

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



TÍTULO:

**PROTOCOLO DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y PAUTAS DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA PARA EL ESPECTRO AUTISTA, DIRIGIDO A PRACTICANTES DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

Presentado por:

AVALOS ARTIGA, DEYSI LIZETH	AA18009
GUERRA MARTÍNEZ, LAURA SOFIA	GM18008

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

DIRECTOR DEL PROCESO DE GRADO:

**MSC. JOSÉ ÁNGEL MELÉNDEZ
SÁNCHEZ**

COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO:

LIC. ISRAEL RIVAS.

**CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, SAN SALVADOR, EL
SALVADOR, CENTROAMÉRICA, 22 DE OCTUBRE DE 2025**

AUTORIDADES CENTRALES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

MASTER JUAN ROSA QUINTANILLA
RECTOR

DOCTORA EVELYN BEATRIZ FARFÁN
VICERRECTORA ACADÉMICA

MAESTRO ROGER ARIAS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

MAESTRO JULIO CÉSAR GRANDE RIVERA
DECANO

MAESTRA MARÍA BLAS CRUZ JURADO
VICEDECANA

MAESTRA NATIVIDAD DE LAS MERCEDES TESHE PADILLA
SECRETARIA GENERAL

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MAESTRO WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ PALACIOS
JEFE DEL DEPARTAMENTO

LICENCIADO ISRAEL RIVAS
COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO

MAESTRO JOSÉ ÁNGEL MELÉNDEZ SÁNCHEZ
DOCENTE DIRECTOR

AGRADECIMIENTOS

Deysi Avalos

No es fácil llegar a una meta que esperaba terminar con mis padres al lado y darme cuenta que los ojos de mi madre no podrán verlo. Sin embargo, quiero agradecer a Dios por haberlo logrado y darme las habilidades para ser la buena profesional en la que me he convertido. Pero también, gracias por darme la fuerza de aceptar su voluntad en cada proceso.

Comencé mis estudios con la confianza de mis padres y la solidaridad de mi hermana mayor - Erika G. Avalos-. Los he terminado con la resiliencia que me dio la vida y la perseverancia que aprendí de mi familia. Ellos se convirtieron en mi motor para seguir hasta donde la vida da. Al regresar de casa sentía que dejaba mi alma, pero venía con todas mis energías para afrontar cualquier adversidad en este mundo profesional, en ustedes encontré la lealtad para responder con ética en mi profesión. Es importante para mí agradecerle a cada uno de ustedes:

A mi Mamá –Violeta de M. A. de Avalos-, quien le dio vida a mi energía y sembró la luz de una sonrisa sincera; mi mayor orgullo y mi motor para cada buena acción en la vida. Que mis logros sean el reconocimiento de su excelente labor como madre.

A mi Papá -José I. Avalos de Paz-, gracias por creer en mí cuando yo dejaba de hacerlo y responder con palabras clave para orientar mi camino y enfocarme en esto; por los buenos valores que nos inculcaron y la excelencia en nuestra educación como seres humanos.

Erika, gracias por darme la oportunidad de ser quien tuviera esta experiencia académica, este también es tu gran logro.

Arcely Avalos, este documento será un ejemplo para ti, de que puedes llegar hasta donde te lo propongas, nunca dudes de ti misma.

A mi esposo –G. A. Chevez-, le agradezco su paciencia en mis momentos de estrés, sus cenas durante mis jornadas de trabajo y su esperanza en que un día llegaría a esta meta.

A las personas que estaban de paso en mi vida y que creyeron que no tendría éxito por las situaciones complicadas que tuve que afrontar, gracias por darme el mensaje que me daría más perseverancia para demostrar que soy hija de personas que no se rinden.

Hoy puedo decir, ¡Lo logré!

AGRADECIMIENTOS

Sofía Guerra

A quienes han sido mi luz en los años más arduos de mi vida, dedico este trabajo.

A **mamá**, por ser mi cimiento y mi refugio; por haber desarrollado mis habilidades con amor, paciencia y dedicación inagotable. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba, por enseñarme a reconocer mi propia luz en medio de la oscuridad y, sobre todo, por guiarme sin imposición, con libertad y ternura, hasta que pude descubrir quién soy realmente. **Soy todo lo que soy gracias a ti.**

A **papá**, por su apoyo constante y silencioso, por su ejemplo de responsabilidad y esfuerzo, y por ser una figura de estabilidad que me ha permitido alcanzar mis sueños y calmar mi insaciable sed de conocimiento.

A **mi hermana**, mi mejor amiga, mi persona favorita, mi confidente y mi cómplice en tantas batallas; gracias por ser la risa en mis días grises.

A **mi mamá Rosita**, por forjar en mí la fuerza, la resiliencia y la determinación que hoy me sostienen; por enseñarme a construir la coraza que me ha protegido del dolor sin dejar que pierda mi centro ni mi rumbo.

A **mi tío Quique**, por ser presencia y consejo, por recordarme con su ejemplo que la sencillez y la bondad también son formas de sabiduría.

A **Sergio**, mi querido maestro, guía que la vida puso en mi camino para ayudarme a descubrir mi verdadera vocación. Gracias por enseñarme con el equilibrio perfecto entre el rigor y la humanidad, por compartir tu saber con respeto, sensibilidad y propósito, y por recordarme que el conocimiento no se mide solo en teoría, sino en la empatía, la sensibilidad y la pertinencia con que se aplica.

A **José**, que en mis días más inciertos eligió quedarse, creer y sostener. Gracias por orar por mí cuando ya no tenía palabras, por su fe inquebrantable y por recordarme, con serenidad, que todo puede resolverse cuando se enfrenta con valentía. Gracias por llegar a mi vida en el momento justo.

A todos ustedes, que me acompañaron, sostuvieron y creyeron en mí incluso en mis momentos más frágiles, **espero haberlos honrado con este logro académico.**

Y a quienes alguna vez confundieron mi forma con mi fondo, este logro también les pertenece. Porque, como canta *El Cuarteto de Nos*, **siempre he tenido la facha de un repetidor, pero la nota de un aprobado”**

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. Situación actual	11
1.2. Objetivos	13
1.3. Justificación	14
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	16
2.1 Investigaciones previas.....	16
2.1.1 Protocolos de detección e impresión diagnóstica del espectro autista.	16
2.4.1.1 Preguntas clave en la evaluación diagnóstica del espectro autista.	17
2.1.2 Protocolos de intervención en casos de Autismo.	17
2.1.3 Protocolos sobre el autismo en El Salvador.....	19
2.2 Definición y utilidad de un protocolo.	19
2.2.1 Utilidad de los protocolos.....	20
2.2.2 Características generales de un protocolo.....	20
2.3 ¿Qué es el autismo?	21
2.3.1 Epidemiología y características del espectro autista.....	21
2.3.2 Características del espectro autista.....	22
2.3.2.1 Características sociales.....	22
2.3.2.2 Características conductuales.	23
2.3.2.3 Características en la comunicación.....	23
2.3.3 Teorías sobre la causalidad del autismo.....	24
2.3.3.1 Modelo Teórico base del presente proyecto	25
2.3.5 Formas de evaluación profesional y diagnóstico.	27
2.3.5.1 Criterios diagnósticos según DSM-V-TR.....	29
2.3.5.2 Modelos de intervención más usados	30
2.3.5.3 Estrategias de Atención.	32
2.3.6 Intervención en casos de autismo.....	32
2.3.7 Autismo en El Salvador.	34
2.4 Rol de profesionales en la atención de personas autistas	35
2.4.1 Psicólogo clínico.....	35
2.4.2 Neuropsicólogos.....	36

2.4.3 Educadores escolares/ profesores.	37
2.5 Competencias generales para una buena interacción social con personas autistas.	37
2.5.1 Competencias emocionales.	37
2.5.2 Conocimiento básico sobre respuestas conductuales.	38
2.5.3 Consideraciones en la comunicación.	39
2.6. Contenido del Protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a practicantes de psicología clínica.	39
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	41
3.1 Fases de la creación del protocolo.	41
3.2 Validación Científica del Protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a practicantes de psicología clínica, a través del Método Delphi.	45
3.3 Resultados de la validación del protocolo (Método Delphi)	46
3.3.1 Procedimiento Delphi.....	46
3.3.2 Resultados de la primera ronda (Análisis cualitativo)	47
3.3.3. Relación entre la primera y la segunda ronda	50
3.3.4 Resultados de la segunda ronda (Análisis cuantitativo)	51
3.3.5 Cambios realizados en el protocolo tras la validación Delphi	54
3.3.6 Discusión general y limitaciones	55
3.3.7 Conclusiones de la validación Delphi.....	55
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
4.1. Conclusiones.	57
4.2. Recomendaciones.....	57
5. PROPUESTA.	58
Protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a estudiantes practicantes de psicología clínica.	58
Anexo 1. Cuestionario de recolección de datos cualitativos.	124
Anexo 2. Resultados de la aplicación del cuestionario sobre autismo.....	125
Anexo 3. Estadística sobre la prevalencia del TEA en El Salvador.	135
Anexo 4. Resultados Completos del Método Delphi.....	139
Anexo 5. Carta de autorización para el uso del <i>Protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a estudiantes practicantes de psicología clínica.</i>	145
BIBLIOGRAFÍA.....	146

RESUMEN

Los casos de personas dentro del espectro autista han ido en aumento los últimos años, en los registros de centros de salud pública en El Salvador se refleja un aumento de 982 casos en 2023 en comparación a los atendidos en 2020. Con el aumento de la población autista se está generando más necesidad de atención profesional y exigencia de especialidades en el área, los estudiantes de psicología en su último curso de la carrera pueden salir con escasas directrices sobre qué hacer en estos casos, por dicho motivo se presenta un protocolo que guíe su actuar profesional durante sus actuales o futuras prácticas clínicas en las que se encuentren casos relacionados con el Trastorno del Espectro Autista. Las consultas en los centros de salud pública suelen darse en personas de diferentes edades, desde los 0 hasta los 77 años, la edad también es un factor que incide en la determinación del proceso que se seguirá durante la atención psicológica pero más importante es que tengan un respaldo ético y profesional que les guíe sobre cómo actuar según sus capacidades y con pertinencia al caso que demanda los servicios.

***Palabras clave:** población autista, necesidad de atención, prácticas clínicas, determinación del proceso, atención psicológica, respaldo ético y profesional, pertinencia al caso.*

INTRODUCCIÓN

Autismo es un término cada vez más común entre las personas de toda clase social; las características propias del trastorno pueden percibirse sin dificultad cuando son intensas, pero hay personas que han generalizado tanto el término “autista” o “anormal” que su uso se ha vuelto informal y constante cuando se observan elementos conductuales distintos a los que se esperan tener según la persona y situación en la que se encuentran.

Esto no solo puede ocurrir entre personas comunes del entorno familiar (tíos, primos, vecinos, etc.), sino que puede expandirse a contextos sociales donde entra la correlación con diferentes profesionales. No obstante, las personas que estén académicamente preparadas e informadas respecto a las particularidades del Trastorno del Espectro Autista (TEA), no caerán en el error de externalizar una inferencia con base a un término común. Con ese propósito, los primeros apartados de esta investigación presentan el resumen de la evolución que ha tenido el término “autismo” desde la primera ocasión en la que se creó, hasta el registro actual como diagnóstico, que se ha logrado en El Salvador. Todo con un propósito que se delimita en los objetivos del presente trabajo de grado.

Al hablar de informar y ofrecer un protocolo de acción, como es el caso del presente trabajo, debe considerarse una lectura eficaz que permita profundizar en los elementos teóricos pertinentes al ojo científico y que son indispensables para su aplicación; por ello, se presenta un marco teórico que incluye una visión general sobre la existencia de protocolos relacionados a la detección e impresión diagnóstica del TEA, seguida de apartados donde se explica la epidemiología del TEA y elementos clave y complementarios para poner en práctica durante el ejercicio profesional. Además, se encuentra la descripción del rol que tienen los profesionales implicados en la atención de personas autistas e información complementaria para el uso adecuado del protocolo de acción que se sugiere en caso de ser prácticamente de psicología clínica y verse en la necesidad de atender un caso de autismo.

Posteriormente se presenta el capítulo 3: metodología de la investigación, donde se presenta el método de la investigación, se profundiza sobre las fases que se implementaron para concluir la creación del protocolo final, y en seguida, el enfoque de la investigación y el método de validación que se usó para lograr la aprobación de su aplicación en el ámbito académico-profesional.

Finalmente se incluye el producto oficial del trabajo de investigación “el protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a practicantes de psicología clínica” validado con el método DELPHI para su uso con fines prácticos en el contexto profesional. Además, en los 4 anexos indispensables del trabajo, se ha incluido una estadística sobre los diagnósticos TEA en El Salvador, actualizados hasta febrero de 2024, datos que antes de este trabajo de investigación no han sido publicados a la población, por lo que vale la pena revisarlos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación actual

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo que se observa más en ciertas áreas del comportamiento resumidas en la famosa Triada de Wing (1979) “problemas en la comunicación, déficit en las habilidades sociales y un repertorio de patrones o intereses rígidos que predominan en estas personas”, debe entenderse este trastorno, no como una enfermedad, sino como una característica del neurodesarrollo que dota a estas personas con una manera diferente de percibir la realidad, encontrando diferencias en cuanto a percepción de todo tipo de estímulos, procesamiento de la información, habilidades comunicativas, entre otras variables implicadas.

Con el paso de los años y alrededor del mundo, los trastornos del espectro autista (TEA), han empezado a cobrar relevancia gracias a las campañas de concientización debido a las altas tasas diagnósticas en los últimos años.

En 1943 cuando se describió la primera muestra de 11 niños, se pensaba que el autismo era un trastorno raro que afectaba a no más de 4 por cada 10.000 niños (Riesgo, et al. 2013), si se comparan esas estadísticas sobre su prevalencia a las actuales, puede notarse un aumento significativo; a principios de 2023 la OMS dió a conocer una estadística señalando que 1 de cada 100 niños son autistas a nivel mundial.

Si se consideran otros estudios bien controlados, las cifras cambian significativamente dado que reportan a 1 de cada 31 niños dentro del espectro¹.

Si bien, el trabajo psicológico con población autista requiere de una especialización, es bien sabido que las personas autistas son parte de la sociedad en general que eventualmente buscan ayuda psicológica para trabajar o encontrar una solución con respecto a sus necesidades, es por ello que los profesionales de la salud mental deben tener, al menos, conocimiento básico y una noción clara sobre qué es el TEA para poder formular una impresión diagnóstica acertada y brindar una atención adecuada a las necesidades de las personas, dentro de los límites que impone la falta de una especialización.

Sin embargo, en El Salvador el autismo es poco visible y existe mucha desinformación o incluso, ignorancia al respecto.

¹ Según un análisis publicado en el *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR)* de los Centros de Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), de los datos obtenidos de 16 sitios en Arizona, Arkansas, California, Georgia, Indiana, Maryland, Minnesota, Misuri, Nueva Jersey, Pennsylvania, Puerto Rico, Tennessee, Utah y Wisconsin.

En una investigación realizada por La Prensa Gráfica (2018), la Oficina de Información y Respuesta (OIR) del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) explicó que no tienen registros de casos con diagnóstico de autismo y que por su parte, la jefatura del Departamento de Vigilancia Sanitaria, manifestó que en su dependencia no se lleva este tipo de información. Sin embargo, añaden que el Ministerio de Salud cuenta con una estadística relacionada a consultas por Autismo, durante el periodo del 2013 al 2018, donde dicta 611 consultas en pacientes masculinos y 130 consultas en pacientes femeninas; cabe mencionar que no hay una cifra sobre diagnósticos certeros.

En pocas palabras, las personas autistas son parte importante de la sociedad, la falta de conciencia al respecto acarrea un sinnúmero de situaciones desagradables e injustas para ellos, con respecto al ámbito profesional, las imprecisas impresiones diagnósticas o los inexactos diagnósticos de los profesionales, conducen a imprecisos e inefectivos tratamientos de intervención que pueden llegar a poner en riesgo la calidad de vida de los implicados, teniendo que ingerir fármacos como paliativos de “conductas molestas” sin ninguna otra clase de trabajo o de estrategia al respecto; por esto, se considera a la falta de conocimiento de parte de los profesionales como una situación que debe ser atendida inmediatamente y que reduzca la posibilidad de una inadecuada praxis.

Se ha considerado que lo más acertado para empezar a cambiar esta problemática es, en primer lugar, con los futuros profesionales que están siendo formados en la Universidad de El Salvador, tomando en cuenta que la neurodiversidad no es un tema de estudio durante el curso de la Licenciatura en Psicología, la presente propuesta radica justamente en dar a conocer pautas que puedan ser útiles para reconocer los indicios de un diagnóstico relacionado con el TEA, guiando a los practicantes de psicología clínica sobre ciertas características de comportamiento a observar y delimitando su actuar como profesionales en cuanto a la intervención y diagnóstico, teniendo en cuenta que se necesita de una especialización para llevarlas a cabo, sin embargo, un llamado de atención a tiempo puede ser la diferencia entre la calidad de vida de una persona.

1.2. Objetivos

Objetivo general:

Diseñar un protocolo para la realización de una impresión diagnóstica y una buena relación terapéutica con personas dentro del espectro autista, que ofrezca bases teóricas y metodológicas a los practicantes de psicología clínica.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el Trastorno del Espectro Autista a partir del análisis de la literatura especializada, incorporando sus características de comportamiento a observar, teorías etiológicas, así como su evolución y pronóstico para que se disponga de un marco conceptual sólido que respalde el desarrollo del protocolo propuesto.
- Analizar la información bibliográfica para la redacción y estructura de un protocolo con el fin de seleccionar una base estructurada que guíe el diseño del protocolo propuesto.
- Proponer aspectos clave para el abordaje de una impresión diagnóstica del Trastorno del Espectro Autista en el contexto clínico-psicológico, que integren criterios, estrategias, alcances y límites del ejercicio profesional del psicólogo clínico sin especialización en TEA, con el propósito de fundamentar una guía de acción para profesionales de la psicología clínica.

1.3. Justificación

En El Salvador, la producción científica relacionada con los Trastornos del Espectro Autista (TEA) es limitada, especialmente en lo que respecta a enfoques aplicados al contexto nacional y a lineamientos para el ejercicio profesional en el área de la Psicología. Esta carencia representa una brecha significativa en la formación y preparación de los futuros profesionales. Si bien existen psicólogos que poseen conocimientos generales sobre el TEA, se observa que muchos estudiantes de la Licenciatura en Psicología, incluso en etapas avanzadas de su formación, no cuentan con información actualizada ni con un panorama claro sobre la realidad del autismo en el país.

Esta afirmación se sustenta en un sondeo exploratorio realizado en 2022 con estudiantes de prácticas clínicas de la Universidad de El Salvador, (ver resultados en el anexo 2, pág. 125). Dicha situación evidencia la necesidad de generar propuestas académicas y profesionales contextualizadas, que contribuyan a mejorar la comprensión, el abordaje y la atención de las personas con TEA desde una perspectiva ética y científica.

Este documento pretende ofrecer aportes teóricos con fuentes de información cercanas a la realidad salvadoreña, brindando información novedosa sobre la situación actual de la población autista en el país y así mismo crear una de las guías para la posible detección del diagnóstico de TEA, incluyendo ciertas pautas de intervención psicológica para el espectro autista, que pretenden dotar a los estudiantes en formación profesional, de conocimiento básico y conciso sobre el tema, contribuyendo a solventar el posible vacío de conocimientos que exista en los profesionales de la salud mental en el país e integrando teoría objetiva, actualizada y resumida que aumenta su valor teórico por ser de las primeras investigaciones en dirigirse a este tema con adaptación a la población salvadoreña.

Si bien, el protocolo, de ninguna manera sustituye una especialización sobre el TEA, es capaz de arrojar luz sobre el tema y proveerá de ciertas pautas de detección a los futuros psicólogos, con el fin de que sean capaces de formar una impresión diagnóstica certera que permita encaminar a los padres de familia o a los implicados hacia un profesional capacitado que pueda brindar un diagnóstico e intervención especializados para las personas dentro del espectro. Dejando claro a los futuros psicólogos, qué es lo que sí pueden hacer para contribuir en la búsqueda del bienestar de la persona que consulta y haciendo referencia a las implicaciones prácticas que incluye el protocolo.

Con respecto a la utilidad metodológica, los futuros practicantes de psicología clínica de la UES que tengan acceso al Protocolo, tendrán a su disposición y de manera directa y comprimida, información pertinente que podrá ser tomadas como pautas para la creación de sus propios planes de intervención,

adecuando la atención basándose en ciertas estrategias de comunicación y comportamiento encaminadas a una mejor interacción y entendimiento con la población autista, así como podrá ser utilizada para brindar una más congruente psicoeducación a cuidadores de personas autistas, como también contarán con el conocimiento de ciertas instancias o especialistas donde podrán referir casos para un más adecuado tratamiento.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.1 Investigaciones previas.

2.1.1 Protocolos de detección e impresión diagnóstica del espectro autista.

Antes de una planificación de actividades orientadas a intervenir, debe estar establecido un diagnóstico o impresión diagnóstica lo más fiable posible, que especifique las áreas y elementos a incorporar en las actividades de seguimiento. En esa dirección ya han sido creados ciertos protocolos y guías prácticas que muestran, desde un enfoque general, la descripción de elementos útiles para llevar a cabo la labor de evaluación.

Preliminarmente se debe aclarar que un proceso diagnóstico para los TEA "tiene como finalidad fundamental caracterizar, con la mayor fiabilidad posible, el comportamiento del individuo como perteneciente a una categoría diagnóstica específica" (Díez-Cuervo, et al. 2005). De esta forma, se debe realizar un proceso eficaz que permita el acceso a la información pertinente para dicho fin; en varios escritos se han delimitado una serie de elementos a seguir al momento de la evaluación, sin embargo, cada uno de ellos especifica áreas distintas. Según Fuentes, et al. (2020) un profesional encargado de realizar la exploración para concretar un diagnóstico, debe incluir al menos los siguientes elementos:

1. Historia clínica.
2. Verificación de la sintomatología del autismo.
3. Evaluación del nivel de desarrollo y de sus habilidades lingüísticas expresivas y físicas/sensoriales.
4. Valoración de dificultades emocionales o de comportamiento.
5. Información sobre factores socioambientales.

Según otros autores, la evaluación del nivel de desarrollo suele incluirse en la exploración de la historia clínica, así como datos pre y neonatales, antecedentes en cuanto a la salud y aspectos familiares y psicosociales. Pero no es relevante el número de elementos si estos no se dirigen según el objeto de estudio, por lo que no se debe perder de vista que el diagnóstico "debe considerarse exhaustivamente en los tres ámbitos de afectación que son característicos de los TEA" (Díez-Cuervo, et al. 2005). Para tener mejor apreciación sobre su directriz se dejan los siguientes elementos de observación que pueden ser útiles para no perder la línea diagnóstica:

Tabla. 1.*2.4.1.1 Preguntas clave en la evaluación diagnóstica del espectro autista.*

ÁREA DE AFECTACIÓN	ASPECTOS DE INTERÉS
Deficiencias en la interacción social.	<p>Interacción comportamental: ¿Se interesa por la interacción social o su comportamiento es reservado? ¿Acepta de forma pasiva la interacción social pero no la busca intencionadamente? ¿Busca la interacción social, pero ésta se ve limitada por sus intereses peculiares o por una forma excéntrica de actuar socialmente? ¿Mantiene una relación de empatía con los demás?</p> <p>Interacción no verbal: ¿Mantiene contacto ocular con las personas? ¿Utiliza gestos naturales, orientación y postura corporal adaptadas a las necesidades de la interacción social?</p> <p>Interacción afectiva: ¿Existe relación de apego con personas específicas (padres, hermanos, etc.)? ¿Tiene vínculos afectivos con sus pares? ¿Se relaciona amistosamente acorde a su desarrollo cognitivo y adaptativo?</p>
Alteraciones en la comunicación.	<p>No habla: ¿Utiliza algún medio no verbal para compensar la ausencia del lenguaje (señalar, llevar a la persona a dónde requiere su atención, gestos, sistema de ayuda visual, entre otras)? ¿Cuáles son los medios más habituales? ¿Con qué propósito los usa?</p> <p>Habla: ¿Cuándo y cómo adquirió el lenguaje que dispone? ¿Articula bien las palabras que usa? ¿Tiene formas peculiares de expresión (cómo ecolalia, lenguaje repetitivo, problemas de lateralidad verbal)? ¿Su lenguaje es extremadamente literal? ¿Entonación y ritmo monótonos?</p> <p>Comunicación social: ¿Puede iniciar y mantener una conversación de acuerdo a su nivel de desarrollo? ¿Sus temas de conversación se adaptan al interés del interlocutor? ¿Puede entender el doble sentido de palabras o frases?</p>
Patrones restringidos de comportamiento, actividad e intereses.	<p>¿Tiene una preocupación o interés particular? Si existe, ¿Dicho interés interfiere de manera significativa en el funcionamiento de la persona? ¿Hay rutinas o actividades repetitivas que en esencia son de naturaleza improductiva? ¿Dichas conductas están asociadas a momentos específicos? ¿Cómo responde al incumplimiento de la rutina? Entre otras cosas.</p>

Nota: Elaborado por las autoras de la investigación (2024).

2.1.2 Protocolos de intervención en casos de Autismo.

Dentro de las sugerencias actuales para el proceso de intervención en casos del espectro autista, que se registran en los escasos recursos escritos sobre el tema, son las siguientes:

- El tratamiento debe diseñarse desde una concepción interdisciplinar.
- Aplicar el tratamiento de forma intensiva (con más regularidad de la que se da en otros diagnósticos).
- Iniciar el tratamiento precozmente (el inicio de la intervención a temprana edad, tiene más probabilidades de dar resultados en el desarrollo).

- Presumiendo que el abordaje se prolongará un poco, en caso de trabajar de forma multidisciplinaria, conviene delegar un representante del caso “que debería ser un profesional de los servicios de salud mental” Alcamí, et al. (2008). También será el encargado de proporcionar información y apoyo a los padres, retroalimentar sobre el trabajo con el menor con autismo, dar sugerencias de trabajo en casa, etc.
- En la determinación de las prioridades para el proceso de intervención, el estadio evolutivo en el que se encuentra el niño, su capacidad cognitiva y la gravedad de la afectación en el contexto del espectro autista, serán variables fundamentales a tener en cuenta.
- En la medida de lo posible, es importante instruir un apoyo para los padres, fomentando los recursos de la familia e instaurando medidas de estimulación en función de los síntomas encontramos (Masson, citado por Alcamí, et al., 2008).
- En la adolescencia con TEA “debemos hacer más énfasis en las habilidades vocacionales y sociales”, (Alcamí, et al. 2008, pág. 103). Además de los cambios físicos y la sexualidad que adquieren mayor importancia en la pubertad, considerando que esos temas pueden intensificar las dificultades comportamentales.
- En los casos de autismo con alto funcionamiento, habrá que considerar, además, de los cambios físicos de la adolescencia; las posibles crisis emocionales y afectivas que se presentan en dicha etapa.

Orientaciones terapéuticas

En la *guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista*, publicada por Salud Madrid, consideran que hay dos enfoques clásicos para la intervención, según la concepción que se tiene sobre el autismo, sí como un trastorno básicamente cognitivo (Rutter, 1983), o afectivo (Kanner, 1943). Cabe mencionar que “ambos enfoques consideran en su planificación el nivel del lenguaje, la intensidad de los trastornos del comportamiento, el nivel cognitivo (y/o coeficiente intelectual -CI-) y la situación familiar” (Alcamí, et al., 2008, pág. 104).

A continuación se presentan brevemente, ciertos programas de Intervención *Cognitivo - Conductual* que entran en dicha categoría:

1. *Terapia Lovaas*. El programa plantea una duración de unas 40 horas semanales que se realiza en el ámbito familiar a través de la vinculación de los padres como terapeutas. Sin embargo, ha recibido muchas críticas por la ausencia de espontaneidad y las dificultades para generalizar los aprendizajes en contextos sociales que se observan en los niños a los que se les ha aplicado dicha terapia. También se señalan problemas con la motivación.

2. *Análisis de Conducta Aplicada (Applied Behavioral Analysis, ABA)*. Se trata de un programa intensivo que se caracteriza por proporcionar un trabajo personalizado, integración escolar normalizada, terapia en ambiente natural, enseñanza de habilidades y actividades funcionales, manejo de las dificultades en todas las áreas del desarrollo y asesoría a padres, familiares y personas cercanas al niño respecto de su desarrollo y manejo (Alcamí et al., 2008).
3. *Sistemas de fomento de las competencias sociales*. Destacan el entrenamiento en habilidades mentalistas, las historias y guiones sociales y la intervención para el desarrollo de relaciones (Fuentes et al., citado por Alcamí et al., 2008).
4. *Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC)*. “Son sistemas no verbales de comunicación que se emplean para complementar o sustituir el lenguaje oral. Utilizan fotografías, pictogramas, signos y símbolos, y/o lenguaje escrito. Se basa en que este tipo de representaciones se adquieren más fácilmente y se pueden generalizar en otros contextos de la vida” (Alcamí et al., 2008, pág. 107).

2.1.3 Protocolos sobre el autismo en El Salvador.

A nivel nacional los resultados obtenidos en cuanto a protocolos y guías en el área, son insuficientes para extenderse en este apartado, lo más que se ha logrado encontrar por parte del Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad (CONAIPD) son: el protocolo de atención a personas con discapacidad en situaciones de emergencia y desastres (incluye a personas dentro del espectro autista), y otro ante la emergencia nacional por el COVID-19, que se resume en el uso de medidas de bioseguridad. Por otra parte, se encuentran programas psicoterapéuticos dirigidos a padres y cuidadores de las personas autistas publicados como trabajos de grado de la Universidad de El Salvador y uno más sobre estrategias de intervención para la adaptación al ambiente escolar de las personas autistas, publicado por la Universidad Francisco Gavidia; cabe mencionar que se encuentran más, pero en la misma línea (sin relación con la atención directa a las personas dentro del espectro autista por parte del profesional de la salud mental) por lo que se quedan sin mencionar.

2.2 Definición y utilidad de un protocolo.

Los protocolos son documentos científicos destinados a ofrecer una guía práctica en determinada situación profesional. También pueden definirse como “un documento o una normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones” (Pérez Porto & Merino, 2021, sección “Protocolo como guía de acción”, párr. 3).

Es una especie de manual que contiene información clara y concisa sobre cada uno de los pasos a seguir ante una determinada tarea, lo cual facilita de manera considerable el actuar de los profesionales a los que va dirigido. Explica con pasos muy específicos que se diseñan de manera algorítmica y con diferentes recursos visuales, con la intención de que sea lo más comprensible posible para que los usuarios generen una imagen visual de la línea de acción a seguir.

En este documento, la palabra protocolo se utiliza con fines científicos, para describir una serie de pasos a seguir, así como también, para plantear pautas de acción ante encontrarse en la necesidad dentro del contexto de la atención a personas dentro del espectro autista en El Salvador.

2.2.1 Utilidad de los protocolos.

Según Sánchez Ancha et al. (2011):

Quienes han realizado un manual para la elaboración de protocolos enfocados principalmente en la atención médica, han detectado el siguiente listado de objetivos por los que se hacen necesarios: (a) normalizar la práctica; (b) disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados; (c) mejorar la calidad de los servicios prestados; (d) constituir una poderosa fuente de información; (e) facilitar la atención a personal de nueva incorporación.

De esta forma, la utilidad práctica de los protocolos radica en tener una estructura concisa y específica para saber qué hacer cuando se presenta determinada situación, sabiendo que esos pasos establecidos han sido diseñados y aprobados por expertos en el tema, con el fin de homogeneizar los servicios prestados a un grupo de pacientes concretos y garantizar una atención especializada y de calidad, encaminada a cierto tipo de necesidades, también para ofrecer información a los nuevos profesionales que se enfrentan a ese tipo de demanda.

En relación al autismo, son escasos los protocolos que existen para el diagnóstico e intervención (y es que el foco de atención en las investigaciones no da prioridad a la creación de guías para la atención poblacional específica), la mayor parte de ellos se basan en población no centroamericana, por lo que para su aplicación requieren una adecuación a la realidad nacional.

2.2.2 Características generales de un protocolo.

Los protocolos tienen una estructura específica a seguir, la cual, los caracteriza de otros documentos científicos utilizados en la atención a pacientes, como pueden ser las guías prácticas, vías clínicas entre otros.

A continuación se mencionan los apartados más importantes que debe contener un protocolo según Altibarra et al. (2010): (a) justificación; (b) objetivos; (c) profesionales a quienes va dirigido; (d) población diana; (e) metodología; (f) actividades o procedimientos; (g) algoritmo de actuación; (h) glosario y definiciones; (i) bibliografía; (j) anexos.

Existen diferentes tipos de protocolos, pero la estructura descrita anteriormente se refiere específicamente a protocolos utilizados en el área de la salud. Hay protocolos basados en evidencia que contienen un apartado utilizado para hacer ciertas valoraciones en cuanto a epidemiología o medidas de evaluación del tratamiento, pero en el caso de este documento no se hará uso de ese tipo de apartados debido a que se trata de una propuesta de protocolo más bien enfocado a la detección y algunas estrategias de abordaje.

2.3 ¿Qué es el autismo?

El trastorno del espectro autista es un conjunto de afecciones que se relacionan al desarrollo neurológico y se caracteriza básicamente porque las personas dentro del espectro suelen tener varios niveles de dificultad en cuanto a la interacción social y la comunicación. También repercute en los patrones de conducta y actividad atípicas, observándose dificultades para cambiar de una actividad a otra, mucha atención a los detalles de manera inusual, reacción inhabitual ante diferentes estímulos, entre otras (Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2023).

Kanner (1943) fue el primero en exponer a la comunidad científica, sus observaciones con respecto a 11 niños que presentaban ciertas características distintas a los demás, él detectó tres núcleos del trastorno, siendo estos: (a) trastorno cualitativo de la relación, (b) alteraciones de la comunicación y el lenguaje, y (c) falta de flexibilidad mental y comportamental. Hasta el momento se siguen conservando estos 3 ejes para la definición del trastorno.

Se trata de un trastorno del desarrollo, que influye en todos los ambientes con los que tienen contacto las personas autistas, afectando en diferentes áreas y manifestándose de manera heterogénea y particular en cada persona. Para cada caso se presentan distintas y específicas necesidades y capacidades, se debe tomar en cuenta que dependiendo de la calidad y conveniencia de la asistencia que se les ofrezca a las personas autistas, estas pueden reducirse y modificarse.

2.3.1 Epidemiología y características del espectro autista.

El autismo no fue reconocido como una entidad nosológica independiente en los manuales diagnósticos hasta 1980 por primera vez en el DSM-III, los indicadores no estaban tan cuidadosamente delimitados, por lo que los diagnósticos se otorgaban a diestra y siniestra sin aplicar ningún tipo de rigurosidad y

ocasionalmente, confundiendo el autismo con esquizofrenia o algún tipo de trastorno del desarrollo intelectual (Artigas-Pallarés and Paula, 2012).

“El primer estudio formal fue realizado por Víctor Lotter en el año 1966, en una región del Reino Unido, llamada Middlessex. Lotter estudió una población de 78.000 niños de 8 a 10 años, y encontró que 35 de ellos (4.5 / 10.000) presentaban cuadros semejantes a los descritos originalmente por Kanner” (Rivière, s. f., p. 14).

Dicho de otra manera, las estadísticas eran del 0.0045% hace 57 años. Recientemente, en el mes de marzo del año 2023 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un comunicado donde se especifica que 1 de cada 100 niños en el mundo son autistas, lo que implica un incremento bastante notable en las estadísticas, siendo la prevalencia actual del autismo el 1% de la población mundial.

En Estados Unidos las cifras son mucho más altas, en el 2018 hubo un estudio donde se determinó que la prevalencia era 1 de 44, es decir 2.3%, pero este año los números incrementaron a un 2.8% significando que 1 de cada 36 niños tienen autismo. Aunque este número no es representativo de todo el país, pues estos datos provienen de 11 comunidades que están inscritas en el programa *Red de Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo* (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2023).

Como se puede observar en base a estos datos, el trastorno del espectro autista cada vez se ve más presente en la población mundial, aunque hay teorías detractoras que explican que estas cifras no significan que actualmente haya más presencia del trastorno en la humanidad, sino más bien significa que existe mayor conocimiento al respecto y los profesionales de la salud, están mucho más capacitados para detectar características y realizar un diagnóstico certero. Sean cuales fueran las posibles explicaciones para este incremento en las estadísticas, se debe tener en cuenta que el TEA se ha convertido en un tema de suma importancia para la salud mental.

2.3.2 Características del espectro autista

2.3.2.1 Características sociales.

Existen ciertas características en la conducta social para el TEA, a continuación se enlistan, según el Departamento de Educación y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (2018), quien ha creado un protocolo de detección y diagnóstico de niños y niñas autistas, estos rasgos pueden observarse en un rango de edad de los 0 a 6 años:

- Imitación limitada (ej. aplaudir) o ausencia de acciones con juguetes o con otros objetos.

- No “muestra” objetos a los demás.
- Falta de interés o acercamientos extraños a los niños y niñas de su edad.
- Escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas.
- No se une a otros en juegos de imaginación compartidos.
- Fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos.
- Preferencia por actividades solitarias.
- Relaciones extrañas con personas adultas desde una excesiva intensidad a una llamativa indiferencia.
- Escasa utilización social de la mirada.
- Dificultad para unirse al juego de los otros/otras niños/as o intentos inapropiados de jugar conjuntamente.
- Limitada habilidad para apreciar las normas culturales (en el vestir, estilo del habla, intereses, etc.).
- Los estímulos sociales le producen confusión o desagrado.
- Muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental, resistencia intensa cuando se le presiona con consignas distintas a su foco de interés (pág. 42).

2.3.2.2 Características conductuales.

El Departamento de Educación y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (2018) también ha recopilado, gracias a información bibliográfica, algunas características conductuales dentro del Espectro autista que son las siguientes:

- Insistencia en rutinas y/o resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas.
- Juegos repetitivos con juguetes (ej. alinear objetos, encender y apagar luces, etc.).
- Apego inusual a algún juguete u objeto que lleva consigo que interfiere en su vida cotidiana.
- Hipersensibilidad a los sonidos, al tacto y ciertas texturas.
- Respuesta inusual al dolor.
- Respuesta inusual ante estímulos sensoriales (auditivos, olfativos, visuales, táctiles y del gusto).
- Patrones posturales extraños como andar de puntillas.
- Estereotipias o manierismos motores.
- Dificultad de organización en espacios poco estructurados.
- Acumula datos sobre ciertos temas de su interés de forma restrictiva y estereotipada. (pág. 44).

2.3.2.3 Características en la comunicación.

Siguiendo con la teoría del protocolo de detección, diagnóstico e intervención creado por el Departamento de Educación y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (2018), con la ayuda

de la Guía Colaborativa Atención Primaria y Salud Mental Infanto-Juvenil y Pamplona, también se ha recolectado ciertas pautas características en la comunicación de los niños autistas, son las siguientes:

- Ausencia o retraso en el lenguaje o déficit en el desarrollo del lenguaje no compensado por otros modos de comunicación.
- Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje como ecolalia o referirse a sí mismo en segunda o tercera persona.
- Entonación anormal.
- Pobre respuesta a su nombre.
- Déficit en la comunicación no verbal (ej. no señalar o dificultad para compartir un “foco de atención” con la mirada).
- Fracaso en la sonrisa para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros.
- Consigue cosas por sí mismo, sin pedir las.
- Antes usaba palabras, pero ahora no.
- Ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel de desarrollo. (pág. 42).

2.3.3 Teorías sobre la causalidad del autismo.

Existen múltiples teorías o hipótesis que explican la etiología del TEA pero al ser considerado un trastorno multicausal, aún no se ha definido una explicación certera y verídica científicamente, sin embargo, el cúmulo de teorías pueden clasificarse en 4 grupos que son los siguientes:

- (1) *Teorías de factores psicogenéticos*, que explica que el autismo es una característica de la esquizofrenia y que surge debido a que los padres no tienen la capacidad de satisfacer las necesidades emocionales del niño.
- (2) *Teoría de los trastornos cromosómicos y heredables*. Gracias a estudios realizados con gemelos, se ha evidenciado que el TEA es algo con muchas incidencias heredables, ya que si uno de los gemelos es autista, el otro tiene una probabilidad del 60% de serlo, cabe destacar que gracias a las investigaciones de estas teorías se han encontrado diferencias en ciertas regiones del cerebro en autistas.
- (3) *Teoría de los factores bioquímicos*, estos se basan en la importancia que tienen ciertos neurotransmisores en la conducta humana, por lo que buscan la etiología del TEA en sustancias químicas del sistema nervioso.
- (4) *Teorías de los factores ambientales*, las cuáles sostienen que la causalidad viene de factores ambientales como enfermedades virales, exposición a ciertas sustancias, problemas obstétricos, estrés, ácido fólico, vacunas, etc. (Aragón Jiménez, 2011 pp 2-4).

2.3.3.1 Modelo Teórico base del presente proyecto

Teoría de la Neurodivergencia.

La neurodiversidad es un marco conceptual que reconoce y valora las diferencias neurológicas humanas como una variabilidad natural, no como trastornos a erradicar (Walker, 2014). Desde esta perspectiva, el autismo se entiende como una forma alternativa de ser y de experimentar el mundo, no como una patología.

Al inicio de la historia del concepto del autismo, en la década de los cincuentas, como se mencionó en el apartado anterior, las primeras teorías etiológicas y/o conceptuales eran consideradas como psicogénicas, las que dictaban que el autismo era una manifestación de la esquizofrenia, por lo que su forma de tratamiento mayormente consistían en terapias psicoanalítica basada en el vínculo del niño con la madre o institucionalización, pero actualmente la realidad es otra, ya que no se considera al autismo como una enfermedad, ya no se busca separar al niño del contexto debido a que no es capaz de adaptarse.

En cambio, el enfoque de neurodiversidad promueve la inclusión, aceptación y adaptación ambiental, en lugar de centrarse únicamente en intervenciones clínicas o la corrección de las "anomalías". Esto implica modificar entornos como escuelas, lugares de trabajo y espacios públicos para que sean accesibles y respetuosos de las diferentes formas de procesamiento neurológico (Kapp et al., 2013).

Desde esta perspectiva, los investigadores se han tomado la tarea de crear una herramienta para poder influir en el contexto profesional, ayudando a profesionales de la salud mental a tener los recursos necesarios para abordar a las personas dentro del espectro, desde sus particularidades como autistas, creando un vínculo terapéutico efectivo y ético. Influyendo desde la parte terapéutica porque esclarece y guía metodológicamente, la práctica profesional de un psicólogo clínico.

2.3.4 Mitos y realidades del autismo.

La confederación Autismo España, en 2018 publicó una lista de mitos relacionados con los trastornos del espectro autista (TEA), los cuales se presentan a continuación:

Tabla. 2.

2.3.4.1 Mitos y realidades del autismo.

Mitos	Realidad
1. El autismo es una enfermedad.	Los TEA son un trastorno de origen neurobiológico relacionado con el desarrollo del sistema nervioso. No son una enfermedad que se contagie o que pueda contraerse en un momento determinado de la vida. Por tanto, una persona con TEA no está enferma, sino que presenta una discapacidad que le acompañará durante todas las etapas de su vida.
2. El autismo se puede curar.	Siguiendo con el punto anterior, el TEA acompaña a la persona durante toda su vida por lo que no existen “remedios milagrosos” que puedan curar el trastorno. Sin embargo, la calidad de vida de las personas con TEA puede mejorar gracias a tratamientos psicoeducativos basados en la evidencia científica, que permitan fomentar sus competencias y habilidades (siempre de manera individualizada y adaptada a las distintas etapas de su desarrollo vital) para adaptarse mejor al entorno social.
3. Las vacunas pueden causar autismo.	Después del desarrollo de numerosos trabajos de investigación a gran escala y a nivel internacional, la comunidad médica y científica de todo el mundo apoya de forma unánime la conclusión de que no existe evidencia que relacione la vacunación y el desarrollo de los TEA. Puede leer aquí el Documento de posicionamiento elaborado de Autismo España y AETAPI en relación con las vacunas.
4. Las personas con TEA prefieren permanecer aisladas y evitar el contacto con los demás.	Las personas con TEA tienen interés en relacionarse con las demás, pero, en ocasiones, sus diferencias en la comprensión y manejo de las situaciones sociales dificultan que puedan establecer relaciones con otras personas. En otras ocasiones, algunas personas con TEA pueden ser más sensibles a determinados estímulos sensoriales (táctiles, visuales, sonoros), por lo que pueden no sentirse cómodos ante algunas situaciones que implican, por ejemplo, un contacto físico directo. Sin embargo, las personas con TEA pueden afrontar las demandas cotidianas y participar activamente en la sociedad si cuentan con los apoyos necesarios y los ajustes apropiados en el entorno
5. Las personas con TEA no se comunican.	Todas las personas con TEA se comunican, pero no todas lo hacen de la misma manera. Además, puede que no empleen el lenguaje verbal, sino otras formas de comunicación para las que precisan apoyos y recursos, como Sistemas Alternativos o Aumentativos de Comunicación.
6. El autismo lleva asociados rasgos físicos diferenciadores.	Las personas con TEA no presentan ningún rasgo físico diferenciador en su apariencia externa. Las manifestaciones del trastorno son de tipo conductual, y pueden observarse por los comportamientos que tiene la persona y no por rasgos característicos
7. Los TEA llevan asociada una discapacidad intelectual.	Los TEA se manifiestan de manera diferente en cada individuo en relación a diversas características, como es el caso de su capacidad intelectual. Algunas personas con TEA pueden presentar discapacidad intelectual asociada, mientras otras pueden mostrar capacidades esperadas para su edad o incluso por encima de lo esperado.
8. Las personas con TEA tienen “habilidades especiales”.	Como hemos comentado en el punto anterior, las personas con TEA son muy variables en cuanto a sus habilidades. Algunas de ellas pueden presentar talentos fuera de lo común, aunque sólo representan a una minoría de las personas con TEA. En muchos casos, estas habilidades están relacionadas con la forma en que funciona su cerebro o los intereses específicos que puedan tener.
9. Las personas con TEA son agresivas.	Las personas con TEA no son agresivas. En ocasiones experimentan niveles elevados de estrés relacionados con las dificultades para manejarse en entornos

	socialmente complejos e imprevisibles, que pueden manifestarse como conductas inadecuadas o no deseadas y que resultan extrañas a otras personas. La aparición de tales conductas suele deberse a la falta de accesibilidad y adaptación por parte del entorno, situaciones que pueden afrontarse con los ajustes y apoyos necesarios.
--	--

Si bien los mitos son puntuales y exactos a las concepciones actuales de las personas, la lista puede extenderse aún más, considerando que en el contexto salvadoreño también se conservan las siguientes percepciones o creencias:

Tabla. 3.

2.3.4.1 Otros mitos y realidades del autismo.²

Mitos	Realidad
1. La falta de cariño de los progenitores puede provocar autismo.	Aunque aún no es posible determinar una causa única que explique la aparición de los TEA, sí está claro que está relacionada con el desarrollo neurobiológico y que tiene una fuerte implicación genética. Por tanto, no puede relacionarse el origen del trastorno con problemas relacionados con vínculos afectivos en los primeros años de vida.
2. Las personas con TEA son agresivas.	Las personas con TEA no son agresivas. En ocasiones experimentan niveles elevados de estrés relacionados con las dificultades para manejarse en entornos socialmente complejos e imprevisibles, que pueden manifestarse como conductas inadecuadas o no deseadas y que resultan extrañas a otras personas. La aparición de tales conductas suele deberse a la falta de accesibilidad y adaptación por parte del entorno, situaciones que pueden afrontarse con los ajustes y apoyos necesarios.
3. La edad mínima para un diagnóstico certero del TEA debe ser 6 años.	La edad mínima para poder ser evaluado y dar un diagnóstico confiable del TEA, no es 6 años. De hecho, según varios estudios la detección temprana del autismo está muy relacionada con mejores resultados de intervención y desarrollo, sugiriendo una edad ideal de 18 meses a 36. Con confirmación a los 4 años de ser necesario.
4. La terapia de lenguaje es la mejor intervención en casos de autismo.	Si bien la terapia de lenguajes es fundamental en ciertos casos, no es una intervención uniforme ideal, por lo que el tipo de terapia que se use en los planes de intervención variará dependiendo de las necesidades particulares de cada persona dentro del espectro.

2.3.5 Formas de evaluación profesional y diagnóstico.

En la práctica profesional, la evaluación diagnóstica del autismo se basa en el uso de instrumentos estandarizados que permitan obtener una descripción objetiva de los comportamientos característicos del espectro. De acuerdo con la literatura especializada, el Autism Diagnostic Interview–Revised (ADI-R) y el Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) constituyen los

²Elaborado por las autoras de la investigación. (2024).

instrumentos de referencia o “gold standard” para establecer un diagnóstico clínico confiable. Estos permiten integrar la observación directa con la información del desarrollo temprano, garantizando mayor validez en la identificación del Trastorno del Espectro Autista (Lord et al., 2020).

Se debe tener en cuenta que para utilizar estos dos instrumentos, se debe tener una certificación académica que avale que el profesional ha sido sometido a un entrenamiento para poder aplicarlos, lo cual representa un coste económico.

Recientemente, Cortese et al. (2025) publicaron un artículo titulado Latest clinical frontiers related to autism diagnostic strategies, que revisa los procesos diagnósticos actuales del autismo y los avances emergentes como la genética, la telemedicina, tecnologías digitales y aprendizaje automático. En dicho estudio, se enfatiza que el diagnóstico continúa basándose en la historia del desarrollo, la observación directa del comportamiento y entrevistas estructuradas, ya que aún no existen biomarcadores confiables validados clínicamente. Esta revisión refuerza la importancia de enfatizar el proceso diagnóstico centrado en la particularidad del caso, como también utilizar instrumentos acreditados y el papel esencial del equipo multidisciplinario para garantizar precisión diagnóstica.

En el proceso de detección temprana del autismo, las herramientas de cribado resultan esenciales para identificar señales que indiquen la necesidad de una evaluación más profunda, pero no constituyen en sí mismas un diagnóstico. En este protocolo se emplean tres instrumentos de cribado reconocidos: el Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F), el Autism Spectrum Quotient para niños (AQC) y el Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ).

El M-CHAT-R/F ha sido validado en distintos contextos latinoamericanos: por ejemplo, su versión chilena mostró una confiabilidad alfa de 0,889 y sensibilidad/especificidad de 100 % y 98 %, respectivamente, al compararse con el ADOS-2 como referencia diagnóstica (Coelho-Medeiros et al., 2019).

Respecto al ASSQ, estudios de tamizaje escolares en Colombia han usado esa escala como prueba de cribado para detectar posibles rasgos del espectro, aunque los autores advierten que su empleo debe ser complementario y no definitivo (Beltrán, Díaz & Zapata, 2017). En cuanto al AQC, aunque no se encontró una validación específica reciente que cubra el contexto latinoamericano, su versión adulta y sus adaptaciones han mostrado capacidad discriminativa en poblaciones no clínicas, lo que sugiere su utilidad como instrumento de cribado.

Cada uno de ellos se emplea en diferentes etapas del desarrollo y facilita la observación de conductas sociales, comunicativas y adaptativas. Por lo tanto, los resultados obtenidos con M-CHAT-R/F, AQC y

ASSQ en este protocolo se interpretarán con cautela: solo como indicadores que orientan hacia una evaluación diagnóstica multidisciplinaria para confirmar o descartar la presencia del espectro autista.

2.3.5.1 Criterios diagnósticos según DSM-V-TR.

A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. Déficits en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.
2. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.
3. Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

Especificar la severidad actual: la severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos.

B. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

4. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ejs., movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
5. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (ejs., malestar extremo ante pequeños cambios,

dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).

6. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (ejs., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
7. Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ejs., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos:

- Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).
- Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.
- Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia concurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo. (DSM-V-TR, 2014).

2.3.5.2 Modelos de intervención más usados

Debido a que el autismo es un trastorno realmente complejo, se han generado diferentes concepciones al respecto y por ende, diferentes formas de intervención, al respecto el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2024) afirma que “Hay muchos tipos de tratamiento disponibles. Estos tratamientos generalmente se pueden dividir en las siguientes categorías; (a) programas conductuales; (b) del desarrollo; (c) educacionales; (d) socio-relacionales; (e) farmacológicos; (f) psicológicos y (g) otros tratamientos y terapias complementarios como por ejemplo, terapia ocupacional, entre otras.

Hay otro tipo de modelos de intervención denominados modelos de tratamiento integral (MTI), y se caracterizan por ser intervenciones que requieren de más horas de inversión y porque deben ser incluidas en la rutina diaria de los niños; las más utilizadas y principalmente utilizadas en el ámbito educativo, con el objetivo de adaptar al niño al entorno escolar son: ABA, TEACCH y Denver.

- *TEACCH*: este modelo de intervención se basa en los procesos de aprendizaje utilizando las motivaciones del niño para crear un plan adecuado a sus necesidades y gustos, según Gandara (2007), los principios del TEACCH se pueden resumir en: adaptación de las personas por medio de la adecuación del entorno y mejorando sus habilidades, evaluación y diagnóstico temprano, aprendizaje significativo por medio de las fortalezas del niño, colaboración profesionales-familia y enseñanza estructurada en todos los contextos posibles.

- *Modelo ABA*: por sus siglas en inglés, Análisis Conductual Aplicado, su objetivo es la modificación conductual y el desarrollo de habilidades, basa su funcionamiento en las teorías conductistas, guiándose por los conceptos de: estímulo, refuerzo, respuesta y consecuencia. También conocida como la terapia en ambiente natural, consiste en aplicar el programa de forma sistemática y estructurada en contextos donde el niño convive normalmente y así enseñarle conductas que realmente va a realizar y a necesitar (esperar el turno en una fila, comprar en una tienda, compartir con amigos, etc.), Alcamí et al. (2008). Diferentes estudios constatan que puede ayudar a fomentar la independencia y mejorar la calidad de vida.

- *Modelo Denver*: su premisa principal es que lo más importante es el niño, se convierte en protagonista de su propio aprendizaje, dándole un rol activo en este, pues construye su propia concepción del mundo con sus experiencias personales. El modelo Denver procura incidir en las siguientes áreas: comunicación, socialización, imitación, el juego, cognición, motricidad fina, motricidad gruesa, conducta y autonomía.

- *Modelo DIR/Floortime*: El modelo DIR/Floortime, desarrollado por Stanley Greenspan y Serena Wieder, se fundamenta en la comprensión del desarrollo emocional como la base para el aprendizaje, la comunicación y la socialización. Este enfoque parte de las diferencias individuales de cada niño en su manera de procesar la información sensorial, emocional y cognitiva, y propone que la intervención debe realizarse a través de interacciones afectivas y significativas con los adultos. Su aplicación se centra en el juego compartido, la relación y la reciprocidad emocional, promoviendo la autorregulación, la empatía y el desarrollo del pensamiento simbólico. Se considera un modelo relacional e integral que

busca fomentar el bienestar emocional y las habilidades comunicativas en entornos naturales (Blanco, 2012).

2.3.5.3 Estrategias de Atención.

Existen estrategias específicas en la atención a niños autistas. La Fundación Brincar (2011), que es una organización dedicada a generar espacios de aprendizaje e inclusión tanto para familias y profesionales, como para la comunidad autista en Buenos Aires y Argentina tiene una recopilación de algunas estrategias de atención que les han sido muy útiles en sus actividades con autistas, estas se mencionan a continuación:

- Estructurar el ambiente
- Estrategias visuales, ya sean imágenes, agenda visual, símbolos, para que la persona autista tenga más facilidad de interiorizar las ideas.
- Agenda de actividades, ya que la estructura es muy importante en la atención a la comunidad autista, pues les facilita el predecir y ajustarse a la rutina.
- Anticipación, tomando en cuenta que las situaciones desconocidas, a menudo les provoca emociones desagradables.
- Exponerlo a situaciones diferentes, con anticipación, por supuesto.
- Hacer exigencias de acuerdo a su nivel de desarrollo
- Dar instrucciones de forma apropiada, simples y concisas.
- Exigir las mismas normas de comportamiento que a los demás niños, pero utilizando estrategias visuales para la anticipación de las conductas esperadas y no ceder.
- Trabajo en equipo con las diferentes instancias involucradas, es decir, profesional clínico, padres de familia y escuela deben seguir las mismas estrategias para garantizar que el niño interiorice el comportamiento esperado por él.
- Autonomía y empoderamiento, se debe buscar que los niños o personas autistas desarrollan las habilidades necesarias para enfrentar la vida por sí mismos.
- Elogio y reconocimiento, es importante tener en cuenta que la motivación debe ser un eje principal en el trabajo con personas autistas.
- Aprovechar sus fortalezas.

2.3.6 Intervención en casos de autismo.

Para Alcamí, et al. (2008) “todo proceso de evaluación y diagnóstico tiene que corresponderse con un plan de tratamiento individualizado... que contemple la intervención coordinada desde los distintos entornos y profesionales implicados” (pág. 101). Aunque para la intervención en casos de autismo no se cuenta con estrategias específicas y unificables (dada la particularidad de cada caso), se han

establecido acuerdos entre profesionales para crear, de forma multidisciplinaria, el plan de intervención con el objetivo de abordar cada necesidad de forma más eficaz.

Un punto que se acerca mucho a la realidad profesional, es el que Alcamí, et al. (2008) mencionan cuando señalan la divergencia en las posiciones de los profesionales con relación al origen del autismo y hace la curiosa proposición de “preguntarnos si todos los autores hablan de los mismos niños” (pág. 103). Si bien es el mismo trastorno al que se refieren, las observaciones son particulares a los casos que asisten en sus consultorios, por lo que manteniendo la afirmación de que *cada caso es distinto y tiene su particularidad*, no será idéntico en síntomas, niveles de afectación y áreas de prioridad, lo que así mismo exigirá un plan de intervención individualizado y particular.

Ahora bien, según Pascual et al. (2011) “desde el *enfoque cognitivo*, el autismo es considerado no una enfermedad mental, sino un trastorno del desarrollo que requiere una atención psicoeducativa en un ambiente estructurado” (párr. 7), De esa forma, con un plan de tratamiento que integre la práctica y desarrollo de esas habilidades, se espera que se adquiera un aprendizaje adaptado y que desarrolle habilidades para desenvolverse adecuadamente a pesar de la prevalencia del déficit fundamental que pueda significar el espectro.

Por otro lado, dentro de los aportes que pueden dar las *intervenciones conductuales*, se registran: adquisición de habilidades sociales, comunicacionales (lenguaje y habilidades sociales) y cognitivas básicas (Koegel, citado por Alcamí et al., 2008). Si bien no hay estudios que justifiquen la eficacia de estos tratamientos, se cuenta con un consenso basado en la experiencia clínica respecto al posible beneficio de estas intervenciones en dicha población (Parr, 2007).

Además, de acuerdo a la *teoría socio afectiva* de Hobson³, las personas autistas carecen de componentes constitucionales para la interacción emocional con otras personas. Se tiene la hipótesis que la carencia de experiencia social trae como consecuencia una imposibilidad para reconocer que los demás tienen sus propios pensamientos y sentimientos, y una severa alteración en la capacidad de abstraerse y pensar simbólicamente, por lo que enfoca en esa dirección desde la premisa de empatía para con la persona con autismo, que guíe en el desarrollo de las habilidades socio afectivas necesarias para lograr su adecuado desenvolvimiento en su ambiente cotidiano.

Actualmente los modelos antes mencionados son muy utilizados por los profesionales para la elaboración e implementación de planes de intervención, que hasta la fecha, les ha resultado más

³ Publicada en 1998 como “A Theory of Autism”.

funcional en los casos por integrar componentes más directos a las necesidades de adaptación a su mundo social.

2.3.7 Autismo en El Salvador.

La realidad sobre el autismo en El Salvador.

Resulta obvio que para una población con características del neurodesarrollo distintas pero con los mismo derechos al resto de personas, reciban respeto y garantía de sus derechos; en donde se concreten estrategias de inclusión y desmitificación para dar un trato digno a estas personas y expandir el conocimiento profesional para cubrir la atención a las personas sin límites o negligencias. Sin embargo, es lo contrario lo que en realidad sucede, al encontrarse en ambientes públicos sus patrones rígidos pueden verse interrumpidos bruscamente por una incompreensión externa de una persona que desconoce sobre el autismo, en lugar de evitar conductas disruptivas con un comportamiento empático, abre la puerta a la irritabilidad y desesperación de la persona autista que únicamente es respuesta al trato que recibió.

A nivel privado muchas consultas por sospechas de autismo se han visto en prórroga de tiempo para dar un diagnóstico certero, bajo la premisa de “esperar 2 años más para confirmar el diagnóstico” aunque ya el consultante tenga 5 años. Explicar por qué se está dando esta dificultad en la atención a la población autista supone muchas hipótesis que deberán ser estudiadas para confirmar su validez, por ejemplo:

1. La falta de preparación y especialización para la evaluación pertinente en casos de autismo, no es la adecuada por lo que genera inseguridad en los profesionales al momento de evaluar.
2. El desconocimiento de nuevas estrategias de evaluación multidisciplinaria hace más difícil el proporcionar un diagnóstico certero.
3. La existencia de escasos grupos multidisciplinarios en servicios de la salud mental y poco personal para la atención nacional en instituciones públicas, hace difícil la detección temprana adecuada y su intervención pertinente.
4. El poco interés que se muestra en los trastornos del neurodesarrollo da paso a la invisibilidad del espectro autista.

Por otro lado, hay parte de la población que busca disminuir la invisibilidad del autismo en la atención a su salud y el trato digno, desde voluntarios, maestras/os acompañantes en ambientes educativos de las personas autistas (mayormente conocidas como maestra/o sombras), hasta padres de personas autistas y escasos profesionales de diferentes disciplinas que se vinculan de una u otra forma con la población dentro del espectro.

Miranda et al. (2014) también han hecho una recopilación de las instituciones que trabajan en pro de la población autista, a continuación se mencionan los nombres de estas: (a) Asociación Salvadoreña de

Autismo ASA; (b) Centro de Atención Múltiple Integral CAMI; (c) Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), específicamente CRINA. Que además de la atención privada (a excepción del ISRI que es nacional), han logrado establecer una política para la inclusión de la población autista en la sociedad, pero no ha sido acompañada de proyectos que la hagan cumplir en el país.

2.4 Rol de profesionales en la atención de personas autistas

2.4.1 Psicólogo clínico.

El rol del psicólogo clínico puede ser muy importante en el tratamiento y diagnóstico del autismo, pues está capacitado para poder acceder a diferentes fuentes de información, ya sea de parte de la familia o de cuidadores que sean capaces de ofrecer información sobre la conducta y el desarrollo del niño, como también hacer uso de la observación en la conducta. Está entrenado para aplicar diferentes pruebas que miden habilidades cognitivas y de lenguaje. Sin embargo, según Moreira-Zambrano et al. (2022) para que un psicólogo clínico pueda realizar un diagnóstico o al menos una apreciación diagnóstica, debe y necesita tener muchos conocimientos con respecto a las características del TEA y saber identificarlas entre la gran cantidad de variables de cada una de estas características, recordando que en cada persona con TEA se desarrollan de forma distinta.

Si bien el psicólogo clínico puede realizar ciertas observaciones que lo lleven a formular una hipótesis diagnóstica, se debe tener en cuenta que tiene sus limitaciones y que sin las credenciales necesarias, no se puede realizar un diagnóstico válido. Los psicólogos clínicos sin ningún tipo de certificación o especialización en lo referente al TEA, deben limitarse a realizar un cribado que arroje la información para saber si el niño debe ser referido a un especialista para que se le realicen las pruebas pertinentes y necesarias. La prueba de cribado más utilizada actualmente es el M-CHAT y aunque es muy útil para arrojar luces con respecto a la condición, no es suficiente para constatar un diagnóstico de TEA.

No cualquier psicólogo o cualquier profesional puede realizar un diagnóstico como tal, al respecto, Ayala comenta lo siguiente:

Obviamente debe tener una especialización diagnóstica, así como el uso de las herramientas diseñadas para tal fin. Realizar un diagnóstico de este tipo no es fácil, y ojo a quienes les muestran certificados de asistencia a un curso determinado de uso de una herramienta específica, saber usar herramientas diagnósticas, no significa que sepa diagnosticar. La base es que tenga una especialización o formación específica en la realización de un diagnóstico. Un profesional cualificado además, habrá realizado estos cursos de formación en el uso de herramientas (Ayala, 2017).

A lo que él se refiere es que no es solo necesario tener la certificación pertinente del ADI-R y el ADOS-2, que son las pruebas estandarizadas para el diagnóstico del TEA, sino que deben tener el conocimiento necesario con respecto a esta condición.

2.4.2 Neuropsicólogos.

La evaluación neuropsicológica se manifiesta esencial para la comprensión del desarrollo del niño desde la infancia, ya que ayuda en el diagnóstico de ciertos trastornos neurológicos. Al ser el autismo un trastorno del neurodesarrollo con marcadas consecuencias, en la asimilación, en la comprensión, con fallos bien visibles de las habilidades sociales, comunicativas y funcionales adaptativas, la evaluación neuropsicológica que se centra en la expresión conductual de las disfunciones cerebrales, permiten una amplitud de recursos y pruebas específicas para evaluar las innúmeras funciones ejecutivas, nos facilita el acceso a datos cualitativos y cuantitativos y a un conocimiento más pormenorizado y detallado para el diseño de estrategias de intervención.

Las funciones ejecutivas en el autismo están comprometidas, como también las capacidades de codificación, decodificación, el retorno verbal o gestual, por ello, las respuestas no se producen de forma natural o ajustada. El cerebro y sus áreas revelan algunos cambios de funcionalidad que se manifiestan a nivel del comportamiento y la evaluación neuropsicológica aparece en este contexto por la importancia de reflexionar sobre aspectos a menudo abordados y debatidos sobre la sostenibilidad de que la evaluación neuropsicológica sea realizada mediante pruebas psicométricas validadas o que la misma sea apoyada por pruebas que surgen como instrumentos de soporte, aplicación y apoyo a la investigación clínica desarrollada por el neuropsicólogo.

Estas estrategias de rehabilitación neuropsicológica nos ayudan a trabajar aspectos cognitivos, conductuales y emocionales (afectados y conservados) asociados a cuadros de lesiones o disfunciones, con el fin de mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los niños y adolescentes (Byard, Fine y Reed, 2011, Cavaco, 2010-2014b. Citados por Cinta y Almeida, 2016). Con su conocimiento básico sobre la funcionalidad cerebral y la conducta puede realizar ajustes pertinentes en cada caso particular, de forma que su evaluación se complementa considerando las variables más fundamentales implicadas en el espectro, como lo son las funciones ejecutivas y cognitivas, incluyendo la conducta tanto personal como social, dando paso a la creación de un plan de intervención mucho más completo para las necesidades demandadas.

2.4.3 Educadores escolares/ profesores.

La función del maestro en la detección del autismo en el colegio es muy importante, ya que es una de las primeras interacciones sociales significativas a las que se expone el infante, dónde se perciben con más facilidad ciertas características que pueden ser signo de alarma para la detección temprana del autismo. En muchas ocasiones son estos mismos los que ponen en alerta a los padres al observar un desarrollo inadecuado en las habilidades básicas o en las relaciones sociales con el resto de niños/as de su edad.

En el momento en el que el docente identifique características particulares que no van con el desarrollo esperado, es muy importante que informe a los padres y se derive al niño/a para realizar una valoración diagnóstica exhaustiva lo antes posible, con el objetivo de descartar o confirmar el diagnóstico.

2.5 Competencias generales para una buena interacción social con personas autistas.

2.5.1 Competencias emocionales.

Existe un fuerte debate sobre la capacidad de las personas dentro del espectro autista en identificar las respuestas emocionales de terceros, considerando sus dificultades para la expresión de las propias emociones. No obstante, la forma en la que el profesional responde en la interacción con ellos, puede incidir en su comportamiento posterior, por lo que a continuación se señalan elementos emocionales importantes a tomar en cuenta en la atención directa con personas autistas:

1. Ser consciente de las capacidades de las personas autistas en relación al tema emocional y usar un lenguaje apropiado a cada caso.
2. Mantener una adecuada gestión emocional personal durante la atención, de forma que si se presenta una inestabilidad en el comportamiento de la persona no permita un desequilibrio que le haga perder el rol como profesional.
3. Expresar concretamente su estado emocional (enojado, sorprendido, feliz) si tiene relación con el proceso terapéutico, por ejemplo, “lo lograste muy bien” y sonreír con gran entusiasmo; “no me gusta”, “mira (mostrar ceño), estoy enojada” cuando hay conductas disruptivas y se ha trabajado sustituirlas por conductas sanas.
4. Dar unos minutos antes de intervenir para que la persona o niño con autismo sienta su respuesta ante una posible “crisis” (irritación, frustración, etc.) acompañarlo físicamente (a la distancia adecuada para evitar que se lastime y sienta apoyo no invasivo) pero en silencio.
5. Conocer y controlar adecuadamente las respuestas y gestos emocionales propios, porque al ser observados por mucho tiempo pueden ser contenido para el aprendizaje para la persona con autismo e incidir en la relación terapéutica.

6. Poder mantener un estado de calma aún en situaciones de mucha tensión.
7. Y por último, pero no menos importante, tener flexibilidad para la aceptación de errores, ya que muchas veces durante el proceso de evaluación pueden surgir situaciones que impidan la aplicación de instrumentos de evaluación como lo estimaba y eso no es el fin del mundo, se debe tener paciencia e intentarlo en otro momento en el que las condiciones para dicho objetivo estén mejor.

2.5.2 Conocimiento básico sobre respuestas conductuales.

En una interacción entre dos o más personas, siempre están presentes los componentes conductuales. Para una adecuada respuesta conductual por parte del profesional ante la conducta del menor o adulto dentro del espectro autista, debe tener conocimiento básico sobre los diferentes términos:

1. *Conductas disruptivas.* Son acciones perturbadoras que atentan contra la armonía de un grupo, de un individuo o personal. En otras palabras, son aquellas que causan un daño, ya sea material (a objetos) o humano (rasguños, comentarios ofensivos, golpes, etc.) dirigido hacia sí mismo o a terceros.
2. *Conductas de escape.* Acciones que tienen por objetivo fundamental, escapar de una situación que no es agradable o no se quiere seguir, ej. Cerrar los ojos y aparentar dormir, cuando se está por iniciar una actividad de trabajo (que no quiere realizar).
3. *Conductas de negación.* Respuestas conductuales que enfatizan en negar o rechazar sugerencias, indicaciones, instrucciones; que tratan de impedir la recepción de información por el simple hecho de no ser agradable o requerida por la persona.
4. *Conductas típicas del trastorno del espectro autista.* En este caso hay una amplia lista de conductas que pueden incluirse, pero ya han de ser conocidas por el lector si ha llegado a estar parte del presente documento. Entre las más comunes se encuentran las conductas estereotipadas, las que son reflejo de patrones rígidos e inflexibles y la preferencia por dedicar espacio y atención hacia sí mismo en lugares o contextos sociales.
5. *Conductas involuntarias.* Las conductas involuntarias son aquellas que se presentan de forma automática y que en cierta medida, su control no depende de una decisión de la persona. Por ejemplo, temblor en las manos, sudor, enrojecimiento del rostro, etc.

6. *Conducta agresiva.* Suele ser señalada como la conducta que busca dañar o destruir, es considerada parte de las conductas disruptivas con un componente emocional, donde puede incidir el odio, el rencor y/o la ira.

2.5.3 Consideraciones en la comunicación.

El Departamento de Educación en conjunto con el Departamento de Salud de Navarra (2018), ha sugerido en su protocolo de detección, diagnóstico e intervención para niños autistas, una lista, dirigida a doctores, con sugerencias en cuanto a la comunicación al momento de atender a niños autistas, en donde se incluyen las siguientes:

- Explique siempre lo que va a hacer antes de iniciar cualquier procedimiento o examen.
- Si es posible, muestre una imagen de lo que va a pasar o use una muñeca o un muñeco para explicar lo que va a hacer. Existen unos pictogramas para urgencias que pueden ayudar a disminuir la ansiedad.
- Explique lo que está haciendo y porqué.
- Recorra a la ayuda de las personas adultas de referencia siempre que sea posible, especialmente si la persona con TEA tiene limitaciones en la expresión verbal o usa un método o ayuda alternativa de comunicación.
- Utilice un lenguaje claro y sencillo con frases cortas.
- Las personas con TEA pueden tomar las cosas literalmente. Haga que su lenguaje sea concreto y evite el uso de modismos, ironía, metáforas y palabras con doble significado, por ejemplo "Me muero de sed", etc.
- Dé instrucciones directas, por ejemplo "Por favor, ponte de pie". Si dice: "¿Puedes levantarte?" Esto puede hacer que la persona permanezca sentada o dar la respuesta "sí", ya que pueden no entender que se está pidiendo que hagan algo.
- Compruebe que ha entendido lo que se ha dicho: algunas personas con TEA pueden hablar claramente, pero tienen dificultades para una plena comprensión.
- Evite usar lenguaje corporal, gestos o expresiones faciales sin instrucciones verbales. Estos pueden no ser entendidos.

2.6. Contenido del Protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a practicantes de psicología clínica.

El protocolo, tiene por objetivo general “orientar sobre el proceso que un cursante de prácticas profesionales clínicas de la Universidad de El Salvador pueda implementar en consultas psicológicas con sospechas de autismo, con el fin de permitirles un ejercicio profesional acorde a sus posibilidades,

tomando en cuenta las consideraciones éticas” para cumplirlo, en sus apartados se han incluido los siguientes elementos:

Aportes teóricos: trazan una línea estadística sobre el posible aumento del autismo desde una visión mundial a una aproximación nacional que se describe brevemente.

Características del protocolo: son los elementos que delimitan el rubro de aplicación al que se dirige el protocolo, incluyendo criterios de inclusión y exclusión.

Normas de aplicación: buscan garantizar la validez de la aplicación del protocolo.

Procedimiento metodológico: a través de un diagrama se presenta el árbol de decisiones que constituye los pasos a seguir durante el proceso psicológico en el que se aplique el protocolo por su pertinencia al caso.

Consideraciones éticas: al tratarse de un área que requiere especialización profesional, se incluyen los alcances que pueden tener profesionales de psicología general y las limitaciones que pueden indicar cuándo dar el paso a la referencia especialista.

Líneas de referencia: se presentan los datos de instituciones a las que se puede tomar en cuenta cuando se llegue el momento de referir con un especialista; se incluyen instituciones que puede ser accesibles económicamente por entrar en la categoría de instituciones públicas, pero también instituciones que requieren un costo económico por consulta y será trabajo del terapeuta identificar qué línea de referencia sugerir.

Apéndices: en este espacio se incluyen elementos complementarios para el desarrollo de los pasos sugeridos en el procedimiento metodológico, con los cuales el profesional puede guiarse para crear sus propios instrumentos de entrevista y observación.

Cabe mencionar que como agregado funcional se ha creado una guía informativa que permita extender el conocimiento teórico para la práctica profesional. La guía representa una orientación más general y menos rigurosa, donde puede entenderse como el diálogo entre colegas que comparten dudas, conocimientos y estrategias, he ahí el motivo por el que se usa un lenguaje coloquial, no obstante, su contenido es con fines profesionales que puede significar un apoyo importante en la práctica.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Una investigación según Baptista, et al. (2014), “es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema” (pág. 4). En el estudio de un problema puede ir inmersa la creación de conocimiento científico, en donde según Sabino (1992) “es preciso seguir determinados procedimientos que nos permitan alcanzar el fin que procuramos” (pág. 31). Esto exige el uso de un método que oriente el trabajo hacia un saber racional, organizado y coherente.

Desde este punto de vista, el método de investigación constituye la guía fundamental que orienta el proceso, permitiendo alcanzar los objetivos propuestos de manera ordenada y rigurosa.

Para el presente protocolo, se empleó el método documental-bibliográfico, el cual consiste en la selección y recopilación de información mediante la lectura y el análisis de documentos, con el propósito de obtener datos relevantes y útiles para el estudio (Arias, 2012). De forma complementaria, Bernal (2010) señala que este tipo de investigación implica una revisión exhaustiva, sistemática y analítica de fuentes escritas y otros materiales documentales, orientada a fundamentar teóricamente un trabajo y a guiar su desarrollo.

En definitiva, la creación de un protocolo con validez de aplicación es considerado un documento científico en donde la formulación de sus elementos y apartados son el resultado de una serie de pasos aplicados. Para la comprensión más explícita de su aplicación, se presentan a continuación las fases de dicho proceso, que permitió el resultado final de esta propuesta.

3.1 Fases de la creación del protocolo.

Fase 1. Revisión Bibliográfica.

Se hizo una revisión y recopilación de diferentes fuentes con información concisa y pertinente a los objetivos que pretende el estudio, lo cual se realizó considerando ciertos indicadores de inclusión y exclusión, presentados a continuación:

Criterios de Inclusión:

- Documentos creados después de 2005 a excepción de que se utilizará para explicar la historia de la concepción del autismo.
- Uso de información con enfoque ético, evitando concepciones y terminología estigmatizantes o peyorativas.
- Extracción de documentos de fuentes oficiales y buscadores académicos.

- Información relevante sobre las características descriptivas de la población autista.
- Documentos basados en contextos americanos.

Criterios de Exclusión:

- Documentos dirigidos a familiares y cuidadores de personas autistas.
- Guías o protocolos donde el autismo es descrito como una variable secundaria.
- Información proveniente de fuentes comunes sin respaldo científico, por ejemplo, redes sociales.
- Documentos en un idioma diferente al español o inglés.

Fase 2. Sondeo Preliminar de Necesidades.

Para tener una visión general y objetiva sobre las necesidades teórico-prácticas que puedan encontrarse en el área profesional-psicológico, se realizó un sondeo para poder explorar los conocimientos previos sobre el TEA que poseían los estudiantes de las prácticas clínicas en la carrera de psicología de la Universidad de El Salvador en el año 2022, siendo profesionales en formación muy próximos a ejercer la carrera. En resumen, los datos obtenidos en este sondeo permitieron identificar la importancia de reforzar el conocimiento teórico sobre el tema en la fase de formación universitaria, ya que la gran mayoría de respuestas recibidas demuestran una falta de comprensión sobre el TEA.

La información completa del cuestionario se encuentra en el anexo 2, página 125.

También se realizó una recolección de datos con respecto a las estadísticas de prevalencia de autismo en El Salvador, donde se pudo observar un incremento significativo de las consultas por autismo en los últimos años, a continuación se explica brevemente el proceso metodológico:

Para acceder al registro institucional en el caso de instituciones de gobierno, en El Salvador se debe realizar la solicitud oficial según la institución a la que se dirige. En el caso del ministerio de salud (MINSAL) las opciones para obtener información son las siguientes:

- Buscar las publicaciones del MINSAL en diferentes navegadores o páginas web; en ocasiones suelen subir sus datos en post o informes digitales con carácter informativo.
- Verificar si la información que desea se encuentra en su hoja de datos virtual, desde su portal oficial: <https://www.salud.gob.sv/>
- Delimitar la búsqueda por institución de salud pública y consultar en cada una sobre dichos datos de interés.

- Llenar la solicitud de acceso a la información que encuentra en: IAIP- Instituto de Acceso a la Información Pública. Y hacerla llegar al MINSAL de forma física o virtual a través del correo electrónico: oir@salud.gob.sv ó carlos.cmartinez@salud.gob.sv.

Las primeras dos opciones fueron las que se llevaron a cabo en primera instancia, no obstante, no se encontraron los datos requeridos por lo que se procedió a consultar con el asesor del presente protocolo sobre otras líneas de búsqueda, eso llevó al equipo de trabajo a visitar personalmente a María Martínez psicóloga encargada del área de acceso a la información en la Universidad de El Salvador, quién confirmó la inexistencia publicación de los datos requeridos, por lo que sugirió visitar

La solicitud de acceso a la información fue entregada desde el correo institucional del equipo de trabajo hacia el correo oficial del MINSAL el 4 de marzo de 2024, después de un tiempo de espera de 11 días aproximadamente, se recibió un correo en respuesta a la solicitud, en el mismo se incluyó la estadística completa sobre las personas con autismo que consultaron por primera vez en uno de los centros de salud nacional en todo el país. Los detalles de la estadística son presentados en el anexo 3 (pág. 135), siendo analizados por el equipo de trabajo en relación con el tema del protocolo que se presenta.

Fase 3. Delimitación de la Información Teórica.

La selección de la información pertinente al proyecto se realizó completamente desde el criterio profesional de las investigadoras quienes poseen más de dos años de experiencia práctica con población autista y además cuentan con acreditaciones académicas de carácter internacional, una de las investigadoras obtuvo un diplomado sobre neuropsicología infantil y la otra investigadora uno diplomado sobre Autismo. Conocimientos y experticia que permiten la selección de la información provenientes de los contextos más cercano al salvadoreño.

Los documentos seleccionados en la primera fase fueron los utilizados para delimitar la información que forma parte de los elementos teóricos del estudio, coordinando la selección de los datos de acuerdo a la fundamentación teórica que se necesitó para el protocolo y las áreas de mayor necesidad identificadas en el sondeo preliminar. Lo cual constituye los criterios de inclusión más importantes en la selección de la información debido a que en base a ellas, se prioriza la información pertinente y necesaria tanto para el protocolo como para la guía informativa y por ende los documentos que se presentan en referencias.

Fase 4. Creación de la propuesta del protocolo de detección, diagnósticos y pautas de intervención psicológica para el espectro autista dirigido a practicantes de psicología clínica

Luego del análisis de las necesidades encontradas y de los elementos teóricos relevantes respecto al tema de investigación, incluyendo la información sobre las características generales de un protocolo, según Ibarra et al. dentro del marco teórico del presente proyecto (pág. 21), se llevó a cabo una síntesis para poder crear el protocolo, que constituye la propuesta resultante de esta investigación.

El protocolo tiene por objetivo general “orientar sobre el proceso que un practicante clínico de la Universidad de El Salvador pueda implementar en consultas psicológicas con sospechas de autismo, con el fin de permitirles un ejercicio profesional acorde a sus posibilidades, tomando en cuenta las consideraciones éticas” y para cumplirlo, en sus apartados se han incluido los siguientes elementos:

Aportes teóricos: trazan una línea estadística sobre el posible aumento del autismo desde una visión mundial a una aproximación nacional que se describe brevemente.

Características del protocolo: son los elementos que delimitan el rubro de aplicación al que se dirige el protocolo, incluyendo criterios de inclusión y exclusión.

Normas de aplicación: buscan garantizar la validez de la aplicación del protocolo.

Procedimiento metodológico: a través de un diagrama se presenta el árbol de decisiones que constituye los pasos a seguir durante el proceso psicológico en el que se aplique el protocolo por su pertinencia al caso.

Consideraciones éticas: al tratarse de un área que requiere especialización profesional, se incluyen los alcances que pueden tener profesionales de psicología general y las limitaciones que pueden indicar cuándo dar el paso a la referencia especialista.

Directorio de Centros de Atención y Referencia para casos de TEA: se presentan los datos de instituciones a las que se puede tomar en cuenta cuando se llegue el momento de referir con un especialista; se incluyen instituciones que puede ser accesibles económicamente por entrar en la categoría de instituciones públicas, pero también instituciones que requieren un costo económico por consulta y será trabajo del terapeuta identificar qué línea de referencia brindar.

Apéndices: en este espacio se incluyen elementos complementarios para el desarrollo de los pasos sugeridos en el procedimiento metodológico, con los cuales el profesional puede guiarse para crear sus propios instrumentos de entrevista y observación.

Cabe mencionar que como agregado funcional se ha creado una guía informativa que permita extender el conocimiento teórico para la práctica profesional. La guía representa una orientación más general, donde puede entenderse como el diálogo entre colegas que comparten dudas, conocimientos y estrategias, he ahí el motivo por el que se usa un lenguaje coloquial, no obstante, su contenido es con fines profesionales que puede significar un apoyo importante en la práctica.

3.2 Validación Científica del Protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a practicantes de psicología clínica, a través del Método Delphi.

El método Delphi es una técnica de investigación que busca obtener consenso entre un grupo de expertos a través de rondas sucesivas de cuestionarios, en los cuales las respuestas son anónimas y se procesan de forma agregada. Esta estrategia se originó en la Corporación RAND en la década de 1950, y su nombre hace referencia al Oráculo de Delfos, simbolizando la idea de consulta colectiva para la toma de decisiones (Carreño Jaimes, 2009).

La técnica se caracteriza por algunos principios básicos:

- Anonimato de los participantes, que disminuye la presión de grupo y evita que figuras de autoridad influyan en las opiniones individuales.
- Iteración en rondas sucesivas, lo que permite que cada experto reflexione y ajuste su respuesta a partir de la retroalimentación obtenida.
- Retroalimentación controlada, mediante la cual los investigadores presentan un resumen de los resultados sin revelar identidades.
- Síntesis estadística de las respuestas, que facilita analizar el grado de consenso alcanzado en cada etapa (Carreño Jaimes, 2009; Hsu & Sandford, 2007).

El proceso suele desarrollarse en tres fases:

- a) Fase preliminar: definición del problema de investigación, formulación del cuestionario inicial y selección del panel de expertos.
- b) Fase exploratoria: aplicación del primer cuestionario con preguntas abiertas, análisis de la información y diseño del segundo instrumento.
- c) Fase de consenso: aplicación de rondas sucesivas con ítems más concretos (generalmente escalas tipo Likert), hasta alcanzar un nivel aceptable de acuerdo entre los participantes (Carreño Jaimes, 2009).

Su utilidad radica en que permite combinar el juicio experto, la reflexión crítica y la evidencia científica para generar instrumentos más sólidos y ajustados a la práctica profesional. En este sentido, se considera un procedimiento adecuado para la validación de protocolos de actuación psicológica, ya que integra distintas perspectivas sin necesidad de reunir físicamente a los especialistas (Carreño Jaimes, 2009; Hsu & Sandford, 2007).

3.3 Resultados de la validación del protocolo (Método Delphi)

3.3.1 Procedimiento Delphi

El presente apartado expone los resultados obtenidos en el proceso de validación del Protocolo para la detección, diagnóstico e intervención en el Trastorno del Espectro Autista (TEA), mediante la aplicación del método Delphi. Este método fue seleccionado por su pertinencia en procesos de consenso entre especialistas y su validez para la revisión de instrumentos de carácter técnico-profesional. Según Hasson, Keeney y McKenna (2000), el método Delphi es una técnica sistemática que permite obtener la opinión de un grupo de expertos a través de rondas sucesivas de consulta, con el propósito de alcanzar un consenso informado.

El panel de expertas estuvo conformado por tres profesionales con formación y trayectoria en el ámbito de la psicología clínica, la neuropsicología y la atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.

La primera experta, Dra. Karla Kattan, cuenta con veinticuatro años de experiencia profesional. Es psicóloga clínica con formación de pregrado en Psicología Clínica y de la Salud, así como en Psicología Transpersonal, con estudios realizados en El Salvador, México y Perú. Además, posee título de Educadora Especial (2006) y un Doctorado en Consejería cursado en Estados Unidos. Es especialista en autismo desde 2004, con maestrías de doble titulación en Neuropsicología Clínica y Trastornos del Neurodesarrollo en España. Cuenta con certificaciones internacionales en evaluación, diagnóstico e

intervención en autismo en Chile y Argentina, así como en Terapia Cognitivo-Conductual enfocada en trauma infantojuvenil y Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) por el Albert Ellis Institute de Nueva York. También posee especialización en terapia de lenguaje y estimulación cognitiva.

La segunda profesional, Licda. Rocío López, cuenta con cinco años de experiencia profesional y se desempeña en la clínica Psicokids, especializada en atención psicológica infantil. Es Licenciada en Psicología y maestrante en Neuropsicología Clínica. Su formación complementaria incluye participación en congresos y jornadas internacionales sobre autismo y diversidad, así como cursos en regulación emocional, abordaje de trauma, prevención del suicidio, atención integral a la primera infancia y acompañamiento psicosocial.

Finalmente, Licda. Ariela Arteaga, quien posee diez años de experiencia en atención clínica infantil. Es maestrante en Neuropsicología y cuenta con formación especializada en la atención de niños que han enfrentado experiencias traumáticas, incluyendo abuso sexual. Actualmente también forma parte del equipo profesional de Psicokids, donde realiza intervenciones clínicas centradas en el desarrollo y la recuperación emocional.

La diversidad formativa y la experiencia acumulada por las tres especialistas permitieron asegurar una validación del protocolo con fundamento clínico, académico y ético, garantizando un proceso riguroso y contextualizado.

La validación se desarrolló en dos rondas:

- La primera ronda de carácter cualitativo, orientada a recopilar observaciones abiertas sobre el contenido y estructura del protocolo.
- La segunda ronda, de tipo cuantitativo, en la que los mismos expertos evaluaron 14 ítems mediante una escala Likert de cuatro niveles (“Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “De acuerdo”, “Muy de acuerdo”).

El criterio de consenso mínimo se estableció en 70 % de acuerdo (sumando las categorías “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”), siguiendo las recomendaciones metodológicas de Diamond et al. (2014), quienes señalan este umbral como apropiado para estudios Delphi de tamaño reducido.

3.3.2 Resultados de la primera ronda (Análisis cualitativo)

Durante la primera ronda se recopilaron las observaciones cualitativas de tres expertas con formación en psicología clínica, neuropsicología y neurodesarrollo. Las respuestas se analizaron mediante un análisis temático de contenido, lo que permitió identificar categorías comunes, matices individuales y aportes complementarios para el fortalecimiento del protocolo.

El objetivo principal de esta fase fue valorar la claridad, pertinencia y aplicabilidad del documento, así como detectar posibles vacíos teóricos, éticos o metodológicos. Las observaciones se clasificaron en seis categorías principales, que se detallan a continuación.

1. Claridad y redacción de los objetivos del protocolo.

Las expertas coincidieron en que los objetivos generales del protocolo son pertinentes y coherentes con la formación en psicología clínica. No obstante, se sugirió reformular el objetivo específico 1 para eliminar expresiones consideradas patologizantes, sustituyendo el término “señales de alarma” por alternativas más respetuosas como “patrones de desarrollo a observar” o “características conductuales observables”.

Una de las participantes destacó la necesidad de un lenguaje más profesional y alineado con la neurodiversidad, mientras que las otras expertas consideraron que la redacción actual cumple adecuadamente su función.

“Propongo reformular el objetivo específico 1, ya que ‘señales de alarma’ debe mostrarse en un enfoque más profesional y respetuoso con la neurodiversidad.” (Experta 2)

2. Actualización teórica sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Las observaciones en esta categoría enfatizaron la importancia de reforzar el marco teórico incorporando investigaciones recientes (posteriores a 2023), así como la necesidad de diferenciar claramente entre los conceptos de comunicación y comunicación social. También se sugirió ampliar la sección de criterios diagnósticos, precisando el papel del equipo multidisciplinario, las pruebas aplicables por edad y los contextos profesionales donde se utilizan.

Una experta advirtió sobre la pertinencia de revisar la referencia al modelo ABA, considerando el debate contemporáneo respecto a su aplicación y aceptación dentro de la comunidad autista.

“Si bien el modelado ABA ya no es utilizado dentro de la comunidad diversa, ya que es un modelo altamente a suprimir estereotipias, invade límites personales...” (Experta 2)

“Explicar los niveles de ayuda, pruebas de evaluación por edad, evolución y reevaluación, además de incluir un glosario con términos técnicos como flexibilidad cognitiva, patrones restringidos de conducta o comorbilidades.” (Experta 3)

3. Pertinencia de las pautas de detección temprana

Las tres expertas consideraron adecuadas y necesarias las pautas de detección temprana incluidas en el protocolo, siempre que se mantenga una redacción libre de estigmas. Se propuso reforzar la metodología de observación de hitos del desarrollo, así como promover la reformulación de hipótesis clínicas en los casos donde no se confirme un diagnóstico dentro del espectro.

Las respuestas sugieren también incorporar ejemplos prácticos sobre la intervención y dinámica familiar, con un enfoque empático y comprensivo.

“Importantes considerarlas sin estigma.” (Experta 1)

“En caso de que las pruebas no arrojen resultados compatibles con el espectro autista, se recomienda reformular hipótesis clínicas y explorar otras áreas, como lenguaje o atención.” (Experta 2)

4. Aplicabilidad de las estrategias de intervención en el contexto salvadoreño

El panel coincidió en que las estrategias de intervención son aplicables en el contexto clínico nacional, pero deben ajustarse a las condiciones locales y centrarse en la eliminación del estigma. Las expertas subrayaron la importancia de establecer vínculo terapéutico y adaptar el abordaje a la severidad del autismo, utilizando apoyos visuales o sistemas alternativos de comunicación cuando sea necesario.

“Las estrategias de intervención son aplicables, siempre que se adapten al entorno y características individuales del paciente.” (Experta 2)

“Para estudiantes, es apto, pero debe estar en revisión.” (Experta 3)

5. Inclusión de contenidos complementarios y diagnóstico diferencial

Se identificó la necesidad de ampliar la sección de diagnóstico diferencial, incluyendo condiciones como TDAH, TEL, TANV, Altas Capacidades y trastornos disejecutivos. También se recomendó mencionar perfiles de hiposensibilidad o búsqueda sensorial excesiva, así como la coocurrencia de otras dificultades.

“En diagnóstico diferencial, explorar más: TDAH, TEL, TAP, TANV y Altas Capacidades.” (Experta 2)

6. Aspectos éticos y delimitación del rol profesional

Las expertas manifestaron un alto grado de acuerdo respecto a la delimitación del rol del psicólogo practicante, considerando que los límites están definidos de forma clara. No obstante, se recomendó

reforzar la idea de que el diagnóstico debe abordarse como proceso clínico, no como pronóstico, y promover un trato respetuoso, empático y no sobreprotector.

Asimismo, se sugirió incorporar modelos de intervención complementarios —como DIR/Floortime, PECS y Modelo Sensorial—, además de recordar la citación académica adecuada de fuentes y autores.

“Priorizar que es un diagnóstico, no un pronóstico y requiere intervención como en cualquier niño.” (Experta 1)

“Proponer más modelos: DIR/Floortime, PECS, Modelo Sensorial.” (Experta 2)

Síntesis interpretativa general

Los resultados de la primera ronda evidencian un alto nivel de coherencia entre las expertas en cuanto a los principios conceptuales, éticos y metodológicos del protocolo. Las diferencias se concentraron en el grado de detalle deseado y en la revisión de ciertos términos.

Las sugerencias obtenidas se consideran mejoras de fondo, orientadas a fortalecer la precisión conceptual, la aplicabilidad práctica y la redacción respetuosa hacia la neurodiversidad.

En consecuencia, las observaciones fueron integradas y traducidas en los 14 ítems evaluados en la segunda ronda, lo que permitió confirmar cuantitativamente el consenso respecto a la validez del protocolo.

3.3.3. Relación entre la primera y la segunda ronda

Las observaciones que las expertas hicieron en la primera ronda se analizaron con atención y se agruparon por temas. A partir de esos temas se construyeron los ítems que fueron evaluados de forma cuantitativa en la segunda ronda.

Por ejemplo, cuando se recomendó revisar la redacción de los objetivos específicos para que fueran más claros y profesionales, esa sugerencia se convirtió en el **ítem 1**.

Las expertas también señalaron que la estructura general del protocolo era adecuada, pero debía ordenarse de forma más lógica; ese comentario se reflejó en el **ítem 2**.

La recomendación de diferenciar entre “comunicación” y “comunicación social” se tradujo en el **ítem 3**, mientras que la idea de explicar los niveles de ayuda y los tipos de evaluación según la edad dio lugar al **ítem 4**.

La sugerencia de incluir ejemplos sobre pruebas de cribado y aclarar que no equivalen a un diagnóstico formal se usó para crear el **ítem 5**.

En la parte de intervención, las expertas propusieron añadir el modelo DIR/Floortime junto al ABA, lo cual se representó en el **ítem 6**, y también recomendaron simplificar las estrategias para que sean más accesibles a practicantes en formación, lo cual se reflejó en el **ítem 7**.

El consejo de incorporar ejemplos sobre cómo relacionarse de forma empática y respetuosa con personas autistas y sus familias se consideró en el **ítem 8**, y la necesidad de ampliar el diagnóstico diferencial se incluyó en el **ítem 9**.

Además, la recomendación de reforzar las consideraciones éticas, recordando que el protocolo orienta a una impresión diagnóstica y no a un diagnóstico definitivo, se transformó en el **ítem 10**.

Finalmente, se agregaron otros ítems para validar aspectos como la incorporación de referencias teóricas (**ítem 11**), la claridad general del protocolo (**ítem 12**), su factibilidad en los servicios de salud mental (**ítem 13**) y su aprobación general como material de apoyo para practicantes (**ítem 14**).

De esta manera, cada observación cualitativa de la primera fase fue transformada en un elemento evaluable, asegurando que la segunda ronda reflejara directamente las opiniones y sugerencias de las expertas.

3.3.4 Resultados de la segunda ronda (Análisis cuantitativo)

En esta ronda se utilizó una escala tipo Likert de cuatro niveles (1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Muy de acuerdo). Para determinar si un ítem alcanzaba consenso, se consideró la suma de las respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”. Se estableció como criterio de consenso un mínimo del 70 % de acuerdo entre las expertas, siguiendo las recomendaciones de Diamond et al. (2014), quienes indican que este porcentaje es adecuado en paneles pequeños. De esta forma, los ítems con un acuerdo igual o superior a este valor se consideraron validados, mientras que aquellos con porcentajes menores fueron revisados de manera cualitativa.

La segunda ronda tuvo como propósito cuantificar el nivel de acuerdo de los expertos respecto a los ítems revisados. Se utilizaron 14 ítems derivados de las observaciones de la primera fase.

Se calcularon los siguientes indicadores estadísticos, utilizando las siguientes ecuaciones:

- **Media Aritmética** = $\underline{x} = \frac{x_1+x_2+x_3+\dots+x_n}{n}$
- **Varianza** = $s^2 = \frac{(x_1-\underline{x})^2+(x_2-\underline{x})^2+(x_3-\underline{x})^2+\dots+(x_n-\underline{x})^2}{n-1}$
- **Desviación típica** = $s = \sqrt{\frac{(x_1-\underline{x})^2+(x_2-\underline{x})^2+(x_3-\underline{x})^2+\dots+(x_n-\underline{x})^2}{n-1}}$
- **Porcentaje de consenso** = $C = \frac{N_{\text{respuestas con valor 3 o 4}}}{n} \times 100$

Los resultados globales se resumen a continuación:

Ítem	Descripción breve	% de consenso	Media	Desv. Típica	Decisión
1	Los objetivos específicos del protocolo deben reformularse para mejorar su claridad y precisión.	66.7 %	3.00	0.82	Sin consenso
2	La organización y estructura del protocolo (orden de apartados y lógica de exposición) es clara y adecuada para practicantes en formación.	100 %	3.67	0.47	Aceptado
3	El protocolo debe diferenciar explícitamente entre “comunicación” y “comunicación social” en la descripción de las características del TEA.	100 %	3.67	0.47	Aceptado
4	Es necesario añadir explicaciones sobre los niveles de ayuda del autismo.	100 %	3.67	0.47	Aceptado
5	Es importante agregar un ejemplo de la aplicación de las pruebas de cribado para mejorar el cumplimiento de los objetivos del protocolo.	66.7 %	3.00	0.82	Sin consenso

6	El protocolo debería actualizar la sección de modelos de intervención, incorporando enfoques como DIR/Floortime además de mencionar ABA.	100 %	3.67	0.47	Aceptado
7	Las estrategias de intervención propuestas deben simplificarse para que sean más accesibles a practicantes en formación.	66.7 %	3.00	0.82	Sin consenso
8	El protocolo debería incluir ejemplos que orienten sobre una aproximación respetuosa y empática hacia la persona autista y su contexto cercano (familia, maestros, dinámica escolar), de manera que los practicantes cuenten con modelos claros de interacción.	100 %	3.67	0.47	Aceptado
9	Es necesario ampliar la sección de diagnóstico diferencial para dar mayor claridad en la práctica clínica.	100 %	3.67	0.47	Aceptado
10	Las consideraciones éticas deben reforzarse enfatizando que el protocolo orienta a una impresión diagnóstica y no constituye un diagnóstico definitivo.	100 %	3.67	0.47	Aceptado
11	El protocolo debería añadir referencias explícitas (ej. pie de página o citas en cada sección) para fortalecer su fundamentación teórica.	66.7 %	3.00	0.82	Sin consenso
12	Considero que, con las modificaciones sugeridas y validadas en esta ronda, el protocolo será claro y pertinente para la formación de practicantes en psicología clínica.	100 %	3.67	0.47	Aceptado
13	Considero que el protocolo es factible de implementar en servicios de salud mental y práctica clínica en El Salvador.	100 %	3.67	0.47	Aceptado
14	En general, apruebo el uso del protocolo como material de apoyo para practicantes de psicología clínica.	100 %	3.67	0.47	Aceptado

El porcentaje global de consenso fue de 71.4 %, superando el umbral establecido para validar los ítems del protocolo. Este resultado refleja un nivel de acuerdo alto entre las expertas, lo que respalda la coherencia general del documento y confirma la pertinencia del protocolo propuesto.

3.3.5 Cambios realizados en el protocolo tras la validación Delphi

1. **Diferenciar “comunicación” vs. “comunicación social”** (Ítem 3): Se incorporó esta aclaración cambiando específicamente el término “comunicación” por “comunicación social” en el párrafo descriptivo de aportes teóricos y se describe el concepto “comunicación social” en el apartado de glosario.
2. **Añadir explicaciones sobre “niveles de apoyo” del autismo** (Ítem 4). Para solventar esta sugerencia, se decidió unir los documentos del protocolo y la guía para poder ser presentados como uno solo. En la guía informativa están descritos los niveles de apoyo, luego del apartado de diagnóstico diferencial, por lo que se tomó a bien la sugerencia de colocarlo como anexo al documento oficial “Protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a practicantes de psicología clínica.”.
3. **Actualizar modelos de intervención: incluir DIR/Floortime junto a ABA** (Ítem 6): Se agregó DIR/Floortime como enfoque relacional en la Guía Informativa, en el apartado de “Modelos más utilizados”; se mantuvo ABA.
4. **Incorporar ejemplos de aproximación respetuosa y empática** (Ítem 8). Esta observación, fue solventada en la Guía Informativa, en el apartado “Estrategias de comunicación y socialización basadas en las características del autismo”.
5. **Ampliar el diagnóstico diferencial** (Ítem 9). Se extendió en la Guía Informativa, el apartado “Diagnóstico Diferencial”, agregando la condición de Altas Capacidades, los efectos causados por el uso excesivo de pantalla en niños y la falta de estimulación.
6. **Reforzar consideraciones éticas** (Ítem 10): Se enfatizó que el protocolo orienta a impresión diagnóstica (no diagnóstico definitivo), y se subrayó el rol del equipo multidisciplinario, específicamente en el apartado de "Alcances y Limitantes" del Protocolo.

Ítems que no alcanzaron el umbral ($\leq 66.7\%$) y, por tanto, no generaron cambio por consenso

- **Ítem 1** (*reformular objetivos específicos*).
- **Ítem 5** (agregar ejemplo de aplicación de cribado).
- **Ítem 7** (simplificar estrategias de intervención).
- **Ítem 11** (añadir referencias en cada sección).

Ajustes Autónomos:

- Si bien, el ítem 1 no generó consenso, las investigadoras tomaron a bien la sugerencia, por lo que se suprimió el término “señales de alarma” del primer objetivo específico.
- Igualmente, con respecto al Ítem 11, aunque no generara consenso, las investigadoras decidieron agregar una última página de referencias en el protocolo, donde se han agregado las referencias completas de cada cita utilizada en el protocolo.

3.3.6 Discusión general y limitaciones

El proceso Delphi permitió obtener un consenso sólido respecto a la validez de contenido del protocolo. Los resultados reflejan una alta consistencia conceptual y una adecuada correspondencia entre los objetivos y los procedimientos propuestos.

Este método, al promover la participación iterativa de expertos, garantiza que el instrumento final integre múltiples perspectivas profesionales, lo cual fortalece su aplicabilidad práctica (Cabero-Almenara & Infante-Moro, 2014).

Entre las principales limitaciones se identifican:

- La subjetividad inherente al juicio del experto, que puede influir en las valoraciones.
- La ausencia de una tercera ronda, que habría permitido confirmar el grado de estabilidad del consenso (Hasson et al., 2000).

Aun con estas limitaciones, los resultados obtenidos son coherentes con los criterios metodológicos propuestos por Diamond et al. (2014), quienes sostienen que un consenso igual o superior al 70 % en grupos pequeños constituye evidencia suficiente de acuerdo sustantivo.

3.3.7 Conclusiones de la validación Delphi

El proceso de validación mediante el método Delphi permitió confirmar la coherencia, pertinencia y aplicabilidad del protocolo propuesto.

El consenso global del 71.4 % demuestra una aceptación mayoritaria por parte del panel de expertos, validando la estructura general, los contenidos y la viabilidad práctica del instrumento.

Los ítems que no alcanzaron consenso deberán ser revisados en futuras versiones en caso de actualización de contenido, especialmente en lo relativo al uso del lenguaje inclusivo y la precisión terminológica.

En general, los resultados respaldan la validez del protocolo y su utilidad como guía profesional para la detección y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el contexto salvadoreño

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1. Conclusiones.

La caracterización del Trastorno del Espectro Autista representa un proceso de alta complejidad y sensibilidad, que demanda precisión tanto teórica como práctica. Si bien sus manifestaciones pueden comprenderse con claridad desde un enfoque conceptual, su adecuada identificación en el ámbito clínico requiere una aproximación sistemática y orientada, que posibilite reconocer con mayor exactitud las particularidades de cada caso.

Asimismo, centrar la atención únicamente en la redacción de un protocolo podría limitar la consideración de otros elementos indispensables para su implementación efectiva, como los procedimientos de validación científica que garantizan su pertinencia y confiabilidad.

En este sentido, la construcción de una guía de acción exige un sustento teórico sólido que respalde sus contenidos y directrices. La validez de toda propuesta depende de la rigurosidad metodológica y de la solidez de las fuentes consultadas, las cuales deben asegurar que las orientaciones planteadas se fundamenten en principios científicos y criterios profesionales reconocidos.

4.2. Recomendaciones.

Promover procesos de formación práctica supervisada en el abordaje del Trastorno del Espectro Autista, de manera que los conocimientos teóricos adquiridos puedan complementarse con experiencias clínicas estructuradas que fortalezcan la capacidad de identificación y atención profesional.

Asegurar que todo protocolo diseñado sea sometido a procesos de validación científica, con el fin de garantizar su pertinencia, confiabilidad y aplicabilidad en distintos contextos clínicos.

Fomentar el uso de fuentes teóricas actuales, pertinentes y verificables para la elaboración de guías de acción. Esto implica la revisión constante de literatura especializada y la actualización periódica del protocolo, de modo que su contenido mantenga un respaldo científico sólido y socialmente aceptable.

5. PROPUESTA.



Protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a estudiantes practicantes de psicología clínica.

Autoras:

**Deysi Lizeth Avalos Artiga
Laura Sofía Guerra Martínez**

Ilustradora por Paola Rodríguez

Participantes en la elaboración del protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a practicantes de psicología clínica; y profesionales implicados en la revisión para aprobar su aplicación profesional según sus objetivos de creación.

Elaborado por:

Avalos Artiga, Deysi Lizeth AA18009

Como parte de su proceso de grado para optar al título de Licenciatura de Psicología

Guerra Martínez, Laura Sofía GM18008

Como parte de su proceso de grado para optar al título de Licenciatura de Psicología

Revisado y aprobado por:

Msc. José Ángel Meléndez Sánchez

Coordinador de la Unidad de Evaluación Psicológica del Departamento de Psicología, de la facultad de Ciencias y Humanidades, de la Universidad de El Salvador y asesor de tesis en el presente trabajo de grado.

Licda. Ingrid Ariela Arteaga

Licenciada en Psicología, Maestrante en Neuropsicología, con estudios especializados en atención infantil y TEA.

Lic. Rocío López

Licenciado en Psicología, Maestrante en neuropsicología clínica

Lic. Karla Kattan

Licenciado en Psicología Clínica, especialista en Autismo, Maestrante en Neuropsicología Clínica.

Índice

Contenido	Página
1. Introducción	4.
2. Glosario	6.
3. Objetivos	8.
4. Aportes Teóricos TEA	9.
5. Características del Protocolo	11.
6. Normas de Aplicación	13.
7. Consideraciones éticas	14.
7.1 Alcances	14.
7.2 Limitaciones	15.
8. Procedimiento Metodológico	16.
9. Directorio de Centros de Atención y Referencia para casos de TEA	19.
10. Apéndices	21.
11. Referencias	31.

Introducción.

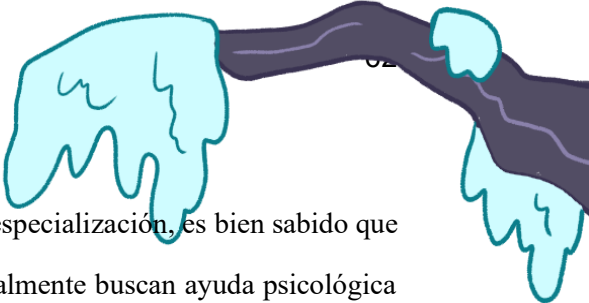
El rol del psicólogo puede variar de acuerdo al área de atención en la que se desenvuelve como profesional, para el caso de los que se inclinan en el área clínica los motivos de consulta son impredecibles y variables como el número de personas que pueden encontrarse en el mundo. El presente protocolo no representa una guía para el proceso psicológico de todos los casos, para tener claros los caminos que sigue es importante tomar en cuenta sus objetivos, con ellos, se clarifica que el protocolo será de utilidad para la atención psicológica dirigida a la población que está o puede estar dentro del espectro autista.

Aunque la redacción del documento ha sido elaborada con un lenguaje práctico y general, pueden encontrarse nuevos términos para los lectores, por lo que se ha elaborado el aparato de "glosario" en el que se definen términos clave incluidos en el contenido del protocolo y que es importante conocer para comprender su utilidad en el documento.

Yendo un poco más a la aproximación teórica del espectro autista, los profesionales de la salud mental deben tener, al menos, conocimiento básico y una noción clara sobre qué son los trastornos del espectro autista (TEA), para poder formular una impresión diagnóstica acertada y brindar una atención adecuada a las necesidades de las personas, dentro de los límites que impone la falta de una especialización. Es por ello que se establece un espacio para presentar los *aportes teóricos sobre el TEA* con fuentes de información cercanas a la realidad salvadoreña que pretenden dotar a los practicantes profesionales de conocimiento básico y conciso sobre el tema, que le permita tener una visión más clara de lo que representan los trastornos del espectro autista en el país.

Aproximándose un poco al uso práctico del protocolo, en el apartado de *características del protocolo* se delimita el ámbito de aplicación en donde se mencionan las personas a las que se dirige su aplicación, la población diana como beneficiarios de la aplicación y los criterios de inclusión y exclusión a considerar cuando se seleccione aplicar el procedimiento metodológico.

Al momento de su aplicación deben tenerse en cuenta criterios que se convierten en norma para garantizar su efectividad y la veracidad de los resultados, aunque pueden ser solo dos, sin ellos el uso del protocolo no cumple su finalidad y por ello se hace el llamado a prestar especial atención a sus *normas de aplicación*.



Si bien, el trabajo psicológico con población autista requiere de una especialización, es bien sabido que las personas autistas son parte de la sociedad en general que eventualmente buscan ayuda psicológica para trabajar o encontrar una solución con respecto a sus necesidades (y quizá no están relacionadas directamente a las características del TEA), el psicólogo en cuestión debe estar preparado con herramientas básicas que le permitan responder eficazmente a la demanda, es por ello que en caso de presentarse una demanda relacionada con los criterios diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista, se ofrece un *proceso metodológico* que puede guiar su práctica paso a paso para encontrar la impresión diagnóstica sobre el TEA, si es el caso, o solventar por una línea distinta con la seguridad de no ser negligente durante el proceso psicológico.

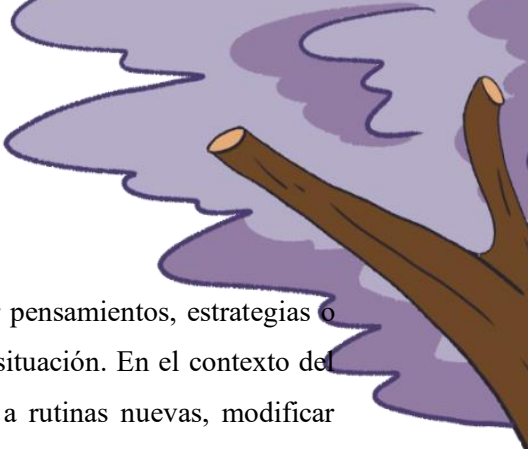
Cabe mencionar que también se incluye en *proceso metodológico*, una guía informativa que permite tener bases prácticas para adecuar la atención psicológica basándose en ciertas estrategias de comunicación y comportamiento encaminadas a una mejor interacción y entendimiento con la población autista, cuando su demanda psicológica esté desligada a su diagnóstico (ej. manejo de la ansiedad). Así mismo la información podrá ser utilizada para brindar una más congruente psicoeducación a cuidadores de personas autistas si el caso lo amerita o solicita.

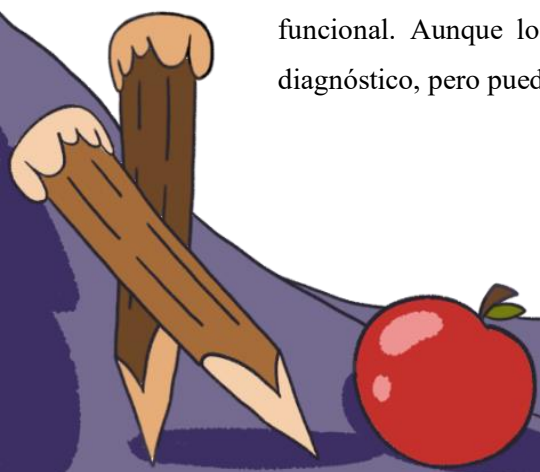
Téngase en cuenta que el protocolo, de ninguna manera sustituye una especialización sobre el TEA, por lo que en *consideraciones éticas* se especifican los alcances que puede tener un psicólogo clínico en la atención a la población autista y por consiguiente sus limitaciones profesionales que le lleven a encaminar a los padres de familia, o a los implicados, hacia un profesional capacitado que pueda brindar un diagnóstico e intervención especializados para las personas dentro del espectro y responda de manera integral a la demanda solicitada.

Eso nos lleva, finalmente, a dejar sugerencias como *Directorio de Centros de Atención y Referencia para casos de TEA* de instituciones y profesionales con la formación especializada para dar seguimiento pertinente al caso, también tendrán a su disposición en el apartado de *apéndice*, de manera directa y comprimida, información pertinente que podrá ser tomada como pautas para la creación de sus propios instrumentos de entrevista y observación durante el proceso de la detección e impresión diagnóstica del TEA.

2. Glosario:

1. **Actividad social inusual:** este concepto describe comportamientos que se desvían de las normas sociales típicas en interacciones con otros. Esto puede incluir la falta de interés en actividades grupales, comportamientos que no son apropiados para la situación social, o formas únicas de interactuar que pueden parecer extrañas o inusuales para los demás.
2. **Comorbilidades:** Presencia simultánea de dos o más condiciones o diagnósticos en una misma persona. En el caso del autismo, son frecuentes las comorbilidades con trastornos del lenguaje, ansiedad, TDAH o dificultades sensoriales, lo cual puede influir en la intervención y en el proceso diagnóstico.
3. **Comunicación social:** Se refiere al uso funcional del lenguaje, gestos y conductas no verbales en contextos sociales, con el propósito de compartir información, expresar necesidades, emociones o intereses, y establecer vínculos interpersonales. A diferencia de la comunicación estructural o lingüística, la comunicación social implica comprender y aplicar las normas implícitas de la interacción (como turnos conversacionales, contacto visual, inferencia del estado emocional ajeno y adaptación al contexto).
En el Trastorno del Espectro Autista, las dificultades en la comunicación social pueden manifestarse como una comprensión literal del lenguaje, falta de reciprocidad emocional o problemas para interpretar señales sociales sutiles.
4. **Conducta restringida:** se refiere a patrones de comportamiento que son limitados y repetitivos. Estas conductas pueden incluir movimientos estereotipados, insistencia en la misma rutina o actividades, y pueden ser una forma de manejar la ansiedad o el estrés.
5. **Cocurrencias en el autismo:** Manifestaciones o características adicionales que pueden presentarse junto al autismo sin constituir un trastorno independiente. Pueden incluir diferencias en la sensibilidad sensorial, patrones del sueño, o particularidades motoras o cognitivas que acompañan al perfil autista y aportan diversidad a su expresión clínica
6. **Déficit en la comunicación:** se refiere a dificultades en la habilidad de expresar o comprender el lenguaje verbal y no verbal. Esto puede manifestarse en problemas para iniciar o mantener conversaciones, entender las normas sociales de la comunicación, o utilizar el lenguaje de manera efectiva para expresar necesidades y emociones.
6. **Ecolalia:** Es un fenómeno del lenguaje en el que una persona repite palabras o frases que ha escuchado previamente. Esto puede ocurrir de forma inmediata o después de un tiempo.
7. **Estereotipias:** Son movimientos, posturas o vocalizaciones repetitivas y rítmicas que no tienen una finalidad aparente. Pueden observarse en diversas condiciones neurológicas y del desarrollo, como el Trastorno del Espectro Autista (TEA) o el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), aunque también pueden aparecer en personas sin ninguna condición médica específica.

- 
8. **Flexibilidad cognitiva:** Capacidad mental que permite modificar pensamientos, estrategias o conductas ante cambios en el entorno o en las demandas de una situación. En el contexto del autismo, su limitación se refleja en la dificultad para adaptarse a rutinas nuevas, modificar patrones de juego o aceptar variaciones inesperadas en el entorno.
 9. **Habilidades sociales:** Competencias que posibilitan la comprensión y el manejo adecuado de las interacciones humanas. Incluyen la empatía, la reciprocidad social, la comunicación no verbal y la interpretación de normas sociales. En el autismo, suelen desarrollarse de forma diferente y requieren apoyos específicos para favorecer la interacción y la inclusión.
 10. **Hipersensibilidad:** es una respuesta exagerada del sistema nervioso o del sistema inmunológico a estímulos que normalmente no causarían una reacción intensa.
 11. **Hiposensibilidad:** es una disminución o falta de respuesta a estímulos sensoriales que normalmente generarían una reacción. Puede afectar uno o varios sentidos, como el tacto, la vista, el oído, el gusto, el olfato o el sentido propioceptivo y vestibular
 12. **Mutismo:** Es la incapacidad o negativa persistente de hablar, a pesar de tener la capacidad física y cognitiva para hacerlo. Puede ser total o situacional y suele estar asociado a condiciones como el Trastorno del Espectro Autista (TEA), la ansiedad social o el mutismo selectivo.
 13. **Patrones restringidos de la conducta:** Conjunto de comportamientos repetitivos o intereses intensos centrados en temas específicos, objetos o rutinas. Estas conductas funcionan, en muchos casos, como mecanismos de autorregulación o como formas de expresar intereses profundos característicos de la persona autista
 14. **Particularidad sensorial:** este término se refiere a la forma en que una persona percibe y reacciona a estímulos sensoriales. Las particularidades sensoriales pueden incluir hipersensibilidad o hiposensibilidad a estímulos como sonidos, luces, texturas, sabores y olores. Estas diferencias pueden influir en cómo una persona interactúa con su entorno.
 15. **Ritual:** en el contexto del comportamiento humano, un ritual es una serie de acciones o comportamientos que se realizan de manera fija y repetitiva, a menudo en un orden específico. Los rituales pueden proporcionar una sensación de control y previsibilidad en situaciones que pueden ser percibidas como caóticas o amenazantes.
 16. **Tic:** Movimiento o vocalización involuntaria, breve y repetitiva que aparece sin un propósito funcional. Aunque los tics pueden coexistir con el autismo, no forman parte esencial del diagnóstico, pero pueden aumentar en intensidad ante la ansiedad o sobrecarga sensorial.



3. Objetivos.

General:

- Guiar a los de practicantes profesionales clínicos de la Universidad de El Salvador en el proceso para concretar una impresión diagnóstica del Trastorno del Espectro Autista, apoyándose de bases teóricas y metodológicas que incluyan estrategias para la interacción con personas autista como pautas de intervención.

Específicos:

- Brindar las pautas claves para formular una acertada impresión diagnóstica del TEA según el DSM-V-TR, incluyendo características del comportamiento a considerar durante el proceso de evaluación mostrado en forma de diagrama para una mejor comprensión.
- Ofrecer sugerencias prácticas e información clara y concisa para garantizar una adecuada relación terapéutica entre practicantes profesionales clínicos y consultantes de diferentes edades que posiblemente se encuentren dentro del espectro autista.

4. Aportes teóricos TEA.

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo que se observa más en ciertas áreas del comportamiento resumidas en la famosa Triada de Wing (1979) “problemas en la comunicación social, déficit en las habilidades sociales y un repertorio de patrones o intereses rígidos que predominan en estas personas”, debe entenderse este trastorno, no como una enfermedad, sino como una característica del neurodesarrollo que dota a estas personas con una manera diferente de percibir la realidad, encontrando diferencias en cuanto a percepción de estímulos de todo tipo, procesamiento de la información, habilidades comunicativas, entre otras variables implicadas.


Con el paso de los años y alrededor del mundo, los trastornos del espectro autista (TEA), han empezado a cobrar relevancia gracias a las campañas de concientización debido a las altas tasas diagnósticas en los últimos años, a principios de 2023 la OMS dio a conocer una estadística señalando que 1 de cada 100 niños son autistas a nivel mundial. Si se consideran otros estudios bien controlados, las cifras cambian significativamente dado que reportan a 1 de cada 31 niños dentro del TEA⁴.

Sin embargo, en El Salvador el autismo es poco visible y existe mucha desinformación o incluso, ignorancia al respecto.

En una investigación realizada por el La Prensa Gráfica (2018), la Oficina de Información y Respuesta (OIR) del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) explicó que no tienen registros de casos con diagnóstico de autismo y que por su parte, la jefatura del Departamento de Vigilancia Sanitaria, manifestó que en su dependencia no se lleva este tipo de información. Sin embargo, añaden que el Ministerio de Salud cuenta con una estadística relacionada a consultas por Autismo, durante el periodo del 2013 al 2018, donde dicta 611 consultas en pacientes masculinos y 130 consultas en pacientes femeninas; cabe mencionar que no hay una cifra sobre diagnósticos certeros

Actualmente el registro existente de personas con diagnóstico del TEA a nivel nacional es el ofrecido gracias al registro de personas con autismo que consultan por primera vez en una de las 717 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, hospitales nacionales y otras dependencias del MINSAL, que aun cuando se puede considerar un número significativo, no se debe olvidar que representa solo un lado del sistema de salud nacional, en donde no se incluyen los registros del sistema de salud privado y, por

⁴ Según un análisis publicado en el *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR)* de los Centros de Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), de los datos obtenidos de 16 sitios en Arizona, Arkansas, California, Georgia, Indiana, Maryland, Minnesota, Misuri, Nueva Jersey, Pennsylvania, Puerto Rico, Tennessee, Utah y Wisconsin.,m,



consiguiente, existe la posibilidad de encontrar más personas con diagnóstico del espectro autista en el país, pero que no han solicitado atención médica en el sistema de salud pública.

Los datos indican que durante los últimos 3 años las cifras han ascendido increíblemente, en el 2020 se registraron 214 personas que fueron atendidas bajo el diagnóstico de autismo, pero para el 2023 las cifras fueron de 1196, es decir, aproximadamente 5.6 veces mayor que en el 2020 y la edad a que consultan con mayor frecuencia, suele ir desde los 2 a los 4 años. Para enero y febrero de 2024 ya se tenían 41 personas femeninas y 137 del sexo masculino que habían solicitado atención médica por primera vez, a la fecha los números siguen creciendo.

En pocas palabras, las personas autistas son parte importante de la sociedad, la falta de conciencia al respecto acarrea un sinnúmero de situaciones desagradables e injustas para ellos, con respecto al ámbito profesional, las imprecisas impresiones diagnósticas o los inexactos diagnósticos de los profesionales, conducen a imprecisos e inefectivos tratamientos de intervención que pueden llegar a poner en riesgo la calidad de vida de los implicados, teniendo que ingerir fármacos como paliativos de “conductas molestas” sin ninguna otra clase de trabajo o de estrategia al respecto; por esto, se considera a la falta de conocimiento por parte de los profesionales como una situación que debe ser atendida inmediatamente y que de reduzca la posibilidad de una inadecuada praxis.

De hecho, con respecto al diagnóstico, recientemente, Cortese et al. (2025) publicaron un artículo titulado Latest clinical frontiers related to autism diagnostic strategies, que revisa los procesos diagnósticos actuales del autismo y los avances emergentes como la genética, la telemedicina, tecnologías digitales y aprendizaje automático. En dicho estudio, se enfatiza que el diagnóstico continúa basándose en la historia del desarrollo, la observación directa del comportamiento y entrevistas estructuradas, ya que aún no existen biomarcadores confiables validados clínicamente. Esta revisión refuerza la importancia de enfatizar el proceso diagnóstico centrado en la particularidad del caso, como también utilizar instrumentos acreditados y el papel esencial del equipo multidisciplinario para garantizar precisión diagnóstica.

Esto recuerda que el proceso diagnóstico para el TEA es realmente complejo y requiere de ciertas o acreditaciones académicas, pero también el desarrollo del criterio clínico propio, en base a conocimiento y experiencia, sin embargo, con la información necesaria es posible que un psicólogo sin acreditación pueda realizar una impresión diagnóstica y redirigir al paciente a un profesional especializado

Modelo Teórico base del presente proyecto

Teoría de la Neurodivergencia.


La neurodiversidad es un marco conceptual que reconoce y valora las diferencias neurológicas humanas como una variabilidad natural, no como trastornos a erradicar (Walker, 2014). Desde esta perspectiva, el autismo se entiende como una forma alternativa de ser y de experimentar el mundo, no como una patología.

El enfoque de neurodiversidad promueve la inclusión, aceptación y adaptación ambiental, en lugar de centrarse únicamente en intervenciones clínicas o la corrección de las "anomalías". Esto implica modificar entornos como escuelas, lugares de trabajo y espacios públicos para que sean accesibles y respetuosos de las diferentes formas de procesamiento neurológico (Kapp et al., 2013).

Desde esta perspectiva, las investigadoras se han tomado la tarea de crear una herramienta para poder influir en el contexto profesional, ayudando a profesionales de la salud mental a tener los recursos necesarios para abordar a las personas dentro del espectro, desde sus particularidades como autistas, creando un vínculo terapéutico efectivo y ético. Influyendo desde la parte terapéutica porque esclarece y guía metodológicamente, la práctica profesional de un psicólogo clínico

Características del protocolo.

- **Ámbito de Aplicación:** Este protocolo está diseñado para ser aplicado por los practicantes profesionales clínicos, exclusivamente en el área clínica.
- **Población Diana:** Usuarios beneficiarios de los servicios ofrecidos por los practicantes de la carrera de psicología de la UES en el área clínica.
- **Criterios de inclusión y exclusión:** Por lo general es en los primeros años de vida y durante la etapa preescolar en donde los padres de familia y profesionales escolares identifican que hay desfases en el desarrollo, es decir, actividades, actitudes y conductas que sus hijos realizan de forma particular o que no la realizan de la forma que se espera para su edad. Por ello, la mayoría de casos donde predominan las sospechas de autismo suelen ser en edades de 3 a 6 años, etapa del desarrollo en la que puede aplicarse el protocolo si los consultantes se encuentran en ese rango de edad y existen las sospechas de TEA, además, también se han especificado ciertas directrices que mejoren la interacción social con consultantes autistas para los casos con consultantes mayores de 6 años.



Pertinencia: Ante el aumento significativo de diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista, los profesionales de la psicología clínica tienen altas probabilidades de recibir en sus consultas casos con sospecha de esta condición. Esto les plantea la necesidad de saber cómo responder a las demandas del consultante, actuando dentro de los límites de sus competencias profesionales y con claridad sobre a quién derivar cuando sea necesario. El presente protocolo responde precisamente a esa necesidad, ofreciendo pasos metodológicos claros que guían de forma operativa el proceso profesional.

- **Factibilidad:** El protocolo presenta criterios claros para guiar su aplicación al momento de responder a una necesidad real, la sencillez de su estructura permite mantener la coherencia entre la teoría y la práctica al momento de planificar la adecuación a un caso específico. Además, el proceso metodológico fue elaborado a través del árbol de decisiones de forma ilustrativa con el propósito de mejorar la comprensión del proceso, y tomando en cuenta, que se proporcionan los documentos de aplicación sugeridos en la metodología (pruebas de cribado), se facilita más su implementación.
- **Temporalidad:** El presente protocolo no se limita a un momento específico, ya que aborda una problemática de carácter permanente. En este sentido, la temporalidad está determinada por la naturaleza misma del problema, el cual mantiene su relevancia a lo largo del tiempo y ofrece la posibilidad de adaptarse y actualizarse para responder a necesidades y contextos futuros, siempre que se validen adecuadamente para su aplicación.

6. Normas de aplicación.

- Antes de considerar la aplicación de este protocolo ante un caso práctico, es imprescindible realizar la lectura y comprensión de la información teórica que se presenta en la Guía Informativa, presentado al final de este documento.
- Respetar y seguir el orden que se sugiere en la secuencia metodológica, ya que cada uno de sus pasos ha sido diseñado para seguir un orden establecido y no seguirlo implicaría afectar la validez de los resultados. En caso de realizar un cambio debe estar sujeto a la aprobación y supervisión de un profesional en el área, que respalde y apruebe la modificación según la pertinencia y utilidad de aplicación para el caso en cuestión.
- Es importante recordar que el protocolo está diseñado tomando en cuenta la edad cronológica y los hitos del desarrollo esperables según la edad, por lo que se debe ser muy cuidadoso al momento de discriminar los elementos a utilizar.

7. Consideraciones éticas.

- *Alcances y limitaciones del psicólogo clínico.*

Realizar un diagnóstico e intervención para población con autismo, es bastante complejo, para eso se necesita una especialización en TEA y adquirir las credenciales para poder utilizar las herramientas diagnósticas legítimas y validar el diagnóstico, que son el ADI-R y el ADOS-2, los cuales tienen un costo de certificación elevado, eso por mencionar algunos requisitos, sin embargo, hay que tener en cuenta que se están formando para ser profesionales de la conducta, por lo que ya han adquirido formación académica que les permita tener ciertos alcances en la atención a población autista, a continuación se deja una lista de sus alcances y limitaciones.

7.1. Alcances:

- **Evaluación general:** realizar una evaluación inicial para identificar síntomas y problemas generales puede tratar una línea importante para futuros seguimientos, aunque puede que no se detecten todos los aspectos específicos del espectro autista sin herramientas o conocimientos especializados, genera los trazos para una intervención temprana.
- **Intervención básica:** la preparación alcanzada en las etapas finales de la Licenciatura en Psicología, le permiten ofrecer intervenciones básicas para problemas comunes como ansiedad, depresión, o estrés, aplicando enfoques terapéuticos generales que pueden ser adaptados en cierta medida.
- **Apoyo emocional a madre, padre o cuidador principal:** con los conocimientos generales se puede brindar apoyo emocional, ayudar a la persona a manejar el estrés y proporcionar un espacio seguro para la expresión de emociones.
- **Orientación familiar general:** es posible ofrecer orientación general a las familias sobre estrategias para manejar el comportamiento y mejorar la comunicación, aunque sin un enfoque especializado en autismo.
- **Referencia a especialistas:** al identificar la necesidad de una evaluación más especializada, es conveniente derivar al individuo a un psicólogo clínico con experiencia en autismo o a otros profesionales especializados.

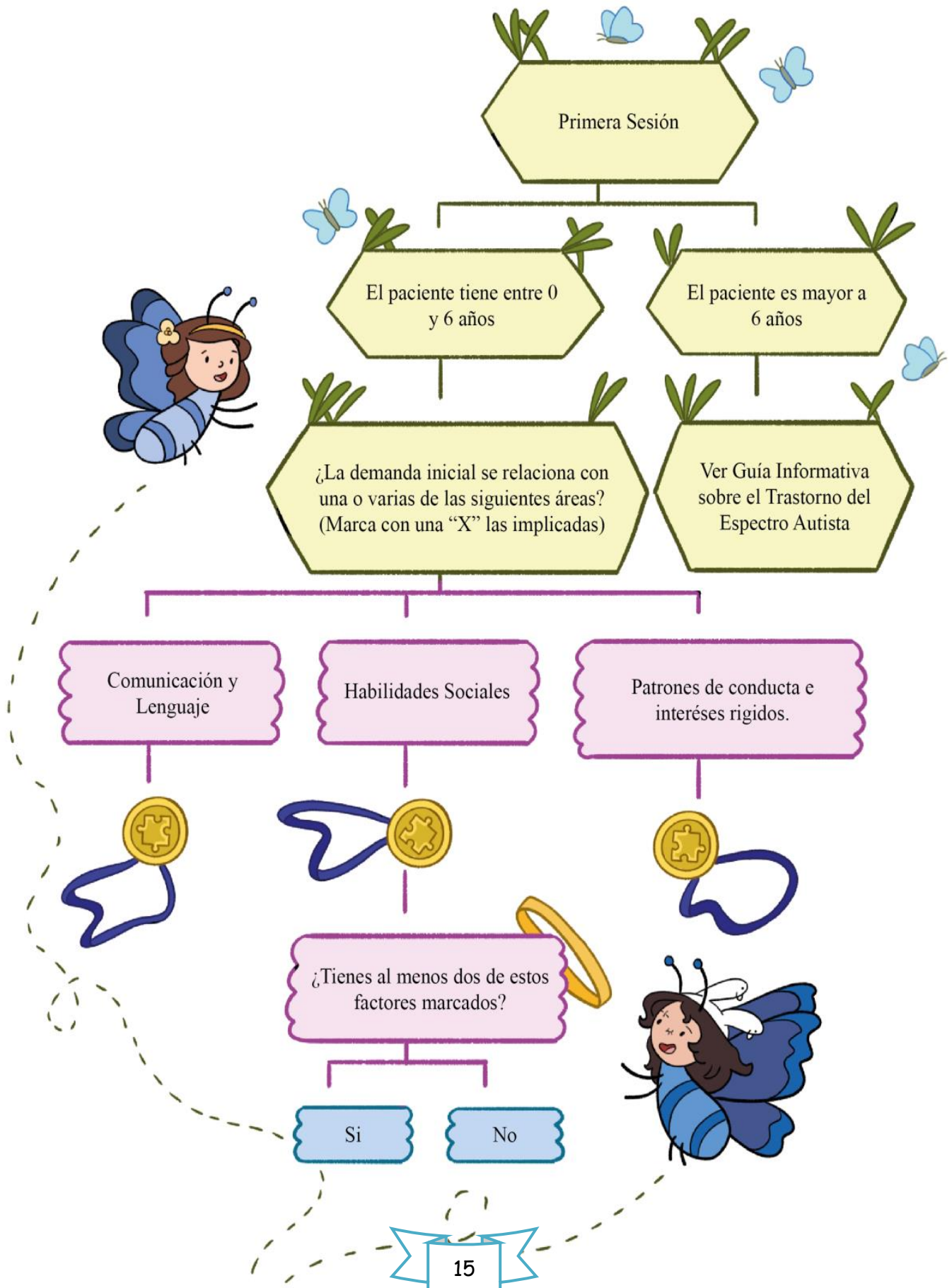
7.2. Limitaciones:

- **Falta de conocimiento específico:** sin especialización en autismo, el psicólogo puede carecer del conocimiento profundo sobre las características del espectro autista y limitar la comprensión y la capacidad de abordar de manera efectiva las necesidades específicas del individuo.

- **Estrategias terapéuticas no especializadas:** el conocimiento general permite tener una base de datos sobre estrategias en atención psicológica para muchos objetivos, sin embargo, en la atención a personas dentro del espectro autista, deben usarse técnicas con respaldo científico dirigidas directamente a personas con las características del TEA o un diagnóstico del neurodesarrollo, que generalmente se adquieren al seguir la preparación académica con dirección a una especialización.
- **Estrategias terapéuticas personalizadas:** realizar adecuaciones terapéuticas requieren de pertinencia y ética, considerando que las técnicas y enfoques que se utilizan pueden no estar adaptados a las particularidades del autismo y no ser lo más efectivo para el individuo.
- **Desafíos en la comunicación:** se puede presentar la dificultad para adaptar la comunicación y las técnicas terapéuticas a las formas de comunicación no verbales o a las diferencias en la percepción que tienen las personas autistas.
- **Limitaciones en la intervención de comorbilidades:** Las comorbilidades comunes en el autismo (como el TDAH) pueden requerir enfoques específicos que un psicólogo generalista puede no estar completamente capacitado para manejar de manera efectiva.
- **Interpretación de comportamientos:** interpretar erróneamente ciertos comportamientos o respuestas como problemas de comportamiento en lugar de manifestaciones del autismo, puede llevar a enfoques inapropiados.
- **Falta de recursos especializados:** no tener acceso o conocimiento sobre recursos y apoyos específicos para personas autistas, puede limitar la capacidad de ofrecer un apoyo integral al caso.
- Los pasos metodológicos descritos en este protocolo limitan al profesional solamente a generar una **Impresión Diagnóstica**, es decir que no sustituye de ninguna manera, un diagnóstico que pueda considerarse válido, más bien busca ser la ruta que justifique practicante de psicología clínica su decisión de referencia a un especialista en TEA. Se debe tener en cuenta que las herramientas de cribado propuestos, como el M-CHAT, el AQC y el ASSQ permiten identificar ciertos comportamientos que sugieren la necesidad de una evaluación más profunda. Las herramientas de cribaje no son diagnósticas, sino que ayudan a orientar la observación y la derivación, ayudando a consolidar la impresión diagnóstica, más no un diagnóstico formal.

8. Procedimiento metodológico.

Para la aplicación del protocolo tome de referencia principal el siguiente *árbol de decisiones* para guiar el proceso de impresión diagnóstica en posibles casos de TEA.



Prepara la segunda sesión en base a los siguientes indicadores de evaluación:

Probablemente no sea autismo, planteate otra hipótesis.

Recuerda que debes evaluar los 3 indicadores, sin excepción.

Comunicación y Lenguaje
Ver apéndice 1.

Habilidades Sociales
Ver apéndice 1.

Patrones de conducta e intereses rigidos
Ver apéndice 1.

¿Encontraste al menos 1 indicador positivo para cada una de las áreas?

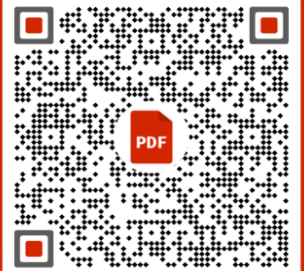
Si

No

Preparate para la siguiente sesión donde aplicarás una herramienta de cribado dependiendo de la edad:

Probablemente no sea autismo, planteate otra hipótesis.

- **M-chat** de 16 a 30 meses.
- **Cociente del espectro autista** (Versión para niños) (AQC) de 4 a 11 años.
- **Cuestionario de Cribaje del Espectro Autista** (ASSQ) de 7 a 16 años.



Pruebas en PDF

¿La prueba resultó positiva?



Si

No

Preparate para la próxima sesión con los padres, donde deberás hablarles sobre la posibilidad de que su hijo o hija esté dentro del espectro autista, encontrarás una guía informativa con información básica, que te ayudara en este paso en el Apéndice 2

Probablemente no sea autismo, planteate otra hipótesis.

Refiere a un especialista, encontrarás algunas opciones en la página # 18



9. Directorio de Centros de Atención y Referencia para casos de TEA.

- 1. Petit Pas:** Centro Infantil de Desarrollo Integral.
Dirección: Colonia San Francisco, Calle los Castaños #33 0000. San Salvador, El Salvador.
Teléfono principal: 2557 0849
Servicios que ofrece: terapias de lenguaje, ocupacional, educativa, sensorial, estimulación temprana y conductual.
- 2. CRINA:** Instituto de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia.
Dirección: Colonia Costa Rica, Avenida Irazú No. 181, contiguo a Asilo Sara, San Salvador.
Teléfono principal: 2213 4800
Servicios que ofrece. Atención a personas con discapacidad física, intelectual, sensorial o mixta, en las siguientes áreas de trabajo: terapia física, ocupacional, habilidades adaptativas, terapia musical y apoyos en áreas de psicología y trabajo social.
- 3. CAMI/CTD:** Centro Terapéutico para el Desarrollo.
Dirección: Colonia Escalón, 9a Calle Poniente, Biss #1571, San Salvador.
Teléfono principal: 2526 1745
Servicios que ofrece: servicios de terapias, atención psicoeducativa, evaluaciones psicométricas para diagnósticos de TEA y TDAH, atención psicológica y neurológica.
- 4. Clínica Neuro y Pedia:** Clínica Pediátrica y Neuropediatría.
Dirección: Paseo General Escalón, 3a Calle Poniente #5151, una cuadra arriba del Hospital Diagnóstico Escalón, San Salvador.
Teléfono principal: 2532 6847
Servicios que ofrece: atención médica pediátrica especializada y neurología pediátrica.
- 5. COPAI:** Clínica de Orientación Psicológica y Atención a la Infancia.
Dirección: cerca del Colegio Guadalupano, 25 Avenida Norte, Edificio CEMEDIC 915, 2º nivel, local #11, San Salvador.
Teléfono principal: 6968-5665
Servicios que ofrece: diagnóstico y tratamiento de TEA, terapia educativa, emocional, sensorial y asesoramiento a padres de familia y/o responsables.
- 6. CEFOI:** Centro Fonoaudiológico Integral.
Dirección: 7ma. Calle Poniente pasaje Verde # 502, Colonia Escalón, San Salvador.
Teléfono principal: 7308 8669
Servicios que ofrece: Atención en casos de dislexia, disortografía, retraso lector, disfonías, hiperactividad, problemas de la memoria, psicomotricidad, psicopedagogía, estimulación temprana, dificultades del aprendizaje y autismo.
- 7. PSICOKIDS.**
Dirección: Colonia Escalón, entre 95 Avenida Norte y Calle El Mirador, casa número 1.
Teléfono principal: 7003 6612
Servicios que ofrece: Evaluaciones psicopedagógicas, terapias de lenguaje, terapia ocupacional, intervención psicológica, programas de estimulación temprana y apoyo a familias de niños autistas.

8. Karla Kattan (Neuropsicóloga)

Dirección: San Benito, San Salvador.

Teléfonos: 2130-1915, 7504-3244, 64381240

Correo Electrónico: karla.kattan7@gmail.com

Servicios que ofrece: Terapia emocional, cognitiva, conductual y trauma. Evaluación de autismo en niños, adolescentes y adultos.

9. Neurorehabilitación.

Dirección: Calle Los Abetos 2, Colonia San Francisco, San Salvador.

Teléfono principal: 7387-2579

Correo Electrónico: johannare@neurorehabsv.com

Servicios que ofrece: Diagnósticos y tratamientos para trastornos del neurodesarrollo y enfermedades neurodegenerativas.

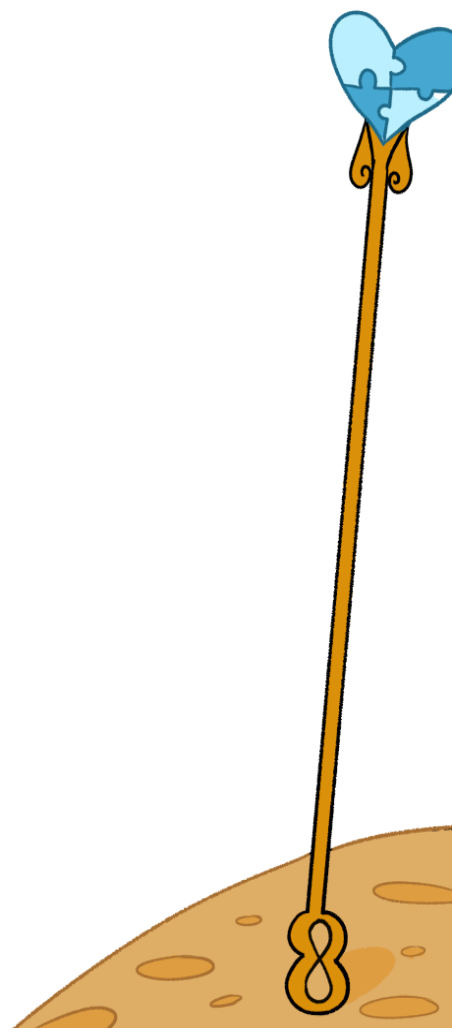
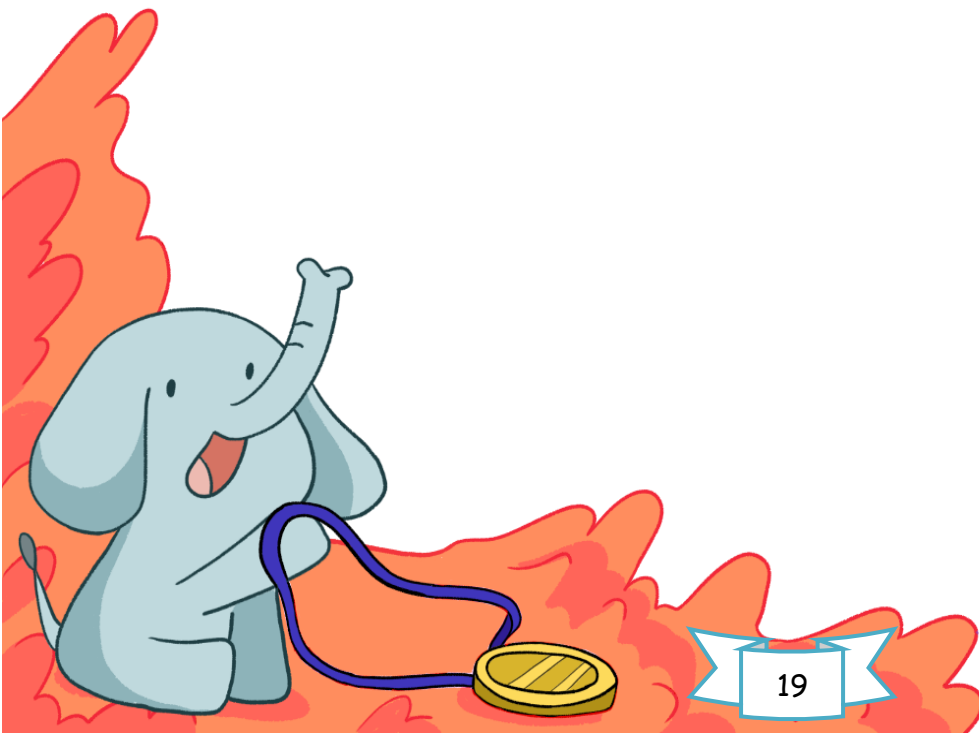
10. Dendrita.

Dirección: 3ª calle Pte. Y, 77 av. Norte 3990, Colonia Escalón, San Salvador.

Teléfono principal: 7174-3954

Correo Electrónico: dentritacentro@gmail.com

Servicios que ofrece: Ofrece servicios en las áreas de psicología.



Apéndices

Apéndice 1. Indicadores para evaluar la triada de Wing.

Indicaciones:

A continuación se presenta una lista de indicadores separados por área y edad, han sido considerados para ser evaluados por medio de una entrevista, pero hay elementos subrayados que indican la posibilidad de ser observados durante las sesiones para poder contrastar las respuestas ofrecidas por los encargados en la entrevista.

Recuerda evaluar las tres áreas de la triada de Wing: problemas en la comunicación, déficit en las habilidades sociales y un repertorio de patrones o intereses rígidos. Estas son las que componen los trastornos del espectro autista y se puede concluir una impresión diagnóstica solo al tener los resultados de cada una para hacer la respectiva comparación con los criterios diagnóstico; evaluar una o dos de las áreas dejará un vacío significativo que afectará los resultados. Cada uno de los signos tienen significado con el Autismo siempre y cuando no sean explicados por otro tipo de situaciones, por ejemplo: problemas familiares, violencia, situaciones que afecten emocionalmente o poca confianza con el terapeuta.

Se ha considerado pertinente especificar solamente los indicadores, para que los usuarios de este protocolo tengan la libertad de construir sus propias guías de entrevista y/o de observación.

Elementos o ítems para entrevista de 0-3 años.

Características sociales de 0-3 años:

- **No muestra anticipación cuando se le va a coger en brazos:** cuando mamá, papá, terapeuta, etc. tienen la intención de levantarlo, el niño/a no muestra la intención de ayudar levantando sus brazos.
- **Falta de interés en juegos interactivos simples:** cuando se le realizan cosquillas o se oculta una persona entre sus manos, no muestra una reacción de agrado (sonrisas o curiosidad).
- **Falta de ansiedad ante los extraños:** después de los 10 meses se espera que los niños conozcan quienes son las personas ajenas a su familia y sientan desconfianza cuando intentan cargarlas, cuando eso se presenta, se habla de una posible ausencia de ansiedad ante los extraños.



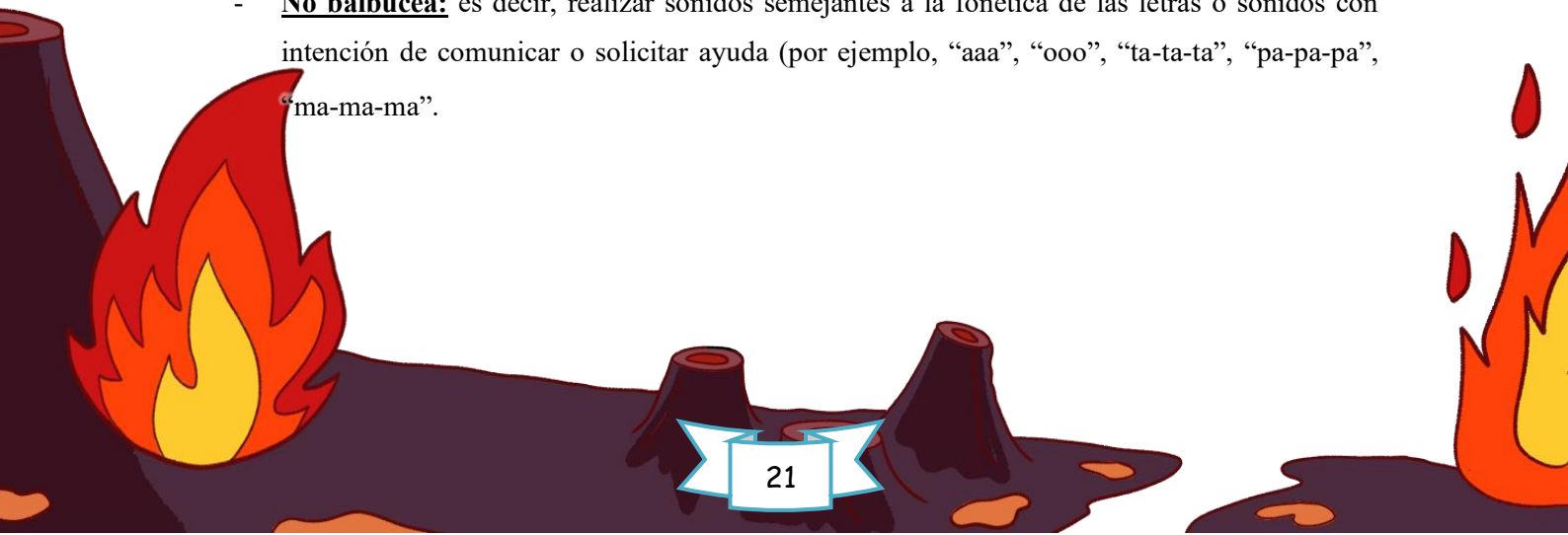
- **No responde a su nombre:** cuando se menciona su nombre, no dirige su mirada hacia donde percibe el sonido y sigue su actividad o camino sin respuesta alguna (gestos, ademanes y sonidos o palabras dirigidas al llamado de su nombre, aún en signo de rechazo).
- **Ausencia de imitación espontánea:** cuando terceras personas se ocultan en sus manos, se despiden con la mano o extiende su mano para tomar la del menor, generalmente se obtiene la misma respuesta pero en estos casos eso es poco perceptible.
- **No muestra interés por relacionarse con otros niños/as:** puede encontrarse en el mismo espacio físico con otros niños de la misma edad, pero no se interesa en compartir objetos y juegos, cuando es más perceptible, no dirige la mirada hacia ellos, enfocado en su juguete.
- **Pocas expresiones para compartir afecto positivo:** los abrazos son menos voluntarios, no extiende los brazos con emoción, pero puede acercar su cuerpo y apoyar su rostro.

Características conductuales de 0-3 años:

- **Tiene una respuesta inusual de rechazo ante determinados estímulos auditivos:** cuando hay sonidos como música, voz alta, instrumentos musicales, etc. Se muestra irritado, puede buscar a un adulto (como para esconderse), coloca la mano en sus orejas y/o tiene gestos de desagrado.
- **Tiene formas repetitivas de juego (cómo alinear objetos o abrir y cerrar puertas de forma repetitiva):** cuando tiene figuras circulares busca ordenarlos en arco, si tiene crayolas a su avance las coloca verticalmente y/o por colores. En tiempos de juego, comienza con un juguete específico y luego otro, sin cambios en diferentes momentos. O siempre juega lo mismo o de la misma manera.
- **No juega de forma simbólica:** por ejemplo, usar bloques simulando que es un avión o una caja de cartón simulando un tren. Suelo jugar solo con juguetes que representan lo que quiere jugar, "no inventa".

Características comunicativas y de lenguaje de 0-3 años:

- **No balbucea:** es decir, realizar sonidos semejantes a la fonética de las letras o sonidos con intención de comunicar o solicitar ayuda (por ejemplo, "aaa", "ooo", "ta-ta-ta", "pa-pa-pa", "ma-ma-ma").




- **No mira hacia donde otros señalan:** si una persona con emoción señala un objeto o animal, ellos no siguen el dedo con su mirada, aun después de 3 intentos, no se muestran con la voluntad de seguir con su mirada lo que se está señalando. En ocasiones tampoco se logra cuando la persona está a su estatura y coloca su dedo frente a su rostro con intención de llamar más la atención.
- **No señala con el dedo para pedir algo que quiere:** en ocasiones toman la mano del adulto para pedir lo que desean pero colocan la mano del adulto sobre el objeto, no usan con anticipación su dedo para indicar dónde está lo que desean.
- **No muestra objetos:** si tiene en su mano un objeto cuando están personas cerca no les muestra “con que juega”. En momentos donde reciben un regalo, no muestra a los demás que es, solo toma lo que le dieron lo explora o conserva.
- **No dice frases espontáneas de dos o más palabras (2-3 años):** por ejemplo: “me duele”, “no quiero”, “es mío”, “por favor”, “quiero agua”. O habla en tercera persona.
- **Regresión en el lenguaje a los 2 años:** en ocasiones los padres comentan que antes (hace unos años, unos meses, etc) el niño usaba palabras generales, como “agua”, “papá”, “mamá”, “no”, “sí”; pero en la actualidad ya no las dice.

Elementos o ítems para entrevista de 3-5 años.

Características sociales de 3-5 años:

- **Poca respuesta a su nombre.**
- **Acercamientos extraños a los niños de su edad:** se acerca y busca tener contacto físico al colocar su espalda lateralmente a la espalda del otro niño o cuando se acerca, toma el objeto que tiene el otro niño sin hacer contacto visual y se regresa a su espacio. Otro ejemplo es que puede ser excesivamente invasivos con los demás.
- **Escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas:** puede encontrarse frente a un niño riendo o llorando y no se muestra preocupado o con curiosidad de saber que le sucedió a su compañero de juegos. Si un adulto (de la familia) se muestra muy feliz, en el niño no hay contacto visual y sonrisas como respuesta a la situación emocional del adulto (en ocasiones es porque no logran identificar que hay una emoción en los gestos).
- **No se une a otros en juegos de imaginación compartidos:** cuando se dan juegos de asumir roles (el lobo, al doctor, mamá y papá) no es de interés participar en esa dinámica; en algunas ocasiones siguen el hecho de correr, pero sin tomar un rol dentro del juego, o solo quiere hacerlo a su manera.

- 
- **Fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos:** cuando hay interés en mantenerse con otros niños se mantiene en el grupo, pero no se siguen las reglas del juego, se ven comportamientos que se dirigen a su único interés y los demás niños no comprenden que sucede.
 - **Relaciones extrañas con adultos, desde una excesiva intensidad a una llamativa indiferencia:** pueden aceptar la compañía constante de una persona (mamá, papá o conocidos) y correr hacia ella cuando la ve, sin querer dejarla en ningún momento. También puede tener un rechazo a la cercanía física hacia ciertas personas, ignorando por completo las intenciones de socializar que tenga la otra persona.

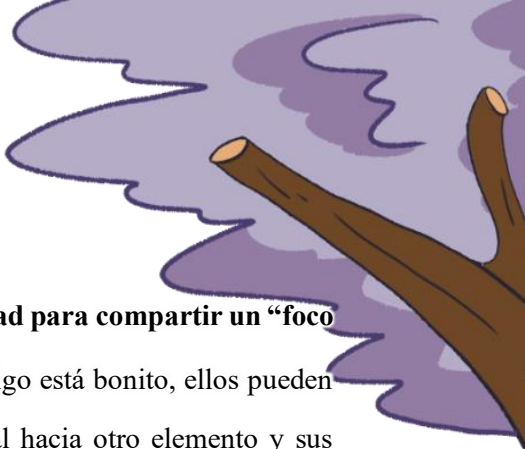
Características conductuales de 3-5 años:

- **Insistencia en rutinas y resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas:** por ejemplo cuando se establece un horario para los alimentos y por diferentes circunstancias el horario se ve afectado (se comerá más tarde de lo normal) pueden darse gritos, llanto o insistencia persistente en la alimentación sin comprender el factor que obligó el cambio. Por otro lado, una actividad, por ejemplo, lavarse las manos, el rostro y los dientes al levantarse se puede realizar sin necesidad de recordarlo porque se ha convertido en rutina.
- **Juegos repetitivos con juguetes (ej. alinear objetos, encender y apagar luces, etc.):** una de las formas de identificarlo es consultando con qué o cómo juega el niño, de tener un mismo juego todos los días (aunque se le den más opciones), se puede considerar que es repetitivo porque no se muestra interesado en los otros juegos a los que también le motivan terceras personas.
- **Apego inusual a algún juguete y objeto que siempre lleva consigo y que interfiere en su vida cotidiana:** cuando hay un objeto que prefiere tener siempre a su lado, en momentos en los que ya no es muy aceptable, por ejemplo, la hora del almuerzo, durante el baño o cuando va a su escuela y responde con llanto (como ataque de ira) cuando se intenta o solicita que lo deje. A veces también puede presentarse como un amigo o persona del que se obsesionan.
- **Hipersensibilidad o hiposensibilidad a los sonidos, al tacto y a ciertas texturas:** puede observarse cuando patear texturas genera incomodidad, aun cuando se tengan calcetines. En otras ocasiones puede tener una respuesta de intolerancia (incomodidad excesiva) cuando se expone a sonidos que no se perciben como fuertes para los demás. O en el caso contrario, búsqueda excesiva de estímulos debido a la hiposensibilidad.

- **Respuesta inusual al dolor:** el umbral del dolor en niños autistas puede ser diferente; en ocasiones les resulta difícil reconocer lo que sienten e identificarlo como dolor, por ejemplo, un golpe, un rasguño o incluso una mordida, puede pasar desapercibida por ellos, pero es de tomar en cuenta que también incide el hecho de no saber cómo comunicar lo que sienten porque no identifican bien que es. En caso contrario, la expresión de dolor podría percibirse como dramática o exagerada.
- **Patrones posturales extraños, como andar de puntillas.** Por ejemplo, caminar en puntitas, como paso de ballet en diferentes ambientes y con todo tipo de zapatos, sentarse con posición inclinada y su cabeza hacia el sentido opuesto del que lleva su cuerpo O sentarse en “W”
- **Estereotipias o manierismos motores:** colocar sus manos al frente de sus ojos (o en diferentes ángulos) y mover sus dedos como si estuviera armando un cubo rubik o tocando un piano, son parte de los manierismos o estereotipias, también pueden incluirse los aleteos constantes y muchos más intentos cuando son como respuesta a momentos de mucha emoción. Otro ejemplo es jugar con el movimiento de sus dedos entre si o sobarlos.
- **Búsqueda de estímulos sensoriales** como, por ejemplo: la fijación con las luces, las texturas o los olores, en otras palabras, la conducta no es controlada de manera consciente y se guía en base a estos estímulos sensoriales que busca.
- **Aleteos o manierismo que acompañan emociones de agrado o desagrado intensos.**

Características comunicativas y de lenguaje de 3-5 años:


- **Ausencia o retraso en el lenguaje o déficit en el desarrollo del lenguaje no compensado por otros modos de comunicación:** no hay expresión verbal del lenguaje o la expresión verbal es menor a la esperable para su edad, puede usar dos o tres palabras y pronunciar fonéticamente bien (según los sonidos que se espera que alcance a su edad) pero no puede usar el lenguaje como medio de comunicación (lenguaje coherente).
- **Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje, como ecolalia; o referirse a sí mismo en 2ª o 3ª persona:** ante las preguntas suele responder con la última frase o palabra que escucha, repite lo que escucha en una conversación o cuando quiere decir que algo le sucede lo hace de la siguiente forma “a (su nombre) le duele”, “(su nombre) se cayó”. O repetir insistentemente frases del tik tok, comerciales u otro contenido multimedia.

- 
- **Déficit en la comunicación no verbal (p. ej. no señalar y dificultad para compartir un “foco de atención” con la mirada):** cuando las personas indican que algo está bonito, ellos pueden mirar pero en segundos (de 3-5 seg.) cambian su atención visual hacia otro elemento y sus gestos (en caso de que se tengan) suelen no estar vinculados con la conversación, como por ejemplo, sonreír ante un tema serio en el que haya mordido a otro niño y deba disculparse.
 - **Consigue cosas por sí mismo, sin pedir las:** no tiene el sentido de necesitar de las personas, suele buscar por sí mismo lo que desea, aunque no pueda y sea arriesgado o peligroso, prevalece más el interés en conseguir su objetivo que evaluar el riesgo o peligro que eso implica.

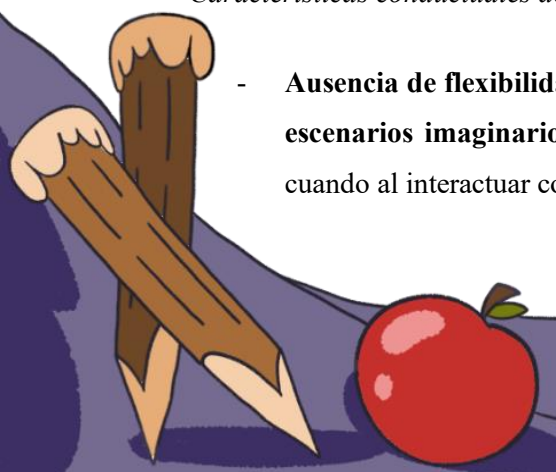
Elementos o ítems para entrevista de 5 años en adelante.

Nota: En el caso de presentar características mencionadas en los estadios evolutivos anteriores, tomar en cuenta que siguen siendo significativos. Se debe tener en cuenta las dificultades del lenguaje, ya que a los 3 años debería entenderse el 100% de lo que dicen

Características sociales de 5 años en adelante:

- **Habilidad limitada para apreciar las normas culturales (en el vestir, estilo del habla, intereses, etc.):** suelen haber dificultades para comprender ciertas reglas sociales implícitas, como por ejemplo las jerarquías sociales, siendo muy usual que existan problemas de oposición ante las figuras de autoridad; otro ejemplo podría ser hacer ruido en lugares donde implícitamente se sabe que se debe guardar silencio, por ejemplo en la iglesia.
 - **Los estímulos sociales le producen confusión o desagrado:** cantos, bailes o juegos de interacción social que no termina de entender y tampoco son de su interés.
 - **Muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental:** cuando una persona se acerca “mucho” (menos del metro), puede llegar a gritar “ayuda” o buscar escapar; la invasión mental es la resistencia intensa cuando se le presiona con consignas distintas a su foco de interés. En caso contrario, no respeta el espacio personal, pues es invasivo.
- 

Características conductuales de 5 años en adelante:

- **Ausencia de flexibilidad y juego imaginativo cooperativo, aunque suela crear solo ciertos escenarios imaginarios (copiados de los videos o dibujos animados):** esto puede notarse cuando al interactuar con otros en el juego, los demás indican que hacen magia o que tienen
- 



una hada, pero él o ella “desmiente” expresando que no existen, sin considerar que se trata de un juego y solo es imaginación. Pueden llegar a considerarse tercos.

- **Dificultad de organización en espacios poco estructurados:** si un espacio físico no cuenta con sus objetos visiblemente ordenados para su uso, es posible que no sepa cómo tomarlos (por ejemplo, cuando va al baño, si la toalla para cerca las manos está más cerca de la entrada, es posible que la tome antes de lavar sus manos), o nota con mucha facilidad cuando le han movido algo.

Falta de habilidad para desenvolverse en los cambios o situaciones poco estructuradas: ocurre incluso en aquellas situaciones que los niños disfrutan, como excursiones del colegio o cuando falta una profesora, entre otras (como respuesta **Muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental:** cuando una persona se acerca “mucho” (menos del metro), puede llegar a gritar “ayuda” o buscar escapar; la invasión mental es la resistencia intensa cuando se le presiona con consignas distintas a su foco de interés.

- **Acumula datos sobre ciertos temas de su interés de forma restrictiva y estereotipada:** por ejemplo, si le gustan los carros, tendrá en su memoria información que puede considerarse compleja para terceros, pero no para él. Ciertas áreas de conocimiento pueden estar especialmente desarrolladas mostrando, por ejemplo, habilidades sorprendentes en áreas como matemáticas, mecánica, música, pintura, escultura, etc.
- **Perfil inusual de habilidades y puntos débiles:** p. ej. habilidades sociales y motoras escasamente desarrolladas, torpeza motora gruesa, pero en otras habilidades más desarrolladas de lo normal.

Características comunicativas y de lenguaje de 5 años en adelante:

- **El conocimiento general, la lectura o el vocabulario pueden estar por encima de la edad cronológica o mental:** lee más palabras que el promedio para su edad, pronunciación casi perfecta o conoce muchas cosas de forma teórica y acertada según el tema.



Apéndice 2. Indicadores para observar durante el proceso de entrevista.

Los elementos que se presentan a continuación, son indicadores que pueden incluirse en una guía de observación y complementar las respuestas obtenidas en la entrevista con las personas implicadas en el caso. Puede tomarse en cuenta una interacción directa con la persona evaluada para verificar la veracidad de las respuestas obtenidas por sus encargados en la entrevistas, considerando que los factores que están subrayados pueden incluirse en ambas técnicas de evaluación (la entrevista y la observación).

Los ítems que están subrayados, son los que se han incluido también en los elementos para la entrevista, por dicho motivo no se volverán a describir en este apartado.

Elementos o ítems para observación de 0-3 años.

Características sociales de 0-3 años:

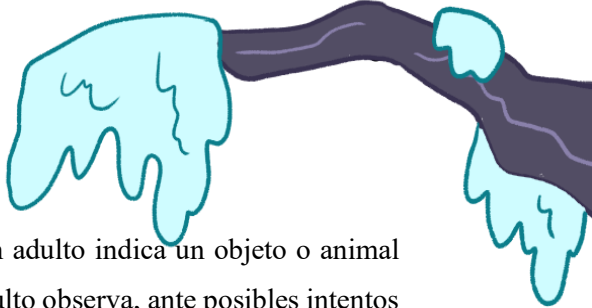
- **Escaso contacto visual:** cuando se encuentran hablando con terceras personas, no les ven a los ojos, generalmente su mirada es dirigida hacia los lados o ve a la frente, como también podría sostener la mirada por tiempo prolongado.
- **No responde a su nombre.**
- **Ausencia de imitación espontánea.**
- **Cuando le sonrías, no devuelve la sonrisa o lo hace de forma incómoda.**

Características conductuales de 0-3 años:

- **Tiene formas repetitivas de juego (como alinear objetos o abrir y cerrar puertas de forma repetitiva).**

Características comunicativas y de lenguaje de 0-3 años:

- **No balbucea.**
- **No hace gestos para comunicarse (como señalar o decir adiós con la mano):** aun cuando se le hagan señales de adiós, el menor no imita levantando la mano en respuesta.

- 
- **Dificultades para seguir la mirada del adulto:** cuando un adulto indica un objeto o animal (por ejemplo), el menor no guía su mirada hacia donde el adulto observa, ante posibles intentos se desvía del objetivo sin despertar interés en un nuevo intento.

Elementos o ítems para observación de 3-5 años.

Características sociales de 3-5 años:

- **Poca respuesta a su nombre.**
- **Fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los demás:** cuando hay momentos de agrado y otras personas sonríen, el menor no imita o responde con sonrisa, mantiene su rostro sin reaccionar

Características conductuales de 3-5 años:

- **Hipersensibilidad a los sonidos, al tacto y a ciertas texturas o hiposensibilidad, lo que implica la búsqueda excesiva de estímulos, como ejemplo podríamos conductas inquietas que buscan**
- **actividades bastante riesgosas o extremas, como escalar barandales, tirarse de alturas relativamente altas, por mencionar algunas.**
- **Patrones posturales extraños, como andar de puntillas.**

Características comunicativas y de lenguaje de 3-5 años:

- **Ausencia o retraso en el lenguaje o déficit en el desarrollo del lenguaje no compensado por otros modos de comunicación.**
- **Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje, como ecolalia; o referirse a sí mismo en 2ª o 3ª persona.**
- **Entonación anormal:** pueden usar un tono de voz alto (poco adecuado al ambiente); también puede ser un tono de voz musical o mecanizada al estilo robot.

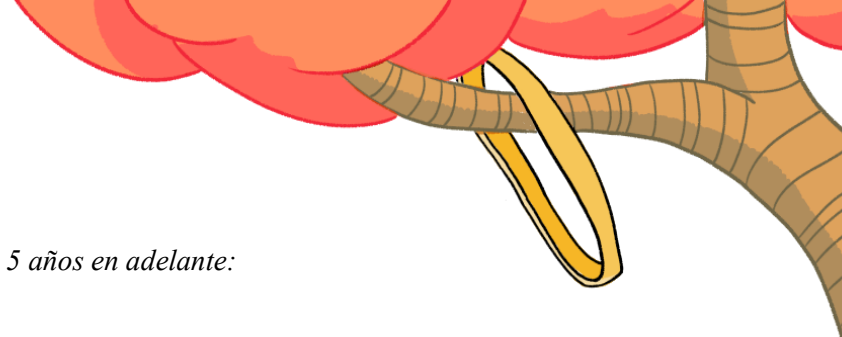
Elementos o ítems para observación de 5 años en adelante.

Características sociales de 5 años en adelante:

- Sin elementos.

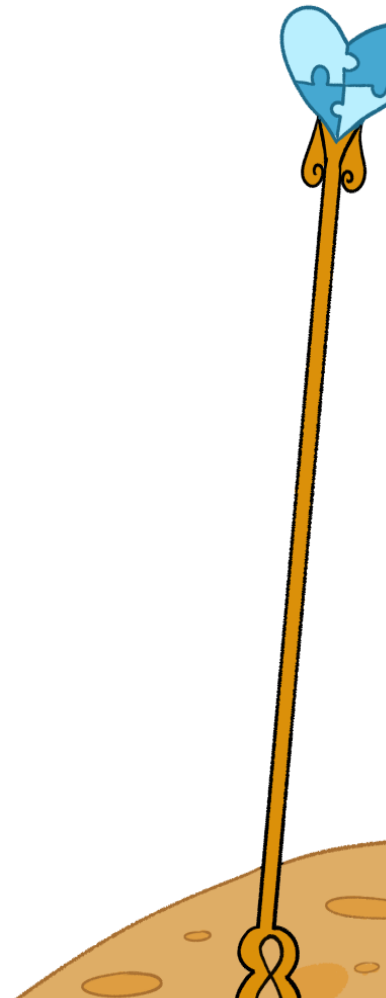
Características conductuales de 5 años en adelante:

- Sin elementos



Características comunicativas y de lenguaje de 5 años en adelante:

- **Desarrollo deficiente del lenguaje:** incluye mutismo, entonación rara o inapropiada, ecolalia (repite todo lo que se le dice), vocabulario inusual para su edad o grupo social, como también dificultades fonológicas.
- **En los casos en los que no hay deficiencias en el desarrollo del lenguaje, existe uso limitado del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente sólo sobre temas específicos de su interés:** lenguaje fluido, pero poco uso adecuado al contexto, por ejemplo, tener temas de conversación sobre juegos preferidos cuando el tema de inicial quizá era la comida favorita.
- **El conocimiento general, la lectura o el vocabulario pueden estar por encima de la edad cronológica o mental.**



Referencias:

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2025, 17 de abril). *Prevalencia e identificación temprana del trastorno del espectro autista en niños de 4 a 8 años — Red de Monitoreo del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo, 16 sitios, Estados Unidos, 2022.*

Cortese, S., Bellato, A., Gabellone, A., Marzulli, L., Matera, E., Parlatini, V., Petruzzelli, M. G., Persico, A. M., Delorme, R., Fusar-Poli, P., Gosling, C. J., Solmi, M., & Margari, L. (2025). Latest clinical frontiers related to autism diagnostic strategies. *Cell Reports Medicine*, 101916. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2024.101916>.

Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*, 49(1), 59–71. https://pure.port.ac.uk/ws/portalfiles/portal/16869786/Deficit_difference_or_both.pdf

La Prensa Gráfica, y Machuca, E. (2018, 29 junio). Consultas por autismo se han duplicado en cinco años - La prensa gráfica. *La Prensa Gráfica*. <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Consultas-por-autismo-se-han-duplicado-en-cinco-anos-20180628-0089.html>

Walker, N. (2025, 25 mayo). Neurodiversity: Some Basic terms & Definitions. NEUROQUEER. <https://neuroqueer.com/neurodiversity-terms-and-definitions>.

GUÍA INFORMATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA



Autoras: Deysi Lizeth Avalos Artiga
Laura Sofía Guerra Martínez
Ilustradora: Paola Rodríguez





ÍNDICE

Introducción.

1. Factores teóricos.....	4
2. Epidemiología.....	6
3. Etiología.....	8
4. Criterios diagnósticos.....	10
(DSM-V- TR o CIE-11)	
5. Modelos de intervención más utilizados.....	14
6. Pautas para una inferencia diagnóstica.....	18
7. Herramientas de cribado que se pueden.....	22
utilizar en caso de inferir el diagnóstico de autismo	
8. Diagnóstico diferencial.....	23
9. Estrategias de comunicación y	
socialización basadas en las características del autismo.....	32





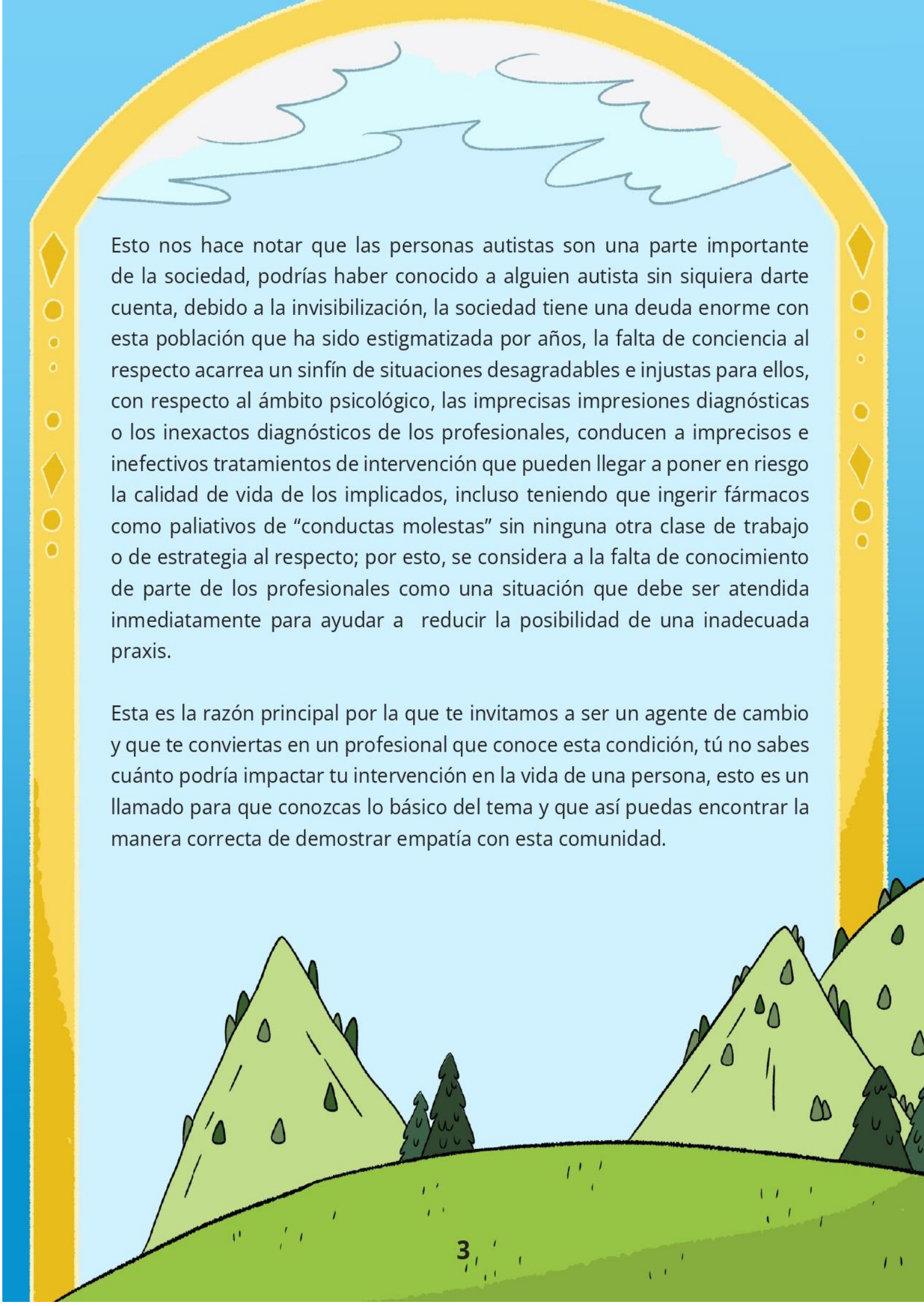
CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

¡Hola!

En el siguiente documento encontrarás información relevante sobre el autismo y cómo tú, siendo un estudiante de último año de la universidad, podrías detectar ciertos signos de alarma al momento de atender a un paciente en el área clínica, imagino te estás preguntando ¿Para qué o por qué es importante esta información?

Bueno, déjanos contarte algunos hechos que fundamentan la construcción de nuestro trabajo y las razones por las que tú deberías estar interesado, siendo un psicólogo en formación:

Debes saber que con el paso de los años y alrededor del mundo, el TEA ha empezado a cobrar relevancia gracias a las campañas de concientización debido a las altas tasas diagnósticas en los últimos años. A principios del 2023 la OMS dió a conocer una estadística señalando que 1 de cada 100 niños son autistas a nivel mundial; pero no hay que irnos tan lejos, en nuestro país, hemos descubierto que existen unas estadísticas del MINSAL que indica que en el 2020 se registraron 214 personas que fueron atendidas bajo el diagnóstico de autismo, pero para el 2023 las cifras fueron de 1,196, es decir, aproximadamente 5.6 veces mayor.



Esto nos hace notar que las personas autistas son una parte importante de la sociedad, podrías haber conocido a alguien autista sin siquiera darte cuenta, debido a la invisibilización, la sociedad tiene una deuda enorme con esta población que ha sido estigmatizada por años, la falta de conciencia al respecto acarrea un sinnúmero de situaciones desagradables e injustas para ellos, con respecto al ámbito psicológico, las imprecisas impresiones diagnósticas o los inexactos diagnósticos de los profesionales, conducen a imprecisos e inefectivos tratamientos de intervención que pueden llegar a poner en riesgo la calidad de vida de los implicados, incluso teniendo que ingerir fármacos como paliativos de “conductas molestas” sin ninguna otra clase de trabajo o de estrategia al respecto; por esto, se considera a la falta de conocimiento de parte de los profesionales como una situación que debe ser atendida inmediatamente para ayudar a reducir la posibilidad de una inadecuada praxis.

Esta es la razón principal por la que te invitamos a ser un agente de cambio y que te conviertas en un profesional que conoce esta condición, tú no sabes cuánto podría impactar tu intervención en la vida de una persona, esto es un llamado para que conozcas lo básico del tema y que así puedas encontrar la manera correcta de demostrar empatía con esta comunidad.



1. Factores teóricos.

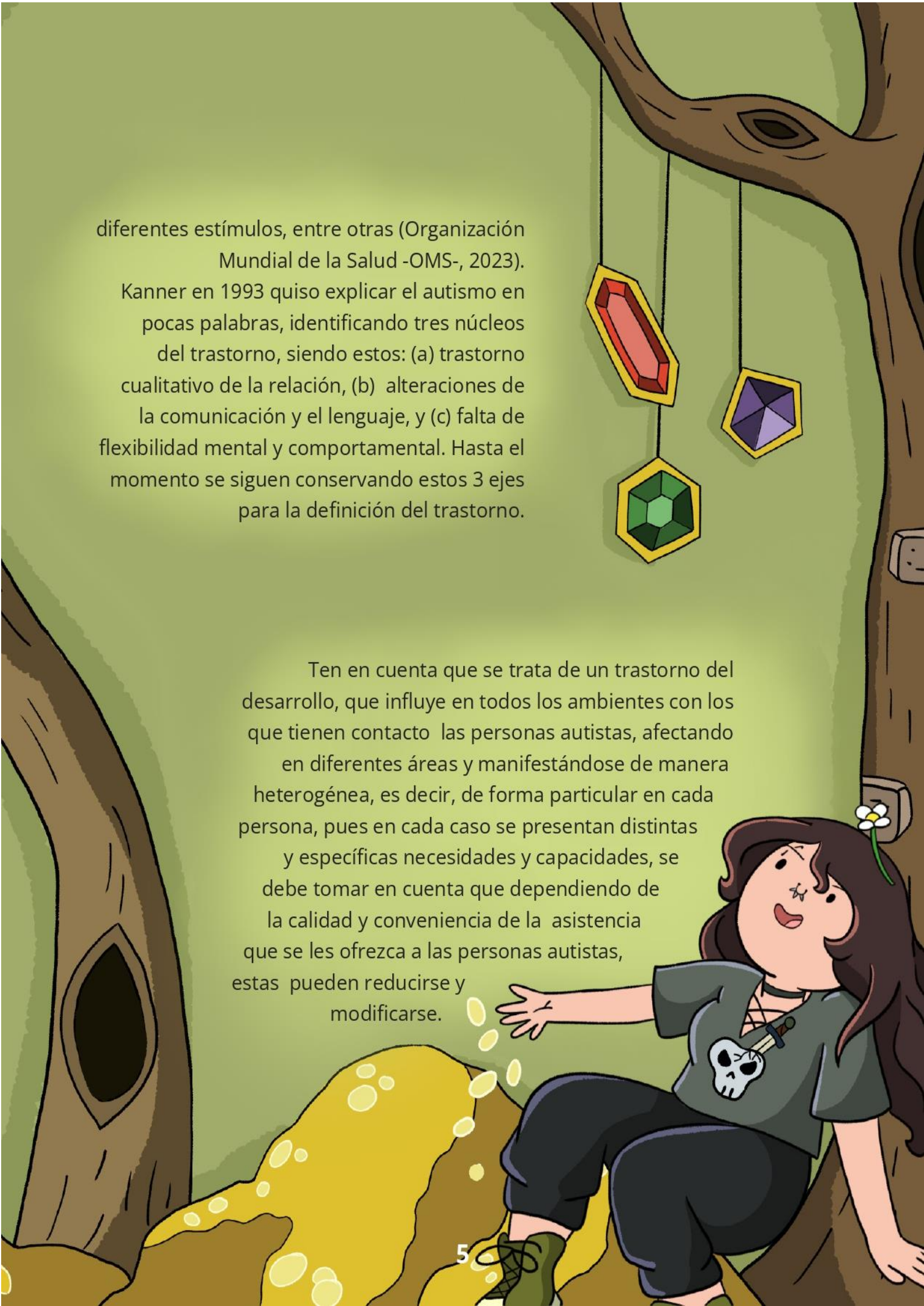
Pero en realidad **¿qué es el autismo?**

Vamos a intentar explicarte lo que es el autismo en los siguientes párrafos aunque ten en cuenta que será una información bastante general, pues el Trastorno del Espectro Autista es realmente complejo, tanto que hasta los científicos más dedicados al tema aún no tienen todas las respuestas a los cientos de preguntas que podrían surgir al respecto.

El trastorno del espectro autista es un conjunto de afecciones que se relacionan al desarrollo neurológico y se caracteriza básicamente porque las personas dentro del espectro suelen tener varios niveles de dificultad en cuanto a la interacción social y la comunicación. También repercute en los patrones de conducta y actividad atípicas, observándose dificultades para cambiar de una actividad a otra, mucha atención a los detalles de manera inusual, reacción inhabitual ante

diferentes estímulos, entre otras (Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2023). Kanner en 1993 quiso explicar el autismo en pocas palabras, identificando tres núcleos del trastorno, siendo estos: (a) trastorno cualitativo de la relación, (b) alteraciones de la comunicación y el lenguaje, y (c) falta de flexibilidad mental y comportamental. Hasta el momento se siguen conservando estos 3 ejes para la definición del trastorno.

Ten en cuenta que se trata de un trastorno del desarrollo, que influye en todos los ambientes con los que tienen contacto las personas autistas, afectando en diferentes áreas y manifestándose de manera heterogénea, es decir, de forma particular en cada persona, pues en cada caso se presentan distintas y específicas necesidades y capacidades, se debe tomar en cuenta que dependiendo de la calidad y conveniencia de la asistencia que se les ofrezca a las personas autistas, estas pueden reducirse y modificarse.



The page features a light blue background with illustrations of oranges and green leaves at the top and sides. A glass of orange juice is shown in the bottom left corner. The text is centered on the page.

6. Epidemiología.

En relación a la cantidad de personas con autismo hace 57 años, te sorprenderá conocer que las estadísticas se encontraban en el 0.0045%. Recientemente, en el mes de marzo del año 2023 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un comunicado donde se especifica que 1 de cada 100 niños en el mundo tiene autismo, lo que implica un incremento bastante notable en las estadísticas, y señala una prevalencia actual del autismo en el 1% de la población mundial.

Sí nos acercamos más a nuestro continente, en Estados Unidos las cifras son mucho más altas, en el 2018 hubo un estudio donde se determinó que la prevalencia era 1 de 44, es decir 2.3%, pero este año los números incrementaron a un 2.8% significando que 1 de cada 36 niños son autistas.

Aunque este número no es representativo de todo el país, es un dato significativo y de aproximación real, pues estos datos provienen de



11 comunidades que están inscritas en el programa Red de Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2023).

Sí se acerca un poco más la lupa, podemos ver que el crecimiento de la estadística también ha ocurrido en El Salvador, como se mencionó en la introducción, la población autista que ha sido registrada en centros de salud pública a nivel nacional en 2023 fué 5.6 veces mayor de lo que era en 2020 y en tan solo dos meses de 2024 ya se habían registrado 178 personas más, tan solo 36 personas menos de todos los registrados en el 2020, es muy probable que supere incluso el registro del año 2023.



3. Etiología.

¿De donde viene el autismo?

Bueno, existen múltiples teorías o hipótesis que explican la etiología del TEA pero al ser considerado un trastorno multicausal, aún no se ha definido una explicación certera y verídica científicamente, sin embargo, el cúmulo de teorías pueden clasificarse en 4 grupos que son los siguientes:

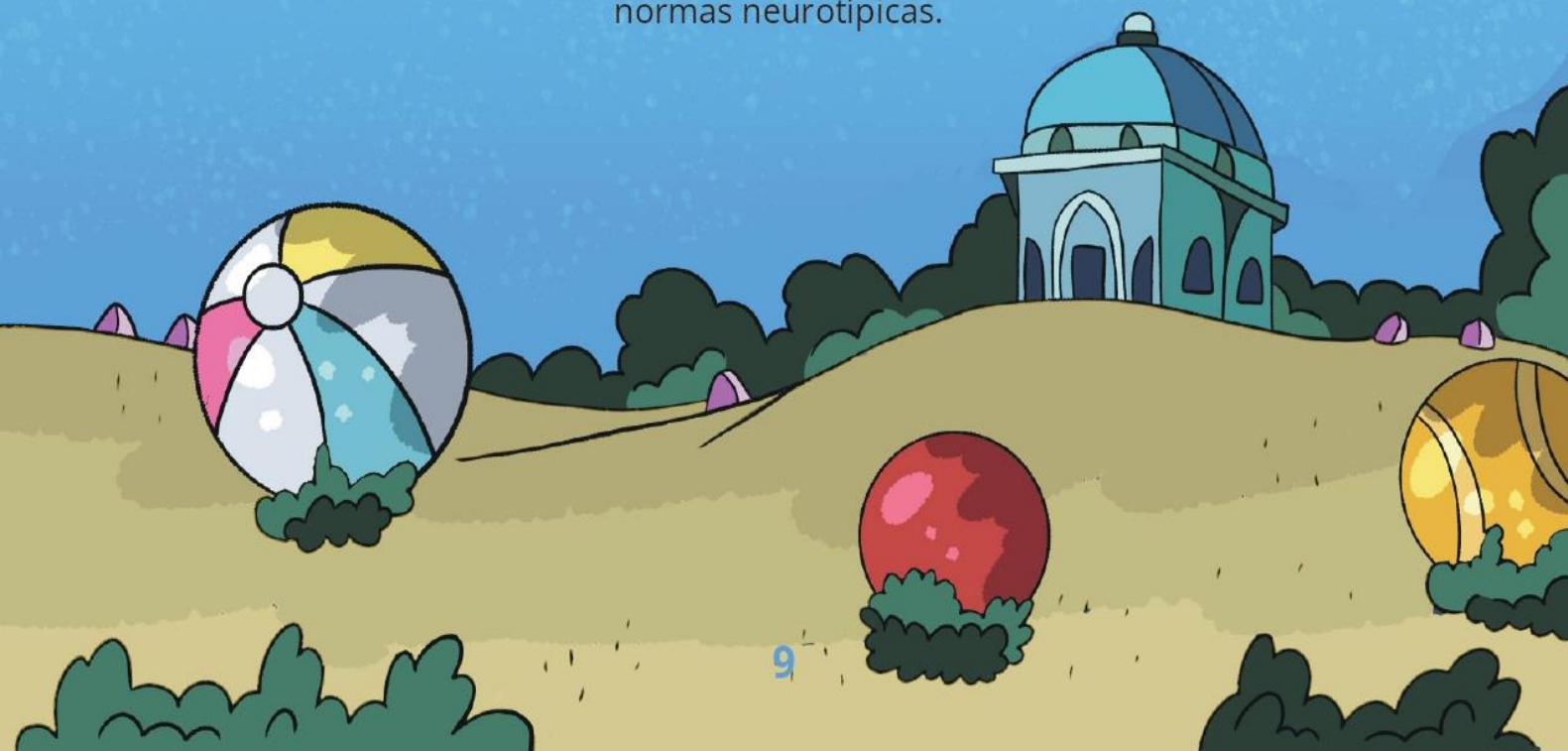
- (1) Teorías de factores psicogenéticos, que explica que el autismo es una característica de la esquizofrenia y que surge debido a que los padres no tienen la capacidad de satisfacer las necesidades emocionales del niño.
- (2) Teoría de los trastornos cromosómicos y heredables. Gracias a estudios realizados con gemelos, se ha evidenciado que el TEA es algo con muchas incidencias heredables, ya que si uno de los gemelos es autista, el otro tiene una probabilidad del 60% de serlo, cabe destacar que gracias a las investigaciones de estas teorías se han encontrado diferencias en ciertas regiones del cerebro en autistas.
- (3) Teoría de los factores bioquímicos, estos se basan en la importancia que tienen ciertos neurotransmisores en la conducta humana, por lo que buscan la etiología del TEA en sustancias químicas del sistema nervioso.





(4) Teorías de los factores ambientales, las cuáles sostienen que la causalidad viene de factores ambientales como enfermedades virales, exposición a ciertas sustancias, problemas obstétricos, estrés, ácido fólico, vacunas, etc. (Aragón Jiménez, 2011).

La teoría que actualmente tiene mucha más aceptación a nivel científico es la llamada "teoría de la neurodivergencia", la cual plantea que el autismo no es un trastorno o una enfermedad, sino una variación natural del cerebro humano. Desde esta perspectiva, las diferencias en el procesamiento sensorial, la comunicación y la socialización no son déficits, sino formas alternativas de experimentar el mundo. Aplicada a la etiología del autismo, esta teoría sugiere que las características autistas tienen una base neurológica inherente, en lugar de ser el resultado de factores patológicos o ambientales. Así, el autismo es visto como una configuración cognitiva válida dentro de la diversidad humana, en lugar de un conjunto de síntomas a corregir. Esto desafía los enfoques médicos tradicionales que buscan una causa o cura, promoviendo en su lugar la aceptación y la inclusión. Desde esta perspectiva, se enfatiza la necesidad de adaptar la sociedad a las necesidades de las personas autistas en lugar de forzarlas a ajustarse a normas neurotípicas.

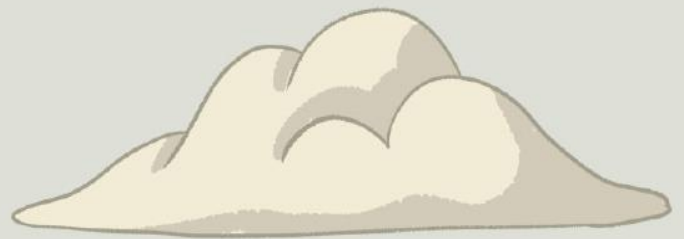




4. Criterios diagnósticos (DSM-V- TR o CIE-11)

Tu sabes que los psicólogos nos regimos por el DSM V-TR para poder respaldar nuestros diagnósticos, con respecto al autismo, a continuación te presentamos cuáles son los criterios según esta entidad, debes saber que les ha costado varias ediciones el poder caracterizar de manera delimitada al TEA, llevan intentándolo desde 1980 cuando se reconoce al autismo como entidad nosológica por primera vez en el DSM III, de hecho, ¿sabías que al inicio de la historia del autismo, era considerado como una especie de esquizofrenia infantil? Aunque actualmente se ha descartado esta aseveración y ya no es considerada como una enfermedad, sino como una condición.



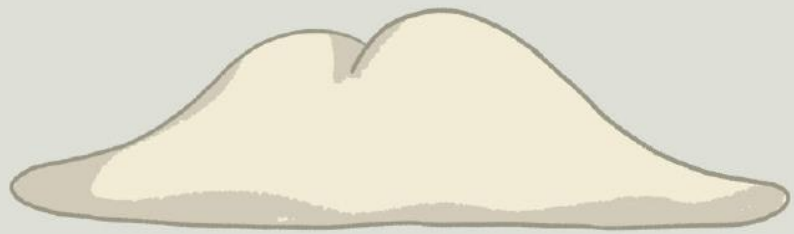


A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos):

1. Déficits en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.

2. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.

3. Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.



Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos.

B. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ejs., movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (ejs., malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).

3. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (ejs., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).





- 4.** Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ejs., indiferencia aparente al dolor/ temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

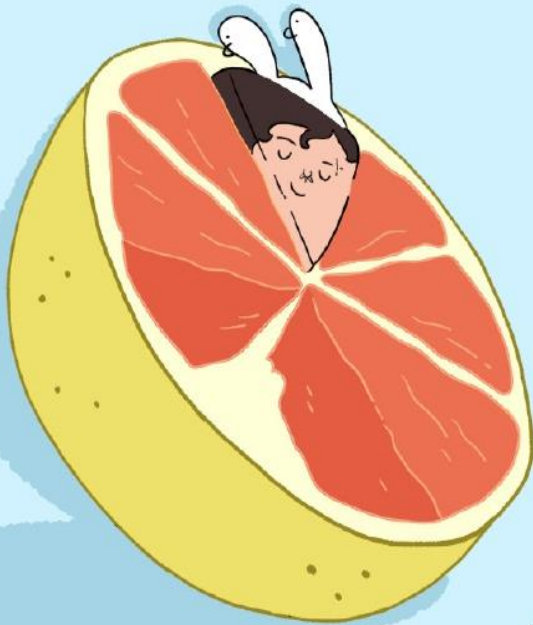
Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos

- Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).
- Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.
- Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia concurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo. (DSM-V, 2014).

5. Modelos de intervención más utilizados

Si bien, este no es un documento que tenga el objetivo de capacitarte para dar una intervención psicológica a una persona con autismo, si creímos que sería interesante contarte un poquito sobre los modelos de intervención más utilizados, te los describimos a continuación:



- **TEACCH:** este modelo de intervención se basa en los procesos de aprendizaje utilizando las motivaciones del niño para crear un plan adecuado a sus necesidades y gustos, según Gandara (2007), los principios del TEACCH se pueden resumir en: adaptación de las personas por medio de la adecuación del entorno y mejorando sus habilidades, evaluación y diagnóstico temprano, aprendizaje significativo por medio de las fortalezas del niño, colaboración profesionales-familia y enseñanza estructurada en todos los contextos posibles.

- **Modelo ABA:** por sus siglas en inglés, Análisis Conductual Aplicado, su objetivo es la modificación conductual y el desarrollo de habilidades, basa su funcionamiento en las teorías conductistas, guiándose por los conceptos de: estímulo, refuerzo, respuesta y consecuencia. También conocida como la terapia en ambiente natural, consiste en aplicar el programa de forma sistemática y estructurada en contextos donde el niño convive normalmente y así enseñarle conductas que realmente va a realizar y a necesitar (esperar el turno en una fila, comprar en una tienda, compartir con amigos, etc.), Alcamí et al. (2008). Diferentes estudios constatan que puede ayudar a fomentar la independencia y mejorar la calidad de vida.



- **Modelo Denver:** su premisa principal es que el niño es el más importante protagonista de su propio aprendizaje, dándole un rol activo en este, pues construye su propia concepción del mundo con sus experiencias personales. El modelo Denver procura incidir en las siguientes áreas: comunicación, socialización, imitación, el juego, cognición, motricidad fina, motricidad gruesa, conducta y autonomía.

- **Modelo DIR/Floortime:** El modelo DIR/Floortime, desarrollado por Stanley Greenspan y Serena Wieder, se fundamenta en la comprensión del desarrollo emocional como la base para el aprendizaje, la comunicación y la socialización. Este enfoque parte de las diferencias individuales de cada niño en su manera de procesar la información sensorial, emocional y cognitiva, y propone que la intervención debe realizarse a través de interacciones afectivas y significativas con los adultos. Su aplicación se centra en el juego compartido, la relación y la reciprocidad emocional, promoviendo la



autorregulación, la empatía y el desarrollo del pensamiento simbólico. Se considera un modelo relacional e integral que busca fomentar el bienestar emocional y las habilidades comunicativas en entornos naturales (Blanco, 2012).





6. Pautas para una inferencia diagnóstica.

- Comportamientos a Observar.

Como hemos explicado anteriormente, el autismo se presenta de manera heterogénea, es decir que si bien todas las personas autistas comparten las mismas características, en cada uno se observa de manera distinta, por ejemplo, cuando hablamos de que los autistas realizan movimientos repetitivos o estereotipias puede ser que en alguna persona esto se presente como un balanceo, o como un movimiento en sus brazos en forma de aleteo, o movimiento en sus manitas, incluso sonidos hechos con su boca, es que hay demasiadas posibilidades en torno a esto y así con todas las demás características del autismo, pero a continuación te haremos un pequeño cuadrito que contienen al menos un pequeño cúmulo de signos de alarma que podrían ayudarte a esclarecer esta parte, ten en cuenta que estos pueden ser aplicables solamente a niños, puesto que según nuestra experiencia profesional, es lo más común.





Edad	Características Sociales	Características Conductuales	Características Comunicativas y de lenguaje
0-3 años.	Escaso contacto visual.	Tiene una respuesta inusual de rechazo ante determinados estímulos auditivos.	No balbucea.
	No muestra anticipación cuando se le va a coger en brazos.	Tiene formas repetitivas de juego (como alinear objetos o abrir y cerrar puertas de forma repetitiva).	No hace gestos para comunicarse (como señalar o decir adiós con la mano).
	Falta de interés en juegos interactivos simples (como las cosquillas, o "escondidas").	No juega de forma simbólica.	No mira hacia donde otros señalan.
	Falta de ansiedad ante los extraños.		No señala con el dedo para pedir algo que quiere/ No suele mostrar objetos.
	No responde a su nombre.		No muestra objetos
	Ausencia de imitación espontánea.		Dificultades para seguir la mirada del adulto.
	No muestra interés por relacionarse con otros niños/as.		No dice frases espontáneas de dos o más palabras (2 años).
	Pocas expresiones para compartir afecto positivo.		Antes usaba palabras pero ahora no (regresión en el lenguaje) (2 años).



Edad	Características Sociales	Características Conductuales	Características Comunicativas y de lenguaje
3 a 5 años.	Poca respuesta a su nombre.	Insistencia en rutinas y resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas.	Ausencia o retraso en el lenguaje o déficit en el desarrollo del lenguaje no compensado por otros modos de comunicación.
	Fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los demás.	Juegos repetitivos con juguetes (ej. alinear objetos, encender y apagar luces, etc.).	Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje, como ecolalia; o referirse a sí mismo en 2ª o 3ª persona.
	Acercamientos extraños a los niños de su edad.	Apego inusual a algún juguete u objeto que siempre lleva consigo y que interfiere en su vida cotidiana.	Entonación anormal.
	Escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas.	Hipersensibilidad a los sonidos, al tacto y a ciertas texturas.	Déficit en la comunicación no verbal (p. ej. no señalar y dificultad para compartir un "foco de atención" con la mirada).
	Escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas.	Hipersensibilidad a los sonidos, al tacto y a ciertas texturas.	Déficit en la comunicación no verbal (p. ej. no señalar y dificultad para compartir un "foco de atención" con la mirada).
	No se une a otros en juegos de imaginación compartidos.	Respuesta inusual al dolor.	Consigue cosas por sí mismo, sin pedir las.
	Fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos.	Patrones posturales extraños, como andar de puntillas.	
	Relaciones extrañas con adultos, desde una excesiva intensidad a una llamativa indiferencia.	Estereotipias o manierismos motores.	



Edad	Características Sociales	Características Conductuales	Características Comunicativas y de lenguaje
5 años en adelante.	Habilidad limitada para apreciar las normas culturales (en el vestir, estilo del habla, intereses, etc.).	Ausencia de flexibilidad y juego imaginativo cooperativo, aunque suele crear solo ciertos escenarios imaginarios (copiados de los vídeos o dibujos animados).	Desarrollo deficiente del lenguaje, que incluye mutismo, entonación rara o inapropiada, ecolalia (repite todo lo que se le dice), vocabulario inusual para su edad o grupo social.
	Los estímulos sociales le producen confusión o desagrado.	Dificultad de organización en espacios poco estructurados.	En los casos en los que no hay deficiencias en el desarrollo del lenguaje, existe uso limitado del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente sólo sobre temas específicos de su interés (lenguaje fluido, pero poco uso adecuado al contexto).
	Muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental (resistencia intensa cuando se le presiona con consignas distintas a su foco de interés).	Falta de habilidad para desenvolverse en los cambios o situaciones poco estructuradas, incluso en aquellas en las que los niños disfrutaban, como excursiones del colegio, cuando falta una profesora, etc.	El conocimiento general, la lectura o el vocabulario pueden estar por encima de la edad cronológica o mental.
		Acumula datos sobre ciertos temas de su interés de forma restrictiva y estereotipada.	
		Perfil inusual de habilidades y puntos débiles (p. ej. habilidades sociales y motoras escasamente desarrolladas, torpeza motora gruesa, pero otras habilidades más desarrolladas de lo normal).	
		Ciertas áreas de conocimiento pueden estar especialmente desarrolladas, mostrando habilidades sorprendentes en áreas como matemáticas, mecánica, música, pintura, escultura...	

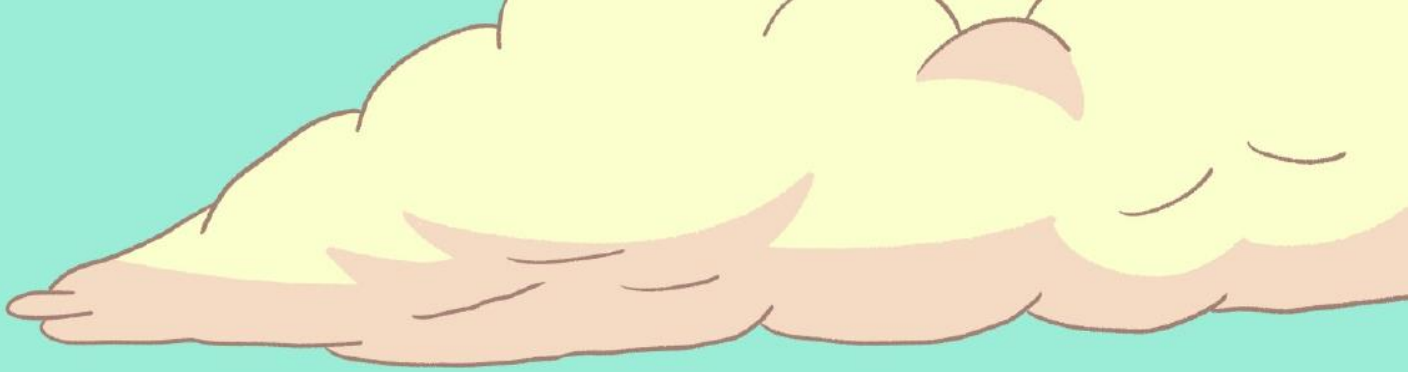


7. Herramientas de cribado que se pueden utilizar en caso de inferir el diagnóstico de autismo



1. M-chat de 16 a 30 meses.
2. Cociente del espectro autista (Versión para niños) (AQC) de 4 a 11 años.
3. Cuestionario de Cribaje del Espectro Autista (ASSQ) de 7 a 16 años.





8. Diagnóstico diferencial.

Hemos creado el siguiente cuadro para ayudarte a distinguir y comparar entre estos dos trastornos que suelen tener muchas similitudes con el autismo según nuestra experiencia en el campo, estos son El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y dos otros diagnósticos, que si bien no son trastornos, suelen confundirse con el autismo, siendo estos Las Altas Capacidades (AACC) y el Uso excesivo de pantallas y o falta de estimulación.



Características	Trastorno del Espectro Autista (TEA)	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	Trastorno Negativista Desafiante (TND)
Interacción social	Dificultades significativas en la interacción social y la comunicación.	Puede tener dificultades sociales, pero generalmente busca interacción.	Interacciones sociales conflictivas, especialmente con figuras de autoridad
Comunicación	Problemas en la comunicación verbal y no verbal	Generalmente normal, aunque puede ser excesiva o impulsiva	Normal, pero a menudo argumentativa y desafiante
Intereses	Intereses restringidos y comportamientos repetitivos	Intereses variados, pero con dificultad para mantener la atención	Intereses normales, pero resistencia a seguir normas
Atención	Puede tener hiperfoco en intereses específicos	Dificultad para mantener la atención, fácilmente distraído.	Puede prestar atención, pero a menudo se niega a seguir instrucciones
Comportamiento	Puede incluir movimientos estereotipados e inflexibilidad.	Hiperactividad, impulsividad, dificultad para quedarse quieto	Comportamiento desafiante, ira, resentimiento


Características	Trastorno del Espectro Autista (TEA)	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	Trastorno Negativista Desafiante (TND)
Rutinas	Adherencia estricta a rutinas, angustia ante cambios.	Dificultad para seguir rutinas debido a la falta de atención.	Resistencia a rutinas y reglas impuestas por otros.
Empatía	Empatía Dificultad para comprender pensamientos o emociones ajenas.	Capacidad de empatía presente, pero puede ser inconsistente.	Capacidad de empatía presente, pero a menudo falta de remordimiento.
Edad de inicio	Edad de inicio Síntomas evidentes desde la primera infancia.	Síntomas evidentes antes de los 12 años.	Patrón de conducta desafiante antes de los 8 años.
Respuesta a la disciplina	Puede no entender las consecuencias sociales.	Dificultad para seguir reglas por impulsividad.	Desafío deliberado a la autoridad.

Características	Trastorno del Espectro Autista (TEA)	Altas Capacidades (AACC)	Uso excesivo de pantallas / Falta de estimulación
Interacción social	Dificultades significativas en la interacción social y la comunicación.	Pueden mostrar retraimiento social por falta de pares con intereses comunes, aunque comprenden normas sociales.	Dificultades aparentes para la interacción social; se observa menor contacto visual y escaso interés en el entorno cuando hay sobreexposición digital.
Comunicación	Problemas en la comunicación verbal y no verbal	Lenguaje avanzado o precoz, con vocabulario extenso; tienden a dominar la conversación en temas de su interés.	Retraso en el lenguaje expresivo y comprensión limitada del lenguaje social por sustitución de interacción humana por pantallas.
Intereses	Intereses restringidos y comportamientos repetitivos	Intereses intensos y profundos en temas específicos, sin rigidez cognitiva ni conductual.	Fijación temporal en contenidos digitales; pérdida de interés por juegos simbólicos o interacción real.
Atención	Puede tener hiperfoco en intereses específicos	Alta capacidad de concentración sostenida en temas de interés, pero distracción ante tareas poco estimulantes.	Dispersión atencional, menor capacidad de concentración y respuesta pasiva ante estímulos no digitales.
Comportamiento	Puede incluir movimientos estereotipados e inflexibilidad.	Puede mostrarse perfeccionista o insistente; la frustración ante errores puede parecer rigidez, pero no hay inflexibilidad conductual.	Conductas repetitivas o irritabilidad tras retirar pantallas; mejora gradual con reducción de exposición.

Características	Trastorno del Espectro Autista (TEA)	Altas Capacidades (AACC)	Uso excesivo de pantallas / Falta de estimulación
Rutinas	Adherencia estricta a rutinas, angustia ante cambios.	Prefieren rutinas autoimpuestas para organizar su tiempo y temas de interés.	Dependencia de rutinas digitales (juegos, videos); alteración del sueño y conducta cuando se interrumpe.
Empatía	Empatía Dificultad para comprender pensamientos o emociones ajenas.	Alta empatía cognitiva y emocional, aunque puede parecer distante por su pensamiento abstracto.	Disminución aparente de empatía social por falta de práctica en interacción real; recuperable con intervención.
Edad de inicio	Edad de inicio Síntomas evidentes desde la primera infancia.	Signos observables desde etapas tempranas del desarrollo, asociados a precocidad cognitiva.	Cambios conductuales tras exposición prolongada a pantallas (antes de los 3 años en casos severos).
Respuesta a la disciplina	Puede no entender las consecuencias sociales.	Acepta normas si son lógicas o coherentes; puede cuestionarlas por pensamiento crítico.	Reacción emocional intensa ante límites digitales; mejora con estrategias de regulación y acompañamiento parental.



Elaboración propia con base en Conejeros-Solar, Gómez-Arízaga, Sandoval-Rodríguez y Cáceres-Serrano (2018), y Salmerón-Ruiz, García de Ribera, Barberán, Ives y Álvarez-Pitti (2025).



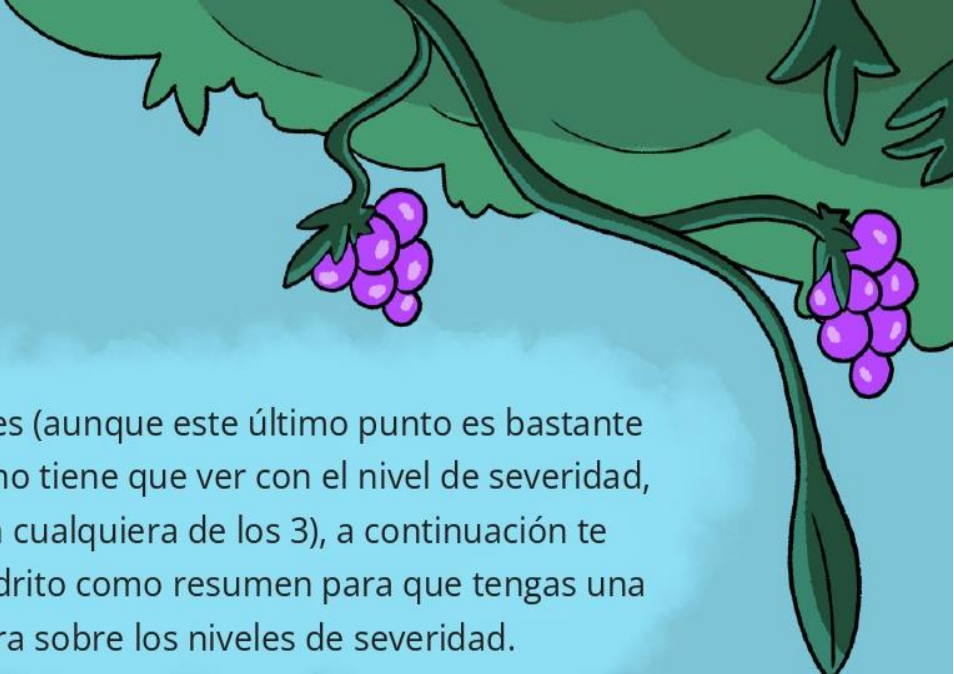
¿Qué áreas si puedo trabajar con una persona autista y cuáles no, debido a que no tengo la debida especialización?

Como lo habíamos comentado en el apartado de alcances y limitaciones, por favor ten en cuenta que debido a que no cuentas con la especialización necesaria, solo puedes hacerte cargo de asistir en temas que tengan que ver con psicología general como por ejemplo trastornos depresivos, ansiedad, evaluación diagnóstica, trastornos de personalidad entre otras cosas.



También debes tener en cuenta que atender a una persona autista en la clínica depende de manera directa del grado de apoyo que pueda necesitar la persona autista, aprovechamos este tema para hablarte sobre los niveles de severidad en el autismo, hay 3 de ellos y estos se han determinado dependiendo del grado de asistencia que necesita la persona autista, están ordenados desde las personas que menos necesidad de ayuda requieren hasta los que más la pueden necesitar, es decir, en el nivel 1 se encuentra las personas que requieren menos apoyo, mientras que en el nivel 3 los que dependen de la ayuda y cuidado constante de alguien más y muy a menudo no





son personas verbales (aunque este último punto es bastante complejo de tratar y no tiene que ver con el nivel de severidad, puede aparecer en cualquiera de los 3), a continuación te presentamos un cuadrito como resumen para que tengas una idea más clara sobre los niveles de severidad.

Nivel	Descripción	Dificultades Comunes	Apoyo Necesario.
1	Requiere Apoyo	Dificultades en la comunicación social, intereses restringidos	Apoyo ocasional en situaciones sociales.
2	Requiere apoyo sustancial	Aumento en las dificultades sociales, problemas de conducta	Intervenciones regulares y apoyo en la vida diaria
3	Requiere de apoyo muy sustancial	Desafíos significativos, comunicación limitada	Cuidado constante e intervención intensiva

Pero ¿qué tiene que ver con la atención en la clínica?

Pues la importancia radica en que no podrás ofrecer mucha asistencia si el paciente que atiendas tiene un nivel de autismo muy severo, tanto que dificulta en demasía la comunicación o la interacción que puedas tener con él o ella, en cambio alguien en el nivel 1, es decir, una persona independiente y que requiere menos apoyo, es probable que puedas hablar con él o ella e interactuar sin mayores problemas; en el siguiente apartado te dejamos algunas sugerencias para que mejorar tu contacto con la persona.



9. Estrategias de comunicación y socialización basadas en las características del autismo

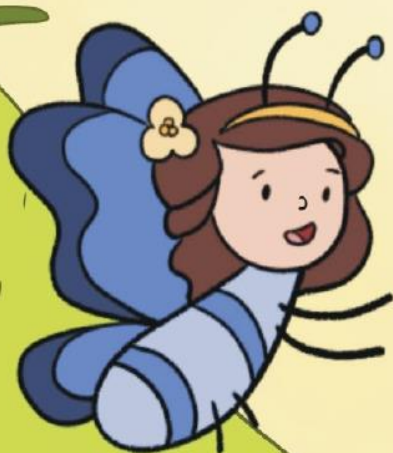
El Departamento de Educación en conjunto con el Departamento de Salud de Navarra (2018), ha sugerido en su protocolo de detección, diagnóstico e intervención para niños autistas, una lista con sugerencias en cuanto a la comunicación al momento de atender a personas autistas autistas, en donde se incluyen las siguientes:

Explique siempre lo que va a hacer antes de iniciar cualquier procedimiento.



Si es posible, muestre una imagen de lo que va a pasar o use una muñeca o un muñeco para explicar lo que va a hacer. Existen unos pictogramas para urgencias que pueden ayudar a disminuir la ansiedad.

Explique lo que está haciendo y porqué.



Recorra a la ayuda de las personas adultas de referencia siempre que sea posible, especialmente si la persona con TEA tiene limitaciones en la expresión verbal o usa un método o ayuda alternativa de comunicación.

Utilice un lenguaje claro y sencillo con frases cortas.

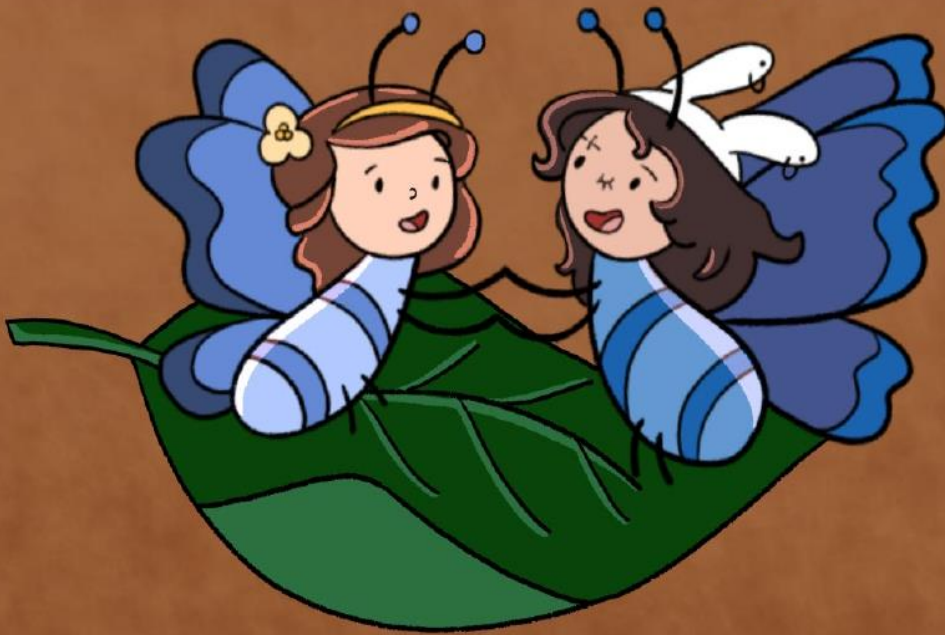
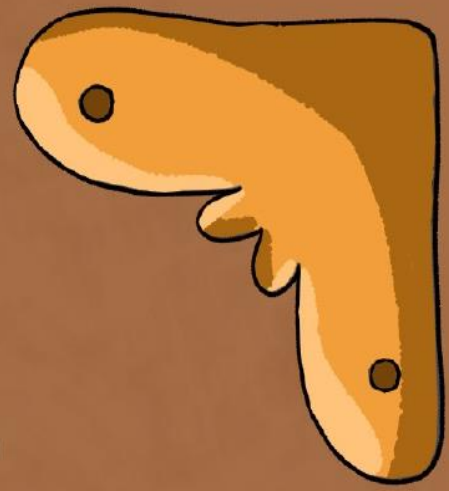
Las personas con TEA pueden tomar las cosas literalmente. Haga que su lenguaje sea concreto y evite el uso de modismos, ironía, metáforas y palabras con doble significado, por ejemplo "Me muero de sed", etc.

Dé instrucciones directas, por ejemplo "Por favor, ponte de pie". Si dice: "¿Puedes levantarte?" Esto puede hacer que la persona permanezca sentada o dar la respuesta "sí", ya que pueden no entender que se está pidiendo que hagan algo.

Compruebe que ha entendido lo que se ha dicho: algunas personas con TEA pueden hablar claramente, pero tienen dificultades para una plena comprensión.

Evite usar lenguaje corporal, gestos o expresiones faciales sin instrucciones verbales. Estos pueden no ser entendidos.





ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de recolección de datos cualitativos.



Universidad De El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



Cuestionario sobre autismo.

Objetivo: indagar sobre el conocimiento que poseen los practicantes de psicología clínica de 2022, respecto al trastorno del espectro autista con el fin de fundamentar la investigación de proceso de grado que lleva como título “Protocolo de detección diagnóstica y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a Practicantes de Psicología Clínica.”

Dirigida a: practicantes de la cátedra de prácticas psicológicas clínicas, de la Universidad de El Salvador, en 2022.

Indicaciones: responda las siguientes interrogantes con mucha sinceridad, tomando en cuenta su conocimiento actual sobre el espectro autista.

Nota: la información es confidencial (no se solicitan datos personales como el nombre o correo electrónico) con la intención de generar más confianza al momento de responder y que sus respuestas sean confiables y sinceras.

De antemano gracias por su aporte en esta investigación, puede comenzar a responder.

1. Menciona la categoría de trastornos psicológicos a la que pertenece el trastorno del espectro autista:
2. Escribe cuál es la etiología del TEA:
3. ¿Cómo profesional, cuál consideras que es la intervención adecuada dirigida las personas dentro del espectro autista?
4. Describe qué características propias del autismo conoces:
5. ¿Por qué medios has adquirido la información que posees respecto al TEA?
6. Como practicante de psicología clínica, ¿Cuál es la importancia de conocer sobre el autismo?
7. Según el conocimiento universitario que has adquirido, ¿Cuál es el procedimiento a seguir para la atención a personas que presentan las características propias del espectro autista?
8. Como último punto, de manera breve, ¿podrías mencionar qué es lo que conoces sobre el autismo?

Anexo 2. Resultados de la aplicación del cuestionario sobre autismo.

Tablas de resultados cualitativos:

Tabla 1

Respuestas recopiladas a la pregunta “Menciona la categoría de trastornos psicológicos a la que pertenece el trastorno del espectro autista:” en el sondeo realizado a los estudiantes de prácticas clínicas del año 2022.

Respuesta	Frecuencia
“Trastorno del neurodesarrollo”	7
“Déficit cognitivo”	1
“Trastornos mentales específicos”	1
“Trastornos del desarrollo”	2
“Trastorno generalizado del desarrollo”	1
TOTAL	13

Tabla 2

Respuesta a la segunda pregunta del sondeo: “Escribe cuál es la etiología del TEA:” aplicada a estudiantes de prácticas clínicas de psicología del año 2022.

Respuesta	Frecuencia
“Es multifactorial”	3
“Es de carácter biológico porque tiene un fuerte componente genético”	1
“Descompensación en las facultades psíquicas”	1
“Debido a complicaciones en el embarazo”	1
“Lo desconozco”	3
“Interrupciones en el desarrollo normal del cerebro”	1
“Trastorno del Espectro autista”	2

“Espectro”	1
Total	13

Tabla 3

Respuesta a la tercera pregunta “Como profesional, ¿Cuál consideras que es la intervención adecuada dirigida las personas dentro del espectro autista?” realizada mediante el sondeo dirigido a estudiantes de prácticas clínicas de la carrera de psicología en el año 2022.

RESPUESTA	FRECUENCIA
“Ayudarles a gestionar sus emociones y conductas para que puedan adaptarse a la sociedad”	2
“Manejo de emociones, habilidades sociales y autonomía con los pacientes y el trabajo conjunto con la familia”	3
“Identificar el tipo de autismo y brindar conocimientos a los cuidadores y de ser necesario trabajar otras áreas como habilidades sociales”	1
“Una intervención específica para cada persona debido a sus diferencias, una intervención que apoye las diferentes dificultades de cada uno”	2
“Psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales, cognitivas y conductuales dirigido a los familiares.”	1
“Una evaluación exhaustiva del IQ, desarrollo mental y edad mental”	1
“Terapia de lenguaje, control de impulsos y habilidades sociales”	1
“No lo sé”	1
Sin respuesta	1
TOTAL	13

Tabla 4

Respuesta a la pregunta “Describe qué características propias del autismo conoces” en el sondeo para los estudiantes de prácticas clínicas de la carrera de Psicología en el año 2022

Respuesta

“La persona se centra en si misma y en sus intereses, abstraído del mundo exterior Hay falta de empatía y de ganas de interactuar con otros Son personas que se sienten mejor con estabilidad en su vida, con una rutina ordenada, con las personas que conocen, los cambios abruptos, los ambientes ruidosos, podrían tener un efecto adverso en estas personas, ansiedad, irritación, estrés e inclusive agresividad. Tienen dificultades para expresarse y para entender las dinámicas sociales, sus habilidades sociales podrían tener déficit Algunas personas con TEA podrían presentar un umbral de sensación o de estimulación bajo, lo que los lleva a buscar sensaciones como tocar mucho las superficies etc. Hay diferentes características según el tipo de TEA, y según la persona, hay inclusive individuos con gran capacidad cognitiva”

“No le gusta el contacto físico Tienden a tener conductas repetitivas. Puede tener una fijación por cierto temas Puede ser personas muy inteligentes y en ocasiones tiene una buena memoria. Pueden asustarse de los cambios o al conocer entornos y personas nuevas. Personas con pensamiento concreto necesitan indicaciones claras. Pueden tener episodios de crisis y tener conductas violentas”

“Las que se me vienen a la cabeza (y no sé a ciencia cierta si son válidas o correctas) es el retraimiento social, dificultades en el habla, las estereotipias. Aunque sé que no todas las personas experimentan las mismas características.”

“Dificultades respecto a relaciones sociales Pueda existir dificultad en mantener la atención de las personas autistas Posibles dificultades en el habla y comunicación Capacidad de concentración extrema pero selectiva”

“Patrones rígidos de comportamiento y pensamiento, estereotipias, dificultades para socializar y empatizar con terceros, menos uso de habilidades sociales, dificultad para gestionar emociones fuertes.”

“Retardo en el desarrollo, hiper o hipo sensibilidad, dificultades en la sociabilidad, dificultades en la comprensión de lenguaje sarcástico o irónico, afectación en el propio lenguaje etc.”

“1. Dificultad en el lenguaje 2.movimientos repetitivos. 3. Aislamiento. 4. Alteraciones de emociones. 5. Sensibilidad a los sonidos. 6. Dificultad en el contacto visual.”

“-Falta de habilidades sociales. -Problemas en la comunicación. - Conductas repetitivas e intereses restringidos. -Conducta estereotipada.”

“Dificultades para expresar o explicar emociones, pueden ser obsesivos, suelen evitar a las personas ajenas a la familia., etc.”

“Dificultades en la interacción social, poca/ nula empatía, dificultades en la comunicación.”

“Dificultades para expresar las emociones y comunicar necesidades”

“Niños aislados, pocos capacidad para expresar emociones”

Sin respuesta

Tabla 5.

Respuestas a la pregunta: “¿Por qué medios has adquirido la información que posees respecto al TEA?” obtenidas mediante el sondeo de conocimientos sobre el TEA dirigido a estudiantes de la materia Prácticas Clínicas del 2022, de la carrera de Psicología.

Respuesta	Frecuencia
“Internet”	7
“Internet, libros, páginas, un taller recibido en la universidad y alguna información compartida por compañeros y lics, aunque sé que podría equivocarme en algunas cosas, desde hace tiempo no he seguido informando respecto al tema pero si es algo importantes”	1
“A través de la poca enseñanza que he recibido durante el tiempo de estudio. En su mayoría ha sido a través de auto informarme de libros y de páginas de Google.”	1
“Lo poco o nada que sé es a través de redes sociales.”	1
“De forma independiente, aunque no he seguido informando a profundidad”	1
“De forma autodidacta”	1
“Cursos adicionales”	1
Total	13

Tabla 6.

Respuestas a la interrogante: “Como practicante de psicología clínica, ¿Cuál es la importancia de conocer sobre el autismo?”, obtenidas mediante el sondeo dirigido a los estudiantes de la cátedra Prácticas Clínicas de la carrera de Psicología de la UES, generación 2022.

RESPUESTA

“Al estar en la clínica llegan muchas personas con diversas solicitudes y cuando estuve en la práctica, tuve dos casos con sospecha de autismo pero no podía dar un diagnóstico por mi falta de preparación académica para la aplicación de las pruebas correspondientes y así mismo el caso era un poco confuso para dar un diagnóstico diferencial válido y correcto. Si no conocemos sobre el tema, cuando tenga la necesidad de dar su apoyo a esa población quizá no lo hará aunque se lo pidan o si lo hace, termine haciendo inadecuadamente, son riesgos serios que en ese momento mis compañeros decidieron no correr y refirieron el caso a otros compañeros que finalmente se quedaron sin darle continuidad al caso.”

“Es bastante importante, puesto que a los servicios de salud mental pueden llegar consultante con dichas características y si uno desconoce la información, puede actuar mal al momento de ayudar o proporcionar el servicio a las personas, lo más indicado es que la intervención la lleven a cabo profesionales calificados, especializados en dicho conocimiento, no es algo sencillo, y si se comenten errores puedes perjudicar a la persona o simplemente hacer perder el tiempo a los consultantes ya que no se sabe cómo tratar estos casos”

“La importancia de atender a personas con TEA, nos va a permitir tener el conocimiento y la metodología psicología adecuada para brindar atención profesional que sea de calidad y saber la manera indicada de intervenir psicológicamente al consultante, brindale las herramientas psicológicas adecuadas para una mejor adaptación a su entorno social.”

“Es importante conocer al respecto porque la población diagnosticada con autismo está siendo un poco más reconocida, siempre han habido autistas solamente que ahora están siendo más identificados con ese diagnóstico, por ende se necesita de profesionales que conozcan sobre el tema para brindar un apoyo significativo a esta población.”

“Es clave, quizá no para ser un especialista pero sí es importante porque muchas veces podemos trabajar junto a personas que se encuentren dentro del espectro y estar formados sobre el tema nos puede evitar hacer una mala praxis, y tener conciencia de que si es necesario se deba referir los casos con especialistas.”

“Concretamente, desmitificar el autismo, y generar conciencia y sensibilización a la población ante las personas con TEA, y, para brindar una adecuada intervención en base a las necesidades generales del espectro, así como individuales/específicas de quien lo presenta.”

“La neurodiversidad es una parte considerable de la sociedad, cada vez los diagnósticos de autismo son más comunes, es necesario saber sus características para garantizar un mejor servicio.”

“Eso nos permitirá poder actuar de una forma más efectiva y ética en casos relacionados a este, así como poder promover la concientización sobre qué es y que no es el autismo.”

“Es una población específica que necesita adaptabilidad de nuestra parte y que puede necesitar una mayor preparación posterior a la que nos brinda la Universidad”

“Que es una afectación que es más común de lo que parece y debemos de estar preparados para brindar un servicio digno al momento que atendamos poblaciones con TEA”

“Que existe menos ignorancia de los problemas que afectan a las personas y mayor claridad para identificar y atender las dificultades.”

“Ser pertinente en la evaluación, establecimiento del diagnóstico e intervención específica al caso.”

“Es demasiado importante conocerlo para poder apoyar a los padres y niños de manera efectiva”

Tabla 7.

Respuestas a la interrogante: “Según el conocimiento universitario que has adquirido, ¿Cuál es el procedimiento a seguir para la atención a personas que presentan las características propias del espectro autista?” realizada mediante el sondeo dirigido a estudiantes de la cátedra de Prácticas Clínicas de la carrera de Psicología de la UES, año 2022.

RESPUESTA

“En realidad en la carrera no se nos da información referente al espectro autista, uno debe buscar otros medios, Como dije no tengo muy fresca la información, pero lo primero es determinar si la persona realmente está dentro del espectro autista, para ello hay instrumentos científicos y validados para realizar un diagnóstico, pero quien lo aplique debe estar acreditado, Luego según las características del caso podrían realizarse sesiones para conocer las principales necesidades a trabajar, tanto en el individuo como en sus cuidadores, para ello pueden realizarse entrevistas a cuidadores y diferentes actividades con la persona en cuestión. Para las diferentes necesidades se

tienen procedimientos distintos, recuerdo que inclusive hay intervención a partir del modelo conductista, se pueden trabajar la sustitución de conductas inadecuadas o agresivas por otras que ayuden a cumplir el mismo objetivo pero de manera más adecuada. También desarrollar formas y habilidades de comunicación y gestión emocional. Entre otras cosas, que honestamente no recuerdo bien.”

“Sinceramente es poca la información que se recibió en la carrera sobre el TEA, pero podría decir que se puede trabajar con un diagnóstico activo en el que se conozca el historial clínico del consultante y a la vez interviniendo con el consultante y sus padres trabajando áreas como: psicoeducación con los padres sobre el TEA, trabajando con el consultante en la gestión de emociones, habilidades sociales, habilidades del lenguaje y escritura, independencia y autonomía.”

“Cuando hay sospechas de autismo y no tenemos la acreditación para aplicar pruebas y dar el diagnóstico (al no ser especialistas, no lo podemos dar porque no sería ético), tocará referir el caso a un profesional capacitado para dar la atención profesional adecuada y él sabrá qué hacer (supongo).”

“Primero identificar y diferenciar si en dado caso posee autismo y de ser así, qué tipo y grado, y a partir de eso trabajar tanto con la persona pero también con sus guardianes (padres, maestros, etc) sobre la forma correcta de actuar en diferentes situaciones”

“Entrevista a padres o responsables de la persona autista, para indagar el desarrollo de la persona, aplicar una prueba que me oriente donde están las áreas que necesitan más apoyo, y así poder determinar el diagnóstico y el nivel de apoyo que se requiere”

“Adquirir información precisa de familiares, evaluación cognitiva y conductual específica al consultante, desarrollar un proceso de intervención detallada a familiares y con el consultante.”

“Diagnosticar el grado en que se encuentra la persona y las áreas en las que necesita mejorar que por lo general van relacionadas a sus interacciones sociales y su relación con su entorno.”

“Entiendo que ese tipo de dificultades deben ser atendidas por profesionales especialistas en su abordaje por lo que se remiten a organizaciones que se encargan de ello.”

“Ninguno, durante la formación universitaria se ha dejado completamente de lado el tema. No se aborda ni se nos brindan herramientas para saber cómo actuar.”

“En la universidad nunca me enseñaron nada sobre el autismo, si me basara en ese conocimiento

no podría dar una respuesta certera a esta pregunta.”

“La verdad no fue bien compartido el conocimiento”

“Intervenir área social, emocional.”

Sin respuesta.

Tabla 8.

Respuestas a la interrogante “Como último punto, de manera breve, ¿podrías mencionar qué otras cosas sabes sobre el autismo?” obtenidas en el sondeo dirigido a los estudiantes de la cátedra de Prácticas Clínicas Psicológicas en la UES del año 2022

RESPUESTA

“Existen diferentes grados. En algunos casos es tan leve su grado que no está diagnosticado por un profesional y se categoriza como una persona excéntrica. Su símbolo es el rompecabezas. Hay personas que han logrado ser muy exitosas. No les gusta el contacto físico pero sí puede generar vínculos con las personas. Pueden tener comportamiento fuera de la norma y son incomprensidos porque no tiene apariencia de ser una persona con una condición especial. Existe una fundación que trabajó con esta población creada por estudiantes de la UES.”

“Socialmente hablando, es un trastorno del que se desconoce mucho, pese a que está más presente de lo que imaginamos. Una persona con TEA, si se le estimula bien dada su fijación en determinado tema, y su desarrollada área cognitiva, puede llevar inclusive a desenvolverse y desarrollarse como una persona "normal", depende mucho de la sociedad, las redes de apoyo y su propia familia, aunque, dependerá el grado en el que el individuo esté clasificado”

“Hay prejuicios relacionados al espectro autista debido a los programas de televisión que presentan personajes, como Sheldon, el doctor Milagro etc.. No hay muchos lugares en el país donde den tratamiento especializado a personas del espectro autista, y dichos servicios suelen ser costosos, inclusive los más accesibles requieren cierto gasto considerable.”

“No mucho, que es un diagnóstico cada vez más común dentro de la población y en ocasiones son personas que no reciben la atención adecuada, por no tener acceso a un profesional que sepa hacer lo correspondiente al caso y el costo no sea muy alto, porque a mi pensar, los profesionales que tienen la acreditación se dirigen a personas de un estatus económico medio- alto.”

“Que es una discapacidad social y que las personas neurotípicas son menos sensibles o empática con este tipo de discapacidad ya que no es algo visible a los ojos, lo que puede dificultar la vida de las personas autistas, siendo tachados de malcriados o de "sin sentimientos".

“La verdad es que desconozco mucho sobre el tema y soy de la idea que lo que creo saber al respecto está basado en mitos.”

“Actualmente se menciona que no se conoce un tratamiento indicado para el TEA, pero hay muchas maneras de hacer que el niño pueda adaptarse a su medio, crecer y adquirir nuevas aptitudes y habilidades.”

“Que últimamente se está evidenciando más a través del mundo y no por que han aumentando los casos, si no porque se están visibilizando cada vez más, aspecto que considero positivo.”

“Sé que cada persona en el espectro es un caso particular, no es algo que se pueda generalizar es sumamente complicado a decir verdad.”

“Que es un trastorno meramente biológico y que se requiere una intervención multidisciplinaria.”

“No sé mucho del autismo.”

“Ninguna”

Sin respuesta

Interpretación de datos cualitativos:

La investigación actual ha sido construida bajo la necesidad de evidenciar la falta de importancia y de conocimiento sobre el Trastorno de Espectro Autista en el país, como profesionales que han incursionado en el rubro de trabajar con neurodivergencias, las investigadoras se han dado cuenta de la verdadera deuda que la sociedad salvadoreña tiene con esta población y mediante este pequeño sondeo realizado con los estudiantes de último año de la Universidad de El Salvador se ha podido evidenciar la falta de conocimientos que impera en los futuros profesionales de estas generaciones, si bien algunas participaciones demuestran tener una noción clara de lo que es el TEA, ellos mismos han aclarado que toda la información que poseen la han adquirido de otras fuentes, no de la universidad.

Lo preocupante de lo anteriormente expuesto, es que el sondeo fue realizado con personas que actualmente o en un futuro cercano estarán a cargo de la atención psicológica a diferentes personas, y

estadísticamente, será muy probable que atiendan a personas dentro del espectro, según la OMS, de cada 100 personas en el mundo, 1 es autista, lo que indica que los profesionales dedicadas a la salud y atención al público, deben contar con las herramientas para adaptarse a las diferentes necesidades que se presenten; dicho esto y tomando en cuenta los resultados del sondeo realizado, se puede llegar a la conclusión de que la Universidad de El Salvador, la universidad más prestigiosa y la única gratuita en el país, no está adaptándose a las necesidades emergentes de una sociedad completamente dinámica y cambiante como lo es la actual.

Es notoria la escasez de profesionales especializados en esta área de la población, algunos de estos se encuentran en instituciones de gobierno como el ISRI o el hospital Bloom, pero el salvadoreño promedio tendría que esperar meses para una consulta y ni hablar de lo difícil que es conseguir una intervención terapéutica; por otro lado, están los profesionales que tienen su consultorio privado, donde los costos por sesión se sale del presupuesto de la mayoría de la población. Es necesario mencionar esto porque es evidente que en cuestiones relacionadas a la salud mental, El Salvador desampara a la persona promedio y cobija a las personas con recursos económicos, y la Universidad de El Salvador solamente perpetúa esta brecha de clases sociales, evitando hablar de este tema tan importante durante toda la carrera de psicología.

Anexo 3. Estadística sobre la prevalencia del TEA en El Salvador.

Tablad de resultados cuantitativos:

Tabla 9.

Atenciones por Ira vez en el MINSAL a personas con diagnóstico de TEA en el año 2020.

Personas Femeninas	Edad con más atenciones	Total
51	4 años	7 P
Personas Masculinas		
163	4 años	23 P
Total de personas atendidas en 2020		
214		

Tabla 10.

Atenciones por Ira vez a personas autistas , atendidos en establecimientos del MINSAL-2021

Personas Femeninas	Edad con más atenciones	Total
129	2 años	18 P
Personas Masculinas		
420	2 años	75 P
Total de personas atendidas en 2021		
549		

Tabla 11*Atenciones en establecimientos del MINSAL, por 1ra vez a personas con diagnóstico de TEA*

Personas Femeninas	Edad con más atenciones	Total
194	3 años	29 P
Personas Masculinas		
544	4 años	92 P
Total de personas atendidas en 2022		
738		

Tabla 12*Atenciones en centros del MINSAL, por 1ra vez a personas con diagnóstico de TEA en 2023.*

Personas Femeninas	Edad con más atenciones	Total
279	4 años	46 P
Personas Masculinas		
917	4 años	151 P
Total de personas atendidas en 2023		
1196		

Tabla 13*Atenciones del MINSAL por 1ra vez a personas con diagnóstico de TEA de E*⁵ a F de 2024*

⁵ "E" de enero y "F" de febrero, son los meses hasta donde se obtuvo la estadística de datos.

Personas Femeninas	Edad con más atenciones	Total
41	4 años	6 Personas
Personas Masculinas		
137	4 años	27 Personas
Total de personas atendidas en 2024		
178		

Análisis de datos cuantitativos:

Cada una de las tablas muestra datos generales sobre las personas con diagnóstico del espectro autista que solicitaron atención médica por primera vez en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública que se encuentran ubicados en diferentes puntos del país.

Esto incluye registros de consultas en las 717 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, hospitales nacionales y otras dependencias del MINSAL (pie de pago. Con las dependencias), que aún cuando se puede considerar un número significativo, no se debe olvidar que representa solo un lado del sistema de salud nacional, en donde no se incluyen los registros del sistema de salud privado y, por consiguiente, existe la posibilidad de encontrar más personas con diagnóstico del espectro autista en el país, pero que no han solicitado atención médica en el sistema de salud pública.

Los datos son un aproximado al número de personas que conforman la población autista en El Salvador, debido a que no hay un registro minucioso sobre cada persona con diagnóstico del espectro autista, el registro del Ministerio de Salud Pública se convierte en la estadística de personas autistas, más cercana y confiable hasta el momento existente en todo el país.

Sí bien, cada encabezado en las 5 tablas son del mismo tipo de información, estos datos corresponden a los últimos 5 años transcurridos desde 2020 hasta enero y febrero de 2024, reflejando un aumento progresivo en las personas autistas atendidas en establecimientos del MINSAL; dicho aumento en la población autista registrada puede darse por diferentes razones, por ejemplo: considerar su derecho a la salud, más aceptación de los progenitores, menos temores a la exposición social, más concientización sobre qué es el autismo, menos discriminación social y un poco de validación profesional para el buen trato hacia las personas autista que promueva, al menos en pasos más lentos, la inclusión de las personas autistas en contextos sociales y naturales.

Se debe tomar en cuenta que del aumento de personas autistas en el registro, sobresale el año 2023, en donde la población autista es considerablemente mayor que el de años anteriores y respecto al 2024, no podrá realizarse una comparación equitativa hasta tener el registro de todos los meses del presente año. Por último, pero no menos importante, nótese que la edad predominante en el registro es la edad en la que consultaron por primera vez y no corresponde a la edad en la que recibieron el diagnóstico oficial del espectro autista, no obstante, al momento de considerarlas personas autistas, se ha verificado que su diagnóstico sea certero y extendido por el profesional correspondiente.

Anexo 4. Resultados Completos del Método Delphi

Primera Ronda:

El presente anexo contiene las respuestas íntegras proporcionadas por las tres expertas que participaron en la primera ronda del proceso de validación Delphi del protocolo. Las preguntas fueron respondidas de forma abierta y las respuestas se presentan textualmente, con leves ajustes ortográficos únicamente para facilitar su lectura. Cada ítem corresponde a una de las diez preguntas del cuestionario aplicado.

Ítem 1. Profesión:

Experta 1: “psicóloga”

Experta 2: “Licenciatura en psicología”

Experta 3: “Neuropsicóloga y Neurodesarrollo”

Ítem 2. Años de experiencia profesional:

Experta 1: “10 años”

Experta 2: “4 años”

Experta 3: “23 años”

Ítem 3. Área de especialidad principal:

Experta 1: “neurodivergencia”

Experta 2: “Neuropsicología clínica”

Experta 3: “Neuropsicología”

Pregunta 1. *¿Considera que los objetivos del protocolo están claramente definidos y son pertinentes para la formación de practicantes en psicología clínica?*

Experta 1: “sí”

Experta 2: “"propongo reformular el objetivo específico 1, ya que "" señales de alarma"" debe de mostrarse en un enfoque mas profesional, y respetuoso con la neurodiversidad , mejor hablar de patrones de desarrollo a observar y características de comportamiento, sin término patologizante. considerar en cambiar términos: Saber identificar cuándo hay indicadores de disfunción en el neurodesarrollo.”

Experta 3: “sí”

Pregunta 2. *Desde su experiencia, ¿qué aspectos teóricos sobre el TEA considera que deben reforzarse, añadirse o ajustarse?*

Experta 1: “diferenciar entre comunicación y la comunicación social, y adaptar contexto en los ítem que se presentan.”

Experta 2: “si bien el modelado ABA ya no es utilizado dentro de la comunidad diversa, ya que es un modelo altamente a suprimir estereotipias, invaden limites personales, en vez de ayudar la comunidad autista invita a ya no hacer este tipo de terapias ya que incentivan al camuflaje (masking)”

Experta 3: “Explicar los niveles de ayuda, pruebas de evaluación por edad, evolución, reevaluación, coste de acreditacion elevado, uso de intrumentos de forma responsable, equipo multidisciplina para llegar al diagnóstico, terapias que se utilizan, cuales son las que en nuestro país se brindan. Además, cuidar la redacción respetuosa hacia los Autistas. No olvidar, poner en cuadro las señales de alerta se veria más ordenado, y no poner las cosas en negrita sino se requiere, pues los colores de fondo son muy fuertes. cuando describan TEA , no se diagnostico sobre o del TEA, se dice diagnósticos o criterios diagnósticos TEA, utilizar solo Autismo, Espectro o Espectro Autista. No es niño o niña con autismo, es niño autista o adulto adulta.

En glosario incluir: Flexibilidad cognitiva, patrones restringidos de la conducta, habilidades sociales, tic, comorbilidades, coocurrencias en el autismo.

En aportes teóricos sobre Autismo. En esa área poner investigaciones postpandemia del 2023 a marzo del 2025, las nuevas investigaciones sobre los criterios diagnósticos

Existen más pruebas diagnósticas para el TEA, desde los 18 meses o previos cribados y quienes son los profesionales que pueden aplicarlo, en qué contexto”

Pregunta 3. *¿Qué opinión tiene sobre la pertinencia de las pautas de detección temprana y diagnóstico preliminar incluidas en el protocolo?*

Experta 1: “importantes considerarlas sin estigma”

Experta 2: “Procedimiento metodológico, se recomienda los hitos del neurodesarrollo en la infancia, podemos encontrar algunos hitos del desarrollo motor, del desarrollo cognitivo y del desarrollo emocional, que puedan ser factores que aumentan las posibilidades de desarrollar alteraciones en el desarrollo.

Las pautas de detección temprana y diagnóstico preliminar incluidas en el protocolo son pertinentes en la medida en que permiten identificar, de forma estructurada, indicadores de posible presencia de un trastorno del espectro autista (TEA) y facilitan la toma de decisiones clínicas iniciales. Sin embargo, es importante señalar que, en caso de que las pruebas aplicadas no arrojen resultados compatibles con el espectro autista, se recomienda no descartar de inmediato la existencia de otras dificultades del neurodesarrollo.

En estos casos, el procedimiento metodológico debe incluir la reformulación de hipótesis clínicas para explorar otras áreas de dificultad, como el lenguaje (por ejemplo, trastorno del lenguaje), la atención (TDAH), la coordinación motora (dispraxia) u otros posibles factores que puedan explicar la sintomatología observada. De esta manera, se garantiza un abordaje integral.

Experta 3: “Importante dotar de ejemplos de cómo debe ser la aproximación hacia un Autista, su clase, maestros o dinámica familiar, así como, la intervención y dinámica familiar respetuosa, resaltando la empatía”

Pregunta 4. *¿Qué tan aplicables cree que son las estrategias de intervención propuestas en contextos clínicos salvadoreños?*

Experta 1: “bastante siempre y cuando se trabaje el estigma”

Experta 2: “Las estrategias de intervención propuestas son aplicables en el contexto clínico salvadoreño, siempre que se adapten a la realidad del entorno y a las características individuales de cada paciente. Antes de cualquier intervención, es primordial establecer un vínculo de confianza (rapport) con el paciente, ya que este constituye la base de todo el proceso terapéutico. Sin un vínculo sólido, las estrategias posteriores pierden efectividad. El grado de severidad del autismo influye en la forma de crear ese vínculo. En casos de autismo severo, donde la comunicación e interacción están significativamente limitadas, el profesional debe priorizar un acercamiento gradual, el uso de apoyos visuales o sistemas de comunicación alternativos y la participación activa de la familia para generar seguridad en el niño o adolescente.

En personas con autismo con poco apoyo, que presentan mayor independencia, el vínculo puede establecerse a través del diálogo, la exploración de intereses y la construcción de acuerdos de trabajo, lo que facilita la implementación de estrategias de intervención”

Experta 3: “para estudiantes, apto, pero debe de estar en revisión”

Pregunta 5. *¿Detecta alguna omisión importante en el protocolo que debería ser incluida?*

Experta 1: “si, agregar también la búsqueda excesiva, invasiva y perfiles hiposensibles”

Experta 2: “En diagnóstico diferencial, explorar mas ya que no son los unicos : trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), síndrome de déficit de atención, del control motor y de la percepción (DAMP), trastorno del desarrollo de la inteligencia (TDI), TEL, TEA, trastorno disejecutivo, trastorno antisocial de la personalidad (TAP) y trastorno de aprendizaje no verbal (TANV), ALTAS CAPACIDADES”

Experta 3: “se responde en pregunta 1”

Pregunta 6. *¿Considera que los límites de actuación del psicólogo practicante están suficientemente delimitados?*

Experta 1: “si”

Experta 2: “Considero que los límites de actuación del psicólogo practicante están suficientemente delimitados, ya que establecen con claridad las funciones, responsabilidades y el alcance de su intervención.”

Experta 3: “Si, para estudiantes que trabajarán en su ciclos finales, como asistentes en clinica o bien docentes que observan para realizar referencia de las banderas rojas o señales de alarma. Importante , tomar en cuenta las coocurrencias”

Pregunta 7. *¿Qué sugerencias haría para mejorar las consideraciones éticas en el protocolo?*

Experta 1: “priorizar que es un diagnostico, no un pronóstico y requiere intervención como en cualquier niño, evitar justificar conductas, sobreproteger o limitar”

Experta 2: “proponer mas modelos: Modelo DIR/ floortime (desarrollo, individualización, relaciones y tiempo de juego) Modelo PECS (sistema de comunicación por intercambio de imágenes) Modelo de intervención sensorial”

Experta 3: “Poner pie de página, de donde sacan cada informacion, cuando se cita textual poner de donde lo saco,año , página y cambio en la letra”

Pregunta 8. *¿Opina que el protocolo es factible de implementar en los servicios de salud mental y práctica clínica en El Salvador?*

Experta 1: “si”

Experta 2: “El protocolo propuesto resulta factible de implementar en los servicios de salud mental y en la práctica clínica en El Salvador, ya que se encuentra alineado con los criterios establecidos en el DSM-5-TR, lo que facilita su adopción en contextos clínicos y académicos. Sin embargo, es importante subrayar que el uso de criterios diagnósticos debe realizarse con un enfoque respetuoso de la neurodiversidad, evitando etiquetar o patologizar a la persona únicamente por presentar características que se ubiquen dentro del espectro autista.

Se promueve un abordaje centrado en la persona, reconociendo sus fortalezas y necesidades de apoyo sin reducir su identidad a un diagnóstico. Además, este protocolo invita a la reflexión sobre la actualización de ciertos modelos clínicos que, si bien fueron útiles en su momento, pueden resultar limitantes al centrarse exclusivamente en el déficit. La evidencia actual impulsa un enfoque más

integrador, basado en la funcionalidad y la calidad de vida, priorizando intervenciones que favorezcan el desarrollo, la inclusión y la participación social de las personas.”

Experta 3: “Factible para docentes en centro escolares o como primer acercamiento para realizar las referencias al equipo multidisciplinar o intervenciones terapéuticas previas a una evaluación del neurodesarrollo”

Pregunta 9. *¿Qué fortalezas principales identifica en este protocolo?*

Experta 1: “información y ejemplos claros”

Experta 2: “Una de las principales fortalezas del protocolo es la adecuada integración de los factores teóricos, lo que permite comprender de forma clara los criterios de evaluación y las áreas de intervención. Además, el protocolo establece con precisión los límites de actuación del profesional, lo que resulta esencial para garantizar una práctica ética y segura.”

Experta 3: “Información básica oportuna, comprensible al lector tanto dentro o fuera del área de salud.”

Pregunta 10. *¿Qué mejoras o cambios recomienda antes de su implementación?*

Experta 1: “escritas en el protocolo”

Experta 2: “aplicar test de ansiedad y depresión por las comorbilidades dentro del espectro autista”

Experta 3: “en la pregunta 1”

Nota. Las expertas fueron identificadas de forma anónima (Experta 1, Experta 2 y Experta 3) para proteger su identidad profesional conforme a los principios éticos de la APA (2020).

Resultados de la Segunda Ronda.

Este anexo presenta los resultados obtenidos en la segunda ronda del proceso de validación del protocolo mediante el método Delphi. En esta fase, las tres expertas evaluaron catorce ítems empleando una escala Likert de 4 puntos (1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Muy de acuerdo). Los datos se resumen en la siguiente tabla, que incluye las medias, desviaciones típicas, porcentajes de consenso y la decisión final respecto a la existencia o no de consenso por ítem.

Item/ Pregunta	Respuestas		
	Experta 1	Experta 2	Experta 3
Profesión:	Psicóloga	Licenciatura en Psicología	psicóloga
Años de experiencia profesional:	24	5	10
Área principal de especialidad:	Clínica Neuropsicológica y Neurodesarrollo, niños adolescentes y adultos. Evaluación y psicometría diagnóstica	Neuropsicología clínica	neurodiversidad/abuso sexual
1. Los objetivos específicos del protocolo deben reformularse para mejorar su claridad y precisión.	En desacuerdo	Muy de acuerdo	Muy en desacuerdo

2. La organización y estructura del protocolo (orden de apartados y lógica de exposición) es clara y adecuada para practicantes en formación.	De acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
3. El protocolo debe diferenciar explícitamente entre “comunicación” y “comunicación social” en la descripción de las características del TEA.	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo
4. Es necesario añadir explicaciones sobre los niveles de ayuda del autismo.	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo
5. Es importante agregar un ejemplo de la aplicación de las pruebas de cribado para mejorar el cumplimiento de los objetivos del protocolo.	En desacuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo
6. El protocolo debería actualizar la sección de modelos de intervención, incorporando enfoques como DIR/Floortime además de mencionar ABA.	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo
7. Las estrategias de intervención propuestas deben simplificarse para que sean más accesibles a practicantes en formación.	De acuerdo	De acuerdo	Muy en desacuerdo
8. El protocolo debería incluir ejemplos que orienten sobre una aproximación respetuosa y empática hacia la persona autista y su contexto cercano (familia, maestros, dinámica escolar), de manera que los practicantes cuenten con modelos claros de interacción.	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo
9. Es necesario ampliar la sección de diagnóstico diferencial para dar mayor claridad en la práctica clínica.	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo
10. Las consideraciones éticas deben reforzarse enfatizando que el protocolo orienta a una impresión diagnóstica y no constituye un diagnóstico definitivo.	Muy de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. El protocolo debería añadir referencias explícitas (ej. pie de página o citas en cada sección) para fortalecer su fundamentación teórica.	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo	Muy en desacuerdo
12. Considero que, con las modificaciones sugeridas y validadas en esta ronda, el	De acuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo

protocolo será claro y pertinente para la formación de practicantes en psicología clínica.			
13. Considero que el protocolo es factible de implementar en servicios de salud mental y práctica clínica en El Salvador.	De acuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo
14. En general, apruebo el uso del protocolo como material de apoyo para practicantes de psicología clínica.	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo

Anexo 5. Carta de autorización para el uso del *Protocolo de detección, diagnóstico y pautas de intervención psicológica para el espectro autista, dirigido a estudiantes practicantes de psicología clínica.*

ACTA NOTARIAL DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.

En el Distrito de San Salvador, Municipio de San Salvador Centro, departamento de San Salvador, a las quince horas del día ocho de abril de dos mil veintiséis, Ante mí, Licenciado Jaime Enrique Jovel Meléndez, Notario, del domicilio de este Distrito, comparece(n) Deysi Lizeth Avalos Artiga, quien firma "ilegible", de veinticinco años de edad, estudiante, del domicilio del Distrito de Suchitoto, Municipio de Cuscatlán Norte, Departamento de Cuscatlán, de nacionalidad salvadoreña, a quien en este acto conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad número: cero seis cero seis ocho siete siete cuatro guion nueve; y a Laura Sofía Guerra Martínez, quien firma "ilegible", de veintiséis años de edad, estudiante, del domicilio del Distrito de San Antonio del Monte, Municipio de Sonsonate Centro, Departamento de Sonsonate, de nacionalidad salvadoreña, a quien en este acto conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad número: cero cinco ocho nueve siete ocho cero nueve guion cinco, y **ME DICEN:** Que por medio de esta acta notarial declaran en ceder a **la Universidad de El Salvador (UES)**, el derecho de uso y goce de dos documentos única y exclusivamente con fines didácticos, pedagógicos y académicos, por ellas creados y denominados el primero **PROTOCOLO DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y PAUTAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL ESPECTRO AUTISTA, DIRIGIDO A ESTUDIANTES PRACTICANTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA** y el segundo **GUÍA INFORMATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.** Así se expresaron las comparecientes a quienes expliqué los efectos legales de la presente acta, la cual consta de una hoja útil, y leída que se las hube en un solo acto ininterrumpido, por estar redactada conforme a sus voluntades ratifican su contenido y firmamos en duplicado. **DOY FE.**



BIBLIOGRAFÍA.

- Alcamí, P., Molins, G., Mollejo, A., Ortiz, S., Pascual, A., Rivas, C., y Villanueva, S. (2008). Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la red de salud mental. 1º edición: Madrid. Recuperado de https://www.psie.cop.es/uploads/GUIA_TEA.pdf
- Altibarra, E., Cabrero, A., Casanova, N., González, M., Gómez, C., Guallarte, O., Hospital, M., Jiménez, G., Mairal, E., Martínez, M., Pérez, C., Puyal, A., Tabuena, M., Torcal, M., Vidal, A., Vitaller, C., & Vicente, M. (2010). *Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia*. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. <https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/guia-protocolos.pdf>
- American Psychiatric Association - APA. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association. Recuperado de <https://www.migna.ir/images/docs/files/000058/nf00058253-2.pdf>
- André, T. G., Valdez, C., Ortiz, R., & Gámez, M. (2020, February 13). *PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA*. <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204>
- Aragón Jiménez, V. (2011). Etiología del Autismo. *Innovación y Experiencias Educativas*, 45, https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_31/VIRGINIA_ARAGON_1.pdf.
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6.ª ed.). Caracas: Editorial Episteme. Recuperado de https://archive.org/details/2012ElProyectoDeInvestigacion?utm_source=chatgpt.com
- Artigas-Pallarés, J., & Paula, I. (2012). *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 32(115), 567–587. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352012000300008>
- Ayala, C. E. O. (2017). ¿Quién debe dar el diagnóstico de autismo? - autismo diario. *Autismo Diario*. <https://autismodiario.com/2017/04/04/quien-dar-diagnostico-autismo/>
- Baptista, Fernández y Hernández (2018). *Metodología de la investigación, sexta edición*. Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 736. México. Recuperado de https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Beltrán, C., Díaz, L. A., & Zapata, M. (2017). Tamizaje del síndrome de Asperger en estudiantes de dos ciudades de Colombia a través de las escalas CAST y ASSQ. *Psicogente*, 20(38), 320-335. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2554>

- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales* (3.^a ed.). Bogotá: Pearson Educación. Recuperado de https://www.academia.edu/76957970/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_Bernal_pdf?utm_source=chatgpt.com
- Blanco, P. (2012). El modelo DIR/Floortime: *un abordaje relacional e integral*. *Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 201–208.* <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4116552.pdf>
- Botella, A. (27 de abril de 2021). *La importancia de la detección del autismo en el colegio*. RED CENIT. Recuperado el 9 de marzo de 2024 de <https://www.redcenit.com/la-importancia-de-la-deteccion-del-autismo-en-el-colegio/>
- Cabero-Almenara, J., & Infante-Moro, A. (2014). *El método Delphi y su aplicación en la investigación en comunicación y educación*. *EduTec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, (48), 1–16. <https://doi.org/10.21556/edutec.2014.48.187>
- Cáceres, P. y Rodríguez, M. (2011). *Diseño de un programa psicoterapéutico dirigido a padres/madres de familia, que les permita tomar conciencia sobre la importancia de la atención integral de sus hijos con trastorno autista, entre las edades de 2-12 años, pertenecientes a la asociación salvadoreña de autismo; en el periodo de marzo a julio de 2011*. Universidad de El Salvador.
- Carreño Jaimes, M. C. (2009). El método Delphi: cuando dos cabezas piensan más que una en el desarrollo de guías de práctica clínica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 185–193. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615419013.pdf>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2025, 17 de abril). *Prevalencia e identificación temprana del trastorno del espectro autista en niños de 4 a 8 años — Red de Monitoreo del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo, 16 sitios, Estados Unidos, 2022*.
- CDC: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/ss/ss7402a1.htm>
- Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades.(2024, mayo) *Tratamientos e intervenciones para los trastornos del espectro autista*. <https://www.cdc.gov/autism/es/treatment/tratamientos-e-intervenciones-para-los-trastornos-del-espectro-autista.html#:~:text=La%20terapia%20del%20desarrollo%20m%C3%A1s,espectro%20autista%20se%20comunican%20verbalmente.>
- Cinta, A. y Almeida, N. (diciembre de 2016). El enfoque neuropsicológico del Autismo: Reto para comprender, diagnosticar y rehabilitar desde la Atención Temprana. *Revista Chilena de Neuropsicología [en línea]*, 11(2), 34-39. <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179348853007.pdf>
- Coelho-Medeiros, M. E., Bronstein, J., Aedo, K., Pereira, J. A., Arraño, V., Pérez, C. A., Valenzuela, P. M., Moore, R., Garrido, I., & Bedregal, P. (2019). Validación del M-CHAT-R/F como instrumento de tamizaje para detección precoz en niños con trastorno del espectro autista. *Andes Pediátrica*, 90(5), 492-499. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i5.703>

- CONAIPD (2018). *Protocolo de atención a personas con discapacidad en situación de emergencia y desastres*
- CONAIPD (2020). *Protocolo de atención integral a las personas con discapacidad en la emergencia nacional por el COVID-19*. Recuperado de: <https://conaipd.gob.sv/wp-content/uploads/2021/02/Memoria-de-Labores-junio-2019-mayo-2020.pdf>
- Conejeros-Solar, M. L., Gómez-Arízaga, M. P., Sandoval-Rodríguez, K. G., & Cáceres-Serrano, P. A. (2018). *Aportes a la comprensión de la doble excepcionalidad: Alta capacidad con trastorno por déficit de atención y alta capacidad con trastorno del espectro autista*. *Revista Educación*, 42(2), 645–667. <https://doi.org/10.15517/revedu.v42i2.25430>
- Confederación Autismo España. (2018). *Conocer, respetar, incluir: Derribando falsos mitos del TEA*. Investigación y conocimiento sobre el TEA. <https://autismo.org.es/mitos-tea/>
- Cortese, S., Bellato, A., Gabellone, A., Marzulli, L., Matera, E., Parlatini, V., Petruzzelli, M. G., Persico, A. M., Delorme, R., Fusar-Poli, P., Gosling, C. J., Solmi, M., & Margari, L. (2025). Latest clinical frontiers related to autism diagnostic strategies. *Cell Reports Medicine*, 101916. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2024.101916>
- Departamento de Educación del Gobierno de Navarra y Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. (2018, mayo). *Protocolo para la Detección, el Diagnóstico y la Intervención en Niños y Niñas con Sospechas de Trastorno del Espectro Autista (3 a 6 años)*. Google Docs. https://drive.google.com/file/d/1Y6tV2HtCLn-3l8ZiJg_k5DmFIcqv5Hxm/view
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). *Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting Delphi studies*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Díez-Cuervo, Muñoz, J., J. Fuentes, J., Canal, R., Idiazábal, M., Ferrari, M., Mulas, F., Tamarit, J., Valdizán, J., Hervás, A., Artigas, J., Belinchón, M., Hernández, J., Martos, J., Palacio, M. & Posada, M. (2005). *Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista*. *Rev neurol*; 41 (5): 299-310
- Dr. Doubront Academy. (10 de abril de 2024). *Tesis con éxito*. Recuperado el 18 septiembre de 2024 de <https://luisdoubrontg.school.blog/metodologia-segun-autores/>. Metodología según autores.
- Fuentes, J., Hervás, A., & Howlin, P. (2020). *Guía práctica para el autismo de ESCAP: resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento*. ESCAP
- Fundación Brincar por un autismo feliz (2011). *Estrategias Efectivas para enseñar a los niños con autismo* | *Biblioteca Brincar*. Recuperado de: <https://www.bibliotecabrincar.org.ar/estrategias-efectivas-para-ensenar-a-los-ninos-con-autismo/>
- Gándara, R. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH. *Logopedia, Foniatría y Audiología*, 27. Recuperado de: <https://autismonavarra.com/wp-content/uploads/2012/05/03-Ppios-y-estrategias.pdf>

- González, F., (2005). La alteridad en la atención especial del autismo. *Psicología desde el Caribe*, Universidad del Norte. N° 15: 167-181. <https://www.proquest.com/docview/1436991283?pq-origsite=summon&sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). *Research guidelines for the Delphi survey technique*. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Hsu, C.-C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12(10), 1–8. <https://doi.org/10.7275/pdz9-th90>
- Hobson RP. Beyond Cognition. A Theory of Autism. En Dawson G, Editors. *Autism, Nature, Diagnosis, and Treatment*. New York: The Guilford Press; 1989
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child*, 2, 217–250. Recuperado de: <https://autismtruths.org/pdf/Autistic%20Disturbances%20of%20Affective%20Contact%20-%20Leo%20Kanner.pdf>
- Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*, 49(1), 59–71. https://pure.port.ac.uk/ws/portalfiles/portal/16869786/Deficit_difference_or_both.pdf
- La Prensa Gráfica, y Machuca, E. (2018, 29 junio). Consultas por autismo se han duplicado en cinco años - La prensa gráfica. *La Prensa Gráfica*. <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Consultas-por-autismo-se-han-duplicado-en-cinco-anos-20180628-0089.html>
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 395(10242), 508–520. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31129-2
- Mas, M. (2019, 15 mayo). *El cerebro del autismo - neuronas en crecimiento*. neuronas en crecimiento. <https://neuropediatra.org/2016/04/11/cerebro-autismo/>
- Medicina (2013). *Evaluación de los niños con retraso del desarrollo y conductas del espectro autista*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. vol.73 Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/262744024_Evolucion_de_los_ninos_con_retraso_d_el_desarrollo_y_conductas_del_espectro_autista
- Miranda, A. D., Escobar Salmerón, J., & Oliva, H. (2014). *Pedagogía, Didáctica y Autismo*. (2.ª ed., Vol. 0) [PDF]. UFG Editores. Recuperado de: <https://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/8814/1/371.9-U85p.pdf>
- Moreira-Zambrano, E., Alarcón-Chávez, B., & Gutiérrez-Izquierdo, M. (2022). Rol del Psicólogo Clínico en el Tratamiento de Niños con Autismo, en tiempos de Pandemia Covid-19, Portoviejo. *Polo del Conocimiento*, 7(2). <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3590/8173>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Autismo. *www.who.int*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

- Pascual, A. M. J., Gallego, C. G., Tenías, J. M., Beneitez, P. F., Maeso, C. A., Mateos, B. C., & Aranda, J. R. (2011). *Descripción y análisis exploratorio de dos modelos de atención de los Trastornos de Espectro Autista en los niños y adolescentes en edad escolar del Área Mancha Centro*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4), 631-646. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000400003>
- Pérez Porto, J., & Merino, M. (2021). Protocolo - Qué es, definición y concepto. *Definición.de*. <https://definicion.de/protocolo/>
- Picardo, O., Miranda, A., Escobar, J. & Heberth, O. (2014). *Pedagogía, didáctica y autismo*. Universidad Francisco Gavidia.
- Portillo, D., Ramírez, E. & Reyes, J. (2019). *Diseño y aplicación de un programa psicoterapéutico para promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento al estrés, dirigido a cuidadores familiares de personas con trastorno del espectro autista; realizado en la asociación autismo "luz azul" en el año 2019*. Universidad de El Salvador.
- Quecedo, R. y Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>
- Riesgo, R., Becker, M., Ranzan, J., Bragatti, M. & Ohlweiler, L. (2013). *Evaluación de los niños con retraso del desarrollo y conductas del espectro autista*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. vol.73. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/262744024_Evolucion_de_los_ninos_con_retraso_d_el_desarrollo_y_conductas_del_espectro_autista
- Rivière, A. (s. f.). *Desarrollo normal y Autismo*. Curso de Desarrollo Normal y Autismo, Puerto de la Cruz, Tenerife, España. https://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Riviere-_Desarrollo_normal_y_Autismo.pdf
- Rondon L. (12 de junio de 2016). *4. población y muestra*. Instituto Universitario Politécnico Santiago Marino. Recuperado de <https://es.slideshare.net/slideshow/4-poblacion-y-muestra/62981162>
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caracas: Editorial Panapo. Recuperado de <https://luisdoubtrontg.school.blog/wp-content/uploads/2024/05/sabino-el-proceso-de-investigacion.pdf>
- Salméron-Ruiz, M. A., García de Ribera, C., Barberán, V. S., Ives, L. E., & Álvarez-Pitti, J. (2025). *Efectos de los medios digitales en la salud física y el desarrollo*. *Anales de Pediatría*, 102, 503876. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503876>
- Sánchez Ancha, Y., González Mesa, F., Molina Mérida, O., & Guil García, M. (2011). *Guía para la elaboración de protocolos*. Biblioteca Lascasas. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
- Universidad Privada Dr. Rafael Belloso Chacín. *Capítulo II. Metodología de la investigación*. Recuperado el 15 de septiembre de 2024 de <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0107967/cap03.pdf>
- VIDASANA (2017). *Autismo en El Salvador: personas extraordinarias y poco comprendidas*.

Walker, N. (2025, 25 mayo). Neurodiversity: Some Basic terms & Definitions. NEUROQUEER.
<https://neuroqueer.com/neurodiversity-terms-and-definitions/>