TÍTOLS PROPIS
VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Máster de Formación Permanente en Terapia Manual: Razonamiento Clínico, Ejercicio Terapéutico y Dolor. 24.ª Edición.
Código: 24711150

DATOS GENERALES

Curso académico	
Tipo de curso	Máster de Formación Permanente
Número de créditos	60,00 Créditos ECTS
Matrícula	4.500 euros (importe precio público) Diplomados o Graduados en Fisioterapia
Requisitos de acceso	Diplomados y Graduados en Fisioterapia
Modalidad	Semipresencial
Lugar de impartición	Fundación Universidad - Empresa
Horario	La docencia tendrá lugar de jueves a sábado: - Jueves: docencia online sincrónica de 9:00 a 14:00 - Jueves: presencial de 15:30 a 20:00. - Viernes: presencial de 9:00 a 14:00 y de 15:30 a 20:00. - Sábado presencial de 9:00 a 15:00. - Sábado presencial de 16:00 a 20:00 (en 5 seminarios durante los dos años de Máster. Se informará al inicio de curso)

Dirección

Organizador	Facultat de Fisioteràpia
Dirección	Rafael Torres Cueco Profesor/a Titular de Escuela Universitaria. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València

Plazos

Preinscripción al curso	Hasta 15/09/2024
Fecha inicio	Octubre 2024
Fecha fin	Junio 2026

Más información

Teléfono	961 603 000
E-mail	informacion@adeituv.es

PROGRAMA

Razonamiento Clínico y Ejercicio Terapéutico

1 RAZONAMIENTO CLÍNICO
1.1. Tareas centrales del trabajo clínico
1.2. Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud(CIF) de la OMS
1.3. Guías de Razonamiento Clínico
a. Categorías de Hipótesis
b. Identificación Síndromes y Presentaciones Clínicas
c. Patrones de Inervación
d. Nuevos Paradigmas del Dolor
1.4. Concepto de razonamiento clínico. Razonamiento hipotético deductivo yheurístico.
a. Razonamiento diagnostico:
b. Sistema 1: razonamiento anticipado o heurístico
c. Siatema 2: razonamiento hipotético deductivo
d. Razonamiento Narrataivo e interpretativo
e. Razonamiento ético
1.5. Evaluación del paciente. Desarrollo de la anamnesis del paciente. Prácticas con casos clínicos reales.
a. Principios del examen subjetivo y de la anamnesis
b. Principios del examen objectivo y de la exploración física
1.6. Estudio de patrones de inervación.
a. Patrones de inervación e identificación de la fuente nociceptivaperifèrica
b. El fenómeno del dolor referido
i. Dolor referido articular
ii. Dolor referido muscular
iii. Dolor referido visceral
1.7. Mecanismos del dolor osteoarticular y neuropático Tipos de dolor y sudiferenciación
a. Dolor somático

b. Dolor isquémico
c. Dolor visceral

2 DOLOR MUSCULAR Y LESIÓN MUSCULAR
2.1. Estructura y fisiología muscular
a. Organización muscular
b. Fisiología de la contracción
2.2. Lesión muscular aguda
a. Patofisiología de la lesión muscular aguda
b. Clasificación
c. Factores pronósticos
d. Casos clínicos
e. Complicaciones
i. Miositis osificante
2.3. Lesión muscular inducida por esfuerzo
a. Dolor muscular de aparición tardía
b. Síndrome compartimental de esfuerzo
c. Casos clínicos
d. Complicaciones
i. Síndrome compartimental agudo
ii. Rabdomiolisis

3. TENDINOPATÍA Y DOLOR TENDINOSO
3.1. Modelo conceptual
3.2. Concepto de caraga y capacidad de carga
3.3. Ejercicio terapéutico en tendinopatías
3.4. Tendinopatías del miembro inferior
a. Patelar
b. Aquílea
c.Síndrome trocantérico
3.5. Tendinopatías del miembro superior
a. Epicondilalgia

4. NEURODINÁMICA CLÍNICA:
4.1. Neurodinámica: Marco conceptual.
4.2. Concepto de neurodinámica
a. Mecánica e Interfase
b. Patomecánica neural
c. Mecanismos neurodinámicos
d. Adaptación del sistema nervioso al movimiento
4.3. Técnicas de evaluación. Test neurodinámicos
4.4. Técnicas de tratamiento.
4.5. Concepto de neurodinámica y tensión neural advers
a. Elementos Conjuntivos del SNP
b. Organización fascicular del nervio periférico
c. El neuroeje
4.6. La neurodinámica y el dolor. Dolor disestésico y dolortroncular.
4.7. Origen de los síntomas:
a. Procesos intraneurales Patofisiología
b. Procesos extraneurales Patomecánica
4.8. Neurodinámica: Exploración Física y Principios de Tratamiento
4.9. Uso clínico de los test básicos
4.10. Técnica de deslizamiento
4.11. Técnica de tensión
4.12. Precauciones y contraindicaciones en la evaluación y tratamiento
4.13. Evaluación neurodinámica del miembro superior.
4.14. Evaluación neurodinámica del miembro inferior.
4.15. Evaluación neurodinámica de los tejidos neuromeníngeos.

Miembro Inferior y Columna: Semiología

1. SEMIOLOGIA DEL MIEMBRO INFERIOR 1.- ARTICULACIÓN COXOFEMORAL
1.1. Conceptos anatómicos generales.
1.2. Patologías más frecuentes en la edad pediátrica.
1.3 Patologías propias de la edad adulta
1.4. Valoración de la movilidad de la cadera.
1.5. Pruebas funcionales

2. ARTICULACION DE LA RODILLA
2.1. Conceptos anatómicos generales.
¿ Patología de la infancia y de la adolescencia
¿ Patología de la edad adulta.
¿ Valoración del movimiento de la rodilla. Estudio del líquido sinovial.

¿ Pruebas funcionales: Rótula, Meniscos, Ligamentos medial/lateral, Ligamento cruzado anterior, Ligamento cruzado posterior

3. ARTICULACIONES DEL TOBILLO Y PIE.
3.1. Conceptos anatómicos.
¿ Problemas del pie en la infancia
¿ Problemas del pie del adulto
¿ Valoración de la movilidad del tobillo y del retropie. 3.5.Pruebas funcionales

4. VALORACIÓN VASCULAR DEL MIEMBRO INFERIOR
4.1. Conceptos anatómicos generales.
4.2. Valoración de puntos dolorosos.
4.3. Pruebas funcionales

5. DOLORES REFERIDOS EN MIEMBRO INFERIOR
5.1. Conceptos anatómicos
5.2. Estudios de los dermatomos de los plexos lumbar y sacros
5.3. Prueba de valoración del dolor en la extremidad inferior

6. LESIONES DE PARTES BLANDAS EN LA EXTREMIDADINFERIOR
6.1. Conceptos anatómicos generales
6.2. Patología tendinosa de inserción
6.3. Patología de las bursas
6.4 . Patología muscular
6.5. El síndrome compartimental agudo y crónico

2. SEMIOLOGÍA DE EVALUACIÓN NEUROLÓGICA
Evaluación neurológica básica.

3. TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DE IMÁGEN
a. Miembro Inferior
¿ Anatomía por regiones
¿ Rx
¿ TC
¿ RM

Miembro Inferior: Terapia Manual Avanzada y Aproximación Clínica

A. Principios de la patomecánica articular .
- Análisis articular por regiones.
- Tratamiento específico de la disfunción articular.

B. Terapia Manual de Pie y Tobillo: Técnicas de movilización ymanipulación.
- Síndromes de inestabilidad de tobillo
- Síndromes de impigement tibiotarsiano
- Fascitis plantar
- Metatarsalgias

C. Terapia Manual de Rodilla:
- Patomecánica de la articulación.
- Técnicas de movilización, manipulación y liberación compartimental.
- Síndromes de inestabilidad
- Patologia degenerativa
- Patologia meniscal

D. Terapia Manual de Cadera
- Patología y actualización de síndromes clínicos, exploración y técnicas manipulativas de tratamiento
- Patologia degenerativa
- Impigement femoroacetabular
- Síndrome isquiofemoral

Columna Vertebral I: Terapia Manual y Aproximación Clínica

1. Terapia Manual de la columna vertebral. Marco conceptual.

2. Columna Lumbar: Patología de la columna lumbar, diagnóstico, evaluación y técnicas tratamiento.
a. La columna lumbar: anatomia clínica, biomecànica e inervación
b. Introduccióna los mecanismes del dolor lumbar
c. Síndrome discogénico
d. Radiculopatía lumbar discogénica
e. Síndrome facetario
f. Evaluación clínica del paciente con dolor lumbar

3. Columna Torácica
a. Anatomíaclínica, biomecànica e inervación
b. Disfunciones articulares dorsales y costales.
c. Dolor referido torácico

4. Columna Cervical:
Aproximación clínica a los síndromes de la columna cervical, técnicas de evaluación y tratamiento.
a. Características de la anatomía de la columna cervical
b. Biomecánica clínica
c. Dolor cervical clasificación
i. 1. Idiopático o inespecífico o dolor cervical mecánico
ii. 2. Asociado a latigazo cervical
iii. 3. Radiculopatía cervical
iv. Patrones de dolor de la columna cervical
d. Síndromes clínicos de la columna cervical
i. Síndrome discogénico
ii. Síndrome facetario cervical
e. Síndromes del desfiladero torácico
i. 1. Síndrome neurogénico
ii. 2. Síndrome arterial
iii. 3. Síndrome venoso
iv. 4. SDT No-específico o presumiblemente neurogénico
v. Clínica del Síndrome del Desfiladero Torácico
vi. Exploración física
vii. Tests de provocación

5. Técnicas de tratamiento de la columna vertebral: movilización y manipulación vertebral.

6. Control Motor de la columna vertebral

Metodología de la Investigación

Sesión 1.-
- Panorama general del proceso de investigación.- Características de los estudios en Ciencias de la Salud. Características de la investigación terapéutica.- Fuentes de error en investigación
- Conceptos generales de Estadística. Estadística descriptiva.- Tablas de frecuencia
- Búsqueda bibliográfica utilizando la red de la Universidad de Valencia

Sesión 2.-
- El artículo científico. Diseño. Lectura crítica de un artículo científico. Tipos de artículos en las Ciencias de la Salud
- Estadísticos .- Representaciones gráficas
- La hoja de cálculo en informática

Sesión 3.-
- Introducción a la Ciencia. Nomenclatura básica. Consideraciones éticas: el código Belmont
- Estadística inferencial
- Word avanzado- Excel avanzado

Sesión 4.-
- Caracterísrticas de los estudios en Ciencias de la Salud. Estudios descriptivos.
Elaboración de pruebas estructuradas y semiestructuradas
- Tests estadísticos
- Cálculos estadísticos en informática

Dolor y Ejercicio Terapéutico

4. NEURODINÁMICA CLÍNICA
4.1. Neurodinámica: Marco conceptual.
4.2. Concepto de neurodinámica
a. Mecánica e Interfase
b. Patomecánica neural
c. Mecanismos neurodinámicos
d. Adaptación del sistema nervioso al movimiento
4.3. Técnicas de evaluación. Test neurodinámicos
4.4. Técnicas de tratamiento.
4.5. Concepto de neurodinámica y tensión neural advers
a. Elementos Conjuntivos del SNP
b. Organización fascicular del nervio periférico
c. El neuroeje
4.6. La neurodinámica y el dolor. Dolor disestésico y dolortroncular.
4.7. Origen de los síntomas:
a. Procesos intraneurales Patofisiología
b. Procesos extraneurales Patomecánica

4.8. Neurodinámica: Exploración Física y Principios de Tratamiento
4.9. Uso clínico de los test básicos
4.10. Técnica de deslizamiento
4.11. Técnica de tensión
4.12. Precauciones y contraindicaciones en la evaluación y tratamiento
4.13. Evaluación neurodinámica del miembro superior.
4.14. Evaluación neurodinámica del miembro inferior.
4.15. Evaluación neurodinámica de los tejidos neuromeníngeos.

5 INTRODUCCIÓN A LOS MECANISMOS CENTRALES DEL DOLOR
5.1. El problema del dolor crónico
¿ Prevalencia del dolor crónico
¿ Dolor crónico y modelo biomédico
¿ Dolor y Nuevos Paradigmas
¿ Las dimensiones del dolor
¿ Características del Dolor Crónico
5.2. Neurobiología Básica
¿ Nociceptores
¿ Canales lónicos
¿ Neurotransmisores
¿ Transmisión sináptica
¿ Fibras C y sensibilización periférica
¿ Neuronas nociceptivas de 2º orden
¿ Organización en el asta posterior medular: Láminas de Rexed
¿ Vías del Dolor
¿ Mecanismos supraespinales del dolor y la nocicepción
5.3. Dolor Crónico y Sensibilización Central
¿ Cambio en la sensibilidad de las neuronas de segundo orden WDR y NS
¿ Niveles alterados de neurotransmisores
¿ Creación de nuevas sinapsis
¿ Cambios en los campos receptivos
¿ Apoptosis de neuronas inhibidoras
¿ LTP y Wind-Up
¿ El dolor referido y la sensibilización central
5.4. Dolor y razonamiento clínico:
¿ El razonamiento clínico en el dolor: evaluación basada en los mecanismos
¿ Mecanismos del dolor:
¿ Dolor y patrón de inervación
5.5. El paciente con dolor crónico complejo
¿ Características
¿ Dificultades terapéuticas
5.6. Modelos Neurobiológicos del Dolor
¿ La modulación central y la teoría del control de la compuerta
¿ La modulación central y la teoría del procesamiento paralelo
¿ La modulación central y el concepto de neuromatriz
¿ Cambios Corticales en el Dolor Crónico
¿ Dolor como Respuesta Multisistémica:
¿ Concepto de alostasis
¿ El dolor crónico y respuesta de estrés: Dolor, fatiga crónica y otros síntomas dehipersensibilidad sensorial
¿ Modelo del organismo maduro
5.7. Aproximación biopsicosocial al dolor crónico
¿ El paradigma biopsicosocial
¿ Modelos Multidimensionales del Dolor Crónico
¿ Dolor y creencias
¿ Dolor y emociones
¿ Dolor y conductas
¿ Dolor y entorno social
5.8. Identificar los pacientes de riesgo de cronificación
¿ Factores asociados con la cronificación
¿ Banderas Amarillas
¿ Desmedicalización del dolor
5.9. Identificación de Síndrome Dolor Crónico Complejo
¿ Historia Actual
¿ Comportamiento de los síntomas
¿ Diagnósticos
¿ Descartar Patologías y Banderas Rojas
¿ Procedimientos médicos o quirúrgicos previos y actuales
¿ Estado de ánimo
¿ Calidad del sueño
¿ Tratamiento farmacológico actual
¿ Discapacidad
5.10. Aproximación al tratamiento del paciente con dolor crónico complejo
¿ Barreras psicológicas y sociales en el tratamiento del dolor
¿ Objetivos del tratamiento

¿ Programa tratamiento del paciente con dolor crónico

Miembro Superior y Columna: Semiología

1. SEMIOLOGÍA DEL MIEMBRO SUPERIOR
1ª Parte: Mano y muñeca
A. Historia clínica
B. Exploración física
a. Recuerdo de la Anatomía de superficie
b. Recuerdo de la Anatomía funcional
c. Exploración por tejidos
C. Pruebas complementarias
a. Estudios de imagen (RX, TAC, RM)
b. Otras (Artroscopia, EMG)
2ª Parte: Hombro y codo
A. Historia clínica
B. Exploración física
a. Recuerdo de la Anatomía funcional
b. Exploración sistemática
C. Pruebas complementarias
a. Estudios de imagen (RX, TAC, RM)
b. Otras (Artroscopia, Gammagrafía, EMG)

2. SINDROMES COMPRESIVOS DE NERVIO PERIFERICO EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR
1ª Parte: Conceptos generales
A. Recuerdo anatómico del sistema nervioso periférico
B. Etiología de los síndromes compresivos
C. Fisiopatología de la compresión nerviosa
D. Clínica de la compresión
E. Estudios complementarios
F. Tratamiento y recuperación de la función
2ª Parte: Síndromes compresivos: cuadros clínicos específicos
A. Nervio mediano
B. Nervio cubital
C. Nervio radial

3. SEMIOLOGÍA DEL EQUILIBRIO
3.1. EL SISTEMA DEL EQUILIBRIO
a. EL APARATO VESTIBULAR
b. EL SISTEMA PROPIOCEPTIVO
c. EL SISTEMA VISUAL
3.2. PERCEPCIÓN CONSCIENTE DEL EQUILIBRIO
3.3. CONCEPTOS DE PLASTICIDAD, HABITUACIÓN Y ADAPTACIÓN APLICADOS AL EQUILIBRIO
a. PLASTICIDAD DEL REFLEJO VESTÍBULOOCULAR (R.V.O) POR CAMBIOS VESTIBULARES
b. PLASTICIDAD DEL RVO POR CAMBIOS VISUALES
3.4. CONCEPTOS SOBRE PATOLOGÍA DEL VÉRTIGO Y EQUILIBRIO ANAMNESIS
a. Delimitación del vértigo
b. Presentación del proceso
c. Duración.
d. Factores desencadenante del vértigo
e. Sintomatología asociada
f. Antecedentes
3.5. EXPLORACIÓN CLÍNICA
a. Exploración clínica otoneurológica 2.-Exploración general
3.6. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
a. Videonistagmografía
b. Posturografía
3.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
a. Localización anatómica
b. Etiología de las enfermedades del sistema vestibular
3.7. VÉRTIGOS PERIFÉRICOS
a. Presentación clínica del vértigo periférico.
b. Datos de interés en la historia clínica
c. Exploración del enfermo con vértigo periférico
3.8. VÉRTIGO DE MÉNIÈRE
3.9. VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO
3.10. NEURITIS VESTIBULAR
3.11. VESTIBULOPATÍA TÓXICA
3.12. REHABILITACION VESTIBULAR

4. SEMIOLOGÍA DE LAS CEFALEAS
4.1. Anamnesis
- Preguntas relevantes en las cefaleas
4.2. Exploración
- Exploración general Exploración neurológica Fondo de ojo

4.3. Signos de alarma
4.4. Clasificación de las cefaleas
- Cefaleas primarias: Migraña, cefalea tensional, cefalea en racimos y otras cefaleas trigémino-autonómicas
- Criterios diagnósticos, características, fisiopatología
- Migraña por abuso de medicamentos
- Migraña crónica
- Cefaleas secundarias
- Neuralgias craneales, dolor facial central y primario y otras cefaleas

5. ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS
a. Neurofisiología clínica
b. Electroneurografía
c. Electromiografía
d. Aplicaciones clínicas de la Electromiografía

6. TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DE IMÁGEN
a. Columna
a. Anatomía
b. Rx
c. TC
d. RM
e. RM post cirugía
f. Estudio de las deformidades
g. Indicaciones
h. Miembro Superior
i. Imagen de Patología de columna

Miembro Superior: Terapia Manual Avanzada y Aproximación clínica

A. Terapia Manual de Hombro: Patología de la extremidad superior, exploración, evaluación y técnicas de tratamiento específicas para las diferentes pathologies
- Inestabilidad glenohumeral
- Síndrome subacromial
- Capsulitis adhesiva

B. Terapia Manual del Codo:
- Inestabilidad del codo
- Epicodilalgia lateral y medial
- Regidez de codo

C. Terapia Manual mano, muñeca y codo: Síndromes clínicos, evaluación y tratamiento.
- Inestabilidades carpianes
- Patologia tendinosa
- Síndromes de atrapamiento

Columna Vertebral II: Terapia Manual Avanzada y Aproximación Clínica

1. Terapia Manual de la columna vertebral. Marco conceptual.

2. Columna Lumbar: Patología de la columna lumbar, diagnóstico, evaluación y técnicas tratamiento.
- Inestabilidad lumbar y Espondilolistesis
- Concepto de Inestabilidad
- Inestabilidad clínica
- Inestabilidad Mayor
- Espondilolistesis
a. Clasificación Wiltse, Newman, MacNab
b. Clasificación Marchetti
- Espondilolistesis displàsica
- Espondilolistesis degenerativa
- Espondilolistesis itsmica
- Estenosis del canal central
a. Etiología de la estenosis de canal central
b. Manifestaciones clínicas
c. Exploración clínica
d. Indicaciones y criterios para establecer el tratamiento conservador

3. La Pelvis: Conceptos actuales sobre la patología de la pelvis, diagnóstico de los distintos síndormes y técnicas de tratamiento
Biomecánica de la pelvis
a. Fiabilidad test movilidad SI
b. Modelo integrado de función de la pelvis
c. Síndromes clínicos sacroilíacos
d. Embarazo y Pelvis

4. Columna Craneocervical: Síndromes clínicos articulares craneocervicales ycefalees

a. Anatomía de las vértebras cráneo-cervicales
b. Biomecànica de la columna craneocervial
c. Inestabilidad de la columna craneocervical
i. Concepto de inestabilidad mayor. Características
ii. Inestabilidad y zona neutra
iii. Etiología de la inestabilidad
iv. Inestabilidad mayor. Sospecha diagnóstica
d. La manipulación cervical y los accidentes Neurovasculares
i. Patofisiología de la disección arterial
ii. Factores de riesgo
e. Pruebas Premanipulativas

5. Técnicas de tratamiento de la columna vertebral: movilización y manipulación vertebral.

6. Control Motor de la columna vertebral

Trabajo de Investigación Fin de Máster

Realización del Trabajo de Investigación
Presentación Oral y Pública

PROFESORADO

Luis Aguilella Fernández

Especialista en Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario de La Ribera

Rafael Aleixandre Benavent

Científico Titular del CSIC

José Antonio Blas Dobón

Traumatólogo. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Dr. Peset

María Teresa Bovaira Forner

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Anestesióloga, Reanimación y Terapia del Dolor. Jefe Clínico Servicio de Anestesiología. Responsable de la Unidad de Dolor del Hospital Intermutual de Levante.

Carlos Castaño Ortiz

Fisioterapeuta. Fisioperpinyà

Fernando Corbí Aguirre

Doctor Cirugía Ortopédica y Traumatología

Rodrigo Díaz Fernández

Traumatólogo. Especialista en Pie y Tobillo

Samuel Díaz Insa

Doctor en Medicina. Neurología. Universitat de València.

Luis García Marrero

Médico especialista en Radiología. Ecografía Musculoesquelética

Moisés Giménez Costa

Fisioterapeuta

Luis Millán González Moreno

Profesor/a Titular de Universidad. Departament d'Educació Física i Esportiva. Universitat de València

Manuel Jiménez Navarro

Médico especialista en Cirugía, Ortopedia y Traumatología. Cirugía de Columna

Eva Llopis San Juan

Especialista en Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de La Ribera.

Enrique Juan Lluch Girbés

Profesor/a Titular de Universidad. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València

Carlos López Cubas

Fisioterapeuta Clínica Osteón. Profesor Departament de Fisioteràpia. Universitat de València..

José Molina Martínez

Fisioterapeuta. Institut Valencià de Recuperació Esportiva, S.L.

Silvia Parra Escorihuela

Doctora en Medicina. Neurofisiología Clínica.

Eliseo Pascual Gómez

Especialista en Reumatología

Pablo Puigcerver Aranda

Profesor/a Asociado de Universidad. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València

Arturo Such Sanz

Fisioterapeuta. Director Moviment i Salut, Centre de Fisioterapia

Rafael Torres Cueco

Profesor/a Titular de Escuela Universitaria. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València

Lidia Torres García

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia

Eduardo Zamorano Zárate

Fisioterapeuta.

OBJETIVOS

Las salidas profesionales que tiene el curso son:

Dado el enfoque clínico, este máster capacita para establecer diagnóstico y manejo del paciente en centros dedicados a dolor musculoesquelético, tales como clínicas privadas, centros de mutuas laborales, gimnasios de rehabilitación en hospitales, centros deportivos o asistencia domiciliaria.

El objetivo final es fomentar el papel del fisioterapeuta como clínico, y no sólo como terapeuta, capaz de asumir una plena responsabilidad frente al paciente y afrontar con éxito el tratamiento de aquellas patologías tributarias de su actuación. Para ello, se combina el aprendizaje práctico de diferentes abordajes en terapia manual y el ejercicio terapéutico, con el estudio de la semiología y los aspectos más relevantes de los síndromes clínicos con los que se enfrenta habitualmente el fisioterapeuta.

Así, el alumno adquiere habilidades en la interpretación de los diferentes síndromes clínicos mediante el estudio de la Patología y Semiología, así como de las técnicas de Diagnóstico, Movilización, Manipulación y Tratamiento Activo de las articulaciones periféricas y la Columna Vertebral. Se estudia además el abordaje de patología Músculo-Tendinosa, los Síndromes de Atrapamiento Nervioso, o del Sistema Vestibular.

Asimismo se introduce al alumno en los nuevos avances en la Neurofisiología del Dolor para que sea capaz de interpretar situaciones clínicas complejas. Para permitir el aprovechamiento inmediato de estas técnicas en la práctica clínica, se incluyen en el programa conocimientos referentes al proceso de razonamiento clínico, que le ayudarán al fisioterapeuta a asegurarse que las decisiones clínicas y las acciones emprendidas son las adecuadas a la situación clínica del paciente.

En resumen, el objetivo es alcanzar la excelencia en la práctica clínica en términos de diagnóstico y tratamiento basado en un conocimiento profundo de la: patología y los mecanismos del dolor de las lesiones musculoesquelética para poder llevar a cabo un buen proceso de razonamiento clínico basado en la evidencia científica y siempre desde una perspectiva biopsicosocial

METODOLOGÍA

La metodología del Máster consiste en seminarios de 25 ó 30 horas lectivas donde se imparten 5 ó 10 horas de teoría y 15 ó 20 horas de clase teórico-práctica.
Se facilitan lecturas previas, material docente y material complementario al seminario, así como lecturas recomendadas.
Para poder aprobar la evaluación continua y poder presentarse a los exámenes finales el alumno debe asistir al menos al 80% de las clases.
Cada seminario se hace una breve evaluación que consistirá en la nota de la evaluación continua que supondrá un 20% de la nota de las asignaturas.
La evaluación al final de cada curso consta de una examen teórico de cada asignatura que supone el 60% de la nota de la asignatura. También constará de un examen práctico de que supondrá un 20% de la nota de las asignaturas.
Todas las partes deben ser aprobadas para poder hacer media.