



## ¿Qué es terapia física? Una reflexión sobre la identidad profesional

- **Marie Luise Heine de Alvarado. Fisioterapeuta. Profesora Asistente. Departamento de Terapias. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.**

En este ensayo se exponen las dimensiones que caracterizan la profesión de terapia física. El texto se compone de tres secciones: la primera caracteriza la terapia física como profesión de los servicios humanos, la segunda la precisa como campo de investigación y en la última se conceptualiza la terapia física como una praxis.

En el contexto internacional esta profesión muestra uno de los crecimientos más significativos (1). En Colombia se observan tendencias similares al registrarse un aumento importante en el número de aspirantes, admitidos y egresados de la carrera en los últimos 20 años y en el número acumulado de terapeutas físicos por mil habitantes (2). Sin embargo, la literatura sobre la naturaleza y el alcance de esta profesión es escasa y casi inexistente.

La información que poseen los profesionales de la salud acerca de las actuaciones de los terapeutas físicos, es un factor que influye en la eficacia de las relaciones interprofesionales. Por esta razón el presente ensayo aporta criterios que pueden optimizar los patrones de remisión en el sistema de salud, aspecto que beneficiará a los usuarios potenciales de los servicios fisioterapéuticos.

### LA TERAPIA FISICA COMO PROFESION DE LOS SERVICIOS HUMANOS

En virtud del origen y herencia de su profesión, el terapeuta físico es llamado a actuar cuando se presentan factores de riesgo que alteran la competencia fisiocinética de la persona. Esta competencia es la capacidad (potencial y efectiva) de realizar movimientos corporales que al verse alterada incide desfavorablemente en el desarrollo, evolución y desempeño de la persona como tal.

Toda interacción profesional tiene el objetivo de estimular y apoyar en la persona (o su allegado) la disponibilidad

psicológica y la adquisición de habilidades para la autogestión o cooperación en el proyecto de atención. Según requerimientos del usuario, la prestación de los servicios fisioterapéuticos tiene las siguientes finalidades: educar a las personas para prevenir cambios en la calidad y cantidad de sus movimientos; protegerlas de las alteraciones discapacitantes; atenderlas oportuna y tempranamente cuando se manifiestan; recuperar los niveles funcionales óptimos de las realizaciones motoras; promover la rehabilitación de personas discapacitadas para vivir con alteraciones permanentes.

De esta manera, las atenciones abarcan niveles de la prevención primaria, secundaria y terciaria dirigiéndose a grupos poblacionales de todas las edades.

En la **prevención primaria** predominan las acciones **educativas** dirigidas a personas sanas y enfocadas hacia el autocuidado de sus condiciones físicas generales, por ejemplo: la higiene postural, higiene respiratoria, estimulación psicomotora del bebé sano, condicionamiento físico, ergonomía laboral. En este mismo nivel se desarrollan actividades que pueden clasificarse como atenciones **protectivas específicas** o profilácticas porque se ofrecen a personas vulnerables o susceptibles de sufrir alteraciones en su competencia fisiocinética. Son ejemplo de estas atenciones: la gimnasia postural, cinesioterapia y terapia respiratoria prequirúrgicas, y en estados postoperatorios tempranos (3-6).

En la **prevención secundaria**, las acciones del terapeuta físico se dirigen a personas que presentan indicios de posibles alteraciones en el movimiento corporal debido a cambios aún reversibles en estructuras somáticas y/o psíquicas. Estas atenciones se califican como **tempranas y oportunas**. Además, y con mayor frecuencia, se realizan tratamientos **recuperativos** dirigidos a personas con desórdenes fisiocinéticos manifiestos las cuales pueden ser controlados, aminorados o eliminados mediante modalidades físicas y

cinéticas específicas.

En la **prevención terciaria** se concentran las actividades **rehabilitativas**, dirigidas a personas que presentan discapacidades permanentes resultantes de una pérdida estructural o impedimento funcional irreversible. La terapia física pretende potencializar las posibilidades adaptativas de la persona a este hecho y sus consecuencias. A su vez, el terapeuta físico actúa sobre el entorno social del discapacitado con el propósito de sugerir y promover adecuaciones en el ambiente que facilitan un desenvolvimiento óptimo de esta persona.

La amplitud de la gama de servicios que pueden prestar los terapeutas físicos, hace factible su ubicación laboral en centros de condicionamiento físico, jardines infantiles y escuelas, ancianatos, centros hospitalarios, centros de salud, instituciones especializadas en rehabilitación y servicios de salud ocupacional de empresas.

A través de la historia se han reconocido como **instrumentos de la profesión** las modalidades cinéticas, las modalidades físicas y las formas de comunicación.

**Las modalidades cinéticas** agrupan formas de manipulaciones (masajes y movilizaciones) y técnicas específicas de inducir y dirigir los ejercicios físicos activos que se utilizan a fin de optimizar la capacidad potencial y efectiva del individuo para realizar movimientos. Estos procedimientos cinéticos son estudiados para explicar científicamente su influencia en las estructuras somáticas y psíquicas de la persona y poder utilizarlas racionalmente. Hislop (7) señala acertadamente que la terapia física es la única profesión que puede reclamar el privilegio de ubicar el rol del ejercicio físico en el ámbito de la salud y enfermedad con enfoque y perspectiva verdaderamente científicos.

Debo ampliar la anterior afirmación señalando que la terapia física también es la única profesión que coloca **los medios físicos** en un rol especial utilizándolos como coadyuvantes para optimizar funciones orgánicas requeridas para la producción y desarrollo de movimientos corporales. Estas modalidades físicas agrupan procedimientos de la electroterapia (estimulaciones eléctricas, diatermia, campo electromagnético, irradiaciones infrarrojas y ultravioletas, ultrasonido), y las diversas formas de la crioterapia, hidro- y balneoterapia, aerosol- y oxígeno terapia. Se utilizan ampliamente en la prestación de servicios profilácticos, oportunos, recuperativos y rehabilitativos, por ejemplo: para aumentar la irrigación sanguínea, promover el intercambio de

gases y fluidos, inducir la contracción muscular, disminuir el tono muscular, mitigar el dolor.

Mientras los instrumentos cinéticos y físicos posibilitan principalmente acciones orientadas hacia el éxito en cuanto al logro de metas, las diferentes **formas de comunicación** son un medio para lograr una interacción comunicativa entre terapeuta y paciente orientada hacia el entendimiento.

Es reconocida la importancia decisiva de las interacciones comunicativas para el éxito de los servicios profesionales. Ellas constituyen en cierta medida un medio pedagógico que dinamiza la cooperación de la persona como actor en su propio proceso de recuperación o cuidado, por cuanto posibilita la mediación que apoya proceso de aprendizaje y reaprendizaje motor, y hace posible lograr acuerdos y señalar requerimientos. A pesar de lo anterior, las formas pedagógicas de comunicación han sido menos estudiadas que las modalidades cinéticas y físicas; en consecuencia son utilizadas más bien de manera intuitiva y acrítica en la práctica cotidiana.

Por último, es necesario señalar la utilización frecuente de las más variadas combinaciones de modalidades cinéticas, físicas y pedagógicas. Estas combinaciones constituyen un reto y una problemática investigativa interesante para los terapeutas físicos.

## LA TERAPIA FISICA COMO CAMPO DE INVESTIGACION

Generalmente se reconoce esta profesión como un sector de la actividad humana en el cual se obtienen, se difunden y se utilizan conocimientos. Acogiéndome a los criterios expuestos por Bunge (8) sobre ciencia y tecnología, me atrevo a afirmar que la terapia física es un campo de investigación emergente. Se evidencia en la búsqueda libre de lo verdadero y lo justo de las afirmaciones en las cuales se sustentan nuestros servicios; la formulación de preguntas directrices que guían nuestras investigaciones; el descubrimiento de hechos; la invención de supuestos, hipótesis, esquemas conceptuales, métodos y técnicas de observación, procedimientos e interacciones fisioterapéuticos. Estas evidencias hacen posible diferenciar la terapia física de oficios basados en reglas normativas y creencias dogmáticas.

Los campos de investigación relacionados estrechamente con la terapia física son las ciencias y tecnologías siguientes: medicina humana, deportología, nutrición y dietética, ingenierías biomédica y sanitaria, ergonomía laboral, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, enfermería y odontología.

La terapia física tiene un **fondo teórico formal** constituido por teorías y métodos lógicos y matemáticos actuales; y como **fondo teórico específico** dispone de aquel proporcionado por la física, química, biología humana, psicología, antropología y sociología (9-11). Estos campos de investigación proporcionan a la terapia física no sólo una colección de datos, hipótesis y teorías actuales bien confirmados pero corregibles, sino también métodos de investigación, diseños y modelos de práctica.

El conjunto de las investigaciones realizadas por terapeutas físicos en torno a su dominio de interés ha permitido construir un **fondo de conocimiento acumulado** que es coherente y compatible con las formas actuales de acceder a la comprensión del ser humano, y justificado por su valor que reviste para la reorganización de las actividades profesionales (10, 12-15).

Los terapeutas físicos tienen en común con otros profesionales del área de salud la sustentación teórica de las actuaciones y también el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas respondiendo con los servicios a necesidades humanas fundamentales que van desde necesidades de subsistencia y de protección hasta las de entendimiento, participación, afecto, identidad, creación y libertad (16).

La posibilidad de actuar conscientemente a la luz de tal propósito, se deriva del conocimiento que se tiene acerca del **fenómeno del movimiento corporal humano**, aspecto esencial de la naturaleza humana. Se observa que las actuaciones prácticas y acciones de conciencia son referidas de una u otra manera a este fenómeno, ya sea estudiándolo:

1. Como un indicador “positivo” de la salud de la persona en un momento determinado de su historia.
2. Como referente para evidenciar las variaciones que producen en él los instrumentos fisioterapéuticos.
3. Como modalidad terapéutica dosificable para influir en condiciones somáticas y psíquicas de la persona (8,6).

En consideración de lo anterior se puede afirmar que el **objeto de estudio de la terapia física es el movimiento corporal humano y sus alteraciones**. Se concibe este objeto de estudio como un fenómeno de cambio generado a partir del seno materno que evoluciona interdependientemente con las potencialidades orgánicas y la actualidad de las formas mentales de la persona; que presenta alteraciones o cambios de calidad y de cantidad condicionados por enfermedades, situaciones de riesgo de enfermarse o procedimientos terapéuticos y que constituye un cambio de lugar de lo material inherente a la persona.

Según la perspectiva disciplinaria, aproximada al movimiento corporal, se diferencian tres subdominios de estudio: kinesiología del desarrollo, kinesiología morfofisiológica y kinesioterapia. Dentro de estas perspectivas estudiamos los aspectos esenciales del movimiento humano en dos niveles de aproximación: el estudio de particularidades que se concretan en cada individuo, y el estudio de las constantes universales que se dan en el género humano (7, 9, 12, 18).

## LA TERAPIA FÍSICA COMO UNA PRAXIS

En concordancia con ciertos planteamientos epistemológicos, se concibe la actividad profesional como una praxis caracterizada por la unión dialéctica del hacer (actuación práctica) y del saber (comprensión racional de las cosas, entre ellas la misma actuación). Esta unión dialéctica se genera por la necesidad ética de atender fundamentalmente a la experiencia combinada con la razón crítica porque el terapeuta físico quien actúa con base en teorías plausibles construidas especulativamente a partir de una ficción o basadas en percepciones confusas, puede crear situaciones nocivas y dolorosas para los usuarios de sus servicios.

Se manifiesta esta unión dialéctica del hacer y del saber en la reciprocidad entre los servicios y la investigación. Esto se da porque la praxis profesional tiene una dimensión práctica que corresponde a la prestación de los servicios humanos, y tiene una dimensión teórica o disciplinaria que corresponde a la construcción de esquemas conceptuales que posibilitan la diferente y cada vez mayor comprensión del qué y por qué de las actuaciones y procedimientos terapéuticos y sus consecuencias producidas en el paciente, su familia, en el programa asistencial y en las instituciones de salud y seguridad social.

La primera dimensión, la de prestación de servicios, aporta la justificación al conocimiento disciplinario y da sentido a la profesión, a su vez que constituye una fuente inagotable de problemas de investigación que se solucionan mediante reflexiones críticas, investigación y experimentación en la dimensión disciplinaria de nuestra praxis.

Obedeciendo a principios tales como el principio lógico de la causalidad, el principio metodológico de análisis y el principio de relaciones centrado en estructuras sistemáticas, los terapeutas físicos tienen la posibilidad de criticar, en una perspectiva disciplinaria, el papel de la observación y del experimento, de la descripción, la clasificación y de la inferencia, la naturaleza de las hipótesis, el papel de los modelos, leyes y teorías, las condiciones y la caracterización

de los pretendidos descubrimientos científicos. Sin duda alguna, los resultados de las actividades investigativas influyen definitivamente en la naturaleza, calidad y efectividad de nuestros servicios .

Nuestra praxis es justificada y referida en su sentido al ser humano. Este hecho crea, por una parte, la necesidad de acceder a la comprensión del ser humano desde distintas perspectivas (p.ej: biológica, psicológica o social), y, por otra parte, demanda acciones estratégicas y comunicativas que respeten la condición humana, o de sujeto, hacia quien se dirige. A su vez implica que las acciones son criticadas, no solamente por miembros de comunidades profesionales o académicas, sino de manera especial son evaluadas por el público en general que recibe los servicios. La apreciación tolerancia o apoyo que la sociedad manifiesta frente a la terapia física, se basa en los méritos científico-tecnológicos, éticos, morales y sociales que ésta logre tener (1).

Por último, la praxis profesional se contextualiza según la visión o filosofía que los terapeutas físicos tienen de la

realidad natural y social en la cual viven y se desarrollan. Esta filosofía, que se enriquece, se va confirmando y modificando a través de la historia, no solamente guía, limita o distorsiona la actividad práctica o teórica, sino que también influye en la manera de buscar la experiencia y por ende en la calidad de lo que se encuentre. La realidad, y especialmente la social, está evolucionando incesantemente impulsándonos a construir permanentemente alternativas de acciones de servicio y formulaciones conceptuales que remplazan a las que se consideran falsas, incorrectas, o injustas.

En síntesis, la terapia física es una profesión en el ámbito de los **servicios humanos** que tienen el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas. Es un **campo de investigación** abierto y en evolución permanente en el cual el interés de estudio se centra en el movimiento corporal del ser humano y sus alteraciones. Es **una praxis** que demanda renovación permanente con base en la comprensión racional de las cosas incluyendo la misma prestación de servicios en los diversos ámbitos de salud y bienestar.

## REFERENCIAS

- Jarratt J. Trends Shaping U.S. Society 1990-2005 ASHA. 1989; 31:33-35.
- Superintendencia Nacional de Salud. División General para el Control de Sistema de calidad. Cuantificación del Recurso Humano en relación con aspirantes, admitidos y egresado en los últimos 20 años. Ministerio de Salud República de Colombia. 1994. Estudio en desarrollo.
- Funk K. Prophylaxe von Haltungsschäden in Kindergärten und Grundschulen. Krankengymnastik. 1983; 35:706-717.
- Kuprian W. Krankengymnastik, Arbeitsmedizin - Prävention im Betrieb. Krankengymnastik 1989; 41:448-449.
- Michel D. Prävention im Bereich von Herz und Kreislaufkrankheiten. Krankengymnastik. 1989; 41:451-452.
- Müller U. Arbeitsausgleichsgymnastik für Schichtarbeiterinnen. Krankengymnastik. 1989; 41: 450-451.
- Hislop H J. Tenth Mary McMillan Lecture: The not-so-impossible dream. Phys. Ther 1975; 55:1071-1079.
- Bunge M. Seudociencia e Ideología. Madrid: Alianza Editorial 1985: 253.
- Alvarado M L, Cuervo C, Trujillo A. Reflexiones humanísticas sobre conocimiento y servicios en terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje. Rev Fac Med UN Col 1986; 40:321-326.
- Bohannon RW, Le Veau BF. Clinicians use of research findings: A review of literature with implications for physical therapists. Phys. Ther. 1986; 66:45-50.
- Schlegel R. Pathokinesiology: Synonymous with physical therapy?. Phys. Ther. 1986; 68:366-367.
- Conradi E. Zur Konzeption einer wissenschaftlich begründeten Bewegungstherapie. In: A. Hüter-Becker. Tagungsbericht. Europäisches Symposium über Entwicklungstrends in der Kinesitherapie und Workshop zur Weiterentwicklung in der Physiotherapie, 1989, April 2-5, Berlin. Krankengymnastik. 1989; 41:583-587.
- Krebs D, Harris S. Elements of theory presentations in physical therapy. Phys Ther 1988; 68:691-693.
- Peat M. Physiotherapy: art o science?. Physiother Cand 1981; 33:170-176.
- Schmidt G L. Walking trail of physical therapy research. Phys. Ther. 1986; 66:375-378.
- Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana - Una opción para el futuro. Development Dialogue 1986: 9-94.
- Jung-Kappler B. Behinderung und ihre Auswirkungen. Krankengymnastik. 1984; 36:508-511.
- Schewe H. Das "human-performance-model" - Ein Erklärungsansatz für das Bewegungslernen. Krankengymnastik. 1979; 31:541-553.