenvivelo es nuestro lema.





Que no te lo cuenten, vívelo

Una historia conmovedora: Julio Araujo, voluntario en Idomeni y fisioterapeuta del niño afgano Osman

Hace algunos meses nuestro colegiado Julio Araujo decidió desde su Huelva natal unirse a un grupo emergente de voluntarios, formado principalmente por profesionales sanitarios y liderados por Javier Machuca, un médico de familia onubense decidido a salvar vidas a través de un proyecto muy básico: dirigir al citado equipo hacia la isla griega de Lesbos, con la noble intención de, literalmente, “sacar a la gente del agua”, tal como nos narra nuestro compañero Araujo. Entre los pocos condicionantes al respecto estaba un buen manejo del idioma inglés.

Pero esa idea inicial mutó a finales de marzo a otra más pragmática: aglutinados en la asociación de voluntarios AYRE, y tras contactar con Bomberos en Acción, acudieron al campo de refugiados de Idomeni, también en Grecia, para colaborar con estos valientes bomberos españoles ayudando a los muchísimos refugiados allí hacinados.



Julio ha sido uno de los escasos fisioterapeutas allí presentes, por lo que, entre sus labores de ayuda como cualquier voluntario en un campo de refugiados, tuvo la oportunidad de prestar atención fisioterápica a varios niños y jóvenes refugiados de diversas nacionalidades, así como variadas lesiones y patologías: una niña con microcefalia, un adolescente herido de bala en la cabeza... eso sin contar con la multitud de esguinces y contusiones que ha estado tratando en Idomeni durante los intensas jornadas que allí vivieron, desde el 24 de abril hasta el pasado 10 de mayo de 2016.

Pero la experiencia más intensa y motivadora para nuestro amigo Julio fue, sin lugar a duda, su intensa relación con un niño afgano, Osman, y su familia.

Osman, un pequeño de siete años con parálisis cerebral infantil (PCI), ha saltado recientemente a los medios de comunicación españoles por su traslado a Valencia, precisamente, donde el Hospital La Fe lo ha recibido inicialmente, gracias a las gestiones iniciales de Bomberos en Acción y a la colaboración del Ministerio del Exterior y la Generalitat Valenciana, permitiendo así la posibilidad de ser alojado y tratado en nuestra comunidad.

Lo que la opinión pública no conoce tanto es la labor que ha desempeñado Julio Araujo como fisioterapeuta personal de este niño cuyos grandes ojos denotan su tremendo potencial, como nos cuenta Julio, quien lo ha estado tratando dos veces diarias en la tienda de campaña que ha modo de “hogar” han tenido Osman y su familia (sus padres y sus dos simpáticos hermanitos) durante su sufrida estancia en el ya tristemente famoso campamento de Idomeni.

Como bien explica Julio, Osman sufre principalmente una distonía fluctuante, así como de un escaso control de

tronco, por lo que necesita el desplazamiento en silla de ruedas (para más inri, tan solo pesa nueve kilos aproximadamente). De ahí que su principal trabajo de "fisio" haya sido el control postural de Osman, así como la enseñanza a sus padres de unos buenos hábitos posturales; tarea nada fácil, dado que tuvieron que comunicarse por gestos y lenguaje corporal mayoritariamente (solo en ocasiones imprescindibles contaban con la ayuda de intérpretes).

Ahora que el pequeño afgano está ya en España, gracias sobre todo a la solidaridad y entrega de las miles de firmas de nuestros compatriotas dando su apoyo a esta causa, nuestro "héroe" fisioterapeuta descansa en Huelva deseando regresar a Valencia próximamente, donde se graduó, y así reencontrarse con este trocito de cielo que nos ha llegado a Valencia desde tan duro destino, y que deseamos se quede con nosotros y se recupere al máximo.



Tarjeta Profesional Europea. Funcionamiento en España y países de nuestro entorno

Francisco Javier Palomo Peña

Alumno Grado de Fisioterapia UCH- CEU
Licenciado en Ciencias Económicas

Pedro Pablo Rosado Calatayud

Colegiado 16. Prof. UCH-CEU
Doctor y Grado en Derecho

José Ángel González Domínguez

Colegiado 2381. Prof. UCH-CEU
Doctor y Licenciado en G^a e Historia

La Comisión Europea ha puesto en marcha la Tarjeta Profesional Europea (EPC son sus siglas en inglés) destinada entre otros, a profesionales de la fisioterapia, lo que facilitará el desarrollo de su actividad en todos los Estados miembros de la Unión Europea.

Casualmente, el nacimiento de esta institución internacional vino a coincidir con el origen de nuestra profesión en España, pues fue en el año 1957 cuando ambos alumbramientos se produjeron. Del surgimiento de nuestra profesión hemos hablado largo y tendido tanto en esta publicación como en los textos historiográficos publicados precisamente por nuestra corporación, el ICOFCV. Pero del origen de la UE permítannos, en especial los lectores más jóvenes (quienes sin lugar a dudas podrán beneficiarse mejor de esta nueva herramienta sanitaria), una brevisima reflexión histórica:

Han pasado ya bastantes décadas desde que solo seis países (Alemania, Francia, Italia, Holanda, Bélgica y Luxemburgo) crearan con el *Tratado de Roma* los cimientos de nuestra Unión. Un pequeño "lobby" de naciones unidas inicialmente con fines económicos (recuerden que se trataba originalmente de una unión para el carbón y el acero), hasta llegar a la actual gran unión de prácticamente todos los países europeos, con tintes también culturales y socio-profesionales y una progresiva facilitación de los procedimientos, como bien es sabido.

TPE Tarjeta
Profesional
Europea



Muy lejos queda ya el otro inicio institucional, el de nuestros pioneros de la fisioterapia en España, donde los mecanismos burocráticos no eran nada fáciles, máxime en un régimen autárquico y cerrado a la vieja Europa. Basta poner como ejemplo que solo para reunirse o asociarse nuestros profesionales requerían de toda una autorización ministerial. Nada que ver con el panorama actual.

Afortunadamente, en el presente la Administración facilita al ciudadano europeo un creciente arsenal de herramientas laborales. Así, la tarjeta profesional europea es un nuevo procedimiento electrónico al que algunos profesionales pueden recurrir para que se reconozcan sus cualificaciones profesionales en otro país de la Unión Europea. La principal ventaja estriba en que se gestiona más fácil y rápidamente que los pro-

cedimientos tradicionales de reconocimiento de cualificaciones, además de ser más transparente, ya que se puede seguir la evolución de la solicitud en línea y reutilizar los documentos ya cargados al presentar nuevas solicitudes en otros países.

Con la fisioterapia, ya son cinco las profesiones que tienen la posibilidad de acceder a la tarjeta profesional europea (TPE): la Enfermería General, farmacéuticos, los guías de montaña y los agentes de la propiedad inmobiliaria también figuran en el anexo I del Reglamento de Ejecución (EU) 2015/983 de la Comisión, de 24 junio de 2015. Por otro lado, se espera que en el futuro otras profesiones también tengan acceso a esta posibilidad.

Desde el pasado 18 de enero, los fisioterapeutas pueden acceder a la TPE que facilitará y reducirá el arduo



La Tarjeta Profesional Europea

proceso burocrático que hasta la fecha ha supuesto para los miembros de esta profesión acceder a un puesto de trabajo lejos de sus fronteras nacionales (si bien en unos países más que en otros, como luego explicaremos). El fin último que se persigue es convertir la Fisioterapia en una profesión donde exista libertad de ejercicio en todo el territorio de la Unión Europea.

Criterios de implementación de la TPE

La selección de una profesión para implementar la TPE está sujeta a tres criterios fundamentales:

- 1) Que la profesión tenga una movilidad importante dentro de la UE o haya previsión de una alta movilidad futura.
- 2) Que exista interés expresado por los grupos afectados. En este sentido, la Fisioterapia ocupa el cuarto puesto en cuan-

to a movilidad según la base de datos de la Comisión Europea, con 16.108 solicitudes aprobadas (sobre un total de 19.885) desde 1997.

- 3) Que la profesión esté regulada en un número significativo de estados miembros. En el caso de la Fisioterapia, la regulación se extiende a 26 de los 28 estados integrantes.

Como ciudadanos de la Unión Europea, se nos suponen dados una serie de derechos comunitarios que hacen que las barreras del mapa político no sean tales en ciertos ámbitos. La aparición de la Unión Europea supuso la creación de un mercado único europeo donde circularan libremente las mercancías, los capitales, los servicios y las personas. En este texto, debido a su íntima relación con la fisioterapia, nos centraremos en los dos últimos aspectos.

Contexto legal

Antes de centrarnos en el funcionamiento de la TPE, resulta imprescindible comprender el contexto legal que ha predominado a lo largo de nuestro siglo y que ha sufrido diferentes modificaciones hasta la fecha. Con la creación, ya señalada anteriormente, en el año 1957 de la Comunidad Económica Europea, y con la firma del Tratado de Roma, se puso de manifiesto la libertad de movimiento de trabajadores dentro de los estados miembros. Poco a poco han ido incorporándose nuevos miembros hasta llegar a los 28 países que forman hoy día la Unión Europea (UE). Sin embargo, no sería hasta el año 2005, con la entrada en vigor de la "Directiva Bolkestein" (2005/36/CE), cuando se propone eliminar definitivamente los obstáculos que se oponen a la libertad de establecimiento y a la libre circulación de prestadores de servicios en los Estados miembros, garan-

ALL ABOUT IMI

– THE INTERNAL MARKET INFORMATION SYSTEM

THE EUROPEAN SINGLE MARKET CREATES GREAT OPPORTUNITIES.

FOR CITIZENS AND BUSINESSES TO MAKE THE MOST OF THE SINGLE MARKET, COMPETENT AUTHORITIES IN EU MEMBER STATES HAVE TO WORK TOGETHER.



tizando, tanto a los destinatarios como a los propios prestadores, la seguridad jurídica necesaria para el ejercicio efectivo de sus libertades fundamentales establecidas en los artículos 43 y 49 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea. A lo largo de los años se han ido desarrollando algunas modificaciones de la Directiva original hasta que el 17/01/2014 (con plazo de transposición para los Estados Miembros: 18/01/2016) entró en vigor la Directiva 2013/55/UE donde ya se habla explícitamente del acceso a la TPE para los profesionales de la Fisioterapia.

En España, han sido necesarias algunas transposiciones de la Directiva que pretenden mejorar la regulación del sector servicios, presentándose como una oportunidad de innovación del sector más importante tanto de la economía española como europea, así como de modernización de la Administración, reduciendo las trabas injustificadas al ejercicio de una actividad de servicios y propiciando un entorno más favorable y transparente a los agentes económicos (Ley 17/2009).

El procedimiento clásico seguido cuando un fisioterapeuta tenía la intención de trabajar en algún país de la UE se iniciaba con la presentación de títulos y acreditaciones en el país de destino deseado. Éste a su vez, contactaba con el país de origen para comprobar la autenticidad de los mismos y, en base a ello, concretar el visto bueno o solicitar un periodo de adaptación previa.

Ventajas de la TPE

Con la entrada en vigor de la TPE el proceso será más sencillo. Consiste en un sistema de ventanilla única de información y de tramitación, a través del cual los prestadores de servicios pueden presentar toda la documentación y solicitudes necesarias y conocer el estado de tramitación de los procedimientos abiertos, recibiendo la correspondiente notificación y resolución de los mismos por el debido órgano administrativo. Es decir, se trata de un canal de comunicación directo entre las autoridades competentes de los Estados miembros de origen y acogida. El país de origen verificará la autenticidad y comunicará que el profesional

ha solicitado su petición mediante el Sistema de Información del Mercado Interior (IMI). El resto de países resolverán telemáticamente con el profesional la solicitud, ganando en simplicidad, rapidez y seguridad en el reconocimiento y convalidación. Además, se evitarán antiguas trabas ocasionadas por el idioma y la interferencia en la comunicación, ya que este canal establece un sistema de colaboración multilingüe entre las autoridades de reglamentación.

Otra ventaja de la TPE es la acreditación de que el profesional cumple con todas las condiciones necesarias para prestar servicios en un Estado miembro de acogida, de forma temporal, o bien el reconocimiento de cualificaciones profesionales para el establecimiento permanente en un Estado miembro de acogida.

Países de nuestro entorno

Cierto es que en algunos países ha sido y seguirá siendo más fácil entrar a formar parte de su sistema laboral. Un ejemplo es Italia, donde en un mes y medio aproximadamente era posible estar trabajando con toda la documentación en regla. Más problemas

podemos encontrar en Francia, país en el que la exigencia de horas prácticas es muy alta y donde las universidades españolas suelen flaquear a ese respecto. Por este motivo, es necesario en la mayoría de los casos adaptarse a los estándares exigidos mediante la realización de horas prácticas no remuneradas. Mención especial merece el caso del Reino Unido (UK), estado donde encontramos un mayor número de trabas: el procedimiento inicial es muy similar a los países mencionados anteriormente, sin embargo, la demora en las respuestas, el largo período de formación requerido en la mayoría de los casos para alcanzar los niveles exigidos y el elevado coste de las tasas para iniciar el procedimiento, no hacen más que disuadir y complicar la vida a todos aquellos que tengan la intención de trabajar en UK.

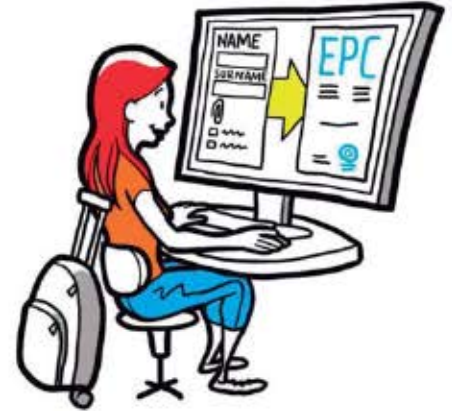
Evaluación crítica

Para conocer la efectividad en la implementación de la TPE y saber si realmente las puertas de otros países de difícil acceso se abren definitivamente, aún tendremos que esperar. Lo que parece claro es que en un máximo de 4 meses los fisioterapeutas tendrán una respuesta acerca de la decisión definitiva por parte del país de acogida. A partir de este momento, el profesional sabrá si su solicitud es aceptada. En caso negativo, la Administración de acogida explicará si la educación, la formación y la experiencia profesional no se ajustan a las normas exigidas en ese país, pidiendo al candidato que supere una prueba de aptitud o un período de prácticas de adaptación. Si la solicitud queda rechazada, el fisioterapeuta recibirá una explicación con los motivos y el procedimiento para recurrir. En definitiva, se trata de un procedimiento mucho más estructurado y ordenado que facilitará el proceso de tramitación. En cuanto al ingreso definitivo del profesional al mercado de trabajo, eso ya es otra historia y el tiempo lo dirá.

Validez temporal de la TPE

La tarjeta profesional europea tendrá la siguiente validez en el tiempo:

- Indefinidamente si el trabajador se instala a largo plazo (establecimiento).
- 18 meses en la mayoría de los casos de prestación de servicios temporales.
- 12 meses para las profesiones que afecten a la salud o la seguridad públicas.



Enlaces de interés:

En el siguiente enlace podéis encontrar toda la información acerca de cuál será el período máximo que tendrás que esperar dependiendo de si quieres instalarte temporalmente o establecerte permanentemente. Además, podéis conocer qué documentos necesitáis aportar en función del país de destino y acceder al proceso de creación de la TPE:

1. http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/european-professional-card/index_es.htm
2. En este otro enlace, encontraréis información sobre todo aquello que necesitáis saber para acudir a un país diferente a España:
3. http://www.consejo-fisioterapia.org/informacion_laboral/trabaja_en_europa.html

Webgrafía

1. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3Ac11065>
2. <http://www.cfisiomurcia.com/index.php/noticias/274-circular-sobre-la-implantacion-de-la-tarjeta-profesional-europea-como-herramienta-de-movilidad-de-los-fisioterapeutas-dentro-de-la-union-europea>
3. <http://www.colfisiocv.com/>
4. http://www.consejo-fisioterapia.org/informacion_laboral/trabaja_en_europa.html
5. http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/european-professional-card/index_es.htm
6. <http://www.ipyme.org/es-ES/PoliticasMedidasPYME/Simplificacion/Paginas/Simplificacion7.aspx>
7. http://media.wix.com/ugd/4e91ef_6ff1a9879c2a4b70b914485825c3791e.pdf
8. <http://laragarzonc.wix.com/physioinuk#!european-professional-card/nybup>
9. [http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-avance-resumen-analisis-movilidad-los-fisioterapeutas-espanoles-S0211-5638\(15\)00079-6](http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-avance-resumen-analisis-movilidad-los-fisioterapeutas-espanoles-S0211-5638(15)00079-6)
10. <http://www.minhap.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/Internacional/Union%20Europea/Documents/BOE.pdf>
11. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:es:PDF>
12. <http://www.injuve.es/europa/noticia/nueva-tarjeta-profesional-europea>
13. http://www.consejo-fisioterapia.org/noticias/446_El_CGCFE_informa_Circular_sobre_la_implantacion_de_la_Tarjeta_Profesional_Europea_como_herramienta_de_movilidad_de_los_Fisioterapeutas_dentro_de_la_UE.html

Boletines Oficiales del Estado:

14. <https://www.boe.es/doue/2013/354/L00132-00170.pdf>
15. <http://www.boe.es/doue/2015/159/L00027-00042.pdf>



José Lendoiro Salvador

Fisioterapeuta y Doctor Colegiado 1457



Déformations morphologiques de la colonne vertébrale: traitement physiothérapique en rééducation posturale globale - RPG

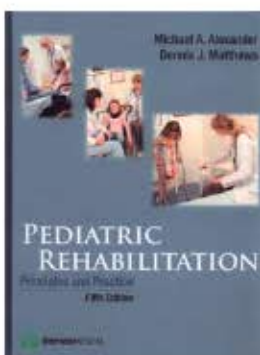
Autor: **Philippe Souchart** Ed. Elsevier Masson (2015) ISBN 978229474501 Pgs: 157 P. a.: 45€

El fisioterapeuta autor de este libro tiene una larga experiencia en la publicación sobre el tema, e impartiendo cursos al respecto. Siguió las enseñanzas fisioterápicas que desde 1947 realizó Françoise Mézières (1909-1991), sobre Cinesiterapia o ejercicios terapéuticos mediante estiramientos activos globales, para aliviar dolores y reequilibrar lo que denominó cadenas musculares y articulares, o su "reeducación postural global", que ha tenido gran aplicación en Fisioterapia Neurológica y Pediátrica. Este autor realizó sus propias aportaciones al mismo desde 1987 hasta la actualidad, y de nuevo presenta la Reeducción Postural Global (RPG), como un método propio de Fisioterapia.

Este breve libro el tratamiento fisioterápico de las deformaciones morfológicas de la columna, se estructura en cuatro partes, dedicando los dos capítulos de la primera a los principios (generalidades y fisiopatología de la función estática). En la segun-

da parte se tratan las deformaciones anteroposteriores del raquis, pero el núcleo principal del libro son los once capítulos que componen la tercera parte dedicada a la escoliosis. En la misma cita los tratamientos fisioterápicos clásicos, la fisiopatología de la escoliosis idiopática, los diferentes tipos de escoliosis, pasando a abordar los tratamientos fisioterápicos en las diferentes partes de la columna. También incluye capítulos sobre la evolución de dicha afección, valoraciones y pruebas diagnósticas, tratamientos en las deformaciones, y las propuestas de corrección o contra su evolución.

La última parte está dedicada a estudiar los resultados de los tratamientos fisioterápicos en estas afecciones, integración de sus resultados y su repercusión en el establecimiento de objetivos. Al final de cada capítulo incluye referencias bibliográficas, a las que añade una bibliografía final.



Pediatric rehabilitation: principles and practice

Editores: **Michael A. Alexander, Dennis J. Matthews** Ed. Demos (2015, 5ª ed.) ISBN 9781620700617 Pgs: 622 P. a.: 170€

Este libro colectivo dedicado en parte a la Fisioterapia Pediátrica, en el que colaboran varios fisioterapeutas, cuenta con veintiuno capítulos, siendo el primero dedicado a la anamnesis (historia y valoración). Dedicados varios capítulos a otras Ciencias, el segundo a los tratamientos médico-farmacológicos, el tercero a la asistencia psicológica, y el cuarto al desarrollo del lenguaje y disfunciones de la función motora-oral.

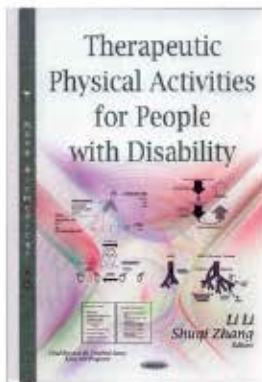
En el capítulo quinto se plantea la evaluación cuantitativa de la marcha, con un enfoque sistemático, con estudios informáticos, incluyendo modelos de animación en tres dimensiones.

Continúa con un capítulo sobre electrodiagnósticos pediátricos, diferenciando entre diferentes afecciones (hipotonía cerebral, polineuropatías, miopatías, ...).

Con respecto a la Ciencia de la Medicina, son recogidos los tratamientos con fármacos como la toxina botulínica, en el capítulo séptimo ("Guidance Techniques for botulinum toxins and other injections").

La asistencia ortésica está recogida en el octavo capítulo, con detalle de diferentes dispositivos locales y de movilidad. En el siguiente se recoge la Cinesiterapia o ejercicios terapéuticos adaptados en su vida diaria reactiva y deportiva.

Las alteraciones musculoesqueléticas en diferentes afecciones (reumáticas, quemaduras, escoliosis, y diferentes dolores musculares), son tratadas en el décimo capítulo, incluyendo algún apartado sobre la actuación fisioterápica en la recuperación de diferentes enfermedades. El onceavo está dedicado a la Cinesiterapia o ejercicios terapéuticos en afecciones musculoesqueléticas. Los siguientes se dedican a enfermedades en las extremidades, parálisis cerebral, espina bifida, médula espinal, lesiones cerebrales traumáticas, enfermedades neuromusculares, neurodegenerativas, dolores crónicos, y envejecimiento infantil. Muchos de éstos capítulos, cuentan con apartados sobre diferentes partes de la Ciencia de la Fisioterapia, pero sin mencionarla.



Therapeutic Physical Activities for People with Disability

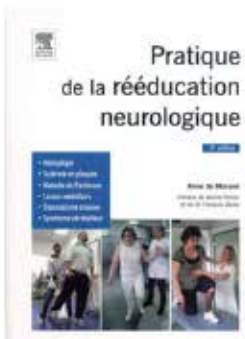
Editores: **Li Li, and Shuqi Zhang** Ed. Nova Science (2015) ISBN 9781634822190 Pgs: 351 P. a.: 180€

Más de diez fisioterapeutas intervienen en este libro colectivo sobre Cinesiterapia o ejercicios terapéuticos en pacientes con discapacidades, que comienza con un interesante capítulo en el que interviene Kristina L. Kendall dedicado a la Cinesiterapia en pacientes con enfermedades renales, en el que plantea la importancia de los ejercicios terapéuticos en la calidad de vida de los pacientes, las valoraciones y directrices para su prescripción, junto a las precauciones.

También dedica otros capítulos sobre la aplicación de esta parte de la Fisioterapia a pacientes con enfermedades de la arteria coronaria o periférica estable, pacientes asmáticos, con alteraciones vestibulares, apnea obstructiva del sueño, oncológicos, y con afecciones lumbares dolorosas. Éstos siete capítulos iniciales están agrupados en una primera parte, cada uno de ellos con un importante aporte bibliográfico, como en el resto del libro. La segunda está dedicada a la Cinesiterapia en diferentes afecciones geriátricas, como Alzheimer,

demencias, Parkinson, y pacientes con movilidad reducida y riesgo de caídas.

Quizás es de mayor interés para la Educación Especial la última parte de este libro de Fisioterapia, que está dedicada a los ejercicios terapéuticos en Fisioterapia Pediátrica, que incluye un capítulo de la Cinesiterapia en pacientes con desorden del espectro autista, y otro sobre los ejercicios terapéuticos en pacientes infantiles con parálisis cerebral. Este último capítulo, en el que también colabora la fisioterapeuta Kirstina L. Kendall, comienza con una clasificación de las diferentes situaciones de los pacientes con esta afección, y la valoración detallada en cada caso clínico para la intervención fisioterápica (alteraciones motoras, hipertonía, hiperkinesia, ...), cita clasificaciones como Gross Motor Function Classification System – Expanded and Revised (GMFCS-ER), y Manual Ability Classification System (MACS), detalla el estudio previo, terminando con la prescripción de los ejercicios terapéuticos o Cinesiterapia.



Pratique de la rééducation neurologique: hémiplegie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, lésion médullaire, traumatisme crânien, syndrome cérébelleux

Autora: **Anne de Morand** Ed. Elsevier Masson (2014, 2ª ed.) ISBN 9782294744020 Pgs: 309 P. a.: 50 €

La fisioterapeuta De Morand publicó este interesante libro sobre Fisioterapia Neurológica, referente a la reeducación neurológica en diferentes afecciones (hemiplejía, esclerosis múltiple, Parkinson, lesión medular, traumatismo craneoencefálico y síndrome cerebeloso).

Dedica un capítulo a cada afección, y todos ellos los inicia con una introducción sobre la enfermedad, continuando con la anamnesis fisioterápica y valoración para cada paciente, y las conclusiones de la misma, para terminar dedicando mayor dedicación a la actuación fisioterápica o de reeducación neurológica.

Es destacable la fundamentación de cada una de sus afirmaciones en una amplia documentación bibliográfica, que acompaña a su sólida práctica clínica, y que clarifica de forma didáctica con

cuadros, gráficos, esquemas, detalladas tablas, propuestas de hojas de valoración y evolución, incluyendo también fotografías sobre los desarrollos clínicos.

En los anexos finales se incluye un léxico especializado, criterios para la valoración de la marcha rápida, riesgo de escaras y su prevención, el tratamiento de las parálisis faciales, las secuencias de recuperación (SDR), las diagonales Kabat, las repercusiones en la fisiología respiratoria, la clasificación CIF (según la OMS) o Clasificación Internacional de Funcionamiento y su repercusión en la salud, y sobre los criterios de calidad de vida para evaluar la situación de los pacientes y su evolución.

Sin embargo, no llega a incluir análisis de casos clínicos, ni elementos para discusión sobre diferentes propuestas y resultados de los estudios.



Colabora con la biblioteca del ICOFCV

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

El Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana vol donar la seua benvinguda a tots els fisioterapeutes que s'han col·legiat des del 23 de gener fins a l'11 de maig de 2016.

Alicante

.....

5135 Francisco Alarcón Ortega
 5133 Natalia Rodríguez Noguera
 5132 Jesús Fernández Oliver
 5137 Jesús Murcia Torres
 5136 Jorge Antonio Cano Reina
 5140 Irene Delegido Bernabé
 5141 Rosanna Buïgues Vives
 5142 José Ato Gil
 5146 José Luis Tabueña Ortega
 446 Miguel Ángel Moreno Romero
 5157 Carlos Cervera Carrión
 5163 Lara Ferri Saval
 5168 Víctor Zapater García
 3858 Erika Meléndez Oliva
 5169 Francisco José Martínez Cecilia
 5170 Diamar Rico Díez
 5174 Leif Tidemann Halvorsen
 5176 Manuel Jesús Torres Bordonado
 5178 Jorge Soriano Gracia
 5180 Patricia Llinares Vera
 5181 Estrella Manteca Fernández
 5182 Juan Ferrer Llorens
 5184 Javier Andrés Del Monte
 5183 Adrián Eleno Bernabéu
 5185 Sergio Belda Berenguer
 5186 Sandra Urios Fernández
 4775 Paula López Gómez
 3807 Unn Tonje Barkald
 5194 Asunción Calvo Ramón
 5195 Verónica Fernández-Espartero Moreno
 5199 María Asunción Garrido Simón
 5200 Silvia Mas Candela

5207 Orlando Pérez López
 5209 Cristian Gregorio Galiana
 5211 José Francisco Reig Amorós
 5212 Cristina Martínez Sánchez
 5214 Judit Giner Ballester
 5223 Isabel Avendaño Veliz
 5228 María Sánchez Terrés
 5229 Eva García Berenguer

Cádiz

.....

5139 Francisco Javier Sánchez Jiménez

Castellón

.....

5143 Javier Lahuerta Prades
 5165 Francisco Javier Furió Villalba
 5167 Emilia Jiménez Domènech
 3892 Teresa Ferré Pujol
 5201 M^o Amparo Ibáñez Albalate
 5204 Zhen Wang Guo

Madrid

.....

2512 Eva Castillo Rios

Murcia

.....

5221 Esther Martínez Pérez



El ICOFCV recuerda a todos los colegiados que deben mantener actualizados todos sus datos en la base del Colegio.

Valencia

5134	Vallivana Álvarez Gimeno	5179	Álvaro Juan Gascó Benet
3601	Janet Sánchez Álvarez	1989	Ivonne Marcela Porras Parra
1447	Carlos Daniel Verdinelli	5187	Sayoa Sancho Doñate
5138	Anna Comes Del Mazo	5188	César Pérez Álvarez
5144	Eloy Artigues Palacios	5189	Belén Beltrán Muñoz
5145	Daniel Lucinio Chicote Hernández	5190	Sandra Cortés Peñalver
5148	Ana Camarena Pellicer	5191	Enrique Gonzalez Sánchez
5147	Yolanda Soriano Reyes	5192	María Luisa García Benito
5149	Antonio Escudero Sánchez	5193	Daniela Paraschiva Ianovici
5150	Patricia Moreno Ventura	5196	Irene Fuster Martínez
5151	José Cabanes Corcera	5197	Marta Valls Gómez
5153	Sergio Micó García	5198	Regina Moreno Claros
5152	Andrés Moltó Sales	441	Mª José Bas Sanchis
5154	Javier Arce Tomás	5202	María Luisa Quezada Tribeño
2249	Nuria Cabeza Campos	5203	José Luis Mollà Sanz
5155	Guillermo Montes Cuesta	5205	Javier Palomares Martínez
5156	Víctor Mazariegos López	5206	Cristina Canet Pérez
5159	Sandra Navarro Hernández	5208	Raquel García García
5158	Marta Ribera Borrell	5210	Lorena Vera Ortega
5160	Bárbara Soriano Pons	5213	Belén Varea Ferrandis
5162	Sergio Muñoz Beato	5218	Alba Domingo Requena
5161	Georgi Konstantinov Tsvetkov	5219	Marta Jiménez Fernández
2	Vicente Bou Vázquez	5217	Zaida Ruiz Jurado
5164	Belén Escartín Fayos	5220	Vicente Campos Felipe
5166	David Cabrera Martínez	5216	Josep Donat Ferrero
2576	Elena Gramage Vila-Cervantes	5215	Isabel Torres Martínez
5172	Francisco Javier Lahoz Pérez	5222	Alberto Aurelio Campillo Marín
5171	Silvia De Soria Nieto	5224	Ester Cerrillo Martínez
5173	Milagros Ballester Flor	5226	María Amparo Montaner Belenguer
5175	Miriam Roselló Marí	5227	Aurelio Company Palonés
5177	Raquel Sanchis Císcar	5225	Isabel Valderrama Señalada
		5230	Raffaello Simoni

Participa al teu Col·legi



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

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

Cursos monográficos organizados por el ICOFCV

Valoración físico-funcional del deportista con discapacidad intelectual "Funfitness Screening Program"

Lugar: Ciudad Deportiva Pamesa Cerámica Villarreal C. F. (Castellón).
 Importe: Colegiados ICOFCV: 5 €. Otros grupos, consultar curso en la Agenda web
 Fechas: 3, 4 y 5 de junio de 2016.
 Horario: 25 horas. Viernes de 9:00 a 14:00h y de 15:30 a 20:30h, sábado de 09:30 a 14:30h y de 16:00 a 21:00h, domingo de 09:30 a 14:30h.

Curso de pilates terapéutico

Lugar: Fisioclinic Formación (C/ José María Bayarri, nº 7 Bajo fondo, Valencia)
 Importe: Colegiados ICOFCV 120 €. Otros grupos, consultar curso en la Agenda web
 Fechas: 11 y 12 de junio de 2016
 Horario: 15 horas. Sábado de 9:00 a 14:00h y de 15:30 a 20:30h, domingo de 9:00 a 14:00h

Prevención, recuperación y readaptación en el deporte desde el punto de vista del fisioterapeuta

Lugar: Universitat de València
 Importe: Colegiados ICOFCV: 150 €. Otros grupos, consultar curso en la Agenda web
 Fechas: 24, 25 y 26 de junio de 2016
 Horario: 20 horas. Viernes de 15:30 a 20:30h, sábado de 9:00 a 14:00h y de 15:30 a 20:30h, domingo de 9:00 a 14:00h

Abordaje osteopático de la lumbalgia

Lugar: Sede Alicante ICOFCV (C/ Italia nº 12, 1º C; Alicante)
 Importe: Colegiados ICOFCV 120 €. Otros grupos, consultar curso en la Agenda web
 Fechas: 9 y 10 de julio de 2016
 Horario: 15 horas. Sábado de 9:00 a 14:00h y de 15:30 a 20:30h, domingo de 9:00 a 14:00h

Fisioterapia respiratoria en el paciente hospitalizado

Lugar: Universitat de València
 Importe: Colegiados ICOFCV: 150 €. Otros grupos, consultar curso en la Agenda web
 Fechas: 15, 16 y 17 de julio de 2016
 Horario: 20 horas. Viernes de 15:30 a 20:30h, sábado de 9:00 a 14:00h y de 15:30 a 20:30h, domingo de 9:00 a 14:00h

Cursos organizados por otras entidades

MÁSTER OFICIAL

UNIVERSIDAD CEU CARDENAL HERRERA

Tel.: 96 136 90 09
www.uchceu.es

Máster en abordaje osteopático del aparato locomotor (90 ECTS)
Fecha inicio: octubre 2016
Lugar: CEU-UCH, Campus Elche
Duración: 2 años. Modalidad: presencial

Máster en Fisioterapia Deportiva (60 ECTS)

Fecha inicio: octubre 2016
Lugar: CEU-UCH, Campus Valencia
Duración: 1 año. Modalidad: presencial

CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS

eSALUD

Tel. (1) 633 779 940 (2) 722 250 230 www.esaludonline.com

Curso de Técnicas de Fisioterapia Respiratoria

Fecha y lugar: 25 y 26 de junio. 20h. Alboraya-Valencia
Importe: 250 €. Para colegiados del ICOFCV 200 € (dto 20%)

FISIOCLINIC FORMACIÓN

Ruth Garcia Jesuardo Tel.: 645829220 ruthgar57@gmail.com

Tratamiento Fisioterápico en las Disfunciones Temporomandibulares 2ª Ed.

Fechas y lugar: 17, 18 y 19 de junio de 2016. Horas: 20h. Valencia
Importe: 250 €. Para colegiados del ICOFCV 200 € (Dto 20%)

INSTEMA

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

Pilates matwork para fisioterapeutas

Fechas y duración: 10, 11 y 12 junio / 24, 25 y 26 de junio. 40 horas
Lugar: Tavernes de la Valldigna (Valencia)
Importe: 560 €. Dto de 112 € para los colegiados del ICOFCV

Método de Intervención Fisioterapéutica en la Reeduación del Paciente Cardiovascular

Lugar y Fechas: Del 24 al 26 de junio de 2016. Horas: 20h. Valencia
Importe: 280 €. Dto de 56 € para los colegiados del ICOFCV

Cursos organizados por otros Colegios profesionales

COLEGIO DE FISIOTERAPEUTAS DE NAVARRA

Tel. 948174806 / Fax.: 948173954
info@cofn.net / www.cofn.net

Curso de fisioterapia respiratoria en pediatría y neurología

Fechas y duración: 17, 18 y 19 de junio. 20 horas
Lugar: Hotel Albret; C/ Ermitagaña nº 3, Pamplona
Importe: Colegiados: 320 € / no colegiados 620 €

COLEGIO FISIOTERAPEUTAS REGIÓN DE MURCIA

Tel.: 968 22 30 79 / 622 647 341
administracion@cfisiomurcia.com / www.cfisiomurcia.com

Drenaje linfático manual y terapia descongestiva compleja

Fechas y duración: 17, 18 y 19 de junio de 2016. 20 horas
Lugar e Impo: C/ María Guerrero, nº 13- bajo - Murcia
Importe: 275 €

COLEGIO FISIOTERAPEUTAS DE MADRID

Tel.: 91 504 55 85
cpfm@cfisiomad.org / www.formacion-cfisiomad.org

Prescripción efectiva de ejercicio terapéutico II Ed

Fechas y duración: 11, 11 y 12 de junio de 2016. 18 horas
Lugar: C/ José Picón nº 9, 28028 Madrid
Importe: 130 €

Introducción al método pilates en fisioterapia VII Ed.

Fechas y duración: 18 y 19 de junio / 2 y 3 de julio. 30 horas
Lugar: C/ José Picón nº 9, 28028 Madrid
Importe: 210 €

Rehabilitación cardiaca y prevención secundaria

Fechas y duración: 24, 25 y 26 de junio de 2016. 18 horas
Lugar: C/ José Picón nº 9, 28028 Madrid
Importe: 95 €

¿Qué hay en la Plataforma?



Apoyo a la investigación

Manuales y guías de apoyo a la investigación

Revistas científicas

Acceso a la revista *Cuestiones de Fisioterapia* y a las revistas de Elsevier (*Science Direct*)



Revista Open Access

Sección con las revistas nacionales e internacionales de libre acceso sobre fisioterapia y materias relacionadas

Eureka Médica Panamericana

Biblioteca digital que permite consultar ágilmente los e-Books de la editorial Médica Panamericana suscritos por los Colegios de Fisioterapeutas de Madrid, Valencia y Cataluña



Atlas de Anatomía 3D. Visión Médica Virtual*

Una herramienta online para ayudar al estudio, la comprensión y presentación de la anatomía humana

Revistas divulgativas colegiales

Acceso a las revistas editadas por los diferentes Colegios de Fisioterapeutas: *30 Días* (Madrid) y *Fisioteràpia al Día* (Valencia)



Material divulgativo

Sección de recursos y materiales divulgativos, así como trípticos sobre educación para la salud



Biblioteca

Consulta de referencias bibliográficas de la Biblioteca del Colegio

FISIOTERAPIA

CONOCIMIENTO

Los primeros monográficos del ICOFCV, muy bien acogidos por los colegiados

Dentro de la planificación de actividades formativas del primer semestre de 2016, además de diversos seminarios, el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana ha desarrollado los nuevos monográficos que puso en marcha a primeros de año, cursos de una duración de entre 15 y 20 horas, en los que se han incluido aquellos temas que han sido más solicitados por los propios colegiados.

“Galvanización Intratisular Ecoguiada”, “Tratamiento del dolor crónico”, “ABC en Fisioterapia, razonamiento clínico”, “Recuperación de las Tendinopatías en el Deportista: clasificación, prevención y tratamiento” y “Soporte Vital Básico” han sido algunos de los cursos organizados tanto en Valencia como en Alicante y en Castellón, acercando la oferta formativa a los colegiados de las tres provincias. En general, la acogida por parte de los colegiados ha sido muy buena, con una demanda importante y con una buena valoración de los asistentes.

El ICOFCV sigue apostando por la formación. Consulta los próximos monográficos en la sección Agenda de esta revista.

Próximos monográficos

Curso de pilates terapéutico

Prevención, recuperación y readaptación en el deporte desde el punto de vista del fisioterapeuta

Abordaje osteopático de la lumbalgia

Fisioterapia respiratoria en el paciente hospitalizado

(*) Más información en la sección *Agenda* de esta revista y en la web del colegio, www.colfisiocv.com.



Monogràfic

Fisioteràpia en la Educación Especial



Parlem amb



L'opinió



Visió perifèrica



Racó històric

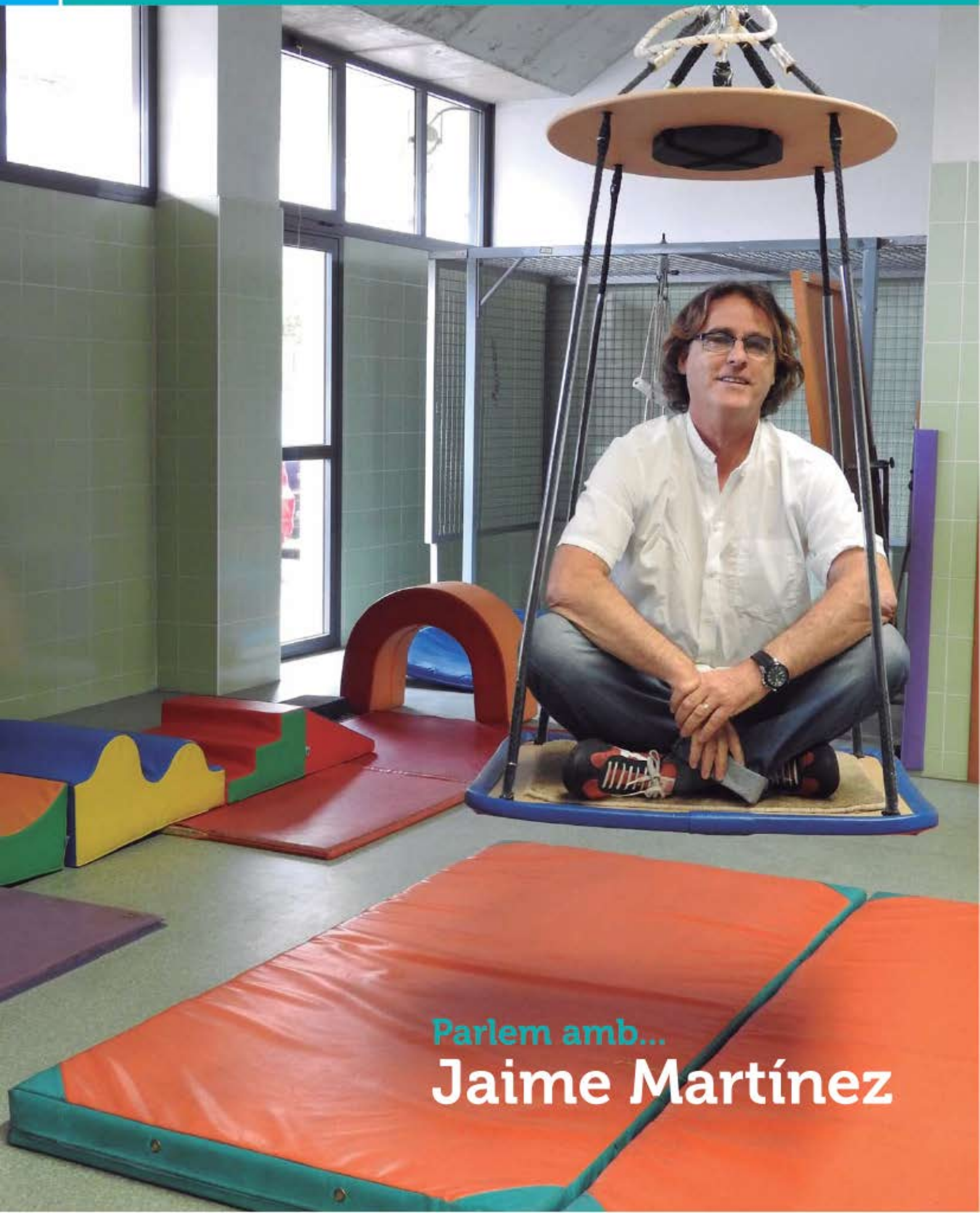


Les notes
teràpies



Professions
afins

Fisioteràpia



Parlem amb...
Jaime Martínez

La fisioterapia se puede desarrollar en diferentes sectores, no sólo en el sanitario o en el deportivo, dos de los más conocidos; también en educación. Pese a que es relativamente reciente, el actual sistema educativo garantiza la atención a todos los alumnos con diversidad funcional. En la Comunidad Valenciana existen 47 centros de Educación Especial (EE) y 388 centros ordinarios con unidades específicas de EE, en unos y en otros, el fisioterapeuta desarrolla un papel clave, tal y como recoge este monográfico y el Parlem amb. Nos hemos sentado con uno de los profesionales de mayor recorrido dados sus más de 20 años de experiencia en este ámbito: nuestro colegiado Jaime Martínez, fisioterapeuta en el Colegio Sebastián Burgos de Educación Especial, al que asisten 170 niños que necesitan educación especializada tanto por sus problemas físicos como mentales.

En primer lugar, ¿cómo nacen los centros de educación especial y en qué se fundamenta la necesidad de la atención fisioterapéutica en ellos?

Surgió ante la necesidad de escolarizar a los niños en base a la LISMI- Ley de Integración Social de los Minusválidos de abril de 1982, la cual va más allá de la atención sanitaria que entonces recibían y propone que la educación de los "minusválidos" es un derecho fundamental, determinando así el inicio de la integración escolar a nivel legislativo en España. Posteriormente se completó con una orden de la Generalitat Valenciana, que asume las competencias en esta materia y que da lugar a los primeros centros en 1984. Por entonces ya había algunos espacios creados por asociaciones de padres mancomunados por ayuntamientos, patronatos,... que fueron absorbidos por la conselleria. A estos, se sumó la creación de nuevos centros de educación especial y de unidades de educación especial en centros ordinarios públicos y concertados. En unos y en otros se crea la unidad de personal especializado formada por profesores de audición y lenguaje, profesores de pedagogía terapéutica, psicólogos, pedagogos y fisioterapeutas, siendo la nuestra una figura clave.

CURRÍCULUM VITAE

.....
 -Grado en Fisioterapia
 -Máster en Cromoterapia
 -Especialista en Kinetic Control
 -Otros cursos formativos en: terapia manual, terapia Kabat , Bobath y Vojta
 -Ha trabajado como fisioterapeuta en diversos colegios. Actualmente en el centro de Educación Especial Sebastián Burgos de Valencia

¿Por qué la fisioterapia en la educación especial?, ¿qué le aporta a estos alumnos?

El niño nace con problemas por una enfermedad o lesión cerebral y lo que se pretende es estimular sus capacidades. Nos metemos en el mundo de la neurología, del aprendizaje y la educación. Nosotros lo que hacemos es intervenir neurológicamente, tanto de manera directa con el menor como apoyando y formando al resto del equipo, con el objetivo de estimular al máximo las capacidades del niño hasta donde lleguen. Hoy en día técnicamente estamos muy desarrollados pero hace falta darle a ese niño exactamente lo que necesita. En esto, por nuestra formación, somos fundamentales. Además, el fisioterapeuta es el nexo de unión entre el niño y todos los estamentos sanitarios y educativos, tanto externos como internos.

¿Cuáles son los pilares de la fisioterapia en los colegios?

El conocimiento de la neurología y del movimiento, y el conocimiento de todas las ayudas técnicas que le faciliten los objetivos que nos vamos a marcar. El fisioterapeuta que trabaje en educación debe ser un gran conocedor de todos los instrumentos, sillas,... estas herramientas para nosotros y para ellos son fundamentales.



¿Hasta que edad están los niños en estos centros?

Hasta los 3 años son atendidos por Sanidad, donde se le da una estimulación temprana. A partir de esa edad, se escolarizan y están en los centros hasta los 20 años porque una vez finalizada la educación obligatoria, el sistema ofrece a estos alumnos una etapa llamada TVA (Transición a la Vida Adulta), en la que existen unos talleres especializados.

¿Qué es un fisioterapeuta educativo y cuáles son sus funciones?

Una pregunta con una respuesta difícil -sonríe-. Oficialmente no se ha concretado. En un colegio ordinario, los niños tienen un programa con unos temas y unos libros en común, mientras que aquí hacemos una programación específica para cada niño. En este momento no tenemos la consideración de personal docente: somos un personal de apoyo especializado pero somos educativos porque enseñamos al niño.

Podemos decir que el fisioterapeuta es la persona encargada de ayudar al niño en su desarrollo en el área motora. Le enseñamos a moverse, a andar, a desarrollar destrezas y capacidades.

“

El profesional que trabaje en educación debe tener un gran conocimiento de la neurología, del movimiento y de todas las ayudas técnicas ... estas herramientas son fundamentales para nosotros y para los niños

”

“ Siempre se puede pedir más pero, sinceramente, a nivel técnico, de material y de espacios, solemos tener lo necesario. A nivel de recursos humanos no porque faltan profesionales ”

¿En qué consiste exactamente su trabajo?

Tenemos una intervención directa, trabajamos sobre la patología y sus consecuencias, según las necesidades de cada uno, facilitando también el desarrollo de habilidades o destrezas motrices como coordinación, desplazamientos, equilibrio, actividades de autonomía personal, etc. Y también tenemos una intervención indirecta dentro del colegio, supervisando que no haya barreras físicas, valorando y adaptando los sistemas de posicionamiento y el mobiliario para facilitar la postura más adecuada a su situación, etc.

¿Qué tipo de patologías son las más frecuentes?

Fundamentalmente tenemos niños con problemas motores, con parálisis cerebral, con bajo peso que han nacido fuera de la edad término, es decir prematuros, y gemelos, hay partos gemelares con problemas; niños con dificultades neurológicas, con una inmadurez por la lesión o por el nacimiento. Pero también tenemos pequeños con problemas de distrofias musculares, que tienen una falta de coordinación, un problema neurológico no descrito que ha generado una dificultad en su desarrollo, que comporta un retraso madurativo y con problemas motores no diagnosticados como las llamadas enfermedades raras. Ahí nosotros también intervenimos para ayudarles a que controlen mejor el movimiento y el equilibrio.



Además de niños con discapacidad física, ¿qué otro alumnado puede presentar necesidades de apoyo educativo?

Yo también estoy trabajando con niños autistas, y para ello, he montado un aula de cromoterapia para estimular la atención así como para ayudarles a bajar el estrés y modificarles la conducta, ya que, son niños que se auto-agreden o agreden a los demás.

¿Cuáles son los objetivos principales de un fisioterapeuta al tratar a estos alumnos?

A *grosso modo* tres. El primero el movimiento. Ayudar al niño a aprender a moverse, a que se despegue del suelo y pueda mantenerse de pie, si no puede moverse por sí solo con ayudas y luego con autonomía. Para los que nos podemos mover sin problemas puede parecer trivial, pero esto es un logro muy importante en la calidad de vida del niño. Así mismo, que pueda conseguir comunicarse. Aquí tenemos niños que no tienen posibilidad verbal pero que son inteligentes y gracias a las ayudas técnicas se comunican con un ordenador.

El segundo objetivo es controlar la deformidad, que no genere problemas ortopédicos, que no tenga desviaciones importantes, que no luxen sus caderas. La experiencia nos dice que estos niños se van deformando por toda su alteración en el tono muscular, y ahí nuestro trabajo es intentar evitarlo al máximo con un buen programa postural y con ayudas técnicas.

Y el tercero, es el asesoramiento a los compañeros y a los padres para que la fisioterapia se siga haciendo a lo largo de todo el día.

En estos colegios existen gimnasios o aulas de fisioterapia específicas. ¿La intervención con los niños es siempre en ellas?

No, nuestra intervención es en el gimnasio pero también en el aula, en el pasillo, en el patio, en el comedor, incluso en el transporte. Es importante hacer fisioterapia

“**Nuestros objetivos a 'grosso modo' son tres: el movimiento, que el niño aprende a moverse; controlar la deformidad y que no genere problemas ortopédicos, y asesorar a nuestros compañeros y a los padres**”

en todo el horario escolar porque la intensidad es lo que funciona. Por ejemplo, le enseñamos a levantarse de la silla, a coger el andador, a salir al patio,... y si nuestro objetivo es que el niño se ponga de pie o que mantenga la bipedestación, no sólo vamos a entrenar en el gimnasio, sino que después vamos a enseñarle a moverse por los pasillos, a determinar qué ayuda necesita para que se mantenga de pie el máximo tiempo,... y de manera indirecta esto también le beneficia en otras áreas. Al estar de pie su sistema digestivo va a mejorar y esto a su vez, le va a ayudar a tener mejor control de los esfínteres, muy importante en estos niños. Y si mejora el control y el tono, desarrollará mejor el lenguaje.

¿Qué herramientas y técnicas utilizan en el tratamiento?

La primera herramienta es la observación. Hay que ver qué hace el niño y cómo lo hace para que tú le puedas ayudar y vaya en la dirección que necesita. Luego existen diferentes metodologías y el fisioterapeuta que se dedique a este mundo tiene que conocerlas (Bobath, Kabat, Vojta,...) A estas se suman otras centradas en el aprendizaje del movimiento. A mí, conocer la kinesiología, la metodología para controlar el movimiento, me ayuda mucho para trabajar en la neurología.



¿Qué materiales y recursos necesita para desarrollar su trabajo?

Siempre digo sonriéndome que estamos entre una de las pocas profesiones que aún trabajan de rodillas. Tenemos camillas adaptadas pero donde más a gusto trabajo es en el suelo. El espacio para tratar a estos niños tiene que ser grande, con colchonetas de una densidad especial para que no sean muy blandas, aparataje de espejos y diferentes módulos de espumas que le faciliten el movimiento y el posicionamiento. Después, para el desplazamiento, bipedestadores, estimuladores para estar de pie "standing", andadores, grúas para movilizarlo... y también sillas y mobiliario adaptado.

¿Qué relación tienen con las ortopedias?

Están directamente conectadas con nosotros, vienen para hacer las ayudas técnicas, somos un equipo. El médico especialista rehabilitador o traumatólogo pautaba pero no suele decir cuál, esto lo solemos determinar nosotros porque somos quienes mejor conocemos al niño.

¿Cómo se establece el tiempo de apoyo de fisioterapia con cada alumno en las sesiones?

Con el médico dependiente de la Conselleria, al principio del curso, planificamos cuántas sesiones va a tener el niño y qué niños vamos a coger en función del personal que somos y de las necesidades específicas de cada menor. Lo deseable es que tuvieran sesiones diarias de intervención directa pero varían entre tres y cinco a la semana, según su situación.

¿Qué diferencia hay entre un tratamiento fisioterápico en una clínica u hospital y en un centro educativo?

El tiempo de nuestra intervención (nuestros niños están con nosotros mucho tiempo, 17 años) y el tiempo de la sesión. Como decía, aquí además de la intervención directa, estamos con ellos durante todo el día en las diferentes actividades escolares, mientras que un niño en un hospital sólo tiene su sesión de 40 minutos o una hora dos o tres veces a la semana.



La fisioterapia no es una asignatura al uso, ¿cómo participa el fisioterapeuta en los contenidos de aprendizaje de los niños en la escuela?

En el área motora ayudamos a crear el programa postural, los objetivos y también el asesoramiento al profesor de educación especial, al logopeda,...la colaboración del equipo interprofesional es clave, el fisioterapeuta tiene que estar ahí.

¿Cuál es la situación actual de la Educación Especial en la Comunidad Valenciana, hay recursos suficientes para atender todas las necesidades?

A nivel técnico sí, a nivel de recursos humanos no. Siempre se puede pedir más, posiblemente ayudas técnicas pioneras como aparatos de marcha reentrenada, pero, sinceramente, a nivel de material y espacios tenemos lo necesario. Lo que sí faltan son profesionales.

El número de fisioterapeutas por centros se determina en función del número de niños pero sólo se contabilizan a los niños con problemas motores y la realidad es que tenemos otros niños con problemas en la maduración, en el desarrollo, por ejemplo con síndrome de Rett, autismo, etc. que no tienen en cuenta pero que estamos atendiendo. Los compañeros necesitarían más apoyo nuestro en el aula pero no podemos trabajar en ella y en el gimnasio al mismo tiempo, tenemos que repartirnos.

La conselleria también cuenta con otros recursos, los Servicios Psicopedagógicos Escolares de Sector (SPES) que dan atención especializada complementaria a los centros educativos de la Comunidad Valenciana. Sin embargo, estos no cuentan con fisioterapeutas,...

No, no tienen, y deberían. Son profesionales que dan ayuda temporal a los niños en sus centros ordinarios y en muchos de ellos sería importante que existieran programas educativos con área motora, pero a día de hoy no hay.



Ha comentado que el fisioterapeuta no tiene consideración de personal docente, como maestros y profesores, ¿en qué les afecta esto?

En el área de funcionamiento, en que no tenemos derecho de decisión ni en el consejo escolar ni en el claustro. A nosotros se nos informa, se nos pregunta pero no tenemos derecho a voto y tenerlo sería importante porque nuestra intervención en el área motora es fundamental. En el resto del equipo hay un gran desconocimiento del ámbito neurológico, aspecto que nosotros sí dominamos por nuestra formación, por ser especialistas en el movimiento y por el conocimiento de las ayudas técnicas. Y, si bien es cierto que nuestra opinión se tiene en cuenta, al final quien decide no somos nosotros. Un colegio de estas características sin el fisioterapeuta estaría cojo, sin embargo, no tenemos el reconocimiento oficial que corresponde.

En el aspecto laboral también estamos en inferioridad porque tenemos horarios diferentes, hay un trabajo que no es el de actuación directa con el niño, que no está contemplado y que tenemos que asumir: estemos a disposición del director para que nos marque las pautas.

“ Este es un terreno apasionante y muy gratificante,... Te enseña más el niño a ti que tú a él. Su voluntad y capacidad de esfuerzo para superar esas grandes barreras es ejemplarizante. Te recuerdan que en la vida, el esfuerzo vale la pena, y te enseñan a no estar triste a pesar de todo

”



Antes ha citado el asesoramiento a la familia, ¿qué relación se establece con ella?

Nosotros tenemos reuniones periódicas con los padres; además hay fiestas escolares a las que viene toda la familia; es un contacto muy directo. La relación muchas veces es de amistad, hay un vínculo afectivo muy grande.

Además de conocer la neurología pediátrica y las ayudas técnicas, ¿necesita el fisioterapeuta algún otro conocimiento especial o aptitud para tratar a estos alumnos?

Sí, debe tener la capacidad de crear ayudas técnicas manuales, elaborar férulas con escayolas o materiales térmicos, etc. Y también ser conocedor del manejo del niño; es muy importante saber cómo tenemos que hacer el esfuerzo con él para no lesionarnos. A ello se suma una parte no académica pero muy importante: hay que tener mucho amor y mucha paciencia para trabajar con estos niños, saber que el logro es a largo plazo.

¿Algún consejo para los jóvenes fisioterapeutas que puedan estar interesados en trabajar en este ámbito?

Que sepan que existe una importante demanda social de actuación ante problemas neurológicos. Si les gusta el mundo de la educación infantil, esta es un área muy bonita porque estás ensañando al niño a moverse. Que no se asusten por la dificultad y que sean conscientes de que, como decía antes, aquí los objetivos no son rápidos, estamos hablando de acompañar al niño en su desarrollo y en ocasiones en su deterioro; es un concepto muy distinto, un terreno apasionante y muy gratificante.

Ahora que cita ese aprendizaje que recibe el fisioterapeuta al trabajar con personas con discapacidad, ¿qué le ha aportado a usted?

Cuando me dicen que es una profesión vocacional, que tienes que dar mucho, siempre digo que no es así. Te enseña más el niño a ti que tú a él. Es ejemplarizante ver

como un niño que no es capaz de ponerse de pie ni de hablar, dándole una pequeña ayuda, tiene una voluntad y una capacidad de esfuerzo enorme para superar esas grandes barreras. A menudo, nosotros, teniendo esas capacidades no las aprovechamos al máximo. Son niños que te recuerdan día a día que, en la vida, el esfuerzo vale la pena, te enseñan la alegría y a no estar triste a pesar de todo.

¿A dónde van estos niños cuando acaban la escolarización?

Cuando acaban pasan a ser atendidos por Servicios Sociales y van a los talleres ocupacionales, si por sus condiciones pueden, donde también cuentan con fisioterapeutas gracias, en buena parte, al trabajo desarrollado por el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana. Y también, claro está, van a residencias para personas adultas.

¿El ICOFCV ha trabajado para qué la figura del fisioterapeuta esté presente en los talleres ocupacionales?

Así es. Era absurdo que el niño recibiera atención terapéutica desde que nacía y luego no se siguiera, que hubiera un vacío durante años hasta que iban a una residencia de mayores. Ante ello, el Colegio hizo una demanda a Servicios Sociales, se puso en marcha un proyecto y se pidió que se incluyera al fisioterapeuta. Dado que estos centros funcionan con subvenciones, al principio fue de manera precaria, unas horas, pero poco a poco se fue dotando de mayores recursos.

Por último, agradecimientos...

Agradecer a la dirección de mi colegio las facilidades para realizar esta entrevista y el reportaje gráfico, a los padres de los niños por su colaboración, y sobre todo, agradecer al ICOFCV que haya abierto una ventana al mundo de la fisioterapia en la educación, que se haya preocupado en dar a conocer un área importante de la profesión que es una gran desconocida; además en las facultades de Fisioterapia tienen un poco olvidado este mundo, que es muy amplio, complejo y exige formación.



Hacia el proyecto integrador, una modalidad diferente de escolarización interesante y enriquecedora



Francisco Guillot Llosá

Colegiado 1438

Fisioterapeuta en el C.E.I.P. Fabián y Fuero (Villar del Arzobispo)

Es conocido que a lo largo de la historia, el destino de la mayoría de los niños/as que nacían con algún tipo de discapacidad era la muerte. Por ejemplo, en el siglo VII a.C., en la antigua Grecia, estos pequeños eran despedidos desde el Monte Taigeto, puesto que no servían a la sociedad las personas débiles y deformes. Lo mismo ocurrió en la antigua Roma, India, Egipto,... con diferentes culturas y religiones. Esto hizo que con el paso de los años se fuera construyendo un concepto de la anormalidad y del defecto que conducía al rechazo social, al temor y hasta la persecución de estas personas por parte de los poderes civiles y religiosos.

Durante la primera mitad del siglo XX, los niños/as con discapacidad eran los "olvidados y escondidos"; más tarde, hacia los años 60 y 70 se denominaban como "protegidos y segregados", y a finales de los 70 y principios de los 80 empezaron a ser identificados y ayudados. Es ahí, cuando aparece la legislación sobre la educación especial, cuyos fines son: detener las consecuencias de las condiciones de incapacitación, prevenir la ocurrencia de desórdenes más severos, asistir o ayudar a las familias de menores con discapacidad, y aumentar las oportunidades para que todos los pequeños desarrollen al máximo sus potenciales.

El concepto de discapacidad ha evolucionado a lo largo de la historia y la concepción acerca del tipo de educación que deben recibir los niños/as con discapacidad también.

Según las teorías de la neurología y psicología sobre la plasticidad cerebral, en las primeras etapas de la vida es cuando el cerebro está más preparado o presenta un metabolismo más activo para ser modelado por medio de las experiencias, aprendizajes, capacidad de recordar y la habilidad de reorganizarse y recuperarse de una agresión o alteración bioquímica, estructural o de otra índole en su desarrollo. Por ello, cuando nace un niño/a con alguna alteración del desarrollo, todo el entorno fa-



miliar, sanitario y social se pone en marcha lo antes posible para cubrir las necesidades que pueda tener.

"Los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos recibirán, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bien-

“ El mayor inconveniente para este tipo de proyectos es el económico pero la única vía de aspirar a la inclusión es comenzar por un ambiente integrador



estar, posibilitando la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal”. (Libro Blanco de At. Temprana, 2000,17).

Los que venimos de la atención temprana vemos importante seguir esa línea de actuación también en las etapas posteriores. Así pues, una vez terminada la primera etapa de atención temprana, es necesario para su ade-

cuado desarrollo y, a su vez obligatorio por la ley, la escolarización. Si pensamos que la escolaridad no es sólo el tiempo que un alumno está en un colegio, sino que conlleva una educación-formación de la persona, desde una perspectiva integral y no sólo desde presupuestos académicos, será necesario tener en cuenta dos dimensiones, una social y otra individual, y actuar desde ambas, con el objetivo de prepararles para la vida de una manera activa y participativa.

Creo que es interesante que conozcamos que los fisioterapeutas pediátricos que trabajamos en educación, además de ejercer en colegios específicos de educación especial, tenemos la posibilidad de hacerlo en centros educativos ordinarios, donde todos los recursos físicos y personales se trasladan para poder atender al pequeño en un ambiente más normalizador e integrador. En nuestra Comunidad hay muy pocos centros de este tipo, proyectos integradores, pero por experiencia, trabajo como fisioterapeuta en uno de ellos, esta modalidad diferente de escolarización es muy interesante y enriquecedora; es el lugar idóneo donde, entre todos los que atendemos a estos niños/as, podemos darles la posibilidad de explotar todo su potencial en un ambiente más natural. (Cierto es que el mayor inconveniente para este tipo de proyectos es el económico pero la única vía de aspirar a la inclusión es comenzar por un ambiente integrador).

Mi lugar de trabajo está un Centro de Educación Infantil y Primaria en la localidad valenciana de Villar del Arzobispo, en un entorno rural. Es un colegio ordinario que acoge en tres tipos de aulas específicas a niño/as con necesidades educativas especiales de la comarca de la Serranía (de 20 municipios diferentes). El centro ofrece a estos menores tres posibilidades de escolarización:

- Integración en aula ordinaria. El fisioterapeuta, en la medida de lo posible, acompaña al pequeño y adapta lo necesario del currículo junto con el maestro las clases de educación física.
- Escolaridad en aula específica dentro del centro: Es un aula específica dentro del colegio ordinario para atender a un grupo reducido de alumnos que necesitan adaptaciones curriculares significativas y permanentes. Cuenta con un currículum adaptado, con aprendizajes sociales y de autonomía. Muchos de los niños se trasladan al servicio de fisioterapia para ser atendidos.
- Escolaridad combinada: Es decir compartiendo actividades o asignaturas, unas en el aula ordinaria y otras en el aula específica, a periodos variables. Adaptándose así el centro a las necesidades educativas y de formación de cada menor.

En nuestro papel como fisioterapeutas realizamos nuestro trabajo de forma similar a la de los compañeros de los centros específicos:

- por un lado con una intervención directa: trabajamos sobre la patología y sus consecuencias, suele ser de forma individualizada según las necesidades de cada uno, para frenar una progresión de la misma y evitar las posibles complicaciones (respiratorias, circulatorias, neurológicas, ortopédicas...); facilitando también el desarrollo de habilidades o destrezas motrices, básicas o avanzadas. Trabajamos la consecución de hitos motrices, coordinación, desplazamientos, equilibrio, actividades de autonomía personal de alimentación, vestido..., habilidades motrices perceptivo-cognitivas: sensoriales, prensión, coordinación oculo-manual, juego manipulativo, simbólico, comunicación gestual... (es esta atención directa para mí una parte fundamental en el desarrollo global del pequeño ya que condiciona la relación con los demás niños y el entorno, facilitando la participación en las actividades del centro como uno más)

- Otra vía de intervención dentro del colegio es la indirecta: valorando y eliminando las barreras físicas y curriculares del colegio para que no sean un obstáculo en su camino educativo. Modificamos el entorno para que pueda desplazarse libremente por él, como cualquier otro alumno. Valoramos y adaptamos los sistemas de posicionamiento para facilitar la postura más adecuada a su situación: sillas y mesas adaptadas; uso de bipedestadores; utilización de férulas y ortesis que faciliten la manipulación y/o deambulación; sillas de ruedas; adaptación del material escolar y del comedor en su caso, etc.

Pero creo que nuestra labor debe ir encaminada no solo a mejorar su situación músculo esquelética o a mejorar sus aspectos funcionales y físicos; debemos convertirnos en una pieza más dentro de todo el engranaje educativo para conseguir que nuestros niños/as se sientan un compañero más en el centro, y que los demás menores los tengan también como tal, sin que los vean como extraños o raros; que tengan las mismas oportunidades que el resto, que se sientan dignos, que aumente su participación y su autoestima, y que como cualquier niño/a tenga la oportunidad de pasar por esta etapa tan corta e importante de la vida, como es la infancia, de la manera más feliz posible.



“

Debemos conseguir que nuestros niños se sientan un compañero más en el centro, y que los demás menores los tengan también como tal, ... que tengan las mismas oportunidades que el resto, que aumente su participación y su autoestima, y que como cualquier niño tenga la oportunidad de pasar por la infancia de la manera más feliz posible



Wheelers and Walkers



José A. Polo Traverso

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

Un mensaje urgente de mi hija (*Forgot Science book on kitchen counter. Bring it to me pleeeeeease dad? Thx*) me hizo considerar una vez más la pobre gramática que se gastan los adolescentes en sus mensajes; también me hizo visitar *Tioga Central School (TCS)* un viernes por la mañana. (*Again? Not cool Emily*). Para que usted, lector urbanita de mis entretelas se haga una idea, le contaré que TCS presta sus servicios a una población fundamentalmente rural en el condado de Tioga, justo en la frontera entre los estados de *New York* y *Pennsylvania*, pegadita a los *Finger Lakes*; para sorpresa del turista cuando deja atrás *New York City* en la costa Este norteamericana abundan las vacas lecheras a tutiplén, el maíz a punta pala y los bosques vírgenes para dar y regalar. (*Please dad. I need the book for third period!!*). Con todo ello, la chavalería, generalmente de complexión recia tirando a armario empotrado, hace deporte en la escuela a lo largo del año, además de palear nieve en invierno para salir de casa, cazar ciervos en otoño, pescar truchas en primavera y cortar leña en verano. Vida pastoral ajena al bullicio de la metrópoli a pesar de que sea virtualmente imposible encontrar a un hijo de vecino sin un teléfono en el bolsillo. (*OK. I'm on my way*)

A lo que iba. Mi entrada en la escuela coincidió con un cambio de clase. Al toque de campana por los altavoces el estallido de conversaciones simultáneas inundó los pasillos: taquillas abiertas de golpe, cuerpos moviéndose pasillo arriba y pasillo abajo, personal juvenil aprovechando para sacar el teléfono móvil del bolsillo abiertamente y darle un calentón. En medio de este barullo organizado me dirigí como un salmón contra corriente para dejar el libro en la oficina y me di de bruces con Nancy, una profesora (¿Matemáticas? ¿Literatura?) a la que me presentaron hace tiempo durante un concierto de Navidad en la escuela. Simpatiquísima, un encanto de profesora. Tras dejar el libro en la oficina (*It's in the office. You owe me big Emily!*) Nancy me convenció para que la acompañase a su aula porque necesitaba de mis servicios profesionales. Entiéndame querido lector y no me juzgue de antemano: por razones legales y de sentido común soy muy reacio a examinar, diagnosticar



Sin educación especial o los medios necesarios para paliar la discapacidad desde la temprana infancia se desperdicia, aún más, la reserva de talento de los jóvenes, esta vez por motivos cognitivos y/o físicos

o tratar lesiones sin que se hayan establecido *a priori* la relación legal entre fisioterapeuta y paciente... pero nada me cuesta escuchar y dar mi opinión razonada cuando me la piden con una sonrisa... ¿He mencionado que Nancy se parece a Kate Upton una barbaridad? (*Thx dad. UR the best*). De esta forma, receloso pero dispuesto a echar una mano donde hiciese falta, nos abrimos paso entre un bosque de adolescentes y me encontré de repente en un aula radicalmente distinta a las demás, un híbrido entre un *playland* de McDonalds con una UCI de hospital: el aula de Nancy tenía colchonetas contra las paredes, pelotas y cilindros de colorines, juguetes educativos en los estantes junto a un resucitador automático, andadores, cajas de catéteres, guantes de nitrilo, tenedores y cucharas anguladas, una bomba de aspiración traqueal, etc. Lo más llamativo no era el equipo sino la docena de adolescentes en sillas de ruedas "que se estaban echando" un partido de fútbol y necesitaban de un árbitro. (*You don't know soccer dad. Stop pretending*). Y yo con estos pelos.

En un sistema educativo que garantiza el acceso físico a la escuela con la eliminación de barreras arquitectónicas (*American with Disabilities Act 1973* y más recientemente 1990) y que cuenta con servicios de enfermería *in situ* desde 1902 (la figura del *school nurse* es de presencia obligada en las escuelas) el fisioterapeuta cumple des-



Inmisericorde, Pieter Bruegel retrató en 1568 a los que pedían caridad en las calles de Amsterdam sin el beneficio de una sociedad igualitaria que ofreciese un sistema educativo igualitario (*Die Kruppel*, Pieter Bruegel 1568. Public Domain). Otros se buscaron la vida a golpe de ingenio, chascarrillo y pandereta con mejor suerte (*Bufón Don Sebastián de Morra*, Diego Velázquez, 1645. Public Domain).

de la década de los setenta una función importante en el conjunto de profesionales que, amén de facilitar el acceso físico del estudiante con desafíos cognitivos y/o físicos, coordinan esfuerzos para prevenir enfermedades y paliar sus efectos en la población infantil. Esto es buena cosa porque cuando los avatares de la genética, la enfermedad o el destino limitan el desarrollo del estudiante el sistema educativo debe reconocerlo tratando de ofrecer soluciones, sin estos recursos, lector comprensivo hasta el tuétano, los que sufren una discapacidad importante están condenados a comerse un marrón como el sombrero de un picador. Hágase a la idea de que sin educación especial o los medios necesarios para paliar la discapacidad desde la temprana infancia se desperdicia, aún más, la reserva de talento de los jóvenes, esta vez por motivos cognitivos y/o físicos.

Tres cuartas partes de lo mismo sucede en España. La Ley Orgánica 8/1985 hizo de la educación un servicio público y los Reales Decretos 1113/1981 del 24 de abril y 74/1985 del 3 de abril junto a la Resolución 8/7/02 de la Dirección General de Coordinación y Política Educativa en España instaron a las administraciones a eliminar barreras en la integración social de sus alumnos en si-

tuaciones de discapacidad; un compromiso para atender a la individualidad en beneficio de la comunidad. En estas líneas la Ley Orgánica de Educación 2/2006 del 3 de mayo indicó que las administraciones educativas dispondrán del profesorado de las especialidades correspondientes y de profesionales cualificados; de esta forma el fisioterapeuta entró a formar parte de un equipo multidisciplinario en centros de red ordinaria o en aquellos exclusivamente dedicados a la educación especial a través de intervención directa con el alumno o indirecta con padres, educadores, agentes sociales y otros profesionales sanitarios... o así debería ser, a menos que al fisioterapeuta le lluevan hostias tratando de hacer su trabajo.

La cosa es que en el mundo real las disposiciones de buena voluntad se quedan generalmente en agua de borrajas: Cantos al sol, buenas intenciones. No hay Decreto ni Ley Orgánica suficiente para conferir el valor inherente a la función del fisioterapeuta en educación especial: se tiene en el corazón social colectivo o no se tiene. La sociedad debe decidir si quiere tomar cartas en el asunto o, por el contrario, mirar hacia otro lado hasta que le apriete el zapato. No es de extrañar que

sean las asociaciones de padres las primeras en defender la figura del fisioterapeuta en el proceso de educación de sus hijos en las escuelas públicas mientras las administraciones se pasan la patata caliente de unas a otras. En este marco el fisioterapeuta apoya al estudiante en un proceso individualizado de educación aportando su conocimiento en movimiento y función en el sistema neuromusculoesquelético, preparándole para el proceso ulterior de educación superior, empleo y vida independiente. La participación independiente del alumno en las actividades de la vida diaria presente y futura es el *leitmotiv* del fisioterapeuta, un engranaje importante en el equipo de atención al alumno, o así debería ser, a no ser que el personal que "corta el bacalao" se pase las leyes impresas en papel y las disposiciones vinculantes por el arco del triunfo.

Para acabar esta pieza con una sonrisa confieso que el partido de fútbol en el aula de educación especial de TCS se desarrolló, querido lector, a pedir de boca (*Careful dad those guys are viciós*). En una *Quickie* prestada hice lo posible para no perder los dedos contra las ruedas de los que se lanzaban a la carga como cosacos. El portero de los *Wheels of Fire* en una *Pride Jazzy* eléctrica no dejaba pasar una a pesar de que el delantero del *Walking Silly*, en andador cromado hasta las cazoletas, se afanaba en darle viruta al esférico; chicas de buen porte empujaban a maromos de metro ochenta con el tronco atado a una silla de oficina que se daban candela para controlar el balón y pasarle la bola a los más pequeños en *Wenzelites* eléctricas. El aula se iba llenando de espectadores y vítores, *Wheeler*s y *Walker*s (los que viven en una silla y los que pueden caminar) cogidos en un momento en el que poco importaba que el portero sufriese parálisis cerebral, el mediocampista tuviese síndrome de Down o el delantero lidiase con las secuelas de un Guillain-Barré de cojones. De lleno en el papel de hermanos y hermanas mayores estos chicarrones impulsados por *high school darlings* dieron testimonio de que los jóvenes, *walkers* y *wheelers* por igual, son el motor humano que impulsa una nación; sin ellos la escuela es un edificio sin vida y la sociedad una entidad superficial con la premisa moral de una colonia de bacterias. Aquel fue un buen momento, querido lector, para caer en la cuenta de que con zapatos o ruedas cromadas, a la carrera o al control de un *joystick*, el respeto al individuo y a su potencial define al fisioterapeuta en atención especial y, aún más importante, al futuro de un país tal y como lo conocemos.

“

Los jóvenes, *walkers* y *wheelers* por igual, son el motor humano que impulsa una nación; sin ellos la escuela es un edificio sin vida y la sociedad una entidad superficial con la premisa moral de una colonia de bacterias



Es justo reconocer el trabajo y el carisma de *wheelers* de la talla de Stephen Hawking o Christopher Reeve en la promoción de la educación e investigación para el tratamiento de las lesiones medulares y ALS. Su dedicación a una causa desinteresada les hace grandes en un mundo mezquino. A ellos, gracias de todo corazón. (Christopher Reeve en conferencia en MIT 2003-03-02. Mike Lin. Public Domain. https://www.wikiwand.com/en/Christopher_Reeve) (Stephen y Lisa Hawking. 04/21/08. NASA/Paul Alers. Public Domain. https://www.wikiwand.com/en/Stephen_Hawking).

De hecho, no es hasta 1970 cuando contamos con un primer, y más bien tímido, atisbo de planteamiento a este respecto en España, con la Ley de Educación 14/1970, del 4 de agosto de ese lejano año en la España tardofranquista, que simplemente alude al establecimiento, por parte del Ministerio de Educación y Ciencia, de unos medios para localizar y diagnosticar alumnos necesitados de educación especial... y "res mes", como dirían en valencià, en aquellos tiempos. Hay que esperar a los años ochenta para que se articule la ordenación jurídica de esta educación, como bien se explica en algunas de las secciones del monográfico, y con ella aparecerán los primeros fisioterapeutas "especializados" en estos quehaceres, aunque de manera bastante precaria, tanto en medios como en cometidos. Previamente algunos pioneros, enfermeros que habían realizado la especialidad de Fisioterapia en los años sesenta y setenta, como es el caso del jubilado **Florencio Calle** y del también veterano pero aún en activo **José Esteban**, comenzaron a trabajar con niños realizando principalmente estimulación temprana, tanto en centros sanitarios como, en menor medida, en centros educativos. Es el caso también de otra "histórica" de nuestra profesión: la alicantina **Maribel García-Romeu**, homenajeada recientemente en la Gala de la Salud de Alicante (noviembre de 2014).

Pero es, como señalábamos, en la década de los ochenta cuando el primer contingente de profesionales de la Fisioterapia ocupará progresivamente plazas de Educación Especial, coincidiendo con el cambio formativo y las primeras promociones de diplomados universitarios en Fisioterapia, al tiempo que se desarrollaba el modelo autonómico en nuestra comunidad.

Casualidad o no, contamos con tres magníficos pioneros en la educación especial valenciana, surgidos de la primera promoción de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de la Universidad de Valencia, histórica a nivel nacional como bien saben nuestros lectores, que nos han prestado su valioso testimonio en la realización de este especial de FAD: **Carmen Iniesta**, que nos escribe la Editorial para esta ocasión; **Elvira Beltrán**, que amablemente nos narró las numerosas dificultades que han tenido (y continúan teniendo) los compañeros dedicados a esta preciosa pero sufrida labor; y su compañero de centro y ex-vice decano del ICOFCV **Jaime Martínez**, todo un precursor en estos quehaceres que ha tenido el detalle de dedicarnos la entrevista principal.

Fuera de nuestra Comunidad Valenciana, el panorama también es escaso en cuanto a los recursos desarrollados en Fisioterapia Educativa, aunque podemos destacar algunas comunidades autónomas como la de Mur-



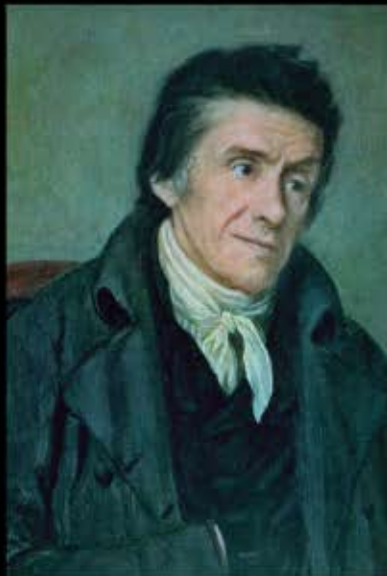
Maribel García-Romeu junto a la delegada y al vocal del ICOFCV de Alicante en la Gala de la Salud de 2014



Jaime Martínez con un niño en el gimnasio de fisioterapia del colegio en el que trabaja actualmente

cia, que cuentan con varias publicaciones monográficas, guías y protocolos, promovidas por los profesionales de esta Comunidad en los últimos años, como la eminentemente práctica "Guía básica de fisioterapia educativa" (2015) editada por el Gobierno de la Región de Murcia. Sirva ello para mandar un cariñoso saludo desde estas páginas a mis compañeros fisioterapeutas que están nutriendo el cuerpo de profesionales dedicados a esta apasionante labor en toda España.

A todos ellos, nuestra admiración y solidaridad, a la espera de que su situación profesional se asiente y desarrolle debidamente.



Enrique Pestalozzi, padre de la Pedagogía Moderna. Destacó por buscar igualdad de educación para personas con escasos recursos.

El origen de la Fisioterapia en Educación Especial: un desarrollo escaso y tardío

José Ángel González. Director de *Fisioterapia al Día*. Colegiado 2381

El disciplinado lector que haya estado leyendo nuestro "magazine" ordenadamente, una vez llegado a estas líneas habrá podido comprobar las carencias y reivindicaciones que señalan al respecto nuestros colaboradores de este número monográfico sobre Educación Especial, obviamente en el ámbito comunitario valenciano, pero extensible también al territorio nacional, al margen de la escasa trayectoria histórica que esta variedad de la asistencia fisioterápica tenga a nivel mundial.

Así, por ejemplo, nuestro compañero **Francisco Guillot** inicia su relato sobre el proyecto integrador recordándonos el desolador contexto de la historia antigua, donde los niños "diferentes" eran rechazados y perseguidos, cuando no eliminados, en un sinsentido que se extendería secularmente hasta buena parte del siglo XX (no hace falta que les recuerde detalladamente, avezados lectores, la barbarie de los regímenes totalitarios que aislaron e incluso asesinaron masivamente a tantos discapacitados).

Pero sí que podemos situar unas raíces de nuestro paradigma educativo y pedagógico en la Historia Moderna, una vez más, aunque pueda parecer recurrente. ¡Qué hubiera sido del decurso histórico sin ese hermoso "siglo de las luces"! ¿no creen?. En efecto, serán el suizo **Pestalozzi** y el alemán **GutsMuths** quienes, en la segunda mitad del XVIII, sientan las bases de la aplicación de la pedagogía y la educación física en los centros escolares. Por supuesto que lejos aún del concepto actual, muy reciente en el tiempo, de nuestro tema en cuestión.

Nous plantejaments en fisioteràpia pediàtrica



Maria del Carmen Ponce Agudelo

Colegiada 56

Fisioterapeuta del CEE Castell Vell de Castelló de la Plana
Postgrau en fisioteràpia pediàtrica (Universitat de València)

Els darrers anys s'ha donat un canvi considerable als plantejaments que els fisioterapeutes teniem sobre la fisioteràpia pediàtrica. Noves investigacions en el camp de la ciència del moviment han obert diferents expectatives per als professionals. Els nous coneixements sobre el desenvolupament de la capacitat motriu i els elements que intervenen en l'aprenentatge motor, ens han donat un nou marc teòric basat en l'evidència científica en el camp de la neurociència que ens ha ajudat a entendre millor les dificultats en el control i aprenentatge del moviment.

Fins fa uns anys, les teories sobre desenvolupament motriu defenien l'existència d'una maduració neural intrínseca del subjecte com a única guia de la seua evolució motriu. Les antigues línies suggerien que el repertori conductual del xiquet era guiat per una disminució dels reflexos primitius que amainaven, desapareixien o eren guiats o integrats en patrons motors més madurs. El tractament es basava en evocar repetidament patrons de moviment per facilitar postures o moviments. Segons açò, el desenvolupament motriu es devia donar en una seqüència jeràrquica i invariable, depenent de la maduració cortical i es postulava que eren necessàries unes fites motrius prèvies per a poder adquirir les següents (com el control del gateig previ a l'adquisició de la marxa, etc.). Poc es tenien en compte altres factors individuals i, sobretot, la influència de l'entorn canviant que actualment hem comprovat que és clau en el desenvolupament del xiquet.

També ha estat habitual que els professionals, quan invertim molt de temps i energies a formar-nos en un determinat concepte de tractament, acabem caient en el "dogmatisme metodològic". Podem trobar-nos en la situació d'argumentar i aplicar la filosofia que ha guiat sempre el nostre treball a tots els subjectes i situacions. Als temps actuals, cal estar obert a les noves investigacions, basar-nos en l'evidència científica i fer les modificacions oportunes al nostre treball evitant insistir en enfocar cada actuació amb la metodologia que s'ha emprat durant dècades, és un fet humà resistir-se a eixir de la "zona de confort" encara que les noves visions



Fem servir activitats significatives per al xiquet, per ampliar el seu repertori de moviments, en aquest cas amb el seu "quadern de comunicació"

aporten un enriquiment a la nostra manera de pensar i, per tant, d'actuar en conseqüència.

Altra situació freqüent amb que ens hem trobat davant de les diferents teories, mètodes i conceptes existents a la bibliografia i a la nostra pròpia formació, ha estat que alguns professionals han optat per una visió potser excessivament "eclectica", seleccionant tècniques d'uns i altres mètodes o filosofies de treball. Si bé és cert que convé conèixer les diferents intervencions per poder formar-nos una opinió i poder assessorar correctament a les famílies, és ambigu acabar fent-hi "barreges" de conceptes als tractaments, en ocasions contradictoris entre si, i no



Els productes de suport (ajudes tècniques) per a les activitats de la vida diària faciliten l'autonomia

Ha suposat un replantejament de les intervencions que es fan a fisioteràpia pediàtrica la publicació de Novak et al de 2013 (A Systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. Traduït al castellà per Alicia Manzananas). És una lectura molt recomanable per als que treballem a l'àmbit de la fisioteràpia pediàtrica. Novak i els seus col·legues es van preguntar si són adequades les intervencions que estan rebent els nens amb paràlisi cerebral. Per donar resposta a aquesta pregunta, van realitzar una revisió d'aquestes intervencions amb la intenció de conèixer la seua eficàcia amb evidència científica. Es partia de que, davant de multitud de mètodes d'actuació, no existia cap garantia que els nens amb paràlisi cerebral estiguessin rebent intervencions basades en l'evidència. En resposta a aquestes inquietuds van revisar 166 articles, que van complir els criteris d'inclusió, que tractaven sobre 64 tipus diferents d'intervencions aplicades en nens amb paràlisi cerebral.

D'acord amb els seus resultats, s'han evidenciat com eficaces les intervencions basades en la teoria d'aprenentatge motor que es centren directament en l'entrenament de tasques específiques o d'activitats d'interès, que no s'ocupen de les deficiències en les estructures corporals i la funció. Per contra, intervencions clàssiques i mètodes intensius apareixen com intervencions que probablement no siguin adequades, algunes d'elles fins i tot, no adients per la manca d'evidència científica dels resultats de les seues investigacions o l'evidència dels seus efectes a llarg termini. A partir d'aquesta revisió, els fisioterapeutes pediàtrics ens veiem en l'obligació de qüestionar-nos les intervencions habitualment fetes fins ara...

En opinió dels autors, la CIF (Classificació del Funcionament, la Discapacitat i la Salut), ha redefinit una nova manera en la que els professionals entenen la discapacitat i com pensen respecte a les opcions d'intervenció, afavorint un enfocament dirigit a modificar l'entorn dels nens, la seua independència en les activitats diàries i la seua participació en la comunitat. L'enfocament basat en objectius s'aplica a l'entorn natural del xiquet, ajudant a les famílies a aconseguir metes concretes tenint en compte el xiquet com a subjecte actiu del seu desenvolupament, reconeixent a la família com a promotors i responsables de l'evolució dels seus fills i, fins i tot, en la presa de decisions relacionats amb l'enfocament terapèutic i la planificació d'objectius concrets. El marc d'intervenció centrada en la família (podria ser aplicable a altres entorns quotidians com l'escolar) s'ha demostrat eficaç i té en compte la relació cost/benefici.

Segons aquestos models centrats a l'entorn, es deixen arrere els models en que es suposava que el professional tenia tots els coneixements i sabia millor que la família el que el xiquet necessitava (Cohrssen et al. 2010), no es reconeixia capacitat a la família per assistir al seu propi fill i mantenia una visió del nen com a objecte i no com a subjecte. Als models actuals es passa a reconèixer la importància de la interacció dels fisioterapeutes amb el nen, família, metges, educadors i altres professionals. La decisió clínica és un procés en el qual la informació es comparteix, s'identifiquen les opcions i es tria planificant conjuntament els objectius depenent de cada situació, xiquet, context i decisions familiars. (Palisano, 2006) contemplant les opcions que ofereixen les intervencions eficaces, plantejant objectius realistes tenint en

compte el pronòstic i evolució esperada (Rosembaum et al. 2002). Centrat en les necessitats del subjecte i la família, en la funcionalitat i participació, atenent la globalitat del nen que és considerat com un subjecte actiu a través d'objectius flexibles, individualitzables i interdisciplinars, "F-words" descrites per Rosembaum i Gorter: Funció (joc en el cas dels xiquets), Família, Fitness (salut a través de l'activitat física), Fun (diversió), Friends (relacions amb iguals). S'ha proporcionar respecte i suport a les famílies, basar les intervencions en els punts forts del nen i la família i no en les seues febleses, abans de la intervenció s'han d'identificar les necessitats i prioritats, ha d'haver una comunicació i coordinació fluïda compartint informació i, sobretot, l'aprenentatge es dona en l'entorn natural del nen, que és on passa la major part del temps, té més oportunitats de generalitzar-lo i disposar de la variabilitat pròpia d'un entorn ecològic natural.

Actualment, amb les noves filosofies funcionalistes com a manera d'abordar la discapacitat, un aspecte que no podem oblidar és la preservació de les alineacions estructurals i prevenció d'alteracions ortopèdiques. Tant els productes de suport destinats a millorar l'autonomia com les ajudes al posicionament (sistemes posturals per a la sedestació, bipedestació, etc.) han de formar part de l'atenció fisioteràpica dels xiquets en període de creixement. Si bé és cert que l'enfocament de prioritzar el desenvolupament funcional per a poder desenvolupar-se de la manera més plena possible a l'entorn i millorar la seua qualitat de vida, sense imposar restriccions a la seua participació, hem d'anar amb cura de les possibles alteracions estructurals que poden donar-se en els cossos en creixement de xiquets que poden tindre uns repertoris limitats de moviments que acaben donant lloc a deformitats. Trobar l'equilibri entre llibertat de moviment per a desenvolupar la major varietat possible d'estratègies per a dur a terme les tasques de la vida diària i els elements externs o controls posturals per preservar les estructures, pot suposar un delicat equilibri que requereix de molta reflexió i una valoració amb molta cura de cada cas concret, que pot ser totalment diferent d'un altre i per al que no ens serveixen "receptes" sinó una intervenció altament personalitzada.

La conclusió final que podem extraure dels darrers estudis és que es necessita més investigació, usant dissenys rigorosos, per poder seguir determinant l'eficàcia de les intervencions aplicades a la població pediàtrica. Així mateix hem de pensar en termes d'eficiència, és a dir, si el tractament és eficaç o no a llarg termini, en el cost econòmic i personal que pot suposar per al xiquet i la seua família aconseguir els objectius marcats.



Trobar l'equilibri entre llibertat de moviment per a desenvolupar la major varietat possible d'estratègies per a dur a terme les tasques de la vida diària i els elements externs o controls posturals per preservar les estructures, requereix una valoració una intervenció altament personalitzada.



Amb els sistemes de posicionament i mobiliari adaptat es promou la prevenció d'alteracions ortopèdiques mantenint una postura adequada

El fisioterapeuta en el ámbito escolar



Juan Pedro Julián Marzá

Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación.
Orientador Escolar de los SPEs de la Comunidad Valenciana.

Antes de analizar el papel del fisioterapeuta en el ámbito escolar hay que delimitar tres conceptos, el que entendemos por Necesidad Educativa (NE), Necesidad Educativa Especial (NEE) y por Escuela Inclusiva.

Una necesidad educativa la puede presentar cualquier alumno/a a lo largo de su vida académica en sus procesos de aprendizaje; una necesidad educativa se convertirá en especial si se deriva de situaciones diversas, como una discapacidad, un trastorno, una dificultad, un contexto sociofamiliar desajustado, etc., y si requiere de la activación de una serie de recursos personales y/o materiales para normalizar, en todo lo posible, la escolarización de estos alumnos/as.

La normalización nos lleva directamente al segundo aspecto a considerar, la inclusividad, es decir, posibilitar a "todos" los alumnos/as a participar en la vida y el trabajo dentro de la comunidad escolar, de manera conjunta, sin importar las necesidades educativas que pudieran presentar, culturas ni religiones, orígenes ni etnias y con los recursos necesarios para ello. La educación inclusiva adaptará los sistemas y estructuras de la escuela para satisfacer las necesidades del niño con NEE, cambiando y/o adaptando, si es necesario, el currículo, las actitudes y valores, los modelos, los espacios. Inclusión no es integración; en la inclusión el niño/a no se adapta a la escuela sino que la escuela es la que se adapta al niño/a. El modelo ha ido evolucionando en las últimas décadas:

Exclusión → Integración → Inclusión

Es en este modelo inclusivo en el que hay que entender la creación, en el ámbito público, de los centros ordinarios de escolarización preferente de alumnos con discapacidad motórica. Lamentablemente los recursos de la Administración son limitados y por ello hay que optimizar al máximo los existentes, no se puede dotar a todos los centros ordinarios de los recursos necesarios para escolarizar a estos alumnos/as. Este tipo de centros se constituyen como escuelas de Educación Infantil y Primaria, junto con los Institutos de enseñanza Secundaria, dotadas de más recursos (personales y materiales), acondicionadas arquitectónicamente, en las que se pueden atender las necesidades de estos alumnos en un contexto de inclusión y normalidad. No son centros especiales, no tienen aulas específicas, los alumnos con NEE están escolarizados en ellos de manera ordinaria; simplemente en ellos encontramos más posibilidades de atención.

Entre los recursos personales de estos centros encontramos la figura del fisioterapeuta escolar que desempeñará sus funciones integrado en las estructuras educativas para facilitar el acceso al currículo del alumnado con NEE con diversidad funcional motora. El fisioterapeuta escolar adaptará el entorno educativo a las necesidades de cada alumno/a, buscará desarrollar sus capacidades e incrementar su autonomía en la escuela para conseguir objetivos comunes o individuales dentro de un modelo inclusivo. La fisioterapia que desarrollará será funcional, adaptada al entorno desde un ámbito multidisciplinar y no sanitario; se valdrá para ello de las diferentes posibilidades que ofrecen las adaptaciones de acceso (mobiliario, espacios, ayudas técnicas individuales, etc.) y las técnicas propias de la fisioterapia.

El fisioterapeuta en el medio escolar trabajará la psicomotricidad, las capacidades físicas básicas, centrándose en el apoyo a la diversidad funcional, explorará las necesidades y posibilidades del alumno en el ámbito motriz buscando soluciones de mejora y compensa-



ción; no enseñará, evidentemente, contenidos propiamente curriculares, pero sí que participará de ellos en su actividad diaria; desde la inclusividad incidirá en diversas actividades, espacios y tiempos, buscando la funcionalidad, la contextualización y la facilitación. Uno de los objetivos fundamentales de la escuela es formar "personas" en el sentido amplio de la palabra y para ello el especialista ha de enfrentarse al niño no como un paciente sino como alguien a quien, desde la transversalidad, hay que guiar para que se forme como hombre y como individuo social.

En la educación inclusiva han de participar todos los miembros de la comunidad educativa para facilitar el crecimiento y el desarrollo personal así como la cohesión social de todos sus miembros. De ello se desprende que el fisioterapeuta, aunque no sea docente, no puede estar aislado dentro de la comunidad educativa; forma parte de ella y una parte muy activa; además es él quien servirá de puente entre dicha comunidad y otros servicios externos que también inciden con el alumnado. La coordinación interdisciplinar y multidisciplinar del fisioterapeuta será fundamental en la atención a los alumnos con NEE con diversidad funcional motora; el fisioterapeuta, en el centro, se coordinará con el equipo docente que atiende a cada uno de sus alumnos: tutor/a, profesores especialistas (PT, AL), educadores, enfermero/a, orientador; externamente la coordinación será con las familias, los profesionales médicos, el ortopeda, trabajadores sociales, etc.

Desde mi propia experiencia personal en el ámbito de la orientación psicopedagógica en los últimos veintiséis años y, para concluir este breve artículo, sólo me queda remarcar que el fisioterapeuta escolar es un profesional fundamental en la atención a los alumnos con dificultades motoras desde una perspectiva inclusiva y normalizadora. Un profesional sobre quien habrá que despejar dudas administrativas, normalizando y normativizando su situación laboral y de funcionamiento.

Fisioteràpia

Fisioterapia en la Educación Especial

Análisis de las alteraciones lumbopélvicas de los niños de primaria y tipo de mesa escolar

Autora

Mireia Font Poré

Grado Fisioterapia Facultad de Valencia
Doctoranda por la Universidad de Valencia

Coautora

Bibiana Font Poré

Grado Fisioterapia Facultad de Valencia
Doctoranda por la Universidad de Valencia

Coautores

Josep C. Benítez

Fisioterapeuta. Facultad de Fisioterapia de la UV
Doctor por la UCAM

J. Fernández Garrido

Enfermero, Facultad de Enfermería y Podología
Universidad de Valencia

Resumen

Introducción: Durante el 5º y 6º año de vida, existe un periodo de enriquecimiento y una regulación de todos los movimientos realizados, al igual que aumenta el interés por las actividades tranquilas, como pintar, etc. ⁽¹⁾⁽²⁾. Empiezan a realizar más actividades físicas y extraescolares siendo determinante para el desarrollo físico de los niños. A partir de las actividades que realicen, su cuerpo se ira moldeando pudiendo aparecer los primeros problemas musculoesqueléticos de la infancia – adolescencia que le afectaran en la edad adulta. La Asociación Española de Pediatría advierte de la frecuencia de la aparición de estos problemas ⁽³⁾.

Según Castellucci, los niños pasan aproximadamente 5 horas al día en sedestación en la escuela donde, además de tener en la mayoría de los casos un inadecuado mobiliario escolar, es factible pensar que se puedan producir algunos cambios anatómico-funcionales ⁽⁴⁾ y que los niños puedan tener malos hábitos relacionados con un mobiliario inadecuado, causándoles problemas sobretodo lumbopélvicos.

Método: Investigación experimental y longitudinal desarrollado en 13 colegios públicos y concertados de la Población de Vila-real (Castellón). La muestra esta formada por niños/as de edad media de 6,23 años (n=206) y niños/as de edad media 8,27 años (n= 221).

Resultado: La hiperlordosis lumbar encontrada en la muestra de estudio, con el 59,6% y 77,2% en las niñas de 1º y 3º curso respectivamente y un 57% y 56% en los niños de 1º y 3º curso respectivamente y la anteversión pélvica con 100% en las niñas de primero y un 99% en los niños de 1º y niños/as de 3º fueron los hallazgos más significativos.

Conclusión: Las alteraciones detectadas con mayor frecuencia fueron la anteversión de la pelvis y un elevado porcentaje (entre 56% y 77%) de casos de hiperlordosis lumbar. Se intuye una posible relación entre el tipo de mesa escolar utilizada y la alta frecuencia de hiperlordosis lumbar encontrada, no pudiéndose establecer la misma correlación entre el tipo de mesa escolar y la anteversión pélvica.

Los autores del estudio declaran que no hay conflicto de intereses en relación a los resultados de esta investigación

Palabras clave: Ergonomía, Higiene postural, Mesa escolar, Niños de primaria

Introducción

Desde el nacimiento nuestro cuerpo está continuamente evolucionando, adaptándose a los cambios propios de cada edad.

De 5 a 6 años existe un periodo de enriquecimiento y una regulación de todos los movimientos realizados por el cuerpo como son: ser capaz de correr o saltar de forma fluida, lanzar y atrapar pelotas hacia arriba. Pero también en esta época aumenta el interés por las actividades tranquilas, como pintar, dibujar, recortar y, en general, hacer toda clase de manualidades.⁽¹⁾⁽²⁾

Durante este periodo es cuando empiezan a aumentar el tiempo dedicado a las actividades físicas y extraescolares, apareciendo los primeros problemas musculoesqueléticos de la infancia – adolescencia que le afectara en la edad adulta.

Parcells en 1999, se dio cuenta de que el 80% de la población adulta en Estados Unidos necesita atención médica por problemas de espalda en algún momento de su vida, pero lo sorprendente fue el número de niños y adolescentes que realizaban rehabilitación por dolor de espalda, de cuello y de cabeza.⁽³⁾

Según C. García Fontecha en 2014, el dolor de espalda parece ser el segundo tipo más frecuente de dolor en el niño después del dolor articular, y antes que el dolor de talón o de piernas. Existe una prevalencia variable con la edad y con la localización del dolor. Los valores a los 9, 13 y 15 años son: para el dolor cervical, 10%, 7% y 15%; para el dolor dorsal, 20%, 13% y 35%; y para el dolor lumbar, 4%, 22% y 36%, respectivamente. Uno de los motivos de preocupación es que el 50% de los niños que han sufrido dolor de espalda volverá a tenerlo, hasta un 8% de ellos tendrá una evolución crónica, causando en el futuro dolor en el adulto.

En cuanto a la repercusión clínica, solo entre 25% - 38% de los niños con dolor de espalda llega a consultar al médico y, muchos de ellos, tienen dificultades para realizar actividades propias de su edad: tienen limitaciones funcionales en el colegio (10-28%), dejan de practicar deporte o actividad física ente 23-50%.⁽⁴⁾

La Asociación Española de Pediatría en el 2010 ya advierte de la frecuencia con la que los niños acuden a las revisiones del niño sano o a consultas a demanda con problemas de espalda que, sin ser patológicos, generan dolor, contracturas y la posibilidad en la edad adulta de tener problemas de mayor importancia.⁽⁵⁾

Mantener la postura correcta es esencial para evitar dolor lumbar, de piernas u otros problemas musculoesqueléticos. Pero exceptuando las personas o profesionales que saben o conocen la ergonomía, la mayoría de personas no conocen cuales son las posturas adecuadas que deben adoptar para no dañar su cuerpo. La mayor parte de los niños/as suelen adoptar las posturas que ven realizar a sus familiares más allegados.

La Fisioterapia es el instrumento perfecto para realizar la prevención, para ello es necesario adoptar medidas que reduzcan los factores de riesgo. Las actividades o posturas adoptadas en los colegios pueden ocasionar alguna lesión o malformaciones musculoesqueléticas, como ocurre en el raquis. En el plano sagital, el raquis muestra sus curvaturas fisiológicas con angulaciones que oscilan entre amplios márgenes de normalidad. No obstante, cuando se superan dichos márgenes por exceso o por defecto se consideran deformidades de la columna vertebral. Dichas alteraciones podrán darse por incremento, disminución, abolición e incluso inversión de las curvas fisiológicas.

Gran parte de las alteraciones son de naturaleza postural siendo conocidas como alteraciones posturales, no estructuradas, funcionales o actitudinales, en las cuales, no existe alteración estructural ósea y pueden ser corregidas espontáneamente por el individuo. Es importante a su vez distinguir entre curvas principales y curvas de compensación. Las cifosis patológicas se compensan generalmente con hiperlordosis lumbares, mientras que las cifosis toracolumbares determinan un dorso plano suprayacente. Y las hiperlordosis se compensan con cifosis supra e infra adyacente y con una basculación de la pelvis hacia delante (anteversión pélvica)⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Esta hiperlordosis se considerara fisiológica hasta los 5 años de edad aproximadamente, siendo más frecuente en el sexo femenino.

Las desalineaciones posturales no estructuradas en el plano sagital, suelen ser variaciones posturales o "malas actitudes" que pueden variar en el mismo niño en diferentes exploraciones. Las curvas raquídeas se muestran exageradas, extendidas, abolidas o invertidas, siendo todas reductibles tanto activa como pasivamente.⁽⁷⁾

A medida que el cuerpo va cambiando, la postura también va modificándose para adaptarse a los cambios propios del crecimiento y madurez corporal (No es la misma postura la de un niño/a de 3 años que la de una persona adulta), dependiendo del desarrollo psicomotriz que se haya tenido desde el nacimiento⁽⁹⁾, ya que los primeros años de vida son fundamentales para su

desarrollo.⁽¹⁰⁾ Como bien dice Dña. Ana B. Herrero Jiménez en el estudio realizado en la revista interuniversitaria de formación de profesores en Abril del 2000, y basándose desde el nacimiento hasta los 3 años, “el cuerpo es el medio de comunicación, el instrumento por el que nos expresamos, y a través de él, de su acción sobre el medio, donde el niño va a poder acceder a la representación mental de la experiencia”.⁽⁹⁾

Centrándonos en la parte postural, un niño puede adoptar posturas anómalas desde el nacimiento hasta la vejez, como bien plantea la asociación española de pediatría en el 2010. Pero estas posturas anómalas pueden ser tanto en bipedestación, como en la deambulación o en sedestación.⁽¹²⁾⁽¹³⁾

Muchas de estas posturas anómalas o malos hábitos posturales, la falta de ejercicio físico, sobrepeso, pueden generar problemas musculoesqueléticos.⁽³⁾

En los últimos años, el crecimiento de la ergonomía en los países desarrollados ha sido tan grande, que su campo de trabajo se ha ampliado, y son objeto de su estudio las personas en relación no sólo con el trabajo, sino también con el resto de actividades que realiza diariamente. Además, las actividades ergonómicas y de higiene postural tampoco se reducen a la población adulta, sino que asimismo abarcan el entorno infantil⁽¹⁴⁾, el cual queremos investigar en este estudio.

Según Castellucci en el 2010, los niños pasan cerca de 5 horas al día en sedestación mientras realizan su trabajo en la escuela. Teniendo en cuenta esta circunstancia, así como el posible uso inadecuado del mobiliario escolar, es probable que se produzca cambios anatómico-funcionales y problemas en el proceso de aprendizaje.⁽⁴⁾

Por lo tanto cabe la posibilidad de que los niños puedan tener malos hábitos por el mobiliario. Este puede ser pequeño o grande, al mismo tiempo que el niño puede ser alto o bajo, pudiendo hacer que no estén cómodos en el colegio por el mobiliario, por no saber posicionarse o no saber cuál sería su posición correcta.

Métodos

Diseño

Investigación experimental con diseño de campo y longitudinal. Realizado en 13 colegios entre públicos y concertados.

Los criterios de inclusión y exclusión:

Se incluirán los niños/as que cursen el primer ciclo de primaria (entre 5-6 años) en la población de Vila-real, que se encuentra situada en la Plana Baixa, provincia de Castellón. Con el consentimiento informado por los padres/madres o tutores legales, firmado.

Los niños excluidos serán aquellos que presenten lesiones traumáticas, que estén convalecientes, que se incorporen al colegio después del inicio del estudio, si no han sido incluidos desde el inicio del mismo y los que no acudan a clase los días que se realice la revisión.

Muestra

Para la obtención de la muestra se tendrá en cuenta, los 13 colegios entre públicos y concertados. Disponen de dos líneas de educación (dos clases por curso), menos un colegio que dispone de una línea. La población a estudio estará formada por niños/as que cursan primero de primaria y los niños/as que cursan tercero de primaria, siendo elegidos al azar una única clase en los colegios que tengan dos líneas por curso.

Se pide autorización a la Conselleria de Educación y Sanidad de la Comunidad Valenciana, al Ayuntamiento de Vila-real para poder acceder a los colegios y realizar este estudio. También se informa del estudio personalmente a los directores y docentes de los centros, para pedir su conformidad y colaboración para poder realizarlo dentro del recinto escolar. Dos de estos colegios decidieron no formar parte.

La media por clase en la población de primero de primaria es de 18'72 niño/a, y en la población de tercero de primaria es de 17 niños/as por colegio. Las mediciones han sido realizadas en horario escolar y dentro de cada centro, en una sala cedida por cada colegio, pero habilitada para el estudio. (La sala debía tener como requisitos: una profundidad de dos metros aproximadamente, fácil acceso para llegar el alumnado pero al mismo tiempo poco accesible para el resto de personas, para preservar la intimidad de los niños/as, ya que cada medición se realiza individualmente, con calefacción o con ventilación).

La muestra está formada por niños/as de edad media de 6,23 años y n=206 con niños/as de edad media 8,27 años con n= 221 niños/as.

Instrumentos

La obtención de datos de las revisiones mediante hoja de recogida de datos, que consta de:

- Cuestionario a contestar por los/as niños/as,
- Mediciones antropométricas (peso, altura, IMC, ángulo Q de la rodillas, medición si hay de genu valgo o varo, escoliosis medido con escoliometro), donde se anotaran los datos obtenidos. *Tabla 1.* Comparando estas mediciones con la antropometría Española y de la OMS. ⁽¹¹⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾
- Las observaciones realizadas (con el podoscopio en bipedestación,...). *Tabla 2. Tabla 3*

Tabla 1. Características antropométricas

Niños de 3° de primaria	NIÑOS n=91	NIÑAS n=114
Edad	8,31	8,24
Peso (Kg)	31,34	33,36
Altura (m)	132,77	133,87
IMC (Kg/m2)	17,79	18,66
Niños de 1° de primaria	NIÑOS n=107	NIÑAS n=99
Edad	6,21	6,25
Peso (Kg)	25,40	25,45
Altura (m)	121,32	120,66
IMC (Kg/m2)	17,08	17,36

Tabla 2. Obtención de los datos de las alteraciones de la Columna

1°	Normal	Hiperlordosis Lumbar	Cifosis	Dorso Plano	Flexibilidad
Niñas	7%	59,6%	21%	70,7%	2,88
Niños	3,7%	57%	15%	80,3%	7,3
3°	Normal	Hiperlordosis Lumbar	Cifosis	Dorso Plano	Flexibilidad
Niñas	2,6%	77,2%	21%	73,7%	4,11
Niños	10%	56%	30,8%	59,3%	7,27

Tabla 3. Obtención de los datos de las alteraciones de la Pelvis

1°				Más baja	Rotada	Dismetría más larga			
	Normal	Anteversión	Retroversión	Dcha.	Izqda.	Dcha.	Izqda.	Dcha.	Izqda.
Niñas	0%	100%	0%	3%	6%	10%	0%	0%	2%
Niños	0%	99%	0%	4%	7,5%	6%	0%	5%	3%
3°				Más baja	Rotada	Dismetría más larga			
	Normal	Anteversión	Retroversión	Dcha.	Izqda.	Dcha.	Izqda.	Dcha.	Izqda.
Niñas	0,8%	99%	0%	4,3%	15%	6%	11,5%	8%	3,5%
Niños	1%	99%	0%	14%	10%	8,8%	1%	5,5%	6,6%

Las exploraciones se han realizado en bipedestación, de espalda y lateral. Siendo además los niños fotografiados, para posteriormente poder extraer los datos con más precisión, siempre con previo consentimiento del tutor legal del niño/a.

En la realización de las exploraciones musculoesqueléticas se han obtenido unas variables cuantitativas (de peso, altura, IMC, ángulo Q, flexibilidad de los isquiotibiales, mediciones de genu valgo o varo, escoliosis,...) y unas cualitativas (el sexo de la población a estudiar).

Para la obtención de los datos de estudio, se utilizará siempre (para que haya el mínimo margen de error en las mediciones) el mismo instrumental: una báscula, un tallímetro, un podoscopio, goniómetro, cinta métrica, péndulo, escoliometro y cámara fotográfica. Con probada fiabilidad y precisión y fácil de transportar.

Encontrando asimetrías torácicas, desigualdad en ángulos costo abdominales, acortamiento isquiotibiales,... También se realizó la observación de las actitudes posturales adoptadas por los niños/as en clase, evitando la alteración de las posturas adoptadas normalmente por la presencia de alguien externo a su entorno. Hay niños/as que tienen buenas posturas, espalda acoplada, pies apoyados en el suelo, brazos apoyados encima de la mesa,..., mientras que otros no se podían quedar quietos. Se tomó como referencia de buena postura en la mesa, las descritas por la Asociación Española de pediatría con el mobiliario actual. Que son:

- Ángulo de 90° en las rodillas.
- Buen apoyo de la espalda en el respaldo de la silla.
- El cuerpo lo mas cerca posible de la mesa y recto.
- Los codos acoplados en la mesa.
- Pies bien apoyados en el suelo⁽³⁾

Se pidió información en cada clase al profesor/a de los cambios de posición de las mesas y la localización de los niños en las mismas, además de conocer cuándo y cómo se efectuaban los cambios de posición dentro de la misma aula de los/as niños/as. Las respuestas han sido muy diversas, hay clases que se realiza el cambio de localización cada semana y otros que lo hacen cada tres meses. Para la comparación de los datos obtenidos, se usará la Tabla Española de Antropometría en niños/as.

Resultados

Se obtuvieron los siguientes resultados en las exploraciones. Las alteraciones más destacadas son:

- La hiperlordosis lumbar con 59,6% y 77,2% en las niñas de 1º y 3º respectivamente y un 57% y 56% en los niños de 1º y 3º respectivamente.
- La anteversión pélvica con 100% en las niñas de 1º y un 99% en los niños de 1º y en la muestra de niños/as de 3º.

En la valoración inicial de la investigación, se han estudiado las posiciones incorrectas de los alumnos de primero y tercero de primaria con las mesas escolares actuales sin modificación.

Se valora si se genera un factor de riesgo en estos niños, a nivel de la hiperlordosis lumbar y la anteversión pélvica. Los resultados se muestran por sexo. Obteniendo como resultado: Ver tabla 4.

Resultados obtenidos de los niños/as con una posición incorrecta respecto a las mesas del colegio y la hiperlordosis lumbar son: (Ver tabla 5)

1. En las niñas de primero de primaria de: $1,65 >$ de 1, existe una asociación, por lo tanto habrá un factor de riesgo.

Las niñas de primero con una actitud incorrecta en las mesas escolares, tienen 1,65 veces más probabilidad de tener una hiperlordosis lumbar que las que tienen una buena postura en el mismo. Por lo tanto una colocación incorrecta de las niñas en la mesa escolar será un factor de riesgo para tener hiperlordosis lumbar.

El 39% de las alumnas de primero con hiperlordosis lumbar son atribuibles a una posición incorrecta. El 98% de todos los casos de hiperlordosis lumbar de las niñas de primero de primaria son atribuibles a una postura inadecuada en las mesas escolares.

2. El resultado obtenido en las niñas de tercero de primaria es de: $0,38 <$ a 1 habrá asociación, por lo tanto habrá un factor protector.

El 62% de las niñas de tercero de primaria con hiperlordosis lumbar, se podrían evitar al mejorar la postura en la mesa escolar.

3. El resultado obtenido en los niños de primero de primaria es de: $2,48 > de 1$ habrá asociación, por lo tanto habrá un factor de riesgo.

4. Los niños de primero con una actitud incorrecta en la mesa, tienen 2,48 veces más probabilidad de tener una hiperlordosis lumbar que los que tienen una buena postura. Por lo tanto una postura incorrecta de los niños de primero en la mesa escolar será un factor de riesgo para tener hiperlordosis lumbar.

El 59% de los alumnos de primero con hiperlordosis lumbar son atribuibles a una actitud incorrecta en el pupitre. El 99% de todos los casos de hiperlordosis lumbar de los niños de primero de primaria son atribuibles a una postura inadecuada en el pupitre.

5. El resultado obtenido en los niños de tercero de primaria es de: $1,26 > de 1$ habrá asociación, por lo tanto habrá un factor de riesgo.

La posición incorrecta de los niños de primaria en la mesa escolar, tienen 1,26 veces más probabilidad de tener una hiperlordosis lumbar que los que tienen una buena postura. Por lo tanto una postura incorrecta en las mesas escolares será un factor de riesgo para tener hiperlordosis lumbar.

El 20% de los alumnos de tercero con hiperlordosis lumbar son atribuibles a una posición inadecuada en la mesa escolar. El 95% de todos los casos de hiperlordosis lumbar en los niños de tercero de primaria son atribuibles a estas posturas incorrectas.

Tabla 4: Resultados de hiperlordosis lumbar y anteversión pélvica

1° DE PRIMARIA			
NIÑAS	Niñas que si tienen	Niñas que no tienen	Total
Hiperlordosis lumbar	59	40	99
Anteversión pélvica	99	0	99
NIÑOS	Niños que si tienen	Niños que no tienen	Total
Hiperlordosis lumbar	61	46	107
Anteversión pélvica	106	1	107
3° DE PRIMARIA			
NIÑAS	Niñas que si tienen	Niñas que no tienen	Total
Hiperlordosis lumbar	88	26	114
Anteversión pélvica	113	1	114
NIÑOS	Niños que si tienen	Niños que no tienen	Total
Hiperlordosis lumbar	51	40	91
Anteversión pélvica	90	1	91

Tabla 5: Resultados posturas en las mesas escolares y la hiperlordosis lumbar

1° Niñas	Postura Incorrecta en la mesa escolar	Postura correcta en la mesa escolar	Total
Hiperlordosis	45	13	58
Sin Hiperlordosis	21	18	39
TOTAL	66	31	

Se tendrá en cuenta que por no acudir a clase hubo dos niñas que no se valoró.

3° Niñas	Postura Incorrecta en la mesa escolar	Postura correcta en la mesa escolar	Total
Hiperlordosis	68	14	82
Sin Hiperlordosis	20	7	27
TOTAL	88	21	

Se tendrá en cuenta que por no acudir a clase hubo cinco niñas no valoradas.

1° Niños	Postura Incorrecta en la mesa escolar	Postura correcta en la mesa escolar	Total
Hiperlordosis	52	6	58
Sin Hiperlordosis	25	16	41
TOTAL	77	22	

Se tendrá en cuenta que por no acudir a clase hubo siete niños no valorados.

3° Niños	Postura Incorrecta en la mesa escolar	Postura correcta en la mesa escolar	Total
Hiperlordosis	41	8	49
Sin Hiperlordosis	24	16	40
TOTAL	65	24	

Se tendrá en cuenta que por no acudir a clase hubo dos niños no valorados.

Los resultados obtenidos de las posiciones incorrectas de los niños/as en las mesas del colegio y la anteversión pélvica son: (Ver tabla 6)

1. En las niñas de primero de primaria, ha sido el resultado igual a 1 por lo tanto no habrá ninguna asociación entre la anteversión pélvica y la posición incorrecta en la mesa escolar.

2. El resultado obtenido en las niñas de tercero de primaria es de: $0,98 < a 1$ habrá asociación, por lo tanto habrá un factor protector. Donde el 2% de las niñas de tercero de primaria con anteversión pélvica se podrían evitar al mejorar la postura en la mesa escolar.

3. El resultado obtenido en los niños de primero de primaria es de: $0,98 < a 1$ habrá asociación, por lo tanto habrá un factor protector. Donde el 2% de los niños de primero de primaria con anteversión pélvica se podrían evitar al mejorar la postura en la mesa escolar.

4. El resultado obtenido en los niños de tercero de primaria es de: $1,05 > a 1$ habrá asociación, por lo tanto habrá un factor de riesgo. Los niños de tercero con una postura inadecuada en la mesa escolar, tienen 1,05 veces más probabilidad de tener una anteversión pélvica que los que tienen una buena postura. Por lo tanto una posición incorrecta de los niños de tercero de primaria en la mesa escolar será un factor de riesgo para tener anteversión pélvica. Siendo el 4% de los alumnos de tercero con anteversión pélvica sería atribuibles a una actitud incorrecta en la mesa escolar. El 81% de todos los casos de anteversión pélvica en los niños de tercero de primaria son atribuibles a una colocación incorrecta en la mesa escolar.

Tabla 6: Resultados de las posturas en las mesas escolares y la anteversión pélvica

1° Niñas	Postura Incorrecta en la mesa escolar	Postura correcta en la mesa escolar	Total
ANTEVERSION	68	29	97
SIN ANTEVERSION	0	0	0
TOTAL	68	29	

Se tendrá en cuenta que por no acudir a clase hubo dos niñas que no se valoró.

3° Niñas	Postura Incorrecta en la mesa escolar	Postura correcta en la mesa escolar	Total
ANTEVERSION	81	22	108
SIN ANTEVERSION	1	0	1
TOTAL	87	22	

Se tendrá en cuenta que por no acudir a clase hubo cuatro niñas no valoradas.

1° Niños	Postura Incorrecta en la mesa escolar	Postura correcta en la mesa escolar	Total
ANTEVERSION	76	22	98
SIN ANTEVERSION	1	0	1
TOTAL	77	22	

Se tendrá en cuenta que por no acudir a clase hubo siete niños no valorados.

3° Niños	Postura Incorrecta en la mesa escolar	Postura correcta en la mesa escolar	Total
ANTEVERSION	65	23	88
SIN HIPERLORDOSIS	0	1	1
TOTAL	65	24	

Se tendrá en cuenta que por no acudir a clase hubo dos niños no valorados.

Discusión

Una postura correcta en el pupitre es fundamental. Según los resultados analizados, las niñas de primero con hiperlordosis lumbar son atribuibles el 39% a las posturas incorrectas en la mesa escolar. Pudiendo evitarlo en un 62% según el resultado de las alumnas de tercero.

Sin embargo en los alumnos de primero y tercero es atribuible entre el 59% y 20% a las posiciones incorrectas. Teniendo más probabilidad de obtención de hiperlordosis lumbar en los niños de primero que en los de tercero.

¿Puede también afectar a los niños de primaria una anteversión pélvica, agravando las patologías de hiperlordosis lumbar? Según los resultados obtenidos en las niñas de primero, no hay asociación entre una posición incorrecta en la mesa escolar y la anteversión. Sin embargo, los resultados de los niños de tercero si demuestran que hay un factor de riesgo de un 4%. Se podrían evitar en un 2% según los resultados de los niños de primero y las niñas de tercero si mejoraran las posturas en el pupitre.

Bibliografía

1. Castro Reyes JJ, Castro Reyes JJ, Japón Peñarreta RE, Japón Peñarreta RE. La estimulación temprana y su incidencia en el desarrollo cognitivo de los niños y niñas del primer año de educación básica del jardín «María Diocelina de la Cueva» de la Cooperativa Villa Florida de la Ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, periodo lectivo 2011-2012 [Internet]. 2012 [citado 11 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7229>
2. María T. Rodríguez. Estudio de las capacidades coordinativas en niños y niñas de 5 a 6 años [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.plazadedeport.es.com/hnnoticia.cgi?820,3,0,0,0>
3. Galindo Morales G. Aprendizaje de hábitos posturales y ejercicio físico saludables en niños sanos con problemas leves de columna vertebral [Internet]. 2010 [citado 29 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.pap.es/files/1117-462-fichero/tabla%201-616.jpg>
4. Castellucci HJ, Arezes PM, Viviani CA. Mismatch between classroom furniture and anthropometric measures in Chilean schools. *Appl Ergon*. julio de 2010;41(4):563-8.
5. Parcels C, Stommel M, Hubbard RP. Mismatch of classroom furniture and student body dimensions: empirical findings and health implications. *J Adolesc Health*. 1999;24(4):265-73.
6. C. García Fontecha. deformidades de la columna vertebral. 2014 [citado 6 de febrero de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/11/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-7.pdf#page=64>
7. García PLR. Alteraciones de la columna vertebral. *Esp Univ Murcia* [Internet]. 2002 [citado 22 de septiembre de 2015]; Recuperado a partir de: <http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/efs2012/contenidos/435552534f5f4d555343554c414349c3934e2e414c5445524143494f4e45535f434f4c554d4e415f56455254454252414c.pdf>

Conclusiones

La hiperlordosis lumbar es la patología más frecuente en el adulto, siendo una de las principales causas del dolor lumbar. A medida que crecemos y realizamos actividades nuestro cuerpo se moldea, apareciendo en cualquier momento de nuestras vidas estas patologías. En este estudio se ha analizado este problema desde primero de primaria, para comprobar si puede empezar en la infancia, arrojando datos muy significativos y de gran relevancia clínica, ya que todos los resultados demuestran que existe una asociación entre la hiperlordosis lumbar y la postura incorrecta en la mesa escolar.

No pasa lo mismo en la anteversión pélvica, ya que se detecta que casi todos los niños/as presentan esta patología, pero no todos los resultados son determinantes en que es un factor de riesgo. Por lo tanto no podemos afirmar que una actitud incorrecta pueda producir una anteversión pélvica.

8. Autorregulacion_BP_Pelvis_Caderas.pdf [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.sadhana.es/files/contenidos/Material%20Madrid/curso%202012-2013/2.Seminario_Noviembre/2.Pedagog%C3%ADa/Autorregulacion_BP_Pelvis_Caderas.pdf
9. Ana B. Herrero Jiménez. Intervención Psicomotriz en el primer ciclo de educación infantil: Estimulación de situaciones sensoriomotoras. 2000 [citado 15 de septiembre de 2015]; Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/118060.pdf>
10. 10. Aguilar JMF. Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años. 2013 [citado 9 de septiembre de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.cristinaorozbajo.com/wp-content/uploads/2014/05/Art%C3%ADculo-7_07_14.pdf
11. 11. Cabello EV. 6. TABLAS ANTROPOMÉTRICAS. 2010 [citado 19 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://industrialcsc.com/flujograma/GESTION%20DE%20LA%20TECNOLOGIA/ERGONOMIA/percentiles%20y%20antropometria.pdf>
12. Pedro de Alcantar García. Tratado de Higiene Escolar Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/tratado-de-higiene-escolar-guia-teoricopractica-0/html/fe5c21f0-82b1-11df-acc7-002185ce6064_24.html
13. Saltos D-L, Cecilia A, Tapia P, Margarita M. «Diseño de un sistema comunicacional para posicionar y promocionar los servicios educativos que ofrece el Centro Educativo "El Prado" dirigido a padres de familia, de la Ciudad de Ambato». 2014 [citado 29 de septiembre de 2015]; Recuperado a partir de: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/7705>
14. Gómez-Conesa A. Higiene postural y ergonomía. *Fisioterapia*. 2002;24:1-2.
15. AN NIÑO. Referencias antropométricas 5 a 19 años. OMS. [Internet]. 2006 [citado 22 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?id=61302>
16. curvas y tablas de crecimiento [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.aepap.org/pdf/f_orbego_04.pdf

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

Busco

ARTROSPORT es un centro especializado en la recuperación de lesiones deportivas y el tratamiento de la artrosis, cuyo principal objetivo es facilitar, una cuidada y personalizada atención, la recuperación en el menor tiempo posible y con las máximas garantías de las lesiones o patologías de sus pacientes. Estamos en condiciones de ampliar el abanico de profesionales, especialidades y servicios ofertados. Tanto si visitas a tus pacientes en sus domicilios, como si posees una clínica particular, trabajar desde nuestras instalaciones te permitirá obtener un ahorro inmediato en tus gastos de actividad (alquiler, luz, agua, personal de recepción, administración, etc...) rrrh@artrosport.com
Teléfono: 965242721/ 605017917

Precisamos material de Fisioterapia de segunda o tercera mano para equipación de Sala de Fisioterapia del Centro Penitenciario español y Centro Hospitalario de Camerún-Centro Médico de Bambali (ONG Colores de Camerún). Miguel Darriba
e-mail: migueldargo@hotmail.com
Teléfono: 926550000 ext 103 //

Compro

Estoy interesada en adquirir una mesa de KANAVEL completa (incluyendo pedal para pie) de segunda mano y en buen estado. Mi tlf: 696 071 574.

Necesito comprar una camilla hidráulica de 3 cuerpos. José Antonio Torres Zaragoza. Teléfono: 620 23 43 91
e-mail: crf33@hotmail.es.

Estaría interesada en comprar camilla bobath eléctrica de pedal y de 100x190 cm en buen estado. Pagaría hasta 700 euros. Mª Loreto Romero Colomer
Teléfono: 699751662

Venta

Vendo Plataforma Vibratoria Body Coach de uso profesional. En muy buen estado, se vende por falta de espacio. La vendo por 2,700€. Sandra Escuin
e-mail: Fisioterapiaoasis@gmail.com
Teléfono: 658890957

Venta camilla plegable Enraf Nonius. Camilla plegable de aluminio con funda y asas, altura ajustable. Venta por falta de uso. Estado impecable. Precio 200 €. Efrain Huerga Pérez
e-mail: flmovagandia@gmail.com
Teléfono: 676158925

Vendo Magnetoterapia (Varimage) en perfecto estado. Sin apenas uso. Precio 2.990 euros. Beatriz Alonso
e-mail: beatriz_alonso@yahoo.es
Teléfono: 630052675

Se vende clínica de fisioterapia en el centro de Valencia. Se trabaja junto con un médico rehabilitador y otro fisioterapeuta. La clínica tiene una amplia cartera de pacientes, tanto particulares como de seguros privados (adeslas, asisa, mapfre, caser, medifact, etc). Cuenta con más de 40 años de experiencia. Se vende esta participación por no poder atenderla. Consta con una sala de espera amplia, dos despachos, cuatro boxes individuales, dos gimnasios, uno para hombres y otro para mujeres y tres cuartos de baño. Carmen Maria Alacreu Navarro
e-mail: carmenalacreu@hotmail.com
Teléfono: 660655343

Equipo de cavitación: Cavislim YS30. Con medio año de garantía. Uso preferente semiprofesional (tanto doméstico como en clínica). Poco uso, perfecto estado. Plataforma vibratoria: Evolution 1200. 2 años y medio. Tiene modo

drenante para combinar con cavitación y modos para actividad física o relajación. Poco uso; perfecto estado. Todo por 300€. A recoger en Valencia capital (Patriaix). Alma Paula Aranda Canet
e-mail: paula@fisiopedagogica.com
Teléfono: 636435301

Alquileres

Local Comercial Centro ARKIRIS. Alquiler por horas, días, semanas y meses. Incluye mesa de despacho, camilla, gastos de luz, escarapate, vitrina interior, sala de espera...Avda. Reyes Católicos 21.bajo Benifaio (Valencia) Gema 696309131

Alquilo box de fisioterapia en Clínica de nueva apertura. El box cuenta con camilla, mesa, lavabo, sillas, carrito para material y expendedor de papel desechable. Clínica Corpore Sano Fisioterapia, situada en Avda. Ausias March, N° 9 de Valencia. Interesados contactar: 960712218-606750800 (Sonia Monteagudo).

En centro Atrium Carmen Castellero alquilamos despacho para psicología y fisioterapia los martes y jueves. El alquiler podrá ser por semanas o mes. Para más información llamar al 610993981. Lorena Martínez. lorena.marba@gmail.com.

Particular alquila local comercial en obra en C/Palancia, 21 bajo (Castellón). El local tiene ahora disponible 212 m2. Está muy bien situado, ya que linda con una oficina de correos y con academia de inglés, enfrente de carnicerías flor y a 100 mts del mayor consum de la ciudad. Además, existen 4/5 colegios e institutos en un perímetro de 300/500 m2, lo que hace una zona de mucho paso. Precio de alquiler muy competitivo, contrato a largo plazo y periodo de carencia a negociar. Interesados preguntar por Guillermo (teléfono: 660 48 22 61).

Se alquila o traspasa consulta de fisioterapia en Vall d'Alba, situada a 20' de Castellón. Totalmente equipada: dos salas de tratamiento y gimnasio, oficina, sala de espera y amplio baño adaptado, 90m2; con todas las licencias, inscrita en el registro de centros de fisioterapia de la C.V.; con una cartera importante de clientes y varias aseguradoras, en pleno funcionamiento hasta fecha de traspaso. Por imposibilidad de atender. Precio a convenir. Llamar al 615141417.

Se alquila gabinete de Fisioterapia totalmente equipado más despacho médico para pasar consulta. Todos los servicios incluidos. Situado en Valencia, distrito de Zaidía. Alquiler 300€/mes. Preguntar por Carlos. Teléfono de contacto: 619152907

Alquiler de consulta médica (mañana, tardes, por horas) para profesionales sanitarios, en pleno centro de Valencia: registrada en sanidad con el nº 04821. En

la actualidad cuenta con:

- Cirujano plástico.
- Médico generalista
- nutricionista.
- Podóloga.
- Enfermera.

En la c/ San Vicente Mártir, 72 pta 2 (cerca Plza Ayuntamiento). Interesados llamar al 653796117 y preguntar por Teresa.

Se alquilan despachos para fisioterapeutas en nuevas instalaciones en Castellón. El alquiler incluye: personal recepción, gestión de llamadas y cobros. Climatización. Internet. Contenedor de residuos biológicos. Suministros de agua y electricidad. Llamadas telefónicas nacionales. TPV. Seguro de responsabilidad civil. Placa exterior con el nombre de la empresa o facultativo. Posibilidad de alquiler por días, horas... Zona de fácil aparcamiento y muy transitada. Pablo Arnau
Teléfono: 693.80.60.
e-mail: contacto@lledo61.com



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

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



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

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

**Acude a un fisioterapeuta
profesional y colegiado**



Nuevas colaboraciones con las empresas Qualitat y CMP, así como con el centro médico ViaSalud y el buscador online Sportive

El ICOFCV ha establecido colaboración con las siguientes entidades: el buscador online Sportive, la empresa de gestión de la Calidad Qualitat, con el centro médico ViaSalud y con la correduría de Seguros CMP. Las cuatro corroborarán que el beneficiario está colegiado o que es familiar directo de un colegiado.

En concreto, los colegiados y sus familiares directos podrán beneficiarse de descuentos de entre el 10% y el 60% en los servicios que ofrece ViaSalud, en su área dental, área de podología y área de reconocimientos médicos-psicotécnicos para la renovación del carné de conducir y del permiso de armas.

Los colegiados también pueden registrarse gratuitamente en *Sportive*, buscador online que pone en contacto a deportistas con profesionales sanitario, una plataforma para captar nuevos pacientes.

En el caso de la empresa Qualitat, entidad consultora de Sistemas de Gestión de Calidad, los colegiados tienen un descuento del 15% en la contratación de la Implantación de un Sistema de Gestión de Calidad UNE-ENISO 9001:2015.

Respecto al convenio firmado con la correduría de Seguros CMP, los colegiados disponen de un descuento del 30% en la contratación de un seguro para su clínica y del 40% en la del seguro del hogar.



clínica viasalud
Confianza y Calidad

10-60% de descuento para colegiados ICOFCV y familiares directos



CMP
Correduría de Seguros

30-40% de descuento para colegiados ICOFCV

La mejor protección para ti, la mejor protección para tu negocio



QUALITAT

15% de descuento en servicio para colegiados ICOFCV



SPORTIVE

Conectamos a deportistas con los mejores profesionales del deporte y la salud

Descubre la oferta de servicios utilizando el Buscador Profesional en servicio

Gratis apertura de perfil profesional para colegiados ICOFCV



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

Visita el apartado "Convenios" en la zona privada de nuestra web y conoce todos los acuerdos con empresas de los que, como colegiado del ICOFCV, te puedes beneficiar



Ya somos
más de 2.600 fans
y creciendo!



¡MUCHAS GRACIAS!

Creciendo en Facebook y en Twitter

Seguimos incrementando nuestro número de fans y seguidores en Facebook y Twitter. Gracias a todos y a aquellos que aún no os habéis sumado, os invitamos a formar parte de nuestra comunidad.



Síguenos en Facebook (Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana) y en Twitter (@Icofcv)

AM 00:01

Ya es mañana

Posgrados CEU

El CEU es una obra de la Asociación Católica de Propagandistas

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

Másteres Oficiales en Fisioterapia

Fisioterapia Deportiva



- Total créditos: **60 ECTS**
- Dedicación: **Jueves y Viernes** de 19 a 14h y de 15:30 a 20:30h
- Campus: **Valencia**
- Duración: **1 año** (inicio Octubre 2016)
- Hasta un 10% de **descuento** para **Antiguos Alumnos**
- **Programa único** en la Comunidad Valenciana

Abordaje Osteopático del Aparato Locomotor



- Total créditos: **90 ECTS**
- Dedicación: Principalmente **Fin de Semana**
- Campus: **Elche**
- Duración: **2 años**
- Inicio: **Octubre 2016**
- Coorganiza la **Escuela de Osteopatía de Madrid**

¿Estás preparado?, ya es mañana

www.uchceu.es | 96 136 90 09



CEU

Universidad
Cardenal Herrera

Cuida tu
salud,
ponte en
buenas
manos

