



FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

Tesina

Tema:

“Interdisciplina en Neurología Pediátrica”

Tutora: Lic. Ferraro, Alejandra

Asesor Metodológico: Andrés Cappelletti

Autores:

Filas, Eduardo Agustín

Onorato, Silvina Guadalupe

Risso, Pablo

Abril, 2004

*Cualquiera apela a la interdisciplinariedad,
y nadie osaría pronunciarse contra ella.
Éxito tanto más brillante, cuanto que los mismos
que toman partido por la nueva figura del saber
se encontrarán en aprietos para definirla.*

George Gusdorf

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría expresar nuestro especial agradecimiento a muchas personas que brindaron toda su sabiduría y su confianza para que podamos llevar adelante este trabajo, pues creemos que no hubiese sido posible sin esta valiosa ayuda.

A la Lic. Alejandra Ferraro, la cual nos brindó su conocimiento y profesionalismo en la coordinación de esta tesina.

Agradecemos también al Asesor Metodológico Andrés Cappelletti por dedicar su valioso tiempo en la revisión detallada de las diferentes instancias de la investigación.

Expresamos nuestro reconocimiento al Dr. Daniel Airasca, por su atención permanente en la realización de esta tesis y por sus importantes comentarios y sugerencias para llevar adelante la misma.

Finalmente, expresamos nuestro más sincero aprecio a familiares, amigos y a todos los que de alguna manera nos permitieron crecer en estos hermosos cinco años de carrera.

A todos, un total y profundo agradecimiento.

Agustín F., Silvina O. y Pablo R.

RESUMEN

El trabajo interdisciplinario es prioritario para el abordaje de niños con trastornos neurológicos. Los obstáculos que se presentan en el momento de adoptar esta práctica se deben en gran medida a la complejidad de las relaciones humanas.

En la fundamentación de esta investigación se deja en claro la evolución histórica de la interdisciplina, se describen los enfoques que se le dio a esta temática desde la visión de diferentes autores, se hace mención a la jerarquización de los niveles de interacción entre disciplinas, se exponen los fundamentos de la interdisciplinariedad, se expresan los modelos de rehabilitación infantil, se establecen los lineamientos generales del tratamiento de niños con perturbaciones neurológicas, se resalta la importancia de la interdisciplina para llevar adelante un tratamiento integral del niño y se explica el campo de acción de la kinesiología en la neurología pediátrica.

A través de las estrategias metodológicas y procedimientos de investigación, puestos de manifiesto en el desarrollo, se puede verificar cuál es el discurso que se mantiene acerca de la interdisciplina y establecer el lugar que se le da al kinesiólogo dentro del equipo. La interpretación subjetiva de las entrevistas llevadas a cabo nos facilitó captar la ambigüedad y la utilización abusiva que gira en torno a este concepto, además de la confusión y la imagen distorsionada que existe alrededor del kinesiólogo, a pesar de que se le otorgue un lugar fundamental dentro del equipo.

ÍNDICE:

	Pág.
Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	6
Problemática	8
Fundamentación	9
Temática central	47
Objetivos	47
Objetivo general.....	47
Objetivos específicos.....	47
Hipótesis	49
Métodos y Procedimientos	50
Tipo de estudio.....	50
Población	50
Muestra.....	50
Instrumento.....	51
Área de estudio.....	51
Desarrollo (Resultados y comentarios)	52
Conclusiones	65
Referencias bibliográficas	68
Anexos	72

INTRODUCCIÓN

La interdisciplinariedad como cuestión compleja que es, requiere de demarcación y depuración de límites conceptuales.

La parcialidad que impone el saber especializado y su creciente atomización hace imprescindible instrumentar la cooperación entre distintas disciplinas, para lograr una mirada ampliada que permita organizar estrategias adecuadas para abordar a los pacientes.

La interdisciplinariedad es, precisamente, una vía que surge para superar la limitación de la especialización no integrada; por esto transitarla con entereza, y a la vez con cuidado, es una necesidad y una propuesta razonable y factible, que depende de los profesionales que integran el equipo de salud.

Con el propósito de que el equipo multidisciplinario alcance una integración interdisciplinaria, es necesario que los profesionales no trabajen en forma separada, sino que sean parte de una red y construyan entre todos un saber compartido.

Este proyecto no resulta sencillo en el instante de concreción y práctica, ya que lo habitual es que los equipos se conformen como subgrupos integrados por profesionales de distintas especialidades, reunidos generalmente por relaciones afectivas e historias laborales compartidas. Cada uno piensa y cree que el cuerpo de conocimientos de su propia disciplina explica más eficazmente el problema.

Actualmente existe una tendencia a imponer la entrada de la interdisciplina como una experiencia necesaria, enriquecedora, imprescindible en la práctica médica en general y en la pediátrica en particular.

El planteo anteriormente efectuado suele ser aceptado con aires de comprensión o superación, pero suele ser desmentido en el plano de lo cotidiano. Es éste uno de los

motivos por el que decidimos llevar a cabo una investigación, basada en entrevistas a profesionales de diferentes áreas que forman parte de equipos que afirman trabajar interdisciplinariamente en el abordaje de niños con trastornos neurológicos, con la finalidad de conocer la opinión que cada uno de ellos tiene de la interdisciplina, y de esta manera poder entender el discurso que se mantiene en torno a la misma.

En el momento de concretar las entrevistas intentaremos establecer el lugar que el kinesiólogo desempeña dentro del equipo interdisciplinario; de qué modo se relaciona con los demás integrantes y si éstos conocen su campo de acción en el área de neurología pediátrica.

PROBLEMÁTICA

Dada la complejidad de los pacientes con patología neurológica y más aún en el niño, que es un ser en desarrollo, se hace imprescindible la intervención desde distintas áreas del conocimiento a fin de obtener la máxima funcionalidad.

Este es el punto que nos interesa desarrollar en este trabajo, debido a que notamos que existe una cierta “naturalización” del trabajo interdisciplinario, lo cual dificulta la reflexión de los fundamentos, los supuestos y los obstáculos de este tipo de abordaje.

Analizando la historia de la interdisciplina descubrimos que la misma nace como un intento de combatir la superespecialización y como una reapropiación de cierta noción de totalización del saber, viéndose como superadora del empobrecido efecto del trabajo intelectual aislado.

Una confusión habitual suele ser la de considerar como equivalente el “trabajo interprofesional” con el “trabajo interdisciplinar”, constituyendo una forma frecuente de pseudointerdisciplinariedad.

El término interdisciplina suele ser utilizado en forma indiscriminada, ignorando la mayoría de los preceptos su verdadero alcance. Muchas veces es utilizado como un “slogan”, despojándolo de un contenido preciso y bien delimitado.

Teniendo en cuenta este planteo, surgen los siguientes interrogantes:

En primer lugar, nos parece de suma utilidad conocer cuál es el discurso que mantienen los profesionales que “dicen” integrar equipos interdisciplinarios en neurología pediátrica en torno al trabajo interdisciplinario.

En segundo lugar, determinar qué importancia se le da al kinesiólogo dentro del equipo de neurorehabilitación infantil.

FUNDAMENTACIÓN

Evolución histórica de la interdisciplina:

Las disciplinas, como campos autónomos del conocimiento, surgen en la modernidad. Desde entonces, comienza una fuerte tendencia a la especialización, orientada a la búsqueda de enunciados universales.

“Una disciplina es un campo de conocimiento hipotético, que se establece alrededor de un recorte específico de un objeto del conocimiento, que lo transforma en *su* objeto de conocimiento y que está autorizado. Y que está autorizado quiere decir, que es convencional, que tiene legitimidad social, lo que implica que tiene una autorización legal y una autorización cognoscitiva”.¹

Las disciplinas surgieron, entre otras causas, como una división práctica de los conocimientos y de los temas de investigación, de reflexión, propios de una época en la que se ignoraban los profundos vínculos existentes entre los diferentes campos del saber humano, valorándose así sólo la información específica.

La subdivisión de los tradicionales campos del conocimiento en diferentes especialidades independientes permitió un incremento cuantitativo importante en los niveles de productividad científica.

El fuerte peso de la cultura positivista², con su énfasis en la precisión y la imposición de determinadas metodologías de investigación y por lo tanto de formas de legitimación del conocimiento, favoreció el avance en direcciones disciplinares más reduccionistas.

¹ Goldvarg, Norma: “Dificultades y posibilidades de la interdisciplina”. Revista “Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la interdisciplina”. Año 3. Número 5, Pág. 86. Argentina, 1993.

² En la *cultura positivista*, la mente humana halla la explicación última de los fenómenos elaborando las leyes que los unen entre sí. Mediante el *positivismo*, Auguste Comte proyectó fundar una nueva disciplina, la física social (que posteriormente se denominaría sociología), cuyo objeto es el estudio de los fenómenos sociales. La misión de esta nueva disciplina era, según Comte, completar el conjunto del sistema de las ciencias, inaugurar así el reinado de la filosofía positivista, y alcanzar al mismo tiempo la felicidad de la humanidad.

Cada disciplina se enfoca como si tuviera una estructura lineal, con sus áreas de competencia y pertinencia mediante una secuencia temática: se trata de un *enfoque intradisciplinario*. Cada una de éstas delimita un campo de conocimientos sistematizado mediante una lógica específica, tiene un objeto de estudio, marcos conceptuales, métodos y procedimientos propios; divide y especializa el conocimiento y el campo de trabajo. Tiende a la autonomía por delimitación de fronteras, el lenguaje, las técnicas que elabora o utiliza y las teorías propias.

La realidad abordada por una disciplina se reduce así, a dimensiones manipulables que permite operar sobre algunos aspectos de los fenómenos con relativa facilidad, eludiendo lo que no entra en sus propios esquemas. Las disciplinas circunscriben dominios de competencias sin los cuáles el conocimiento sería imposible de aprehender. Sin embargo, implican el riesgo de la hiperespecialización y de la “mecanificación” del objeto estudiado.

Concomitantemente con el comienzo del siglo XX se modifica la postura determinista del universo, vigente desde el siglo XVII. Surgen nuevos paradigmas con las teorías de azar, lo aleatorio, la irreversibilidad, la entropía, las estructuras disipativas que enfrentan a los científicos con la dificultad del control absoluto de todas las variables posibles y con la incertidumbre, la relatividad de las certezas científicas y la idea que todos los conceptos y teorías son limitados y aproximados.

Beatriz Kalinski³ y Carlos del Bosco⁴ reflexionan, "este cambio entre otros nos conduce a afirmar que estamos asistiendo a una profunda herida narcisista de la humanidad, vinculada a la pérdida de la ilusión de vivir en un mundo totalmente explicable y controlable a partir de la posibilidad de predecir todos los fenómenos de la

³ Antropóloga. Investigadora del CONICET y de la U.B.A., en la Facultad de Filosofía y Letras. Docente en la U.B.A.

⁴ Doctor en Medicina. Docente autorizado de Medicina Interna U.B.A. del Hospital de Clínicas José de San Martín.

naturaleza.

Pero así como toda herida narcisista conduce a la necesidad imperiosa de compensación o restitución, el riesgo es que se intente compensar esa herida, negando la escasa porción de la realidad que se conoce, que no es más que una construcción abstracta confundiéndola con la realidad que se pretende conocer”.

Concluyen, “por tal motivo es imprescindible instrumentar para los comienzos del siglo XXI la cooperación entre los distintos saberes especializados para abordar tanto a la salud como la enfermedad”.⁵

Actualmente el desarrollo de la ciencia avanza al mismo tiempo en dos sentidos: por un lado, de creciente especialización y por otro, de intersección entre los diferentes campos del conocimiento.

En el último tercio del siglo pasado comenzó a intensificarse el análisis de estos dos procesos: la “interdisciplinariedad” surge en la década de 1970, época en la cuál se instala un acalorado debate, sostenido desde diferentes posturas acerca de ella.

En la revuelta estudiantil de 1968 los estudiantes criticaban el enciclopedismo universitario, proponiendo una relación más íntima entre la teoría y la práctica. A través de este movimiento se dejó en evidencia la ausencia de interrelación entre las diferentes áreas del conocimiento y la falta de contenido social en la currículas. A la vez se planteaba la aplicación del saber en función de las necesidades sociales.

El discurso dominante se apropia de la crítica y legitimándola, realiza distintas modificaciones concretas dentro del funcionamiento universitario y a su vez promueve como respuesta a este reclamo, a la interdisciplina, pero se dejan hábilmente por fuera, las críticas más sólidas al sistema.

⁵ En el artículo: “Siglo XXI: importancia de la interdisciplina”. Revista “Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la interdisciplina”. Año 6. Número 9, Pág. 103. Argentina, 1996.

La interdisciplina nacía como un intento de combatir la hiperespecialización⁶, además de erigirse como una opción para apropiarse nuevamente de la noción del saber.

Las bases epistemológicas en que se diagramó tal respuesta encontraron en Piaget, uno de los teóricos más relevantes. Pero dejó al margen teorías más críticas como Althusser y Bourdieu y con ello se logró no comprometerse con temáticas netamente sociales, dejando por fuera las críticas más sólidas y legitimando criterios del capitalismo avanzado.

La misma surge conexiada con la finalidad de corregir los posibles errores y la esterilidad que acarrea la ciencia excesivamente compartimentada y sin comunicación interdisciplinar. En este sentido la crítica a la compartimentación de las materias correrá pareja con la que se dirige al trabajo fragmentado en los sistemas de producción de la sociedad capitalista; a la separación entre trabajo intelectual y manual; a la división entre la teoría y la práctica; a la ausencia de comunicación democrática entre los diversos campos de trabajo; a la jerarquización del saber; etc.

Así en el seminario sobre interdisciplinariedad realizado en la universidad de Niza en 1970, donde uno de los máximos exponentes fue Jean Piaget, puede notarse un optimismo exacerbado.

“La interdisciplina permitirá superar la instancia de la especialización, del empobrecido efecto del trabajo intelectual aislado, como también unir el conocimiento a la práctica, investigando problemáticas concretas que puedan producir saberes situables dentro de la estructura social y aportar respuestas para su solución”

Follari plantea que la posición de Jean Piaget es en parte acertada pero que cae en un discurso apologético, ya que niega los problemas que se presentan en el campo de

⁶ Al respecto Ortega y Gasset describe, en “La rebelión de las masas”, a esa “casta de hombres sobremanera extraños que son los especialistas. Son aquellos que *saben* muy bien su mínimo rincón de universo; pero ignoran de raíz todo el resto” y sigue expresando “... Al especializarlo, la civilización le ha hecho hermético y satisfecho dentro de su limitación”.

la investigación interdisciplinaria, así como los vínculos con lo disciplinar y con las políticas englobantes.

Algunos autores como Lukács y Kosik intentan formular posiciones propias aunque sus efectos prácticos no difirieron de lo anterior. Pensaron a la interdisciplina como una manera de interrelacionar la teoría y la práctica social y así acceder a la totalidad. Suponían que el acierto teórico motivaría modificaciones prácticas considerando, a su vez, una única realidad abordable por un único discurso. La “unidad dialéctica” sería superadora de la especificidad de las ciencias que promovían conocimientos aislados e inconexos.

Althusser⁷ desde un sector del marxismo acusa esta noción de ideológica⁸ y no sostiene la filosofía global del materialismo dialéctico⁹, en la cuál se fundamenta esa unidad epistemológica.

Otros autores como Berger, uno de los primeros defensores de la interdisciplina, en el año 1982, la calificó como “ideología de la transparencia”.

En este sentido, podría decirse que la interdisciplina muchas veces se transforma en una ideología, en términos de moda, de panacea para cualquier problema o de sutil ocultamiento de estos.

Hacia la década del 80, como parte de un proyecto de la UNESCO, se realiza una recopilación de una serie de producciones sobre la interdisciplinariedad. Esta publicación marca ciertas diferencias con lo expuesto en el congreso de Niza, dejando

⁷ Filósofo francés (Birmandreis, Argelia 1918 – La Verrière, Yvelines, 1990). Renovó el estudio del marxismo.

⁸ Desde una lectura marxista, las *ideologías* son formaciones complejas de nociones, representaciones, imágenes, y de comportamientos, actitudes y gestos que funcionan en conjunto como normas prácticas que gobiernan la actitud y la toma de posición concreta de los hombres en relación con los objetos y problemas reales de su existencia social e individual. Una ideología no es una combinación azarosa de actitudes y representaciones sino un sistema con una lógica propia, poseyendo un papel histórico definido en una sociedad determinada.

⁹ Doctrina que considera la materia como la única realidad y que hace del pensamiento un fenómeno material, como cualquier otro fenómeno. También niega la existencia de sustancias espirituales.

entrever una posición menos entusiasta; relata experiencias interdisciplinarias sin ponerlas como modelo y no pretende ya elaborar una epistemología general.

La interdisciplinariedad en palabras de Smirnov “es actualmente uno de los problemas teóricos y prácticos más esenciales para el progreso de la ciencia. El concepto de unidad interna de las diversas ramas del saber y el de sus relaciones recíprocas ocupan un lugar cada vez mayor en el análisis filosófico, metodológico y sociológico, así como en el análisis científico en el mundo actual...”, “la interdisciplinariedad en el campo de la ciencia consiste en una cierta razón de unidad de acciones y relaciones recíprocas, de interpretaciones entre las llamadas disciplinas científicas...”.¹⁰

Concepto de Interdisciplinariedad:

La interdisciplinariedad es una cuestión compleja que plantea tanto la necesidad de elucidaciones conceptuales, como de realizaciones empíricas coherentes.

Frente a las encrucijadas del mundo hipertecnologizado, la interdisciplina aparece como el modo de afrontarlo de una manera más eficiente y totalizadora.

En la mayoría de los casos es presentada desde una visión aséptica, que intenta ampliar definiciones o multiplicar miradas, a veces sin un sentido claramente definido.

Pensar en ésta en un escenario atravesado por la incertidumbre, el incremento de las desigualdades y el crecimiento de la exclusión social implica, de alguna forma, revisar una serie de aspectos. Los mismos pueden ser útiles “en función de”, si se habilita una profunda exploración del concepto “interdisciplina”, que implica la necesidad de nuevas formas de diálogo entre los diferentes campos del saber.

En atención a las características de los escenarios actuales, frente a los

¹⁰ Smirnov, S. N.: “La aproximación interdisciplinaria en la ciencia de hoy”, en Interdisciplinariedad y ciencias humanas. Editorial Tecnos/Unesco. Madrid, 1981.

problemas más acuciantes de nuestro tiempo, tales como la pobreza, el deterioro de los recursos naturales, la insalubridad, la sobrepoblación y el analfabetismo, problemas de urbanismo, problemas de desnutrición, etcétera; el profesional disciplinar aparece como un ser insuficiente e incapaz. Este es el punto fuerte de la interdisciplina, su verdadero lugar, más allá de las interpretaciones que pretenden ponerla en el lugar de alta prioridad o de las que intentan una recuperación totalizante. Se trata de resolver los problemas más urgentes que el capitalismo enfrenta, de la manera más eficaz.

La UNESCO la define como una “forma de cooperación entre disciplinas distintas, a partir de problemas cuya complejidad es tal, que sólo pueden ser abordados mediante la convergencia y la combinación prudente de distintos puntos de vista”¹¹.

Follari la considera como “una relación orgánica entre distintas disciplinas, que produce modelos, leyes y categorías que no estaban previamente dadas en lo disciplinar. Supone y no excluye el trabajo de cada una de las disciplinas, por el contrario lo requiere en su máxima especificidad. Esta reunión disciplinar tendría como objetivo lograr un lenguaje compartido, generado desde la particularidad de cada campo del conocimiento, convocado respecto a: lo teórico, metodológico y técnico; que pivoteando en el objeto teórico configurado, ofrecería sus recursos para intentar resolver problemas, que desde lo social requieren de un abordaje multifacético.”

Un aporte importante para comprender la jerarquización de niveles, de colaboración e integración de disciplinas es la que propone Jean Piaget¹², distinguiendo entre:

¹¹ D' Hainaut, L. La interdisciplinariedad en la enseñanza general. Estudio realizado tras la celebración de un coloquio internacional sobre la interdisciplinariedad en la enseñanza general (sede de la UNESCO, 1 a 5 de julio de 1985). UNESCO, 1986.

1. *La multidisciplinariedad*. El nivel inferior de integración. Ocurre cuando para solucionar un problema se busca información y ayuda en varias disciplinas, sin que dicha interacción contribuya a modificarlas o enriquecerlas. Esta acostumbra a ser la primera fase de la constitución de equipos de trabajo interdisciplinar, pero no implica que necesariamente haya que superarse y pasar a niveles de mayor cooperación.
2. *La interdisciplinariedad* designa “el nivel donde la cooperación entre varias disciplinas o sectores heterogéneos de una misma ciencia llevan a interacciones reales, es decir, hacia una cierta reciprocidad de intercambios que dan como resultado un enriquecimiento mutuo.(...) en tanto que la interdisciplina sea, en efecto, una búsqueda de estructuras más profundas que los fenómenos y esté diseñada para explicar estos...”¹³

Segundo nivel de asociación entre disciplinas.

3. *La transdisciplinariedad*. Es la etapa superior de integración. Se trataría de la construcción de un sistema total que no tuviera fronteras sólidas entre las disciplinas, o sea, una teoría general de sistemas o de estructuras, que incluyera estructuras operativas, estructuras regulatorias y sistemas probabilísticos, y que uniría estas diversas posibilidades por medio de transformaciones reguladas y definidas.

Según Piaget, la finalidad de la investigación interdisciplinaria es la de “procurar una recomposición o reorganización de los ámbitos del saber a través de una serie de intercambios que consisten, en realidad, en recombinaciones constructivas que superan

¹² Psicólogo y pedagogo suizo (Neuchâtel 1869 – Ginebra 1980). Estudió el desarrollo intelectual de los niños y fundó la psicología genética y la epistemología genética, que analizó en numerosas obras.

¹³ Piaget, Jean: “La epistemología de las relaciones interdisciplinarias”, en *Interdisciplinariedad*. A.N.U.I.E.S. México. 1975.

aquellas limitaciones que impiden el avance científico”.

Por otra parte, Alicia Stolkiner¹⁴ plantea que habría dos tipos de prácticas que se superponen en el debate actual sobre lo interdisciplinario.

Por un lado, la práctica de la investigación interdisciplinaria donde el énfasis está puesto en la producción de conocimiento.

Por el otro, la práctica que corresponde a la configuración de equipos interdisciplinarios, en los cuales el énfasis está puesto en la producción de las acciones.

Sin embargo, no se puede separar la investigación de su efecto en las prácticas, ni tampoco se puede desconocer que el desarrollo de acciones, produce simultáneamente conocimientos.

Stolkiner, plantea además, que existen diferentes niveles que se ponen en juego en el análisis de la interdisciplina:

- Primer nivel:

Este primer nivel sería epistemológico, dado que el simple planteo de la interdisciplina implica su cuestionamiento a los criterios de causalidad lineal y atenta contra la posible fragmentación de los fenómenos a estudiar. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales, sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos.

- Segundo nivel:

Sería el nivel metodológico, ya que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no implican interdisciplina, sino que la

¹⁴ En su libro “La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”.

construcción conceptual común del problema que exige el abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción.

- Tercer Nivel:

Es un nivel referido a lo subjetivo, a lo grupal, dado que las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Si un equipo interdisciplinario es un grupo, debe ser pensado con una lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero a tener en cuenta es que un saber es una forma de poder y por ende, las cuestiones de poder aparecerán.

En lo individual, la participación de un equipo interdisciplinario implica renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud.

Los intentos de abordaje interdisciplinario permiten trabajar con las dificultades, los obstáculos y las diferencias, sin negarlas, lo cuál permite a partir de cuestionar las propias prácticas ver sus límites y sus imposibilidades.

Entre las modalidades de interdisciplinariedad posibles, autores como Cesare Scurati establecen una taxonomía con sus niveles, siguiendo un orden de creciente interrelación:

1. *Interdisciplinariedad heterogénea:* Viene a ser una modalidad del enciclopedismo, basada en las “sumas” de informaciones procedentes de diversas disciplinas.

2. *Pseudointerdisciplinarietà*: El nexo de unión se establece en torno a una especie de “metadisciplina”. En este caso hay una estructura de unión, normalmente un modelo teórico o un marco conceptual, que se aplica para trabajar en disciplinas que son muy diferentes entre sí.
3. *Interdisciplinarietà auxiliar*: Cuando en una disciplina se recurre al empleo de metodologías de investigación propias u originales de otras áreas de conocimiento.
4. *Interdisciplinarietà compuesta*: Se trata de la situación en la que, para la solución de unos determinados problemas sociales, se propone la intervención de equipos de especialistas pertenecientes disciplinas. Se parte de la premisa de que resulta imprescindible analizar de manera conjunta los innumerables aspectos que presenta cualquier fenómeno sociohistórico.
5. *Interdisciplinarietà complementaria*: Se da cuando se produce una superposición del trabajo entre especialidades que coinciden en un mismo objeto de estudio.
6. *Interdisciplinarietà unificadora*: Aquí ya existe una auténtica integración de dos o más disciplinas, resultado de la construcción tanto de un marco teórico común, como de una metodología de investigación.

Marcel Boisot (1979), por su parte, distingue tres tipos de interdisciplinarietà:

1. *Interdisciplinarietà lineal*: Es una modalidad de intercambio interdisciplinario en la que una o más leyes tomadas de una disciplina se utilizan para explicar fenómenos de otra; sólo se requeriría alguna

redefinición de las variables y parámetros para ajustarla al nuevo contexto disciplinario.

2. *Interdisciplinariedad estructural*: Cuando las interacciones entre dos o más materias llevan a la creación de un cuerpo de leyes nuevas que forman la estructura básica de una disciplina original, la cuál no puede ser reducida a la coordinación formal de sus generadoras sino que surge una nueva disciplina.
3. *Interdisciplinariedad restrictiva*: Aquí se acota el campo de aplicación de cada materia en orden, exclusivamente, a un objetivo concreto de investigación y a un específico campo de aplicación.

De todas las clasificaciones acerca de los niveles posibles de interdisciplinariedad, quizá la más conocida y divulgada es la distinción que realiza Erich Jantsch en el seminario de la OCDE en 1979, entre:

- Multidisciplinariedad
- Pluridisciplinariedad
- Disciplinariedad cruzada
- Interdisciplinariedad
- Transdisciplinariedad

Los conceptos de esta clasificación hacen referencias a las formas de relación entre las diversas disciplinas, a las distintas etapas de colaboración y coordinación entre las diferentes especialidades.

- La *multidisciplinariedad* refleja el nivel mas bajo de coordinación. La comunicación entre las diversas disciplinas estaría reducida al mínimo.

Vendría a ser la mera yuxtaposición de materias diferentes que son ofrecidas de manera simultánea con la intención de sacar a luz algunos de sus elementos comunes, pero en realidad, nunca se llegan a hacer claramente explícitas las posibles relaciones entre ellas.

- La *pluridisciplinariedad* es la yuxtaposición de disciplinas más o menos cercanas, dentro de un mismo sector de conocimientos. Es una forma de cooperación que tiene por finalidad el mejoramiento de relaciones entre esas disciplinas. Viene a ser una relación de mero intercambio de información, una simple acumulación de conocimientos. Un elemento positivo de esta intercomunicación es que se produce en un plano de igual a igual, sin que una llegue a imponer nada a la otra. No se contribuye a una profunda modificación de la base teórica, problemática y metodológica de estas ciencias en su individualidad. Es una comunicación que no las modifica internamente. No existe en este nivel, todavía, una profunda interacción o coordinación.
- La *disciplinariedad cruzada* conlleva a un acercamiento basado en posturas de fuerza; la posibilidad de comunicación está desequilibrada, ya que una de las disciplinas va a dominar sobre las otras. La materia considerada importante va a determinar lo que tienen que asumir las demás disciplinas. Por ejemplo, cuando la axiomática de una sola disciplina, sus conceptos, métodos y marcos teóricos, son impuestos a otras que se encuentran en el mismo nivel jerárquico. En consecuencia, se crea una rígida polarización que cruza a través de las disciplinas en dirección a la axiomática de esa disciplina de mayor prestigio y poder. Existe una modalidad de disciplinariedad cruzada que es fruto de las

fuertes concepciones reduccionistas de algunas escuelas y especialidades científicas. Se puede observar como algunas disciplinas tratan de imponer una especie de monopolio en las explicaciones de muchos fenómenos. Se da como un intento de apropiarse de la capacidad de intervenir en solitario y con exclusividad en determinadas parcelas profesionales, reduciendo todos los análisis que se efectúan y las propuestas de intervención a las provenientes de sus propias especialidades. Se trata de reducir todo a dimensiones propias de la especialidad que representa la persona que habla. Un ejemplo de estas tendencias reduccionistas se puede ver en las situaciones en que quienes poseen una formación sociológica lo quieren reducir todo a sociología, los que la poseen psicológica, a psicología, etc.

La pluralidad de las disciplinas es consecuencia de la diversidad de aproximaciones a los fenómenos y situaciones de la realidad, ninguna de las cuales puede pretender absorber a las demás.

- La *interdisciplinarietà* propiamente dicha, es algo diferente a reunir estudios complementarios de diversos especialistas en un marco de estudio de ámbitos más colectivos. La interdisciplinarietà implica una voluntad, un compromiso de elaborar un marco más general en el que cada una de las disciplinas en contacto son a la vez modificadas y pasan a depender claramente unas de otras. Aquí se establece una interacción entre dos o más disciplinas lo que dará como resultado una intercomunicación y un enriquecimiento recíproco y en consecuencia, una transformación de sus metodologías de investigación, una modificación de conceptos, de terminologías fundamentales, etc.

- La *transdisciplinariedad* es un concepto que asume la prioridad de una trascendencia, de una modalidad de relación entre las disciplinas que las supere. Es el nivel superior de interdisciplinariedad, de coordinación, donde desaparecen los límites entre las diversas disciplinas y se constituye un sistema total que sobrepasa el plano de las relaciones e interacciones entre las disciplinas. La cooperación es tal que puede hablarse ya de la aparición de una nueva macrodisciplina. La integración aquí se da dentro de un sistema omnicomprendivo, en la persecución de unos objetivos comunes y de un ideal de unificación epistemológico y cultural.

Fundamentos de la interdisciplinariedad en la ciencia:

Según las ideas de Menéndez Osorio¹⁵ en 1997, los fundamentos son:

- *Fundamentos ontológicos*, derivado del propio desarrollo específico y de la necesidad de determinar las formas objetivas de la unidad del mundo. Una necesidad de estudiar la unidad ontológica específicamente interdisciplinar de la ciencia y de las relaciones interdisciplinarias de los diferentes campos de la realidad.

Estos fundamentos ontológicos interdisciplinares no se limiten a las leyes del funcionamiento de la realidad natural, sino que abarcan la realidad social y la relación objetiva que une sociedad y naturaleza. Esta interdisciplinariedad que se revela en los descubrimientos científicos, también alcanza a la actividad social y lo que implica el dominar la realidad. De aquí la necesidad de desarrollar las

¹⁵ Menéndez Osorio, F.: "Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en el modelo de trabajo comunitario y en equipo, en la atención temprana". Revista "Rehabilitación" de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Volumen 31. Fascículo 6, Pág. 500, 501. Grupo Masson. Ed. Garsi. Madrid, 1997.

interacciones entre las ciencias naturales, técnicas y humanas en el trabajo interdisciplinario.

- *Fundamentos sociales*, que vienen determinados por la:
 - Integración creciente de la vida social, lo que supone una ligazón cada vez mayor entre los procesos de la producción, de la economía, de la política, de la cultura y de la técnica.
 - Socialización de la naturaleza, propia a la amplitud creciente de la actividad transformadora de la naturaleza por el hombre, de tal manera que las formas sociales de funcionamiento y desarrollo penetran cada vez más en la naturaleza, dando lugar a una socialización acelerada de esta, borrándose la diferencia entre “ciencias de la naturaleza” y ciencias del hombre”.
 - Internacionalización de la vida social, debida a la cooperación y globalización de los avances científicos y los intercambios que ahora son a nivel planetario, dejando atrás los templos cerrados endogámicos y dando paso a los intercambios de conocimientos y a la internacionalización de la ciencia.
- *Fundamentos epistemológicos*, que toman su sentido de la:
 - Unidad epistemológica de los campos de estudio de las disciplinas. El hecho de que hoy en día el campo de estudio de las distintas ciencias se hace cada vez más abstracto, constituye uno de los fundamentos epistémicos para el reforzamiento de la interdisciplinariedad. Esta abstracción de las estructuras de los campos disciplinarios permite establecer las diferencias y afinidades de las estructuras pudiendo hacer posible la aplicación de los conocimientos y desarrollos de unas ciencias

a otras. El modelo abstracto que le es propio a cada campo permite rasgos cada vez más comunes de sus estructuras “blandas”.

- Independencia relativa del método en la estructura epistemológica de las disciplinas e intercambios posibles de los métodos de las disciplinas de unas a otras, gracias a la correspondencia de los métodos que se conjugan con la independencia propia de su campo específico. Esta relación es uno de los fundamentos precisamente de la interdisciplinariedad.
- Unidad creciente del funcionamiento epistémicos de la ciencia: dado que en el estudio actual del desarrollo científico, las disciplinas adquieren una similitud cada vez mayor de funcionamiento, en tanto utilizan procedimientos metodológicos e instrumentos similares, para aplicar en sus campos específicos. Se ve como diferentes ramas científicas utilizan procedimientos metodológicos e hipótesis teóricas, verificaciones, etcétera, que siendo patrimonio de alguna de ellas, hoy trasvasan y utilizan indistintamente en uno u otros campos.

Interdisciplinariedad en la salud ¿Una propuesta superadora?

En nuestra cultura, todavía permanece fuertemente arraigada una concepción biologista de la salud, consecuencia de varios siglos de reduccionismo mecanicista. Este modelo, de corte monocausal, entiende a los problemas de la salud a partir de la interacción agente – huésped. Define a la salud como la ausencia de enfermedad y concibe al cuerpo humano desde sus partes. Esta concepción de a poco va siendo desterrada por otra más integradora.

Durante el siglo XX producto de los grandes avances científicos, tecnológicos y sanitarios se produjo un abrupto incremento en la expectativa de vida. Las grandes

epidemias que durante siglos azotaron a la humanidad desaparecieron. Se incremento la natalidad por enfermedades no transmisibles.

Estos cambios generaron un replanteo acerca de los problemas de la salud produciéndose así el surgimiento de un nuevo modelo, el socio – ecológico. Esta concepción holística es de corte multicausal, es decir, tiene en cuenta los factores biológicos, las influencias del medio ambiente y el estilo de vida. Concibe al hombre como un ser bio – psico – social – espiritual. Considera a la salud como un proceso dinámico y como expresiones de la vida, ya que la muerte es la ausencia absoluta de patología.

Según Iván Illich: “La salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto sino de una reacción autónoma moldeada culturalmente ante la realidad creada. Socialmente designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, decrecer, madurar y envejecer, de curarse cuando uno está lesionado, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. La salud abarca también lo futuro y por lo tanto comprende la angustia y los recursos internos para vivir con ella.”¹⁶

La interdisciplinariedad surge con la concepción socio – ecológica, que cuestiona el reduccionismo de la hiperespecialización.

En el último siglo, la preservación de la salud y la atención del ser humano enfermo sufrieron profundas transformaciones.

El cuidado artesanal e individual fue desplazado por la tarea de equipos que se nutren de la biología, la psicología y las ciencias sociales para dar una respuesta. En estos tiempos de tecnocracia, surge la atomización espontánea del paciente.

El hombre es un ser social por naturaleza y tiende a asociarse para trabajar.

¹⁶ Illich Iván. Nêmesis médica. Ed. Planeta. 3ª edición. México, 1987.

“El fin principal de un equipo es alcanzar la sinergia, entendida como resultado del equipo, que trasciende y supera la simple suma de las aportaciones de sus componentes. La sinergia es un objetivo alcanzable, que solamente tiene posibilidad de aparecer cuando el interés por el resultado del equipo se combina con el apoyo mutuo y la confianza entre sus integrantes.”¹⁷

La interdisciplinariedad es una modalidad de trabajo que no requiere solo de un encuentro sumatorio de campos de saber. Es necesario que exista interacción y reciprocidad simétrica. Esta forma de relación implica complementariedad e interpretación de disciplinas.

Existe un defasaje entre lo que muchos teóricamente sostienen respecto al trabajo interdisciplinario y lo que realmente se realiza en la práctica. Esta modalidad de trabajo implica poder sostener espacios de diálogo. Donde lo convocarte sea aquello que interpela a la intervención, donde cada uno de los integrantes no pierda su singularidad sino que aporten desde una relación horizontal.

Requiere que los miembros programen juntos estrategias y objetivos dejando de lado el lugar de omnipotencia y poder. Trabajar en esta actitud significa correrse de los propios encuadres rígidos, sin renunciar a estos para encontrar un nuevo encuadre teórico que demande el paciente. Trabajar en equipo significa repensar la territorialidad de la práctica, reflexionando sobre el poder que otorga el saber articulado por las jerarquías profesionales.¹⁸

Esta modalidad de trabajo no admite disciplinas subordinadas o auxiliares.

Cada disciplina define su objeto de conocimiento y los términos de su problema,

¹⁷ Fundación Mapfre Medicina. “Daño cerebral traumático y calidad de vida”. Capítulo 20, Pág. 540, 541. Ed. Mapfre, S.A. 1ª edición. Madrid - España, 1996.

¹⁸ Las *jerarquías profesionales* son sostenidas tanto por quienes sustentan lugares de poder, ya sean personas o instituciones, como aquellos profesionales que en sus lugares de trabajo pasan a ser facilitadores de dichas jerarquías. El poder no es unidireccional, sólo verticalista. Es una red en la que intervienen factores institucionales, variables personales y de la situación particular que producen relaciones de fuerza, presentes en la práctica profesional cotidiana. Estas relaciones de fuerza son móviles, lo que hace que el poder no se convierta en algo rígido.

y a partir de allí, va a tener en cuenta un conjunto de datos que pueden ser incompatibles con los de otras disciplinas, produciéndose una disputa por plantear al propio como el problema legítimo, cuando en realidad hay muchos problemas entrelazados. Por otro lado, cada disciplina tiene sus áreas de competencia y pertinencia. Se deben respetar las fronteras y las áreas de competencia de cada uno de los integrantes. Así como también se debe respetar a los pacientes y las familias que presentan una postura construida acerca de salud y enfermedad.

Las posibilidades de la interdisciplina estarían dadas por un ir y venir de diferentes perspectivas generadas por posibilidades cognoscitivas y efectivas, lo que conduciría a la idea de poder tener actitudes y miradas descentradas para dar lugar a otras disciplinas.

La posibilidad de descentramiento tiene que ver con distintas variables, desde históricas, personales hasta institucionales y modelos formativos que nos han convencido de que el propio conocimiento es el que realmente vale.

Una mirada no centrada es una mirada contextual que tolera la diversidad y mira las diferencias.

Una forma de ejercicio de descentramiento es la desconstrucción de conceptos que implica retroceder en las formas en que se han construido y reconstruirlos o replantearlos.

Modelos de atención en rehabilitación infantil:

La *neurología*, es la rama de la medicina que se ocupa del estudio y del tratamiento del sistema nervioso.

Se entiende por *pediatría* a la rama del saber médica que concierne al niño, es decir, al ser en crecimiento y desarrollo considerado en todos sus aspectos.

El crecimiento implica un aumento exclusivamente físico, orgánico, somático. En cambio el desarrollo equivale a diferenciación y perfeccionamiento a nivel somato-psíquico, lo cual diferencia al niño del adulto. "El desarrollo es, por lo tanto, en cierto modo una progresiva equilibración, un perpetuo pasar de un estado de menor equilibrio a un estado de equilibrio superior"¹⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (1969) la *rehabilitación, aplicada a la discapacidad*, es el conjunto coordinado y combinado de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales destinadas a entrenar y reeducar al individuo para alcanzar el nivel más alto posible de habilidad funcional.

Según el Consejo Nacional de la Especialidad de Rehabilitación Española (1970), "se trata de la especialidad médica que estudia el diagnóstico, la evaluación, la prevención y el tratamiento de la discapacidad, encaminada a facilitar, mantener o devolver el máximo grado de capacidad funcional e independencia posible."²⁰

La *rehabilitación infantil*, entendida en su concepto más amplio, abarca cualquier tipo de actividad relacionada con la integración de los niños con discapacidad en su comunidad.

La neurorehabilitación en pediatría tiene por objetivo ofrecer una atención integral y especializada a niños con discapacidad física en función de su lesión neurológica.

Estas actividades pueden entenderse mejor si se agrupan dentro de diversos modelos que, aunque se realizan sobre las mismas personas y comparten un mismo fin, se basan en presupuestos diferentes y son realizados con enfoques distintos. En términos generales puede decirse que existen tres modelos básicos de rehabilitación: *el biomédico, el psico - pedagógico y el psico - social*. El biomédico considera que la

¹⁹ Jean Piaget: "Seis estudios de psicología". Ed. Seix Barral. 10ª edición. Barcelona, España, 1979.

²⁰ Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. "Estado actual de la rehabilitación". Ed. Garsi. Madrid, 1996.

discapacidad es una consecuencia de la enfermedad, y propone que la rehabilitación debe ser entendida como una parte del tratamiento que debe estar fundamentada en las ciencias médicas. El psico – pedagógico considera la discapacidad como un obstáculo en el proceso de aprendizaje que todos los niños deben seguir para llegar en igualdad de condiciones a la sociedad adulta. De esta manera, el niño discapacitado es una “persona con necesidades educativas especiales”. El modelo de servicios sociales (psico-social) se sitúa entre los dos anteriores, y toma elementos de ambos enfoques. Se preocupa tanto de los cuidados elementales que debe recibir un niño, como por aspectos más integradores en el ámbito social y laboral. Por este motivo se expresa a través de elementos institucionales que aún se debaten entre una perspectiva asilar o integradora.

Deberíamos mencionar también un modelo jurídico que, fundamentado en el principio de igualdad de oportunidades, centra su actuación en legislar para garantizar los principios, infraestructuras y actuaciones de los restantes modelos.

Por otra parte, es necesario resaltar que estos tres modelos de atención no sólo no son incompatibles, sino que en cierta forma son complementarios. Hay, de hecho, cierta cronología en la intervención de estos tres modelos sobre el niño incapacitado. En primer lugar, durante la fase de diagnóstico de la enfermedad que produce la incapacidad y durante los primeros momentos de su manifestación predomina el modelo médico, que generalmente perdura hasta la consecución (o la no-consecución) de las adquisiciones motrices más groseras. Más adelante, el modelo de atención pedagógico adquiere un predominio notable y una función definitiva sobre el proceso de integración.

El modelo de atención de servicios sociales probablemente cubra el espacio de tiempo que separa ambos momentos, las adquisiciones motrices groseras y el inicio de la actividad escolar.

Si bien la rehabilitación neurológica debe establecerse en las raíces profundas de la teoría biomédica, esta comparte con la psiquiatría la necesidad de explorar los factores psicosociales. Estos han sido difíciles de incorporar dentro del modelo médico de la rehabilitación.

La adaptación a la pérdida incluye un proceso de duelo (shock, negación, furia, tristeza y depresión), y dispara mecanismos de adaptación individual como la negación y compensación, que contribuyen en la base de la adaptación hacia una discapacidad. El proceso de ganar nuevas habilidades o recuperar habilidades perdidas desde hace mucho tiempo, especialmente cuando la persona ha hecho un ajuste satisfactorio o insatisfactorio a la pérdida, plantean retos psicosociales. Después de una enfermedad o un accidente que produce un deterioro se presenta un proceso de adaptación a la discapacidad. De cualquier modo después de la adaptación a la pérdida de la función, un programa de rehabilitación que produce un incremento en la habilidad también requiere de adaptación hacia un estatus relativo de no-discapacidad.

El rol del sistema familiar y el bagaje cultural son también influencias claves en el proceso de rehabilitación, el deseo de recuperación y el uso de la tecnología. Las actitudes y expectativas del personal terapéutico son también de gran importancia.

Lineamientos generales del tratamiento en la neurorehabilitación infantil:

Es primordial identificar lo antes posible, a los niños que están en situación de riesgo de padecer una deficiencia, una discapacidad o minusvalía que influya en su desarrollo.

Debido a la temática abordada en nuestro trabajo, no se puede dejar de citar la definición que estableció la O.M.S. (1980) acerca de estos tres conceptos:

- Deficiencia: es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Discapacidad: es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano
- Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita e impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, del sexo y de los factores sociales y culturales.

En el área de neurología pediátrica, ante la dimensión, variabilidad y complejidad de problemas es tal vez más evidente que en otras áreas, la necesidad de un equipo interdisciplinario como responsable de la evaluación, implementación y seguimiento de la propuesta terapéutica.

El equipo estará integrado para cada paciente, por distintos profesionales encargados de su asistencia: el médico neurólogo, el médico pediatra, el médico fisiatra, el psicólogo, el kinesiólogo, el terapeuta ocupacional, el fonaudiólogo, el técnico ortopédico, el enfermero especializado, el musicoterapeuta, además de otros procedimientos y técnicas de estimulación.

Según el médico rehabilitador Javier Cairo Antelo²¹, miembro de la unidad de rehabilitación infantil del hospital Teresa Herrera de La Coruña, las funciones específicas de los profesionales del equipo de neurorehabilitación son:

²¹ En el artículo: “Evolución de un servicio de rehabilitación infantil”. Revista “Rehabilitación” de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Volumen 31. Fascículo 6, Pág. 419, 420. Grupo Masson. Ed. Garsi. Madrid, 1997.

Médico fisiatra:

- Diagnóstico medico-funcional, valora al niño en situación de riesgo o que presente alguna deficiencia o discapacidad. Establece objetivos del tratamiento rehabilitador junto al resto del equipo, adaptando un programa de acuerdo al tratamiento evolutivo del niño.

Fisioterapeuta:

- Facilita el desarrollo motor del niño. Mantiene la movilidad articular y fuerza muscular. Vigila la calidad de la sedestación. Previene la aparición de afecciones osteomioarticulares. Adiestra en el uso de ayudas a la marcha y sillón de ruedas.

Terapeuta ocupacional:

- Estimula la autonomía del niño en las actividades de la vida diaria. Plantea juegos con interés didáctico. Enseña en el manejo de ayudas técnicas. Supervisa la realización del programa domiciliario. Aconseja modificaciones en el hogar. Colabora en la evaluación funcional (escalas y cuestionarios).

Logopeda:

- Enseña a la familia técnicas de alimentación. Estimula el prelenguaje. Asume el tratamiento de la afasia y la disartria. Evalúa la aplicación de sistemas de comunicación no verbal: gestual, aumentativa o con la ayuda de comunidores.

Técnico ortopédico:

- Responsable del diseño, fabricación y adaptación de ortesis y prótesis. Asesora a la familia y al niño sobre su uso y los cuidados necesarios. Colabora con el médico en la elección de sillas de ruedas,

bipedestadores, ayudas a la marcha y dispositivos para el tratamiento postural.

Trabajador social:

- Evalúa aspectos sociales como la situación de la familia, los recursos económicos y la coordinación con servicios extrahospitalarios. Facilita la integración del niño en la escuela. Colabora en el seguimiento del niño. Juega un papel importante en situaciones especiales (adopción, centros de acogida, conflictos legales, etcétera).

Médico pediatra:

- Controla la salud general del niño y el impacto de la enfermedad sobre el desarrollo. Trata las enfermedades asociadas o intercurrentes: epilepsia, infecciones, etc. Realiza el seguimiento de los niños de riesgo. Constituye el interlocutor natural con la familia.

Psicólogo:

- Valora las alteraciones cognitivas y conductuales. Ayuda a superar el impacto de la enfermedad en el niño y la familia. Evalúa y trata las situaciones de ansiedad, angustia, culpa y estrés. Facilita la integración escolar.

Enfermera de rehabilitación:

- Colabora en la educación de la familia y supervisa el plan de alta. Facilita la comunicación entre el resto de los miembros del equipo. Vigila el seguimiento del tratamiento médico. Proporciona soporte emocional al niño y a la familia.

Otros profesionales que pueden añadirse al trabajo en equipo aportando su experiencia para resolver problemas puntuales son los cirujanos ortopédicos

(tratamiento de contracturas articulares, corrección de alteraciones angulares o rotacionales, transferencias tendinosas, cirugía vertebral, etcétera), neurocirujanos (tratamiento de la espasticidad mediante rizotomía posterior, vigilancia de los sistemas derivativos para la hidrocefalia, evaluación de malformaciones cervicales, de la médula anclada, etcétera), urólogos (evaluación y tratamiento de la vejiga neurógena), oftalmólogos, otorrinolaringólogos, psicopedagogos, profesores de educación física, maestros especiales, supervisores de talleres, cuidadores escolares, personal de voluntariado, arquitectos, y otros que si bien no participan de forma regular y activa en la dinámica del grupo pueden completar de modo satisfactorio el tratamiento integral del niño.

La evaluación más ajustada del paciente nace del aporte conjunto de varias disciplinas que desde su especificidad concurren con sus aparatos conceptuales. Luego de esta evaluación, en un trabajo conjunto los especialistas proponen el plan de atención a seguir, según las deficiencias que el niño presenta. En el tratamiento debe incluirse siempre a la familia.

El programa terapéutico está dirigido a lograr en el niño mediante un tratamiento integral, intensivo y personalizado una mayor funcionalidad y una mejor calidad de vida.²² Los logros en la consecución de la calidad de vida son iguales para todas las personas, con discapacidad o sin ella, ya que toda persona tiene las mismas necesidades y deseos de filiación, sentido de valor y da importancia a poder elegir y tomar decisiones.

La responsabilidad del equipo de neurorehabilitación es lograr en cada paciente

²² El término *calidad de vida* refleja las condiciones deseadas por una persona en relación con su actividad cotidiana, ya sea en el hogar (actividades domésticas), familiar y social, sexual, trabajo, educación, ocio, etc. Esta expresión abarca componentes objetivos tales como niveles de vida, salud, educación, seguridad y ambiente próximo, pero principalmente es un concepto subjetivo, por estar relacionado con la percepción que tiene la persona sobre aspectos de la vida, características personales, sociales y culturales.

el mayor nivel de autonomía posible para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y de relación social, al mismo tiempo que entrenarlo en aquellas técnicas o habilidades que le permitan mantenerse saludablemente en el futuro.

El entrenamiento para la autonomía personal comprende las medidas rehabilitadoras dirigidas a reducir la necesidad de cuidados continuos, a posibilitar el autocuidado personal, a mejorar la movilidad y la capacidad de comunicación, a desarrollar destrezas motoras y habilidades sociales básicas, y a potenciar los conocimientos que le permitan al niño interactuar con su entorno físico y social.

Según el médico Juan Manuel Climent²³, especialista en Rehabilitación y Medicina Física del Hospital General Universitario de Alicante, los objetivos generales del tratamiento en rehabilitación infantil son:

- Disminución de la actividad motriz patológica.
- Adquisición de hitos neuromotrices.
- Estimulación de las funciones motrices recuperables
- Corrección de deformidades
- Estimulación de las funciones motrices útiles sustitutorias.
- Modificación de las anomalías mediante procedimientos médicos y quirúrgicos.
- Ayudas técnicas a funciones útiles.
- Sustitución de funciones dañadas mediante ayudas técnicas.
- Limitaciones de necesidades: control de entorno.

²³ En el artículo: “El modelo de atención médica en rehabilitación infantil”. Revista “Rehabilitación” de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Volumen 31. Fascículo 6, Pág. 409. Grupo Masson. Ed. Garsi. Madrid, 1997.

El sistema nervioso no responde a terapéuticas esporádicas. Las características de los procedimientos terapéuticos de neurorehabilitación se basan en el principio de la intensidad y la sistematicidad de los mismos.

La rehabilitación de un niño con una enfermedad prolongada o crónica comienza con el diagnóstico exacto del trastorno y la instauración de la apropiada asistencia médica; si embargo la asistencia debe considerar la totalidad del complejo familiar e implica el reconocimiento de la importancia de la interacción familiar que puede favorecer o dificultar la rehabilitación. La implicación pronóstica de la enfermedad para el futuro del niño debe formar parte del plan terapéutico desde el principio. En algunos casos puede ser relativamente fácil predecir el futuro, pero en otras situaciones puede ser muy difícil debido a la edad del niño o al curso variable o desconocido de la enfermedad. Por lo tanto, el tratamiento debe combinar la esperanza realista y, posiblemente, una sobreestimación del potencial de algunos con el fin de prevenir logros por debajo de lo previsto en otros. El pronóstico final dependerá en muchos casos, incluyendo la personalidad y el potencial intelectual del niño antes de la enfermedad, de la familia, los medios socio - ambientales y terapéuticos disponibles, así como de las secuelas físicas y emocionales del niño. La oportunidad de estar implicado en todos los aspectos de la asistencia de un niño durante un periodo a menudo prolongado, frustrante y engorroso de la vida constituye un privilegio, que comporta grandes dificultades para los profesionales interesados en estos problemas.

La rehabilitación debe comenzar inmediatamente, luego de realizado el diagnóstico temprano, es decir, desde el momento del nacimiento hasta los tres años. Así se asegura el pleno desarrollo de sus capacidades, a través de la rehabilitación funcional, la educación y la socialización que intervendrán en este periodo de plasticidad cerebral.

Las técnicas utilizadas serán encaminadas a la habilitación de funciones que por las diferentes deficiencias se encuentran disminuidas o faltan. Aquí la rehabilitación consistirá en la habilitación de funciones que normalmente deben ir haciendo su aparición según la cronología madurativa del niño.

En los primeros momentos se realizará una evaluación de la deficiencia dentro de lo posible pero, sea cual fuere, se comenzará a hacer hincapié en el vínculo madre-hijo, siendo aquí la madre su terapeuta máspreciado. Se le enseñará también a ella las técnicas que deberán acompañar el crecimiento del niño.

El desarrollo neurológico (reflejos, tono muscular, postura, marcha etc.), las sensaciones y percepciones y el lenguaje serán los que de acuerdo a su evolución brinden información acerca de la maduración del paciente.

Se sabe que el pronóstico del niño con deficiencia que ha recibido tratamiento de estimulación es muy favorable a pesar del diagnóstico, ya que la intervención temprana hace que se le faciliten los medios para un crecimiento bio – psico – social lo más normalizado posible.

La mayoría de las veces las deficiencias no se presentan solas sino asociadas, como puede ser los casos de parálisis cerebral y retraso mental o parálisis cerebral y trastornos psiquiátricos y trastornos sensoriales o multidiscapacidades.

Los métodos y técnicas de tratamiento de rehabilitación difieren entre sí, ya que existe para cada deficiencia o discapacidad un plan específico y adecuado a la necesidad de cada niño. Estos planes de tratamiento se harán basados no sólo en la historia de la deficiencia, sino en la historia funcional de cada niño, historia familiar, funcionalidad en las actividades de la vida diaria, historia social, la vivienda, los traslados, etc.

La kinesiología en neurología pediátrica:

La kinesiología es la disciplina del área de la salud que interviene en la profilaxis, conservación, y tratamiento de la capacidad física de las personas.

Las incumbencias del ejercicio profesional de la kinesiología permiten realizar las actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud de las personas. En todos estos casos puede atenderse a personas sanas o enfermas, siendo estas últimas derivadas por profesionales médicos. Así mismo será considerado ejercicio profesional, la docencia, investigación, planificación, dirección, administración, evaluación, asesoramiento, auditoría sobre temas de su incumbencia.

Para cumplir con las actividades del ejercicio profesional de la kinesiología se aplican tres pilares:

- *Kinesiterapia:*

Se entiende como tal, la administración de masaje terapéutico, vibración, percusión, movilización, manipulación, técnicas de relajación, tracciones, reeducación motriz y psicomotriz, gimnasia terapéutica, reeducación respiratoria, reeducación cardiovascular, la aplicación de técnicas evaluativas funcionales, y de cualquier otro tipo de movimiento metodizado, manual, o instrumental que tenga finalidad terapéutica.

- *Fisioterapia:*

Se entiende como tal a la aplicación de agentes físicos tales como rayos infrarrojos, ultravioletas y láser, horno Bier, onda corta, microondas, ultrasonido, corrientes galvánicas, farádicas, iontoforesis, presoterapia, hidroterapia, baños de parafina, talasoterapia, humidificación y nebulizaciones (comunes o ultrasónicas), presiones positivas y negativas,

aspiraciones, instilaciones y todo otro agente físico reconocido que tenga finalidad terapéutica.

- *Kinefilaxia:*

Se entiende como tal, el masaje y la gimnasia higiénica y estética, los juegos, deportes y atletismo, entrenamiento deportivo, exámenes kinésicos funcionales, y todo tipo de movimiento metodizado, con o sin aparatos, de finalidad estética o higiénica en establecimiento públicos o privados integrando gabinetes de educación física en establecimientos educativos y laborales.

Cuando un niño sufre una enfermedad del sistema nervioso puede desencadenar un deterioro de la función. Tanto los factores genéticos, como los ambientales influyen en el desarrollo del sistema nervioso central del niño.

Los mecanismos reflejos posturales junto con la alteración del tono muscular son los principales obstáculos para la ejecución de los movimientos funcionales por parte del niño con patología neurológica central.

El kinesiólogo es uno de los actores principales en la atención temprana. Esta comprende el conjunto de medidas puestas al servicio del niño, de su familia y de su entorno con la finalidad de garantizar y potenciar al máximo las capacidades físicas, sensoriales, psíquicas y sociales del niño en los primeros años de su vida.

El fundamento del trabajo en la atención temprana está basado en la plasticidad cerebral. Las células nerviosas crecen por encima de su tamaño durante el desarrollo. Entre ellas se forma un alto número de conexiones llamadas sinapsis. En el desarrollo posterior, las conexiones funcionalmente adecuadas son conservadas como resultado de una actividad cerebral originada por la experiencia, mientras que otras van deteriorándose.

Es necesario que el kinesiólogo que trabaja en el campo pediátrico sea conciente de la naturaleza del crecimiento y el desarrollo del niño, lo que hace imprescindible que el planteamiento del problema no sea el mismo que para pacientes adultos cuyo desarrollo físico ha concluido. Dicho profesional deberá considerar la importancia de la interrelación e interferencia entre lo corporal – motriz, lo familiar y la adquisición del lenguaje verbal. El niño comienza a adquirir una real ganancia de palabras en el momento que logra un buen equilibrio, es decir alrededor del año y medio. Este hecho no es casual, sino que responde al conjunto de la evolución psicogenética, que el lenguaje como conducta simbólica aparezca en el momento evolutivo en que el niño deba aceptar el desprendimiento concreto de su madre. Este acceso a lo simbólico es también lo que le permite reconocerse al niño como diferente y separado de su madre.

Por lo tanto es prioritario ver al niño como una entidad bio – psico – social con sus características propias que lo diferencian del adulto y desde esta visión se deben hacer los planteamientos rehabilitadores. Un programa sistematizado, impuesto pasivamente, que no se construya con la participación activa del paciente y su grupo familiar tendrá serias limitaciones.

Para Yves Xhardez: “Algunas de las indicaciones de psicomotricidad o reeducación psicomotriz en pacientes neurológicos son: parálisis cerebral, encefalopatías crónicas, meningitis o síndrome meníngeo, retrasados y débiles mentales, deficiencias motoras y mentales asociadas, discapacidades múltiples y asociadas y afecciones medulares, trastornos periféricos (parálisis obstétrica del plexo braquial, inadaptación muscular, miopatías)”²⁴

Dicha terapia también podrá ser empleada en otras enfermedades como: ataxia, espina bífida, mielomeningocele, enfermedad de werdning - hofemam, tortícolis

²⁴ Xhardez, Yves: “Vademécum de kinesioterapia y de reeducación funcional: técnicas, patología e indicaciones de tratamiento”. Ed. El Ateneo. 4ª edición revisada y actualizada. Buenos Aires - Argentina, 2002

congénita, síndrome de Klippel Fleil, hidrocefalia, malformación de Arnold Chiari, siringomielia y síndrome de la médula anclada.

La labor del kinesiólogo perseguirá los siguientes objetivos:

- Facilitar el desarrollo motor del niño.
- Mantener la movilidad articular y fuerza muscular.
- Prevenir la aparición de complicaciones osteoarticulares.
- Adiestrar en el uso de elementos ortésicos.
- Prevenir la atrofia muscular.
- Promover el aprendizaje de nuevas habilidades y capacidades físicas perdidas o no desarrolladas.
- Entrenar las destrezas.
- Prevenir posibles retracciones y deformidades.
- Entrenar en las actividades de la vida diaria
- Asesorar a la familia sobre las posturas que el niño debe adoptar.

El fin último que se persigue con el tratamiento es lograr una buena comunicación e integración de su entorno familiar, escolar y social.

“El fisioterapeuta que trata niños debe interesarse personalmente por la vida familiar que llevan. Los padres del niño deberán estar presentes durante el tratamiento si es posible, cosa que tranquilizará al paciente y permitirá asegurarse que en casa existirá una continuidad del tratamiento.”²⁵

El fisioterapeuta instruirá a los padres, maestros o a la persona que se encuentre a cargo del niño sobre el manejo adecuado de éste. La colaboración de los mismos es

²⁵ Shepherd, Roberta: “Fisioterapia en pediatría”. Ed. Salvat. Capítulo 1, Pág. 5. 1ª edición. Barcelona – España, 1979.

necesaria para manejar de manera correcta al niño a lo largo de todo el día, para realizar ejercicios específicos o manipulaciones, aplicar algún tipo de férula, utilizar aparatos especiales, juguetes correctores, calzados y cualquier otro tipo de sugerencia por parte del fisioterapeuta.

El tratamiento del niño disminuido no deberá crear una familia disminuida ni someterla a una gran tensión.

El kinesiólogo podrá emplear diferentes técnicas en distintas etapas de la vida de los niños con anomalías en respuestas motoras y evolución definitiva todavía incierta. Durante la primera infancia la acción corporal es fuente de todo conocimiento.

Las técnicas adoptadas en pediatría deben adaptarse a la edad mental y física del paciente. Se debe tener en cuenta que el niño necesita un esmerado y permanente cuidado, en especial los recién nacidos quienes no pueden expresarse por medio del lenguaje cuando se los provoca con una determinada terapéutica, daño o reacciones inadecuadas.

Entre los diferentes métodos utilizados por el kinesiólogo podemos citar:

- Método Feldenkrais.
- Vojta.
- Bobath.
- Perfetti Salvini.
- Hidroterapia.
- Equinoterapia.
- Facilitación neuromuscular propioceptiva.
- Peto.

El espacio que se disponga para realizar dicho trabajo deberá reunir un mínimo de condiciones físicas indispensables como: amplitud, ventilación, buena iluminación.

Debe ser higiénico y sobre todo alegre. También pueden diseñarse estímulos visuales no excesivos en las paredes.

Es necesario considerar importante en el desarrollo del niño tres factores que están en correlación constante: el niño, los otros y el mundo de los objetos. Todas las relaciones entre dichos factores tienen una repercusión negativa o positiva sobre el *Yo* del niño y se traduce en forma visible en la evolución del esquema corporal²⁶ y en el comportamiento psicomotor. Las acciones del kinesiólogo sobre el cuerpo, las acciones de los demás sobre éste y el escozor provocado por las funciones del mismo, son agentes importantes para la estructuración definitiva de la imagen corporal. “El espacio cuerpo es un microcosmos: deshabitado para algunos, consecuencia de la gran dicotomía cuerpo – mente que signó durante siglos a nuestra cultura; poblado de fantasmales mandatos para otros; encarnadura de los deseos parentales y sociales; resultado de las experiencias vividas y plasmadas en él”.²⁷ Los profesionales del cuerpo deben dejar de considerarlo como un “espacio que sirve para”, un espacio objeto, para comenzar a reconocerlo como un “espacio que es”.

Ante una enfermedad o discapacidad, el impacto que se produce, quiebra, en la fantasía y en la realidad, la continuidad representativa del esquema corporal. El niño no puede moverse, no puede caminar, tiene dificultades para incorporarse...

La enfermedad y la discapacidad aparecen como una amenaza sobre la

²⁶ El *esquema corporal* es aquella representación que el individuo se forma mentalmente de su propio cuerpo, es decir la forma que este se le aparece. Es la imagen tridimensional que toda persona tiene de sí misma. No es una mera sensación e imaginación, sino una apariencia propia del cuerpo. Implica también que, aunque proviene de los sentidos, no es una mera percepción. Hay en ella cuadros y representaciones mentales pero tampoco es una simple representación.

La representación del cuerpo es un organizador que permite localizar nuevas experiencias provenientes tanto del propio cuerpo, como del mundo externo, a la vez que sufre modificaciones a partir de cada una de estas experiencias y de los estados emocionales en ella inherentes, surgiendo vivencias en las que el cuerpo (su imagen) cambia, se agranda, se achica, se desmorona, se rehace, se desconoce.

La relación del hombre con su propio cuerpo es la más arcaica, precede al acceso a la palabra, y a las experiencias que la cimentan escapan de este modo a ese proceso de simbolización, pero permanece en el inconsciente del sujeto y afectará y coloreará todas las experiencias relacionales ulteriores.

²⁷ Szware, Liliana y otros: Taller de Kinesiología. “Cuerpo. Espacio expresivo: Interrelación entre lo corporal motriz y familiar”. Revista “Claves en psicoanálisis y medicina. Hacia la interdisciplina”. Año 3. Número 5, Pág. 10, 11. Argentina, 1993.

autovaloración que se tiene del propio cuerpo. Son los ejercicios, el tocar sobre la zona afectada los que marcan una de las líneas que llevan al reestablecimiento de la integridad corporal. De ahí que en el accionar del profesional estén implicadas cuestiones que están más allá de lo estrictamente técnico. El accionar terapéuticamente sobre el cuerpo del otro no se limita únicamente a una técnica específica de acción, sino que va acompañado de toda una serie de afectos y sensaciones concientes e inconscientes. Los aspectos concientes de este vínculo están ligados al *Yo* del paciente y del kinesiólogo y son los que permiten que se forme una alianza de trabajo adecuada.

El kinesiólogo debe lograr que el cuerpo no sentido, dividido, descubra al mundo y al otro para convertirse gradualmente en cuerpo propio.

El funcionamiento de esta relación dependerá de varias condiciones: del paciente (su edad, su patología, grado de recuperación, y estructura caracterológica) y dependerá también del kinesiólogo quien más allá de los aportes específicamente científicos, se está poniendo en juego él como persona en esta relación.

El contacto empático manifiesto y la calidez, la capacidad de comprender lo que el paciente expresa, no solo desde su significado como patología corporal sino desde ese otro lugar de registro que es el sufrimiento al nivel de angustia, es parte de la relación de trabajo.

La relación del kinesiólogo con el niño, ante todo, está signada por un vínculo, ésta es una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto y su mutua interrelación con procesos de comunicación y aprendizaje. Esta estructura no es lineal, el objeto de la práctica (niño) y el sujeto (kinesiólogo) interactúan realimentándose mutuamente. Por el vínculo entre el kinesiólogo y el niño circula la enfermedad, la cual va más allá del diagnóstico y del padecimiento en sí mismos. Intervienen dentro de esta relación elementos del área corporal y del área psíquica, siendo los mismos concientes o inconscientes.

El profesional kinesiólogo puede desempeñarse de dos maneras: obedeciendo al rótulo que da el diagnóstico con el cual el paciente es derivado y aplicando técnicas ortodoxas o poniéndose al lado del paciente, escuchando su lenguaje corporal, mirándolo, venciendo la propia omnipotencia y comprendiendo la importancia del trabajo intradisciplinario e interdisciplinario, dando espacio a los otros, ya que las patologías nunca son unidireccionales, sino que comprometen a todas las áreas del ser y *el ser es muy extenso.*

LA TEMÁTICA CENTRAL

El discurso que sostienen los profesionales del equipo interdisciplinario del área de neurología pediátrica en torno a la interdisciplinariedad y el lugar que ocupa el kinesiólogo dentro del mismo.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Obtener información acerca de la concepción que los profesionales mantienen sobre la interdisciplina y poder determinar el lugar que el kinesiólogo ocupa en el equipo interdisciplinario de neurorehabilitación infantil.

Objetivos específicos:

- Indagar a los profesionales acerca del conocimiento que tienen de los términos “multidisciplina”, “interdisciplina” y “transdisciplina”.
- Conocer qué objetivo se persigue con el trabajo interdisciplinario en neurología pediátrica.
- Comprobar si en la formación académica de los profesionales se abordaron los fundamentos de la interdisciplina.
- Averiguar si los profesionales consideran indispensables ciertas disciplinas dentro del equipo y si la kinesiólogía se encuentra dentro de éstas.
- Identificar cuáles son las limitaciones que se presentan en el momento de trabajar interdisciplinariamente.
- Averiguar si los especialistas que abordan niños con trastornos neurológicos conocen el campo de acción del kinesiólogo en la neurología pediátrica.

- Conocer la opinión de los kinesiólogos con respecto al reconocimiento que los demás profesionales tienen sobre la kinesiología.

HIPÓTESIS

A partir de la irrupción de la interdisciplinariedad en los diferentes campos del saber durante la década del setenta, debido a las falencias y/o fracasos que el *saber no integrado* trajo aparejado, es que este debate entra en las universidades y en distintos ámbitos de las ciencias.

Nosotros planteamos en este trabajo de investigación las siguientes hipótesis:

- A treinta años de su nacimiento, la interdisciplinariedad es hoy en la neurología pediátrica, más un discurso no demasiado convincente de profesionales que “dicen” trabajar interdisciplinariamente, que una auténtica práctica de sólido encuadre teórico.

- El kinesiólogo habita un lugar de relevancia en los equipos que intentan trabajar interdisciplinariamente en el área de neurología pediátrica.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Tipo de estudio:

El presente trabajo constituyó una investigación de campo, siendo el objeto de estudio el discurso que los profesionales mantienen en torno a la interdisciplinariedad y el lugar que se le da al kinesiólogo dentro del equipo interdisciplinario de neurorehabilitación infantil. Para llevar adelante esta investigación se requirió de la utilización de material bibliográfico (libros de texto, revistas, monografías, publicaciones y material de cátedra), dando lugar a la confección de un diseño de tipo encuesta de carácter cualitativo para la obtención de referencias más precisas y acordes a la problemática planteada.

Población:

Profesionales que se desempeñan en equipos interdisciplinarios en el área de neurología pediátrica en instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Rosario.

Muestra:

Se tomaron 25 profesionales que conforman equipos interdisciplinarios en el área de neurología pediátrica de la ciudad de Rosario. La muestra está integrada por seis kinesiólogos, cinco médicos, cinco psicólogos, cuatro fonaudiólogos, dos terapeutas ocupacionales, un maestro especial, un musicoterapeuta y un psicopedagogo.

Instrumento:

Un modelo de entrevista comprende un cuestionario de seis preguntas para los kinesiólogos que se desempeñan en equipos interdisciplinarios en el área de neurología pediátrica. El otro prototipo comprende un cuestionario de siete preguntas para los demás profesionales integrantes de dicho grupo. Para mayor información se adjunta al presente una copia de cada modelo en *anexos*.

Área de estudio:

Se realizó en diferentes instituciones destinadas a la rehabilitación de niños con alteraciones neurológicas. Se llevó a cabo en centros de día, centros con orientación pedagógica, clínicas y establecimientos terapéuticos.

DESARROLLO (Resultados y Comentarios)

Análisis de las entrevistas realizadas a profesionales que integran equipos interdisciplinarios en el área de neurología pediátrica:

Como resultado del análisis y la reflexión de los datos proporcionados por las entrevistas efectuadas a diversos profesionales, quedan reflejados diferentes puntos de vista con similitudes y discrepancias, los cuales dejaremos en evidencia en el presente trabajo de investigación.

Creemos necesario tener en cuenta la seducción que imponen ciertas palabras como ocurre con el término *interdisciplinariedad*, motivo que nos convoca en esta tesis.

En el momento de intentar definir lo que se entiende por el concepto de interdisciplina, se puso de manifiesto la confusión y el vaciado de contenido que trae aparejado dicho término, a consecuencia de su uso indiscriminado.

En la mayoría de las respuestas notamos que hay una utilización ambigua y polisémica de la palabra (más propia del campo de la literatura que de la ciencia), en el sentido de plantearla como un mero encuentro entre diferentes disciplinas ante un mismo problema, y no como una auténtica interrelación entre las mismas. En algunos casos, si bien es indiscutible que existen algunas relaciones entre las disciplinas, pudimos notar que resultan insuficientes para constituir un verdadero *trabajo interdisciplinario*.

Desde nuestro criterio de estudiantes, descubrimos detrás de las respuestas de muchos profesionales, la idea de concebir a la interdisciplina como una yuxtaposición de actuaciones o una mera suma de saberes.

Este grupo representado por el número de 17 entrevistados (cinco kinesiólogos, cuatro médicos, cuatro fonaudiólogas, una psicóloga, una psicopedagoga, una terapeuta

ocupacional y una maestra especial) constituyó el 68% del total.

Cabe mencionar el caso de una maestra especial, integrante de un Centro de Día con orientación pedagógica, que se negó a participar de la entrevista por considerarse neófita en el tema, argumentando un déficit en su formación académica.

Sólo el 32% de los indagados (cuatro psicólogos, un kinesiólogo, un médico, una terapeuta ocupacional y una musicoterapeuta), pertenecientes a distintas instituciones, mostró más idoneidad en el abordaje de esta temática.

Esto demuestra que aquellos que poseen una formación social y humanística sólida dan explicaciones más convincentes que los profesionales que tienen una formación con fuerte tendencia biológica, como es el caso de los médicos, kinesiólogos y fonaudiólogos.

Este grupo minoritario de entrevistados, al considerar los aspectos sustanciales que abarca este concepto, puso énfasis en que debe existir un intercambio recíproco de conocimientos y mutuo enriquecimiento entre disciplinas. Otra idea en la que ellos coincidieron es que debe basarse en un discurso común encaminado hacia un mismo objetivo: una genuina integración disciplinaria. También, en que deben salirse de sus encuadres teóricos rígidos, lo que varios consideraron una tarea difícil de llevar a cabo, porque significa “dejar de lado más de una vez la quinta propia”.

Nos resultó interesante plasmar las ideas expresadas por una experimentada musicoterapeuta: “La interdisciplina es la posibilidad de interaccionar con otros profesionales con formación distinta de la mía, en lo que a campos del conocimiento se refiere y que utilizan conceptos, métodos y términos propios de su disciplina. Esto no debe ser obstáculo en el intercambio, en la tarea misma, cuando hay disposición de todos (me incluyo) y deseos de trabajar con un objetivo en común.

En esta institución todos trabajamos con los mismos casos, entre todos tratamos

de aunar criterios a la hora de hablar de un plan de tratamiento...”.

Y concluye: “La interdisciplina no se aprende, ni se enseña, se vive. Se va construyendo, no se puede imponer. Tampoco uno resuelve y dice un día: voy a trabajar interdisciplinariamente. También entiendo que es una experiencia importante y siempre en continuo crecimiento”.

En cuanto a los objetivos que se persiguen con el trabajo interdisciplinario, todos coincidieron en el logro del abordaje integral del niño. Algunos destacaron llegar a la funcionalidad máxima posible, mientras que otros plantearon como objetivo primordial mejorar la calidad de vida del paciente.

Respecto de la multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina existieron inconvenientes para discernir entre estas concepciones epistemológicas con sus consecuentes modalidades de trabajo.

Los pocos que transmitieron una definición aceptable de la interdisciplina, fueron los que pudieron establecer aspectos distintivos entre ésta y la multidisciplina.

El argumento fundamental que tuvieron en cuenta para esta diferenciación fue que esta última se basa en que cada especialista dé una respuesta desde su propio conocimiento, dirigida hacia un mismo objetivo. Mientras que la interdisciplina es una tarea de cooperación e interacción entre disciplinas para la creación de “un saber” más amplio, capaz de traspasar los límites disciplinares.

Tres de los profesionales consultados destacaron un aspecto de relevancia a la hora de diferenciar ambos conceptos. Aludieron a que en el modelo multidisciplinario se establecen relaciones de “tipo vertical” entre los implicados, ya que el médico fisiatra es quien dirige el grupo. En tanto que en el modelo interdisciplinario se instala una relación de “tipo horizontal” donde todos comparten la responsabilidad y autoridad.

Existen ciertos puntos que nos parecen importantes destacar al hablar de las

diferencias entre la interdisciplina y la multidisciplina. En la primera, los objetivos y los lineamientos generales del tratamiento son trazados en forma grupal. Los integrantes no sólo deben “dominar” su especialidad, sino también mostrar interés y participación, involucrándose en la disciplina de los demás. En la segunda, los objetivos y los lineamientos generales son planificados por el médico fisiatra, quien ocupa el lugar de director y coordinador del grupo terapéutico, quedando para el resto de los profesionales sólo el diseño de los objetivos parciales de sus propias disciplinas.

Aquellos que no pudieron dar una definición fehaciente de la palabra interdisciplina, sin duda tampoco han podido establecer una diferenciación entre ésta y las otras dos modalidades terapéuticas.

Dentro de los ocho entrevistados que lograron entablar diferencias entre la interdisciplina y la multidisciplina, sólo cinco pudieron discernir con solidez entre los tres conceptos. Esto evidencia una gran carencia conceptual de los veinte restantes con respecto a la transdisciplina.

Como aspectos distintivos entre la transdisciplina con las demás modalidades terapéuticas, predominó la idea de que es un nivel mayor de integración, donde se borran las fronteras disciplinarias, estableciéndose así, un sistema único.

Nos pareció interesante ver de qué modo la interdisciplina estuvo presente en la formación académica de aquellos profesionales que hoy integran equipos interdisciplinarios. Creemos de fundamental importancia que esta formación con conocimientos y experiencias que involucren la globalidad y atenten contra la fragmentación del saber, encuentre recepción en los actuales planes de estudio y espacios curriculares de las universidades. Se hace necesario fomentar el interés y la motivación de los alumnos para relacionarse con otras disciplinas, a través de la teoría y práctica que esta modalidad requiere. Estos deberían constituir los cimientos para

quienes deban adoptar este criterio terapéutico en el futuro desempeño profesional.

El número total de médicos indagados coincidió en que en su época de estudiantes no fue incluida esta temática en casi la totalidad de las materias dictadas. Nos expresaron que al concluir sus carreras universitarias notaron falencias con respecto a los fundamentos de la interdisciplina, y sobre el conocimiento acerca del desempeño de otros profesionales, con quienes podrían integrar un equipo; siendo éstos, requisitos indispensables para llevar a cabo esta práctica.

Los kinesiólogos y fonaudiólogos manifestaron haber recibido apenas un acercamiento a esta temática. A su vez, revelaron la necesidad de profundizar sobre su marco teórico.

Para poder desarrollar el intercambio interdisciplinar dentro de un equipo de salud, se hace indispensable la experiencia en el mismo. Para esto se debe brindar al estudiante durante su formación, las herramientas para relacionarse con otras disciplinas. Un kinesiólogo destacó la idea de implementar una practica hospitalaria integradora junto con estudiantes de otras carreras, a fin de formar profesionales con una visión holística. Además señaló que esto sería una vía de acceso a la práctica interdisciplinaria.

Los profesionales entrevistados de fuerte formación humanística: psicólogos, terapeutas ocupacionales, psicopedagoga y musicoterapeuta, si bien son los que recibieron un mayor aporte interdisciplinario, declararon, sin embargo, tener una preparación insuficiente para interactuar con disciplinas de tendencia biológica a la hora de trabajar interdisciplinariamente.

La maestra especial en su interesante relato nos dijo que existió un vacío total de contenido en su currícula académica y como en el caso de otros profesionales interrogados, la información que posee sobre la interdisciplinaria, se debe a la

conurrencia de talleres y seminarios.

Ante la pregunta sobre cuáles son las disciplinas consideradas indispensables en el abordaje del niño con trastornos neurológicos, la mayoría señaló que esto va a depender de las áreas que se encuentren afectadas: sensorial, motora, comunicación y lenguaje, cognitiva y social, en la instancia de la evaluación inicial.

Concordaron en que el equipo terapéutico deberá estar formado por un grupo básico de especialistas y por integrantes esporádicos, que aporten sus conocimientos para resolver problemas puntuales.

Varios resaltaron que no hay disciplinas “superiores” a otras y que algunas se vuelven indispensables en neurología pediátrica, aunque el rol que éstas deberán asumir va a depender de cada caso. Casi nadie pudo escapar a la valoración de su profesión como imprescindible.

También estuvieron de acuerdo en que las áreas se encuentran muy interrelacionadas y al tratar una de ellas se puede favorecer a las demás.

En muchos casos una lesión cerebral, además de afectar lo motriz, produce un retraso en las adquisiciones cognitivas. A la inversa, en el caso donde el diagnóstico sea de retardo mental, suele presentarse un déficit en las adquisiciones motoras. Por este motivo, dieciocho de los entrevistados coincidieron en que la kinesiología como disciplina es necesaria en todos los casos, aunque ocupa un lugar primordial en aquellos donde la afección motora sea preponderante.

Algunos defendieron la postura de restringir la cantidad de adultos que traten al niño, a fin de evitar un “manoseo” excesivo sobre él. Esto se hace primordial para facilitar el establecimiento de códigos entre el pequeño paciente y su terapeuta, y enriquecer así este vínculo.

Elsa Coriat, en su libro *“Psicoanálisis de bebés y niños pequeños”*, dice: “...Si

uno se dejara guiar por la necesidad de reparar cada una de las áreas deficitarias, solicitaría de inmediato la intervención de un kinesiólogo para que se ocupe de lo motriz, de una fonaudióloga para que intervenga sobre la comunicación y el lenguaje, de una psicopedagoga o de una terapeuta ocupacional para trabajar la relación cognitiva con los objetos, etcétera. Y no nos olvidemos de convocar a un psicólogo para trabajar la conflictuada relación de los padres con el niño, ni del neurólogo, para el problema específico, ni de las consultas habituales con el pediatra, ni de los sistemáticos estudios metabólicos o electroencefalográficos que la patología podría requerir.

Si cada uno de los profesionales mencionados va ocupando un lugar al lado de la cuna del bebé; convendrán conmigo que la escena comienza a tornarse siniestra”.

Y sugiere: “Nuestra manera de solucionarlo es proponer un tratamiento a cargo de un único terapeuta especialista en estimulación temprana, en el seno de un equipo interdisciplinario.

Los padres y su hijo se ven semanalmente con un único profesional, pero consideramos la estimulación temprana, en sí misma, una nueva disciplina, formada con el concurso curricular de varias otras - neurología, psicología evolutiva, psicomotricidad, kinesiología, lenguaje, fonaudiología, psicopedagogía, puericultura y... psicoanálisis -. Ninguna de todas ellas agota por sí sola aquello que un especialista en estimulación temprana necesita saber para hacerse cargo del tratamiento de un niño, pero tampoco quiere decir que sea necesario que alguien reúna todos esos títulos para hacerlo”.

En el momento de hacer referencia a las limitaciones que se presentan cuando se trabaja interdisciplinariamente, casi todos hicieron mención a cuestiones que son parte de la complejidad de las relaciones humanas.

Con respecto a esto, se dejó entrever que la necesidad de protagonismo y poder, la intolerancia al otro y la expresión descontrolada del narcisismo, afloran inevitablemente cuando se trabaja en equipo.

Si nos basamos en la teoría de Pichon Riviere que sostiene que los procesos de comunicación que se dan en todo grupo, pueden favorecer o menoscabar la calidad de los vínculos entre los sujetos, se concluye en que la relación con los otros es sostén del psiquismo, por lo tanto si estos vínculos son buenos producirán un aprendizaje en los sujetos de las diferentes situaciones y esto facilitará a que la práctica interdisciplinaria pueda ser efectiva.

Apareció el conflicto clásico entre médicos y psicólogos, donde dos discursos de gran peso teórico entran en puja.

Los psicólogos destacaron la posición de poder hegemónico que el médico sustenta, mientras que algunos médicos subestimaron y pusieron en duda la labor de los psicólogos. En esta modalidad terapéutica, no sólo es importante que los integrantes del grupo compartan el interés por cierto tema o problema. También es crucial que se dejen de lado los prejuicios y que exista la disposición de escuchar al otro, especialmente en casos como estos donde se enfrentan formas diferentes de entender los fenómenos y se hace necesario vencer las barreras del lenguaje específico.

El trabajo interdisciplinario convoca a disciplinas que poseen un reconocimiento social desigual, por lo que pueden provocar serios conflictos de poder. En el inconsciente colectivo está fuertemente arraigada la idea de que la palabra del médico es superior a la de otros. En este sentido, casi todos los profesionales coinciden en la dificultad que implica llevar adelante esta tarea con los médicos, debido a que les es muy difícil salirse de sus encuadres teóricos y establecer relaciones de tipo horizontal con los demás integrantes del equipo. Para llevar adelante esta práctica, es necesario que

exista un pluralismo donde no haya disciplinas soberanas, ni profesionales que ocupen un lugar de supremacía a partir de considerar *su* saber como indiscutible.

Otras cuestiones mencionadas fueron ver a la disciplina propia como la más efectiva para explicar un problema, la desconfianza hacia otras especialidades, el temor a la invasión del propio campo disciplinar y la rivalidad y los prejuicios entre los diferentes miembros del equipo.

Ninguno de los entrevistados tuvo en cuenta la ignorancia interdisciplinar, que es el disparador que nos motivó para desarrollar esta tesis. Para nosotros, esta constituye la principal limitación para llevar adelante el trabajo intradisciplinario, ya que si no se conoce en qué se basa esta terapéutica ¿cómo es posible ejercerla?

En lo que respecta al conocimiento acerca del campo de acción de la kinesiología en la neurorehabilitación infantil, dejando al margen a los kinesiólogos, distinguimos tres grupos.

El primer conjunto de profesionales conformado por dos psicólogos, dos fonaudiólogas y una musicoterapeuta, conoce con profundidad las incumbencias de nuestra profesión en esta área.

Los lineamientos generales de las respuestas apuntaron a identificar al kinesiólogo como el responsable del tratamiento de las funciones motoras y de la postura. Se dijo que dicho profesional actúa inhibiendo reflejos patológicos, facilitando el movimiento, estimulando el equilibrio y contribuyendo a la regulación del tono muscular. A su vez cuatro de ellos destacaron que su labor es importante para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Algunos nombraron varias técnicas utilizadas por el kinesiólogo como herramientas terapéuticas: Bobath, facilitación neuromuscular propioceptiva, Vojta, hidroterapia y equinoterapia. Los cinco profesionales lo consideraron como un miembro

indispensable dentro del equipo interdisciplinario.

Uno de los psicólogos calificó como una experiencia “sumamente enriquecedora” compartir el trabajo con un kinesiólogo y comentó: “A pesar de tener una formación tan diferente de la mía podemos trabajar conjuntamente y superar carencias. Él me marca pautas a fin de que el niño pueda sostener la cabeza, de cómo sentarlo, de cómo utilizar el bipedestador y yo lo ayudo a trabajar, por ejemplo, el esquema corporal desde la palabra”.

La otra psicóloga que conforma este grupo opinó: “Los kinesiólogos por lo general no están muy adiestrados en técnicas de modificación de conductas y no suelen llevar registro respecto del modo de comportarse del niño, a su vez nosotros no sabemos sobre reflejos arcaicos y patológicos, ni sobre posturas inhibitorias. Por lo tanto se hace imprescindible trabajar interdisciplinariamente para poder llevar adelante a un niño con trastornos neurológicos”.

El segundo grupo integrado por tres médicos, dos psicólogos, dos terapeutas ocupacionales, una fonaudióloga y una psicopedagoga, conoce superficialmente el campo de acción de la kinesiólogía en neurología pediátrica.

La mayoría de ellos sólo lo relacionó con el trabajo postural y cuando se los invitó a expandirse en la respuesta, muchos la evadieron haciendo referencia a otras cuestiones que no conciernen a esta temática.

Cabe destacar que todos, a pesar de conocer superficialmente las incumbencias del kinesiólogo en esta área, le otorgaron un rol preponderante dentro del equipo.

El grupo restante compuesto por dos médicos, una psicóloga, una fonaudióloga y una maestra especial, mostró desconcierto ante la pregunta formulada.

Una médica pediatra confesó que tiene dificultades para discernir entre el trabajo del kinesiólogo y el terapeuta ocupacional. Si bien conoce que el campo de acción de ambos

es atinente a la rehabilitación, le resulta difícil establecer qué abarca cada disciplina.

A su vez la fonaudióloga se encontró desorientada con respecto a los términos fisioterapeuta y fisiatra, preguntándonos si se trataba del mismo profesional.

La psicóloga y la maestra especial que pertenecen al mismo centro terapéutico, son las únicas del total de interrogados que se desempeñan en un equipo que carece de kinesiólogo. Al momento de ser entrevistadas, ambas admitieron que no conocen “demasiado” el campo de acción de esta profesión en esta área, confundiéndolo con el del psicomotricista.

Una de ellas manifestó: “No tenemos un kinesiólogo en nuestro equipo. De la *parte motriz* se ocupa un profesor de educación física”. Detrás de estas palabras, se evidencia una visión mecanicista que atenta contra la modalidad de trabajo que ésta afirma practicar.

El médico se refirió al kinesiólogo como un “técnico auxiliar”, dándole un rol secundario dentro del equipo. Planteo que se opone a la práctica interdisciplinaria, ya que ésta no admite relaciones de amo y esclavo entre disciplinas, ni discursos hegemónicos y contrahegemónicos, sino discursos en diálogo permanente. A su vez no se arriesgó a dar una respuesta acerca de las incumbencias de la kinesiólogía dentro de esta rama de la medicina, admitiendo su ignorancia con respecto a esta disciplina..

Indudablemente esta práctica implica una apertura del saber hacia los demás conocimientos. Para que exista una comunicación recíproca, se hace imprescindible conocer la disciplina ajena.

Con respecto a esta idea, Ezequiel Ander Egg, en su libro “*Interdisciplinarietà en educación*”, afirma: “...para un trabajo interdisciplinar es necesario que todos conozcan las *jergas* propias de cada una de las disciplinas implicadas; de lo contrario, habrá dificultades de comunicación. No se trata tan sólo del sistema conceptual propio

de la disciplina, sino del alcance que se les da a los diferentes términos. Además, hay que tener una cierta iniciación en los saberes de otras disciplinas. De lo contrario, ¿cómo nos vamos a entender con los otros si no sabemos de qué va lo que ellos dicen y hacen?”

En cuanto al reconocimiento que los demás profesionales tienen sobre la kinesiología, cuatro de los kinesiólogos entrevistados fueron optimistas, expresando que poco a poco su trabajo va siendo más valorado. Uno de ellos enfatizó que se debe en gran medida a la presencia de las universidades y al número creciente de nuevos profesionales que se van insertando en los servicios.

Los seis kinesiólogos indagados coincidieron en que los médicos suelen ser los que más subestiman a la profesión. Con respecto a esto, uno de ellos afirmó: “Al médico le cuesta bajarse del lugar de poder que la sociedad y su propia formación le otorga. Esto le genera una gran dificultad para vernos como profesionales con criterio y para dejar de considerarnos como técnicos subordinados”.

Otro expresó que existe “un mayor interés y valoración por parte de los psicólogos que de los médicos” y que “debería ser al revés”, ya que estos últimos tienen una formación con una orientación similar a la de los kinesiólogos.

Otra declaración que nos pareció interesante plasmar en el presente trabajo, es la de un joven kinesiólogo egresado hace dos años de la Universidad Abierta Interamericana: “Nuestra profesión comienza a ser vista diferente por los terapeutas de otras disciplinas cuando se dan cuenta de que el movimiento es una herramienta valiosísima para trabajar. A través del movimiento, además del área motora, podemos trabajar la comunicación, el esquema corporal, las percepciones y todas las áreas. Este es uno de los motivos por los cuales de a poco se está tomando conciencia y se le está dando importancia a nuestra profesión”.

Paradójicamente, dos kinesiólogos se mostraron pesimistas en cuanto al lugar preferencial que nos estamos ganando como profesionales, con grandes esfuerzos de estudio, investigación y prácticas responsables e innovadoras, en el marco de las otras disciplinas del área de la salud.

Uno de éstos argumentó que esta desvalorización de la kinesiología ocurre porque en Rosario no hay “cultura de la rehabilitación” e hizo una valiosa autocrítica que nos interesa destacar: “Muchas veces la subestimación y la ignorancia sobre esta disciplina, se producen porque los kinesiólogos no sabemos imponerla”. Por eso, a la hora de recibir el título que nos abrirá las puertas a esta tan querida profesión, coincidimos con este futuro colega en su llamado a producir un contundente cambio en la conciencia social, acerca de la importancia de la kinesiología dentro del marco de la salud en general y de la neurología pediátrica en particular, seguros de que contribuiremos a mejorar la vida de tantos niños.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas efectuadas a profesionales que se desempeñan en equipos interdisciplinarios de neurología pediátrica y de acuerdo con la problemática, las hipótesis y los objetivos del presente trabajo, arribamos a las siguientes conclusiones:

- Los profesionales presentan serias dificultades para referirse conceptualmente a la interdisciplina. Existe una confusión semántica entre la modalidad interdisciplinaria que afirman abordar y la multidisciplinaria, que pese al discurso que sostienen, no parece haber sido superada. La transdisciplina es un término desconocido.
- El objetivo primordial que se persigue con la práctica interdisciplinaria en neurorehabilitación pediátrica es el abordaje integral del niño.
- En la formación médica universitaria no se incluyen los fundamentos teóricos ni su consecuente modalidad terapéutica respecto de la interdisciplinaria. Los kinesiólogos y fonaudiólogos afirman haber recibido conocimientos muy limitados acerca de esta temática. Los terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, psicopedagogos y especialmente los psicólogos tienen un mayor aporte teórico en el transcurso de su formación académica.

Esto demuestra que los profesionales con una orientación humanística – social poseen una mayor base teórica que aquellos que recibieron una formación marcadamente biológica.

Todos muestran disconformidad respecto de los conocimientos recibidos durante el cursado de sus estudios y denuncian la falta de prácticas referentes a este nuevo abordaje terapéutico.

- Los profesionales consideran que el equipo terapéutico deberá estar integrado por varias disciplinas y que el aporte de cada una difiere según el caso clínico. La kinesiología es considerada una profesión indispensable. Adquiere un papel primario dentro del equipo cuando la afección motora es la que predomina y ocupa un lugar secundario en los casos donde otras áreas son las afectadas.

- Al trabajar interdisciplinariamente se identifican como limitaciones: cuestiones propias de las relaciones humanas, creer que la disciplina propia es la más efectiva para explicar un problema determinado, desconfianza hacia otras especialidades, temor a la invasión del propio campo disciplinar.

También se evidencian dificultades a la hora de establecer relaciones con los médicos, debido al lugar de supremacía que la sociedad les da, sumado al perfil de autosuficiencia que éste posee.

- Los integrantes del equipo de rehabilitación desconocen o sólo conocen de modo trivial las incumbencias del kinesiólogo dentro del área de neurología pediátrica, ya que sólo relacionan su labor con el trabajo postural. Existe una imagen confusa y distorsionada de la profesión, que lleva a confundirla con profesionales de otras disciplinas.

- Los kinesiólogos afirman ser cada vez más reconocidos por los demás integrantes del equipo y consideran que ese lugar ganado tendrá, en un futuro próximo, más reconocimiento aún en el ámbito de la salud y de la sociedad en general.

A su vez, le otorgan un valor importante a las universidades en las que se dicta la carrera de kinesiología, ya que éstas, en gran parte, son las encargadas de prestigiar a la profesión en todos sus aspectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Ander Egg, E.: *“Interdisciplinariedad en educación”*. Editorial Magisterio del Río de la Plata. Buenos Aires, 1994.
- Ander Egg, E.; Follari, R.: *“Trabajo social e interdisciplinariedad”*. Editorial Humanistas. Buenos Aires, 1988.
- Foucault, Michel: *“Microfísica del Poder”*. Ediciones de la Piqueta. Madrid – España, 1980.
- Fundación Mapfre Medicina: *“Daño cerebral traumático y calidad de vida”*. Editorial Mapfre. 1ª edición. Madrid – España, 1996.
- Goldvarg, Norma y otros: *“Siglo XXI: importancia de la interdisciplina”*. Artículo de *“Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la interdisciplina”*. Año 6. Número 9. Argentina, 1996.
- Goldvarg, Norma: *“Dificultades y posibilidades de la interdisciplina”*. Artículo de *“Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la interdisciplina”*. Año 3. Número 5. Argentina, 1993.
- Gusdorf, G.: *“Pasado, presente y futuro de la investigación interdisciplinaria”*, en *Interdisciplinariedad y ciencias humanas*. Editorial Tecnos/Unesco. Madrid, 1983.
- Illich, Iván: *“Némesis Médica”*. Editorial Planeta. 3ª edición. México, 1987.
- Klimovsky, Gregorio: *“Las desventuras del conocimiento científico”*. Editorial AZ. Buenos Aires, 1995.
- Kussianovich, V. y Abaroa, S.: *Proyecto de investigación: “El psicólogo y la práctica interdisciplinaria. Análisis de la participación en trabajos interdisciplinarios de psicólogos insertos en efectores de Salud Pública”*.

- Rosario – Argentina, 1997.
- Levitt, Sophie: “*Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor*”. Editorial Panamericana. Buenos Aires, 1982.
 - Morin, Edgar: “*El método. El conocimiento del conocimiento*”. Editorial Cátedra. Madrid – España, 1988.
 - Morin, Edgar: “*La unidad del hombre como fundamento y aproximación interdisciplinaria*”, en *Interdisciplinarietà y ciencias humanas*. Editorial Tecnos/Unesco. Madrid, 1983.
 - Ortega y Gasset, J.: “*La rebelión de las masas*”. Revista de Occidente. Madrid, 1930.
 - Piaget, Jean: “*La epistemología de las relaciones interdisciplinarias*”, en *Interdisciplinarietà*. A.N.U.I.E.S. Méjico, 1975.
 - Piaget, Jean: “*Problemas generales de la investigación interdisciplinaria y mecanismos comunes*”. Editorial Alianza. Madrid, 1970.
 - Piaget, Jean: “*Seis estudios de Psicología*”. Editorial Seix Barral. 10ª edición. Barcelona, España, 1979.
 - Shepherd, Roberta: “*Fisioterapia en pediatría*”. Editorial Salvat. 1ª edición. Barcelona – España, 1979.
 - Smirnov, S. N.: “*La aproximación interdisciplinaria en la ciencia de hoy*”, en *Interdisciplinarietà y ciencias humanas*. Editorial Tecnos/Unesco. Madrid, 1981.
 - Swaiman, Kenneth: “*Neurología Pediátrica, principios y prácticas*”. Volumen I. Editorial Mosby/Doyma Libros. 2ª edición. Madrid – España, 1996.
 - Swaiman, Kenneth: “*Neurología Pediátrica, principios y prácticas*”. Volumen II. Editorial Mosby/Doyma Libros. 2ª edición. Madrid – España, 1996.

- Szware, Liliana y otros: *“Taller de Kinesiología: Cuerpo. Espacio Expresivo: Interrelación entre lo corporal motriz y lo familiar”*. Artículo de *“Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la interdisciplina”*. Año 3. Número 5. Argentina, 1993.
- Torres, Jurjo: *“Globalización e interdisciplinarietà: el currículum integrado”*. Editorial Morata. Madrid – España, 1998.
- Varios: *“Fonoaudiológica”* revista de la Asociación Argentina de Logopedia, Foniatría y Audiología. Tomo 47. Número 2. Buenos Aires, 2001.
- Varios: *“Rehabilitación”* revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Volumen 31. Fascículo 6. Grupo Masson. Editorial Garsi. Madrid – España, 1997.
- Varios: *“Rehabilitación”*, revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Volumen 34. Fascículo 5. Editorial Garsi. Madrid – España, 2000.
- Varios: *“Rehabilitación”* revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Volumen 35. Fascículo 4. Ediciones Doyma. Madrid – España, 2001.
- Xhardez, Yves: *“Vademécum de kinesioterapia y de reeducación funcional: técnicas, patología e indicaciones de tratamiento”*. Editorial El Ateneo. 4ª edición revisada y actualizada. Buenos Aires, 2002.

Documentación complementaria:

- Material de trabajo de la Cátedra de *Introducción a la Kinesiología* de la U.A.I.- 2003.

- Material de trabajo de la Cátedra de *Psicomotricidad y Neurodesarrollo* de la U.A.I.- 2002.
- Aronson, A.; Bergamasco, V.; Coll, A.; Firpo, V.; Maldonado, M.; Bayo, P.; Manino, A.; Martello, A.; Ursiny, S.; Varela, M. L.: *Trabajo científico presentado en la “Exposición anual de póster del H.E.C.A.”*. 1999.
- O.M.S., “*Foro mundial de la salud*”. Revista internacional de desarrollo sanitario. Volumen 19. Número1. Ginebra – Suiza, 1998.

ANEXOS

Entrevista a profesionales:

Nombre:

Edad:

Profesión:

Antigüedad:

Ámbito laboral:

Preguntas:

1. ¿ Podría definir la palabra interdisciplina? ¿ Qué objetivos se persiguen con el trabajo interdisciplinario?
2. ¿ Puede explicar las diferencias entre interdisciplina, multidisciplina, y transdisciplina?
3. ¿ En su formación académica se abordó esta temática?
4. ¿ Cuáles son las disciplinas que usted considera indispensables en el abordaje de niños con trastornos neurológicos?
5. ¿ Cuáles son las limitaciones que usted encuentra a la hora de trabajar interdisciplinariamente?
6. ¿Cuál es el campo de acción de la kinesiología en neurología pediátrica?

7. ¿ Qué lugar ocupa el kinesiólogo dentro del equipo?

Entrevista a kinesiólogos:

Nombre:

Edad:

Ámbito laboral:

Antigüedad:

Preguntas:

1. ¿ Podría definir la palabra interdisciplina? ¿ Qué objetivos se persiguen con el trabajo interdisciplinario?
2. ¿ Puede explicar las diferencias entre interdisciplina, multidisciplina, y transdisciplina?
3. ¿ En su formación académica se abordó esta temática?
4. ¿ Cuáles son las disciplinas que usted considera indispensables en el abordaje de niños con trastornos neurológicos?
5. ¿ Cuáles son las limitaciones que usted encuentra a la hora de trabajar interdisciplinariamente?
6. ¿ Usted considera que existe un reconocimiento hacia su disciplina?