



UGR Universidad
del Gran Rosario

TRABAJO FINAL

presentado para obtener el título de posgrado de la

**ESPECIALIZACIÓN EN KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA
NEUROLÓGICA**

**Título: “Implicancia del diagnóstico para el abordaje
interdisciplinario frente al caso de un niño en situación de
discapacidad y vulnerabilidad social”**

Autora:

Bufarini, Melina - 38.819.691

Director:

Dr. Cagnone, Carlos

Lugar:

Sede Rosario

Fecha de presentación

15/03/2023

Firma autora

1. Resumen	2
2. Introducción	3
3. Objetivos	6
4. Métodos	6
4.a. Estrategia de búsqueda bibliográfica	7
4.b. Estrategia de recolección de datos para el trabajo de campo	7
5. Desarrollo	8
5.a. Resultados de la literatura recuperada	8
5.b. Presentación del caso	26
5.b.1. Evaluación inicial	27
5.b.2. Plan de abordaje	27
5.b.3. Estrategias implementadas y evolución	28
5.c. Resultados del trabajo de campo	32
5.c.1. Categorías de análisis	32
6. Discusión	36
7. Conclusiones	39
8. Referencias bibliográficas	40
9. Anexos	43

1. Resumen

INTRODUCCIÓN: La crianza de las infancias en un ambiente protegido y con respeto de sus derechos es vital para el desarrollo de la integridad física y psicológica, la dignidad y la autoestima. Sin embargo, se observa que, en muchos casos, las niñas, niños y adolescentes experimentan métodos violentos de crianza y cuidado, sobre todo entre quienes presentan algún tipo de discapacidad. En los abordajes terapéuticos de situaciones de discapacidad el reduccionismo ante un diagnóstico médico está presente en un gran número de profesionales. Cuando se realizan diagnósticos tomando en cuenta únicamente los comportamientos observables de cada niño o niña y no se profundizan en cuáles podrían ser las diversas causas, entonces se corre el riesgo de transformar la clínica en una serie de procedimientos burocráticos, que dejan a salvo a quienes los ejecutan pero que no abordan los problemas subyacentes que ocasionan dicha situación. **OBJETIVO:** Analizar la implicancia del diagnóstico en el abordaje de un equipo interdisciplinario frente al caso de un niño en situación de discapacidad y vulnerabilidad social. **MÉTODOS:** En una primera instancia, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura. Luego en el desarrollo del caso clínico se presentó la experiencia de abordaje interdisciplinario de un niño institucionalizado, en situación de discapacidad y vulnerabilidad social. Por otro lado, se realizó una entrevista a los y las profesionales integrantes del equipo en modalidad grupal utilizando preguntas semi estructuradas. **CONCLUSIONES:** La conformación de un equipo interdisciplinario es el punto de partida para el abordaje de situaciones complejas en discapacidad. Respecto al proyecto terapéutico del caso pudieron observarse óptimos resultados reflejados en los avances psicomotrices del niño, el fortalecimiento de sus vínculos y las estrategias de comunicación aprendidas. Se presentan como puntos relevantes para el abordaje interdisciplinario en discapacidad a la comunicación (entre los integrantes del equipo) y el tiempo (disponible para la atención, la planificación y los registros). Si bien ha quedado expuesta la problemática de la necesidad de un diagnóstico para el acceso a derechos y prestaciones no implicaría en sí mismo un limitante para el desarrollo de un abordaje contextualizado e integral.

2. Introducción

En la Argentina, fueron necesarios diversos cambios respecto a la concepción de la niñez hasta arribar a la actual perspectiva integral. Durante el siglo XX predominaba la expresión de “menor” arraigada a una perspectiva curativa-tutelar por parte del Estado. Con el tiempo y el actuar popular este concepto comenzó a vincularse a la idea de la “marginalidad infantil”, es decir, a los que niños que carecían de un núcleo familiar formal y/o funcional. Este estigma continuó siendo predominante hasta la reforma de 1994, la cual incorporó con jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 75, inc. 22). A pesar de estos avances en término de políticas públicas, es recién con la sanción de la Ley 26061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes cuando se logró consolidar el paradigma de la protección integral de los niños y niñas, y su visualización ya no como objetos de protección sino como sujetos de derechos. (1)

La crianza de las infancias en un ambiente protegido y con respeto de sus derechos es vital para el desarrollo de la integridad física y psicológica, la dignidad y la autoestima. Sin embargo, se observa que, en muchos casos, las niñas, niños y adolescentes experimentan métodos violentos de crianza y cuidado, sobre todo entre quienes presentan algún tipo de discapacidad. De este modo, mientras que un 61% de las niñas y niños sin discapacidad experimentan métodos violentos de crianza, entre quienes tienen alguna discapacidad asciende a 72%. Cabe resaltar que, en este último grupo, los castigos físicos severos representan el doble respecto al primero (12% y 6%, respectivamente). En relación al cuidado inadecuado, mientras un 12% de niñas y niños con discapacidad fueron dejados solos o al cuidado de otra niña o niño menor de 10 años durante más de una hora, entre quienes no tienen discapacidad se reduce a 4%. Estos datos ponen en evidencia que las niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en mayor medida, se encuentran en contextos con mayores niveles de vulnerabilidad social. (2)

En términos conceptuales, hablar de sujeto en situación de discapacidad pone en énfasis una ética por el respeto de la subjetividad, es decir, de la condición humana. Por otro lado, esta categoría teórica, implica una perspectiva que se distancia de la visión patologizada y fragmentada de la discapacidad como problemática individual, para centrar el eje de la cuestión en la función que cumple la sociedad en la producción de esta situación. (3)

Desde un paradigma contrapuesto, el modelo biomédico se caracteriza por una concepción biológica y mecanicista del cuerpo, entendido como piezas unidas entre sí en una máquina compleja, que necesita ser reducida a sus partes con el fin de conocer su conjunto. Según esa concepción del cuerpo humano la salud se entiende como ausencia de enfermedad, lo

cual acarrea un abordaje tecnicista de la asistencia de la salud. Desde este lugar, el plan terapéutico ya no es planificado en torno a la salud sino la enfermedad, y ubica al sujeto detrás de aquel cuerpo, con sus saberes, deseos y experiencias, aceptando una prescripción disfrazada de cuidado. (4)

Fainblum (5) considera a la rehabilitación como un proceso que tiene como objetivo la superación de las condiciones físicas, psíquicas y sociales de un sujeto, y así lograr su inclusión a la vida social dentro de una comunidad. Esta concepción genera una ruptura a lo que la autora Céspedes (6) denomina rehabilitación médico-funcional, proponiendo en su lugar una rehabilitación integral.

En los abordajes terapéuticos de situaciones de discapacidad o, desde una perspectiva fisioterapéutica, en el marco de una rehabilitación neurológica, el reduccionismo ante un diagnóstico médico está presente en un gran número de profesionales. Incluso, en ciertos casos, suele proyectarse un pronóstico y un tratamiento preestablecido, rígido, consecuente a la enfermedad presente. Estas intervenciones generan una situación limitante y desubjetivante a causa de un “encarcelamiento en la patología”. (5)

Sin embargo, cuestionar el etiquetamiento y la patologización de los niños y niñas con problemas en el desarrollo no es una tarea sencilla. En las últimas décadas, la medicina y la tecnología han encontrado el modo de demostrar la presencia de alteraciones biológicas: observar la cantidad de cromosomas, analizar el funcionamiento de las descargas bioeléctricas o medir los decibeles de audición, entre otras. Estos avances han contribuido de manera notable en las intervenciones de los sistemas de salud, pero al mismo tiempo, han invisibilizado la real acción del etiquetamiento. (7)

Tal vez las clasificaciones resulten ordenadoras y tranquilicen (aunque sea por un momento) al acotar la realidad a un nombre, pero también empobrecen la mirada clínica y reducen la creatividad del acto terapéutico. De esta forma, se consolida lo que se denomina “un proceso de cosificación”: se toma un rasgo por el todo, se reduce el caso a un número que forma parte de las estadísticas, se establecen criterios de medición y validación, se fragmenta el pensamiento, se lo descontextualiza y se lo desculturaliza. Dicho de otro modo, se pone la atención en el ser y se lo disocia del estar, para separar al sujeto de la cultura que habita. (8)

En relación a la problemática expuesta, cuando se realizan diagnósticos tomando en cuenta únicamente los comportamientos observables de cada niño o niña y no se profundizan en cuáles podrían ser las diversas causas, entonces se corre el riesgo de transformar la clínica

en una serie de procedimientos burocráticos, que dejan a salvo a quienes los ejecutan pero que no abordan los problemas subyacentes que ocasionan dicha situación. (9)

Refiriendo a un ejemplo específico, como es el caso del autismo o del Trastorno del Espectro Autista, Laurent & Berenguer en *“La batalla del autismo: de la clínica a la política”* (10) refieren al aumento exponencial del diagnóstico en niños y niñas con dicha patología y revelan una crisis actual del instrumento de diagnóstico globalizado de la clínica psiquiátrica y neurológica, el DSM.5 (11). Los autores exponen que existen ciertas manipulaciones en la definición de los “trastornos” dentro del documento las cuales dejan al descubierto numerosos artificios utilizados para que no surja la pregunta sobre qué es, al fin y al cabo, lo que realmente se mide mediante dicho instrumento.

Si bien en la mayoría de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (12) el arribo a un diagnóstico certero puede contribuir a proyectos terapéuticos bien orientados, el punto de conflicto que aquí se pretende presentar no es la construcción del mismo, sino el proceso de toma de decisiones de un equipo interdisciplinar que se desarrolla en torno a su determinación.

Existen proyectos terapéuticos cuya multiplicidad de factores construyen una situación de complejidad clínica donde, según García, R. , el punto de partida para su resolución es la construcción de estudios interdisciplinarios. Asimismo, el autor aclara que no sólo implica las interrelaciones entre las disciplinas, sino que, principalmente requiere el análisis de las interrelaciones entre los fenómenos y los procesos que son objetos de estudio. (13)

En este sentido, pensar en términos de complejidad requiere de una reorganización de todo el pensamiento que produce efectos en la mirada, y, por lo tanto, en aquello que es mirado. Por un lado, esta perspectiva invita a abandonar ese modelo de pensamiento en el que lo fenoménico se presenta a la manera de un dato que puede ser clasificado y ordenado. Y por otro, propone pensar en términos de dimensiones, es decir, concebir al recorte de la realidad como un sistema compuesto por elementos que no son separables, que no pueden pensarse independientemente unos de otros, y que por consiguiente no pueden estudiarse en forma aislada. (7)

Al reconocer que existe un límite en el necesario conocimiento de cada disciplina y que en ese saber establecido hay aspectos desconocidos, surge la necesidad de realizar un análisis teórico en profundidad desde un abordaje interdisciplinario. El mismo conlleva el intercambio de cuestionamientos e interrogantes mutuos que conducen a la construcción de un marco conceptual común, según Rivière (1985), un Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO). Fainblum, A. (5) describe al mismo como una convergencia conceptual

con prácticas diferenciadas y específicas de cada disciplina y no una mera sumatoria.

En función de lo planteado, Wald, Al. et al. expone que existen tres ejes problemáticos para el abordaje interdisciplinario de situaciones complejas. En primer lugar, la articulación y comunicación de los conocimientos en y entre las disciplinas implicadas. La propuesta del pensamiento complejo presenta una reconfiguración epistemológica tendiente hacia un conocimiento transdisciplinar, desarrollando así una propuesta ética y política. En segundo lugar, menciona una “epistemología de la acción”. Pensar el saber en la acción es pensar la acción y sus saberes diferenciándolos de la mera aplicación de una concepción tecnocrática, para concebir ese saber “desconocido” como un pensamiento que se pregunta por la justeza de la acción. Y en tercer lugar, ubica la reflexividad como vuelta sobre la acción a partir de los elementos que emergen de la experiencia colectiva. Los relatos sobre las prácticas articulan una polifonía de voces que posibilitan la creación de nuevas significaciones y promueven la escritura como instrumento esencial para el registro y aporte a la comunidad científica. (14)

En el presente trabajo se pretende problematizar la teoría expuesta en torno al caso de un niño en situación de discapacidad y vulnerabilidad social. Se profundizará en el abordaje interdisciplinario y se indagará acerca de otras experiencias registradas en el contexto de diagnósticos complejos.

3. Objetivos

Objetivo general: Analizar la implicancia del diagnóstico en el abordaje de un equipo interdisciplinario frente al caso de un niño en situación de discapacidad y vulnerabilidad social.

Objetivos específicos:

- Revisar en la literatura disponible experiencias de abordaje interdisciplinario en situaciones complejas de discapacidad.
- Describir el proceso de abordaje frente a un caso de diagnóstico incierto en el contexto de discapacidad y vulnerabilidad social.
- Identificar las dificultades y oportunidades de un abordaje interdisciplinario en torno a un diagnóstico incierto.

4. Métodos

La presente investigación consistió en un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal.

4.a. Estrategia de búsqueda bibliográfica

En una primera instancia, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura, analizando artículos científicos publicados desde el año 2008 hasta el año 2022 en las bases de datos PubMed, Dialnet y Redalyc y en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Los criterios de inclusión fueron texto completo disponible y que presente experiencias de abordaje interdisciplinario de situaciones complejas de niños o niñas en situación de discapacidad.

A continuación se detallan las palabras clave y sus respectivas combinaciones:

- Palabras clave:

#	Términos libres	DeCS	MesH
1		Grupo de atención al paciente	Patient Care Team
2		Estudios interdisciplinarios	Interdisciplinary Studies
3		Prácticas interdisciplinarias	Interdisciplinary Placement
4		Servicios de salud para personas con discapacidad	Health Services for persons with disability
5	Interdisciplina		
6	Equipo interdisciplinario		
7		Niños con discapacidad	Disabled children

- Combinaciones de palabras clave:

(#1 OR #2 OR #3) AND #7

(#5 OR #6) AND 4

(#5 OR #6) AND 7

4.b. Estrategia de recolección de datos para el trabajo de campo

En el desarrollo del caso clínico se presentó la experiencia de abordaje interdisciplinario de un niño institucionalizado, en situación de discapacidad y vulnerabilidad social. En la descripción de las estrategias terapéuticas se hizo hincapié en las correspondientes a su rehabilitación kinésica. Se recopiló toda la información existente respecto a los antecedentes del niño, su historia clínica previa y posterior a su llegada a la institución y el registro diario de las sesiones terapéuticas realizadas. Asimismo, se plasmaron las características principales de la dinámica de abordaje del equipo interdisciplinario en cuestión.

Por otro lado se realizó una entrevista a los/as profesionales integrantes del equipo en modalidad grupal utilizando preguntas semi estructuradas (Anexo 1). Esta elección se debe a dificultades emergentes al momento de acordar las disponibilidades horarias para concretar las entrevistas individuales. Por lo tanto, se confeccionaron dos grupos. Uno de los grupos se realizó de manera presencial y el otro con modalidad virtual asincrónica.

En cuanto a las consideraciones éticas necesarias, quienes participaron firmaron un consentimiento informado donde se expresó la conformidad con la utilización de los contenidos de la entrevista para los fines de este trabajo y el compromiso de preservar su anonimato (Anexo 2). A su vez, el mismo fue firmado por los responsables legales del niño presentado en el caso clínico.

La estrategia de análisis se realizó por medio de un análisis de contenido. La secuencia implementada fue la siguiente:

1. Escucha de las grabaciones de audio.
2. Transcripción textual del contenido y separación de unidades de contenido según criterio conversacional.
3. Identificación y clasificación de las citas textuales según las dimensiones y categorías de análisis que guiaron la entrevista.
4. Revisión de la información encontrada, síntesis, codificación y agrupación en unidades de registro específicas.
5. Redacción de resultados en un informe descriptivo.

5. Desarrollo

5.a. Resultados de la literatura recuperada

Como resultado de la revisión de la literatura disponible, un total de 981 citas de artículos fueron localizadas al aplicar las diferentes estrategias de búsqueda (Tabla N° 1). De los resultados encontrados se excluyeron aquellos que no cumplían con los criterios de selección, y luego aquellos duplicados. De este modo, se incluyeron un total de 16 artículos para su análisis de los cuales 15 se obtuvieron mediante una búsqueda sistemática en la BVS, PubMed y Dialnet y uno por búsqueda asistemática en Redalyc. A continuación se presentará un diagrama de flujo esquematizando el proceso antes descrito.

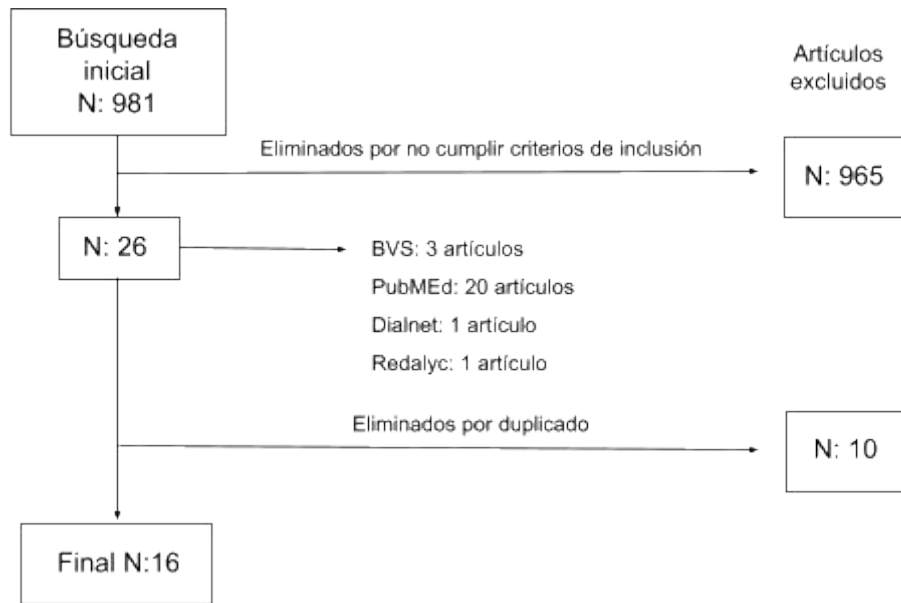


Gráfico N° 1: Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

Estrategia de búsqueda	Bireme		PubMed		Dialnet		Redalyc		Repetidos	TOTALES	
	Citas	Selección	Citas	Selección	Citas	Selección	Citas	Selección		Citas	Selección
(Grupo de atención al paciente) OR (Estudios interdisciplinarios) OR (Prácticas interdisciplinarias) AND (Niños con discapacidad)	1	0			12	1				13	1
((Patient Care Team) OR (Interdisciplinary Studies)) OR (Interdisciplinary Placement)) AND (Disabled children)			197	7						197	7
(Interdisciplina) OR (Equipo interdisciplinario) AND (Servicios de salud para personas con discapacidad)	57	1			3	0			1	60	1
((interdisciplinary) OR (interdisciplinary team)) AND (Health Services for persons with disability)			380	5					2	380	5
(Interdisciplina) OR (Equipo interdisciplinario) AND (Niños con discapacidad)	149	2	165	8	16	1			7	330	11
Búsqueda asistemática							1	1		1	1
TOTALES GENERALES	207	3	742	20	31	2	0	0	10	981	16

Tabla N° 1: Estrategias de búsqueda.

A continuación se presentarán los trabajos seleccionados para su análisis. Es pertinente aclarar que en los casos donde no se utilizó lenguaje inclusivo para la redacción de los datos se debió a que no fue implementado por sus autores en el artículo original o en su traducción.

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
	Instrucción integral de alfabetización. Una práctica colaborativa interprofesional para estudiantes con discapacidades severas.	Alfabetización y comunicación en discapacidad.	Se caracteriza brevemente la instrucción integral de alfabetización emergente y convencional para estudiantes con discapacidades graves. Se presta atención específica a la práctica de colaboración interprofesional y los roles de los miembros del equipo en el desarrollo de la instrucción. Asimismo se expone la relevancia del uso de nuevas tecnologías en el campo de la comunicación aumentativa y alternativa en el contexto escolar.	No describe dinámica de abordaje ni instancias de diálogo o planificación interdisciplinar. Ejemplifica el rol de cada disciplina en una de las estrategias terapéuticas aplicadas.
Erickson, KA (2017) (15)	Resultados			
	El proceso de alfabetización y comunicación de estudiantes con discapacidades graves requiere la atención cuidadosa de equipos interprofesionales que trabajen juntos para tomar decisiones sobre la instrucción, desarrollarla, garantizar el acceso a apoyos de comunicación apropiados y ayudar a los estudiantes a acceder a herramientas de lectura y escritura que maximicen el aprendizaje y la independencia. La lectura compartida es un componente fundamental de la instrucción de alfabetización emergente y se enriquece cuando la imparte un equipo interprofesional que puede trabajar en conjunto para satisfacer las necesidades de comunicación, motoras y sensoriales de los estudiantes con discapacidades graves y liderar las interacciones con los adultos. Se ejemplifica abordaje con estrategia de gráficos predecibles en 5 pasos: los estudiantes pueden beneficiarse de trabajar con fonoaudiólogos/as para crear oraciones, ya que el lenguaje y la comunicación son el enfoque de esos en los dos primeros pasos. Los estudiantes pueden beneficiarse de trabajar con el terapeuta ocupacional y el maestro en el tercer paso mientras leen, recortan y reconstruyen las oraciones que crearon. El fisioterapeuta o el especialista en orientación y movilidad podría colaborar con el maestro durante el cuarto paso, ya que los estudiantes están motivados para maniobrar sus sillas de ruedas y, de lo contrario, moverse en un espacio relativamente reducido para "ser la oración". En el paso final, los especialistas en tecnología de asistencia pueden agregar su experiencia a la práctica colaborativa para ayudar a los estudiantes a convertir sus oraciones en un libro para leer y compartir con otros. En los casos donde el equipo llega a la conclusión de que el estudiante no ha tenido cientos de horas de oportunidad de aprendizaje en entornos de apoyo, entonces el equipo trabaja para crear el entorno y las oportunidades para seguir adelante.			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Elias, ER et al. (2012) (16)	Atención domiciliaria de niños y jóvenes con necesidades complejas en salud y dependencias tecnológicas.	Abordaje interdisciplinario en la atención domiciliaria.	Se presenta un enfoque de abordaje para el momento de alta a niños con necesidades médicas complejas y dependencias tecnológicas desde el hospital hasta el hogar. Una primera parte ofrece orientación sobre el alta hospitalaria y su transición al hogar y una segunda parte sobre cómo realizar los cuidados domiciliarios de manera óptima.	No desarrolla dinámica de abordaje ni instancias de planificación interdisciplinar. Enumera protocolos de evaluación y profesionales que podrían integrar un equipo, describe funciones y pone en relevancia la comunicación entre prestadores y con la familia.
	Resultados			
	Es esencial que los proveedores pediátricos desarrollen e implementen un plan de atención interdisciplinario y coordinado para abordar las necesidades de atención continuas. Un enfoque sistemático, individualizado, coordinado y centrado en la familia garantiza mejores resultados en el tratamiento y disminuye las hospitalizaciones recurrentes. Los niños y jóvenes con necesidades complejas de atención médica deben ser dados de alta con un plan de atención que aborde claramente los posibles problemas ocasionales a corto y largo plazo. Las visitas deben organizarse cuidadosamente en términos de frecuencia, duración y contenido de las visitas. Puede ser útil programar visitas de control y visitas por reagudización del cuadro. Es importante que los equipos actualicen sus conocimientos en el abordaje de situaciones crónicas complejas. Se debe establecer un método sistemático de comunicación entre todos los profesionales para que la información esté disponible y actualizada de manera permanente, para lo que se sugiere la utilización de registros electrónicos. Una debilidad importante en el sistema de atención actual es la falta de compensación por el tiempo invertido en la gestión telefónica, la coordinación de la atención, el registro de prácticas y la redacción de avances y prescripciones; aunque algunas compañías de seguros comienzan a cubrir la coordinación de la atención.			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Ogletree, BT et al. (2017) (17)	El caso de Mary: una ilustración de práctica colaborativa interprofesional para una niña con discapacidades severas.	Práctica colaborativa interprofesional al en discapacidad severa.	Describe las experiencias clínicas de una niña con discapacidad severa, desde la primera infancia hasta la adultez temprana. Se relatan ejemplos de prácticas colaborativas interprofesionales, tanto de estrategias terapéuticas óptimas como de oportunidades perdidas por el equipo. Los recursos son proporcionados por profesionales que representan las siguientes cuatro disciplinas: terapia ocupacional, fisioterapia, educación especial y fonoaudiología.	Se describe metodología de evaluación y planificación terapéutica, así como también formato de reuniones, frecuencia y objetivos de las mismas. Se enumeran los profesionales implicados, sus funciones y los intercambios desarrollados.
	Resultados			
	<p>Los primeros servicios educativos y terapéuticos de Mary estaban fragmentados y enfocados en la adquisición de habilidades aisladas. Hubo poca coordinación entre su familia, maestros y prestadores de servicios terapéuticos. Las reuniones de equipo semanales generalmente se usaban para informar sobre las actividades y políticas de la escuela, y tenían poca asistencia; la familia de Mary nunca fue invitada. Asimismo, si bien una gran parte de los servicios iniciales no fueron ideales, hubo una coordinación e intervención temprana por parte del equipo. La discapacidad visual y la pérdida auditiva combinadas de Mary contribuyeron al diagnóstico de sordoceguera. Si el fonoaudiólogo y el fisioterapeuta hubieran funcionado interdisciplinariamente, las estrategias para minimizar la espasticidad podrían haber facilitado la capacidad de la niña para comunicarse de manera más efectiva. Además, un trabajo conjunto entre ellos, el terapeuta ocupacional y el maestro especial pudo haber respaldado la toma de decisiones sólidas sobre el posicionamiento, la ubicación de los soportes para los materiales de comunicación, el tamaño óptimo, el contraste y la presentación de los materiales visuales. En la etapa escolar primaria su nuevo equipo se reunió rápidamente e invitó a Mary y su familia a participar de las reuniones y revisar los objetivos. Se elaboraron planes de acción en el contexto de un abordaje colaborativo, en función de las necesidades y expectativas de la niña y su familia. Los miembros del equipo realizaron una evaluación integral e incluyeron de manera activa a los padres durante las diferentes instancias. Como resultado se consolidó un programa educativo individualizado y colaborativo que se implementó durante la jornada escolar de Mary y mensualmente se desarrolló una reunión con la mamá a fin de garantizar la continuidad terapéutica en el entorno domiciliario. A medida que Mary hizo la transición a la escuela intermedia, los profesionales cambiaron y el tratamiento pareció estancarse. Con el tiempo, sus servicios se volvieron más consultivos y menos colaborativos. A menudo sacaban a Mary de su salón de clases para recibir terapia física y fonoaudiológica, y su audición y visión no fueron evaluadas con la frecuencia oportuna. Cuando el año escolar de noveno grado llegó a su fin, el equipo se reunió y volvió a comprometerse con un proceso más productivo y colaborativo. El grupo comenzó a dedicar un tiempo considerable a realizar una re-evaluación integral y construir un plan terapéutico centrado en la persona. Sin dudas, funcionar interprofesionalmente requiere esfuerzo y puede ser más complicado que ejercer solo. Los equipos exitosos de Mary contaron con apoyo administrativo y utilizaron estrategias de reunión creativas, como la planificación de etapas, la implicancia del tiempo libre o los formatos de reunión y registros virtuales para adaptarse a las complejidades inherentes a la interdisciplina.</p>			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
	Identificación del contenido en la evaluación interdisciplinaria de la parálisis cerebral utilizando la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y la Salud (CIF) como referencia.	Utilización de la CIF en el proceso de evaluación interdisciplinar.	Se presenta una revisión de registros de evaluación de un equipo interdisciplinar perteneciente a un centro de rehabilitación, identificando los ítems y categorías de la CIF implementados en el abordaje de niños y adolescentes con parálisis cerebral. La recopilación de datos se obtuvo a partir de los registros de 40 pacientes con parálisis cerebral, de 10 meses a 17 años. Los documentos utilizados fueron elaborados por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, trabajadores sociales, psicólogos y nutricionistas.	No menciona dinámica de abordaje ni instancias de diálogo o planificación interdisciplinar. Menciona las disciplinas intervinientes y describe sus procesos de evaluación por separado.
Andrade, PM et al. (2012) (18)	Resultados			
	Se identificaron 81 ítems en las historias clínicas realizadas por las diferentes profesiones involucradas en la neurorrehabilitación. Los componentes involucrados en el proceso de evaluación fueron: estructura corporal (15 categorías), funciones corporales (32 categorías), actividad y participación (24 categorías) y factores ambientales (10 categorías). "Hablar" (d330) fue el elemento descrito con mayor frecuencia por los profesionales. Las áreas de fisioterapia y terapia ocupacional fueron las que presentaron las evaluaciones más completas. La fisioterapia, por su parte, registró el mayor número de categorías relacionadas con el proceso de evaluación funcional. Respecto a la terapia ocupacional presentó el mayor nivel de interés en el componente de actividad y participación. En relación a los factores ambientales, los fonoaudiólogos presentaron el mayor número de ítems. En términos generales hubo un enfoque tendiente a la utilización de ítems relacionados con las estructuras y funciones corporales. Este resultado sugiere la necesidad de capacitación en el uso de la CIF que ponga en relevancia la inclusión de otras evaluaciones relacionadas con la funcionalidad, como la actividad, la participación y los factores ambientales. Una alternativa para hacer más factible el uso de la CIF en la práctica clínica podría ser la implementación de una historia clínica electrónica unificada, basada en conjuntos de códigos de la CIF. En relación al centro de rehabilitación donde se realizó el estudio, existe un elevado número de pacientes a tratar y un reducido número de profesionales calificados para prestar una atención adecuada. Posiblemente, la sobrecarga en el trabajo y la falta de un programa de capacitación hayan contribuido a no contar con una evaluación sistemática y estandarizada en el equipo de rehabilitación.			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Trabacca, A et al. (2012) (19)	La perspectiva de la CIF en el proceso de neurorehabilitación de la parálisis cerebral. Un estudio de caso.	Utilización de la CIF en el proceso de evaluación interdisciplinar .	Se desarrolla el caso de un niño de 12 años con parálisis cerebral discinética (subtipo atetósico-distónica) y la implicancia que tuvo la CIF en la evaluación y documentación de los profesionales. El equipo multidisciplinario incluyó neurólogo, fisiatra, oftalmólogo, pediatra, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, maestro y experto en tecnología de asistencia informática.	Menciona instancias de evaluación y planificación. No amplía respecto a las estrategias implementadas para dichos intercambios entre profesionales.
	Resultados			
	El niño fue evaluado al momento de ingreso y, dada su edad y características neurofuncionales, los objetivos del programa de neurorrehabilitación acordados con su familia fueron aumentar la independencia funcional y mejorar la actividad y la participación. El primer paso del equipo fue realizar entrevistas estructuradas y no estructuradas para identificar los problemas experimentados por el niño y su familia. Posteriormente, se realizaron pruebas para examinar y seleccionar cada categoría de la CIF. Para la elección de cada código se consideraron todos los entornos primarios del paciente: hogar, escuela y comunidad. El segundo paso fue planificar el programa de neurorrehabilitación utilizando la evaluación basada en la CIF. Los problemas se identificaron principalmente dentro del componente de actividades y participación en términos de funciones de movimiento (cuadruplejía, marcha autónoma nunca adquirida, trastorno del movimiento discinético) y funciones de comunicación (anartria, dificultad para participar en la vida escolar y actividades relacionadas con la escuela). Respecto a las intervenciones, se desarrolló un plan de rehabilitación individualizado que se definió en función de los factores ambientales. Los resultados del tratamiento se evaluaron a los 6 meses de seguimiento. La principal mejora se obtuvo en relación a la motricidad (12%) y la socialización (10,52%), pero también hubo avances en sus habilidades para la vida diaria (3%) y comunicación (5,88%). Su perfil psicológico se mantuvo sin cambios. Podría decirse que, si el enfoque multidisciplinario proporciona las habilidades y la experiencia de personas de diferentes disciplinas, el enfoque interdisciplinario integra disciplinas separadas proporcionando un lenguaje común. Desde esta perspectiva, la CIF proporciona ese lenguaje común y universal para describir y medir la salud y la discapacidad, así como un marco conceptual para guiar la práctica clínica y el registro de resultados. Una dificultad ligada al uso de la CIF es la gran cantidad de categorías. Por esta razón, para facilitar su implementación se han desarrollado "conjuntos básicos". Finalmente, los hallazgos más destacados de este estudio de caso fueron los cambios en las actividades y la participación, que se observaron después de la intervención sobre los factores ambientales asociados con las actividades de neurorrehabilitación.			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Foster, CC et al. (2017) (20)	Cuidando a niños con complejidad médica: Perspectivas de prestadores de atención primaria.	Atención primaria en situaciones complejas en salud	Se describen experiencias habituales de prestadores de atención primaria en el cuidado de niños con complejidad médica en el contexto de la atención ambulatoria. Se identifican las barreras más desafiantes percibidas y los facilitadores priorizados para la coordinación de la atención. La herramienta de recolección de datos fue un cuestionario cerrado, autoadministrado y anónimo a 155 profesionales.	No describe dinámica de abordaje ni instancias de diálogo o planificación interdisciplinar.
	Resultados			
	La gran mayoría de los profesionales respondieron que estaban totalmente de acuerdo o de acuerdo en que se sentían cómodos con su atención de rutina a niños con complejidad médica. De manera similar, el 78 % estuvo de acuerdo en que los pacientes recibieron una atención excelente. Por otro lado, los prestadores mencionaron que la polimedición, enfermedades sistémicas, los diagnósticos raros o desconocidos y la dependencia tecnológica afectan su capacidad de atención en gran medida. En relación a las características no médicas, la más frecuentes fue la interacción con aquellos cuidadores que requieren mucho tiempo como la condición "más desafiante". Respecto a los obstáculos institucionales que afectan la atención, el 81 % seleccionó el tiempo insuficiente y el 23% la comunicación inadecuada entre todos los proveedores. En relación a los facilitadores que podrían mejorar la coordinación de la atención el 39% respaldaron que tener más tiempo clínico con los pacientes sería el método más eficaz; también fue mencionado con frecuencia el reembolso financiero. Por otro lado, entre las estrategias de comunicación específicas sugeridas, un tercio de los prestadores eligió el acceso a un plan de acción sumativo con información médica actualizada y centralizada. Cuando se les preguntó qué entorno de práctica ambulatoria proporcionaría el hogar médico más completo para niños con complejidad médica, el 51% eligió un modelo interdisciplinario.			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Cheng, LR and Levey, S (2019) (21)	Enfoques colaborativos para el apoyo a personas con discapacidad: los subatendidos y desatendidos.	Proyectos colaborativos en poblaciones con discapacidad y desatención.	Se presentan proyectos colaborativos que han tenido un impacto positivo en poblaciones marginadas y desatendidas. Entre las experiencias se relatan instancias de colaboración en investigación, con familiares y educadores, con instituciones universitarias, proyectos interdisciplinarios y proyectos de colaboración educativa.	Menciona planificaciones y estrategias desarrolladas así como los vínculos establecidos entre instituciones. No se identifica dinámica de abordaje entre las disciplinas implicadas.
	Resultados			
	Los proyectos colaborativos globales han logrado adaptarse a las necesidades de los profesionales, niños, adultos y familias en áreas donde se necesitan servicios de salud. Estas propuestas han podido abordar desafíos para el acceso a los servicios esenciales en materia de atención y prevención en salud. La ventaja de la colaboración es que los participantes pueden compartir información, desarrollar enfoques innovadores y planes compartidos para abordar las necesidades de las poblaciones. Los proyectos de colaboración también han tenido éxito en el desarrollo de programas educativos a profesionales de la salud en países que carecen de los mismos. Los proyectos colaborativos descritos han tenido éxito en educar y brindar apoyo tecnológico y estrategias a profesionales de la salud, administradores, educadores, estudiantes y familias en contextos de marginalidad. También han abordado dos objetivos importantes: la sustentabilidad y los enfoques basados en fortalezas. En relación a la sustentabilidad, estos proyectos han trabajado para garantizar la continuidad en el tiempo de los esfuerzos realizados para el abordaje de las metas propuestas. Dos herramientas de utilidad mencionadas para la planificación de estas experiencias fueron Google Docs® y Skype®.			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Cooper-Duffy, K and Eaker, K (2017) (22)	Prácticas efectivas en equipo: Aportes interprofesionales en torno a la comunicación desde la perspectiva de los padres.	Abordaje en equipo ante discapacidad intelectual	Se llevó a cabo un estudio de caso con el padre de un niño que tiene discapacidades severas y problemas de comunicación. Sus experiencias presentan ejemplos de aplicación de los seis elementos para construir un equipo: fijación de objetivos, roles y responsabilidades, proceso efectivo y eficiente, comunicación y relaciones interpersonales, resolución colaborativa de problemas y evaluación.	Se describe metodología de evaluación y planificación terapéutica, así como también formato de reuniones y objetivos de las mismas. Se enumeran los profesionales implicados, sus funciones y los intercambios desarrollados.
	Resultados			
	<p>El caso presenta a Leonard, un niño con discapacidad intelectual y problemas en la comunicación. Se mencionan sus características principales y se enfatiza en la dificultad ante situaciones abrumadoras. Cuando los adultos le hacían múltiples preguntas o le daban diversas indicaciones se sobreestimulaba y se asustaba, por lo que en ocasiones, golpeaba a las personas para alejarlas. Los profesionales querían enseñarle formas complejas de comunicarse. Su madre explicó que demasiados elementos y símbolos lo confundían y que el programa debería comenzar con un símbolo y agregar más gradualmente. El equipo se reunió y creó una orden del día. La misma fue una revisión rápida de las fortalezas y necesidades de Leonard, una lista de elementos para hacer la cadena y una computadora portátil para tomar notas y acceder a Internet. El equipo acordó trabajar en un objetivo para abordar sus necesidades de comunicación: enseñar a Leonard a usar una cadena de comunicación con imágenes para decirle a la gente que lo rodeaba que necesitaba un descanso. Todos los miembros del equipo usaron este sistema con él en la escuela, en el hogar y en la comunidad. Después de establecer la meta, el equipo discutió las funciones y responsabilidades: su mamá compartió la historia de las habilidades y necesidades de comunicación de Leonard y comentó lo que había funcionado y lo que no había funcionado en el pasado. Leonard también estuvo presente en la reunión inicial. La fonoaudióloga identificó la forma y función de comunicación más efectiva y eficiente para el niño. Ella se ofreció a hacer una cadena de comunicación con una señal de alto y enseñarle a Leonard a usarla para decirles a los demás que dejen de hablarle y darle un breve descanso. El maestro especial recopiló los datos sobre el uso de la cadena por parte de Leonard, incorporó la comunicación alternativa a lo largo de sus jornadas, y actualizó al equipo y su mamá sobre los avances. El coordinador del caso cumplió la función de facilitador en las reuniones, recopiló la información, se aseguró de que todos pudieran expresar su experiencia, proporcionó recursos al equipo, resumió los resultados de las reuniones y organizó encuentros de seguimiento. Además, el equipo se benefició de las experiencias que tuvo la mamá con las habilidades de comunicación de su hijo, un lugar para reunirse, notas de las reuniones y suficiente tiempo para abordar adecuadamente todos los puntos del abordaje. Como conclusión se obtuvo que los profesionales de los equipos necesitan compartir su experiencia no sólo entre disciplinas sino también con las familias. Cada familia es diferente y trae un conjunto único de fortalezas y desafíos. Las familias pueden aprender cómo funcionar eficientemente aprendiendo cómo comunicarse con los profesionales, funcionar dentro de las reglas de los mismos y enfatizar en sus necesidades para que los profesionales entiendan. Los profesionales, por su parte, necesitan aprender a colaborar con las familias que no hablan jerga clínica, quienes lucharán con pasión por las necesidades de su hijo y no entenderán las barreras y la burocracia de la cultura profesional.</p>			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Mishra, K and Siddharth, V (2017) (23)	De la discapacidad a la capacidad: rehabilitación integral para una mejora funcional en un adolescente con espina bífida sin atención.	Rehabilitación tardía en contexto de discapacidad y desatención.	Se presenta el caso de un adolescente de 16 años con espina bífida en el contexto de una rehabilitación tardía. Se describieron los beneficios de una rehabilitación y las dificultades emergentes para su implementación en los países en desarrollo.	Si bien relata estrategias y experiencias que debieron implicar una multiplicidad de disciplinas en ningún momento las menciona ni explicita posibles intercambios ni dinámicas de abordaje entre las mismas.
	Resultados			
	Se presenta el caso de un adolescente de 16 años de edad que fue llevado al servicio de rehabilitación por su madre en una camilla. El joven se encontraba con alta dependencia funcional, debilidad muscular y pérdida sensorial en sus extremidades inferiores. Se planificó una rehabilitación integral con el objetivo de lograr una sedestación independiente y aprender a moverse en silla de ruedas, maximizando así su independencia en las actividades de la vida diaria. Se le enseñaron actividades que impliquen la utilización de sus manos, incluidos ejercicios de motricidad fina y coordinación. Se lo introdujo a las habilidades de escritura y conocimientos numéricos y alfabéticos básicos. La capacidad de sentarse, las sesiones de terapia recreativa con pelotas y la provisión de un espacio grupal para interactuar con otros pacientes con discapacidades mejoraron su nivel de confianza. Pronto se convirtió en una motivación para otros pacientes y participó en numerosos espacios recreativos. A medida que el niño se volvió más autónomo, la carga de la cuidadora se redujo significativamente; dándole a la madre la oportunidad de enfocarse en otros aspectos de la familia. Las sesiones periódicas de asesoramiento con la familia y el niño sobre la enfermedad, el pronóstico y los posibles resultados ayudaron a la madre y al niño a proponerse metas realistas. No sólo mejoró su comprensión respecto a la condición de salud, sino que también aprendieron métodos adecuados para manejar las complicaciones de la enfermedad, particularmente en relación a su incontinencia urinaria tendiente a infecciones frecuentes.			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Sánchez, RF and Mejías, SM (2009) (24)	Una propuesta de trabajo desde la evaluación interdisciplinaria de una niña con discapacidad: implicaciones para una práctica clínica.	Evaluación interdisciplinaria en discapacidad	Se presenta la evaluación interdisciplinaria de una niña con discapacidad. Se propone una mirada crítica a los factores fragmentados de la evaluación tradicional y por otro lado la importancia de integrar nociones ideas y conceptos entre las disciplinas, específicamente psicología y trabajo social.	Si bien se describe un proceso interdisciplinario de evaluación no se explicitan estrategias específicas ni dinámicas de abordaje entre las disciplinas.
	Resultados			
	El proceso de evaluación se inició mediante una reunión con la niña y sus progenitores. Esto permitió la observación de la interacción familiar. También se realizó una observación del juego familiar y del juego de la niña. Asimismo se realizó una visita al hogar, a modo de observación de la interacción social de la niña y su familia en su ambiente natural. Esta visita se llevó a cabo durante el proceso de alimentación y juego. A su vez, se desarrollaron visitas al preescolar y la escuela. Allí, se observó el manejo del espacio, sus interacciones con pares y figuras de autoridad así como su proceso de formación académica en etapas escolares. Por último, se administraron una serie de pruebas psicológicas para obtener un perfil del funcionamiento de la niña. Para la redacción del informe de evaluación interdisciplinario se enfocó en una posición interaccional. De tal manera que no se hizo énfasis en la definición de un problema y sus recomendaciones, sino en las dinámicas y los procesos, lo que permitió que la familia identificara sus fortalezas y determinara el curso de acciones a seguir. La familia participó durante el proceso de evaluación como miembros del equipo, conjuntamente con ellos se eligieron los criterios e instrumentos evaluativos. Estos se mantuvieron físicamente en el espacio que se utilizó para realizar la evaluación interdisciplinaria. Los resultados del proceso se informaron de forma clara y sencilla permitiendo que la familia trabajara con la información en vez de ser meros receptores del proceso.			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Ordóñez, A et al. (2008) (25)	Un modelo de diagnóstico social y manejo interdisciplinario de una población de niños discapacitados institucionalizados.	Construcción diagnóstica interdisciplinaria	Se presenta el caso de un equipo interdisciplinario que realizó una evaluación diagnóstica de niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad, vulnerabilidad e institucionalización. Estos niños necesitaban justificar su discapacidad ante el sistema de salud para lograr el acceso a una atención integral.	Se describe metodología de evaluación y planificación terapéutica, así como también la conformación del equipo. No se explicita dinámica de comunicación ni intercambios desarrollados.
	Resultados			
<p>Para el proceso de evaluación diagnóstica de los niños, niñas y jóvenes en cuestión se estableció un plan de trabajo en siete fases: 1) Entrevista con la directora de la institución, con el fin de establecer aspectos demográficos de la comunidad (número de niños, edad, etc.), y aspectos logísticos como lugar de reunión para el equipo interdisciplinario, transporte, toma de muestras, toma de imágenes diagnósticas, etc.; 2) Reunión con los pacientes y padres de familia de los niños, en la cual se informaría la razón de la intervención, la metodología que se iba a utilizar y las fechas de consultas; 3) Actividad con los niños y sus familiares en la cual se llevaría a cabo la intervención clínica y social con el grupo de profesionales; 4) Toma de muestras diagnósticas y de exámenes paraclínicos necesarios; 5) Análisis de resultados y elaboración de informes; 6) Entrega y explicación de resultados a cada una de las familias, y 7) Entrega de informes a la institución. El equipo estuvo conformado por médicos, genetistas, bacteriólogos, neuropediatras, odontólogos, pediatras y nutricionistas. Se realizaron acercamientos, encuentros recreativos, charlas pedagógicas y días de atención médica, odontológica y de laboratorio. Se realizaron todos los exámenes diagnósticos especializados: cariotipo, resonancia magnética y audiometría, entre otros. Ninguno de los casos analizados había tenido valoración integral ni asesoría genética con anterioridad. Asimismo, en todos los casos los exámenes básicos de estudio de sus enfermedades estaban incompletos. Una vez definidos los diagnósticos clínicos, establecidas las necesidades de apoyo psicológico e informados los pacientes de los resultados del trabajo interdisciplinario, se construyó el diagnóstico social. Este constituyó el elemento fundamental de la organización de la intervención social, porque enmarcó el conocimiento concreto de cada situación sobre la que se iba a asistir e instauró los distintos elementos necesarios para resolver el problema. A través del diagnóstico social se identificó un patrón en todos los pacientes atendidos: bajos recursos económicos, disgregación familiar, abandono paterno y riesgo de abuso (físico, mental y sexual) en los jóvenes y niños con discapacidades. Una vez finalizada la valoración general por el equipo, se hizo una selección de pacientes y familiares que requerían acompañamiento psicológico. Luego de este trabajo se concluyó que, bajo esta modalidad de evaluación y asistencia, es posible iniciar una propuesta de manejo en la que se instauren medidas de prevención del maltrato, capacitación a los padres y cuidadores, concienciación de los riesgos y desarrollo de actividades que enfatizan en las necesidades del paciente, las cuales pueden ser canalizadas a través de los equipos de fisioterapeutas y de psicólogos permanentes. En relación, se enfatiza la premisa de que ninguno de los tipos de atención es excluyente y que la permanencia del manejo integral en la atención debe ser la norma, de tal modo que el compromiso que cada profesional tenga con su paciente sea parte de un esfuerzo conjunto de diversas disciplinas.</p>				

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
	Servicios de salud mental para niños maltratados y evaluaciones de protección infantil para niños con necesidades especiales.	Abordaje interdisciplinario en situaciones de vulnerabilidad	Se presentan los resultados de un trabajo exploratorio, en el cual, a través de una encuesta se obtuvo información en torno a los desafíos que enfrentan los equipos interdisciplinarios en salud mental al abordar situaciones de maltrato a niños con discapacidades en contexto hospitalario y comunitario.	No describe dinámica de abordaje ni instancias de diálogo o planificación interdisciplinar.
Montoya, LA et al. (2010) (26)	Resultados			
	Se realizó una encuesta autoadministrada a equipos de protección infantil en contexto de salud hospitalaria y comunitaria. Los puntos que conformaron la herramienta de recolección de datos se centraron en la derivación, el tratamiento y el seguimiento de la salud mental de niños situación de maltrato con o sin discapacidades y, a su vez, se indagó acerca de la capacidad autopercebida por el equipo para abordar los casos. La mayoría de los equipos informaron que el acceso de los niños a los servicios de salud mental era más probable cuando estos servicios los pagaba una agencia gubernamental. Solo una cuarta parte de los equipos informó no tener ninguna dificultad para obtener la autorización del tratamiento de salud mental recomendado, mientras que más de la mitad informó tener al menos alguna dificultad. Por otro lado, los hallazgos revelan una brecha de servicio potencialmente significativa entre los servicios de salud mental existentes para niños o familias maltratados en los EE.UU. que no hablan inglés. En relación al equipo interdisciplinario, más de dos tercios de los equipos no tenían un programa especializado para atender a la población con discapacidad. Parece prudente que los profesionales que forman parte de estos equipos estén capacitados o al menos establezcan asesorías con los especialistas clínicos para poder brindar un servicio de manera efectiva. Más del 80 % de los equipos acordaron que se necesitaba más tiempo para evaluar las situaciones que implican algún tipo de discapacidad o complejidad médica. Este hallazgo respalda el desarrollo de procedimientos clínicos y códigos de tratamiento que tengan en cuenta el tiempo adicional necesario en estos casos. Finalmente, más de dos tercios identificaron una mayor dificultad en la planificación y derivación al servicio de salud mental de niños en situación de maltrato con discapacidades en comparación con los niños con un desarrollo típico.			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
	Resultados a largo plazo de un abordaje multidisciplinario para el control de peso en jóvenes con discapacidades.	Abordaje interdisciplinario en discapacidad y obesidad.	Se presenta un programa multidisciplinario especializado para el control de peso en jóvenes con discapacidades.	Se describe metodología de evaluación y planificación terapéutica, así como también la conformación del equipo. No se explicita dinámica de comunicación ni intercambios desarrollados.
Resultados				
Pona, AA et al. (2017) (27)	<p>Participaron del programa terapéutico niños y jóvenes entre 2 y 18 años, con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Down, discapacidad intelectual o discapacidad física. Todos los niños y sus familias recibieron atención como parte de un programa clínico multidisciplinario de tratamiento de la obesidad en la Clínica de Control de Peso para Necesidades Especiales en un hospital infantil. Durante el proceso de evaluación se realizó una revisión de las historias clínicas, se recolectaron datos demográficos, incluidos el diagnóstico de discapacidad, la edad, el sexo, el origen étnico entre otros registros médicos y se incluyeron en la investigación. A su vez, se tomaron datos antropométricos, y se registraron medidas de altura y peso para calcular el Índice de Masa Corporal (el cual sería un indicador de seguimiento). El equipo estuvo conformado por profesional médico, psicólogo pediátrico, terapeuta ocupacional y nutricionista. La atención se brindó en un formato de equipo con todos los prestadores participando en las sesiones al mismo tiempo. En la sesión inicial, se confeccionó el historial clínico completo, conductual, alimentario, sensorial (relacionado con los comportamientos alimentarios) y nutricional, y se pautaron los objetivos y recomendaciones de tratamiento teniendo en cuenta los desafíos personales de cada niño o joven. A todos los pacientes se les enseñó a comer balanceado bajo los principios conductuales de hacer cambios pequeños pero perceptibles, controles ambientales, acompañamiento en la aceptación de nuevos alimentos más saludables y el aumento de la actividad física. En sesiones posteriores, se evaluó la respuesta al tratamiento y se continuó brindando recomendaciones adicionales utilizando un enfoque conductual gradual. A modo de conclusión, se obtuvieron resultados óptimos y con particular énfasis en la importancia de una intervención temprana. Incluso entre una población con obesidad más severa, la intervención temprana mostró una mayor eficacia, tal como lo demuestra el hecho de que los niños más pequeños perdieron más peso durante el transcurso del tratamiento en comparación con los adolescentes.</p>			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Petitgout, JM et al. (2013) (28)	Desarrollo de un programa de coordinación de atención hospitalaria para niños con necesidades especiales en salud.	Abordaje interdisciplinario en la atención hospitalaria.	Se describe un programa de continuidad de atención hospitalaria para niños con necesidades especiales de atención médica. El enfoque implementado fue de equipo interdisciplinario centrado en la familia y coordinado por un profesional médico.	Se describe funcionamiento de coordinación de equipo. No se explicita dinámica de comunicación ni intercambios desarrollados entre los profesionales.
	Resultados			
	<p>Los pacientes fueron referidos al Programa de Continuidad de Atención por médicos, enfermeras, trabajadores sociales o por miembros de la propia familia. Asimismo, los coordinadores de atención del programa también solían participar en rondas multidisciplinarias en el hospital para identificar potenciales destinatarios. Una vez inscriptos los niños con necesidades médicas especiales, se les asignó un coordinador de atención y se revisó su historial de atención médica. El coordinador se reunió con los pacientes y sus familias para completar el proceso de inscripción y admisión con la intención de proporcionar una explicación de los objetivos del programa y los beneficios de los servicios del mismo. Debido a que se implementó un enfoque centrado en la familia, la inscripción final fue opcional, es decir que, luego de revisar una descripción de los beneficios del programa cada paciente o su cuidador pudo rechazar o aceptar el servicio. Durante todo el desarrollo de los servicios, el coordinador de atención asumió la responsabilidad del seguimiento y finalización de las solicitudes de prestaciones, lo que suele llevar de varios meses a un año. Los servicios de apoyo disponibles en el hospital y la comunidad estaban identificados e incluían terapia física y ocupacional, especialistas en vida infantil, psicología, tutores, grupos de apoyo y servicios de voluntarios. A su vez, el coordinador de atención mantuvo un contacto telefónico extendido según fue necesario en cada caso y de forma rutinaria de 24 a 48 horas después del alta, a 1 semana, a 1 mes, a 6 meses y a 1 año después de la inscripción. El triaje telefónico ayudó a responder preguntas y contribuyó en la organización de los diferentes servicios. A modo de conclusión puede decirse que se necesita de una amplia comunicación y planificación para garantizar una atención centrada en la familia bien coordinada e informada. Pueden ser necesarias reuniones interdisciplinarias o ateneos para establecer el plan de atención y los objetivos del alta. Los coordinadores de atención facilitan la comunicación entre los prestadores del hospital e informan los hallazgos a los profesionales de atención primaria y a los servicios comunitarios. Por otro lado, un enfoque de equipo centrado en la familia puede disminuir la duración del hospital, disminuir los costos y aumentar la satisfacción de la familia.</p>			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
	Dispositivo estratégico en psicomotricidad. Aportes a la calidad de vida para niños con discapacidad y sus familias en un contexto de vulnerabilidad socioeconómica desde una concepción compleja.	Interdisciplina para el desarrollo psicomotor.	Se relata la experiencia llevada adelante por un equipo interdisciplinario constituido por psicomotricistas, kinesiólogos y fonoaudiólogos, en el ámbito de la Salud Pública. Las acciones llevadas adelante pretendieron favorecer el desarrollo psicomotor de niños consultantes, muchos de ellos con discapacidad.	Se describe la metodología de implementación de estrategias terapéuticas, así como también la conformación del equipo y la vinculación con otras instituciones. No se desarrolla la dinámica de comunicación dentro del equipo.
Resultados				
Curbelo, A et al. (2015) (29)	<p>El Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad estuvo constituido por un grupo de profesionales de la salud de diverso origen. Formaron parte de él kinesiólogos, fonoaudiólogos y psicomotricistas de diferente formación, quienes se encontraban en permanente relación con el resto del equipo del Centro de Salud de Atención Primaria donde funcionaba el programa. Se constituyó así, el mismo equipo del dispositivo, en una Red Social de carácter interdisciplinaria y compleja, además de un espacio que recibía a los rotantes de las residencias de enfermería, terapia ocupacional, pediatría, psicología e incluso pasantes extranjeros de muchas de estas prácticas profesionales. Se buscó de esta manera generar una reflexión conjunta, basada en el intercambio de saberes propios y específicos de cada profesional integrante del dispositivo y de los rotantes antes mencionados. En el trabajo se desarrollaron 3 casos abordados por el dispositivo en cuestión: 1) M. de 38 meses con diagnóstico de encefalopatía crónica, fue derivado por la médica pediatra integrante del programa de discapacidad del centro de salud y presentaba un retraso en su desarrollo psicomotor. 2) G., un niño de 7 años y 5 meses, fue derivado por la psicopedagoga del equipo del centro de salud y presentaba dificultades en el desempeño de las praxias finas, cierta falta de capacidad atencional e impulsividad. 3) C. una niña de 3 años, con diagnóstico de microcefalia, fue derivada por la pediatra del centro de salud y la kinesióloga del mismo, presentaba un retraso madurativo generalizado. En los 3 casos el equipo de profesionales implementó estrategias y recomendaciones para las familias, generando vínculos y tomando decisiones con las demás instituciones intervinientes, sean del ámbito educativo o terapéutico. Finalmente se concluyó que la concepción de trabajo en red facilitó y orientó las acciones en pro del establecimiento de una fluida circulación de información relevante que potenció las acciones en marcha y favoreció la implementación de estrategias a futuro, tanto en lo relativo a las consultas ya realizadas como en las futuras acciones a llevar a cabo con otras situaciones similares. En relación, se pudo afirmar esto debido a que del contacto establecido con dos centros educativos de la zona, se les solicitó acciones de capacitación del personal que trabajaba en los mismos, a fin de replicar la dinámica de abordaje observada.</p>			

Autoría	Título	Tema general	Descripción del trabajo	Dinámica equipo
Chabrol, B and Milh, M (2020) (30)	Transición de la atención pediátrica a la adulta en adolescentes con enfermedades neurológicas y discapacidad	Transición adolescencia-adultez en discapacidad.	Se presenta la problemática de la transición en la atención clínica de la adolescencia a la adultez en el contexto de una discapacidad y se describen situaciones específicas en torno al escenario de cuatro patologías: epilepsia, discapacidad intelectual, parálisis cerebral y enfermedad neuromuscular.	No describe dinámica de abordaje ni instancias de diálogo o planificación interdisciplinar.
	Resultados			
	La transición niño-adulto es un proceso largo y delicado para el paciente, ya que coincide con cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden resultar en una ruptura en el seguimiento médico. La atención pediátrica, que se centra en la familia, requiere un alto grado de participación de los padres en la toma de decisiones y es ofrecida por un equipo multidisciplinario. Por otro lado, la atención del adulto se centra en el paciente; requiere que este último tenga un alto grado de autonomía y hace un menor uso de los recursos interdisciplinarios e intrafamiliares. Se ha concluido en este trabajo que el éxito de la transición se basa en la consideración de las necesidades médicas específicas de la patología, psicosociales y educativas del paciente que ingresa a la edad adulta. Es necesario estructurar y planificar la transición, así como establecer vínculos entre los sistemas de salud pediátrico y de adultos que permitan coordinar el proceso.			

5.b. Presentación del caso

Datos personales	
BY es un niño de 5 años de edad que disfruta de la música y el movimiento libre. Desde el año 2019 presenta CUD (Certificado Único de Discapacidad).	
Contexto socioambiental	Antecedentes
Desde su nacimiento BY se encontró en una situación de vulnerabilidad social y pobreza extrema con reiteradas hospitalizaciones e imposibilidad de cuidado por parte de sus progenitores ni de la familia ampliada. Por lo tanto, luego de realizarse una medida de protección integral se decide institucionalizar al niño en un hogar donde reside desde junio del 2019. Allí, convive junto a otros residentes en situación de discapacidad y desarrolla sus actividades y terapias específicamente en el sector de pediatría. Actualmente no presenta vinculación con sus progenitores.	BY nació con 37 semanas y bajo peso luego de un embarazo mal controlado. Cursó inmediatamente una internación por una gastrosquisis perinatal resuelta quirúrgicamente. En su primer año de vida atravesó reiteradas hospitalizaciones por anemia, recuperación nutricional e infecciones respiratorias. Dentro de sus antecedentes familiares su progenitora presenta retraso psicomadurativo.
Situación diagnóstica	
En sus registros clínicos el primer diagnóstico aparente fue el de Leucomalasia Periventricular. La confirmación de dicha condición fue a través de los resultados de una resonancia magnética cuyo informe nunca pudo leerse por los equipos médicos, sino que fueron leídos en anotaciones del cuaderno de su progenitora escritas por una neuróloga. Luego de las primeras internaciones aparece el diagnóstico de Síndrome de West secundario a esta lesión neurológica mencionada. El mismo se caracteriza por espasmos epilépticos, retraso del desarrollo psicomotor y patrón electroencefalográfico de hipsarritmia. Es pertinente mencionar que su último evento epiléptico se registró en mayo del 2020. Asimismo, a partir de su institucionalización el equipo terapéutico ha observado rasgos presentes de la condición del espectro autista en sus comportamientos habituales. Actualmente, el código nomenclador según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) que se explicita en su CUD es: s1109.888 (Estructura cerebral. No especificada).	
Equipo de abordaje Interdisciplinario Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicología, Psicopedagogía, Acompañamiento Terapéutico y Fisiatría.	Objetivo general del equipo
Equipo Multidisciplinario ampliado Clínica médica, Neurología, Psiquiatría, Nutrición, Enfermería, Trabajo Social.	Ofrecer al niño entornos que promuevan la exploración activa de su ambiente a través de experiencias multisensoriales y de movimiento, facilitadas a partir del vínculo terapéutico.

Tabla N° 2: Presentación del caso.

5.b.1. Evaluación inicial

Al momento de ingreso a la institución BY tenía 1 año y 4 meses y, según sus registros clínicos, se encontraba hospitalizado por imposibilidad de cuidados en su entorno familiar. Si bien tuvo un proceso de adaptación aceptable su vinculación se vió dificultada por el rechazo al contacto de otras personas, particularmente en zonas corporales como la cara y las manos. A mediados del año 2020 se conforma el equipo interdisciplinario el cual comienza el proceso de evaluación.

En relación a su motricidad presentaba movimientos espontáneos en sus extremidades, sin observarse la prensión de objetivos y en presencia de un pataleo simétrico de sus miembros inferiores. Respecto a su control postural no lograba la sedestación autónoma mostrando un control cefálico deficitario. Tampoco se observaron reacciones de apoyo ni enderezamiento.

En su evaluación oftalmológica pudo evidenciarse una disminución visual expresada en la ausencia de seguimiento de objetos ni fijación de su mirada. Asimismo, no se observaba la intención de dirigirse hacia objetos lúdicos ni tampoco a otras personas. Respecto a su comunicación, interactuaba con sonrisas, gritos y emisiones vocales ante el lenguaje del adulto. También reaccionaba con palmas ante una canción que era de su agrado.

Un punto importante, debido a sus antecedentes, fue su función alimentaria. Si bien tenía el reflejo deglutorio presente se observaba una inmadurez en la etapa preparatoria oral. Su vía de alimentación era por sonda nasogástrica. A pesar de que en su historia clínica existía data de alimentación oral, al momento de la evaluación inicial no existían movimientos masticatorios y la succión a mamadera era muy débil e inconstante.

Estudios complementarios:

- Videodeglución: sin alteraciones.
- Potencial evocado visual (PEV): ausencia bilateral de respuesta.
- Potencial evocado auditivo (PEA): sin alteraciones.
- Electroencefalograma: Paroxismos generalizados de punta-onda aislados.

5.b.2. Plan de abordaje

Luego de la evaluación interdisciplinaria se plantea el objetivo general mencionado en la *Tabla 1*. El mismo fue discutido y construido en los espacios de diálogo del equipo implicado e informado a la dirección de la institución y al resto de los profesionales que realizaban seguimiento del niño. Es pertinente mencionar que fue necesario un tiempo prudencial de

observación de BY en sus entornos diarios, sus respuestas a estímulos y su comportamiento espontáneo para el planteo del objetivo general de su abordaje.

En relación a los *objetivos kinésicos* específicos se plantearon los siguientes:

- Fomentar el control cefálico y de tronco en sedestación.
- Favorecer el desarrollo y descubrimiento de apoyos corto y largo desde el sentado.
- Potenciar la fuerza de prensión facilitando la manipulación de objetos y la exploración de diferentes texturas.
- Propiciar la sensopercepción de apoyo en sus cinturas escapulares y pélvica en posturas que favorezcan su organización postural.

Para el seguimiento del progreso de BY se establecieron los siguientes puntos conforme al abordaje y la comunicación del equipo interdisciplinario:

- Registro de sesión diaria en su carpeta de historia clínica. Cada disciplina disponía de un espacio específico.
- Confección de plan de abordaje anual interdisciplinario, informes trimestrales por disciplina y registros multimediales (fotografías, videos) alojados en un sitio colaborativo en línea (Google Drive®).
- Momentos de diálogo presenciales diarios en el espacio de encuentro común entre los integrantes que asistían cada día a la institución y la comunicación de temas relevantes, de ser necesario, para quienes no estaban mediante un espacio telefónico escrito.
- Reuniones mensuales con todas las disciplinas, no sólo con quienes mantenían terapias específicas sino con el equipo completo ya que todos los integrantes estuvieron implicados en el proceso de evaluación, planteo de objetivos e instancias de seguimiento desde sus aportes teóricos.
- Comunicación permanente con sus cuidadoras y profesionales pertenecientes al equipo multidisciplinario ampliado.

5.b.3. Estrategias implementadas y evolución

Etapas iniciales

Si bien en el último trimestre del 2020 se desarrolló el proceso específico de evaluación y se construyó el plan de abordaje, recién en el primer trimestre del 2021 pudo comenzar el abordaje terapéutico propiamente dicho. Esto se debió al contexto de pandemia por Covid-19 que implicó interrupciones en la atención profesional ante los anuncios de las

etapas de aislamiento social preventivo y obligatorio, y las decisiones institucionales ante casos positivos dentro del hogar.

Para la etapa inicial el equipo se propuso tres pilares fundamentales de abordaje, base sobre la cual cada disciplina planificó sus estrategias e implementó líneas de acción. Los mismos fueron: la *vinculación*, la *desensibilización sensorial* y las *experiencias de movimiento*.

Debido a sus frecuentes y largas estadías en el contexto hospitalario previo a su llegada a la institución se sabía que el contacto con otras personas había sido débil, distante y poco significativo desde el punto de vista de la atención temprana. El equipo consideró importante ofrecer en el vínculo terapéutico un espacio cuidado, de contención, socialización y autoconocimiento. Para ello cada profesional enmarcó su práctica en una oportunidad de comunicación con el niño (quien tenía dos años), a través de la palabra, el juego, el canto e incluso utilizando el mecer como estrategia.

Durante el proceso de evaluación se pudo observar una hipersensibilidad ante el contacto con algunas zonas corporales, texturas, incluso al punto de manifestar rechazo ante dichos estímulos. Esta situación significaba una dificultad para la facilitación de ciertas posturas y movimientos, por lo que se decidió abordarlo a partir de un proceso de desensibilización. Proponerle a BY en forma progresiva el acercamiento a diferentes objetos y sensaciones fue lo que permitió el comienzo de la intencionalidad en la exploración. Por otro lado, debido a su disminución visual, se tuvo en cuenta la anticipación ante los diferentes estímulos y posicionamientos a fin de evitar reacciones de sorpresa y exaltación que desorganizaban aún más su control motor.

Por la historia del niño el equipo sabía que las experiencias de movimiento no habían sido las suficientes para una estimulación psicomotriz óptima durante la etapa temprana. Asimismo, dados sus antecedentes, existía cierto déficit sensorial, cuadro que no contribuía con su neurodesarrollo. Es por ello que esta fue la principal estrategia implementada y el hecho de recibir información del ambiente y de su propio cuerpo a través del movimiento se convirtió en una prioridad terapéutica.

Evolución del tratamiento kinésico

Para mediados del 2021 BY había logrado el desarrollo completo de una sesión (45 minutos) sin mostrar signos tempranos de fatiga, irritabilidad o llanto. El espacio terapéutico solía ser en el gimnasio de rehabilitación de la institución y, en ocasiones durante el verano, se desarrollaban sesiones de hidroterapia en medio acuático.

Se trabajó específicamente en el control cefálico y de tronco, logrando la posición sedente en forma independiente, cuya asistencia fue disminuyendo gradualmente. En relación a las reacciones de apoyo en esta misma posición, si bien no había logrado incorporar las frontales ni posteriores, se pudo observar un aumento en la frecuencia de sus apoyos laterales (con mayor énfasis en su brazo izquierdo). Por otro lado, a pesar de que no era una posición de preferencia, las actividades en decúbito prono sobre superficie móvil (esfera) lo calmaban ante situaciones de llanto o molestias además de promover la activación de la musculatura extensora del tronco.

Por otro lado, se trabajó mediante el juego en su estimulación sensorial, con música y exploración de diferentes texturas, logrando la desensibilización al tacto sobre las manos, pies y cuello; lo que permitió mejorar habilidades de prensión manual (con predominio del uso de su mano izquierda) la movilidad activa de cabeza y cuello.

Comenzó a observarse de manera frecuente la realización de movimientos repetitivos con sus manos, agitándolas o llevándolas a su boca y mejilla. Asimismo, solía tener mayor sensibilidad a determinados sonidos o tonos de voz, ante lo cual manifestaba su disgusto, a través del llanto o gritos y la tendencia a tapar su oreja izquierda con su mano.

A nivel vincular, logró identificar las voces conocidas, demostrando cercanía y afecto hacia personas significativas. También mediante gestos aprendió a transmitir el deseo de ser alzado y así lograr la calma, dejándose sostener por otro.

Intervención quirúrgica

La vía alimentaria por sonda nasogástrica continuaba siendo el método nutricional del niño. Si bien se continuó trabajo en su estimulación orofacial así como en la succión, no bastaban los avances para responder a los requerimientos nutricionales. Por lo tanto, se decide concretar la colocación de un botón gástrico. En junio del 2021 se realiza internación para intervención quirúrgica de gastrostomía, procedimiento que se desarrolla sin complicaciones. En esta oportunidad el equipo interdisciplinario acompañó al niño durante su estadía hospitalaria debido a que, por sus características, era una probabilidad la irritabilidad ante estímulos repentinos y desconocidos.

Si bien fue una instancia dolorosa en términos sensoriales (por su herida quirúrgica), con el tratamiento farmacológico adecuado y el acompañamiento suficiente el niño pudo sobrellevar dicha etapa. Por otro lado, la eliminación de la sonda permanente en su rostro habilitó grandes avances en su comunicación así como en su crecimiento general.

Avances y nuevos objetivos

Actualmente BY se encuentra en una etapa de crecimiento y maduración notable, no sólo a nivel físico sino también actitudinal y emocional. La tolerancia a sesiones más extensas, la resolución autónoma de determinadas situaciones (como tomar objetos, quitar superficies que no le agradan) o sentarse cuando algo le interesa son evidencia de ello.

Se continuó trabajando en el control de tronco con buenos resultados tanto en sedestación como bipedestación asistida (con la implementación de un bipedestador). Esta estrategia se ha implementado con el objetivo de acompañar el correcto modelado óseo. Por otro lado, se ha utilizado el decúbito prono como posicionamiento para facilitar las reacciones de apoyo con sus miembros superiores así como las reacciones de enderezamiento ante superficies inestables.

Eventualmente se han realizado sesiones transdisciplinares con Fonoaudiología, implementando su hidratación por succión durante la jornada de rehabilitación.

Respecto a la prensión de objetos, presenta una actitud de búsqueda hacia aquellos que son de su agrado (sonoros y luminosos) con sus miembros superiores, predominando el uso de su mano izquierda. Realiza la toma de los mismos voluntariamente durante varios segundos y luego los suelta o deja caer. Asimismo se percibe un seguimiento visual de los mismos, particularmente los luminosos, ubicándolos con sus manos a una corta distancia de su ojo izquierdo. Es relevante mencionar que se realizó un nuevo PEV el cual arrojó resultados con valores aceptables y sin alteraciones.

Eventualmente la sesión se desarrolla con la utilización del traje *Terathog*® con el objetivo de ofrecer al niño mayor información propioceptiva. En estos casos se observa una disminución de sus reacciones asociadas y movimientos repetitivos así como también una mayor organización motriz.

Desde mediados del 2022 el equipo interdisciplinario se planteó la posibilidad de iniciar un proceso de escolarización, con el objetivo de buscar una estimulación temprana y compartir espacios y actividades con otros pares. Dicha propuesta pudo concretarse y desde Kinesiología se continúa trabajando en su control postural a fin de lograr sedestación autónoma y posibles transferencias en suelo durante su tiempo en la institución educativa.

5.c. Resultados del trabajo de campo

5.c.1. Categorías de análisis

A continuación se presentan las categorías de análisis que guiaron el análisis de las entrevistas (Gráfico N° 2).

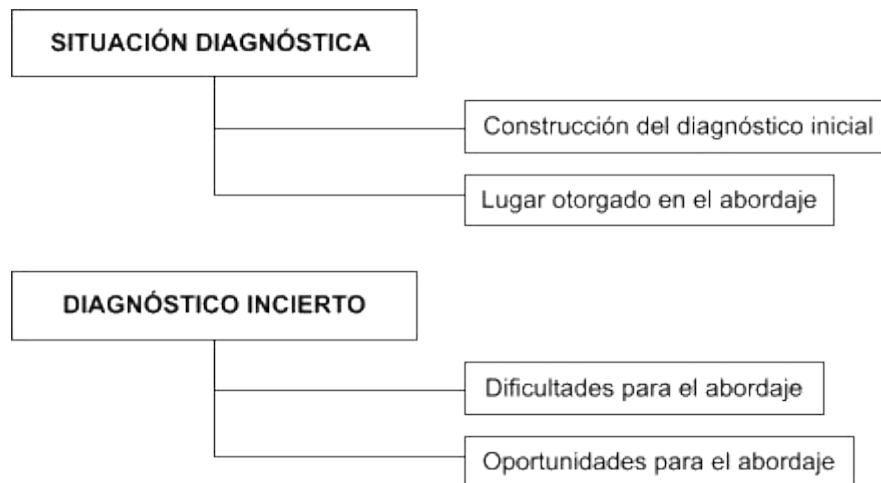


Gráfico N° 2: Categorías de análisis para las entrevistas.

7.c.2. Recolección de datos

Situación diagnóstica

Tal como se describió previamente, durante la etapa inicial de abordaje el equipo realizó el proceso de evaluación del niño. Sin embargo, dentro de su historial clínico se recibió su situación diagnóstica construida previo a su llegada a la institución. La misma fue desarrollada en la presentación del caso.

Ante el pedido de caracterización de dicha situación diagnóstica quienes fueron entrevistados coincidieron al describirla como “*descontextualizada*” e “*incompleta*”. Dichas afirmaciones fueron fundamentadas a partir del reconocimiento de rasgos psicomotrices y comportamientos presentes en BY que no se correspondían en su totalidad con los diagnósticos establecidos.

Otro de los conceptos escuchados fue el de “*errado*”. El profesional que lo mencionó acompañó su parecer con la afirmación de discrepar en varias ocasiones respecto a los criterios diagnósticos establecidos en los historiales clínicos de otros casos de niños y niñas que viven en la institución.

Construcción del diagnóstico inicial

Al profundizar en relación al proceso de construcción del diagnóstico con el que el niño llegó a la institución los y las profesionales enmarcaron dicha instancia en un contexto *“exclusivamente hospitalario”*. Asimismo, expresaron su percepción de haberse desarrollado en un evento único, *“sin dedicarle el tiempo necesario que requiere todo niño”*.

Por otro lado, uno de los profesionales referenció al *“modelo médico hegemónico”* (31) para referenciar la perspectiva con la cual se había arribado a la situación diagnóstica. Esta idea fue reforzada por otras dos profesionales al detallar la noción meramente orgánica sobre la cual se había diagnosticado al niño. Asimismo, la reflexión continuó problematizando respecto a la idea de que en el contexto profesional que definió los diagnósticos del niño *“no fue aceptable un no-diagnóstico”*, es decir, *“la necesidad de otorgar una etiqueta”*.

En relación a lo planteado, el debate continuó vinculando la necesidad burocrática de establecer un diagnóstico para poder obtener un CUD, y de la mano de este procedimiento, acceder a través de la firma de un profesional médico a las prestaciones de rehabilitación.

Por último, el equipo entrevistado conversó en coincidencia acerca de lo *“estático de la construcción diagnóstica”* al no haber dado lugar durante el primer año de vida del niño a una reevaluación o actualización al respecto. Quienes aportaron al tema mencionaron que esta eventualidad dio lugar a que *“los rasgos y características que aparecieron durante el crecimiento de BY se atribuyeran a su patología y no a posibles condiciones ambientales”*.

Lugar otorgado para el abordaje

Apenas se preguntó acerca de cuál fue el lugar que el equipo otorgó al diagnóstico al momento de pensar las estrategias casi la totalidad de quienes fueron entrevistados respondieron que *“ninguno”*. Se amplió relatando la manera en la que el equipo sin tomar en cuenta su diagnóstico específico *“hizo foco en su situación, su entorno, cuáles habían sido sus vivencias, por qué y cómo llegó a la institución y cómo sería conveniente desarrollar una evaluación interdisciplinaria y actualizada”*.

Posteriormente conversaron acerca de cómo cada profesional se informó acerca de la patología descrita en su historial clínico, *“por curiosidad y responsabilidad profesional, pero no con el objetivo de pensar estrategias terapéuticas a partir del mismo”*. Se afirmó que esto permitió que el razonamiento clínico y las estrategias implementadas no se vean limitados o influenciados.

A continuación, se relató un ejemplo por parte de un profesional de Kinesiología: *“Cuando pensamos en bipedestar a BY no nos frenó su condición. Sabíamos que podía tener espasmos musculares según predice su síndrome, pero a pesar de eso, iniciamos un proceso de evaluación permanente y adaptación progresiva a la nueva postura con la herramienta del bipedestador y se garantizó con antelación lo necesario para lograrlo”*.

Sólo una profesional, de la Psicología, afirmó haberle dado un lugar de importancia al diagnóstico del niño. Ella comentó que *“necesitó profundizar e informarse acerca de su patología, tanto del Síndrome de West como en la sospecha de TEA (ver sigla) para enmarcar las intervenciones”*. Explicó que, al haber recibido un diagnóstico exclusivamente biológico, necesitó conocerlo para contextualizarlo en una evaluación psicosocial.

Diagnóstico incierto

Dificultades para el abordaje

El equipo entrevistado coincidió en que, *“al no haberle dado una entidad al diagnóstico, no surgieron dificultades directamente relacionadas con lo incierto del mismo”*. Se amplió el discurso afirmando que *“no hubo dificultades por la dinámica implementada”*. Algunas expresiones que amplían y fundamentan dicha respuesta son las siguientes:

“Todos trabajamos con las características de BY, con lo que podíamos ver, escuchar... las dudas surgían por verlo cansado, sentado, irritado o contento... de lo dinámica que era su evaluación diaria y permanente”.

“Siempre supimos que había que trabajar con las características de BY, lo que nos mostraba y transmitía en el momento. Sesiones con o sin luz, con o sin música... desde la duda sí... pero no desde la dificultad”.

Por otro lado, algunos profesionales admitieron que surgieron dificultades en el proceso de abordaje, pero que no tenían que ver con la situación diagnóstica sino con rigideces vinculadas a la instituciones y opiniones o intervenciones de profesionales que no estaban dentro del equipo interdisciplinario. Esto mencionado se amplió con certeza de que *“la situación dio lugar a rigideces”*, vinculando la idea de que *“de lo incierto... de lo que no se sabe, cada uno sabe lo que quiere o prefiere según su rol y disciplina”*. Un ejemplo relatado fue el siguiente:

“Cuando se comenzó a sospechar que había rasgos de TEA, y BY lloraba, enseguida se indicó (por parte de una profesional médica) que ante esa situación se lo deje solo en una sala para que se calme”

Concluyendo las respuestas recibidas ante esta pregunta quienes formaron parte del debate coincidieron con la idea de que la incertidumbre trae dudas y que *“la duda es un lugar incómodo... pero el equipo lo prefirió”*.

Oportunidades para el abordaje

El plan de abordaje que implementó el equipo, tanto en BY como en el resto de los y las residentes de la institución, trasciende el momento y lugar de sesión. Este se ve ampliado en espacios de comunicación y reflexión de todo el equipo de profesionales.

A partir del contexto de trabajar en un caso de diagnóstico incierto surgió la oportunidad de *“construir algo nuevo”*. *“Se pudo interpretar a BY, como bebé, luego como niño”* y armar una evaluación diagnóstica flexible, cambiante y sujeta a los cambios diarios.

La mayoría de quienes fueron entrevistados coincidieron en que el proceso permitió conocer más a BY, y por lo tanto *“darle más estrategias al niño y también a la institución”* para su cuidado. El equipo pudo *“historizar, relevando experiencias vinculares, familiares, previas a su llegada a la institución y posteriores a la misma”*.

Por otro lado, se hizo referencia a la posibilidad de tener una dinámica de atención que no entendió de horarios, espacios físicos, protocolos, ni cantidad de sesiones necesarias, y del cómo esa metodología se convirtió en el paradigma de atención del equipo. Una profesional ejemplificó con la siguiente situación:

“Podimos incluir a BY en la dinámica grupal del almuerzo junto a otros compañeros a pesar de que su alimentación era por botón gástrico”.

Otra de las afirmaciones relevantes surgió a partir del reconocimiento de la oportunidad que tuvo el equipo de *“incomodarse y ser conscientes de que con la propia disciplina no iba a alcanzar”*.

Por último, se valoró la iniciativa que surgió de manera implícita y espontánea de teorizar acerca del concepto de diagnóstico. *“Muchas veces nos encontramos discutiendo y debatiendo sobre qué entendíamos por diagnóstico”*. Esto permitió construir un marco referencial común, un *“código de diálogo intra-equipo”* que, a su vez, invitó a no *“demonizar el concepto de diagnóstico”*. De esta manera, los informes de evaluación y evolución adoptaron un formato amplio de situación que trascendió al título de su patología y que *“se construyó desde su complejidad”*.

6. Discusión

Durante el desarrollo de este trabajo se ha podido exponer la complejidad del caso presentado dada por múltiples factores: la discapacidad, la vulnerabilidad social, el desapego de los progenitores y la institucionalización. En palabras de Najmanovich, D. *“la complejidad es siempre una búsqueda sin término, un proyecto siempre en evolución”*. (32) En concordancia, podría decirse que el abordaje de BY fue un permanente re-pensar de prácticas, conocimientos y objetivos.

Tal como se mencionó, García, R. refiere al abordaje interdisciplinario como el punto de partida para la resolución de las problemáticas complejas. (13) La conformación de un equipo que se propuso enmarcar el proyecto terapéutico desde una mirada integradora dio cuenta de la necesidad de implicar en el mismo una multiplicidad de saberes y perspectivas profesionales y éticas. En el trabajo de Cooper-Duffy et al. se presentan seis elementos para construir un equipo: fijación de objetivos, roles y responsabilidades, proceso efectivo y eficiente, comunicación y relaciones interpersonales, resolución colaborativa de problemas y evaluación. (22) Todos ellos pudieron verse reflejados en la presentación del caso.

En relación a la literatura recuperada pudo observarse una limitación respecto a los trabajos que describen la dinámica de abordaje de los equipos interdisciplinarios. De los 16 artículos recuperados sólo 4 la desarrollan, y entre éstos, sólo 2 incluyen las estrategias de comunicación e intercambios entre profesionales. Esta cuestión pondera la necesidad y relevancia de registrar y divulgar metodologías de abordaje de situaciones complejas en discapacidad (acciones propuestas para este trabajo), específicamente enmarcadas en la cultura latinoamericana.

Por otro lado, dos de las categorías mencionadas con mayor frecuencia y énfasis entre las experiencias seleccionadas fueron: la comunicación (entre los integrantes del equipo) y el tiempo (disponible para la atención).

Respecto a la comunicación, en el trabajo de Elias et al., se expone la necesidad de establecer un método sistemático de comunicación entre los profesionales para que la información esté disponible y actualizada de manera permanente. (16) Por su parte, Ogletree et al. afirmó en sus conclusiones que los equipos exitosos del caso utilizaron estrategias de reuniones creativas, como planificaciones en etapas, formatos virtuales y registros en línea para adaptarse a las complejidades inherentes a la interdisciplina. (17) En esa misma línea, Curbelo et al. enfatiza que la práctica interdisciplinaria enriquece la tarea sólo si quienes integran los equipos de trabajo tienen la plena certeza de que el intercambio

con el otro enriquecerá al destinatario de las acciones y a sí mismo. De ahí la importancia de que se trabaje tanto en las estrategias de comunicación hacia el paciente y sus cuidadores, como en aquellas implementadas dentro del propio equipo de trabajo. (29) En el abordaje de BY el equipo sostuvo los espacios de intercambio diarios, las reuniones de revisión mensual dentro de la institución y la metodología de registro en línea para su acceso y colaboración. Puede decirse que uno de los factores que posibilitó dicha dinámica fue el hecho de compartir espacio y tiempo, es decir, compartir horarios de trabajo y utilizar un sitio común de encuentro.

En relación al tiempo, en la investigación de Foster et al. se analizaron los facilitadores que podrían mejorar la coordinación de la atención, y el 39% de los profesionales entrevistados respaldan la idea de que tener más tiempo clínico con los pacientes sería el método más eficaz. (20) De manera similar, Montoya et al. expuso que más del 80 % de los equipos incluidos en el estudio acordaron que se necesita más tiempo para evaluar las situaciones que implican algún tipo de discapacidad y/o vulnerabilidad social. (26) Por su parte, Elias et al. afirman que una debilidad importante en el sistema de atención actual es la falta de compensación por el tiempo invertido en la gestión telefónica, la coordinación de la atención, el registro de prácticas y la redacción de avances e indicaciones. (16) En el caso de BY el tiempo ocupó un lugar relevante tanto en su construcción diagnóstica como en su abordaje. Tal como indicó el equipo entrevistado, su diagnóstico al momento de su llegada a la institución fue establecido en eventos únicos y aislados, *“sin dedicarle el tiempo necesario que requiere todo niño”*. Por el contrario, en su etapa inicial, la evaluación interdisciplinaria implicó meses de observación, escucha, registro y vinculación para contextualizar las características y comportamientos del niño. Esto pudo desarrollarse gracias a la flexibilidad institucional con la que trabajó cada profesional y la *“dinámica de atención que no entendió de horarios, espacios físicos, protocolos, ni cantidad de sesiones necesarias”*.

Continuando con la situación diagnóstica, otra de las problemáticas percibidas por el equipo fue la noción exclusivamente biologicista utilizada para su construcción. Al respecto, Sánchez and Mejías, presentan una mirada crítica a los factores fragmentados de la evaluación tradicional y la importancia de integrar nociones, ideas y conceptos entre las disciplinas, específicamente de psicología y trabajo social. (24) Asimismo, en el trabajo de Ordoñez et al., puede interpretarse lo fundamental de la construcción del diagnóstico social para enmarcar las prácticas y el conocimiento en la complejidad de cada situación. En esta investigación realizada en una población de niños y niñas con discapacidades e institucionalizados, a través del diagnóstico social, se identificó un patrón similar: bajos

recursos económicos, disgregación familiar, abandono paterno y riesgo de abuso (físico, mental y sexual). (25)

Continuando con los aportes de las entrevistas, uno de los puntos que generó mayor reflexión fue en torno a las *“rigideces”* que dio lugar el diagnóstico incierto. La percepción de atribuir a la discapacidad la causa determinante de todos los rasgos emergentes durante el crecimiento del niño puso de manifiesto el paradigma hegemónico de la atención médica. Es de esta forma que, según Levin *“se desliga del lazo con el niño y es el síndrome o el síntoma el determinante y la causa de lo que ocurre”* perdiendo así la oportunidad de construir un vínculo. (32)

Por otro lado, una de las respuestas que mayor coincidencia reflejó entre los y las profesionales fue acerca del lugar otorgado al diagnóstico inicial al momento de pensar las estrategias: *“ninguno”*. El equipo tomó la decisión de abordar la situación de BY atravesada por la incertidumbre pero con la certeza de que las respuestas estarían en la evaluación diaria e interdisciplinaria del crecimiento de un *“cuerpo lleno de marcas”*. (5) No obstante, el debate surgió a partir de la conclusión entre colegas de que en Argentina el diagnóstico médico necesariamente debe establecerse para poder obtener un CUD, y de ahí la garantía de acceso a prestaciones, subsidios... derechos. La etiqueta por obligatoriedad burocrática entonces, *“¿supone la vulneración de un derecho para garantizar otro derecho?”*

Ahora bien, si el diagnóstico incierto (*“limitado, descontextualizado, incompleto”*) no significó una dificultad para el equipo del caso presentado cabe preguntarnos si el problema está en la etiqueta o en la dinámica de abordaje. ¿Es un límite inexorable recibir a un niño con un diagnóstico rígido? ¿Podría un equipo reflexionar, cuestionar-se y construir prácticas integrales aún en ese contexto? Son algunos de los interrogantes que surgen de este trabajo.

Por último, una de las grandes oportunidades que se plasmó en palabras de los y las profesionales fue la de poder *“historizar sobre la vida de BY, relevando experiencias vinculares previas a su llegada a la institución y posteriores a la misma”*, de ausencias y presencias, no como determinantes en la construcción de su subjetividad sino como puntos de partida para entender aquello que el niño transmitía en cada encuentro. En palabras de Janin:

“Los que supuestamente son bipolares pueden hablar con silencios y llantos, o los supuestamente hiperactivos muestran con su cuerpo y sus movimientos lo que los desborda; ellos, con sus muecas y reiteraciones, nos dicen sobre una historia que puede ser efecto de muchas otras historias”. (32)

7. Conclusiones

Luego del desarrollo del presente trabajo, puede concluirse que, la conformación de un equipo interdisciplinario es el punto de partida para el abordaje de situaciones complejas en discapacidad. A través de la descripción del caso presentado pueden observarse los óptimos resultados del proyecto terapéutico implementado reflejados en los avances psicomotrices del niño, el fortalecimiento de sus vínculos y las estrategias de comunicación aprendidas.

En relación a la literatura recuperada, los resultados presentan como puntos relevantes para el abordaje interdisciplinario en discapacidad a la comunicación (entre los integrantes del equipo) y el tiempo (disponible para la atención, la planificación y los registros). Dichos factores podrían contribuir al desarrollo de una atención más efectiva e integral.

Si bien ha quedado expuesta la problemática de la necesidad de un diagnóstico para el acceso a derechos y prestaciones (más aún en situaciones de vulnerabilidad social) no implicaría en sí mismo un limitante para el desarrollo de un abordaje contextualizado e integral. No obstante, es de suma importancia la construcción de una evaluación diagnóstica asertiva que sume perspectivas de observación y razonamiento clínico por parte de una multiplicidad de disciplinas.

Por último, resulta oportuno evidenciar la necesidad de registrar y divulgar metodologías de abordaje de situaciones complejas en discapacidad, específicamente enmarcadas en la cultura latinoamericana, a fin de potenciar la investigación y el desarrollo de prácticas integrales transdisciplinarias.

8. Referencias bibliográficas

1. Rodríguez SA. Infancia, niñez en riesgo, vulnerabilidad infantil, ¿qué reflejan estos conceptos? *Omnia Derecho y sociedad*. 2018;1(1):51–62.
2. Beccaria A, Canaviri A. Condiciones de vida de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2020;
3. Contino AM. Hablar de discapacidad. CONICET [Internet]. 2015; Available from: <http://jornadasjovenesiigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/107/2015/04/Contino.pdf>
4. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp H Junior. [Integrality in the health care perspective: an experience of the Unified Health System in Brazil]. *Salud Colect*. 2016 Mar;12(1):113–23.
5. Fainblum A. Discapacidad: una perspectiva clínica desde el psicoanálisis. *La nave de los locos*. 2018.;
6. Céspedes GM. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan*. 2005;5(1):108–13.
7. Filidoro N. II Simposio Internacional sobre Patologización de la Infancia. Cuando las etiquetas se tornan invisibles.
8. De Lorenzo J. Las etiquetas y las marcas como formas de violencia. – *Forum Infancias* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <http://foruminfancias.com.ar/las-etiquetas-y-las-marcas-como-formas-de-violencia/>
9. Untoiglich G. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. *Noveduc*; 2019. 272 p.
10. Laurent É, Berenguer E. *La batalla del autismo: de la clínica a la política*. 2013. 257 p.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5®*. Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2013. 438 p.
12. Silberman P. *Manual de seguimiento clínico-familiar*. Editorial de la Universidad Nacional del Sur Ediuns. 2019;
13. García R. Interdisciplinaredad y sistemas complejos [Internet]. *Paperpile*. [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://paperpile.com/app/p/4713323d-4468-0332-bcd2-334d25d75929>
14. Wald AI, Grunberg DA, Benavidez M, Hamuy EN. Abordaje interdisciplinario para ampliar el potencial simbólico de niños, niñas y adolescentes con problemas clínicos complejos. *Intervenciones en zonas de frontera. Anuario de Investigaciones Universidad de Buenos Aires*. 2019;
15. Erickson KA. Comprehensive Literacy Instruction, Interprofessional Collaborative Practice, and Students With Severe Disabilities. *Am J Speech Lang Pathol*. 2017 May 17;26(2):193–205.
16. Elias ER, Murphy NA, Council on Children with Disabilities. Home care of children and youth with complex health care needs and technology dependencies. *Pediatrics*. 2012

May;129(5):996–1005.

17. Ogletree BT, Brady N, Bruce S, Dean E, Romski M, Sylvester L, et al. Mary's Case: An Illustration of Interprofessional Collaborative Practice for a Child With Severe Disabilities [Internet]. Vol. 26, *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2017. p. 217–26. Available from: http://dx.doi.org/10.1044/2017_ajslp-15-0065
18. Andrade PMO, Ferreira FO, Mendonça AP, Haase VG. Content identification of the interdisciplinary assessment of cerebral palsy using the International Classification of Functioning, Disability and Health as reference. *Disabil Rehabil*. 2012 Mar 6;34(21):1790–801.
19. Trabacca A, Russo L, Losito L, Rinaldis MD, Moro G, Cacudi M, et al. The ICF-CY perspective on the neurorehabilitation of cerebral palsy: a single case study. *J Child Neurol*. 2012 Feb;27(2):183–90.
20. Foster CC, Mangione-Smith R, Simon TD. Caring for Children with Medical Complexity: Perspectives of Primary Care Providers. *J Pediatr*. 2017 Mar;182:275–82.e4.
21. Cheng LRL, Levey S. Collaborative Approaches to the Support of People with Disabilities: The Underserved and Unserved [Internet]. Vol. 71, *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 2019. p. 62–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000492530>
22. Cooper-Duffy K, Eaker K. Effective Team Practices: Interprofessional Contributions to Communication Issues With a Parent's Perspective [Internet]. Vol. 26, *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2017. p. 181–92. Available from: http://dx.doi.org/10.1044/2016_ajslp-15-0069
23. Mishra K, Siddharth V. From disability to ability: comprehensive rehabilitation providing a holistic functional improvement in a child with neglected neural tube defect [Internet]. *BMJ Case Reports*. 2017. p. bcr – 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2017-220636>
24. Sánchez RF, Mejías SM. Una propuesta de trabajo desde la evaluación interdisciplinaria de una niña con discapacidad: Implicaciones para una práctica clínica [Internet]. Vol. 10, *Análisis*. 2009. p. 149–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.54114/revanlisis.v10i1.13111>
25. Ordóñez A, Suárez F, Zarante I, Tamayo ML, Contreras G, Bernal J, et al. Un modelo de diagnóstico social y manejo interdisciplinario de una población de niños discapacitados institucionalizados. *Universitas*. 2008;49(2):155–71.
26. Montoya LA, Giardino AP, Leventhal JM. Mental health referral and services for maltreated children and child protection evaluations of children with special needs: A national survey of hospital- and community-based medically oriented teams [Internet]. Vol. 34, *Child Abuse & Neglect*. 2010. p. 593–601. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.01.009>
27. Pona AA, Dreyer Gillette ML, Odar Stough C, Gerling JK, Sweeney BR. Long-Term Outcomes of a Multidisciplinary Weight Management Intervention for Youth with Disabilities. *Child Obes*. 2017 Dec;13(6):455–61.
28. Petitgout JM, Pelzer DE, McConkey SA, Hanrahan K. Development of a Hospital-Based Care Coordination Program for Children With Special Health Care Needs [Internet]. Vol. 27, *Journal of Pediatric Health Care*. 2013. p. 419–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.03.005>

29. Curbelo A, Bottini P, De Simone V, Wies L, Dellatorre S, Amor V, et al. Dispositivo estratégico en psicomotricidad. Aportes a la calidad de vida para niños con discapacidad y sus familias en un contexto de vulnerabilidad socioeconómica desde una concepción compleja. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 2015 Nov;40:107–27.
30. Chabrol B, Milh M. Transition from paediatric to adult care in adolescents with neurological diseases and handicap. Rev Neurol . 2020 Jan-Feb;176(1-2):37–42.
31. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. 2009. 311 p.
32. Filidoro N. Diagnósticos en la infancia: en busca de la subjetividad perdida : Inteligencia, un debate desde la complejidad : Documento sobre ADD. Noveduc Libros; 2005. 148 p.

9. Anexos

ANEXO 1

Entrevista semiestructurada utilizada para el trabajo de campo:

1. ¿Cómo describirían la situación diagnóstica del niño en la etapa inicial de su abordaje? ¿Cómo consideran que se construyó dicho diagnóstico previo a la llegada del niño a la institución? ¿Qué elementos incidieron en dicha construcción?
2. ¿Qué lugar ocupó el diagnóstico al momento de pensar las estrategias terapéuticas para el niño?
3. ¿Qué dificultades surgieron durante el proceso de abordaje en el contexto de un diagnóstico incierto?
4. ¿Qué oportunidades surgieron durante el proceso de abordaje en el contexto de un diagnóstico incierto?

ANEXO 2

Consentimiento informado:

Fecha: / /

Yo, _____, identificado/a con el número de documento _____, por voluntad propia doy mi consentimiento para participar de esta entrevista en el marco de la realización del trabajo final titulado “Implicancia del diagnóstico para el abordaje interdisciplinario frente al caso de un niño en situación de discapacidad y vulnerabilidad social” para obtener el título de posgrado de la Especialidad en Kinesiología y Fisioterapia Neurológica por parte de la autora (Lic. Melina Bufarini), en la Universidad del Gran Rosario.

El objetivo de esta investigación es analizar la implicancia del diagnóstico en el abordaje de un equipo interdisciplinario frente al caso de un niño en situación de discapacidad y vulnerabilidad social.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objetivo de la entrevista y el propósito de su realización, los resultados del estudio serán publicados, pero mi nombre o identidad no serán revelados y mi información se mantendrá privada. Por lo expresado anteriormente doy mi consentimiento para la utilización de los resultados de la misma en dicho proyecto.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

Firma del/de la participante