

Aspectos académicos de la Terapia Manual *

R. Fernández Cervantes. *Profesor Titular del Departamento de Fisioterapia. Universidad de A Coruña*

L. González Dóniz. *Profesora Titular del Departamento de Fisioterapia. Universidad de A Coruña*

B. Rodríguez Romero. *Profesora Asociada del Departamento de Fisioterapia. Universidad de A Coruña*

RESUMEN

En el presente artículo se realiza un minucioso análisis conceptual de Terapia Manual y Fisioterapia para justificar el hecho de que la Terapéutica Manipulativa esté considerada dentro de los actos propios de la Fisioterapia, aspecto fundamental a la hora de luchar contra el intrusismo profesional.

Como consecuencia, surge la necesidad, también expuesta y justificada, de la incorporación curricular de la Terapia Manual en los Planes de Estudio de Fisioterapia.

Para alcanzar este objetivo, se realiza un estudio diacrónico y sincrónico que permite interrelacionar los distintos elementos implicados en el tema.

Palabras clave: Terapia manual, Fisioterapia, planes de estudio, intrusismo.

ABSTRACT

In this article, an exhaustive and conceptual analysis of manual therapy and Physiotherapy is made to justify the fact of including manipulative tecnic into the acts of Physiotherapy, this point is fundamental in the fight against proffesional intrusism.

Consequently with this, it is necessary the curriculum incorporation of the manual therapy into syllabus programmes.

A synchronous and diachronic study is realized to get this objctive.

Key words: Manual therapy, physiotherapy, syllabus programmes, intrusism.

INTRODUCCIÓN

La historia de la Terapia Manual, de la terapia a través de un agente físico como es el movimiento, se remonta a los orígenes de la humanidad. Esto se puede observar ya en las antiguas civilizaciones: egipcios, hindúes, chinos... así, en la tumba del faraón Ramsés II (s. XIII a.C.) se puede ver una pintura que representa una manipulación de la cabeza radial.

En la cultura occidental, destaca la gran importancia concedida por griegos y romanos a los masajes, las movilizaciones, los ejercicios físicos y la hidroterapia (aunque se usaban más como preparación de los atletas para la competición, que como un fin terapéutico). Dentro de la cultura helénica, es necesario destacar la figura de Hipócrates de Cos (s. V a.C.), denominado «Padre de la Humanidad», quien aseguraba que la enfermedad se debía al exceso o defecto de uno de los 4 hu-

* Este artículo fue expuesto como ponencia en las III Jornadas Hispano-Lusas de Fisioterapia en Terapia Manual, celebradas en Sevilla los días 5, 6 y 7 de octubre de 2001.

mores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), y se necesitaba un equilibrio de estos para que la persona tuviese salud. Dentro de su obra, *Corpus Hippocraticum*, nos encontramos con el capítulo *Periarthron* (las articulaciones), en el cual describe la forma de tratar «las incurvaciones del raquis por causa externa». El tratamiento consistía en realizar una presión directa bajo tracción.

En cuanto a la cultura romana, son de destacar las figuras de Asclepiades de Bitinia, que instauró la medicina griega en Roma y Galeno (130-201 d.C.), el escritor médico más renombrado de todos los tiempos. Galeno era médico de gladiadores y atletas, lo que favoreció en él la adquisición de una amplia y rica experiencia en el campo osteoarticular. Además, Galeno fue quien dio a conocer el llamado dolor irradiado. Esto viene recogido en su obra *De locis affectis*, en la que describe cómo, tras tratar al escritor griego Pausanias la charnela cervicodorsal, éste recobra la movilidad normal de los tres últimos dedos de la mano izquierda.

A partir de estos dos grandes precursores, Hipócrates y Galeno, a lo largo de la historia encontramos distintos autores que, entre otros temas, trataron en sus estudios la terapia manual, las manipulaciones vertebrales. Así, en los siglos x-xi d.C. Avicena, describe las ciáticas según las bases de la medicina hipocrática.

Otro autor a destacar es el cirujano francés Ambrosio Paré (s. xvi), quien describe, siguiendo también el método hipocrático, cómo reducir las luxaciones.

También podemos hacer mención en este breve recorrido histórico del español Luis de Mercado (s. xvi), titular de una cátedra en Valladolid, quien enseñaba a sus alumnos de la facultad a realizar manipulaciones.

De todas formas, aunque hayamos dicho que la Terapia Manual se remonta a los inicios de la Humanidad, como entidad propia y diferenciada, no se describió hasta el s. xix, siglo en que se desarrolla la Osteopatía y la Quiropraxia.

La Osteopatía nace de la mano del médico militar estadounidense Andrew Taylor Still en 1874. Desde el punto de vista cronológico, es el primer método de tratamiento mediante manipulaciones vertebrales que se presenta conceptualizado y sistematizado. Estableció la máxima «la estructura gobierna la función».

En octubre de 1882 abrió la primera escuela en Kirksville (Missouri): *The American School of Osteopathy*, logrando que fuese académico y legalmente reconocido, en su país, el título de «Doctor en Osteopatía» (D.O.), teniendo en EE.UU. una equiparación laboral y académica a los médicos tradicionales.

Por su parte, la Quiropraxia nace 20 años más tarde de la mano de Daniel David Palmer, que había sido «magnetizador». Palmer hablaba de falta de salud cuando existía un mal funcionamiento del flujo nervioso provocado por una «subluxación» de una vértebra.

Funda la primera escuela quiropráctica en 1896, en Davenport (Iowa, EE.UU.), inicialmente llamada *Dr. Palmer's School and Cure*, después *Palmer Institute and Chiropractic Infirmary* y, finalmente, *Palmer College of Chiropractic*. En 1973 fue aceptada por el Congreso Norteamericano como profesión de la salud.

En Europa, los inicios vienen de la mano del suizo Otto Nögelli, que presenta un estudio sobre cómo tratar numerosas afecciones nerviosas *Nervenbiden und Nervenschmerzen ihre Behandlung und Heilung durch Handgriffe* (Conducciones nerviosas y dolores nerviosos, su tratamiento y curación por manipulación, 1899).

Después podemos destacar a los cirujanos ortopédicos ingleses que fueron los primeros en practicar manipulaciones con anestesia, a Moutin, que en 1913 escribió la primera obra en francés sobre osteopatía.

Entre los médicos que han abordado el estudio de la manipulación se pueden citar:

Mc Mennell (EE.UU.)

Estudió los parámetros menores de movimiento. Afirmaba que la profesión médica había sido reacia a aceptar el tratamiento manipulativo del dolor articular porque los que así opinan, no tenían en cuenta que puede existir dolor en una articulación anatómica y fisiológicamente normal. Consideraba que ello era debido a que los estudios se realizaban en cadáveres. En vivo la articulación adquiere una mayor complejidad. El conjunto de su trabajo se basa en el estudio de los movimientos menores de una articulación. Orienta la manipulación al restablecimiento de los parámetros menores articulares para conseguir de ese modo una recuperación de los movimientos globales.

J. Cyriax (Reino Unido)

Propuso un método de manipulación basado en la teoría de que todo dolor mecánico de origen vertebral deriva de una alteración del disco intervertebral, bien por una hernia o protusión, o por un desplazamiento de éste. Su método de manipulación se basa en la tracción y rotación. La manipulación se realiza de una forma más inespecífica, pues no localiza analíticamente el nivel. Su método pretende que por medio de la tracción axial de la columna vertebral se cree una presión negativa en el disco intervertebral que, su-

mada a la fuerza de rotación, permita que éste se sitúe en su posición correcta. Defendió que los fisioterapeutas realicen manipulaciones.

Robert Maigne (Francia)

Después de formarse en la escuela osteopática, se instala en Francia y establece la regla de «ausencia de dolor para dirigir la acción manipulativa». Introduce la manipulación dentro de la medicina y desencadena un movimiento entre los médicos franceses en contra de la capacidad de quienes no fueran médicos, esto es los fisioterapeutas, para poder realizar manipulaciones. Consigue su objetivo, pues la legislación francesa incorpora tal prohibición a su cuerpo normativo.

También los fisioterapeutas han hecho aportaciones al campo de la terapia manipulativa. Entre otros destacan:

Mackenzie

Clasifica los dolores vertebrales en dos síndromes:

— *Síndrome postural*: Está ligado a la agresión mecánica que sufren los tejidos blandos, músculos, ligamentos, cápsulas. El síntoma del dolor es provocado por el mantenimiento de posturas que hipersolicitan estas estructuras.

— *Síndrome disfuncional*: Viene determinado por la pérdida de movimiento que provoca la deformación retráctil de los tejidos blandos.

El tratamiento propuesto por este autor se basa en la corrección postural, la kinesi-

terapia, los estiramientos y las manipulaciones.

Maitland

Ha desarrollado varios métodos de exploración propios. Busca los movimientos accesorios, en descoaptación y compresión, que reproducen la reacción más parecida al síntoma. La exploración se realiza mediante movimientos combinados y aislados. Entiende la prueba como positiva cuando aparece dolor en el nivel articular que somete a presión.

En la terapia emplea movimientos oscilatorios pasivos de pequeña o gran amplitud. También utiliza las manipulaciones para restaurar la movilidad de un nivel articular restringido.

Kaltenborn

Su método se basa en una precisa exploración de los movimientos menores de deslizamiento paralelo y rectilíneo de las superficies articulares. Sostiene que se debe restaurar la pérdida de movimiento articular antes de intervenir sobre un acortamiento muscular que surja en relación con aquella pérdida. Emplea en el tratamiento movimientos pasivos traslatorios.

Estableció la regla cóncavo-convexa según la cual para movilizar la cara articular convexa debe hacerse en dirección opuesta a la limitación del movimiento y para la cóncava en la misma dirección de la limitación.

Además de estas aportaciones, hay que considerar las realizadas por los llamados «curanderos», «algebristas», «componedores», etc., cuyos resultados y procedimientos fueron observados y estudiados por algunos

profesionales de la clínica y academia, como por ejemplo Cyriax y en el ámbito no médico, el sueco Peer Henrik Ling, padre de la kinesiología moderna.

Una de las características que muestra la evolución histórica de las terapias manuales es el surgimiento de numerosas escuelas personales, basadas en planteamientos filosóficos, científicos y técnicos de sus autores, al no existir una homogeneidad conceptual y metodológica. Estas escuelas todavía perduran en la actualidad. De este modo, la selección de maniobras terapéuticas resulta compleja al existir una gran profusión de gestos terapéuticos y exploratorios para una misma afección.

CONCEPTO DE TERAPIA MANUAL

Desde un punto de vista etimológico, la denominación de Terapia Manual se refiere a todo acto con función terapéutica que se realice con la mano. Sin embargo, muchos de estos actos ya están recogidos en la clasificación de Fisioterapia, en los apartados relativos a la masoterapia y kinesiología. Por eso nosotros preferimos utilizar el término de Fisioterapia manipulativa articular. De esta forma pretendemos situar topográficamente la intención de nuestra acción e integrar en la denominación un término «manipular» que con significados, más o menos amplios, se utiliza internacionalmente para referirse al hecho de realizar una movilización articular con impulso.

Para nosotros esto constituye una acción de kinesiología pasiva forzada pero con un objetivo más amplio que el meramente mecánico: se pretende una respuesta refleja en los tejidos que normalice la disfunción segmentaria.

En los países anglosajones la expresión «manipulación vertebral» se utiliza con un

sentido amplio. Se refiere a realizar acciones de movilización pasiva del raquis, así como a maniobras en las que se utiliza el impulso para movilizar la articulación.

En Francia se diferencia, hasta legalmente, entre movilización y manipulación. La manipulación es considerada como la realización de un movimiento intencionado con impulso (rápido y corto) que, respetando los límites anatómicos, permita recobrar un parámetro de movilidad perdido, a diferencia de la movilización en la que no se utiliza impulso.

A continuación se analizan tres definiciones de Fisioterapia con el propósito de observar si la «terapéutica manipulativa» encaja en esta disciplina como una parte propia.

— Según la OMS (1968), la Fisioterapia es el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación de la inervación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución.

— Según la Confederación Mundial para la Fisioterapia, en la conceptualización de la Fisioterapia podemos distinguir dos vertientes que, aunque formen un todo, es necesario diferenciar para un mejor entendimiento de sus funciones.

— La vertiente relacional o también llamada externa. En este sentido, cabe definir la Fisioterapia como: «Uno de los pilares básicos de la terapéutica, de los que dispone la medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes, estos pilares están constituidos por la farmacología, la cirugía, la psicoterapia y la fisioterapia.»

— La vertiente «sustancial» o también llamada interior, definida como: «Arte y ciencia del tratamiento físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y adaptan a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico.»

— La definición propiciada por la Confederación Mundial por la Fisioterapia fue suscrita por la Asociación Española de Fisioterapeutas, que en 1987 define la Fisioterapia como: «La Fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud.»

Al analizar los conceptos, se observa que el formulado por la OMS, se refiere a la Fisioterapia en relación con los medios que emplea, esto es, enumera los diferentes agentes y establece que realiza valoraciones, o lo que es lo mismo, diagnóstico de funciones articulares, musculares, etc., estableciendo un concepto muy técnico que no hace referencia a una filosofía profesional y resultando un tanto limitante al concretar muy específicamente los agentes físicos, ya que la evolución científico-técnica podría aportar otros instrumentos terapéuticos en el futuro.

— Sin embargo, el concepto de la W.C.P.T. es más abierto, relaciona la Fisioterapia con otras ciencias y establece una visión más general al referirse al «Arte y ciencia del tratamiento físico...». El establecido por la Asociación Española de Fisioterapeutas pretende abrir más el concepto, al referirse al «...conjunto de métodos, actuaciones y técnicas...». Resulta importante resaltar que en los dos últimos conceptos se recoge la actividad «preventiva, curativa y recuperadora...» de la

Fisioterapia, lo que le permite actuar en los tres niveles de asistencia. Otro aspecto importante de las tres conceptualizaciones es la referencia al hecho de que la Fisioterapia es una actividad terapéutica, esto es, una forma de curar.

— Estas ideas se condensan en la *definición de la Sociedad Inglesa de Fisioterapia* (1985): «Un método sistemático de valoración funcional de las alteraciones musculoesqueléticas y neurológicas, incluido el dolor y aquellas de origen psicológico, además del tratamiento preventivo de problemas por métodos naturales basados esencialmente en prácticas manuales y agentes físicos.»

Los orígenes y las bases de lo que hoy es la Fisioterapia como ciencia y profesión son múltiples y proceden de dos ámbitos; por un lado, la aplicación del movimiento sobre la estructura corporal y, por otro, el uso de agentes físicos (calor, frío, agua, luz, etc.), si bien entre ellos existe un nexo: son medios naturales empleados en la curación. Esto se corresponde con la etimología de Fisioterapia: curar o cuidar por medios naturales.

Pero esta curación natural no depende, en su significado último, solamente del agente no químico empleado, sino del medio de acción de la Fisioterapia que se basa en el principio: estímulo-respuesta. Es decir, el agente físico desencadena un estímulo fisiológico en el organismo y es este último el que reacciona curándose.

A lo largo del s. xx se ha producido la síntesis entre ambas corrientes, con el surgimiento de la Fisioterapia como profesión diferenciada, dando lugar a la fijación del concepto de Fisioterapia establecido por la W.C.P.T. (Confederación Mundial por la Fisioterapia) y a la definición, que de ésta, ha realizado la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Es evidente la necesidad de introducir en el currículo de pregrado y formación posgraduada de los fisioterapeutas los conceptos y metodologías que le provean de un instrumento necesario en el ejercicio de la profesión, como son las manipulaciones articulares. Éstas deben complementar otras modalidades de intervención manual estudiadas en otros apartados de la Fisioterapia. Constituyen un arma terapéutica altamente eficiente en el tratamiento de múltiples afecciones del aparato locomotor que cursan con dolor y que presentan una gran incidencia y prevalencia en nuestra sociedad.

Consideramos necesario que la terapia manipulativa se incorpore como una parte más del cuerpo de conocimientos de la Fisioterapia. En este sentido, entendemos que los conceptos de Fisioterapia establecidos por la OMS, la W.C.P.T. y la A.E.F. recogen perfectamente que la Fisioterapia utiliza los «métodos manuales» y «agentes físicos» para alcanzar sus objetivos de salud.

No cabe duda de que la manipulación articular resulta de aplicar un agente físico, como es el movimiento por medio de las manos.

Por otro lado, si analizamos la clasificación de la Fisioterapia observamos que entre los métodos que utiliza se encuentra la Kinesiterapia, que es la parte de la Fisioterapia que emplea el movimiento con finalidad terapéutica, clasificándose ésta en instrumental y manual. La aplicación manual puede realizarse de forma pasiva, activa y forzada; entendiéndose por esta última «el método terapéutico en el que se aplica una fuerza externa que va más allá del recorrido articular libre existente, sin rebasar los límites articulares fisiológicos». Desde nuestro punto de vista, la manipulación articular encaja en este concepto. Al realizarla, pretendemos movilizar una articulación dentro de su recorrido fisio-

lógico con la finalidad de ganar amplitud articular al eliminar una barrera. Pero resulta necesario orientar esta intervención a un objetivo más amplio que el propiamente mecánico y ligarlo a la respuesta refleja de tipo metamérico relacionada con la existencia de una restricción articular.

Este hecho fue estudiado por Freeman y Wyke que demostraron la existencia de estereotipos funcionales en el sistema nervioso central y asociaron la articulación a respuestas musculares no radiculares. Cualquier alteración articular (restricción) puede desencadenar la aparición de un estereotipo disfuncional, justificándose de esta manera la aparición de una respuesta tisular (hipertonía, paniculitis, entesitis, miositis, etc.) y sensitiva (dolor local y referido) que forma parte de lo que en clínica se denomina síndromes de dolores proyectados o seudorradiculares.

Como podemos apreciar, la manipulación articular que se realiza en Fisioterapia es diferente de la ortopédica o quirúrgica, tanto en la técnica como en la finalidad. En la primera, se deben respetar escrupulosamente los parámetros fisiológicos del recorrido articular pretendiendo normalizar una restricción de éste, con la finalidad de desencadenar una respuesta refleja metamérica que normalice el tono muscular y haga desaparecer las aferencias nociceptivas. En la segunda, se pretende restituir, por parte del cirujano, la integridad articular a una articulación luxada o subluxada.

Consecuentemente con lo expuesto, podemos afirmar que la necesidad de la incorporación curricular de la Terapia Manual en la Fisioterapia se justifica, al menos, desde tres ópticas:

1. Desde el concepto de Fisioterapia y Terapia Manual. Considerando la Terapia Manual como un método de kinesiterapia pasiva forzada.

2. Desde la necesidad o no de su enseñanza, exponiendo dos motivos que justifican su inclusión en el currículo formativo de los fisioterapeutas:

— *Evidencias científicas:* la Terapia Manual tiene una base neurofisiológica y otra anatómica y biomecánica que explican sus resultados clínicos.

— *Porque actúa sobre patologías de gran prevalencia.*

3. Desde el marco académico. La universidad es la institución responsable de la ampliación curricular.

La universidad, entre otras funciones, debe contribuir a la creación, desarrollo y transmisión de la ciencia. Tiene, además, la responsabilidad de captar las innovaciones que se produzcan, analizarlas críticamente y, si es el caso, transmitir las y a partir de esa transmisión de conocimientos científicamente contrastados, formar profesionales para el ejercicio de la actividad profesional; profesionales capaces de responder a las necesidades y demandas sociales.

Por tanto, la universidad, a través de los centros y departamentos, ha de conjugar adecuadamente unos objetivos académicos, unos objetivos sociales y unos objetivos profesionales.

Las Escuelas de Fisioterapia lograrán cumplir todos estos objetivos si incluyen la terapia manual en el currículo formativo de pregrado:

— Los objetivos académicos, porque se aumentará el cuerpo de conocimientos propios.

— Los objetivos sociales, porque estarán formando profesionales socialmente útiles, es decir, capaces de responder a las necesidades y demandas de la población.

— Los profesionales, porque el incluir la terapéutica manipulativa contribuye al desarrollo de la Fisioterapia y mejora su implantación social al aumentar su eficiencia para resolver problemas.

Cabe preguntarse si la Fisioterapia es una profesión independiente en el ámbito de las ciencias de la salud. Para responder a este interrogante vamos a analizar la palabra profesión y las características más aceptadas que debe reunir una actividad para que sea considerada profesión.

Según el diccionario de la Lengua Española, la palabra «profesión» significa empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente. No cabe duda de que los fisioterapeutas encajan perfectamente en esta definición, pero el reunir estas características no se considera suficiente para considerar un actividad como profesión, particularmente desde la perspectiva sociológica. Diferentes autores especializados han establecido una serie de características necesarias para definir una profesión. Exponemos a continuación las más significativas:

1. Responde a una demanda social para cuyo cumplimiento requiere que sus miembros posean conocimientos y habilidades especiales.
2. Posee un cuerpo de conocimientos propio que intenta constantemente aumentar.
3. Se autoforma.
4. Establece sus propias normas, modelos de actuación y criterios de evaluación de ella misma.
5. Se adapta a las demandas sociales.
6. No se organiza sólo para obtener un beneficio económico sino por su compromiso con la causa a la que sirve.

7. Posee un código deontológico.
8. Se gobierna a sí misma.

Consideramos que la Fisioterapia responde con suficiencia a estos condicionantes. Los factores que lo han posibilitado provienen de la actividad normativa y legislativa promovida por el trabajo colectivo de los organismos de representación del colectivo y de la integración de los estudios en la universidad que ha permitido desarrollar el proceso de autoformación y afianzar un cuerpo de conocimientos propios.

Según Monuhord (1966), «la disciplina científica tiene un contenido concreto y sustancial de conocimiento fundamental que debe estar dentro de un área donde es posible lograr avances en el conocimiento...».

La importancia de la existencia de ese cuerpo de conocimientos queda reflejada en la definición que el Real Decreto 1888/84 contempla para definir el área de conocimiento:

«Aquellos campos del saber caracterizados por la homogeneidad de su objeto de conocimiento, una común tradición histórica y la existencia de comunidades de investigadores nacionales e internacionales.»

La creación del Área de Conocimiento (acuerdo de la Comisión Académica del Consejo de Universidades, B.O.E. de 23 de diciembre de 1986) de Fisioterapia supuso un avance cualitativo fundamental para la Fisioterapia como ciencia y como profesión, toda vez que reconoce sus contenidos y especificidad.

No conviene, no obstante, confundir los tres significados que, al menos, el término Fisioterapia posee. La fisioterapia se corresponde a:

1. Un cuerpo de conocimientos propios, esto es, un campo del saber que está reconocido por el acuerdo del Consejo de Universi-

dades de 1986 como Área de Conocimiento. Esto significa reconocerla como ciencia con personalidad propia de ámbito internacional y que se encuentra arraigada en nuestro medio, es decir, podríamos considerarlo como la esencia de la disciplina, «su alma», el elemento que le da ser y potencialidad de ser. Es un reconocimiento necesario para poder garantizar su correcto desarrollo.

2. Un estudio universitario de primer ciclo que conduce al grado académico de diplomado y al título profesional de fisioterapeuta.

3. Una profesión sanitaria caracterizada por un conjunto de funciones, actividades y tareas propias que se ejercen y ejecutan de acuerdo a un método propio y que se encuentra regulada por un conjunto de leyes y normas que determinan las facultades que poseen sus practicantes, los fisioterapeutas.

Los puntos uno y tres se tienen que conectar necesariamente por medio del punto dos, es decir, el proceso formativo es lo que permite que un individuo no fisioterapeuta se transforme en un fisioterapeuta o profesional de la Fisioterapia y por tanto, sea detentador de lo que a ésta compete, esto es, sus contenidos y su método y lo que está recogido en el conjunto de normas legales que, finalmente, es lo que FACULTA en mayor o menor medida, más o menos ampliamente, con más o menos autonomía, el ejercicio de la profesión. Esta capacidad facultativa deriva de forma significativa del proceso institucional de adquisición de conocimientos. Esto último entronca con la necesidad de que esos conocimientos estén reflejados en los planes de estudio. Para que esto ocurra es necesario que la normativa que los regula (en nuestro caso las directrices propias del título de Diplomado en Fisioterapia) recoja esos contenidos.

Analizadas esas directrices observamos que recogen los contenidos generales que ha de contemplar el plan de estudios y los asigna a un área de conocimiento; en nuestro caso, las materias correspondientes a Fisioterapia General y Especial están asignadas al Área de Fisioterapia.

Si bien la Terapia Manipulativa no aparece recogida explícitamente en los descriptores de Fisioterapia General y Especial, la legislación vigente permite desglosar los contenidos generales en asignaturas específicas a la hora de configurar el Plan de Estudios y esto sí permite incluir la Terapia Manipulativa en el currículo formativo. Lo significativo es considerar, como ya se ha citado, a la Terapia Manipulativa como una parte de la kinesiología especial, lo que clarifica y posibilita la conjunción de aquella en el seno de la Fisioterapia.

A continuación se citan los descriptores antes referidos:

Fisioterapia General y Especial

Fundamentos de Fisioterapia. Cinesiterapia, Masoterapia, Vibroterapia, Termoterapia y Crioterapia, Fototerapia, Hidroterapia. Valoraciones, test y comprobaciones funcionales en sus fundamentos, modalidades y técnicas. Técnicas y métodos específicos de actuaciones fisioterapéuticas y su aplicación en las diferentes patologías y para la conservación de la salud.

La Terapéutica Manipulativa en los planes de estudio

Los planes de estudio de Fisioterapia deben estar constituidos por asignaturas que permitan al alumno adquirir las actitudes, aptitudes

y habilidades que el ejercicio profesional le van a demandar. Debe transmitir al alumno actitudes que fomenten la asunción de su función profesional.

Niveles y criterios de programación de las materias de Terapéutica Manipulativa

Formación de pregrado

La flexibilidad en la elaboración de los planes de estudio permite la inclusión de la Terapéutica Manipulativa en los estudios de pregrado como materia troncal y de ser esto así, significaría que sería cursada por todos los alumnos.

También existe la posibilidad de contemplar la Terapéutica Manipulativa dentro de los planes de estudios como una asignatura obligatoria, optativa o de libre configuración, pero esto tendría más inconvenientes; porque, en el primer caso, como materia obligatoria, sería establecida por cada universidad en uso de su autonomía, lo cual no garantizaría la formación de todos los alumnos y, además, las asignaturas obligatorias pueden asignarse a cualquier área y no necesariamente a la de Fisioterapia.

En el caso de una asignatura optativa o de libre configuración, al ser asignaturas elegidas libremente por el alumno, no serían cursadas por todos los alumnos de un mismo centro.

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

Es indispensable fijar unos objetivos mínimos que el alumno debe alcanzar en Terapia Manipulativa durante la formación de pregrado.

Como objetivo mínimo se considera la necesidad de que el alumno domine las bases científicas (anatómicas, biomecánicas y neurofisiológicas) de la Terapéutica Manipulativa, los criterios y pruebas de valoración, así como las diferentes modalidades de técnicas que permiten abordar los diferentes procesos patológicos.

Con respecto al tipo de materia, por lo comentado anteriormente, la opción más aconsejable es la de configurarla como una asignatura troncal.

En cuanto a la temporalización, consideramos una mínima de 8 créditos teórico-prácticos.

La importancia de contribuir a una necesaria clarificación académica, conceptual, terminológica, científica y profesional en la formación en Terapéutica Manipulativa queda clara cuando estudiamos la sentencia que se presenta a continuación.

SENTENCIA

El Magistrado-Juez Don Ignacio Javier Rafols Pérez, del Juzgado N° 1 de León emitió la sentencia n° 74/99 en la que condena a una persona por delito de intrusismo en la profesión de fisioterapeuta.

Es importante analizar los fundamentos jurídicos que se centran en el concepto de «actos propios de una profesión» y su determinación. Sigue el razonamiento del Juez los argumentos expuestos por el perito (uno de los autores del presente trabajo) de la acusación (Asociación Española de Fisioterapeutas Delegación de Castilla y León), que están en línea con lo que venimos exponiendo y refuerzan nuestro argumento en favor de la necesidad de vincular claramente la Terapéutica Manipulativa a la Fisioterapia, tanto en el pla-

no científico como en el académico y profesional.

Extraemos a continuación diferentes partes de la sentencia:

«Consiste el delito de intrusismo en la realización de actos propios de una profesión para la que sea preciso título académico y oficial sin hallarse en posesión de los mismos, con contravención de la normativa extrapenal ordenadora de la profesión invadida y todo ello con conciencia y voluntad por parte del sujeto de la irregular o ilegítima actuación que lleva a cabo...»

Siendo la acción típica el «realizar actos propios de una profesión», la determinación del concepto de «acto propio» aparece como esencial al delito. Y por tal hemos de entender aquellos que específicamente estén atribuidos a unos profesionales concretos con exclusión terminante de las demás personas, es decir, son aquellos actos que forman parte de una actividad profesional amparada por un título porque en su realización obligan a hacer uso de la *lex artis* o conocimientos específicos que aporta la enseñanza que representa el título y por ello se reserva su ejecución a las personas que han obtenido éste...».

«... Ahora bien, la determinación de lo que sean actos propios de cada profesión obliga a acudir a las normas legales y reglamentarias que regulan su ejercicio, lo que hace de este delito un precepto en blanco, que ha de ser llenado con normas extrapenales (S.T.S. 30-IV-1994).»

«... en el presente caso el tema a dilucidar es si el acusado ha realizado actos propios de la profesión de fisioterapeuta o no...»

«... Esta situación nos coloca en la tesitura de tener que precisar un punto diferenciador entre los métodos de la Fisioterapia y los de aquellas disciplinas que desde puntos de vis-

ta alternativos o naturalistas utilizan también esos métodos o similares, pues por ejemplo el empleo de masajes es una actividad común a ambas disciplinas y, ciertamente, pueden ser dados por variadas razones y distintos fines. Y ese punto diferenciador no puede ser otro que el carácter terapéutico del acto a practicar. Cuando éste, sea del tipo que sea, está destinado a tratar una dolencia o enfermedad su realización debe entenderse reservada a las profesiones sanitarias reconocidas a través de las titulaciones correspondientes...»

En consonancia con lo anteriormente expuesto se debe destacar el trabajo realizado por la Asociación Española de Fisioterapeutas a través de su Sección de Terapias Manuales, que elaboró una definición de Terapia Manual y una clasificación de Métodos.

En su reunión de Expertos en Terapia Manual celebrada en Badajoz en junio de 1997 definen la Terapia Manual como:

«Es una parte de la Fisioterapia constituida por el conjunto de métodos y actos con finalidad terapéutica, que aplicados manualmente sobre los tejidos musculares, conjuntivos y nerviosos obtiene, de forma directa o refleja, reacciones fisiológicas que equilibran y normalizan las diversas alteraciones musculares, osteoarticulares, orgánicas o funcionales.»

Se trata de la utilización terapéutica de las manos de forma rigurosa, metódica, entrenada y científica, a partir de la anamnesis minuciosa y detallada, del estudio, exploración y valoración de los tejidos del paciente y a partir de pruebas complementarias, enmarcando todo ello en el conocimiento profundo de base fisioterapéutica, de la anatomía, fisiología y del proceso fisiopatológico.»

Este conjunto de métodos y actos podrán desencadenar así mismo respuestas vegetativas y estimular la circulación linfática y sanguínea.»

La clasificación de los métodos

1. *Manipulación*
2. *Técnicas de movilización* (técnicas articulatorias):
 - Deslizamientos.
 - Oscilaciones.
 - Tracciones.
3. *Masoterapia*
 - Masaje terapéutico.
 - Masaje transverso profundo.
 - Drenaje linfático manual.
 - Masaje del tejido conjuntivo reflejo.
4. *Técnicas neuromusculares*
 - Estiramientos (musculares, miofasciales, con frío).
 - Técnicas de energía muscular.
 - Técnicas de inhibición recíproca de Sherrington.
 - Técnicas funcionales.

El trabajo iniciado debe continuarse con todo tipo de actos que posibiliten que la terapia manual se consolide como una parte esencial de nuestra disciplina sin dejar lugar a dudas y evitando su asociación y confusión con términos que emplean los seudoprofesionales, que practican el intrusismo en nuestra profesión emboscándose detrás de nombres referidos a actividades de confusa regulación legal, como: quiromasaje, quiropraxia, osteopatía, terapia manual, etc., fáciles, todos ellos, de ver en la publicidad de las múltiples ofertas de cursillos. Los cuales carecen del reconocimiento académico necesario para el ejercicio de una profesión sanitaria como es la Fisioterapia.

Para concluir realizamos las siguientes reflexiones:

- Necesidad de incorporar la Terapéutica Manipulativa (T.M.) dentro de la Fisioterapia como un método especial de exploración y tratamiento.

- Necesidad de seguir trabajando en su conceptualización a escala nacional e internacional.

- Necesidad de homogeneizar: conceptos, términos, teorías y procedimientos.

- Necesidad de proponer contenidos académicos de T.M. en la formación de pregrado.

- Necesidad de proponer contenidos mínimos necesarios para reconocer la formación especializada de posgrado en T.M.

- Promover la creación de equipos y líneas de investigación en T.M., en los ámbitos académico, clínico y básico. Con la participación de instituciones académicas (centros y departamentos universitarios), centros clínicos, sociedades científicas y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Raposo Vidal, I. y cols.: La terapia manual a lo largo de la historia en Libro de Resúmenes del 1º Simposium Iberoamericano de Fisioterapia Manipulativa y Terapia Manual. *Asociación Española de Fisioterapeutas* (209-212). Madrid, 1998.
- Bourdillon, J.F.; Day, E.A.; Bookhout, M.R.: *Spinal Manipulation*, 5ª ed. Gran Bretaña: Butterworth - Heinemann, 1992.
- Cyriax, J.: *Textbook of Orthopaedic Medicine. Diagnosis of Soft Tissue Lesions*. Billière Tindal, Gran Bretaña, 1991.
- Bergmann, T.F.; Peterson, D.H.; Lawrence, D.J.: *Chiropractic Technique*. EE.UU.: Churchill Livingstone. 1993.
- Pilat, A.: *Método Mackenzie y su aplicación al dolor mecánico de la columna lumbar*. Fisioterapia, 31 - 41, Monográfico, Madrid: Garsi, 1996.
- Maitland G.D.: *Peripheral Manipulation* 3ª. Londres: Butterworth-Heinemann, 1991.
- Le Corre, Rageot E.: *Atras de Mobilisations et Manipulations Vertébrales*. Paris: Masson, 1991.

Fernández Cervantes. *Proyecto Docente de Fisioterapia I*. Universidad de A Coruña, 1996.

Tilscher, H.; Eder, M.: *Quiroterapia*. Barcelona: Scriba, S.A., 1993.

F. Huguenin: *Medicina ortopédica y manual*. Diagnóstico. Barcelona: Masson, 1994.

3a Reunión de Expertos en Terapia Manual de la A.E.F., Acta. Badajoz, 1997.

González Doniz, L.: *Ampliación Curricular de la Terapia Manual* (ponencia) en Simposium Nacional de Fisioterapia Manipulativa y Terapia Manual de la A.E.F. A Coruña, 1996.