

# D.C.A.

Nº 6

## CUADERNOS FEDACE SOBRE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

### FISIOTERAPIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



Federación Española de Daño Cerebral

Av. General Perón, 32 - 8º C • 28020 MADRID • Tel.: 91 417 89 05  
Fax: 91 417 89 06 E-mail: info@fedace.org • www.fedace.org



TALLER DE FISIOTERAPEUTAS DE FEDACE

# **FISIOTERAPIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO**

Madrid, noviembre 2.007  
Edita: Federación Española de Daño Cerebral FEDACE  
ISBN 13-978-84690-9361-0

Con la colaboración de:  
Obra Social CajaMadrid  
Real Patronato Sobre Discapacidad

# LOGOPEDIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

## PRESENTACIÓN

Hace un año iniciamos la experiencia formativa de los Talleres FEDACE sobre daño cerebral. El resultado fueron cuatro grupos de trabajo entre profesionales de las Asociaciones (Trabajadores Sociales, Neuropsicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Directivos) que, además de poner en común los conocimientos y la práctica profesional sobre diferentes aspectos de la atención al daño cerebral, han sentado las bases de una comunicación y colaboración que va más allá de los propios talleres.

Los Cuadernos FEDACE sobre DCA, es la publicación en la que se sintetiza el intercambio de experiencias. Lo que nació como “una apuesta por la divulgación del conocimiento sobre el Daño Cerebral, desde un enfoque multidisciplinar y con un sentido eminentemente práctico” constituye ya un referente de interés, no sólo para nuestras asociaciones, sino que también los solicitan muchos profesionales y entidades que, fuera del ámbito del movimiento asociativo, trabajan en instituciones de carácter educativo y sociosanitario.

A lo largo de este año se han producido acontecimientos que conviene destacar. En la presentación de los Cuadernos de 2.006 hablábamos de la labor de las 22 asociaciones y más de 200 profesionales. Este año son ya 25 las asociaciones territoriales federadas (más dos que tienen solicitado el ingreso) y los profesionales contratados y voluntarios que trabajan en las asociaciones superan los 400.

Otro hecho de especial relevancia en este periodo ha sido la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. A través de los órganos de representación de la discapacidad el DCA ha estado y seguirá estando pendiente del desarrollo reglamentario de esta ley para garantizar respuestas a las necesidades de nuestro colectivo.

También hemos conseguido reconocimiento expreso, mediante acuerdo de Consejo de Ministros del 24 de agosto de 2.007, de la declaración del 26 de Octubre como Día Nacional del DCA. Esta celebración ha contribuido a trasladar a la opinión pública la realidad del daño cerebral y la situación de las personas afectadas y sus familias.

En este contexto se ha llevado a cabo el Taller de Fisioterapia y Daño Cerebral Adquirido. Hemos mantenido el formato básico del año pasado, incorporando algunas



modificaciones para facilitar el trabajo de los profesionales que han participado, que han sido:

María Luz Fernández Fernández, de la Asociación ADACCA Cádiz

Inés Vergel González, de la asociación ADACEA Alicante

Celestino Baldonado Roldán, de la Asociación ADACEA Jaén

José Ramón Asiaín Arista, de la Asociación ADACEN Navarra

Gema Sánchez Márquez, de la Asociación ADACEN Navarra

Rosario Bernal Iniesta de la Asociación AGREDACE Granada

Daniel Diz Abal, de la Asociación ALENTO Vigo

Maitane Acha Argote, de la Asociación ATECE Araba

Uxune Gabicagogeascoa Ruiz-Hierro, de la Asociación ATECE Biskaia

Angel Luis Ventura Alvarez, de la Asociación ATECEA Zaragoza

María José Corcoles Esteve, de la asociación ATENEU Castellón

Ana Latorre Herranz, de la Asociación ATENEU Castellón

María del Carmen Verdugo Morilla, de la Asociación DACE Sevilla

José Pérez Miralles, de la Asociación NUEVA OPCION Valencia

Marta Bonnin Matas, de la Asociación REHACER Baleares

Ha coordinado este taller Germán Díaz Piñeiro, fisioterapeuta de la Asociación ADACECO de Coruña.

Sólo nos queda agradecer la actitud y el buen trabajo de estos profesionales, que son autores del documento que estamos seguros resultará de gran interés para los lectores.

FEDACE / Madrid, noviembre de 2007



# PRÓLOGO

Con la emoción que producen todos los proyectos nuevos, al ojear el borrador de los temas de esta publicación y el título Fisioterapia y Daño Cerebral Adquirido, me pareció sencillamente apasionante, y quiero desde estas líneas estimular no solo su continuidad para que sea prolífica en ediciones y contenidos, sino también a sus promotores para que continúen en su empeño de sacarla a la luz con cierta regularidad.

Se echaba en falta una publicación de este tipo. Es más, es necesaria, es la publicación que todos los profesionales que trabajamos con pacientes que sufrieron daño cerebral adquirido, estábamos esperando. Y desde aquí mi enhorabuena para las asociaciones que componen FEDACE, no sólo por promover esta publicación, sino por la amplia e incalculable labor que llevan a cabo diariamente en tantos puntos de nuestra geografía.

Hay que dar cauce, no sólo a los nuevos conocimientos que surgen cada día, como resultado de los avances en las neurociencias, sino también profundizar en la formación continuada de todos los profesionales. Así mismo, puede ser el medio a través del cual vean la luz artículos, trabajos y resultados de nuestro quehacer diario.

Quisiera estimularos a que busquéis el rigor científico en vuestros artículos, y si es preciso nombrar un Comité Científico que vele por la calidad, que garantice un buen nivel en las publicaciones y que ayude a conseguir la categoría de revista científica. Los fisioterapeutas trabajamos buscando la solución a los problemas de funcionalidad, de todos los que sufrieron, sufren y sufrirán daño cerebral adquirido, que de la noche a la mañana se encuentran en una situación con la que no contaban.

*“Ayer trabajabas, andabas, hacías deporte, te divertías con tus amigos, compañeros, salías a dar una vuelta”. Hoy la realidad es muy distinta, en tu camino se cruzo el destino, en forma de daño cerebral. Tu cuerpo no responde a tus deseos, no puedes moverlo a tu voluntad, hay partes que no las sientes o las percibes distintas, raras, casi como si no fueran tuyas.*

Te cuesta dominar tus emociones, entender lo que te pasa, asumir la realidad de la situación. No encuentras las palabras, piensas una cosa y te sale otra, incluso algo ininteligible. ¿La memoria?, no te acuerdas de nada, y te preguntas ¿Qué me pasó?, cuanto te cuesta acordarte de las cosas, ¿Qué me dijiste?

Tienes dificultades para comer, masticar, tragar, beber. Cada vez que intentas beber, te atragantas, toses, toses una y otra vez. Beber llega a ser un suplicio, menos mal que el



fisioterapeuta te aconsejó que le pusieras espesante al agua y que bebieras zumos densos porque así tragarías con algo más de facilidad para no atragantarte tanto.

Te sientes, dolorido, cansado, casi agotado, no te apetece que te levanten de la cama, ni que te lleven a ningún sitio, aunque tu sabes que tienes que ir, que debes de ir.

Maldita silla de ruedas, inseparable silla, como dependes de ella para poder llegar de un sitio a otro, ir al baño, a la sala de fisioterapia, a la habitación del compañero que aun está peor que tú. ¿Cuándo podrás dejar esa silla, y dar pasos por tu cuenta? ¡Cómo echas de menos andar sobre tus piernas!

Cuanta esperanza acumulada en esas sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, que te devuelvan, aunque sea poco a poco, a lo más parecido a lo que tú eras, antes de ese daño cerebral que hizo un quiebro en tu camino.

Para ello es necesario mucho esfuerzo, constancia, tenacidad, perseverancia, no dar lugar al desaliento (aunque muchas veces rondará por tu cabeza), ni caer en el pesimismo derrotista, en el “no puedo”. Debes ilusionarte con los pequeños avances del día a día, hay que subirse al carro de *“voy a tratar de hacerlo, lo conseguiré”*. Agarrarte a la esperanza real de la recuperación.

Debes confiar en esos profesionales bien formados, que cada día dan lo mejor de si mismos, conocimientos, esfuerzos, amabilidad, capacidad de ayuda..., que saben lo que necesitas, lo que sientes, lo que quieres, lo que deseas..., que son tus manos, tus piernas, casi tu cuerpo. Saben como moverlo, como hacer que puedas percibirlo mejor, mantenerte sentado sin que te ayuden, incluso levantarte. ¡Qué alegría volver a estar de pie de nuevo ¡ Pronto con su ayuda darás unos pasos, ¡increíble hace unas semanas! Vuelves a reconocerte, con un poco más de esfuerzo, algo de tiempo, su inestimable y experta ayuda, podrás volver a hacerte un hueco en esa sociedad de la te has apeado una temporada.

No todo va a ser un camino de rosas, ni fácil, ni rápido. Hay muchos obstáculos que salvar, problemas, desalientos, incomprensiones, complicaciones, momentos en los que no se perciben los avances con claridad, agoreros que “predicen que ya no vas a recuperar más”. *“hasta aquí llegaste y así es como vas a quedar”*.

Revélate contra esos pronósticos, busca la ayuda necesaria en los profesionales expertos, con formación especializada en daño cerebral y fisioterapia neurológica, ellos te demostrarán con sus conocimientos que la *“plasticidad cerebral”* todavía puede producir cambios en tu sistema nervioso central, que la adaptación no finaliza nunca.



Es cierto que cuanto más tiempo pase, las posibilidades de recuperación disminuyen, pero siempre hay posibilidades de cambio, de mejoría, aunque no sea la recuperación completa.

La recuperación funcional del daño cerebral adquirido, es compleja. Cada lesionado es un mundo, cada uno es diferente y distinto. Aunque la lesión, la zona dañada sea parecida y la extensión similar, no hay dos pacientes iguales. Por ello a cada paciente, es preciso hacerle una anamnesis, una valoración de sus capacidades y posibilidades, y en función de esa valoración establecer el tratamiento adecuado para cada caso, incluso para cada sesión.

Es preciso valorar y tratar continuamente, ya que es el paciente según su estado el que guía al fisioterapeuta experto en el tratamiento, el que le marca el camino a seguir día a día, cuando y como se debe evitar o solucionar un problema de dolor, como estimular la actividad perdida, como tratar de modular una hipertensión, hacer una movilización específica, sentir el apoyo del pie en el suelo o controlar una situación de labilidad emocional.

Si una vez producido el daño cerebral, se realizó un diagnóstico preciso, minucioso y bien detallado, con localización de la zona cerebral afectada, sistemas dañados e implicaciones de los mismos, el fisioterapeuta tendrá en el informe neurológico una base de datos de inestimable valía para realizar la valoración funcional y decidir como debe iniciar o llevar a cabo el tratamiento de fisioterapia, ya que no se puede ni debe comenzar en todos de forma demasiado precoz, pues en determinados casos, un tratamiento muy intenso de inicio, puede suponer “*un bombardeo sensorial*” que empeore la situación del paciente.

A lo largo de la historia de la Fisioterapia, el tratamiento del daño cerebral adquirido, ha pasado por diversas etapas, esta es una etapa de esperanza, avalada por el conocimiento científico, que se ve incrementado y actualizado continuamente, lo que nos hace albergar un futuro todavía más halagüeño y esperanzador.

Finalizo, agradeciendo esta iniciativa, a los que la hacen posible por su esfuerzo y generosidad, así como por querer compartir su sabiduría con todos los demás. Mi gratitud incluye a los lectores, que tendrán que determinar si satisface sus expectativas, no sólo como herramienta de consulta, sino también como estímulo a la investigación.

Lois González Dopazo

Profesor titular de la E.U. de Fisioterapia de Pontevedra

Fisioterapeuta experto en Fisioterapia neurológica. Terapeuta Bobath





## INDICE

<input type="checkbox"/>	Prólogo	5
<input type="checkbox"/>	Introducción	11
<input type="checkbox"/>	¿Qué es Daño Cerebral Adquirido?	12
<input type="checkbox"/>	Justificación de la Fisioterapia en DCA	13
<input type="checkbox"/>	La realidad actual en las Asociaciones de FEDACE	17
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia y familia	25
<input type="checkbox"/>	Rehabilitación funcional	26
<input type="checkbox"/>	Manejo en las alteraciones del tono, la postura y la marcha	29
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia orofacial	59
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia respiratoria	63
<input type="checkbox"/>	Ayudas técnicas	69
<input type="checkbox"/>	Grandes dependientes	77
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia grupal	85
<input type="checkbox"/>	Bibliografía	89
<input type="checkbox"/>	Recursos de internet	91
<input type="checkbox"/>	Anexos	93
<input type="checkbox"/>	Experiencias personales	115





# INTRODUCCIÓN

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) constituye una realidad sociosanitaria de magnitud creciente y gravedad extraordinaria que necesita una respuesta cada vez más especializada. Debido a la gran complejidad de esta patología es necesaria una intervención intensa y exhaustiva de un completo equipo de profesionales, así como de la propia familia y de su entorno.

Dentro de este equipo multidisciplinar, el fisioterapeuta participa en la evaluación, tratamiento y seguimiento de las personas afectadas de DCA, sobre todo a nivel físico, para conseguir la máxima autonomía y funcionalidad del paciente.

La figura del fisioterapeuta ha ido evolucionando a lo largo de su historia. En España en 1953 se unificaron las enseñanzas de enfermeras, practicantes y matronas, creándose el nuevo título de ayudante técnico sanitario (ATS). De la necesidad de las especialidades de los ATS se creó la especialidad de Fisioterapia por el Decreto del 26 de julio de 1957 con la denominación de ayudante en Fisioterapia.

Debieron pasar 24 años para que en 1981 se integraran en la Universidad los estudios de esta especialidad a través del Real Decreto 2965/1980 de 12 diciembre (BOE de 19 de enero de 1981).

El 13 de octubre de 1995, como respuesta a las carencias en la asistencia de los afectados de DCA y sus familias, se constituyó la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) con el objetivo de unir todos los componentes del mosaico.

La intervención sobre el DCA, como realidad sociosanitaria, precisa de la actuación conjunta de medios sanitarios y medios sociales. Durante la fase aguda (Servicios de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos) y la fase de recuperación activa, los servicios sanitarios estatales y privados aun esfuerzos para tratar de recuperar y compensar las funciones afectadas por el DCA. Una vez terminado este proceso y tramitada el alta hospitalaria, el afectado se enfrenta a una realidad muy distinta a la anterior a la de su lesión. En muchas ocasiones, los roles que desempeñaban en la comunidad cambian, se pierde su círculo de amistades, el trabajo, etc. Esta realidad social sólo es atendida desde los servicios que las Asociaciones afines a FEDACE prestan a todos sus afectados, dirigiendo sus objetivos hacia conseguir una mayor integración en la comunidad, mayor participación en actividades grupales de ocio y tiempo libre, mayor independencia familiar, adaptación curricular, además de una reinserción laboral en los casos que sean susceptibles de ello. Y nada de esto sería posible si la energía y los conocimientos de todos los profesionales no estuviesen motivados por el bienestar del afectado y su entorno.

En concreto, la labor del fisioterapeuta en este ámbito de acción, está dirigido hacia la recuperación de la funcionalidad motora del afectado, mantenimiento de los logros obtenidos, así como favoreciendo un mayor autofeedback y confianza sobre su propia autonomía motriz, dotándole con ello de mejores perspectivas personales y sociales.



## ¿QUÉ ES EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO?

Se entiende como Daño Cerebral Adquirido (DCA) el conjunto de lesiones cerebrales, no existentes con anterioridad en las personas afectadas, que aparecen como consecuencia de una serie de causas, entre las que destacan principalmente los traumatismos craneoencefálicos (TCE), accidentes cerebrovasculares (ACV) -trombosis, embolias, hemorragias, aneurismas cerebrales-, tumores cerebrales y en menor medida anoxias, enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas, intervenciones quirúrgicas sobre el cerebro.

Las principales secuelas asociadas al DCA no sólo son de tipo físico, sino también cognitivas, emocionales, comportamentales, comunicativas y funcionales. Para dar cobertura a todas estas alteraciones sobrevenidas, es ineludible la cooperación de un equipo interdisciplinar formado por: médico rehabilitador, fisioterapeuta (cuyos objetivos son la rehabilitación del afectado en su vertiente motora y sensitiva), logopeda (rehabilitación de las alteraciones del lenguaje, tanto en la expresión del habla como en la comprensión), terapeuta ocupacional (entrenamiento de la planificación autónoma de actividades

tales como vestirse, asearse, etc.), neuropsicólogo (estimulación o rehabilitación de problemas de atención, memoria, razonamiento, etc. así como los problemas emocionales y conductuales), el psicólogo de familia (atención y orientación), el trabajador social (facilitación y potenciación de los recursos de apoyo al afectado y familia), el cuidador (asistencia en las actividades de la vida diaria) y el educador (supervisión del proceso de adquisición de una vida autónoma).

La gravedad de las secuelas puede ir desde problemas leves apenas perceptibles, hasta situaciones de severa discapacidad y dependencia. Es en estas últimas situaciones donde las familias cobran un papel esencial en el cuidado del afectado, y son de hecho los principales co-terapeutas en el proceso rehabilitador, así como los principales receptores de los cambios producidos en el afectado tras el DCA. Es por ello, que junto al afectado, la familia es un espacio primordial en la necesidad de recibir tanto información como apoyo cualificado en el camino hacia la normalización y calidad de vida en este primer entorno de integración.



## JUSTIFICACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN DCA

Cuando, sea cual sea la causa, una persona sufre DCA, se produce una muerte neuronal que puede ser de mayor o menor gravedad dependiendo de la lesión y sus secuelas.

En nuestro SNC existe un determinado número de neuronas que permanecen en estado de latencia cuando las que les rodean permanecen activas, pero cuando ocurre una lesión, ésta supone un impulso activador de las neuronas latentes de nuestro cerebro, lo que las induce a activarse y adquirir funciones que retoman de las destruidas. Esto, en pocas palabras, es en lo que consiste lo que conocemos como plasticidad neural. Este proceso permite, a través del aprendizaje, la recuperación de funciones que el paciente pierde tras la lesión cerebral.

Teniendo en cuenta el significado de fisioterapia, considerando su actuación sobre las alteraciones motoras y sensitivas, y que éstas se producen en el DCA, debemos tomar nuestro trabajo con un papel colaborador en el aprendizaje que el afectado tiene que retomar.

Sabemos que en el afectado por DCA se producen una serie de secuelas que abarcan aspectos físicos, mentales, conductuales..., que terminan recayendo sobre todo en su entorno. Es por eso que debemos trabajar con un equipo que abarque todas las facetas afectadas en el paciente.

Para que el aprendizaje se lleve a cabo, debemos proporcionar estímulos. De ellos nos encargamos todos los profesionales que nos implicamos en el tratamiento de estas personas. Cada uno de nosotros juega un papel de vital importancia en el proceso de reaprendizaje del enfermo neurológico, proporcionando los estímulos necesarios para que esto se produzca; y en cada caso se produce una repercusión indirecta en otros aspectos distintos al que directamente tratamos.

En el caso de la fisioterapia, nos encargamos primordialmente del aspecto sensoriomotor. Al proporcionar nuestro estímulo, mediante el movimiento, mediante el contacto y mediante nuestra comunicación, incidimos sobre las secuelas físicas, lo que, al experimentar una mejoría, repercute sobre las alteraciones mentales y éstas sobre las conductuales, mejorando así la comunicación y las relaciones con el entorno.

Nuestro principal agente educador es el movimiento. El movimiento se aprende con la experiencia y al mismo tiempo es un vehículo para adquirirla. El movimiento va dejando su impronta en nuestro SNC por medio de la repetición. Y nuestro recurso más importante somos nosotros mismos, nuestras manos, receptoras, transmisoras, y generadoras de experiencia.



## LA FISIOTERAPIA HOY EN DÍA

La Asociación Española de Fisioterapeutas (A.E.F) entiende por fisioterapia al “conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen y adaptan a personas discapacitadas o afectadas de disfunciones psicosomáticas, somáticas y orgánicas o a las que desean mantener un nivel adecuado de salud.”

La OMS (1968) la describe como “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 grado de afectación de la inervación y la fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales o la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”.

Se citan estas definiciones por la importancia de las organizaciones de las que dimanar. Son muy genéricas y válidas a efectos didácticos pero requieren una profundización para asegurarse del valor del concepto de la palabra fisioterapia. Se parte del convencimiento de que las nociones de fisioterapia no son unívocas y de que, además, es preciso explicitar nuevas concepciones. La realidad de la profesión de Fisioterapia es radicalmente distinta de la de hace medio siglo. Se ha producido un avance enorme en lo concerniente a las técnicas así como a los campos de aplicación. Se ha desarrollado la formación continuada demandada como una necesidad por el propio colectivo, la atención primaria

supone un grado mayor de autonomía pero también de responsabilidad. Además, es un hecho que en España no existe legislación específica en este ámbito y sería conveniente profundizar en campos y técnicas que vienen siendo abarcados por muchos fisioterapeutas como parte de su trabajo aún sin soporte normativo.

El núcleo de toda nuestra argumentación se halla en la propia palabra fisioterapia. De ahí todo lo antedicho. Si se examina la etimología y se añade una visión amplia, sin restricciones apriorísticas, no es difícil seguir el hilo del razonamiento. Efectivamente, hay que prescindir de visiones limitadoras ya en el nombre, como en la Kinesiterapia, definida como el sanar por el movimiento. Vaillant y colaboradores hablan de los fisioterapeutas, desde un enfoque que podría cuestionarse, como especialistas en el movimiento perturbado. Pero también aclara que ese movimiento sobrepasa ampliamente al de las estructuras musculoesqueléticas y abarca también el flujo gaseoso respiratorio, la circulación arterial, venosa y linfática, la movilidad de las vísceras y, por qué no, los flujos energéticos.

Decíamos, pues, que el nombre de la profesión es propicio a la expansión. Lo que hacemos es tratar por medios naturales. Tratamos las consecuencias de la patología pero también tratamos personas. Tratar es manejar, gestionar, pero es también asistir a una persona. El acto terapéutico trasciende a la mera ejecución limitada en tiempo y espacio. En su esfera entra la consideración de aspectos sociales, económicos, familiares, profesionales, psicológicos, educativos, etc. Nos enfrentamos a una visión totalizadora



del paciente y esto acarrea nuevas exigencias y compromisos. En este sentido nos incorporamos a una corriente que se extiende por las otras profesiones sanitarias. Lo que nos caracteriza es el conjunto de medios que usamos como fisioterapeutas. Lo físico en este caso se refiere a los agentes naturales, es decir, que se hallan presentes en la naturaleza. Este es un concepto muy vago en cuanto que amplio. La naturaleza es el conjunto y disposición de las cosas existentes, todo lo que no ha sido preparado artificialmente. El movimiento o su ausencia, el calor o la electricidad existen aunque nosotros seamos los que los generemos y dosifiquemos. En base a esto realizamos prácticas convencionales en el sentido de que responden a precedentes o a la costumbre. Constituyen las prácticas más antiguas y por ello las más conocidas y difundidas. En este plano están la cinesiterapia clásica (incluyendo también el masaje-con sus variantes- o métodos como Kabat o Bobath) o la electroterapia. Pero debemos ensanchar nuestra visión de la Fisioterapia, verla desde una perspectiva macroscópica. Esto significa verla en su actualidad y desde sus orígenes, al tiempo que con un enfoque prospectivo. Se trata de una ciencia dinámica que precisa de un enriquecimiento constante en consonancia con el contexto en el que está inmersa. Así, hemos ido adicionando técnicas y campos de intervención como el drenaje linfático, la fisioterapia uroginecológica, coloproctológica o cráneo-mandibular. Nadie duda de que son técnicas genuinamente fisioterápicas. En la misma línea se debe y se están asumiendo otras

modalidades que se apoyan en métodos enteramente físicos y que incluso son variantes de la Fisioterapia convencional. Nos referimos, entre otras, a las llamadas terapias manuales (incluyendo Osteopatía, Quiropraxia, etc.), la digitopresión o la reflexoterapia podal. Creemos que es legítimo reclamar todas ellas como propias de la Fisioterapia.

Junto a éstas se originan fruto del esfuerzo y la experiencia de muchos/as colegas nuevos abordajes terapéuticos como la técnica de Sohier, la técnica de Maitland, la técnica de Mezières (y sus derivaciones-Souchard, Bousquet-), etc. que han de ser integradas con una formación específica. Hay otras técnicas no físicas que se utilizan en Fisioterapia. Tradicionalmente se ha recurrido a técnicas de relajación como Shultz, Jacobson o la Sofrología. Incluso la hipnosis ha sido propuesta como una ayuda para los fisioterapeutas.

Tal vez lo novedoso de nuestra visión es entender que podemos asumir métodos no habitualmente fisioterápicos, como la acupuntura en sus diferentes modalidades. Esta noción expansiva de la Fisioterapia encuentra ahora mayores posibilidades de verse desarrollada. Pero, además, consideramos que esa evolución es necesaria y concordante con el proceso que se extiende a otros países de nuestro entorno, respecto a los cuales sufrimos en muchos casos un considerable retraso. Requiere un esfuerzo formativo y, tal vez, un cambio de mentalidad.

Heráclito dijo que nada permanece sino el cambio y la Fisioterapia es un ejemplo de este sabio axioma.