

Relatos de experiencia

Prácticas profesionales en la rehabilitación de niños y adolescentes con discapacidad física. Un enfoque centrado en el modelo biopsicosocial

Professional practices in the rehabilitation of children and adolescents with physical disabilities. An approach focused on the biopsychosocial model

(abstract: p. 15)

Práticas profissionais na reabilitação de crianças e adolescentes com deficiência física. Uma abordagem baseada no modelo biopsicossocial

(resumo: p. 15)

Sofía Rubinstein^(a)

<s.rubinstein@deporte.gub.uy> 

^(a) Posgraduanda del Programa de Posgraduación en Psicología (Doctorado), Facultad de Psicología, Universidad de la República. Calle Dr. Tristán Narvaja, 1674, 11200. Montevideo, Departamento de Montevideo, Uruguay.

Este relato de experiencia describe las prácticas profesionales llevadas adelante por un equipo interdisciplinario, dedicado a la atención de niños y adolescentes con discapacidad física en un centro de rehabilitación en Montevideo, Uruguay. El estudio se sustenta en un conjunto de interrogantes y experiencias acumuladas a lo largo de los años, todas relacionadas con los procesos de rehabilitación. Las acciones desplegadas por el equipo de trabajo se enmarcan en un modelo biopsicosocial, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Los resultados muestran que las intervenciones implementadas, no se limitan a abordar las limitaciones físicas, sino que buscan contribuir a un enfoque integral que contemple aspectos más amplios del desarrollo de la vida de la población infantil y adolescente.

Palabras clave: Modelo biopsicosocial. Centro de rehabilitación. Niños y adolescentes. Discapacidad física.

Introducción

Escribir en este texto que las concepciones acerca de la discapacidad han ido variando en distintos momentos históricos no resulta nuevo. Hay una extensa variedad de bibliografía que da cuenta de ello. Esas modificaciones están íntimamente ligadas a múltiples aspectos en donde se integra la política, la cultura, la religión, la economía, las instituciones, organizaciones sociales y actores que hacen imposible pensar en la discapacidad de manera estática y aislada¹⁻⁵.

En esta línea, Pérez y Chhabra⁶ plantean que “el concepto de discapacidad es complejo y multifacético” (p. 22) y su evolución a lo largo de la historia parte de una concepción estrecha y limitada, con un anclaje médico e individualista, hasta llegar a una conceptualización más amplia, construida social o incluso lingüísticamente.

En este contexto, los centros de rehabilitación se constituyen en importantes espacios para modificar el paradigma médico que ha prevalecido por décadas e implementar en la práctica diaria los principios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷ que promueve una comprensión holística de la salud y el funcionamiento humano⁸. Esta perspectiva contribuye a reconsiderar la atención clínica tradicional, enfocada en el sujeto y su desempeño individual⁹ y subraya la importancia de abordar la discapacidad y la rehabilitación desde un enfoque integral de la salud^{10,11}.

La CIF se basa en un enfoque biopsicosocial, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, en donde se reconocen los aspectos psicológicos, médicos, sociales, ambientales, económicos y personales de la discapacidad. En esta clasificación, la discapacidad no se define en sí misma, sino que se refiere a las relaciones que el individuo mantiene con la sociedad en la que vive y en las condiciones ambientales de cómo vive^{12,13}. Si bien la CIF se presenta como una clasificación integradora, se ha discutido la fragmentación de los aspectos antes mencionados y la falta de unificación de los mismos con los elementos ambientales y sociales¹⁴.

A lo largo de la historia, el campo de la rehabilitación ha carecido de un marco conceptual unificador, involucrando a una diversidad de enfoques que se han modificado de acuerdo a distintos modelos y concepciones de la discapacidad. Esto se refleja en los cambios conceptuales de las definiciones de rehabilitación propuestas por la OMS¹⁵. Inicialmente desde una perspectiva del modelo médico, se la entendía simplemente como parte de la asistencia médica, con objetivos medibles basados en parámetros funcionales, con intervenciones individualizadas destinadas a mejorar las funciones corporales con el objetivo de normalizar la deficiencia^{16,17}.

Sin embargo, una perspectiva ampliada de la rehabilitación considera todas las prácticas orientadas a mitigar el impacto de la discapacidad y las restricciones en su interacción con el entorno, tanto en las actividades de la vida diaria como en su participación activa en la comunidad¹⁸⁻²⁰.

Aunque este concepto está fuertemente permeado por el enfoque médico centrado principalmente en la persona con discapacidad y llevado adelante en el marco de la

rehabilitación institucional, también incorpora elementos del modelo social desde la perspectiva del enfoque biopsicosocial de la CIF, en la medida que no se centra solamente en la deficiencia del sujeto, sino que amplía las acciones al considerar el contexto.

Santos¹⁷, señala que, si bien la CIF busca equilibrar el modelo médico con el social, presenta una paradoja entre lo que se concibe en la teoría y lo que realmente ocurre en las prácticas asistenciales. En este sentido, en la atención diaria siguen predominando enfoques propios del modelo médico-rehabilitador.

Aunque algunos autores sostienen que toda rehabilitación tiene una perspectiva integral¹⁹, otros mencionan específicamente el modelo de rehabilitación integral, que implica una interacción compleja entre usuarios, profesionales, cuidadores, familia y servicios sociales^{11,21}, considerando los diferentes entornos que los usuarios habitan y transitan. En este modelo, la participación de la familia y/o acompañantes es fundamental en el proceso de rehabilitación²⁰.

Este enfoque, se basa en una concepción de la discapacidad orientada al reconocimiento de los derechos humanos, la promoción de la autonomía y la capacidad de interactuar en el entorno, favoreciendo la inclusión social²².

En este marco, al implementar intervenciones en rehabilitación, es crucial tener en cuenta la interacción dinámica entre las personas con discapacidad y sus entornos, reconociendo que cada uno de estos elementos desempeña un papel vital en el transcurso de la rehabilitación.

Los centros de rehabilitación se presentan como escenarios propicios para desarrollar modelos de rehabilitación centrados en el individuo y su entorno, superando los enfoques asistenciales que han prevalecido durante muchos años²³. Por ello y de manera general, la rehabilitación busca garantizar a las personas con discapacidad, sin importar la naturaleza u origen de su condición, la más amplia participación social y la mayor independencia posible en sus actividades cotidianas²⁴.

En resumen, este artículo describe el trabajo realizado en el Centro de rehabilitación, enfocándose especialmente en las prácticas profesionales del equipo interdisciplinario que brinda atención a la población infantil y adolescente.

Desarrollo. El proceso de trabajo en el Centro de rehabilitación

El Centro de rehabilitación en el que se enmarca este artículo, se ubica en la ciudad de Montevideo y atiende a personas con discapacidad física de todas las franjas de edades, procedentes del sistema público de salud que tengan el alta hospitalaria y hayan sido derivados por su médico tratante.

El objetivo general del Centro apunta a trabajar en la captación precoz y oportuna de la persona con discapacidad física, para lograr el mayor beneficio de los usuarios en rehabilitación. Para facilitar la comprensión de los objetivos específicos, se presenta el Cuadro 1, que detalla tanto los objetivos como las acciones propuestas para alcanzarlos.

Cuadro 1. Objetivos específicos y acciones para alcanzarlos.

Objetivos específicos	Acciones para el logro de los objetivos
1. Trabajar en red con los diversos centros asistenciales que se encuentran bajo la misma administración de salud estatal.	• Reuniones con médicos y otros profesionales del hospital pediátrico de referencia de Montevideo, así como con hospitales que atienden principalmente a adultos en la ciudad de Montevideo y localidades cercanas. También se incluye al hospital universitario que no está en la misma administración de salud estatal. • Participación en ateneos organizados en otros centros asistenciales donde reciben atención los usuarios del Centro. • Gestión de traslados para usuarios sin transporte propio que presentan limitaciones significativas en su movilidad. • Derivación de usuarios a otros centros asistenciales cuando requieren una atención que el Centro de rehabilitación no puede ofrecer.
2. Contar con un equipo interdisciplinario que permita valorar en forma integral al usuario.	• Contratación de un equipo técnico integrado por profesionales de ciencias de la salud y humanas: médicos/as fisiatras y médicos/as generales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionista, licenciados/as en educación física, psicólogo/as, fonoaudiólogos/as, enfermeras, trabajadores/as sociales. • Convenios con: Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Medicina de la Universidad de la República, para integrar estudiantes de esas carreras a los equipos de trabajo.
3. Realizar controles médicos periódicos para un seguimiento adecuado del usuario y las terapias.	• Controles médicos bimensuales con médico tratante (en ocasiones, se suman otros especialistas) o según las necesidades de cada usuario. • Registro digital de las evaluaciones y decisiones tomadas en los controles médicos. • Acceso a la historia clínica digital por parte del equipo técnico tratante. • Reuniones bimensuales de los equipos de trabajo.
4. Mantener y fortalecer los lazos con redes de apoyo tanto públicas como privadas, que garanticen una atención integral.	• Reuniones de coordinación con técnicos referentes a cargo de políticas estatales dirigidas a la población con discapacidad. • Reuniones de coordinación con referentes de fundaciones e instituciones privadas dedicadas al deporte adaptado y a los recursos tecnológicos para la inclusión social y educativa.
5. Promover las actividades docentes y de investigación en el centro.	• Participación en ateneos clínicos. • Talleres de actualización. • Tutorías de trabajos finales de grado de la carrera de Fisioterapia. • Actividad docente por parte de las carreras de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología.

Fuente: elaborado por la autora.

Los objetivos específicos del Centro de rehabilitación se enfocan en un compromiso integral con el bienestar de los asistentes, destacando la colaboración interdisciplinaria, la atención continua y el fortalecimiento de alianzas para ofrecer un servicio de calidad en el ámbito de la rehabilitación.

En la Figura 1 se presenta un flujograma asistencial que sintetiza la atención de los usuarios en el Centro.

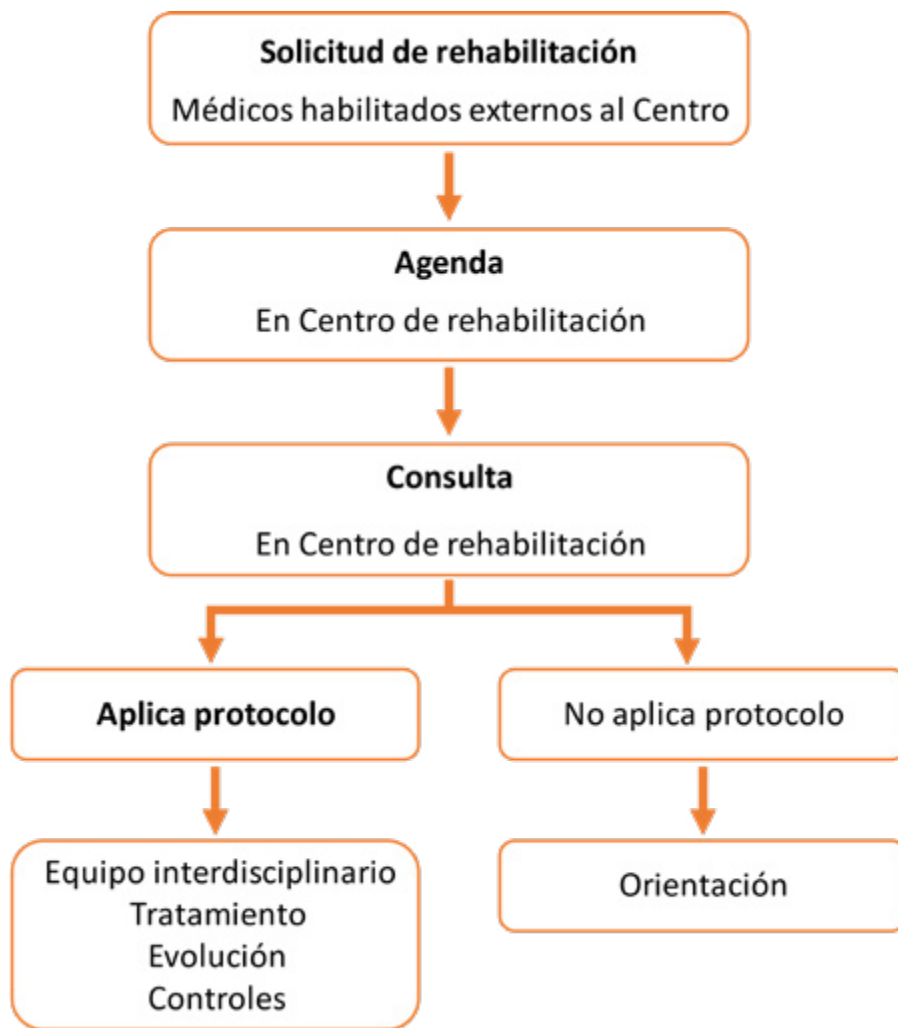


Figura 1. Flujograma asistencial del Centro de rehabilitación.

Fuente: Adaptado de documento interno del Centro de rehabilitación.

La pertinencia de ingreso al Centro de rehabilitación la definen médicos fisiatras a través de una evaluación, en donde se determina qué usuarios recibirán atención (aplicando el protocolo), y cuáles no ingresan porque el protocolo no es aplicable. En estos casos se brinda orientación al usuario, a su familia y/o cuidador, especialmente en lo que respecta a la funcionalidad.

Cuando el usuario ingresa al Centro, el médico fisiatra determina las directrices del tratamiento que se llevará adelante completando la historia clínica. Allí figuran objetivos generales y áreas de intervención (ejemplos: terapia ocupacional, fonoaudiología, fisioterapia, nutricionista, psicología, educación física) y la frecuencia de cada terapia.

Posteriormente, cada técnico integrante del equipo interdisciplinario designado realiza evaluaciones, que pueden ser cuantitativas mediante aplicación de test o escalas de medición, o cualitativas a partir de entrevistas con el usuario, familia y/o cuidador; define los objetivos específicos y planifica las estrategias de intervención. Algunos ejemplos de estrategias son las siguientes:

- fisioterapia, educación física e hidroterapia (terapias manuales, educación postural, acondicionamiento físico, movilización y transferencias, intervención multisensorial, rehabilitación respiratoria y de la marcha);
- terapia ocupacional (entrenamiento en las actividades de la vida diaria, prescripción de ayudas técnicas, confección de ortesis);
- psicología (acompañamiento terapéutico, intervención del núcleo familiar);
- fonoaudiología (terapia del habla y del lenguaje, manejo de la deglución);
- trabajo social (promoción de la autonomía e inclusión social, intervención comunitaria, capacitación a familiares y/o cuidadores);
- nutricionista (educación y adaptación de la dieta, manejo de la hidratación);
- enfermería (prevención de complicaciones, asistencia en el autocuidado).

La duración de los tratamientos varía según la evolución del usuario y el alcance de los objetivos planteados durante la estancia en el Centro de rehabilitación.

Cada técnico registra su trabajo en la historia clínica digital del usuario, la cual es accesible para todo el equipo. Además, las intervenciones planificadas y ejecutadas se comparten personalmente en las reuniones bimensuales, un aspecto crucial para evitar la duplicación de esfuerzos y asegurar que los recursos humanos no trabajen con iguales estrategias y actividades.

A medida que avanza el proceso de rehabilitación y se establecen nuevos objetivos, más profesionales pueden sumarse al equipo. Por otro lado, cuando se alcanzan las metas previstas en una determinada área, estas dejan de formar parte de la “hoja de ruta” de la rehabilitación del usuario, o bien, se reduce la frecuencia semanal de las intervenciones en esa área.

En este contexto, el trabajo en equipo es fundamental para el cuidado integral de los usuarios. La colaboración y comunicación efectiva entre disciplinas, a través de estrategias acordadas^{21,25,26} en las reuniones de evaluación, permiten abordar los procesos de manera integral²³ y promueven un aprendizaje continuo entre los miembros del equipo²⁷.

Santos¹⁷ agrega que es a través de una perspectiva interdisciplinaria, integrando los saberes de las ciencias médicas y humanas, que las prácticas de salud caminarán en dirección a la integralidad del cuidado de las personas con discapacidad y su entorno cercano.

Sin embargo, a los integrantes de los equipos del Centro de rehabilitación, todavía les cuesta comprender que los usuarios no son un “puzzle que hay que armar” ni un “robot con piezas que reparar”, y que cada profesional no solo colabora desde su formación y experiencia, sino que también contribuye al proceso de manera holística.

A su vez, se observa que los objetivos terapéuticos suelen ser formulados principalmente por los profesionales, excepto en áreas como trabajo social, psicología y educación física; con escasa participación de los usuarios, familias y/o cuidadores. Esta práctica atenta con el alcance de una atención integral en la rehabilitación.

La experiencia. Prácticas desarrolladas con niños y adolescentes en el Centro de rehabilitación

El equipo de profesionales encargado del trabajo con niños y adolescentes se apoya en la CIF como el buque insignia para pensar en la rehabilitación, con una mirada de la deficiencia desde una perspectiva multidimensional, intentando establecer lazos entre los distintos niveles (biológico, psicológico y social).

La CIF se encuentra organizada en dos partes^{7,28}:

- la primera (Funcionalidad e Incapacidad) que consiste a su vez en dos componentes (Funciones del cuerpo y Estructuras del cuerpo; Actividades y Participación);
- la segunda (Factores contextuales) se dividen en Factores ambientales y Factores personales.

Desde una perspectiva integral, es esencial considerar todos los componentes de la CIF al analizar la discapacidad. Sin embargo, el ingreso al Centro de rehabilitación todavía depende de un diagnóstico médico, que prioriza las deficiencias corporales, etiologías, duración y gravedad^{29,30}, prevaleciendo en esa primera instancia el modelo biomédico^{16,31}. De esta manera, la discapacidad se enfoca principalmente en la primera parte de la clasificación, mientras que la segunda, es en gran medida ignorada.

A pesar de ello, el equipo de trabajo entiende que la rehabilitación infantil, no se circunscribe al Centro de rehabilitación a partir del restablecimiento o la adquisición de la función motora, sino que necesita asegurar intervenciones en otros ámbitos a través de un enfoque interdisciplinario que involucre a los diferentes profesionales que acompañan las etapas de la vida de los niños y adolescentes³². Esto requiere un diagnóstico situacional centrado en cada individuo^{17,33}, en un intento de abordar los componentes de la segunda parte de la CIF.

En la práctica, se observa que muchos procesos de rehabilitación para niños y adolescentes se prolongan indefinidamente debido a barreras que restringen su autonomía y contribuyen a la discapacidad^{20,34-36}. Estas barreras incluyen los obstáculos de acceso (falta de infraestructura adecuada y transporte accesible), actitudes negativas, escasez de servicios públicos y la insuficiente oferta de actividades que fomenten su participación en otras instituciones³⁷. Como resultado, la población infantil y adolescente permanece en el Centro de rehabilitación, que con el tiempo se convierte en un “centro de día” donde reciben terapias de manera continua.

Las actividades suelen realizarse de manera individual (entre el técnico y el usuario), y en el caso de las propuestas de educación física e hidroterapia, pueden armarse pequeños grupos de 2 a 4 usuarios. En algunas instancias, participan en la misma terapia el fisioterapeuta junto al psicólogo, o el fisioterapeuta junto el terapeuta ocupacional.

En este sentido, surgen algunas interrogantes que abren la puerta a reflexiones y a estrategias de trabajo: ¿cuál es el papel que cumplen los profesionales integrantes del equipo de rehabilitación de niños y adolescentes?; ¿qué redes se tejen para modificar la realidad social de esa población?; ¿qué acciones se diagraman para evitar que

las trayectorias de vida de la población infantil y adolescente, no estén vinculadas únicamente a la oferta de dispositivos de atención institucional de acuerdo a su condición de discapacidad?

Preocupados por encontrar respuestas a estas preguntas, el equipo de trabajo desarrolla una serie de acciones que exceden al déficit individual y a una mirada centrada en la rehabilitación de “puertas adentro”. Las mismas se describen a continuación.

- a. Reuniones con responsables de coordinar programas de sensibilización sobre la discapacidad en instituciones educativas, para apoyar la inclusión de niños y adolescentes del Centro en la educación formal. Este enfoque estratégico busca aprovechar la experiencia y recursos de los organismos estatales para fortalecer los procesos de inclusión³⁸. Diversos investigadores³⁹⁻⁴¹ han señalado la importancia de implementar propuestas destinadas a modificar las actitudes hacia la discapacidad en toda la comunidad educativa, lo cual tiene un impacto positivo en la promoción de la inclusión.

Estas reuniones, al igual que las intervenciones en los centros educativos, no siguen un calendario fijo y están a cargo principalmente de técnicos de trabajo social, psicólogos y docentes de educación física.

- b. Establecimiento de redes de comunicación entre los docentes de educación física del Centro y los responsables de organismos estatales que ofrecen programas de educación física y deportes a la comunidad. El objetivo es fomentar la participación de los niños y adolescentes del Centro en estas actividades. En este sentido, en lugar de organizar actividades grupales fuera del Centro, se propone que aquellos que están interesados puedan integrarse en propuestas de educación física externas. La implementación y el mantenimiento continuo de estas redes son clave para construir entornos inclusivos y equitativos para los usuarios, y se han sostenido desde el primer contacto realizado hace varios años.

Adicionalmente, se orienta a los niños, adolescentes y sus familias sobre actividades deportivas con un enfoque especial en deportes adaptados, teniendo en cuenta los intereses individuales, el contexto familiar y la oferta de propuestas fuera de la institución a las que pueden acceder. Con estas acciones se busca que los niños y adolescentes participen en estas actividades una vez que hayan concluido el proceso de rehabilitación o, alternativamente las realicen de manera simultánea, contribuyendo así a su pleno desarrollo y bienestar. Estudios realizados muestran que la práctica sistemática de deporte adaptado en forma recreativa o competitiva, tiene beneficios en la salud, el bienestar psicológico y entorno social de las personas que lo practican⁴²⁻⁴⁴.

- c. Visitas domiciliarias con el propósito de conocer las condiciones de vida en el hogar y el entorno cercano donde reside la población infantil, lo que permite ajustar las orientaciones terapéuticas a las realidades particulares de cada caso²³. Se presta especial atención al microsistema familiar, el primer y más directo entorno de desarrollo⁴⁵. En este sentido, es importante considerar la accesibilidad arquitectónica, tanto en el ambiente doméstico como urbano, dado su impacto en la autonomía y la inclusión social.

Durante cada visita, se registra en la historia clínica electrónica lo observado y conversado en la residencia. Esta información es fundamental para orientar la adecuación de los ambientes y minimizar barreras de accesibilidad. Sin embargo, en muchas oportunidades las barreras se superan en el hogar, pero no en el entorno cercano. Estas visitas también permiten evaluar la accesibilidad del transporte disponible para asistir al Centro de rehabilitación, lo cual es importante para la organización de las terapias. Una investigación realizada por Santos¹⁷, subraya el carácter biosocial de la discapacidad, mostrando cómo la condición de la deficiencia física se entrelaza con factores cotidianos, generando un desafío constante en los participantes para superar las barreras ambientales.

No hay un equipo fijo para realizar las visitas; su composición varía según los objetivos de cada intervención. Dependiendo de la necesidad pueden participar profesionales de trabajo social, fisioterapia, psicología, medicina física, nutrición, terapia ocupacional y enfermería, aunque no siempre concurren todos.

Además, las visitas no tienen una periodicidad fija. De hecho, la mayoría de los niños y adolescentes no reciben atención domiciliaria, en parte debido a la falta de tiempo asignado a esta actividad. Esto obliga a desatender a otros usuarios del Centro, una problemática que podría resolverse con la incorporación de más profesionales. Esta situación evidencia las dificultades en la implementación de una política de rehabilitación integral.

- d. Implementación de un espacio dedicado a adolescentes que asisten al Centro para recibir diversos tratamientos. Las reuniones tienen lugar una vez por semana, durante 60 minutos, la asistencia no es obligatoria y son planificadas por cuatro miembros del equipo interdisciplinario (enfermera, psicólogo, docente de educación física, terapeuta ocupacional).

En estas reuniones los verdaderos protagonistas son los propios adolescentes. Aunque el equipo de técnicos diseña las propuestas, estas suelen modificarse en función de los intereses de los participantes y de los temas emergentes que surgen cada semana. Así, las actividades pueden abarcar desde conversaciones sobre temas específicos, derivados a menudo de las problemáticas planteadas por los adolescentes, juegos de mesa adaptados a la población, actividades de pintura, bocha adaptada, e incluso, momentos para escuchar música o ver películas.

El grupo que se reúne cada semana no niega la existencia de la deficiencia o el impedimento, sino que la reconoce como parte de la diversidad⁶. El espacio se aparta del enfoque tradicional de salud-discapacidad, buscando en su lugar generar espacios de reflexión a partir de las actividades desarrolladas y conocer cómo los adolescentes organizan sus experiencias de vida desde sus propios parámetros y posibilidades, cómo experimentan, habitan y perciben subjetivamente su discapacidad⁴⁶.

Las acciones delineadas refuerzan una concepción de la rehabilitación centrada en la población infantil y adolescente, basada en el enfoque biopsicosocial con especial atención en los factores contextuales. Esto ha llevado a los técnicos a comprometerse más, adoptando una visión integral que trasciende la función motora.

Aunque este enfoque brinda un acompañamiento más completo, no ha incrementado la adhesión de niños y adolescentes a los tratamientos. Sin embargo, se valora positivamente por permitirles expresar sus necesidades e inquietudes y por fomentar la inclusión.

Consideraciones finales

Las intervenciones del equipo interdisciplinario que trabaja con la población infantil y adolescente del Centro, están alineadas con los objetivos institucionales, las concepciones sobre la discapacidad y su relación con la rehabilitación.

Para el equipo, la rehabilitación se concibe como un proceso interdisciplinario destinado a intervenir en el desarrollo integral desde una perspectiva biopsicosocial basada en la CIF, abarcando tanto los factores contextuales como los biológicos, aunque estos últimos han recibido más atención.

La importancia de esta perspectiva se refleja en el esfuerzo del equipo por contribuir a la mejora de los procesos de rehabilitación, brindando una atención integral que va más allá del enfoque en el cuerpo biológico. Además, permite construir un conjunto de acciones que amplían las oportunidades de desarrollo de los niños y adolescentes, considerando sus características, intereses y el microsistema en el que se encuentran.

Reorientar la perspectiva de rehabilitación del Centro, implica una articulación diferente entre las áreas de intervención, ofreciendo un espacio prometededor para establecer estrategias que integren el contexto; al tiempo que fomenta nuevas miradas en relación a la rehabilitación.

Conflicto de interesse

El autora no tienen ningún conflicto de interesse que declarar.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editora

Roseli Esquerdo Lopes

Editor associado

Késia Maria Maximiano de Melo

Presentado el

30/05/24

Aprobado el

18/02/25

Referencias

1. Lancillotti S. Deficiência e trabalho: redimensionando o singular no contexto universal. Campinas: Autores Associados; 2003.
2. Brogna P, compilador. Visiones y revisiones de la discapacidad. México: Fondo de Cultura Económica; 2009. p. 127-97. III parte.
3. Saverino M. Los factores contextuales que facilitan el desarrollo humano de la persona con discapacidad. In: Anais da 8a Jornada Nacional Discapacidade y derechos humanos; 2014; Buenos Aires. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2014.
4. Figari C. Un estudio sobre las representaciones sociales acerca del Certificado de Discapacidad en la Región Metropolitana de Buenos Aires [tesis]. Buenos Aires: Universidad Del Salvador; 2018.
5. Nuñez I, Santos S. Discapacidad y relevamientos estadísticos. Asesoría General en Seguridad Social. Comentarios Seguridad Soc. 2019; 64:143-94.
6. Pérez ME, Chhabra G. Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. Rev Esp Disc. 2019; 7(1):7-27. doi: 10.5569/2340-5104.07.01.01.
7. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2021.
8. Querejeta M. Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI. CIE/ CIF. Rev Esp Salud Publica. 2009; 83(6):771-3.
9. Biz MC. Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF em um Centro Especializado em Reabilitação [tesis]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2019.
10. Angarita D. Rehabilitación integral: un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad [disertación]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
11. Acedo MJ. Las redes de apoyo en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad motriz. Estudio con pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur. Rev Latinoam Discapacidad Soc Derechos Humanos. 2019; 3(2):97-119.
12. Pappous A. Inclusión e integración en Europa: hacía una educación física y deportiva adaptada. In: Eusse Castro E, editor. Educación física y discapacidad. Prácticas corporales inclusivas. Medellín: Funámbulos Editores; 2007. p. 49-62.
13. Levanchy, J. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) y su aplicación en rehabilitación. Rehab Integral. 2011; 6(1):33-45.
14. Céspedes GM. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Aquichan. 2005; 5(1):108-13.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre discapacidad. Ginebra: OMS; 2011. p. 107-49.
16. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. Cad Saude Publica. 2009; 25(3):475-83. doi: 10.1590/S0102-311X2009000300002.
17. Santos MC. Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das práticas de reabilitação no SUS [tesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.

18. Organización Mundial de la Salud. Organización Internacional del Trabajo. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. RBC: estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta 2004. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo/UNESCO/OMS; 2005.
19. Pérez A. Atención primaria y rehabilitación. In: Vázquez A, Cáceres N, editores. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 26-74.
20. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación. Ginebra: OMS; 2021.
21. Robertson D, Aragon A, Moore G, Whelan L. Rehabilitation and interdisciplinary team. In: Playfer J, Hindle J, editores. Parkinson's Disease in the Older Patient. 2a ed. Londres: CRC Press; 2018. p. 291-313.
22. Valero M. Modelo de rehabilitación integral. Rev Col Reh. 2006; 5(5):34-42.
23. Biz MC, Santos MC, Reis F, Nicolau S, Furtado J. Centros Especializados em Reabilitação: avaliando os desafios à implementação do modelo biopsicossocial nas práticas assistenciais à pessoa com deficiência. Interface (Botucatu). 2024; 28:e230178. doi: 10.1590/interface.230178.
24. Cardoso V. A reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. Rev Bras Cienc Esporte. 2011; 33(2):529-39.
25. Dorado M. Rehabilitación del movimiento. In: Vázquez A, Cáceres N, editores. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 96-129.
26. Singh R, Küçükdeveci A, Grabljevec K, Gray A. The role of interdisciplinary teams in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med. 2018; 50(8):673-8. doi: 10.2340/16501977-2364.
27. Alves MA, Ribeiro F, Sampaio R. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. Fisioter Pesqui. 2016; 3(2):185-92. doi: 10.1590/1809-2950/14945923022016.
28. Machado W. Proposta de atividade física adaptada para pacientes com AVC no contexto de reabilitação hospitalar [disertación]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2019.
29. Brogna P. El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. Cad ESP. 2006; 2(2):7-11.
30. Urrego Gallego JD, Urrego Gallego H. El problema de la discapacidad y la inclusión educativa y social. In: Eusse Castro E, editor. Educación física y discapacidad. Prácticas corporales inclusivas. Medellín: Funámbulos Editores; 2007. p. 81-92.
31. Gomes M. Centro especializado em reabilitação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas [disertación]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020.
32. Sánchez P. Rehabilitación médica infantil. Análisis y perspectivas actuales. In: Redondo MA, Conejero JA, directores. Rehabilitación infantil. Madrid: Médica Panamericana; 2012. p. 1-8.
33. Campos G, Figueiredo M, Pereira N Jr, Castro C. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:983-95. doi: 10.1590/1807-57622013.0324.

34. Hästbacka E, Nygård M, Nyqvist F. Barriers and facilitators to societal participation of people with disabilities: a scoping review of studies concerning European countries. *Alter*. 2016; 10(3):201-20. doi: 10.1016/j.alter.2016.02.002.
35. Babik I, Gardner E. Factors affecting the perception of disability: a developmental perspective. *Front Psychol*. 2021; 12:1-26. doi: 10.3389/fpsyg.2021.702166.
36. Brown S. Measuring perceived benefits and perceived barriers for physical activity. *Am J Health Behav*. 2005; 29(2):107-16. doi: 10.5993/ajhb.29.2.2.
37. Vélez N, González C, Velásquez A. Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015. *CES Derecho*. 2016; 7(2):72-83.
38. Uriarte R. Accesibilidad, sociedad y discapacidad. In: Vázquez A, Cáceres N, editores. *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 130-52.
39. Rello C, Garoz I. Actividad físico-deportiva en programas de cambio de actitudes hacia la discapacidad en edad escolar: una revisión de literatura. *Cult Cienc Deporte*. 2014; 9(27):199-210. doi: 10.12800/ccd.v9i27.462.
40. González J, Cortés R. Actitudes y creencias hacia la discapacidad en clases de educación física. Una cuestión educativa. *Psy Soc Educ*. 2016; 8(2):105-20. doi: 10.25115/psyev8i2.454.
41. Abellán J, Sáez-Gallego N, Reina R. Explorando el efecto del contacto y el deporte inclusivo en Educación Física en las actitudes hacia la discapacidad intelectual en estudiantes de secundaria. *Rev Int Cienc Deporte*. 2018; 53(14):233-42. doi: 10.5232/ricyde2018.05304.
42. Cardoso V. O desenvolvimento da carreira esportiva de atletas paraolímpicos no Brasil [tesis]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
43. Abellán J, Januário N. Barreras, facilitadores y motivos de la práctica deportiva de deportistas con discapacidad intelectual. *Psychol Soc Educ*. 2017; 9(3):419-31. doi: 10.25115/psyev9i3.1023.
44. Palma L, Patias B, Feck R. Atividade física e deficiência física: preferências, motivações e barreiras para a prática de atividade física. *Cad Educ Fisica Esporte*. 2020; 18(2):145-51. doi: 10.36453/2318-5104.2020.v18.n2.p145.
45. Bronfenbrenner U. *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
46. Goulart D, González-Rey F. Subjetividad, sujeto y salud mental: un estudio de caso más allá de la lógica de la patología. *Alternativas Cubanas Psicol*. 2020; 8(23):14-35.

This experience report describes the professional practices carried out by an interdisciplinary team dedicated to the care of children and adolescents with physical disabilities in a rehabilitation centre in Montevideo, Uruguay. The study is based on a set of questions and experiences accumulated over the years, all related to the rehabilitation processes. The actions deployed by the work team are framed in a biopsychosocial model, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The results show that the interventions implemented are not limited to addressing physical limitations, but seek to contribute to a comprehensive approach that considers broader aspects of the development of the lives of children and adolescents.

Keywords: Biopsychosocial model. Rehabilitation center. Children and adolescents. Physical disabilities.

Este relato de experiência descreve as práticas profissionais realizadas por uma equipe interdisciplinar, dedicada aos cuidados a crianças e adolescentes com deficiências físicas num centro de reabilitação em Montevideo, Uruguai. O estudo baseia-se num conjunto de questões e experiências acumuladas ao longo dos anos, todas elas relacionadas com os processos de reabilitação. As ações desenvolvidas pela equipe estão enquadradas num modelo biopsicossocial, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Os resultados mostram que as intervenções implementadas não se limitam ao atendimento das restrições físicas, mas buscam contribuir para uma abordagem abrangente que considere aspectos mais amplos do desenvolvimento da vida das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Modelo biopsicossocial. Centro de reabilitação. Crianças e adolescentes. Deficiência física.