

dios en Estados Unidos: Inés Rodríguez y Mary Ivonne de Kinsky, como también Doña Hercilia Camacho de Cadena; además a través de las Hermanas de la Comunidad de la Sabiduría, quienes suministraban el Instituto Roosevelt en ese tiempo, se obtuvo de sus Superiores la asignación de una Fisioterapeuta Canadiense graduada, Sister Mónica del Carmen.

Ya teníamos el elemento básico, faltaba el plan de estudio. Para lograrlo, hicimos un viaje de Sur a Norte de nuestro continente, desde Argentina al Canadá en estudio de Escuelas de Fisioterapia. En cuanto a Latinoamérica, en este tiempo solo existía un esbozo de Escuela en Montevideo y otro en Cuba sin un plan de estudios académicos bien concebidos. En México, se daba entrenamiento a las enfermeras durante un año para hacerlas Fisioterapeutas y en Argentina los Kinesiólogos se oponían a la fundación de Escuelas de Fisioterapia.

En la ciudad de New York, la Asociación de Terapia Física Americana nos fue de gran ayuda para el currículum y nos subrayó los requisitos mínimos que debían ser llenados para organizar una Escuela de Fisioterapia. En la Clínica de Mayo de Rochester, Minnesota, encontramos el mejor currículum. Del estudio de éstos y adaptados a nuestras necesidades se elaboró un plan de estudios y así se abrió la Escuela con el nombre de ESCUELA NACIONAL DE FISIOTERAPIA, el día 1º de Abril de 1952; éste nombre hubo de ser cambiado más tarde al de ESCUELA COLOMBIANA DE FISIOTERAPIA, por ser la palabra nacional de uso oficial exclusivo. Desde hace 20 años junto con la Escuela de Fonoaudiología y más tarde la de Terapia Ocupacional, estamos afiliados al Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario bajo el nombre de ESCUELA

COLOMBIANA DE REHABILITACION junto con las Facultades correspondientes.

Como bien puede verse, nos tocó ser los pioneros en la creación de una Facultad de Fisioterapia, llenando todos los requisitos académicos exigidos en su tiempo y cuyo pensum de estudios se ha ido perfeccionando y adaptando a las exigencias de cada una de las épocas.

Tan pronto se graduaron las primeras Fisioterapeutas, elaboramos la reglamentación de la profesión mediante decreto-ley de 1954, la cual sirvió de base para ser admitida la Asociación Colombiana de Fisioterapia como Miembro de la Conferencia Mundial de Fisioterapia, siendo nuestra Escuela la primera de Latinoamérica en merecer este honor.

¿Qué significa pertenecer a la Confederación Mundial de Fisioterapia? Que los títulos son reconocidos por los países que la conforman y en consecuencia los exámenes y pruebas para poder ejercer en dichos países son muy benignos.

Posteriormente, a la Fundación de nuestra Escuela de Fisioterapia en 1952, la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá abrió su propia Escuela, a la cual se siguió la Universidad del Valle en el año 1968, la Universidad Industrial de Santander en 1965 y la Universidad Metropolitana de Barranquilla en 1974. En Barranquilla, la Corporación Universitaria Metropolitana en 1975 y en Medellín el Instituto Politécnico Colombiano que funcionó desde 1964 hasta 1968.

La Escuela promovió la Fundación de la Asociación Colombiana de Fisioterapia en 1955 y obtuvo la aprobación de la Ley reglamentaria de la profesión de Fisioterapia en el año 1954, Decreto-Ley que fue reformado por el Congreso en el año 1976.

II. TERAPIA DE NEURODESARROLLO EN DIPLEJIA ESPASTICA

*ET. Claudia Cecilia Herrera Mancipe
Bogotá - Colombia*

El tratamiento de la Parálisis Cerebral es aún un campo desconocido y controvertido dentro de la Medicina lo que no sólo es nocivo para la Ciencia en general y la Medicina en particular sino que afecta sobre todo el espástico y su familia. Infortunada-

mente desde el punto de vista Fisioterapéutico no es fácil enfrentar esta situación dada la imposibilidad de un control científico de los resultados terapéuticos. La labor se hace más difícil debido a que no puede realizarse experimentación animal, y la expe-

rimentación clínica con grupos control de sujetos no tratados no es admisible moralmente. Sin embargo, los conocimientos neurofisiológicos, kinesiológicos y clínicos han permitido la evolución de las formas y métodos de tratamiento, y es así como a través de los años se ha ido dejando atrás el enfoque terapéutico estático, no sólo del parálítico cerebral, sino del paciente neurológico en sí, cambiándolo por un concepto dinámico pregonado por el tratamiento de "Neurodesarrollo".

El tratamiento de Neurodesarrollo (NDT o NEURO-DEVELOPMENTAL TREATMENT), es un concepto de tratamiento de la parálisis cerebral, hemiplejia adulta, traumatismos craneoencefálicos y otras lesiones del S.N.C. que se relaciona con los hombres de Fay, Kabbat, Peto, Vojta, y sobre todo de Bertha y Karel Bobath, Fisioterapéutica y Médico respectivamente, quienes hace 40 años comenzaron en Londres sus primeras observaciones sobre la conducta motora de estos pacientes. El TND ha evolucionado sobre la base del estudio de varios tipos de pacientes con parálisis cerebral y de los resultados obtenidos los dos principios sobre los cuales descansa, son:

1. Inhibición o supresión de la actividad refleja postural anormal responsable de los patrones de la hipertonia.
2. Facilitación de las reacciones normales de enderezamiento y equilibrio en su propia secuencia de desarrollo y de una manera progresiva hacia actividades funcionales.

La espasticidad y su tratamiento son un problema sensorio-motriz ya que el paciente al igual que un individuo normal puede aprender un movimiento sólo por medio de sensaciones. En la parálisis cerebral la actividad refleja anormal produce patrones anormales de postura y movimiento, los cuales a su vez le entregan al niño una experiencia sensoriomotriz anormal; es importante reducir la aparición repetida de éstos patrones mediante el arduo trabajo terapéutico. En dicho trabajo deberán participar numerosos Especialistas de diversas disciplinas y grupos profesionales así como el paciente, su familia y la comunidad. La P.C. es un ejemplo evidente de la necesidad del tratamiento interdisciplinario debido a las numerosas discapacidades asociadas, al daño neurológico como son las alteraciones en el sistema musculoesquelético, vista, oído, lenguaje y estado psíquico-intelectual.

En el concepto de TND la evaluación del paciente es de vital importancia y ésta comprende:

1. **INFORMACION MEDICA**
Diagnóstico, historia del parto, cirugías, incapacidades asociadas, medicamentos y otros.
2. **TRATAMIENTOS RECIBIDOS**
3. **IMPRESION GENERAL**
Observación del niño, conducta y comportamiento, motivación, grado de alerta y respuesta al ambiente, a la estimulación y al terapeuta. Observar la interrelación con los padres.
4. **ANALISIS DEL DESARROLLO MOTOR Y DESARROLLO GENERAL**
5. **ANALISIS DE PATRONES POSTULARES Y DE MOVIMIENTO**
Dirección, velocidad, simetría, descarga, cambios de peso, relación de la estabilidad con la movilidad.
6. **ANALISIS DE REACCIONES AUTOMATICAS BASICAS**
Enderezamientos, equilibrios.
7. **TONO MUSCULAR.**
8. **MOVILIDAD ARTICULAR.**

Lo anterior nos permite obtener un concepto global de los principales problemas motores, establecer metas de tratamiento y planear dicho manejo. El tratamiento se efectúa a través del manejo físico del niño (Handing), guiando así las respuestas motoras del paciente de manera que resulten lo más cercano a lo normal, para así establecer patrones sensorio-motrices a través de la repetición, de lo que resulta una constante retroalimentación entre el paciente y el terapeuta. Los movimientos y posturas obtenidas, normalizan el tono muscular lo que a su vez facilita su ulterior repetición. El tratamiento es simultáneo de la totalidad del cuerpo y no de extremidades aisladas. Siendo un modelo de tratamiento dinámico, las posturas y movimientos tienen su aplicación en las actividades de la vida diaria (traslados, juego, alimentación, vestido, etc.). Este concepto de tratamiento ofrece una alternativa interesante no sólo por los resultados que se obtienen, sino porque no utiliza equipos costosos, y lo más importante es que involucra a la familia en el mismo.