

Universidad FASTA

Facultad de Ciencias de la Educación

Licenciatura en completar lo que corresponda

Transdisciplinariedad como recurso Psicopedagógico en el abordaje de jóvenes con trastornos del espectro autista

Monografía

Paola Vanesa Alarcón

Trabajo Final de Graduación para acceder al título de Licenciado en Psicopedagogía

Mar del Plata, junio 2024

Agradecimientos

A mis redes de apoyo, a mi familia que supieron entender mis tiempos y me ayudaron a sortear estos momentos. A mi marido Marcelo que fue superándome día a día y acompañándome para que pueda realizar mi tesis.

A mi hijo que supo sostener, alentar y colaborar cuando más lo necesitaba.

A Laura Brelles, profesional, amiga y coequiper desde hace varios años en el inicio de la transdisciplina; la que orientó y me dio la posibilidad de realizar este trabajo.

A mi compañera, amiga y excelente profesional Valeria Ithurrealde por su colaboración en las correcciones.

A mis padres, quienes son puentes indispensables para que no me rindiera.

Y por último y como cierre a mis abuelos, que estarían orgullosos.

Resumen

El objetivo de este trabajo es explorar los beneficios del enfoque transdisciplinario en la intervención de jóvenes con trastornos del espectro autista, desde la práctica psicopedagógica.

Para otorgar credibilidad, se presenta un caso que refleja dicha labor. Desde esta perspectiva, el trabajo en equipo en forma transdisciplinaria implica una tarea de consenso en la que todos y cada uno de los miembros persiguen los mismos objetivos, integrando y coordinando sus conocimientos para responder a las diversas y cambiantes necesidades que surgen en la práctica.

El enfoque transdisciplinario permite al equipo compartir y fusionar tanto la información como los roles, de modo que cada profesional de la salud pueda reunir información y detectar necesidades, que brindará las orientaciones, estrategias y asesoramiento oportunos.

Es un intento de comprender que a través de este abordaje se construye un conocimiento integrado, superador de las partes para mejorar el conocimiento del sujeto con discapacidad.

Palabras claves: transdisciplina, comunicación, vínculos, trabajo colaborativo, complejidad, discapacidad, autismo, psicopedagogía.

Índice de Contenido

Introducción	6
Capítulo 1: Reseña histórica del autismo	7
Definición de los trastornos del espectro autista	9
Trastornos del Espectro Autista según el DSM V	9
Teorías que sustentan el trabajo de pacientes con trastornos del espectro autista	14
Teoría de la mente	14
Teoría de la integración sensorial	15
Teoría Cognitivo - Conductual	16
Teoría de la disfunción ejecutiva	17
Teoría de la coherencia central débil	18
Teoría ecológica del desarrollo Humano	18
Modelo Social de la discapacidad	19
Capítulo 2: La psicopedagogía	22
Rol Del Psicopedagogo	23
Intervención del Psicopedagogo en Jóvenes con TEA	23
Intervención con la familia	25
Capítulo 3. Transdisciplina: La complejidad desde una mirada actual	28
Multidisciplina, Interdisciplina y Transdisciplina	28
Factores que favorecen y obstaculizan la transdisciplina	32
Aspectos que intervienen en el Equipo transdisciplinario	34
Caso Tomás	38
Redescubriendo su vida	38
Comienzo de las terapias en domicilio con profesionales de la salud	39
Conclusión	43
Referencias	47

Introducción

En la actualidad, la realidad nos obliga a reconsiderar nuestra práctica como profesionales de la salud, dado que los cambios ocurren a un ritmo acelerado y corremos el riesgo de quedarnos con métodos de trabajo obsoletos.

No podemos considerar a una persona de manera descontextualizada, fragmentándose en partes que se analizan por separado. Es fundamental partir de una visión integral de la persona. El paradigma de la complejidad de Edgard Morin (1990) plantea que debemos aspirar a lo diverso y lo particular.

Para abordar ésta temática, comenzamos en el capítulo 1 con una breve reseña histórica del autismo, conduciendo a la definición de los trastornos del espectro autista. En el mismo capítulo se desarrollan algunas teorías importantes que sustentan la intervención como profesionales de la salud.

En el capítulo 2, se realiza una descripción de la psicopedagogía y del rol del psicopedagogo, para finalizar este capítulo con la intervención del psicopedagogo con jóvenes con trastornos del espectro autista.

El capítulo 3 plantea los diferentes paradigmas a través de la historia y cómo se llega a la transdisciplina como recurso valioso para el trabajo en equipo. Se desarrolla la forma de trabajo transdisciplinar y los factores que obstaculizan y favorecen esta intervención.

Para concluir este trabajo, se presenta un caso de un joven de 23 años, con diagnóstico de autismo, que llega al consultorio por demanda de la familia, debido a sus conductas disruptivas afectando su participación en el mundo externo. El equipo de profesionales, neurólogo, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, psicopedagogo y acompañante terapéutico, aunó criterios y conocimientos para incluir paulatinamente al joven en diferentes actividades recreativas y sistemáticas, a través de un plan de tratamiento abordado desde un trabajo transdisciplinario.

Capítulo 1: Reseña histórica del autismo

La etimología del término autismo, deriva del griego autos que significa uno mismo. Aunque específicamente este concepto fue para definir a las personas esquizofrénicas con retraimiento, luego pasar por diferentes conceptualizaciones, para llegar a lo que hoy se conoce como trastorno del espectro autista (TEA).

Si bien el término es muy antiguo, recién se comienza a utilizar hacia 1911, con el psiquiatra suizo Paul Bleuler, aportando a este concepto como sinónimo de la pérdida con la realidad. El autismo está caracterizado, según él, por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, construyendo un mundo cerrado, separado de la realidad exterior y a la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás.

En 1920 Minkowsky consideraba que el autismo era una falta de contacto vital con la realidad y afirmaba que era lo que generaba la esquizofrenia.

Años después, H. Asperger (1938) fue el primero en nombrar al autismo como una condición específica y documentó características de las personas autistas, describe que los niños son solitarios y no presentan vínculo con las personas y por este motivo la comunidad los rechaza.

Kanner (1943), identificó al autismo como un trastorno psicológico separado en los niños. Lo describió como autismo infantil temprano, con características como obsesión, déficits en el comportamiento social y una necesidad de uniformidad. Este autor, publicó un trabajo llamado perturbaciones autísticas de contacto afectivo, donde analiza las características más importantes de estos niños. A partir de su publicación se comienza a comprender algunas características propias del espectro quien lo definió como autismo infantil precoz.

En un intento de aislar el síndrome autista de las otras condiciones, fue necesario determinar qué síntomas eran generales y cuáles eran específicos. Los síntomas generales serían: retraso en la adquisición del lenguaje que dificulta la comprensión; ecolalia e inversión pronominal y fenómenos ritualistas o compulsivos. La falta de respuesta social y las dificultades de lenguaje sólo pueden considerarse indicadores claros de autismo si no corresponden a la edad mental del niño.

En lo que respecta a las características específicas para este diagnóstico, pueden evidenciarse movimientos repetitivos estereotipados, especialmente

manierismos en las manos y en los dedos, poca capacidad de atención, retraso en el control de los esfínteres y conductas autolesivas.

Hans Asperger (1944), publicó algunos casos y análisis de los mismos. Siendo los más detallados sobre autismo hasta el momento; describe el síndrome de psicopatía autística, apareciendo en los cuatro años de edad aproximadamente, en este síndrome se observa un contacto perturbado de la realidad, pero con buen funcionamiento intelectual, aunque con trastornos del pensamiento y disociación afectiva.

Kanner y Bettelheim (1967), consideraban que el autismo provenía de una crianza deficiente por las madres emocionalmente frías, siendo estas responsables de los síntomas del autismo. Aspecto que generó culpa y frustración en las familias.

Sukhareva (1970), psiquiatra infantil soviética fue la primera persona en definir el autismo como se conoce hoy. Un referente de los trabajos de Kanner y de Hans Asperger.

Durante mucho tiempo los términos autismo, psicosis infantil y esquizofrenia infantil fueron utilizados de manera indistinta. Recién en 1980 se realizó la distinción entre autismo y esquizofrenia, considerando así la definición en el DSM III, el autismo infantil aparece dentro de los TGD.

Se logró alcanzar un consenso en cuanto a la concepción del autismo como un síndrome conductual que afecta a una amplia gama de áreas tanto del desarrollo cognitivo como del afectivo, juzgándolo como un trastorno generalizado del desarrollo, tal como recogen las diferentes clasificaciones el CIE-10 y DSM-IV-R.

Baird y su equipo (1990) proponen, abandonar la etiqueta diagnóstica de trastorno generalizado del desarrollo (TGD), un concepto muy usado en el sistema educativo, obteniendo así un diagnóstico específico; más tarde, considerando más adecuado el concepto, se cambia el mismo a trastorno específico del desarrollo.

En este momento de la historia y después de grandes investigaciones cambia estructuralmente de ser un problema causado por una mala crianza a ser un trastorno del neurodesarrollo con marcado carácter biológico causado por factores genéticos y ambientales, hito muy importante para la intervención en los tratamientos de estos jóvenes.

Definición de los trastornos del espectro autista

Según el Manual diagnóstico y Estadística de trastornos mentales (DSM) publicado por la Asociación de Psiquiatría; manual utilizado por los psiquiatras para la clasificación de trastornos mentales, en 1994, fue el que instauró las bases para las clasificaciones tanto en el área de salud como en el área educativa. La última versión es el DSM V (2013).

Para obtener una comparación de los mismos y ver las diferencias se puede observar en el siguiente cuadro:



Trastornos del Espectro Autista según el DSM V

El Trastorno del espectro autista es una alteración en el neurodesarrollo, en las competencias sociales, comunicativas y lingüísticas; Como así también alteración en las habilidades para la simbolización y la flexibilidad del pensamiento.

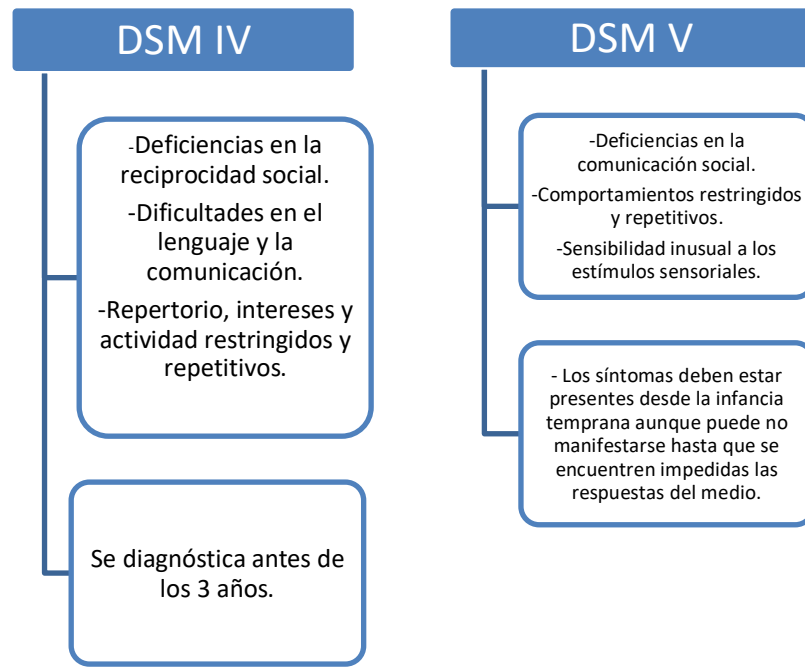
Se denomina trastorno del espectro autista, porque se ve como un continuo. El término espectro, es usado para entender que un mismo diagnóstico varía sus características, dependiendo el nivel que estén afectados los componentes sociales, comunicativos, la flexibilidad, simbolización presencia y grado de discapacidad cognitiva.

En esta nueva clasificación usada actualmente en el DSM V (2013) las diferencias que se encuentran son las siguientes: desaparecen los subtipos como trastornos generalizados del desarrollo, asperger, síndrome de rett y autismo. La mayoría de estas clasificaciones se fusionan en lo que hoy se llama Trastornos del espectro autista (TEA). El síndrome de Rett no forma parte de esta clasificación, porque tiene base genética. Se elimina la clasificación por ejes. Se modifican los criterios diagnósticos. Las alteraciones en la interacción social recíproca y en la comunicación se fusionan en una categoría. Se incrementa el número de áreas alteradas para considerar el diagnóstico.

Dentro de la definición de los trastornos del espectro autista, encontramos que se habla de un trastorno del neurodesarrollo, iniciándose en la niñez, presentando alteraciones del comportamiento, en la cognición y en las relaciones vinculares, pudiendo estar acompañada o no de otros trastornos tanto mentales y/o cognitivos.

Las áreas afectadas serían las siguientes: déficits en la Interacción y comunicación social. Reciprocidad social y emocional, se observa acercamiento social anormal, fracaso del diálogo habitual, porque no hay intereses y porque el sentido de emoción o afecto no se encuentra presente en estas personas. Comunicación no verbal, presentan deficiencia en conductas comunicativas, no hay contacto visual, no comprenden gestos ni lenguaje corporal, hay falta de expresión facial. Desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, presentando dificultades para ajustar el comportamiento en diferentes contextos sociales, dificultad para compartir juegos imaginativos, también para comenzar una relación vincular con pares. Comportamientos restringidos y repetitivos de intereses o actividades. Inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados. hiper o hipo actividad a los estímulos sensoriales, pudiendo tener respuestas agresivas a ruidos, sonidos, texturas, olores etc. Olfateo o palpación excesiva, tanto a comidas como a todo tipo de objetos. Fascinación visual por luces, sonidos o movimientos.

En el siguiente cuadro se puede observar que en el DSM V consideran las mismas áreas incorporando los estímulos sensoriales.



Otro componente a tener en cuenta son los grados de gravedad del trastorno. Estos niveles van del grado 1 al 3 dependiendo la dificultad que presente.

Grado	Comunicación Social	Comportamiento Restringido
Grado 3	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda muy notable. - Deficiencias graves de las habilidades de comunicación social verbal y no verbal. - Alteraciones graves del funcionamiento. - Interacciones muy limitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades graves en los cambios de cualquier actividad. - Ansiedad manifiesta. - Agresiones y autoagresión.
Grado 2	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda notable. - Presenta problemas sociales. - La comunicación es excéntrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para los cambios. - Comportamiento repetitivo que interfiere en el funcionamiento en diversos contextos. - No poder cambiar el foco de atención.
Grado 1	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda, pero puede realizar actividades solo. - Presentan dificultad para iniciar un diálogo. - Respuestas atípicas. - Poco interés en las relaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inflexibilidad en el comportamiento - Problemas de organización y planificación. - Dificultad en la autonomía.

En paralelo, en Argentina, se encuentra el manual de clasificación usado para realizar el diagnóstico diferencial de los TEA que es el CIE 11, salió en mayo de 2018, siendo la última versión de diagnóstico dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta definición habla que es un Trastorno del Neurodesarrollo. Trastorno porque presentan un comportamiento o grupo de síntomas identificables que producen malestar, disfunción o interferencia con las actividades que se espera que realice una persona.

Espectro porque hace referencia a la variedad de manifestaciones y profundidad de las mismas. Las características esenciales de este trastorno por el CIE 11 son las siguientes:

- Déficit persistente y no apropiado a la edad y nivel del desarrollo intelectual para sostener la comunicación social y la interacción recíproca.

- Limitaciones en comprender, intereses y responder a las comunicaciones sociales, verbales y no verbales.
- Limitaciones en comprender gestos, contacto visual, expresiones faciales y corporales.
- Limitaciones en comprender el lenguaje en el contexto social, falta de habilidad para sostener conversaciones.
- Limitaciones para reconocer claves sociales.
- Dificultades en la habilidad para imaginar y responder a sentimientos, estados emocionales y actitudes de otros.
- Limitaciones para compartir intereses.
- Dificultades para establecer y mantener relaciones con sus pares.
- Patrones del comportamiento e intereses repetitivos e inflexibles que son atípicos o excesivos.
- Falta de adaptabilidad a nuevas experiencias.
- Inflexibilidad o adherencia a rutinas.
- Rituales, patrones excesivos.
- Patrones de movimientos repetitivos (balanceo, marcha atípica, etc.).
- Preocupación persistente a uno o más intereses a objetos o estímulos.
- Hipersensibilidad o hiposensibilidad a estímulos sensoriales como luces, sonidos, olores, sabores, calor, frío, dolor.

Se observa que los trastornos del desarrollo del lenguaje no son típicos de los TEA, algunos presentan limitadas habilidades comunicativas o nulas, pero otros son muy buenos oradores.

Teorías que sustentan el trabajo de pacientes con trastornos del espectro autista

Teoría de la mente

Gracias a los descubrimientos sobre la plasticidad cerebral y las neuronas en espejo y las explicaciones del desarrollo psíquico cerebral del ser humano, se piensa en interacciones entre lo genético, biológico, constitucional y el entorno psicosocial y socio- cultural en el que vivimos.

Las neurociencias introducen el concepto de plasticidad neuronal, entendiendo que las influencias que el medio ambiente ejerce sobre el cerebro, su constitución y transformación. Desde que se puede obtener el mapa genético, se sabe que los organismos no trabajan solos, sino que lo hacen en red e interactúan entre ellos. En este sentido se infiere que la crianza y la educación tienen un papel importante en el desarrollo del psiquismo y del cerebro humano.

Otro concepto importante, de esta teoría es que al conocer que el medio influye en el desarrollo humano, en la capacidad de comunicarse y de relacionarse con los otros, plantean a un conjunto de red neuronal, llamadas neuronas en espejo. Este grupo de neuronas es el soporte biológico de la empatía, La teoría de la mente se refiere a la habilidad de comprender y predecir la conducta de otros.

Autores como Rizzolatti (1996) y Gallese (2001), consideran que el grupo neuronal espejo se enciende cuando se ejecutan movimientos y también contemplan a otros hacerlo; también se activan cuando hay una representación mental, sin ver la acción, se puede concluir que las neuronas en espejo, permite hacer propias las acciones, sensaciones y emociones de los demás.

A través de unas neuronas, llamadas neuronas en espejo se puede entender que los otros también tienen sus propios sentimientos. Estas neuronas se activan cuando otra persona está realizando una conducta o una emoción (llorar, reír). Remite a la empatía, siendo esta la capacidad que tiene una persona de comprender las emociones y/o sentimientos de los demás, basada en conocer al otro como similar. El concepto de empatía es lo que define al fundamento teórico de la misma; comprender el por qué lo lleva a una persona a actuar de una manera determinada.

B. Cohen, L. y Utha Frith (1985), plantearon esta habilidad de las personas neurotípicas, donde representa los estados mentales de los demás e incluye otros estados mentales como soñar, creer, conocer, etc.

Para que ocurra esta sinapsis se necesita de habilidades como la atención conjunta, que es la capacidad de atender a un mismo estímulo de forma sostenida; y de la empatía cognitiva y emocional, siendo la capacidad innata de ponerse en el lugar de otro.

Para Rizzolatti en el autismo hay un déficit en el sistema de neuronas espejo. Este autor considera que el déficit en la socialización de las personas con autismo se produce porque no se pone en marcha la capacidad de predecir intencionalmente y conocer e interiorizar el estado emocional de los demás, habilidades que surgen de este sistema en espejo. Dentro del espectro, en general presentan dificultad para comprender las emociones de otra persona, darse cuenta de las intenciones e interés del interlocutor, gran dificultad de entender chistes o metáforas, o de engañar, porque presentan literalidad en sus pensamientos.

Estos descubrimientos son esperanzadores en cuanto a la prevención y tratamiento temprano de las personas con TEA. Con intervenciones adecuadas en la interacción, cuidador-bebé, se puede modificar el estilo interactivo, facilitando la constitución y el funcionamiento del sistema de neuronas espejo y por ende la capacidad de comprensión y comunicación empática.

Teoría de la integración sensorial

Una teoría muy importante para el trabajo con estos pacientes, es la Teoría de la integración sensorial, fundamentando así la capacidad que el cerebro tiene de recibir información del medio por diferentes sistemas, como el oído, gusto, olfato, tacto, vista.

Los supuestos de esta teoría son: los sistemas sensoriales influyen en el desarrollo y desempeño ocupacional; importancia en el desarrollo del sistema nervioso central; el proceso de desarrollo y por último la importancia del ambiente y el contexto de la intervención.

Dentro de sus bases establece los siguientes principios: sensación dirigida a la experiencia y experiencia dirigida a la sensación; adaptar a los desafíos dirigidos al

éxito respuesta adaptativa; motivación es la clave para activar la participación-juego; el juego hace el aprendizaje divertido y el desafío alcanzable- respuesta adaptativa.

Siguiendo esta línea, en estos pacientes, se puede encontrar diferentes desórdenes del procesamiento sensorial, como déficits táctiles y de planeamiento motor; déficit de percepción visual; déficit vestibular, postura y de integración bilateral; defensibilidad táctil e hiperactividad, distractibilidad; y otros factores como auditivo, del lenguaje, la percepción.

En los desórdenes perceptuales la persona presenta dificultades para descifrar la información sensorial de manera exacta. Se observan dificultades en la percepción visual y táctil. En el déficit vestibular las dificultades se observan en las funciones posturales de equilibrio, porque no presentan coordinación bilateral y de movimientos de secuencia. Se observan dificultades en la planificación de acciones y desórdenes en la modulación los cuales llevan a responder por bajo o sobre los estímulos sensoriales. Los casos más severos incluyen bajo registro sensorial casi ignorando el estímulo.

Teoría Cognitivo - Conductual

En la década de los 60' se comenzó a pensar en el autismo como un trastorno neurobiológico con alteraciones cognitivas más que afectivas y con fallas en el procesamiento de la información. Esta visión surge como alternativa al modelo psicoanalítico; la idea principal es que toda conducta sea adaptada o desadaptada es aprendida y puede modificarse por medio de aprendizajes.

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una forma de psicoterapia que tiene como objetivo ayudar a las personas a cambiar los pensamientos, sentimientos y comportamientos para afrontar mejor diversos desafíos y mejorar el bienestar. Esta teoría, se basa en la idea de que los pensamientos influyen en las emociones, que a su vez afectan a las acciones; al identificar y modificar pensamientos inútiles o distorsionados, se puede reducir las emociones negativas y mejorar las positivas, lo que lleva a comportamientos más adaptativos y efectivos.

El abordaje desde esta visión puede ser especialmente beneficioso para los adolescentes con trastorno del espectro. Las personas con TEA pueden tener diferentes formas de pensar, aprender y procesar información, lo que dificulta comprender y relacionarse con los demás, expresar sus sentimientos y gestionar sus

emociones, estos desafíos pueden provocar baja autoestima, ansiedad, depresión, ira y otros problemas de salud mental.

La intervención desde esta teoría puede enseñar a entender la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos; necesitan aprender a monitorear y registrar sus propios pensamientos, emociones y acciones y a evaluar su precisión y utilidad; se enseña a identificar y desafiar pensamientos negativos o irracionales. Los pacientes pueden tener distorsiones cognitivas, como generalizar en exceso, catastrofizar, personalizar, que les hacen ver las situaciones de forma pesimista, de esta forma intenta ayudar a reconocer estos patrones y reemplazarlos con pensamientos más equilibrados y realistas así como se pueden desarrollar habilidades y estrategias para afrontar situaciones estresantes o desafiantes. La terapia cognitiva conductual enseña diversas técnicas para afrontar situaciones disruptivas, como la relajación, la respiración, la atención plena, la resolución de problemas, la asertividad o las habilidades de comunicación.

La intervención mejora la autoestima y resiliencia. Los pacientes al tener poca confianza en sí mismos y baja autoestima se sienten aislados o diferentes de sus compañeros. Presentan dificultades para afrontar el fracaso, la crítica o el rechazo. Ayuda a desarrollar una imagen de sí mismos más positiva y realista y a aumentar su autocompasión y autoaceptación. A sí mismo, apunta a sus fortalezas y logros, muestra los errores y reveses como oportunidades de aprendizaje y crecimiento. Al aplicar estos principios y habilidades se aprende a afrontar mejor los desafíos y desarrollar su bienestar.

En 1960, con el auge de esta teoría, se realizaban programas con objetivos específicos para trabajar emociones y conductas. Los programas fueron los que dieron pie a las escuelas especiales para demostrar que los niños con diferentes conductas desadaptativas podían ser educables.

Teoría de la disfunción ejecutiva

Esta teoría fue formulada por Pennington y Ozonoff (1996), intenta explicar patrones de comportamiento, intereses y actividades estereotipadas y restringidas de las personas con TEA.

Se basa en que las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades cognitivas que utiliza una persona para realizar una actividad. Estas capacidades

permiten el aprendizaje, la organización, ser flexibles, anticipar, planificar, entre otras habilidades tan importantes para realizar cualquier actividad.

Las funciones a destacar, son la inhibición de respuesta, la cual es la capacidad para no responder ante un estímulo del medio. La memoria de trabajo, se utiliza para almacenar información y se divide en memoria verbal donde se encuentran las reglas para realizar una actividad y la memoria de trabajo no verbal donde se obtienen imágenes y el dominio del tiempo, siendo es un reservorio de lo pasado. La autorregulación del estado de alerta, emocional y motivacional, es una capacidad de cambiar el comportamiento, según el contexto; es la encargada de modular las respuestas, comprender reacciones, generar y contener emociones.

Las funciones ejecutivas juegan un papel muy importante para la resolución de problemas, con ellas se puede anticipar, prever resultados y acciones. Implica fijar metas, planificar, secuenciar acciones, flexibilidad para pasar a otra actividad de ser necesario.

Teoría de la coherencia central débil

Esta Teoría fue presentada por U. Frith (1989) y B. Cohen (1999), en líneas generales se puede decir que se basa en que las personas dentro del espectro tienen dificultades en integrar la información en un todo, coherente y general; focalizando su atención en pequeños detalles. Se investigan dos partes muy importantes, el área perceptual, que implica la preferencia de las personas con TEA de procesar la información local antes que la global. En el área conceptual, pueden fracasar en el procesamiento del sentido contextual y el conocimiento previo.

Teoría ecológica del desarrollo Humano

Desde una visión ecológica, el desarrollo es un proceso de acomodación entre el individuo y el medio. Se trata de un proceso de formación progresiva de la persona en el cual se integra los factores personales, ambientales y sociales. Este modelo ecológico sugiere que cada ser humano se desarrolle dentro de un contexto de sistemas que favorecen o entorpecen el desarrollo de la persona. Presenta distintos niveles de influencias, el nivel personal, familiar, escolar, vecindario, la comunidad y servicios, valores culturales, creencias e ideologías dominantes. Pensar el desarrollo infantil desde una perspectiva integral supone comprender que la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños son aspectos interdependientes. Las familias

y los adultos asumen un rol determinante en la crianza desde el cuidado, el afecto, los valores y la protección necesaria.

El desarrollo del sistema nervioso central, en los primeros años es primordial para un desarrollo psicomotor, cognitivo y del lenguaje acorde a las pautas madurativas. Este sistema permite desarrollar habilidades innatas y enfrentar los desafíos propios del desarrollo, pero el buen funcionamiento del organismo no se alcanza por sí solo para producir el desarrollo cognitivo, hace falta un tipo de intercambio con el medio familiar, este con sus actitudes, valores, roles, modos de vinculación, historias de vida, inciden en el bebé, niño, joven como potenciadores o inhibidores de su aprendizaje y desarrollo.

Modelo Social de la discapacidad

El avance hacia el modelo social de la discapacidad implica varios cambios significativos en cómo se conceptualiza y aborda la discapacidad. Este modelo, se diferencia del modelo médico de la discapacidad, siendo su eje principal la inclusión, la participación y la interacción social, en lugar de centrarse únicamente en la limitación individual de la persona con discapacidad. Algunos de estos cambios, implican la importancia de la participación activa de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida, incluyendo el trabajo, la educación y el ocio. Se considera un indicador de inclusión y calidad de vida. Se reconoce la interacción social, como fundamental para el desarrollo personal, la cual implica la necesidad de entornos accesibles y actitudes inclusivas. Se enfatiza la importancia de que las personas con discapacidad puedan asumir roles sociales significativos y variados, lo cual es esencial para su reconocimiento como miembros plenos de la sociedad.

El modelo social, presenta ejes primordiales abordando la inteligencia, pero reconoce que no debe ser el único factor determinante para evaluar las capacidades de una persona con discapacidad. Se refiere a las habilidades prácticas, sociales y conceptuales que las personas usan en su vida diaria. Su evaluación independiente permite una comprensión holística de las capacidades y necesidades de la persona.

La salud mental, se integra como un componente esencial de la salud general. Esto refleja una comprensión más integral de la salud, que incluye tanto aspectos físicos como mentales. La concepción de salud indica un movimiento hacia una

evaluación más centrada en la salud mental y la resiliencia, en lugar de centrarse en las limitaciones psicológicas.

Se considera una variedad de contextos en los que la persona se desenvuelve, incluyendo la familia, la comunidad, el entorno laboral y educativo, entre otros. Esto implica reconocer la influencia del entorno en la vida de las personas con discapacidad y la necesidad de adaptar estos entornos para fomentar la inclusión.

Desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es en realidad un hecho social en el que las características del sujeto tienen tan sólo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades derivadas de sus déficits.

Este modelo está ligado íntimamente al enfoque de derecho. Se destacan entre otras medidas necesarias la de la accesibilidad universal, el diseño para todos y todas, la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.

La discapacidad desde esta perspectiva no existe en sentido absoluto, es interactiva y es el reflejo de una situación concreta; es fluida y cambiante; depende de las limitaciones funcionales de la persona y los apoyos disponibles en el ambiente.

El cómo una persona con discapacidad se ve a sí misma y se define está condicionado por los significados construidos a nivel social.

A partir de este modelo se debe cambiar el centro de la implicancia del problema, del sujeto, hacia una mirada colectiva, requiere de prácticas cotidianas que inviertan el modo de actuar y pensar en torno a ese sujeto.

En síntesis, los trastornos del espectro autista, se producen por un déficit en diferentes áreas funcionales que conducen a una alteración difusa de los procesos de desarrollo.

Se presenta con retrocesos de patrones normales que afecta tres áreas del desarrollo, las relaciones sociales, el lenguaje verbal y no verbal y las conductas repetitivas e interés restringido. Se diagnostica antes de los tres años. Si tenemos en cuenta el desarrollo normal, en los dos primeros años el desarrollo de neuronas y sinapsis alcanza su mayor magnitud, en esta etapa aparece el lenguaje, competencias de juego simbólico, pautas competitivas, proceso de acción conjunta y negociación; llevando estas pautas sociales. En los pacientes con TEA estas funciones aparecen alteradas.

Presentan dificultades en ordenar su mundo externo para luego armar su mundo interno y así lograr la intersubjetividad, siendo éste el acuerdo perceptivo entre el bebé y el cuidador, produciendo alteraciones, ya que no pueden organizar las demandas del medio.

Otro aspecto importante es la alteración en el lenguaje y su comprensión, afectando la relación y comunicación con el otro y el medio, ya que no hay una interacción, no se produce el juego simbólico, no presentan intención comunicativa y muchas veces no entienden el doble sentido, los chistes o metáforas.

Al presentar conductas repetitivas, como balanceos, golpeteos, estas no permiten el juego espontáneo, presentan también torpeza motora, y juego solitario, esto conduce a empobrecer el desarrollo del lenguaje, ya que limitan la exploración del medio.

Se observa que las funciones cognitivas básicas como la atención y la percepción se encuentran perturbadas; presentan una atención selectiva de estímulos, y al no integrar el todo, solo atienden a un aspecto, sea este color o forma. Presentan lentitud en cambiar el foco de atención. En cuanto a las sensaciones no logran identificar las mismas, como el calor, frío, dolor.

Las funciones de segundo orden como la memoria y la asociación presentan dificultades; tiene más desarrollada la memoria fotográfica, procesan información, pero no pueden secuenciar. En cuanto a las funciones de tercer orden presentan un pensamiento concreto, y repetitivo en general memorístico, sin poder ser flexibles para cambiar las formas de realizar una actividad.

Por último, en cuanto al desarrollo emocional, observamos dificultades para comprender el medio. No comprenden reglas sociales y no presentan habilidades sociales básicas para poder relacionarse. Como hemos visto, no pueden empatizar, esto hace que el mundo externo sea una incertidumbre, genera angustia, estrés y rechazo.

Después de todo, como profesionales de la salud, debemos acompañar esta heterogeneidad que abarca hoy los trastornos del espectro autista.

Capítulo 2: La psicopedagogía

La historia de la psicopedagogía no data de mucho tiempo. Si bien surge en nuestro país en 1950, nace de la fusión de la psicología y la pedagogía, tomando ambas disciplinas para poder intervenir en los obstáculos que presentan algunos pacientes ante el aprendizaje.

La psicopedagogía como disciplina, en sus orígenes se sustentaba en el proceso de aprendizaje escolar y las dificultades que se presentan en un desarrollo atípico. Hacia 1980, se redefine y su objeto de estudio es el hombre como un ser que aprende. A partir de diferentes investigaciones y con un método específico, surge la Clínica Psicopedagógica, emergiendo como disciplina propia. Las bases fueron dadas por la epistemología genética con su máximo referente, Jean Piaget; el psicoanálisis con Freud y la psicología social siendo Pichón Riviere su mentor. Se le otorga una visión parcial, dejando el aprender y el enseñar como solo situaciones del ámbito escolar. Más adelante, aparece la epistemología convergente con referentes como Jorge Visca.

En 1990, la psicopedagogía recibe influencia de diferentes campos como la genética, la filosofía, neurología, la cibernética, la teoría de los sistemas, el psicodrama, tomando un camino relevante, para una identidad propia.

Según Estela Mora (2001), la psicopedagogía atiende al aprender, teniendo en cuenta la singularidad del ser como un devenir constituido por matrices genéticas.

Esta disciplina se remitió a niños y se implementaron test y técnicas para detectar perturbaciones en general cognitivas. Más tarde con la influencia del psicoanálisis se comienzan a incluir técnicas proyectivas para poder analizar su personalidad y estado de ánimo.

En consecuencia de la línea histórica la psicopedagogía clínica se preocupa por entender la singularidad de las situaciones de aprendizaje ligadas a cuestiones profundas de la historia personal. Marina Müller (1990) nos explica esta posición cuando nombra al síntoma no para sacarlo sino para entender profundamente él porque del mismo. Esta autora propone un abordaje clínico, operativo y preventivo, a partir de una concepción existencial, humanista, psicogenética y psicoanalítica, dando lugar a un abordaje interdisciplinario y transversal. Por consiguiente, no podemos desestimar que la psicopedagogía está basada en la transdisciplina. Como

se expuso, el resultado de la misma confluye con una multiplicidad de disciplinas, por ende, el tratamiento debería tener en cuenta esta confluencia.

Rol Del Psicopedagogo

La intervención del psicopedagogo debe potenciar las capacidades y habilidades de la persona a lo largo de su vida; realizando acciones para llevar a cabo la autonomía en todos los aspectos donde la persona tiene un rol activo, en el área educativa, social, laboral y personal.

La psicopedagoga/o desde una actitud reflexiva, crítica y pluralista, participa en equipos para diagnosticar dificultades, elaborar y ejecutar programas y proyectos en las diferentes áreas ya nombradas; abordando al sujeto en el transcurso de su vida, en su aprendizaje formal y no formal, permitiendo estrategias y habilidades para afrontar la realidad del sujeto, de su familia como así también de los miembros de la sociedad.

Como menciona Salomone (2012), se debe abordar la clínica desde una mirada singular, atravesada ésta por la complejidad macro social.

Rodríguez Muñiz (2001) plantea que el trabajo de la psicopedagoga/o se orienta a reducir riesgos y atender a las señales que pueden obstaculizar el desarrollo normal, transformando las intervenciones en acciones que promuevan un desarrollo cognitivo y reduzcan y/o eviten dificultades en la escuela.

Intervención del Psicopedagogo en Jóvenes con TEA

En el capítulo anterior se nombraron las diferentes teorías que explican el abordaje de los niños y Jóvenes con autismo. En este apartado se relacionarán las mismas con la intervención del Psicopedagogo.

Al intervenir con un paciente dentro del espectro autista, primero debemos saber que no podemos abordar los síntomas, sino que el objetivo principal es desarrollar su autonomía para una mejor calidad de vida tanto del paciente como de su familia. Teniendo en cuenta este objetivo, lo primero que debemos construir es un vínculo positivo, para luego desplegar nuestro plan de intervención, siendo éste centrado en la persona y la familia.

Valdez (2019), sostiene que las intervenciones y los apoyos deben ajustarse a las necesidades y preferencias de cada persona. Los planes deben diseñarse según la planificación centrada en la persona (PCP).

Un aspecto importante, es dar tiempo para conocer al paciente y que nos conozca, que el trabajo es en conjunto, para esto la motivación es imprescindible; debemos implicarnos en su historia, en sus intereses, en sus gustos. El abordaje no se basa solo en una teoría, sino que debemos interactuar con todas y cada una de ellas acordando momentos y entendiendo el accionar del paciente. Para que este primer momento suceda debemos acordar que el enfoque debe centrarse en la adaptación del entorno, tanto en su hogar como en la escuela y otras instituciones en la cual concurra, como deportes y espacios recreativos. Se deben observar los estímulos, los vínculos, las actividades y como son proporcionadas.

Siguiendo la línea de intervención, los métodos de enseñanza, son importantes y se debe tener en cuenta; en un primer momento se realiza una entrevista con los docentes a cargo para preparar las actividades con anterioridad, así llevar a cabo el proceso educativo. Desde el modelo social la discapacidad, el aprendizaje y la enseñanza al ser hechos sociales, las características del sujeto tienen relevancia cuando se evidencian en el medio; por este motivo como profesionales de la salud, es necesario acordar con los profesionales de la educación para que el abordaje sea enfocado desde las mismas perspectivas, sin que se generen malentendidos; comprendiendo que la discapacidad es una interacción con el medio, siendo el reflejo de una situación concreta; es fluida y cambiante; depende de las limitaciones funcionales de la persona y los apoyos disponibles en el ambiente.

El cómo una persona con discapacidad se ve a sí misma y como lo ve su familia está condicionado por los significados construidos a nivel social, por esto se debe intervenir para que estas visiones sean concretas, específicas y apunten al máximo desarrollo del paciente.

El desarrollo de las habilidades tanto de las funciones ejecutivas como cognitivas (memoria, la atención, la capacidad viso-espacial, praxias, gnosias, organización, planificación, motricidad), son de suma importancia para la integración del mundo físico, así comprender el mundo que los rodea. Se aborda la construcción de su autoestima y autonomía para una mejor calidad de vida.

Luego de una evaluación del paciente, el tratamiento debe tener en cuenta sus fortalezas y debilidades, esto facilita una relación entre él y el entorno y claramente con su tratamiento.

Los apoyos visuales son muy importantes, si no hay lenguaje oral, se puede comunicar a través de pictogramas, con comunicación aumentativa y alternativa, por medio de fotos, de objetos concretos, dependiendo del nivel del paciente. Estos apoyos se utilizan para facilitar la comprensión del mundo, para anticipar situaciones, para comunicar emociones, agrado, desagrado; facilitando el trabajo en las terapias, en el ámbito escolar y familiar.

Como fue mencionado, uno de los ejes principales es la dificultad en la comunicación, esto aumenta los problemas vinculares y puede desencadenar en conductas inadecuadas ante su incomprensión, por eso es importante trabajar en desarrollar habilidades sociales y emocionales.

Debemos tener en cuenta que, dada la heterogeneidad de los pacientes con TEA, la evaluación y el tratamiento es específica y concreta en cada caso, centrada en la persona y sus necesidades.

Intervención con la familia

La intervención con la familia es de vital importancia, ya que es un pilar básico para el objetivo que tenemos como profesionales. El abordaje se realiza desde una mirada ecológica, considerando la importancia del entorno y la interacción del paciente con el medio. El modelo ecológico-sistémico, considera al paciente, a su familia y al medio en el que se desenvuelven, considerando las características personales y la calidad de las interacciones.

Martínez Moreno y Calet (2015) proponen la intervención basada en el modelo biopsicosocial, publicado por la OMS, el cual tiene en cuenta la prevención y la asistencialidad, para potenciar las capacidades y desarrollo del paciente. Este modelo favorece la inclusión en el medio.

El primer objetivo de la intervención familiar será brindar a los padres seguridad en su crianza y en el desarrollo de habilidades, fortaleciendo los vínculos, la comunicación y la autonomía.

Como parte de las intervenciones se encuentra la intervención psicoeducativa. Riviere (1998) menciona a esta intervención como aquella que enseña habilidades y

promueve el desarrollo de funciones psicológicas que los pacientes con autismo no logran desarrollar de manera espontánea.

Por otra parte, Martos- Pérez (2005) considera que los pacientes con tea al no disponer de habilidades espontáneas, es oportuno enseñar competencias sociales y conductuales.

Las intervenciones psicoeducativas, al decir de Shopler y Reicheler (1979) refieren a intervenciones educativas basada en los aprendizajes y la modificación de la conducta, se orientan a trabajar con la conducta, la comunicación verbal y no verbal, con la capacidad simbólica, representativa y la imaginación. A través de esto se intervienen en las relaciones positivas y significativas con otros.

Según Mila y Mulas (2009) plantean que no solo se debe trabajar en la reeducación de conductas positivas y flexibles, sino que también debemos intervenir en la eliminación o disminución de conductas inadecuadas y disruptivas.

Riviere (1998) menciona que estas intervenciones son flexibles, se deben planificar a partir de las fortalezas y debilidades de cada paciente, y se pueden ajustar y corregir las veces que sean necesarias.

Tamarit (2005) expresa que los modelos educativos deben trascender el objetivo de desarrollar habilidades y disminuir síntomas con el fin de mejorar las condiciones actuales y futuras.

A la hora de intervenir es importante proporcionar un contexto acorde, para favorecer y propiciar la incorporación a diferentes actividades cotidianas, adaptadas a las necesidades y posibilidades del paciente en particular (Mila y Mulas 2009)

Para concluir considerando que los pacientes presentan conductas repetitivas, rigidez conductual y cognitiva, ocasionando graves problemas en las relaciones interpersonales; la falta de empatía y la dificultad en la comunicación, afectan la inclusión en su entorno ya sea familiar, escolar y laboral. Como Psicopedagoga/o, es necesario intervenir en desarrollar herramientas para cuando sucedan conductas disruptivas, siendo importante poder regular esas conductas en los diversos entornos para lograr una mejor calidad de vida tanto para el paciente, como para sus familiares, compañeros y adultos referentes. Para esto es necesario la participación no solo de un profesional, o de profesionales aislados y ensimismados en su disciplina, sino un equipo que pueda responder a las demandas, necesidades y

obstáculos que puedan surgir durante el tratamiento; generando espacios para trabajar sobre objetivos comunes.

Capítulo 3. Transdisciplina: La complejidad desde una mirada actual

La transdisciplina ha sido abordada por numerosos especialistas. Uno de los trabajos es el estudio de Peraza (2011) quien aborda la relación y comparación entre la multidisciplina, la interdisciplina y la transdisciplina; la autora plantea la aproximación a la modalidad transdisciplinar. Refiere que las diferentes disciplinas buscan la solución a un mismo problema pero de forma yuxtapuestas, interrelacionadas, llevando a un enriquecimiento entre los saberes, los cuales se mueven a comprender la complejidad y al paciente inmerso en ella.

Este término comprende la complejidad del mundo de hoy y nos proporciona un conocimiento sobre las diferentes realidades del momento.

La sociedad científica actual expone quiebres, limitaciones y debilidades de lo disciplinar; por ende el cambio de paradigma, que ya está instalado, redefine e interpela las formas de abordar nuestras prácticas, pero para entender este paradigma complejo se debe comprender que las diferencias entre las modalidades de abordaje, según el momento histórico, nos sirven para entender el concepto de transdisciplina; porque no es dejar de lado a cada una, sino unir las diferentes modalidades, para poder intervenir desde una perspectiva integral.

Multidisciplina, Interdisciplina y Transdisciplina

Morín (1998) refiere que las disciplinas fueron evolucionando a partir de su concepción, ya que tienen una historia y una organización específicas.

Las especialidades tomaron carácter propio como menciona Ander-Egg (1994), en el transcurso del tiempo los profesionales se fueron especializando, surgiendo diferentes disciplinas.

En un primer momento, aparece como modalidad de intervención la multidisciplina, como nivel básico de integración disciplinar.

La multidisciplina tiene como objeto de estudio el mismo tema abordado por varias disciplinas pero sin interconexión entre ellas. En este nivel hay equipos multidisciplinarios que realizan su abordaje de forma individual y no se relacionan entre ellos. Cabe señalar que en la intervención con el paciente entra en juego el modelo médico, donde cada profesional atiende con objetivos propios según su conocimiento disciplinar y las conclusiones son tomadas de forma individual.

Se debe agregar que las cuestiones de poder entran en juego y la propuesta es que cada uno se ocupe de su área, preservando así el espacio disciplinar defendido a ultranza. Aún en día, quedan resabios en las familias de este paradigma, porque la palabra del médico es la más importante en el diagnóstico y tratamiento de la persona con discapacidad.

El nivel intermedio de la integración de saberes, es un abordaje más común entre los profesionales de la salud ya que éste implica la transferencia de métodos de una disciplina a la otra, siendo ésta la interdisciplina. El prefijo inter significa entre, por este motivo las diferentes disciplinas presentan una interacción entre ellas, como así los profesionales. Se destaca por un nivel mayor a efectos de interacción, promocionando espacios de confluencia con objetivos comunes. En este espacio, es necesario la construcción de un marco teórico común para abordar ejes conceptuales integrados desde el trabajo en equipo, donde los profesionales salen enriquecidos en sus propios roles y campos de intervención. No es lo contrario a la disciplina, sino un producto elaborado.

Como consecuencia de la realidad actual, comprendiendo su complejidad y diversidad, nos encontramos con el concepto de transdisciplina como un nivel superior de inclusión de disciplinas. Es un equipo, en el cual los profesionales que lo conforman han resignificado su rol por la acción interactiva, llegando a trascender su propio espacio disciplinar por el abordaje específico.

El término apareció con Jean Piaget y Erick Jantsch para superar las fronteras entre las disciplinas.

Según Drake (2009) éste modelo considera áreas, temas de las disciplinas, solución de problemas, situaciones de la vida.

En esta forma de abordar el principal actor es el paciente, siendo vital tener presente este elemento como principal. Los elementos subsiguientes son, el trabajo en equipo, objetivos, métodos comunes, consenso, interacción, conexión, negociación, colaboración y planificación.

Éste accionar supone un manejo y control del narcisismo profesional y personal; esconde un reto que es corrernos de un dominio donde nos sentimos seguros para adentrarnos en un espacio con el cual no estamos familiarizados. Haciendo referencia a Torres (2003) y Moraes (2007), quienes mencionan que la

transdisciplina no es un simple campo de conocimiento, sino un espacio de encuentro de múltiples saberes.

La transdisciplina surge como necesidad para comprender y resolver problemas complejos. Al cambiar las reglas en el devenir del tiempo, cambian también los abordajes. Los problemas complejos se caracterizan por tener multiplicidad de variables de forma simultánea, porque se requieren respuestas siempre urgentes, resolverlos atendiendo uno de sus componentes no logra modificarlo. La ciencia tradicional se caracterizó por dar respuestas unidireccionales; hoy nos enfrentamos con problemas que deben ser resueltos atendiendo a su complejidad, darnos la posibilidad de intervenir de forma conjunta, abarcativa y simultánea. Se trabaja con saberes formales e informales que conformen un conocimiento superador de la fragmentación.

Nicolescu (2014) afirma que la finalidad de la transdisciplina es la comprensión del mundo actual y la unidad del conocimiento. Según este autor, en el modelo médico, multidisciplinar no existe nada entre ellas, hay un vacío entre las disciplinas, en cambio, entre la presencia de varios niveles de realidad, como lo es en la transdisciplina el espacio entre las disciplinas está lleno. Ahora bien, no se descarta la disciplina para el abordaje interdisciplinar, sino que se nutre de ésta, no son antagónicas.

Siguiendo a Nicolescu (2010) nos explica que ésta metodología debe ser abierta y no dogmática. Para el autor la transdisciplina se basa en tres pilares: los niveles de realidad, la lógica del tercero incluido y la complejidad. Cuando habla de realidad se refiere a todo aquello que resiste nuestras experiencias, representaciones, descripciones, imágenes. La lógica del tercero incluido, es un elemento que sobrepasa el sentido de continuidad, es una permeabilidad en los niveles de realidad, lo que hace a una estructura abierta de estos niveles. Como último pilar, la complejidad, es una forma de pensar lo humano, el conocimiento y el mundo en su unidad a partir de la diversidad.

El paradigma de la transdisciplina surge como necesidad epistemológica para comprender y resolver problemas complejos, a la luz de propuestas abarcadoras que potencien la comprensión y frente a los cuales resulta insuficiente la visión disciplinar. A su vez por medio de la interacción entre diferentes campos del saber se llega a formular preguntas diversas y se generan nuevas metodologías que permiten resolver

problemas de un área con formas de pensar propias de otra. Así vemos a la transdisciplina como una nueva forma de desarrollar el abordaje.

Stolkiner (1999), utiliza la metáfora de la orquesta sinfónica para explicar el funcionamiento de la transdisciplina, donde marca que en la orquesta cada instrumento tiene su especificidad, su técnica y sus ensayos particulares. Cuando comienza la sinfonía aparece un solo producto que tiene la diversidad de los sonidos de cada instrumento; la unidad desaparece cuando termina la sinfonía. Siendo la unidad la transdisciplina y los instrumentos las disciplinas. Esta metáfora sirve para comprender la hegemonía entre los campos disciplinares, que no es fija ni se encuentra predeterminada, sino que depende del nivel de conceptualización del problema, del nivel de análisis en que se ubica y de las estrategias que se desprenden.

Sabemos que a lo largo del siglo XX el concepto de complejidad se ha integrado prácticamente en todos los ámbitos. Se habla de una realidad compleja, de relaciones complejas, de la ciencia de la complejidad, del paradigma de la complejidad. La ciencia de la complejidad estudia los fenómenos del mundo asumiendo su complejidad, busca modelos predictivos que incorporan la existencia del azar y la indeterminación, es una forma de abordar la realidad que se extiende, no sólo a las ciencias experimentales sino también a las ciencias sociales.

Las primeras referencias al paradigma de la complejidad las da el filósofo francés Edgar Morin (1998), en contraposición a lo que denomina paradigma de la simplificación. Este plantea la necesidad de construir un pensamiento complejo y la importancia de una acción ciudadana orientada por una forma de posicionarse en el mundo que recupera los valores de la modernidad.

Siguiendo esta línea, Estrada García (2020) explica los siete principios básicos que guían el pensamiento complejo según Morin. Estos principios son complementarios e interdependientes:

- El primer principio es el sistémico u organización bajo el que se relaciona el conocimiento de las partes con el conocimiento del todo.
- El segundo principio hologramático que incide en que las partes están dentro el todo y el todo está en cada parte.
- El tercer principio es el principio retroactivo que refleja cómo una causa actúa sobre un efecto y a su vez, éste sobre la causa.

- El cuarto principio es el recursivo que supera la noción de regulación al incluir el de autoproducción y autoorganización.
- El quinto principio es el de autonomía y dependencia en el que expresa la autonomía de los seres humanos pero, a la vez, su dependencia del medio.
- El sexto hace referencia al principio dialógico, que integra lo antagónico como complementario.-
- El séptimo principio es el de la reintroducción del sujeto; introduce la incertidumbre en la elaboración del conocimiento al poner de relieve que todo conocimiento es una construcción de la mente.

El planteo de los mismos es lograr romper el paradigma tradicional. Son los que guían el pensamiento complejo, reformulan las formas de pensar mediante la integración de saberes que articule lo que está fragmentado.

Ante el reto de dar respuesta a los problemas sociales y ambientales actuales, el paradigma de la complejidad constituye una forma de situarse en el mundo que ofrece un marco creador de nuevas formas de sentir y actuar que orientan el conocimiento de la realidad y la adquisición de criterios para posicionarse y cambiarla.

Éste paradigma supone una opción ideológica orientadora de valores, pensamientos y acción. Desafía a defender un modelo de vida que entiende la libertad como responsabilidad, un modelo de convivencia política orientado hacia la democracia participativa y la comunidad como forma de proyectarse hacia la globalidad.

Como se ha dicho el pensamiento complejo reúne lo que está compartimentado. Respeta el todo y lo diverso, reconociendo las partes. Intenta discernir las interdependencias. Este pensamiento es radical, va a la raíz de los problemas, es multidimensional, organizador ya que concibe la relación parte- todo, es ecologizado porque relaciona el objeto estudiado con su entorno, reconoce que está la incertidumbre y negocia con ella.

Es necesario realizar un cambio de pensamiento, una evolución hacia la complejidad, en todas las direcciones tanto los profesionales de la salud, como las familias y así también las instituciones escolares y sociales.

Es conveniente favorecer el desarrollo de un pensamiento complejo, dando camino a una comprensión más profunda de la realidad y quien sabe si al indagar los conocimientos existentes puede que se planteen cosas nuevas.

Factores que favorecen y obstaculizan la transdisciplina

Son factores que favorecen el trabajo transdisciplinario la presencia de condiciones en los integrantes del equipo:

- El interés compartido por la problemática o por el tema.
- La escucha, especialmente cuando nos enfrentamos con diferentes formas de conceptualizar un concepto u objeto.
- La superación de barreras producidas por el lenguaje de cada disciplina.
- Un ambiente de confianza, humildad y creatividad.

La formación de los profesionales, que además de tener un excelente dominio de la disciplina deben capacitarse de forma continua.

- El perfil del coordinador de los equipos debe poseer liderazgo democrático desde sus saberes, un manejo adecuado del lenguaje de las distintas áreas, captar la esencia de los diferentes problemas la definición y orientación del proceso para que el equipo encuentre las soluciones posibles.

En cambio son obstaculizadores del accionar transdisciplinario:

- Los usos y costumbres propios de cada disciplina, cuando no están puestos al servicio de la transdisciplinariedad.
- Se necesita mayor tiempo por la necesidad de construir consensos entre los integrantes del equipo.
- La incertidumbre que genera no utilizar instrumentos rutinarios.
- La renuncia de poder que da el saber disciplinar.

Ante el nuevo paradigma de la ciencia, la perspectiva de abordaje de las diferentes áreas se está modificando y cada vez son más los profesionales que tienden al modelo de los centros sin muros, donde grupos de especialistas de diferentes campos, se asocian mediante la información, para atender una problemática, siendo cada vez más los profesionales inmersos en la perspectiva transdisciplinar.

Los obstáculos deben tratarse para dar encuentro a los diferentes profesionales, sin que estos sientan que se disputa su área, sin que se enfrenten por pensar diferente. Es pensar un espacio de intercambio donde cada profesional pueda ir más allá de su competencia. Para ello se necesita un hilo conductor, que pueda unir los conceptos, las intervenciones y los roles de cada miembro del equipo.

Para hablar de equipo, hace falta un médico, un psiquiatra, un neurólogo, un psicopedagogo, como también un terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, acompañante externo, los profesionales se irán incorporando dependiendo de las necesidades actuales del paciente, de su situación y sus intereses particulares.

Clemencia Baraldi (2016) propuso el término interdiscursividad, para marcar que no se trata de una yuxtaposición de discursos acerca del niño o joven y su necesidad, sino de encontrar un espacio teórico y ético común para pensar sobre el sujeto y sobre lo que a él y a su familia le pasa, sin perder la especificidad en cada disciplina.

Los mismos pacientes son los que obligan a salir de los consultorios, son los que hacen el camino para ir en busca de otros profesionales con los que se puede compartir preguntas y respuestas, ampliar la mirada y contribuir a otro profesional.

Como menciona Marta Schorn (1999), es dejar de jugar al don pirulero, donde cada cual atiende su juego. Se debe salir de la trinchera y cambiar el juego, conocer el campo del otro, acercarse a las ideas. Para volvernos enriquecidos y transformados.

Aspectos que intervienen en el Equipo transdisciplinario

El marco de la atención a la complejidad implica aceptar la existencia de diferentes miradas; reconociendo al paciente con sus motivaciones, intereses y necesidades, tomando conciencia de los diversos puntos de partida para planificar un tratamiento.

La intervención de diferentes disciplinas dependen de la situación del paciente, previo a una evaluación conjunta, planteando objetivos y estrategias específicas para conducir un tratamiento adecuado a la persona. Donde se requiere la revisión de lo conceptual, lo metodológico, lo actitudinal y lo práctico tiene que ser una actividad que de por resultados consensos surgidos de la participación y el compromiso de todas las partes.

El trabajo en equipo implica la posibilidad de ver la problemática compleja con una mirada integradora que nos permita superar lo fragmentario, pedagógico, familiar, médico, legal, socioeconómico, psicológico, social. Implica entender que cada uno de esos elementos es una parte que no da como resultado ese paciente. Él es más que eso y es con esa integralidad que tenemos que trabajar.

En este contexto queda descartada la idea de rehabilitación, pronóstico, plan, debido a que todas ellas se sustentaban en el conocimiento acumulado, que desde su especificidad podrían indicar que tenía que hacer el paciente.

El concepto de equipo transdisciplinario, implica un entramado, un accionar integrado, y a la construcción de acuerdos sobre la problemática a abordar. Así construimos un conocimiento superador de las partes.

El equipo encamina su accionar hacia la toma de conciencia de la historia personal y grupal, de sus prácticas, de su dinámica y sus saberes. Debe evaluar alternativas planteadas y acciones desarrolladas, para permitir el avance. La transdisciplina se aprende y optimiza a través del mirarse a sí mismo.

El equipo debe moverse de su lugar de confort e interactuar en los diferentes contextos donde camina el paciente, sea estos su hogar, la escuela trabajo y otras organizaciones, donde pueda realizar diferentes actividades, construyendo una red para mejorar la calidad de vida del paciente. No es solo en el ámbito del consultorio, el paciente necesita que todos sus espacios sean significativos.

La tarea implica acciones que interactúan modificándose entre sí. Se puede destacar como específicas la evaluación en interacción con sus contextos, familiar, social y educativa. A partir de esto seleccionar los apoyos y/o ayudas para mejorar la calidad de sus aprendizajes y por ende la calidad de vida.

Para poder realizar esta intervención de forma positiva se tiene en cuenta los espacios, que son construidos por todos los integrantes, entendiéndolo que el primer requisito es obtener recursos comunicacionales ya que es un espacio de elaboración y planificación colectiva. Un espacio donde se evalúa de forma individual al paciente para luego entregar las miradas y así ir forjando un tratamiento acorde a las necesidades vistas en la evaluación.

Por estas características se necesita una gran capacidad de escucha, y comunicación asertiva. Partimos de un diagnóstico y una evaluación funcional para construir entre todos un abordaje general.

Ahora bien no solo es necesario construir el itinerario, sino también es necesario planificar los tiempos para dicho abordaje y la frecuencia que se llevará a cabo y el cómo se implementará. Algunos pacientes responden de forma significativa al trabajo grupal, talleres, el trabajo colaborativo, con otros, que sean ejemplo o espejos. En otros casos necesitan de un trabajo individual para luego pasar al trabajo colaborativo, siendo este último muy importante en la visión transdisciplinar.

La importancia del trabajo en talleres, es garante de inclusión, de obtener la visión del otro, de ser sujetos sociales donde, en un pequeño grupo nos lleva a la participación activa en la sociedad en general.

En psicopedagogía trabajar de forma cooperativa es indispensable para abordar las problemáticas que se presentan.

Pichon Riviere (1982) define al concepto de grupo operativo, siendo este un conjunto de personas que interactúan con roles específicos, con un fin en un espacio y tiempo específico.

Siguiendo la línea del mismo autor, Riviere (2000) considera al vínculo un aspecto importante en lo que respecta al equipo transdisciplinario, se entiende como una relación entre un sujeto y otro que se afectan mutuamente. Si esto no sucede, si no hay cambios los vínculos se patologizan.

Dentro de los vínculos encontramos otros aspectos que son la comunicación y el aprendizaje. Como aspecto relevante y ya mencionado en este capítulo, la comunicación es relevante, debe ser eficaz y efectiva. Para que suceda la comunicación efectiva, López Moreno (2009) considera que se debe definir un objetivo, identificar a quien comunicar, cuál es la posición de las personas dentro de la comunicación, una vez que se sabe esto se debe ser conciso, preciso y claro. Se busca el momento y se evalúa el resultado. Este recurso es sumamente importante para enriquecer, aunar criterios e ir más allá de las disciplinas. Es determinante para lograr los objetivos propuestos.

La comunicación se desarrolla si se tiene como principal aspecto la capacidad de escucha, que según Bebchuk (1994) plantea que se debe escuchar lo que el otro

comunica, comprender su lógica, sus emociones, su forma de ver el mundo. Escuchar no es solo oír, es entender que el paciente es el protagonista, escuchar las demandas y expectativas que la familia necesita, comprender lo que el profesional propone. Para poder escuchar, según el autor ya mencionado, nos habla de tomar distancia de lo aprendido, desapegarse de los preconceptos, y aprender del otro, aceptando la incompletud.

Finalizando este capítulo y como síntesis, del mismo se puede decir que la transdisciplina se conforma de diversas variables externas como internas que complejizan el trabajo en equipo, pero esto no es un obstáculo para abordar las diferentes problemáticas que emergen en los pacientes. Se busca el bien común para el paciente, su familia y todos los actores que intervienen.

Sin lugar a dudas se busca la mejor calidad de vida, considerando una visión integral, no parcializada de las diferentes disciplinas. Se comprende el rol abarcando todas las variables, formando un interjuego de oportunidades.

El paradigma de la complejidad, considera importante cooperar entre todos logrando una mirada integral, desarrollando estrategias específicas para el paciente y su familia. Para ello debemos trascender al síntoma, formando una red pero conservando la especificidad de cada profesión. Implica promover conocimientos y lugares de intercambio y construcción, que ayudan simplemente a ser protagonistas de un intercambio, nada más ni nada menos, para una persona que necesita mejorar su calidad de vida, su inclusión en ésta realidad, no tan sencilla.

Caso T

Redescubriendo su vida

La madre nos describe lo siguiente: "T. nace el 23 de agosto de 1995 a las 17:30hs. Un miércoles en una institución de salud de la ciudad de Mar del Plata. El embarazo fue normal, se realizaron los estudios correspondientes durante el mismo. Estaba encajado, pero la noche anterior se dio vuelta. A las 11 de la mañana, me realizaron cesárea a las 17:30 hs. T. nació con 3,990 kg. Era un bebé muy bueno, dormía mucho, comía muy bien pero notamos que no fijaba la vista. Consultamos con su pediatra y esto no lo tomó como un signo de alarma. T. presentaba pautas madurativas acorde a su edad, caminó, corrió a la edad esperada, pero no hablaba. A los dos años, comenzó a tener períodos de llanto, de angustia y generalmente de noche no dormía; en éste momento nos dimos cuenta que algo no estaba bien.

A los 4 años solo decía palabras con dificultad, como mamá, papá y jugo. Su pediatra no lo veía como signo de alarma, nos decía que hablaría. Sabíamos que algo andaba mal.

Lo inscribimos en un jardín de infantes, asistiendo poco tiempo, porque al no controlar esfínteres, nos invitaron a que lo lleváramos a una escuela especial.

T. corría, saltaba, pero no jugaba, era un niño bueno pero no se comunicaba, simplemente tenía episodios de angustia y no podía dormir. Solo lo calmaba el agua caliente. Le gustaban las letras y los autitos pero solo realizaba una fila con ellos. Lo llevamos a una terapeuta ocupacional. Un primer indicio de diagnóstico, luego de la evaluación, fue posible, autismo. Comenzamos un recorrido con muchos obstáculos, pero siempre pensando en él. Cambiamos de pediatra y comenzaron los estudios. La terapeuta nos orientó a inscribirlo a una escuela especial; comenzó en la escuela de trastornos emocionales severos.

Su trayectoria fue muy complicada, comenzó una hora, porque presentaba crisis de angustia, se tiraba al piso y era imposible contenerlo; a esta escuela concurrió desde los cinco a los diez años, no más de dos horas diarias por su conducta disruptiva y agresiva; pasaron los años y comenzaron las crisis auto-agresivas, se rasguñaba, mordía y pegaba a sí mismo y a los demás.

Hacia la adolescencia, a sus 13 años sus episodios fueron mucho más agresivos; agrediendo a otros en la calle; dejamos de salir porque no podía sostenerlo,

fue medicado con risperidona. En este momento agrade a su terapeuta y esta deja el caso.

Su papá navegaba, no era un rol presente y a los 11 años de T. nos separamos, él queda a mi cuidado, junto a su hermano menor. Sus episodios se agravaron; no toleraba la luz, los ruidos intensos y presentaba miedos extremos, rompiendo vidrios y todo lo que estaba a su alrededor. Desde los 11 años hasta los 18 fue a un centro de día. Comenzó con otras terapeutas, terapia ocupacional y fonoaudiología, hasta los 18 años, porque no trabajan con adultos.

Desde los 18 a los 23 años T. encontró refugio en su casa, en su habitación replegándose cada vez más en sí mismo, sin poder realizar actividades recreativas ni sociales.

A los 23 años Comienza con terapia ocupacional, quien trabaja de forma transdisciplinaria con un equipo de profesionales, como psicopedagoga, psicóloga, acompañante terapéutica, psiquiatra y fonoaudióloga. Al principio del tratamiento en el año 2017, trabajaban en su cuarto, tanto la terapeuta, la acompañante, la psicopedagoga y la psicóloga. Todos en la casa teníamos temor por su conducta. Nuestra casa se encuentra acorde a las necesidades de T., sin decoración, con luces muy tenues casi en la oscuridad. Esta realidad fue hasta que encontramos una propuesta acorde a lo que él estaba necesitando.

Comienzo de las terapias en domicilio con profesionales de la salud

Las terapias comenzaron en su cuarto, vinculándose con la música, invitándolo a participar de momentos con su familia, ya que no compartían desayunos, almuerzos ni cenas. Se trabajaba la anticipación de la actividad y luego de realizar la misma, se dibuja y verbaliza cada acontecimiento actuado.

A partir de estas intervenciones y luego de varios años de trabajo, pasando inclusive por una pandemia, se evalúa la posibilidad de intervenir en un consultorio. Con mucho esfuerzo pero un objetivo en común, se dialogó con el equipo y su familia para poder realizar actividades fuera del hogar. Siempre acompañado por los diferentes profesionales se realizan salidas, al principio a una plaza, con propuestas de actividades psicomotoras como juego con pelotas, sogas, aros y diferentes objetos; este área fue consensuada porque se evaluó que se desenvuelve muy

bien, por esto se pensó que no habría dificultades en la frustración y por ende algún episodio disruptivo.

Al observar que T. podría realizar estas actividades fuera de su casa y lo disfrutaba, se realizaron actividades fuera de su medio conocido.

Su papá en este momento se jubila y puede estar con su hijo, aspecto positivo; presentaba algunas crisis disruptivas, siendo éstas cada vez más espaciadas.

T. comenzó a ir al consultorio, dos veces por semana, donde se abordaban actividades de la vida diaria y sociales.

Después de dialogar este objetivo, nos decidimos a salir de forma recreativa a tomar un café, para desarrollar y fortalecer las habilidades sociales. Este fue el momento en que todos los actores percibieron que T. estaba preparado para incluirse socialmente, disfrutando de los paseos y conectando con el placer. Su mamá aún tenía miedo de salir con él pero trabajando de forma conjunta, con talleres para padres, reuniones y llamados, se logró lo que todos nos habíamos propuesto, poder salir a pasear, poder disfrutar al aire libre, la playa, la plaza y lugares recreativos.

Hoy T. y su familia disfrutan, de fiestas de cumpleaños, de salidas y paseos al shopping, de una película en el cine o de una hamburguesa en algún patio de comida.

Simplemente en sus 28 años T. fue redescubriendo su vida, por medio de una familia que estuvo presente. Los abordajes terapéuticos fueron diferentes. Los modelos de intervención, pasaron desde lo multidisciplinar basado en el paradigma médico a la intervención transdisciplinaria y su paradigma de la complejidad, sin dejar de nombrar la interdisciplina, donde cada profesional se ocupaba de él de forma individual, pero tenían comunicación.

En una práctica entre varios en el tratamiento de un niño autista, el dispositivo de un acompañamiento terapéutico orientado por las diferentes corrientes y puntos de vista puede producir movimientos en el tratamiento que ayuden al sujeto a pacificarse, a hacer el mundo más tolerable, para entonces así, crear las condiciones preliminares para cualquier construcción singular como sujeto.

Esforzarse por entrar en relación con un sujeto autista, supone apelar a la invención de una solución particular, a medida. En efecto, la invención es el único remedio del sujeto autista y debe incluir, cada vez, el resto, o sea, aquello que

permanece en el límite de su relación con el otro, sus objetos autísticos, sus estereotipias.

Hoy en día, la respuesta moderna, la que muchos padres piden, la más rápida; es el adiestramiento, el trabajo sobre la conducta. El modelaje de un niño robotizado a costa de mucho sufrimiento. Que podrá, después de un arduo trabajo, sentarse a comer en un restaurante sin que se note que es un autista. Desde una perspectiva transdisciplinaria, nada se sabe sobre cómo operar sobre la conducta, sólo se puede abordar éste caso, desde las diferentes teorías, desde su complejidad, dándole forma a las necesidades incipientes y básicas.

Se sabe, que desde el respeto por los objetos autísticos, las obsesiones, las ecolalias, las estereotipias, los dobles, que en un niño autista trae consigo, podremos encontrar el hilo que teje esa especie de transferencia que posibilite la constitución de un recorrido que haga función de límite. El trabajo que ha hecho T. durante este tiempo ha servido como construcción de ese límite. Ellos piden un otro que sea testigo y garante de sus construcciones; que las consienta y respete considerándose parte del movimiento que va sucediendo en la constitución subjetiva.

Un joven sin límites pero buscándolos fuera y esforzándose por construirlos. Un joven pidiendo simplemente que las redes puedan significar y re-significar nada más ni nada menos que su vida singular y social, para poder reír con él. Aprendiendo que se puede llorar a pesar de tener miedo, porque no sabe cómo nombrar lo que le pasa. Un joven que se acoge a las palabras del otro y con ello puede armar construcciones particulares. Ese es T., un joven que nos enseña cómo ser su guía para seguirlo y sobre todo quien nos abre las puertas de un mundo que no es tan silencioso ni tan hermético si nos atrevemos a escucharlos.

En relación al paciente se han observado cambios profundos; luego del trabajo realizado el joven pudo confrontar la realidad, enfrentarse aquello que lo conflictuaba, sorteando amenazas que antes eran negativas para su vida. Su mamá dejó de depositar aspectos de temores, que no le daban seguridad a la hora de establecer el vínculo con los otros. Entabló una relación segura con su papá. Todos ellos son factores que resignifican la vida familiar y social.

Queda en evidencia que es importante trabajar en equipo, ya que se aborda una persona biopsicosocial, atravesado por múltiples factores.

Es aquí donde se necesitan de diferentes disciplinas, como profesionales capacitarnos día a día y redescubrir habilidades comunicacionales, de escucha y observación, para utilizarlas como instrumentos de análisis.

Ante la insistencia de un abordaje transdisciplinario sabemos que éste aún se encuentra en proceso de construcción y que no todos conforman un equipo que se transforma en red de sostén, que no sólo es para el cuidado del paciente y su familia sino para el equipo en sí mismo.

Algunos casos nos invitan a pensar y repensar las alternativas para el abordaje de situaciones que necesitan diferentes miradas. La transdisciplina traspasa todos los ámbitos de la vida de la persona y puede ser aplicada para el beneficio del mismo como herramienta generadora de un posible cambio que puede llevar al progreso y la solidaridad con las personas. Así mismo es presentada como un desafío ya que es un trabajo ambicioso que precisa compromiso y esfuerzo de todos sus actores y de hasta incluso la sociedad.

Desde el rol del psicopedagogo, tomamos al sujeto de forma integral de manera que es imposible pensarlo desde un solo lugar. Se atenderán todos los aspectos necesarios con los aportes de los profesionales a cargo junto a la información que da la familia, lo cual resulta de suma importancia a la hora de conocer a la persona desde una dimensión global.

“Siempre trataste, siempre fallaste. No importa, falla de nuevo, falla mejor”.
Samuel Beckett, dramaturgo Irlandés.

Conclusión

Este trabajo se basa en obtener una visión teórica de la definición de los trastornos del espectro autista y conocer el rol del psicopedagogo, dentro de un equipo que trabaja de manera transdisciplinaria.

En primer lugar las intervenciones que desde la tarea psicopedagógica se realicen deben tomar en cuenta a la persona y su entorno, las mismas serán centradas en la persona, en su particularidad y para eso es importante trazar el perfil del paciente donde se consignen intereses y roles, debilidades y fortalezas como también las características de su personalidad.

En segundo lugar, sobre los modelos de intervención es importante retomar lo que se mencionó como una mirada ecológica, considerando la importancia del entorno y la interacción del paciente con el medio.

Se intenta abordar los beneficios de las estrategias basadas en el paradigma transdisciplinar, para jóvenes con TEA, desde una visión holística y colaborativa, superando fronteras disciplinares y trascendiendo barreras.

Para poder atender a las características y necesidades, que como se han visto requieren los jóvenes del espectro, debemos comprender como profesionales de la salud que no basta con proponer objetivos e intentar cambiar las conductas no aceptadas por el medio inmediato; se debe generar un abordaje donde puedan aprender autorregular sus impulsos pero en paralelo trabajar para que los obstáculos del medio puedan responder positivamente a las conductas y necesidades de estas personas.

Esto supone un trabajo mucho más complejo, donde lo vincular con los pacientes entra en juego, la comunicación es primordial, no se puede atender solo a lo observable, se debe trabajar con el paciente, con su familia y en los lugares en donde ocurre su vida, como instituciones educativas, centros recreativos, gimnasios. Todas las áreas importan, ofrecer una atención integral al joven y a su familia, para poder alcanzar un desarrollo óptimo.

Los profesionales de la salud deben estar capacitados, conocer las teorías y las definiciones de esta condición y a su vez saber trabajar con una perspectiva específica.

Los grupos tienen una finalidad, quien los convoca es la tarea, dentro del mismo hay roles determinados que generalmente son flexibles.

La transdisciplina se presenta como una forma innovadora de abordar las problemáticas en el ámbito del consultorio, ampliando la visión de la intervención y considerando todos los ámbitos en los que el paciente se relaciona. Esto incluye atender a sus redes de apoyo, comunicarnos con los actores responsables y colaborar con las instituciones educativas y recreativas a las que asiste.

Para abordar este caso se realiza un primer encuentro con su mamá, quien acerca una derivación del neurólogo para la atención de su hijo. Se realiza una entrevista conjunta con terapeuta ocupacional, psicóloga y psicopedagoga, se decide de manera conjunta, por las características del caso admitirlo, realizar una evaluación y diseñar un plan de tratamiento centrado en sus necesidades y la de su familia. Luego de haber realizado una evaluación inicial desde el área psicopedagógica, en coordinación con terapia ocupacional, psicología, acompañante terapéutico y neurólogo se observa que T. presenta retraso significativo en la maduración de los distintos aspectos vinculados con la autonomía, la identidad, las funciones ejecutivas del cerebro, el procesamiento sensorial, estas condiciones impiden que el paciente pueda tener una vida socialmente activa. Desde esta perspectiva y desde un abordaje centrado en la persona y sus ocupaciones, es que se propone un plan de trabajo acorde a sus necesidades, abordando los objetivos desde el marco teórico de la neurosicoeducación, el neurodesarrollo, la integración sensorial, el modelo social de la discapacidad, el modelo ecológico, atendido desde la transdisciplina. Los objetivos propuestos fueron:

Área personal:

- Establecer una alianza terapéutica.
- Favorecer el vínculo de confianza.
- Desarrollar la gestión emocional.
- Disminuir la ansiedad.
- Promover la interiorización de normas para la convivencia en el ámbito familiar.
- Desarrollar habilidades para la autonomía en la vida cotidiana (alimentación, higiene, autocuidado, cuidado de pertenencias, cuidado de los espacios propios y comunes).

- Promover adecuadas relaciones sociales, para el logro de la autonomía en la interacción social.
- Propiciar el aprendizaje de conductas socialmente adaptativas.
- Desarrollar adecuados canales de comunicación.
- Estimular el desarrollo de las funciones ejecutivas superiores.

Área familiar

- Establecer vínculo de confianza con los principales miembros de la familia.
- Favorecer la corresponsabilidad familiar en el tratamiento de Tomás. -
- Propiciar la participación activa de los integrantes de la familia en el tratamiento.
- Promover la motivación al cambio.
- Proveer herramientas para la resolución de dificultades ante las conductas disruptivas.
- Favorecer los vínculos intrafamiliares y la dinámica cotidiana del grupo.
- Disminuir el nivel de ansiedad respecto a la baja percepción de control ante crisis y rabietas.
- Favorecer la adquisición e implementación de rutinas y normas. Propiciar un adecuado entorno de convivencia.
- Fomentar la interacción familiar desde un nivel comunicacional asertivo. Desarrollar confianza para la toma de decisiones.
- Promover la autonomía de los miembros referentes.
- Acompañar y apoyar los actores desde una perspectiva psicoeducativa.
- Brindar herramientas para la calidad de vida del grupo familiar.

Área social:

- Desarrollar una comunicación verbal y no verbal significativa.
- Proveer de herramientas para la autonomía e inclusión social. Promover la interiorización de normas, actitudes y conductas de carácter social.
- Favorecer la implementación de actividades deportivas y lúdicas.

La frecuencia del tratamiento fue de tres sesiones semanales, modalidad individual, al principio del tratamiento. Luego se realizaron talleres de habilidades sociales y de la vida diaria.

En el caso expuesto en este trabajo se puede concluir que la transdisciplina presentó múltiples beneficios en el abordaje de un joven con tea. Al aplicar este enfoque, se obtuvo como equipo resultados más completos, mejoró la comunicación entre terapeutas, abrió caminos para confeccionar programas de trabajo de manera colaborativa.

Los logros del paciente permiten nuevos aprendizajes mediante los apoyos facilitados en su tratamiento; en las siguientes ocupaciones se observaron cambios significativos, las mismas son definidas como actividades cotidianas que las personas realizan como individuos en familias y con las comunidades para ocupar el tiempo y dar significado y propósito a la vida, estas son actividades de la vida diaria como vestido higiene y alimentación, manejo de la salud, educación descanso y sueño, ocio, participación social e independencia.

Para concluir, la transdisciplina, en el marco de esta perspectiva con carácter relacional y situacional, emerge la construcción de una intervención crítica, que plantea abordajes desde una experiencia histórica y sensible frente al otro, que invita a generar un proceso reflexivo, desde el encuentro con lo diverso y lo complejo, sin generar rechazo. Invita a construir con el otro. Nos abre camino y puentes conceptuales para construir una trama generando cambios significativos en el paciente y desarrollando competencias favorables y acrecentando las que ya funcionan, con el objetivo de generar una mejor calidad de vida y autonomía en las personas con trastornos del espectro autista y en su familia.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Ander-Egg, E. (1999). *Interdisciplinariedad en educación*. Magisterio del Río de la Plata.
- Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista*. (s.f.). Obtenido de Redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539529008.pdf>
- Barés, E., & Boggino, N. (2020). *Cómo evaluar desde el paradigma de la complejidad: Pensar de nuevo la evaluación en el campo educativo*. Amazon Digital Services LLC - KDP Print US.
- Circular Técnica Gral N° 5 de 2012*. (14 de September de 2012). Obtenido de Serviciosabc: http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/educacionespecial/normativa/2012/circular_tecnica_gral_nro_5_de_2012.pdf
- Del Cueto, A. M., & Fernández, A. M. (s.f.). El dispositivo Grupal. *Lo grupal*, 2, 13-56.
- Fernández, A. (1997). *La inteligencia atrapada: abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Nueva Visión.
- Historia resumida del autismo (I)*. (28 de February de 2023). Obtenido de Fundación ConecTEA: <https://www.fundacionconectea.org/2023/02/28/historia-resumida-del-autismo-i/>
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. (s.f.). Recuperado el 21 de June de 2024, de ICD-11: <https://icd.who.int/browse11>
- La integración sensorial y su importancia en el aprendizaje de los niños con trastorno de espectro autista*. (s.f.). Obtenido de SciELO: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/SNtjRYJZLJ4Npp6D77rHRsq/>
- Lores Arnaiz, M. (s.f.). Psiquismo, transdisciplina y transdisciplinariedad. *Psicoanálisis APdeBA*, Vol. XXI, 557-574.
- Los principios de la complejidad y su aporte al proceso de enseñanza*. (octubre 2020). Obtenido de: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362020002801893>

- Martínez, M. (2003). Transdisciplinariedad y lógica dialéctica. Un enfoque para la complejidad del mundo actual. *Conciencia activa*, 21(1). (s.f.).
- Mata Roig, G. C. (2017). *Planificación Centrada en la Persona*. Plena Inclusión.
- Mora, E. (2001). *Acontecer psicopedagógico*. Letra viva.
- Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. (M. Pakman, Ed., & M. Pakman, Trad.) Gedisa.
- Müller, M. (2008). *Aprender para ser*. Bonum.
- Nicolescu, B. (2002). *Manifiesto of transdisciplinarity*. State University of New York Press.
- Núñez, B. A. (2007). *Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. Lugar Editorial.
- Peraza, C., Cherry, R., & Castro, M. (2011). Una mirada reflexiva desde la disciplina hasta la transdisciplina: perspectiva educo-investigativa. *Revista EDUCyT*.
- Pichon-Rivière, E. (1984). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión.
- Pichon-Riviere, E. (1999). *Teoría del vínculo*. Nueva Visión.
- Romano, S., Novoa, G., Gopar, M., Cocco, A., De León, B., Ureta, C., & Frontera, G. (Diciembre de 2007). El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, |Volumen 71(Nº 2), 135-152.
- Ruíz, Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). (PDF) *Historia de la Terapia Cognitivo Conductual* | Nahir Quintana. Obtenido de Academia.edu: https://www.academia.edu/39061777/Historia_de_la_Terapia_Cognitivo_Conductual
- Schorn, M. (2003). *La capacidad en la discapacidad: sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo*. Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (Junio de 1999). Interdisciplina II lo transdisciplinario como momento o como producto. *El Campo Psi- Revista de Información Especializada*, Año 3(Número 11).

Titrek, O. D.-G. (2018). *3rd International Conference on Lifelong Education and Leadership for ALL-ICLEL 2017*.

Vasen, J. (2015). *Autismos: ¿espectro o diversidad?* Buenos Aires.: noveduc.

Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1993). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder.