

# **MANUAL FORMATIVO EJE 1.**

## **ATENCIÓN A LA NEURODIVERSIDAD: PROGRAMA FORMATIVO Y CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.**

M<sup>a</sup> Ángeles Arquero Moreno.

Doctoranda en Altas Capacidades, Talento y Educación.

De:

 Planeta Formación y Universidades

## Índice

1. Introducción y justificación.....	4
2. Presentación de la guía docente.....	5
3. Objetivos y competencias.....	6
4. Neurodiversidad y derechos humanos.....	9
5. Necesidades específicas de TDAH, AACCC y TEA.....	17
6. Metodologías y estrategias para el Trabajo Social Sanitario.....	40
7. Referencias bibliográficas.....	58

## 1. Introducción y justificación

El Manual Formativo Eje 1: “Atención a la Neurodiversidad” se presenta como un programa didáctico y participativo dirigido a profesionales de Trabajo Social Sanitario. Su estructura combina un planteamiento teórico con herramientas prácticas, orientadas a la construcción colaborativa de un protocolo de intervención que aborde las diversas manifestaciones de la neurodiversidad. Este documento pretende servir de guía para la sensibilización, la evaluación y el diseño de intervenciones inclusivas, partiendo de un enfoque centrado en la persona y bajo los principios éticos del Trabajo Social Sanitario.

La presente guía surge de la necesidad de dotar a los trabajadores sociales sanitarios de un marco estructurado y práctico que facilite la comprensión, valoración e intervención con personas neurodivergentes. En concreto, persigue:

Sensibilizar sobre la diversidad neurológica y desmontar mitos y estigmas.

Proporcionar herramientas teóricas y metodológicas para identificar perfiles y elaborar adaptaciones personalizadas.

Establecer una referencia clara de instrumentos de registro, evaluación y análisis que garanticen rigor y coherencia en la práctica profesional.

De este modo, se favorece la mejora de la calidad de la atención sociosanitaria, el empoderamiento de las personas atendidas y la consolidación de procesos colaborativos entre los distintos agentes del sistema de salud y servicios sociales.

## 2. Presentación de la guía docente.

La Guía Docente del Eje 1 “Atención a la Neurodiversidad” se presenta como un instrumento formativo orientado a profesionales de Trabajo Social Sanitario que combina fundamentos conceptuales, normativa aplicable y metodologías participativas para atender de manera inclusiva a personas neurodivergentes. Su estructura, que va desde la sensibilización sobre la diversidad neurológica hasta la elaboración de protocolos de intervención y planes de evaluación, busca asegurar la coherencia entre teoría y práctica, promover la colaboración multidisciplinar y garantizar la calidad y el rigor de la actuación profesional

**2.1 Justificación y propósito.** La presente Guía Formativa del Eje 1 “Neurodiversidad” surge de la necesidad de dotar a profesionales de trabajo social sanitario de un marco estructurado y práctico que facilite la comprensión, la valoración y la intervención adecuada con personas neurodivergentes. Su propósito principal es:

- Sensibilizar sobre la diversidad neurológica y desmontar mitos y estigmas.
- Proporcionar herramientas teóricas y metodológicas para identificar perfiles y elaborar adaptaciones.
- Establecer una referencia clara de instrumentos de registro, evaluación y análisis que garanticen rigor y coherencia en la práctica profesional.

**2.2 Público objetivo.** Esta guía está diseñada para:

- Trabajadores y trabajadoras sociales sanitarios que intervienen en contextos clínicos, educativos y comunitarios.
- Equipos multidisciplinares (psicología, educación, enfermería) que requieran un lenguaje y unos protocolos comunes.
- Coordinadores/as de programas y proyectos de inclusión que necesiten estandarizar procesos y evaluar resultados.
- Estudiantes de grado y postgrado en Trabajo Social, Atención Sociosanitaria y áreas afines, como material de consulta y autoaprendizaje.

**2.3 Estructura y modo de uso.** La guía se organiza en bloques temáticos que combinan teoría, instrumentos y procedimientos prácticos:

1. **Objetivos formativos:** marco de competencias y resultados esperados.
2. **Marco conceptual:** definiciones, enfoques y legislación vigente.
3. **Perfiles y características:** descripción de diferentes condiciones de neurodiversidad.
4. **Metodologías didácticas:** estrategias de aprendizaje y dinamización.
5. **Instrumentos:** modelos de registro, cuestionarios, listas de cotejo y rúbricas.
6. **Protocolos de análisis:** guías para el tratamiento cuantitativo y cualitativo de datos.
7. **Planificación y evaluación:** diseño de sesiones y retroalimentación continua.

### 3. Objetivos Formativos y competencias.

**Competencias Generales.** Al finalizar el Eje Formativo 1 “Neurodiversidad”, el/la participante será capaz de:

- **Comprender** los conceptos básicos de la neurodiversidad, sus orígenes y su relevancia en contextos sanitarios y sociales.
- **Identificar** y **valorar** las fortalezas y necesidades de personas neurodivergentes, adoptando un enfoque centrado en la persona y basado en derechos.
- **Comunicar** de manera efectiva y empática con personas neurodivergentes, sus familias y el equipo multidisciplinar.
- **Diseñar** y **adaptar** entornos, materiales y estrategias de intervención que favorezcan la inclusión y la accesibilidad universal.
- **Colaborar** en redes y equipos interprofesionales, coordinando recursos y prestando apoyo mutuo para la atención integral.
- **Evaluar** procesos y resultados de intervención, aplicando criterios éticos y de calidad profesional

**Competencias específicas.** Para profundizar en el trabajo con neurodiversidad, se desarrollan las siguientes competencias específicas:

1. **Marco Legal y Ético**
  - Conocer la normativa nacional e internacional que protege los derechos de las personas con trastornos del neurodesarrollo.

- Aplicar principios éticos de confidencialidad, autonomía y consentimiento informado.

## **2. Conocimiento de Trastornos**

- Diferenciar los principales perfiles neurodivergentes (TEA, TDAH, dislexia, altas capacidades, etc.) y sus manifestaciones.
- Interpretar evaluaciones diagnósticas y reportes clínicos para planificar intervenciones.

## **3. Detección e Identificación**

- Utilizar herramientas de observación, listas de cotejo y cuestionarios para reconocer señales tempranas de neurodivergencia.
- Analizar los factores de riesgo y protección en entornos familiares, escolares y comunitarios.

## **4. Diseño de Adaptaciones**

- Elaborar planes de ajuste razonable en actividades diarias, académicas y sanitarias.
- Seleccionar y aplicar recursos tecnológicos y metodologías didácticas inclusivas.

## **5. Comunicación y Mediación**

- Implementar técnicas de comunicación visual, apoyos gestuales y sistemas aumentativos (SAAC).
- Mediar en situaciones de conflicto o estrés, facilitando la autorregulación emocional.

## **6. Trabajo en Equipo**

- Coordinar reuniones multidisciplinares: definir roles, objetivos y protocolos de seguimiento.
- Generar redes de apoyo comunitarias y gestionar derivaciones a recursos especializados.

## **7. Evaluación de Impacto**

- Diseñar indicadores de proceso y resultado (p. ej., nivel de autonomía, satisfacción familiar).
- Aplicar métodos cuantitativos (estadísticos básicos) y cualitativos (entrevistas, grupos focales) para valorar la efectividad de las intervenciones.

### **3.1 Resultados de Aprendizaje Esperados**

Al completar el Eje Formativo 1 “Neurodiversidad”, el/la participante será capaz de:

1. **Explicar** con precisión al menos tres modelos teóricos de la neurodiversidad y su aplicación en contextos sanitarios.
2. **Reconocer** indicadores conductuales y cognitivos de al menos cuatro perfiles neurodivergentes (TEA, TDAH, dislexia y altas capacidades) a través de casos prácticos.

3. **Aplicar** adecuadamente herramientas de registro (fichas, listas de cotejo, diarios) en al menos dos actividades de observación simuladas.
4. **Diseñar** un plan de adaptaciones razonables para un caso real o simulado, incluyendo al menos tres ajustes en comunicación, espacio y metodología.
5. **Utilizar** de forma autónoma una rúbrica de evaluación para valorar la competencia comunicativa y la mediación en situaciones de alta demanda emocional.
6. **Analizar** datos recogidos (cuantitativos y cualitativos) de un micro-proyecto formativo, generando un informe con gráficos básicos y hallazgos temáticos.
7. **Coordinar** al menos una sesión de trabajo en equipo multidisciplinar, elaborando un acta con acuerdos y plan de seguimiento.

Estos resultados permitirán evaluar de manera objetiva no solo la adquisición de conocimientos, sino también el desarrollo de habilidades prácticas y actitudes inclusivas.

## **SESIÓN 1. Paradigma de la neurodiversidad y derechos humanos**

### **4. Neurodiversidad y derechos humanos.**

#### **4.1 Definición de Neurodiversidad**

La neurodiversidad se concibe como un marco teórico que reconoce y valora las variaciones neurológicas naturales en la población, alejándose de la perspectiva patológica que caracteriza el modelo médico tradicional. Desde este enfoque, las diferencias en el desarrollo cerebral — como las asociadas al trastorno del espectro autista (TEA), al TDAH o a las dislexias— no son vistas como déficits, sino como manifestaciones legítimas de la diversidad humana. Esta aproximación hunde sus raíces en la crítica al modelo biomédico, que tiende a etiquetar y medicalizar conductas consideradas atípicas, generando estigmas y barreras sociales. En cambio, la neurodiversidad sitúa el foco en las interacciones entre el individuo y su entorno, enfatizando el papel del contexto social en la discapacidad (Cruz y Sandín, 2024). Asimismo, subraya la importancia de un enfoque social que promueva la equidad y la inclusión, estableciendo puentes con los marcos legales de derechos humanos. De este modo, se fomenta una comprensión integral que integra aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Este paradigma ha influido en el ámbito educativo, incentivando metodologías más flexibles y adaptativas (Amador et al., 2021). Además, apela a la eliminación de barreras arquitectónicas, comunicativas y actitudinales para garantizar la accesibilidad universal. En definitiva, la neurodiversidad propone una renovación conceptual que promueve la justicia social y la valorización de las fortalezas individuales (Arboleda, 2024).

En su vertiente crítica, la neurodiversidad cuestiona la noción de “normalidad” como estándar único y universal, proponiendo su sustitución por criterios de funcionalidad y calidad de vida determinados por las propias personas. Este replanteamiento implica reconocer que las capacidades y dificultades emergen de la interacción dinámica entre las características neurológicas y los entornos físico, social y cultural. Así, una misma condición puede tornarse en discapacidad o en fortaleza según el grado de ajuste razonable que ofrezca el entorno (Cruz Puerto & Sandín, 2024). En el campo sanitario y educativo, ello se traduce en diseñar estrategias y apoyos personalizados que potencien la autonomía. La experiencia de los estudiantes universitarios refleja la eficacia de este enfoque; cuando las instituciones adoptan prácticas inclusivas, mejoran el rendimiento académico y el bienestar emocional (Amador et al., 2021). De igual manera, la teoría de la mente —habilidad para atribuir estados mentales a otros— encuentra



nuevas lecturas en personas con TEA de alto funcionamiento, quienes demuestran distintos perfiles de competencia social (Fernández, 2018). En este sentido, se valora la diversidad cognitiva, entendida como un recurso para la resolución creativa de problemas. Por último, la neurodiversidad incide en la formación de profesionales, demandando currículos que integren conocimientos teóricos y prácticos bajo esta óptica inclusiva (Arboleda, 2024).

Desde el punto de vista educativo, la neurodiversidad impulsa una pedagogía centrada en el alumno, basada en el aprendizaje significativo y la diferenciación de la enseñanza. Este modelo pedagógico apuesta por entornos de aprendizaje flexibles que contemplen múltiples modos de representación, expresión y compromiso, tal como propone el Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA). Al adoptar estrategias diversificadas —como apoyos visuales, tiempos adicionales y agrupamientos cooperativos— se facilita la participación plena del alumnado neurodivergente sin sacrificar la calidad formativa del resto de la clase (Amador et al., 2021). Además, se promueve la coevaluación y la retroalimentación formativa, reforzando la autoestima y la autoeficacia. En esta línea, la investigación destaca que la implicación activa del estudiante en la construcción de su propio proceso favorece una identidad positiva y un sentido de pertenencia (Arboleda, 2024). A nivel institucional, se sugieren políticas integradoras que incluyan formación continua para el profesorado y protocolos de coordinación con servicios sanitarios y sociales. De este modo, se construyen redes de apoyo que garantizan la coherencia entre los diferentes ámbitos de la vida de la persona. Finalmente, este enfoque educativo sitúa la inclusión como eje transversal, retornando el protagonismo al aprendiz y a sus capacidades únicas.

Por último, la neurodiversidad se apoya en la investigación interdisciplinar para validar y enriquecer sus postulados, combinando aportes de la psicología, la sociología, la educación y las ciencias de la salud. Los estudios empíricos recientes subrayan la necesidad de herramientas de evaluación sensibles a la diversidad cognitiva, que trasciendan las pruebas estandarizadas convencionales (Cruz y Sandín, 2024). En este sentido, las aproximaciones basadas en la teoría de la mente aportan indicadores sobre la competencia social, pero requieren acompañarse de métodos cualitativos que capten las experiencias subjetivas (Fernández, 2018). Asimismo, las investigaciones en Educación Superior muestran que la aplicación de medidas de ajuste razonable se correlaciona con mejoras en la retención académica y la satisfacción personal (Amador et al., 2021). La combinación de análisis cuantitativos y cualitativos —datos estadísticos, entrevistas y grupos focales— favorece una visión holística del fenómeno (Arboleda, 2024). Este paradigma investigativo impulsa la co-creación de conocimiento con las propias personas neurodivergentes, fortaleciendo su empoderamiento. De esta manera, la neurodiversidad se

configura como un campo de estudio vivo y en expansión, cuya riqueza proviene de la interacción entre teoría, práctica y voz de las personas afectadas.

## 4.2 Principios y enfoques inclusivos

Los principios y enfoques inclusivos en el ámbito de la neurodiversidad parten de la convicción de que la diversidad neurológica enriquece cualquier contexto formativo, social y laboral, y no debe ser considerada como una desviación patológica. Al trasponer la jerarquía entre “normalidad” y “desviación”, se apuesta por un paradigma centrado en la persona, donde las diferencias cognitivas y conductuales se entienden como variaciones naturales del cerebro humano (Cruz y Sandín, 2024). Este cambio de mirada implica cuestionar las prácticas escolarizadoras y laborales que aún promueven la homogeneidad, abriendo paso a entornos flexibles y respetuosos. La inclusión se concibe, así como un proceso dinámico, que exige la colaboración activa de profesionales, familias y de los propios neurodivergentes para cocrear espacios accesibles y enriquecedores (González, 2025).

### Principios clave de la inclusión en neurodiversidad

**Accesibilidad universal:** Se trata de diseñar entornos, materiales y metodologías partiendo de la máxima diversidad posible. El Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) propone, por ejemplo, múltiples vías de representación y expresión que benefician tanto a estudiantes con TEA y TDAH como al conjunto de la comunidad educativa (Moreno, 2025). Al anticipar y remover barreras antes de que se materialicen, se garantiza que todas las personas puedan participar desde el inicio, evitando adaptaciones reactivas y estigmatizantes.

**Reconocimiento de la singularidad:** Cada persona neurodivergente presenta un perfil único de fortalezas y necesidades. Reconocer esta singularidad implica flexibilizar el currículo y diseñar itinerarios de aprendizaje personalizados que valoren las formas particulares de procesar información, comunicarse y relacionarse con los demás. Esta práctica refuerza la autoestima y refuta la idea de un “déficit” homogéneo (Arboleda, 2024).

**Eliminación de barreras:** Se identifican y corrigen obstáculos de tres tipos: físicos (diseño del espacio), actitudinales (creencias limitantes) y sociales (prácticas de segregación). La creación de entornos adaptativos, con mobiliario modulable, recursos sensoriales y normas flexibles, promueve la accesibilidad plena y reduce la carga cognitiva innecesaria. La eliminación de

barreras se convierte en acción política y ética para garantizar el derecho a la participación (Martínez, 2025).

**Participación y pertenencia:** La inclusión va más allá de la mera presencia; exige que las personas se sientan valoradas y con voz propia. Fomentar el sentido de pertenencia implica dinámicas colaborativas, coevaluación y espacios de expresión donde los intereses y perspectivas de cada participante moldean la experiencia colectiva. Así se construyen comunidades de aprendizaje más ricas y resilientes (González, 2025).

**Ajustes razonables:** Finalmente, el principio de ajustes razonables reconoce que la equidad no exige uniformidad, sino adaptaciones puntuales que permitan a cada individuo desplegar su potencial. Estos apoyos pueden ser tecnológicos, metodológicos o de organización del tiempo y del espacio, y deben acordarse de manera dialogada para evitar que parezcan castigos o privilegios (Cruz y Sandín, 2024).

### **3.2.1 Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA).**

El DUA constituye una estrategia pedagógica centrada en la flexibilidad curricular, buscando ofrecer múltiples medios de representación, expresión y compromiso para el alumnado. Surge como respuesta a la diversidad de estilos cognitivos, incluyendo aquellos propios de estudiantes con TDAH y TEA, al anticipar barreras y eliminarlas desde el diseño inicial de las actividades (Moreno, 2025). Así, se propone presentar la información de forma visual, auditiva y kinestésica, permitiendo que cada persona acceda al contenido según su perfil de procesamiento. De igual modo, se favorece la generación de productos de aprendizaje diversos—textos, vídeos, infografías—para respetar las formas únicas de expresión (Arboleda, 2024). La implicación activa del estudiante se potencia mediante opciones de participación individual y colaborativa, ajustando los objetivos y ritmos de trabajo. Este enfoque preventivo y proactivo evita las adaptaciones reactivas o estigmatizantes, al tiempo que refuerza la autonomía y la autoeficacia de los aprendices neurodivergentes (Moreno, 2025).

### **3.2.2 Modelo social de la discapacidad**

El modelo social traslada la mirada desde el individuo al entorno, sosteniendo que la discapacidad no reside en las características neurológicas, sino en las barreras sociales, físicas y actitudinales que impiden la plena participación (Cruz y Sandín, 2024). En el contexto educativo, esto implica cuestionar prácticas excluyentes como la segregación por Aulas Específicas o la estandarización

de pruebas sin ajustes razonables. Los profesionales pasan de “arreglar” al alumno a transformar espacios y políticas, promoviendo estructuras inclusivas y colaborativas (Martínez, 2025). Este cambio de paradigma exige un compromiso institucional para garantizar accesibilidad universal: rampas, tecnologías de apoyo, normas de aula flexibles y una cultura de respeto por la diversidad. Al aplicar el modelo social, se fomenta la visibilidad y voz de las personas neurodivergentes en el diseño de sus propios procesos de aprendizaje (González, 2025).

#### **4.2.3 Neuroeducación**

La neuroeducación integra hallazgos de las neurociencias en prácticas y metodologías docentes, proponiendo intervenciones pedagógicas alineadas con la estructura y funcionamiento del cerebro humano (Arboleda, 2024). Esta perspectiva respalda la necesidad de estímulos multisensoriales, períodos de descanso estructurados y entornos que regulen la carga sensorial según las necesidades de cada estudiante con TEA o TDAH. Asimismo, sugiere la utilización de rutinas predecibles y señalización visual para reforzar la memoria de trabajo y la autorregulación emocional. Al comprender la base neuronal de la atención y la motivación, los docentes pueden diseñar tareas graduadas en complejidad y carga cognitiva, favoreciendo el aprendizaje sostenido. La reflexión derivada de la neuroeducación invita a repensar la evaluación, alentando métodos formativos y continuos que capten el progreso real más allá de los exámenes puntuales (Moreno, 2025).

#### **4.2.4 Promoción de la interacción social**

Los enfoques inclusivos destacan la interacción social como eje del desarrollo emocional y cognitivo de las personas neurodivergentes. Más allá de contenidos y adaptaciones, se aboga por diseñar dinámicas cooperativas que faciliten la empatía y el aprendizaje entre pares (González, 2025). Estrategias como grupos heterogéneos, tutorías entre iguales y proyectos colaborativos permiten fortalecer habilidades comunicativas y de resolución de conflictos en contextos naturales. Estos espacios compartidos se complementan con apoyos como mediadores sociales o herramientas de comunicación aumentativa, garantizando que todos puedan participar de manera significativa (Martínez, 2025). Además, la reflexión conjunta sobre emociones y normativas de aula promueve un clima de respeto y responsabilidad compartida. En definitiva, la inclusión social se convierte en práctica intencional, donde la diversidad no solo se acepta, sino que se convierte en motor de aprendizaje conjunto.

## **Sesión 2. Aplicación del modelo biopsicosocial en casos de TDAH, TEA y AACC**

### **4.3 Modelos Teóricos de Atención a la Neurodiversidad**

En el ámbito del trabajo social sanitario, el **modelo biopsicosocial** constituye la piedra angular para comprender la complejidad de la neurodiversidad. Este enfoque sostiene que la salud y el bienestar de las personas neurodivergentes emergen de la interacción dinámica entre factores biológicos (genéticos, neuroquímicos), psicológicos (emocionales, cognitivos) y sociales (familiares, comunitarios). Al adoptar esta perspectiva, el profesional de trabajo social sanitario se sitúa en el epicentro de la intervención interdisciplinar, articulando redes de apoyo entre psicólogos, educadores y agentes sanitarios. La valoración integral que propone este modelo permite identificar no solo condiciones médicas o diagnósticos, sino también barreras sociales y culturales que limitan la inclusión. De este modo, se promueve una intervención holística que combina terapia psicosocial, adaptación de entornos y empoderamiento de la persona, reconociendo su agencia para transformar su realidad (Cruz y Sandín, 2024; Allué, 2013).

El **modelo social de la discapacidad** desplaza el foco desde el déficit individual hacia las barreras estructurales y actitudinales que excluyen a las personas con diferencias neurológicas. Según esta postura, no es la condición neurológica en sí misma la que genera discapacidad, sino la rigidez de los entornos y las normas que no contemplan la diversidad. Para el trabajador social sanitario, este enfoque implica adoptar un rol de defensor de derechos, promoviendo políticas de accesibilidad universal y facilitando la participación plena en todos los ámbitos de la vida. La intervención se centra en revisar prácticas institucionales, eliminar segregaciones y favorecer la co-construcción de soluciones con la persona afectada. Así, se fomenta una ciudadanía activa y se refuerza el principio de autonomía como valor intrínseco de la persona neurodivergente (Cruz Puerto y Sandín, 2024; Plaza, 2021).

La **bioética personalista** aporta el marco ético necesario para guiar la práctica profesional en contextos sanitarios complejos. Este modelo prioriza la dignidad, la autonomía y la inviolabilidad

de la persona, entendiendo que cada intervención con neurodivergentes debe respetar sus valores y decisiones, incluso en situaciones de riesgo o vulnerabilidad. El trabajador social sanitario utiliza este enfoque para mediar en dilemas como la confidencialidad versus el interés protector, o la capacidad de consentimiento en personas con alteraciones cognitivas. Al incorporar principios de beneficencia, no maleficencia y justicia, la bioética personalista refuerza la obligación de diseñar apoyos que potencien la autodeterminación de la persona, evitando paternalismos y promoviendo la corresponsabilidad en el proceso terapéutico (López, 2014; Allué, 2013).

La integración de estos modelos teóricos brinda un enfoque multidimensional para la atención a la neurodiversidad en trabajo social sanitario. Combinando la amplitud del modelo biopsicosocial, la crítica transformadora del modelo social y la solidez ética de la bioética personalista, el profesional se convierte en un agente facilitador de cambios estructurales y personales. Esta convergencia demanda competencias para el análisis de redes sociales, la facilitación de procesos grupales y la creación de entornos inclusivos, así como la capacidad para gestionar tensiones éticas. Asimismo, enfatiza la necesidad de formación continua y de investigación colaborativa con la comunidad neurodivergente, garantizando que las intervenciones respondan a las voces y necesidades reales de las personas (Cruz y Sandín, 2024; Plaza, 2021).

#### **4.4 Legislación y Normativa Vigente sobre Neurodiversidad**

La **Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013)** sienta las bases jurídicas para garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, incluyendo aquellas con condiciones neurodivergentes. Para el trabajador social sanitario, esta norma implica reconocer el derecho al acceso universal a servicios sanitarios y sociales sin discriminación. Debe velar por la aplicación de medidas de accesibilidad física, comunicativa y organizativa en los recursos que gestione, asegurando que los Planes Individuales de Atención incluyan adaptaciones específicas. Asimismo, faculta al profesional para denunciar incumplimientos y promover procedimientos de reclamación cuando se vulneren derechos de las personas neurodivergentes (RDL 1/2013).

El **Real Decreto 193/2023**, que regula las **condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación en el acceso y utilización de bienes y servicios públicos**, refuerza la labor del trabajador social sanitario como agente de supervisión y asesoría. Esta norma extiende la accesibilidad a entornos urbanos, transporte y edificios públicos, obligando a incorporar criterios

de accesibilidad cognitiva, sensorial y de comunicación. En la práctica, el profesional debe colaborar con equipos técnicos para evaluar espacios y proponer ajustes, así como formar al personal de gestión en buenas prácticas inclusivas. Su conocimiento de este Real Decreto le permite influir en el diseño de políticas municipales y autonómicas.

La **Ley 6/2022, de 31 de marzo**, que **refuerza el marco de accesibilidad universal, introduce la accesibilidad cognitiva como derecho fundamental y crea el Centro Español de Accesibilidad Cognitiva**. Para la intervención social sanitaria, esto supone contar con un referente técnico y normativo específico para adaptar información y procedimientos clínicos a personas con TEA, TDAH o dislexia. El trabajador social puede derivar casos al Centro y aplicar sus directrices para elaborar materiales comprensibles, implementar señales visuales y establecer protocolos de cita y comunicación claros. Esta normativa amplía su rol hacia la promoción de la salud cognitiva en ambientes sanitarios.

Los **planes y leyes educativas —la Estrategia Española en TEA**, la normativa de atención temprana y la **LOMLOE**— completan el marco normativo. La Estrategia en TEA marca líneas de acción integradas entre sanidad y servicios sociales para infancia y adolescencia, donde el trabajador social sanitario coordina la evaluación multidisciplinar y la intervención comunitaria. La normativa de atención temprana fija su presencia en equipos interdisciplinares desde el nacimiento hasta los seis años, asegurando detección precoz y apoyo familiar.

La LOMLOE incorpora la atención a la diversidad y las adaptaciones curriculares, legitimando su participación en comités de escolarización y seguimiento de alumnado neurodivergente. Conocer y aplicar este conjunto normativo es esencial para defender derechos, negociar recursos y diseñar intervenciones inclusivas.

### **Plan Integral de Atención Temprana en Andalucía (PIAT-A 2024-2028)**

El PIAT-A, aún en fase de aprobación, tiene como objetivo primordial incrementar en un 25 % la detección precoz de TEA en menores de tres años, de manera que las familias accedan cuanto antes a recursos sanitarios y sociales (Junta de Andalucía, 06/08/2024) Para el trabajador social sanitario esto supone:

- Participar en los equipos de valoración interdisciplinar, aportando el diagnóstico psicosocial y familiar.
- Coordinar la derivación ágil a servicios de logopedia, psicología y apoyo educativo.

- Acompañar a la familia en el proceso de información y tramitación de prestaciones. Gracias al PIAT-A, el profesional refuerza su rol de enlace entre sistema sanitario, servicios sociales y escuela, garantizando un abordaje global de la neurodivergencia desde los primeros meses de vida.

### **Proceso Asistencial Integrado (PAI) de TEA**

El PAI de Trastornos del Espectro Autista articula la atención pública andaluza en todas sus fases: detección, diagnóstico, intervención y seguimiento, incluyendo protocolos clínicos y sociales estandarizados (Junta de Andalucía, s.f.) El trabajador social sanitario:

- Emite informes sociales imprescindibles para confirmar la valoración multidimensional.
- Facilita la inclusión de criterios de accesibilidad cognitiva en los centros de salud y educación.
- Monitorea la continuidad asistencial, evitando “pérdidas” de niños entre los distintos servicios.

Este PAI consolida un itinerario coordinado que sitúa al trabajador social como gestor de recursos y defensor de derechos en cada fase del recorrido asistencial.

### **Imperativos educativos y sanitarios autonómicos**

En el ámbito educativo, la Consejería de Educación de Andalucía ofrece manuales de buenas prácticas y un Plan de Atención al Alumnado con Necesidades Específicas (incluyendo TEA) que obliga a las escuelas a implementar apoyos y adaptaciones curriculares (Junta de Andalucía, 2008).Simultáneamente, la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía y los conciertos sociales regulan la financiación de plazas de atención temprana y recursos residenciales. El trabajador social sanitario:

- Participa en los equipos de orientación educativa, definiendo medidas de apoyo y ajustes razonables.
- Asesora a los centros sobre accesibilidad física y cognitiva, siguiendo el principio de equidad.
- Gestiona las ayudas y subvenciones vinculadas a la escolarización inclusiva y a los programas de atención temprana.



**Marcos nacionales.** A nivel estatal, la Estrategia Española en TEA —aprobada en 2021— y la normativa LOMLOE 2020 confirman la inclusión educativa como derecho, estableciendo planes de formación para profesores y protocolos de derivación a servicios sociales y sanitarios. La LOMLOE refuerza la presencia del trabajador social en los órganos de coordinación educativa y prioriza la elaboración de Adaptaciones Curriculares Individualizadas (ACI). El profesional debe:

- Servir de puente entre familia y escuela para diseñar y seguir las ACI.
- Facilitar el acceso a prestaciones por dependencia y recursos comunitarios.
- Asegurar la coherencia con la Ley General de Discapacidad (RDL 1/2013) y la accesibilidad cognitiva (Ley 6/2022).  
Estos marcos nacionales afianzan su responsabilidad como mediador, gestor de casos y garante de los derechos —sociales, educativos y sanitarios— de las personas neurodivergentes en todo el territorio.

## 5. Necesidades específicas de TDAH, AACC y TEA.

### 5.1 Necesidades específicas del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. (TDAH)

#### 1. Necesidades sanitarias (diagnóstico, tratamiento médico/psicológico, seguimiento).

El **diagnóstico temprano y multidimensional** es fundamental para definir rutas terapéuticas precisas en personas con TDAH, TEA y otros perfiles neurodivergentes. Es clave realizar cribados en Atención Primaria mediante entrevistas clínicas estructuradas y escalas estandarizadas, considerando siempre la situación personal del paciente para evitar sesgos. La identificación debe contemplar la diversidad de manifestaciones y no limitarse a un único perfil diagnóstico. (Reviriego et al., 2021; Murciano, 2023; Romaní et al., 2023).

Como se ha comentado en el apartado anterior, en los **tratamientos médicos** el TDAH se gestiona un modelo de atención escalonada basado el uso de psicoestimulantes como el de medicación no estimulante. Ostinelli (2024) realizó un metaanálisis, con más de 14.800 participantes y afirmó que la eficacia clínica está demostrada, pero hay carencias en investigación sobre las guías personalizadas, dejando a muchos pacientes sin una cobertura adecuada.

**Las intervenciones psicológicas** son esenciales, destacando la terapia cognitivo conductual es la que refleja unos mayores niveles de efectividad. (López et al., 2019).

El seguimiento sanitario es necesario, implicando revisiones clínicas continuadas al menos cada 6-12 meses, para ajustar la medicación, reevaluar comorbilidades y actualizar planes psicosociales y educativos.

Los déficits del sistema sanitario son estructurales en dar una respuesta a las necesidades de la población neurodivergente. El informe OSTEBA (2021) alerta sobre la carencia formativa en esta especialidad en el ámbito sanitario, en detección precoz, con una escasa adaptación de los servicios y la ausencia de protocolos consensuados. También es necesario para la realización de esta atención tener en cuenta el contexto geográfico y cultural del paciente, al igual que el sesgo por género y el diagnóstico tardío en personas adultas. En el caso del TDAH, Blasco (2025) alerta sobre el aumento del 1700% en hospitalizaciones de adolescentes en la última década, y Takeda (2024) cuantifica el coste económico de esta condición en más de 15.000 euros por adulto, subrayando la urgente necesidad de configurar un modelo de atención integral y coordinado. (Blasco, 2025; OSTEBA, 2021; Takeda, 2024).

## **2. Necesidades educativas (apoyo, adaptaciones metodológicas).**

La escolarización del alumnado con TDAH plantea unos desafíos complejos que exigen una atención personalizada y estructurada, basada en un seguimiento y redefinición adaptativa hasta lograr la integración del estudiante en el medio escolar. No basta con tener un diagnóstico clínico, sino es necesario analizar como se manifiesta de manera específica el trastorno (inatención, impulsividad e hiperactividad), interfiriendo en procesos de aprendizaje, participación y comportamiento en el aula. El realizar de una manera adecuada un análisis funcional permite diseñar planes individualizados y estrategias centradas en el refuerzo positivo, la anticipación y la autorregulación (Ramírez et al, 2019).

Desde una perspectiva metodológica o curricular, el alumno con TDAH necesita **adaptaciones que reduzcan la sobrecarga cognitiva y mejoren la focalización atencional**. Estas medidas incluyen **instrucciones breves y concretas, uso de agendas visuales, segmentación de tareas, tiempos adicionales en evaluaciones y entrega de contenidos por medios multisensoriales**. El objetivo que se persigue, no es que se merme el contenido curricular, sino que se eliminen las barreras que dificultan la ejecución. Las estrategias deben incorporarse de manera coherente y sistemática con las que realiza el grupo o clase, para evitar la estigmatización

y promover un entorno inclusivo y equitativo que permita la participación del alumno (Faraone et al., 2021).

Es importante el desarrollo de estructura del entrenamiento de **funciones ejecutivas**. Las principales que se debe analizar para poder estructurar una propuesta personalizada son, organización de la planificación, como razona la toma de decisiones, tipo de respuestas de inhibición ante conductas automáticas, y como regular el manejo del estrés. Todas ellas deberían integrarse en el aprendizaje del proceso lectivo porque mejorará el rendimiento escolar del alumno. Según Rodríguez et al. (2025) la eficacia del proceso de enseñanza aprendizaje aumentará si se combinan técnicas de metacognición y se utilizan herramientas digitales interactivas. Teniendo en cuenta que el alumno forme parte activa de sus propios progresos y se mejore la transparencia de aplicación en el día a día en el aula (Ramírez et al., 2019).

### **3. Necesidades sociales (aceptación, inclusión, participación comunitaria).**

La atención del TDAH desde la dimensión social constituye uno de los ámbitos más vulnerables y desatendidos en los procesos de atención integral.

Las dificultades para poder interpretar las claves sociales, mantener atención durante las conversaciones o controlar impulsos y respuestas emocionales, afecta de manera directa a la aceptación de los menores y jóvenes con TDAH, por parte de sus iguales. La falta de aceptación, deriva en experiencias tempranas al rechazo, aislamiento o victimización, especialmente en contextos educativos o de ocio no supervisado. Por eso, es imprescindible configurar acciones de sensibilización comunitaria y prevención del estigma desde edades tempranas (Arraya et al., 2020).

En los adultos, la situación se intensifica, porque no son colectivos que hayan sido diagnosticados en su juventud, ni han recibido apoyo para poder afrontar las situaciones vitales dentro de su crecimiento personal. Todo esto se materializa en incomprensión de síntomas, en carencia de ajustes razonables en los puestos de trabajo, generando altas tasas de desempleo, rotación laboral y estrés crónico. Las acciones de orientación laboral, la sensibilización empresarial y adecuación del entorno de trabajo son imprescindibles para poder garantizar una inclusión real y participativa del colectivo (Takeda, 2024).

**La acumulación de patrones** en etapas vitales anteriores, índice en la participación comunitaria de personas adultas con TDAH. Las dificultades para planificarse, el cansancio mental o la impulsividad no gestionada pueden obstaculizar la permanencia en actividades grupales o espacios de ocio estructurados. Esto, suele derivar a una negativa autopercepción y al aislamiento social, afectando a la salud mental y el desarrollo personal.

Por ello, espacios adaptados a las necesidades cognitivas y sensoriales, permitirán su inclusión, basando la misma en sus fortalezas, en no presionar para establecer relaciones significativas, sino conformando como base, esos espacios ajustados a los modelos neurotípicos (Blasco, 2025; Romaní et al., 2023).

**La aceptación social** también se relaciona con la imagen pública del diagnóstico, que, en la mayoría de los casos, se encuentra cargada de prejuicios y estigmas. La representación en los medios de comunicación como un problema de comportamiento o una disfunción moral, ha favorecido el etiquetado negativo y la culpabilización familiar. En un menor, esta narrativa impacta de manera muy complicada en su desarrollo.

Desde el Trabajo Social Sanitario, es necesario promover un cambio discursivo, promocionando campañas de información veraz, propiciando alianzas con entidades comunitarias y escolares para fomentar la neurodiversidad como un valor social (Arraya et al., 2020; Rodríguez et al., 2025).

#### **4. Necesidades emocionales y familiares (apoyo psicosocial, orientación a familias).**

Las importantes implicaciones en la esfera emocional tanto de niños como adultos deben ser atendidas más allá de un abordaje clínico.

Los niños y adolescentes presentan dificultades de regulación emocional como respuestas desproporcionadas, frustración ante el error y baja tolerancia a la espera o a la frustración. Esta desregulación deriva en síntomas como ansiedad, tristeza o conductas disruptivas, sobre todo en contextos que no comprenden su funcionamiento neurológico. Por lo tanto, es necesario trabajar estrategias de autorregulación, autoconocimiento y autoestima (Ramírez et al, 2019).

**El apoyo psicosocial individual y grupal** permite que el alumno con TDAH se desarrolle saludablemente. Esto se logra mediante la integración de programas de habilidades sociales, manejo de la impulsividad, manejo del estrés y el desarrollo de la empatía, para propiciar mejores

relaciones entre iguales. Las dinámicas breves, visuales y de refuerzo positivo inmediato propician que el alumno pueda adaptarse de manera individual a los espacios, de manera grupal, trabajar de manera dirigida con iguales genera una rápida identificación positiva y sentimientos de pertenencia (Ramírez et al., 2019; Rodríguez et al., 2025).

El adulto traduce esas necesidades emocionales en historias personales marcadas por autocrítica, el fracaso percibido y la desregulación afectiva. Muchos no entienden porque es tan complicado solucionar situaciones que se perpetúan en el tiempo, la gestión de tareas, la estabilidad emocional, la ansiedad, la depresión o los trastornos del sueño. Es necesario ayudar a que puedan reconfigurar la autoimagen y que promueva la autocompasión y el cuidado a través de apoyo psicológico especializado, con enfoque psicoeducativo (Ostinelli, 2024; Macías, 2023).

**Las familias con menores** a cargo suelen enfrentar sentimientos de sobrecarga, frustración, culpa o incertidumbre frente al diagnóstico, el comportamiento de sus hijos y las respuestas institucionales. En muchos casos presentan serias dificultades de convivencia cotidiana. La orientación sistemática a las familias, desde la perspectiva sanitaria y educativa, es indispensable, y se puede lograr a través de programas de parentalidad positiva, entrenamientos en el manejo conductual y guías prácticas contextualizadas, además de una adecuada coordinación institucional para acompañar el proceso de intervención (Romaní et al., 2023; Gómez, 2022). Los programas permiten a los padres y cuidadores aprender estrategias coercitivas, anticiparse en las reacciones, establecer límites coherentes, a configurar espacios de redes de apoyo, con la finalidad de reducir ese aislamiento. Los servicios de respiro familiar, los grupos de ayuda mutua y las escuelas de verano inclusiva son herramientas eficaces para lograr ese equilibrio familiar (Martinhago et al., 2019; Ramírez et al., 2019).

**Los desafíos en el ámbito familiar** de personas adultas con TDAH son más específicos. Al ser padres o madres que deben gestionar sus síntomas y las demandas familiares, suelen generarse cargas emocionales desproporcionadas, dificultades en la organización doméstica o conflictos conyugales. Cuando no hay un diagnóstico claro y una red de apoyo adecuada pueden incrementarse exponencialmente los niveles de estrés parental y la transmisión intergeneracional de los patrones disfuncionales.

Los adultos sin red de apoyo familiar o en situación de vulnerabilidad social presentan un perfil de alto riesgo de cronificación emocional y exclusión estructural. Aquellos que han atravesado procesos institucionales, adicciones, desempleo prolongado o rupturas relacionales, requieren intervenciones comunitarias intensivas, individualizadas y sostenidas (Romaní et al., 2023).

Desde los servicios del Trabajo Social Sanitario se deben diseñar programas de acompañamiento familiar que incluyan a adultos con TDAH como cuidadores, ofreciéndoles estrategias para que logren un equilibrio emocional, puedan realizar planificaciones en el día a día, y lograr un fortalecimiento en los vínculos familiares. También se pueden implementar redes de soporte emocional, programas de mentoría entre iguales y estrategias de intervención psicosocial en red, en salud mental comunitaria, atención primaria o servicios de inclusión activa (Romaní et al., 2023; Rodríguez et al., 2025). En la siguiente tabla se recogen las necesidades específicas de las personas con TDAH.

**Tabla 2. Necesidades de personas con TDAH.**

Ámbito	Necesidad	Manifestación / Ejemplo de respuesta profesional
Sanitarias	Diagnóstico precoz, integral y libre de sesgos	Cribado sistemático en AP y derivación a equipos multidisciplinares que combinen entrevistas clínicas, escalas estandarizadas y evaluación funcional diferenciada por sexo y ciclo vital. (Lopez et al., 2023) (Young et al., 2020)
	Tratamiento médico optimizado	Uso escalonado de psicoestimulantes o no-estimulantes ajustados a peso, comorbilidades y preferencias; control cardiovascular y metabólico anual. (González et al., 2018)
	Intervención psicológica basada en evidencia	Programas cognitivo-conductuales modulares (psicoeducación, entrenamiento en funciones ejecutivas, regulación emocional) combinados con terapia familiar. (Rodríguez et al., 2025); (Aravena et al., 2025)

	Seguimiento longitudinal y coordinación interservicios	Revisión clínica cada 6–12 meses para ajustar fármacos, reevaluar deterioro funcional y actualizar el plan psicosocial/educativo. (Ramírez et al., 2019)
Educativas	Apoyos personales especializados	Docente de Pedagogía Terapéutica o monitor de apoyo en aula; tutorías semanales centradas en organización y autorregulación. (Ramírez et al., 2019)
	Adaptaciones metodológicas y de evaluación	Desdobles de tareas, consignas breves, uso de agendas visuales, tiempos extra y exámenes fraccionados; retroalimentación inmediata. (Faraone et al., 2021)
	Programas para funciones ejecutivas	Talleres de entrenamiento en planificación, gestión del tiempo y autocontrol integrados en el currículo. (Rodríguez et al, 2025)
Sociales	Aceptación y sensibilización comunitaria	Campañas escolares y vecinales de neurodiversidad; formación a monitores de ocio y deporte. (Arraya et al. 2020)
	Inclusión y accesibilidad en actividades	Diseño de actividades culturales/deportivas con apoyos cognitivos, grupos reducidos y ajustes de normas. (Ramírez et al., 2019)
	Participación ciudadana y defensa de derechos	Acompañamiento social para la obtención de adaptaciones laborales y el acceso a prestaciones (López et al., 2023)
Emocionales y familiares	Apoyo psicosocial individual y grupal	Intervenciones en regulación emocional, prevención de ansiedad/depresión y grupos de iguales. (Ramírez et al., 2019)
	Orientación y entrenamiento parental	Programas de parentalidad positiva y manejo conductual; guías prácticas y video-modelado para familias. (Gómez, 2022)

	Redes de ayuda mutua y respiro familiar	Grupos de apoyo, servicios de respiro de fin de semana y escuelas de verano inclusivas. (Martinhago et al., 2019)
--	---	---

Nota: Elaboración propia.

## 5.2 Necesidades específicas del Trastorno de Espectro Autista. (TEA).

### 1. Necesidades sanitarias (diagnóstico, tratamiento médico /psicológico, seguimiento).

La realización de un diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista necesita ser realizado en base a una aproximación especializada y de manera integral. Es necesario que esté libre de sesgos, tanto en adultos como en menores.

En menores, el cribado suele hacerse a partir de los 18 meses con instrumentos como M-CHAT/F, aunque el diagnóstico más fiable se consolida entre los 24 y los 36 meses.

La evaluación se realiza por un equipo multidisciplinar y combina entrevistas estructuradas con los cuidadores (AD-R), observaciones clínicas directas utilizando el ADOS-2, y se analiza el desarrollo de comunicación, interacción social y conductual del menor.

En el caso de adultos, el proceso de diagnóstico es más complejo y tardío, debido a la ausencia de instrumentos estandarizados sensibles a perfiles compensados o enmascarados, sobre todo en mujeres, lo que está provocando un infradiagnóstico y un acceso tardío a los recursos que les son necesarios (Reviriego et al., 2021; CDC, 2023).

Respecto al tratamiento médico, actualmente no hay un abordaje farmacológico curativo para el TEA. El facultativo prescribirá los fármacos que estime oportuno de manera controlada, siendo los cuadros clínicos irritabilidad severa, insomnio o comorbilidades. Las prescripciones médicas necesitan de un seguimiento periódico para controlar su eficacia y evitar riesgos adversos, especialmente metabólicos y cardiovasculares. En los adultos, esta necesidad se intensifica, porque suelen coexistir trastornos ansiosos- depresivos o se automedican. Los procesos de transición a la vida autónoma, la salud sexual y reproductiva, el acceso a la red de salud mental y la prevención del deterioro funcional. Por lo tanto, las prescripciones deben estar controladas y acompañadas de seguimiento interdisciplinar, para evitar el tratamiento fragmentado, sobre todo en TEA no verbal o con altos niveles de dependencia (AEP, 2023; Ministerio de Sanidad, 2022).



De la misma forma que se ha expuesto con el perfil de TDAH, se reflejan las mismas carencias de atención estructural sanitaria a personas con TEA. Tanto el informe OSTEBA (2021) como el análisis del Centro Español sobre el Trastorno Autista (2023), ambos coinciden en afirmar que no hay formación específica del personal sanitario para la atención a las personas con TEA. Tampoco se han acondicionado los espacios asistenciales para la atención (bajada de luces y ruidos fuertes, facilitación de las explicaciones por imágenes), tampoco hay protocolos consensuados para desarrollar atenciones coordinadas ni integrales. El espacio de adultos carece de ni unidades especializadas. Estos déficits generan barreras de acceso, diagnósticos erróneos o tardíos y atención fragmentada, especialmente en mujeres, personas rurales o perfiles con discapacidad intelectual asociada (Centro Español TEA, 2023) (OSTEBA, 2021).

## **2. Necesidades educativas (apoyos, adaptaciones metodológicas).**

La escolarización del alumnado con TEA requiere una atención personalizada y ajustada las necesidades específicas del individuo. Las dificultades que puede presentar (no en todos los casos, por ello es un espectro) pueden ser dificultades en la comunicación funcional, flexibilidad cognitiva y como proporcionarles espacios o momentos de autoregulación sensorial y/o emocional, siendo obligatorio reestructurar los modelos de atención, desarrollo y contenido de la metodología didáctica para lograr una equidad en el proceso educativo del alumno.

En la etapa infantil es necesaria la presencia de docentes especializados (PT, AL) y monitores de apoyo que comprendan y sepan trabajar con el funcionamiento del espectro y puedan adaptar dinámicamente los contenidos y rutinas. Las estrategias deben priorizar la anticipación, la rutina predecible, explicada, estructurada en el tiempo y el espacio, el uso de materiales visuales como agendas pictográficas, horarios secuenciales y claves de transición (MEFP, 2019) (Junta de Castilla y León, 2020).

El modelo TEACCH se consolida como una de las intervenciones educativas, basado en adaptaciones metodológicas, más eficaces. Este enfoque organiza el aula en zonas delimitadas de trabajo, utilizan materiales estructurados y estimula la autonomía del alumno mediante el uso de instrucciones visuales.

Esta metodología debe desarrollarse de manera concreta, literal y secuencial. Se deben evitar ambigüedades lingüísticas o sobrecargas sensoriales. La evaluación se realiza en base al desarrollo competencial, adaptando su formato de manera visual, oral o de carácter manipulativo,

también en tiempo y modo de respuesta. Los criterios de evaluación se definen en base al desempeño funcional de destrezas y/o habilidades, no exclusivamente al rendimiento de contenido académico.

Además, el uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación como (PECS o CAA) es fundamental para aquellos estudiantes no verbales o con lenguaje limitado facilitarán su comunicación en el aula y la expresión de sus necesidades y emociones, fomentando la participación activa en el aula (AEP, 2023; MEFP, 2019).

En los institutos de secundaria y Formación Profesional, el alumnado con TEA necesita la configuración de unos itinerarios formativos flexibles, con contenidos contextualizados, objetivos funcionales y estrategias de seguimiento tutorial intensivo. La inclusión no puede configurarse como una mera presencia física en el aula, sino que debe garantizar aprendizajes significativos ajustados a la singularidad cognitiva, sensorial y social del estudiante. Las actividades en grupo y de cooperación tienen que planificarse teniendo en cuenta los apoyos explícitos en habilidades sociales, normas del grupo y como llevar a cabo una adecuada gestión emocional. El aula de clase debe contemplar que haya tiempos de regulación emocional o espacios de descanso sensorial. Saber llevar a cabo técnicas de desescalada ante crisis o sobrecarga sensitiva (Reviriego et al., 2021; Hernández et al., 2021).

En la adultez, no desaparecen las necesidades educativas, sino que se transforman en procesos de formación para la vida autónoma, inclusión laboral y participación social. Muchas personas con TEA no acceden a los circuitos normalizados educativos porque hay una absoluta carencia de adaptaciones en el aula y el proceso formativo, basado en rigidez normativa. Por lo tanto, es necesario desarrollar programas de formación profesional adaptada, itinerarios modulares con apoyos personalizados, y capacitación en habilidades de la vida diaria. Asimismo, deben garantizarse ajustes razonables para el acceso a titulaciones regladas, como itinerarios personalizados, materiales adaptados, tener en cuenta las características y el procesamiento cognitivo del alumnado, tiempos adicionales, y tutores académicos formados en atención a la diversidad. Las universidades también deben adaptarse mediante unidades de apoyo a la diversidad funcional con perspectiva neurodivergente (Centro Español TEA, 2023; Reviriego et al, 2021).

La coordinación entre centros educativos, sanitarios y sociales es imprescindible para garantizar la continuidad y la reevaluación constante de los itinerarios de acompañamiento personalizados a lo largo de todo el ciclo escolar.

### **3. Necesidades sociales (aceptación, inclusión, participación comunitaria).**

A nivel social, el perfil estereotipado de una persona con TEA se basa en el desconocimiento y el capacitismo estructural.

En la infancia y adolescencia, la carencia de comprensión que existen diversas formas de comunicar, además de diferencias comunicativas, sensoriales o conductuales por parte del grupo de iguales, puede generar situaciones de aislamiento social, bullying o exclusión escolar.

Las dificultades de reciprocidad social no deben interpretarse como falta de interés, sino como una forma distinta de vinculación, que requiere mediaciones específicas.

Por tanto, no podemos dejar de mano la coordinación con los centros escolares, porque a través de ellos, de los programas sistemáticos de sensibilización donde se trabaje la empatía, la diversidad, la conciencia positiva, la inteligencia emocional, permitirá que se haga patente la perspectiva de inclusión que recoge la normativa educativa, social y de derechos fundamentales (MEFP, 2019; Reviriego et al., 2021).

En la adolescencia, cuando aumenta la conciencia de pertenencia social y la presión por formar parte de un grupo de iguales, la sensación de exclusión se dispara. Muchos jóvenes con TEA desean y necesitan sentirse integrado, pero no cuentan con las mismas oportunidades. Los apoyos que necesitan para poder participar en actividades sociales no se operativizan por parte de la sociedad. Para responder a esta necesidad, es necesario tomar conciencia a nivel comunitario y plasmarlo en una adecuada planificación para garantizar que se creen entornos accesibles a diferentes desarrollos cognitivos. Que exista una conciencia materializada a nivel formativo en materia de neurodiversidad, además de desarrollar dinámicas grupales con sus ajustes adecuados para que se de esta integración. El acceso al ocio, no es un extra, sino un derecho fundamental para poder desarrollar la identidad, la autoestima y la autonomía relacional (Junta de Castilla y León, 2020; AEP, 2023).

En la adultez, los desafíos aumentan. Muchas personas con TEA, que no recibieron un diagnóstico, ni apoyo en la infancia o que se diagnosticaron de manera tardía, relatan que sus trayectorias vitales están marcadas por la soledad involuntaria, la exclusión del empleo y la invisibilización en la vida comunitaria. La hipersensibilidad sensorial, las comunicaciones

desarrolladas en la literalidad o la necesidad de rutinas no se comprenden en los espacios sociales convencionales, esto acarrea un retraimiento o intentos de sobreadaptación que resultan tremendamente perjudiciales.

El crear espacios sociales neuroaccesibles, la inclusión en la figura del facilitador social y el diseño de programas culturales y formativos específicos son estrategias que propiciarán una participación comunitaria digna y sostenible en el tiempo (Centro Español TEA, 2023; Romaní et al. 2023).

Otro factor muy crítico es la transición a la vida adulta, porque esta etapa carece de una estructura sólida para las personas con TEA. El paso desde el mundo educativo al laboral, y a la comunidad se produce, sin un plan individualizado de apoyo, generando el abandono de estudios, desempleo o institucionalización. Por ello, se requiere implementar itinerarios personalizados que contemplen orientación vocacional, formación profesional adaptada, empleo con apoyo y acompañamiento psicosocial.

Asimismo, la participación ciudadana debe garantizarse desde una perspectiva de derechos a través del acceso a asociaciones de atención específica, procesos participativos en la cultura el deporte y la vida política sin paternalismos y con equidad (Reviriego et al., 2021; Massani, 2018).

#### **4. Necesidades emocionales y familiares (apoyo psicosocial, orientación a familias)**

Las necesidades emocionales específicas de personas con Trastorno del Espectro Autista deben analizarse de manera integral donde se vea reflejada las singularidades sensitivas, relacionales y afectivas.

En el periodo de la infancia y adolescencia, se observa una gran dificultad en identificar, comprensión y expresión emocional. La sensibilidad sensorial junto a la rigidez cognitiva, genera grandes retos de trabajo, porque sus intentos comunicativos suelen desembocar en aumentos de ansiedad, sensación de frustración ante la no consecución y por ende, una desregulación enfocada en respuestas conductuales intensas.

La expresión emocional normalmente no es visible o no puede verbalizarse, por lo que es percibida de manera incorrecta por el resto de personas como una mala conducta, en lugar de interpretarse como una expresión de malestar. Por lo tanto, es importante planificar intervenciones psicoeducativas para trabajar el reconocimiento de las emociones, la regulación sensorial en momentos de pérdida de control y el desarrollo de la autocomprensión de lo que está sucediendo en los momentos de crisis (Reviriego et al., 2021; AEP, 2023).

Sí estas necesidades no son trabajadas podrá dar lugar a otro tipo de trastornos como el de ansiedad, la depresión o que se desarrolle en el individuo un escalamiento del aislamiento social. En las personas autistas con mayor funcionalidad verbal, es muy recomendable la integración de propuestas semanales de terapia cognitivo conductual adaptada, así como la participación en grupos para trabajar las habilidades sociales y de autoestima emocional.

Es necesario el establecimiento de centros de día de carácter público o concertado, coordinado con los servicios de Trabajo Social Sanitario, para implementar recursos que posibiliten a los pacientes la adquisición de habilidades a través de la terapia ocupacional adaptada, que cuente con el apoyo y acompañamiento de la familia. (Reviriego et al., 2021; Hernández et al., 2021).

Se ha hablado poco de la familia en este apartado, pero suelen experimentar un fuerte impacto emocional en el momento del diagnóstico, que acompañan normalmente de incertidumbre, sobrecarga, culpa y ansiedad ante el futuro. Esta vivencia se acentúa cuando a nivel institucional no hay apoyos, o son fragmentarios, especialmente en zonas rurales o contextos de precariedad económica. Por lo tanto, es necesario orientar a las familias e incluir programas sistemáticos de formación, apoyo emocional y asesoramiento psicosocial, donde se puedan trabajar estrategias de manejo conductual, aprendizaje de comunicación aumentativa, regulación del entorno, y ante todo, autocuidado del cuidador principal.

Se debe trabajar en crear espacios de validación emocional y redes de apoyo mutuo, donde las familias compartan experiencias, construyan alianzas y disminuyan el aislamiento (MEFP, 2019; AEP, 2023).

En la adultez, manifiestan trayectorias vitales que se han marcado por la incompreensión emocional, la sensación de sentirse diferentes y el deterioro del autoconcepto personal. Estas situaciones, si no se han acompañado con intervenciones adecuadas, puede derivar en procesos de retraimiento, conductas autolesivas y burnout social. A nivel familiar, este impacto se mantiene, porque los padres, ya envejecidos, siguen manteniendo un constante cuidado del hijo/a, o adultos con TEA que ejercen de padres sin ningún acompañamiento previo. Es imprescindible desarrollar programas de atención específica al adulto con TEA y su entorno familiar, proporcionándoles apoyos continuados, orientación sobre los recursos, formación en autonomía y acompañamiento emocional ante los retos de adultez (Centro Español TEA, 2023; Romaní et al., 2023).

Desde la perspectiva del Trabajador Social Sanitario, la intervención en esta área debe basarse en el modelo de caso, el trabajo con grupos familiares y el fortalecimiento de redes territoriales. La perspectiva neurodivergente exige superar enfoques paternalistas, promoviendo la autonomía y la participación activa en sus tomas de decisiones personales. En la tabla 3 se recogen las necesidades específicas de las personas con TEA.

**Tabla 3.**

***Necesidades de personas con TEA.***

Ámbito	Necesidad	Manifestación / Ejemplo de respuesta profesional
Sanitarias	Diagnóstico precoz y multidisciplinar	Cribado a los 18–24 m (M-CHAT/F) y evaluación exhaustiva con ADOS-2 + ADI-R por neuropsiquiatría, psiquiatría infantil y psicología clínica; estudio genético si procede (Reviriego et al., 2021).
	Tratamiento médico sintomático	Risperidona / aripiprazol para irritabilidad grave; melatonina en insomnio; estimulantes solo si coexiste TDAH (AEP, 2023).
	Intervención psicoeducativa intensiva	Programas basados en ABA, Denver o PACT ≥ 20 h/semana antes de los 4 años; objetivos individualizados y participación familiar activa (AEP, 2023).
	Seguimiento integral	Revisión semestral del plan terapéutico, comorbilidades (epilepsia, ansiedad) y ajustes de fármacos/intervenciones por equipo hospital-escuela-familia (Reviriego et al., 2021).
Educativas	Apoyos personales y metodológicos	Docente PT/AL, monitor de apoyo, agendas visuales, anticipación de cambios, comunicación aumentativa (PECS, CAA) (MEFP, 2019).
	Estructuración ambiental (TEACCH)	Organización física del aula, trabajo por estaciones, apoyos visuales, rutinas predecibles y materiales estructurados (Junta CyL, 2020).
	Programas de habilidades sociales	Grupos guiados para teoría de la mente, gestión emocional y conversación; coordinación con familia para generalización (AEP, 2023).

<b>Sociales</b>	<b>Aceptación y sensibilización comunitaria</b>	Formación de alumnado y profesionales en neurodiversidad; campañas locales de accesibilidad cognitiva (MEFP, 2019).
	<b>Participación comunitaria inclusiva</b>	Ocio y deporte adaptados con monitores formados; pictogramas en espacios públicos; actividades culturales accesibles (Junta CyL, 2020).
	<b>Inserción laboral protegida/ apoyada</b>	Itinerarios de transición a la vida adulta, FP con apoyos, empleo con entrenador laboral y ajustes razonables (Reviriego et al., 2021).
<b>Emocionales y familiares</b>	<b>Psicoeducación y entrenamiento parental</b>	Programas de manejo conductual, comunicación aumentativa y prevención del estrés; guías y videomodelado (AEP, 2023).
	<b>Apoyo psicológico individual</b>	TCC adaptada para ansiedad y regulación sensorial; terapia ocupacional con integración sensorial (Reviriego et al., 2021).
	<b>Grupos de ayuda mutua/ respiro familiar</b>	Redes de padres, servicios de respiro y escuelas de verano especializadas; orientación sobre recursos y prestaciones (MEFP, 2019).

Nota: Elaboración propia

### 5.3 Necesidades específicas de las Altas Capacidades (AACC).

#### 1. Necesidades sanitarias (diagnóstico, tratamiento médico/psicológico, seguimiento).

Esta neurodiversidad, al igual que las anteriores, no está exenta de dificultades, a pesar de la visión estereotipada que la define como una “virtuosidad por encima de la media”. Este complejo proceso de diagnóstico debe trascender más allá de unas pruebas de cociente intelectual. La identificación debe conformar el enfoque desde diversas dimensiones como la cognitiva, emocional, creativa y motivacional, no dejando de lado el análisis contextual concreto.

En el periodo de la infancia, el detectar precozmente la alta capacidad es fundamental para poder evitar el infradesempeño, la desmotivación y la aparición de sintomatología secundaria como la ansiedad, conductas disruptivas y retraimiento social. Las pruebas estandarizadas como el WISC-V, o RIAS-2, la observación contextualizada y el juicio de un experto clínico, deben ser

combinados con entrevistas con los familiares, y docentes. También es necesario que realicen escalas de motivación y registros escolares, siguiendo un enfoque dinámico, no delimitado de manera categorial ni excluyente (Reviriego et al., 2021; Macías, 2023).

Desde la perspectiva clínica y educativa, se suele observar que los diagnósticos se están dando de manera tardía y e inexistente, sobre todo en niñas, alumnos con una doble excepcionalidad, estudiantes con un bajo rendimiento académico o que provengan de zonas socialmente excluidas. Toda esta invisibilización tiene consecuencias directas con la salud mental y emocional, pudiendo desarrollarse episodios de ansiedad, o derivarse dada la falta de atención en trastornos depresivos, propiciando un mayor aislamiento social. El imprescindible tener en cuenta a las personas con AACC como perfiles de pacientes con necesidades específicas de atención psicológica (Macías, 2023) (Gómez et al., 2020).

A pesar de que las AACC no constituyen una condición médica, muchas personas con el perfil necesitan intervención psicológica específica para poder afrontar situaciones de desajuste, entre las capacidades cognitivas que poseen y los entornos donde conviven, ya sea la familia, entorno escolar o trabajos. La alta percepción sensitiva y emocional, el pensamiento veloz, complejo y profundo sumado perfeccionismo y la baja tolerancia a la frustración son características que mal gestionadas generan un alto sufrimiento mental y genera en el individuo disfuncionalidades adaptativas.

La psicoterapia de este colectivo debe proyectarse en pautas que ayuden a la autoregulación emocional, estimular el aprendizaje de destrezas y habilidades que ayuden en la gestión del estrés, configurar estructuras de fomento de la inteligencia emocional u autoaceptación de ser diferente (Rodríguez et al., 2025; Reviriego et al., 2021).

El seguimiento sanitario de personas con AACC no está protocolizado, porque es visto socialmente como un perfil que posee un “don” y que no tiene necesidad de ayudas, por lo que no se da un acompañamiento ni seguimiento de los casos.

Debemos configurar modelos de seguimiento intersectorial donde los profesionales de salud mental infanto-juvenil, pediatría, psicología clínica y trabajo social sanitario puedan coordinarse con el ámbito educativo y en la familia, especialmente en los casos con comorbilidad o doble excepcionalidad. El seguimiento debe incluir evaluaciones periódicas de bienestar emocional, propuestas de reajuste social, valoración del rendimiento académico y dificultades en el aula, y



la satisfacción vital como indicadores de una buena salud subjetiva (Gómez et al., 2020; Macías, 2023).

En el periodo adulto, las personas no identificadas en la infancia o atendidas específicamente en las etapas previas, suelen manifestar síntomas psicológicos acumulados, como pueden ser los trastornos de ansiedad, crisis asistenciales, agotamiento mental e inadaptación social. Muchos adultos acuden a consulta con una amalgama sintomática que lo que esconde es una alta capacidad, siendo necesario un acompañamiento en la reconstrucción retrospectiva de la trayectoria vital y una reconfiguración de su autoconcepto.

Es imprescindible que el sistema sanitario contemple esta realidad a través de protocolos específicos, donde se pueda ofrecer espacios de validación, acompañamiento terapéutico y orientación vital. El trabajo social sanitario desde un enfoque integral, puede facilitar el acceso a servicios, se puede realizar una activación de contactos entre redes comunitarias y defender de manera institucional el reconocimiento social de las necesidades de atención específica a este conjunto de población (Romaní et al., 2023; Rodríguez et al., 2025).

## **2. Necesidades educativas (apoyos, adaptaciones metodológicas)**

Desde las necesidades educativas se conforma una realidad de necesidades y primigenios intentos, algunos más acertados que otros, de la institución educativa de poder dar una atención personalizada.

Los alumnos con altas capacidades son un conjunto de perfiles diversos, porque se recogen en una amplia horquilla de gradación. En el ámbito educativo, solo se atiende a los que superan el 130 CI, es decir, a los superdotados, pero todos los que están en la franja de la media de 85-90 hasta este 130 son también AACC.

Es necesario un trabajo coordinado entre los servicios sanitarios, sociales y centros escolares porque requieren una respuesta que se ajuste a sus ritmos, intereses, estilos de aprendizaje y niveles de motivación. Estas necesidades no se abordan exclusivamente con la configuración de un espacio de aceleración o a la potenciación del rendimiento elevado, sino que el enfoque psicopedagógico debe reconocer esa complejidad cognitiva y emocional del perfil.

En el ámbito escolar es necesario realizar cribados de identificación precoz, comunicación con las familias dados los casos positivos, apoyo y coordinación sociosanitaria para la atención de casos que lo requieran y elaboración de una propuesta educativa adaptada, a través del Plan de Actuación Personalizado (PAP). También se deben realizar una evaluación psicopedagógica completa para poder desarrollar con la mayor precisión posible el Documento de Adaptación

Curricular Específico (DACE) que proponga el Plan de Actuación a llevar a cabo de manera individualizada (Junta de Andalucía, 2022; Reviriego et al., 2021).

Uno de los principales retos a los que hace frente el ámbito educativo es evitar la infradetección, el infradesempeño, y la desmotivación, porque cuando el entorno escolar no ofrece la estimulación intelectual suficiente, ni retos cognitivo adecuados, ni un adecuado apoyo y reconocimiento emocional, se gestan graves problemas de desarrollo para los alumnos. El desarrollo metodológico en este perfil es de vital importancia, y desde la perspectiva educativa existen variedad de recursos para hacerle frente como las metodologías activas centradas en el pensamiento crítico, el uso del aprendizaje basado en proyectos, el aula invertida o el trabajo cooperativo con agrupamiento flexibles dan respuesta a la atención de las AACC dentro del aula ordinaria, sin necesidad de separar al alumnado.

El currículo deberá ser abierto, dinámico y flexible, aunque esta premisa es equiparable para el conjunto del alumnado, no solo con neurodiversidad (Macías, 2023; Gómez et al., 2020).

En la etapa adolescente, nos encontramos con alumnos que presentan bajo rendimiento escolar, desmotivación, conductas de evitación o incluso abandono educativo temprano, debido a la falta de una adaptación educativa adecuada teniendo resultados de desconexión emocional en el entorno académico. En estos casos la intervención debe tener en cuenta el acompañamiento de tutorización, el reajuste metodológico y la creación de programas específicos de mentoría, orientación vocacional y participación en el ámbito asociativo externo con jóvenes con talentos similares. La detección realizada en el ámbito educativo, social y de salud mental es clave para la detección de dobles excepciones, ansiedad escolar y bloqueos cognitivos por falta de reto intelectual (Rodríguez et al, 2025).

En la educación superior y en la formación profesional, el alumnado con AACC sigue enfrentando barreras invisibles vinculadas al modelo homogéneo y normativo del sistema universitario, inadaptado por completo a perfiles con pensamiento divergente, con unas necesidades de autonomía, búsquedas de sentido, que se reflejan en las formas de afrontar una prueba, ejercicio o examen, dado que su desarrollo de razonamiento difiere de la media, porque se caracteriza por un aprendizaje conectado, arbóreo, y definido técnicamente, como a vista de pájaro. Por lo que, se enfrenta a realidades que pueden generar dificultades a la hora de demostrar su conocimiento, porque no es memorístico, sino razonado, crítico y vinculativo. En algunas universidades se esfuerzan por atender al colectivo, pero mientras no se realice de manera personalizada y haya

una formación en los equipos docentes que les ayude a realizar programaciones didácticas adaptadas a la neurodiversidad, todo seguirá quedando en agua de borraja (Gómez et al., 2020; Macías, 2023; Romaní et al., 2023).

### **3. Necesidades sociales (aceptación, inclusión, participación comunitaria).**

Una de las principales dificultades que presentan las personas con alta capacidad es la aceptación social y la inclusión relacional, a pesar de no ser una discapacidad en términos de funcionalidad.

La manera en que se expresan, el contenido de sus conversaciones, sus temas de interés, y su alta sensibilidad perceptiva, hace que se genere rechazo e incompreensión por parte de sus iguales. La existencia de esa asincronía entre el desarrollo cognitivo y la madurez emocional, así como los intereses atípicos respecto a la edad se traduce en soledad, baja percepción de pertenencia y retraimiento voluntario, especialmente en la etapa escolar. Por lo tanto, el reconocimiento y tratamiento institucional va más allá del plano cognitivo, sino es muy importante la perspectiva social y emocional en la AACC.

Uno de los principales desafíos es la invisibilidad del alumnado con AACC, sobre todo asociado a que no se de un alto rendimiento académico y haya una doble excepcionalidad. Esta invisibilización impide la activación de la s redes de apoyo y no haya referentes con los que identificarse. Por lo tanto, los centros educativos y comunitarios deben promover entornos inclusivos donde la diversidad cognitiva no sea motivo de etiquetado, sino que pueda trabajarse en pro del crecimiento colectivo. En estos casos, es adecuado trabajar en base a estrategias de agrupamiento flexibles, a través de tutorías entre iguales o proyectos intercentros que favorezca la interacción social (Junta de Castilla y León, 2020).

En la adolescencia y juventud, la necesidad de aceptación social se intensifica, y la divergencia cognitiva se vive como una carga identitaria, generando sentimientos de desadaptación e inadecuación basado en un perfeccionismo extremo y evitando la exposición pública. La participación en actividades comunitarias como los voluntariados, talleres científicos, programas de asociación de AACC, participación en foros de debates de temas de interés, espacios creativos que generen vínculos significativos en entornos no estigmatizantes (Macías, 2023; Rodríguez et al., 2025).

La adultez de las personas con AACC suele pasar desapercibida o es malinterpretada, lo que genera trayectorias de aislamiento social, inadecuación laboral o baja autoestima crónica, especialmente en personas que no se les identificó en la infancia.

Esa necesidad de conocerse repercute en la búsqueda de sentido, de desarrollo creativo o la participación crítica en el entorno social. Las instituciones deben promocionar oportunidades reales de inclusión cultural, académico y laboral, reconociendo sus potencialidades en ámbitos como la investigación, la docencia, el emprendimiento social o la innovación. Estas vías de participación no deben imponerse como exigencia de excelencia sino como espacios de libertad y realización personal (Gómez et al., 2020) (Romaní et al, 2023).

#### **4. Necesidades emocionales y familiares (apoyo psicosocial, orientación a familias)**

Las necesidades emocionales de las personas con AACC son muy específicas, y con específicas quiero decir intensas y profundas. Se podría decir que sienten sin filtros, que perciben en una interacción con alguien, absolutamente todas las particularidades y pequeños detalles de lenguaje verbal, no verbal y simultaneando, todo lo que ocurre a su alrededor de manera unísona y penetrante. De ahí, la sobreestimulación sensorial que padecen y que les genera estados de agotamiento físico extremo y mental.

Por lo tanto, estas necesidades emocionales, que no son comprendidas ni abordadas adecuadamente pueden convertirse en factores de vulnerabilidad psicológica. Entre las características más comunes destacan la alta sensibilidad, el pensamiento complejo (de ahí que las interacciones deban reflejar una conexión profunda), que aporte en la interrelación para sentirse validado y comprendido, y la necesidad de coherencia moral (unida a profundo sentido de la justicia social). Estas cualidades, si no se gestionan en entornos seguros y comprensivos, pueden derivar en síntomas como ansiedad, frustración crónica o sensación de diferencia negativa. Crear programas desde nuestro campo, que fomenten la educación emocional, la autorregulación y el fortalecimiento de la identidad positiva adaptados a las singularidades del perfil, propiciará una mejora en la interacción sociofamiliar de los pacientes (Macías, 2023).

En la adolescencia y en la adultez joven, experimentan crisis existenciales, bloqueos académicos o desconexiones emocionales con el entorno, especialmente cuando se ha crecido sin apoyo. En esta etapa el desarrollo del autoconcepto se ve comprometido por la presión social hacia la normalización, ese “no es normal” como piensas, como sientes, como aprendes. La intervención psicológica debe dirigirse a validar sus vivencias, a ofrecer modelos de referencia positivos, y promover estrategias de gestión emocional profunda y pensamiento divergente saludable (Gómez et al., 2025).

Las familias de las personas con AACC también presentan necesidades específicas. Y más, teniendo en cuenta que es genética la neurodiversidad, por lo que más de un miembro puede ser también neurodivergente. Entre los progenitores abundan las sensaciones de desprotección porque enfrentan situaciones de desinformación, presión y trato inaccesible institucional o la soledad ante decisiones complejas sobre escolarización, adaptaciones o abordajes emocionales. Además, muchas familias reciben mensajes contradictorios como las expectativas de éxito, y por otro, la negación de que hay unas necesidades reales de ser atendidas. Esto, requiere que los profesionales se enfoquen en proporcionar una orientación familiar continua, formándose en el tratamiento de perfiles, estrategias que permitan ese acompañamiento emocional, y la gestión de la sobre exigencia y recursos para favorecer el desarrollo integral y equilibrado del menor (Macías, 2023).

En adultos se observan la prevalencia de trastornos internalizantes, la sensación de desconexión vital y crisis existenciales, relaciones personales inestables y percepción de fracaso, pese a la obtención de objetivos competenciales elevados.

Suelen llegar a la atención psicológica con síntomas de ansiedad, depresión o burnout, soliendo basarse en historias de desajustes no identificados. La intervención necesaria se basa en la realización de una relectura positiva de la trayectoria vital, la reconstrucción del autoconcepto personal y el acercamiento a entornos donde se pueda dar un acercamiento identitario más complejo, no siendo necesario que sea en planos académicos o profesionales (Gómez et al., 2020; Rodríguez et al., 2025).

Estas configuraciones están basadas en los estudios de realizados por diferentes administraciones en el ámbito sanitario como el informe OSTEBA (2021) sobre los trastornos del espectro autista en detección, diagnóstico y tratamiento, con la finalidad de mejorar la formación de los profesionales sanitarios y la coordinación entre servicios.

El Centro Español sobre el trastorno autista (2023) analiza a través de un informe el acceso a la salud y la situación actual y el conjunto de necesidades que tienen para acceder a los servicios sanitarios, la inadaptación de los servicios existentes, así como la carencia de protocolos efectivos.

De la misma línea de investigación la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía (2022) refleja las mismas necesidades en la zona que refleja el anterior informe. En el perfil de

TDAH los estudios de Blasco (2025) reflejan datos de la hospitalización de más de dos millones de jóvenes españoles con TDAH, incrementando en 17 veces las hospitalizaciones de adolescentes con este trastorno en la última década. Se destaca que el 60% de estos adolescentes presentan comorbilidades como depresión o ansiedad severa. El estudio de Takeda (2024) sobre la carga socioeconómica del TDHA en adultos en España asciende a 15.652€ distribuidos en costes económicos (49,8%), sociales (28,4%), sanitarios (21, 7%) y legales (0,1%) destacando la necesidad de un diagnóstico y un tratamiento temprano. Desde la perspectiva farmacológica, Ostinelli (2024) compara a través de un metaanálisis de 113 estudios con 14.800 participantes concluyendo que los estimulantes y la atomoxetina son efectivos pero la falta de investigación y la carencia de guías basadas en la evidencia deja a este sector en desprotección.

Estudios como los realizados por Gómez et al. (2020) sobre las características emocionales de la población infanto juvenil con ACI refleja tras un estudio trasversal como aumentan las puntuaciones de depresión, baja funcionalidad social y peor percepción de la salud física en comparación física que sus pares, los menores con altas capacidades. También se muestra la disincronía y la complejidad cognitiva llevándolos a experiencia de soledad o aislamiento social. Se identifican estrategias para afrontarlo como la negación del talento y la conformidad social. Gómez et al (2024) evaluó el bienestar en adultos con ACI mostrando diferencias significativas en parámetros de bienestar social y emocional. En la siguiente tabla se recogen las necesidades específicas de las personas con AACC.

Se encuentran supeditadas a la evaluación y análisis de características de personas neurodivergentes de diferentes espacios culturales al anglosajón (por los instrumentos), mujeres, personas de ámbitos rurales... para poder evitar el sesgo a la hora de ser diagnosticados, tratados y apoyados psicosocialmente.

**Tabla 4. Necesidades específicas de personas con AACC.**

Ámbito	Necesidad	Manifestación / Respuesta profesional recomendada
Sanitarias-neuropsicológicas	Identificación multidimensional y temprana	Evaluación psicopedagógica que combine CI $\geq 130$ , pruebas de creatividad y motivación, entrevistas familiares y análisis del contexto escolar (Murciano, 2023); (Quílez y Lozano 2020).

	<b>Detección de doble excepcionalidad</b>	Descartar/confirmar trastornos del aprendizaje, TDAH o dificultades emocionales que coexistan; informe neuropsicológico completo y plan combinado.
	<b>Seguimiento periódico</b>	Revisión anual del perfil cognitivo- emocional para ajustar medidas de enriquecimiento o aceleración y prevenir el abandono del paciente . (Gobierno de Navarra, 2019)
<b>Educativas</b>	<b>Enriquecimiento curricular</b>	Profundización y ampliación de contenidos, proyectos de investigación, mentorías verticales; registro en el Documento de Adaptación Curricular Específica (DACE/PAP). (Junta de Andalucía, 2022); (Generalitat Valenciana, 2021)
	<b>Aceleración parcial o total</b>	Adelanto de áreas o cursos cuando el ritmo de aprendizaje es muy superior, con seguimiento tutorial y acuerdo familiar (Murciano, 2023).
	<b>Metodologías de reto</b>	Aprendizaje basado en proyectos, pensamiento de orden superior, trabajo autónomo y autoevaluación; uso de TIC como ampliación.
<b>Sociales</b>	<b>Aceptación e inclusión del grupo-aula</b>	Sensibilización del alumnado sobre diversidad de ritmos y talentos; estrategias cooperativas que reconozcan la aportación del alumno con ACI (Quílez yLozano 2020).
	<b>Participación comunitaria</b>	Acceso a programas extracurriculares (olimpiadas científicas, clubes de debate, conservatorios, deporte avanzado) con becas y apoyos logísticos (Murciano, 2023)
	<b>Prevención de aislamiento</b>	Grupos de iguales de alto rendimiento o agrupamientos a tiempo parcial para favorecer la pertenencia y la autoimagen positiva (Consejo Psicología, 2019).
<b>Emocionales y familiares</b>	<b>Orientación y psicoeducación a familias</b>	Información sobre características ACI, gestión del perfeccionismo y estrategias para equilibrar exigencia y bienestar (Murciano, 2023), (Gobierno de Navarra, 2019).
	<b>Entrenamiento en habilidades socio-emocionales</b>	Programas grupales sobre autoestima, regulación del fracaso y empatía; intervención psicológica individual si hay ansiedad de rendimiento.

	<b>Redes de apoyo y mentoría</b>	Grupos de padres, mentoría entre adultos de alto rendimiento y alumnado ACI; orientación sobre becas, concursos y recursos especializados (Junta de Andalucía, 2022); (Consejo Psicología, 2019).
--	----------------------------------	---

Nota: Elaboración propia.

## Sesión 3. Diagnóstico social y diseño de planes de atención (PIA)

### 6. Metodologías y estrategias para el Trabajo Social Sanitario.

#### 6.1. Introducción a las Metodologías en Trabajo Social Sanitario

##### 6.1.1 Justificación de un enfoque metodológico centrado en la persona

El Trabajo Social Sanitario requiere un marco metodológico que sitúe a la persona en el centro de todas las intervenciones, reconociendo su dignidad, autonomía y singularidad como pilares fundamentales de la práctica profesional. Este enfoque parte de la comprensión de la salud como un proceso holístico, donde los factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan de forma compleja para determinar el bienestar (Segura del Pozo, 2017; MSSSI, 2015). Al priorizar la voz y los valores de la persona usuaria, se favorece la construcción de Planes Individuales de Atención Social (PIAS) negociados de forma colaborativa con el paciente, su familia y el equipo interdisciplinar, lo cual fortalece el empoderamiento y la corresponsabilidad en el proceso de cuidado.

Además, los modelos ecológicos y sistémicos —inspirados en Bronfenbrenner— refuerzan la necesidad de analizar el entorno (familiar, comunitario y sanitario) como parte integral de la intervención, evitando reduccionismos biomédicos y promoviendo acciones que modifiquen las barreras contextuales (Libro Blanco del TSS, 2015; Segura del Pozo, 2017). Este giro metodológico permite al trabajador social sanitario diseñar estrategias flexibles y sensibles a los ritmos cognitivos y comunicativos de cada persona, adaptando herramientas y recursos para garantizar accesibilidad y comprensión plena.

En definitiva, un enfoque centrado en la persona no solo responde a un mandato ético y deontológico, sino que demuestra mayor eficacia en la detección de necesidades reales, la construcción de alianzas terapéuticas y la generación de cambios sostenibles en los itinerarios



de atención sociosanitaria. La investigación-acción participativa, como metodología subyacente, refuerza esta lógica al involucrar activamente a las personas afectadas en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones, convirtiendo a la población neurodivergente en coprotagonista de su propia mejora (Consejo General TSS, 2021; Murciano, 2023)

### **6.1.2 Conexión con los objetivos formativos y los modelos teóricos**

La definición de objetivos formativos se sustenta directamente en los modelos teóricos que guían la práctica del Trabajo Social Sanitario. El modelo socioecológico de Bronfenbrenner aporta el andamiaje para comprender cómo interactúan los sistemas (familia, comunidad, instituciones) en el proceso de atención, lo que se traslada a objetivos que promueven la valoración integral de la persona y la identificación de barreras contextuales. Asimismo, el paradigma de capacidades de Sen refuerza metas orientadas a potenciar las libertades reales y la autonomía de los usuarios, integrándose en competencias específicas como el diseño de planes individualizados de atención.

El modelo biopsicosocial dirige objetivos formativos hacia la competencia en valoración multidimensional: biológica, psicológica y social. De acuerdo con este enfoque, los objetivos incluyen la habilidad para elaborar informes que incorporen diagnósticos médicos y circunstancias psicosociales, así como la planificación de intervenciones que equilibren tratamientos clínicos con apoyos comunitarios (Segura del Pozo, 2017; OMS, 2022). Esto permite al profesional no solo identificar necesidades sanitarias, sino también diseñar estrategias de empoderamiento y resiliencia familiar.

Por otra parte, los principios de la bioética personalista inspiran objetivos relacionados con la toma de decisiones compartida y la defensa de la dignidad del paciente. Metas como “aplicar protocolos éticos en dilemas de confidencialidad” o “promover la corresponsabilidad en el consentimiento informado” emergen de este marco, asegurando que cada acción respete la autonomía y los valores del usuario (López, 2014). Estos objetivos dotan al trabajador social de criterios claros para mediar en situaciones complejas, equilibrando beneficencia y justicia.

La conexión con los resultados de aprendizaje esperados refleja la convergencia de estos modelos. Objetivos generales de conocimiento y actitud —como comprender el paradigma de neurodiversidad o fomentar actitudes inclusivas— se articulan con objetivos operativos de habilidad —por ejemplo, aplicar herramientas de registro y coordinar equipos intersectoriales— de acuerdo con los marcos teóricos y éticos definidos. De este modo, la guía formativa asegura

coherencia entre la teoría y la práctica, preparando al trabajador social sanitario para intervenir de manera holística, inclusiva y ética.

## **6. 2 Metodologías de Evaluación psicosocial**

### **6.2.1 Entrevista Semiestructurada y Anamnesis Contextual**

La evaluación psicosocial en Trabajo Social Sanitario demanda metodologías que revelen tanto las características individuales como las dinámicas contextuales que inciden en la salud y el bienestar. La entrevista semiestructurada y la anamnesis contextual constituyen el punto de partida de un proceso diagnóstico integral, ya que permiten recoger datos cualitativos que enriquecen la comprensión de la situación clínica y social del usuario. Al adoptar un enfoque comunitario, estas técnicas facilitan la detección temprana de factores de riesgo y protección, y favorecen la co-construcción del plan de intervención con la persona y su red de apoyo.

La entrevista semiestructurada es una herramienta flexible que combina preguntas abiertas ,para explorar vivencias, percepciones y valores, con preguntas cerradas que garantizan la sistematización de información crucial. En el ámbito sanitario, el profesional de Trabajo Social utiliza esta técnica para indagar en la historia de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento y los recursos familiares y comunitarios disponibles. El guion de la entrevista puede incluir bloques sobre el contexto de salud, la red de cuidados, las creencias sobre la enfermedad y las expectativas de recuperación, adaptándose en cada sesión según las respuestas obtenidas (Aviñó, 2019).

La anamnesis contextual, por su parte, amplía el foco hacia la trayectoria vital de la persona y su entorno. Este proceso sistemático recoge datos sobre el desarrollo familiar, las condiciones socioeconómicas, los hitos educativos y laborales, así como los eventos críticos que pueden haber influido en la salud actual. En Trabajo Social Sanitario, la anamnesis contextual es esencial para entender cómo los determinantes sociales de la salud—como la vivienda, el acceso a servicios o la cohesión familiar—modulan la experiencia de la enfermedad y el proceso de recuperación (Zambrano, 2021).

Ambas metodologías se integran en una evaluación participativa, en la que el usuario y su comunidad aportan conocimiento experto sobre su propia realidad. Este enfoque situado fortalece la alianza terapéutica y garantiza que el plan de intervención responda a las necesidades y prioridades detectadas de forma colaborativa. Además, sienta las bases para un seguimiento

continuado, en el que se revisan periódicamente los cambios en el contexto y se ajustan las estrategias de apoyo psicosocial (Zambrano Constanzo, 2021).

## **2.2 Observación Participante en Entornos Clínicos**

La observación participante es una metodología cualitativa en la que el trabajador social sanitario se integra de manera activa en el entorno clínico, compartiendo espacios y rutinas con pacientes, familiares y profesionales. Esta inmersión permite al investigador accionar simultáneamente como observador y, en ocasiones, como colaborador en las actividades diarias, favoreciendo la detección de dinámicas, roles y relaciones que escapan a técnicas más distantes como la entrevista formal. Al implicarse en la cotidianidad del centro, sesiones de rehabilitación, consultas de enfermería, gestión de altas o rondas médicas, el profesional capta tanto conductas explícitas como matices actitudinales y emocionales que configuran la experiencia de atención (García-Carpintero, 2022).

Uno de las grandes ventajas de la observación participante es su capacidad para recoger datos en el escenario natural donde se desarrollan los procesos de salud y cuidado. Así, se documentan interacciones espontáneas, conversaciones en salas de espera, movimientos de familiares, gestos de apoyo entre profesionales, que ayudan a identificar barreras organizativas, fortalezas del equipo y necesidades no explícitas en la historia clínica. Esta metodología brinda una visión holística que integra aspectos objetivos (tiempos de espera, distribución de espacios) y subjetivos (percepciones de seguridad, confianza o empatía) fundamentales para un diagnóstico psicosocial certero (Vitorelli, 2014).

El proceso de observación participante requiere varias fases bien definidas:

**Selección y acceso:** Elegir el servicio o unidad clínica pertinente y tramitar autorizaciones institucionales, garantizando el cumplimiento de la normativa de confidencialidad y ética.

**Posicionamiento:** Mantener una actitud de respeto y discreción, procurando que la presencia del observador no altere significativamente las dinámicas habituales.

**Registro sistemático:** Utilizar diarios de campo y formatos de registro para anotar hechos observados, citas textuales y reflexiones profesionales, combinando notas descriptivas con comentarios interpretativos.

**Reflexión continua:** Revisar periódicamente los apuntes para identificar patrones, contrastar con otras fuentes (entrevistas, documentos) y ajustar la atención del observador hacia aspectos emergentes (Curbelo y Yusta, 2022).

En el ámbito del trabajo social sanitario, la observación participante resulta esencial para evaluar casos complejos y mejorar la calidad de la atención desde una perspectiva centrada en la persona y la comunidad. Al detectar dinámicas de inclusión o exclusión, por ejemplo, protocolos de comunicación inaccesibles o espacios físicos poco amigables, el profesional puede diseñar intervenciones más ajustadas y proponer cambios organizativos. Además, la riqueza de la información recogida facilita la elaboración de informes sociales integrales y el diseño de programas psicosociales que respondan a la realidad vivida por los usuarios y sus redes de apoyo

### **5.2.3 Uso de Escalas y Cuestionarios Validados (Funcionalidad, Calidad de Vida)**

La incorporación de escalas y cuestionarios validados en la práctica del Trabajo Social Sanitario proporciona una base cuantitativa y cualitativa esencial para la valoración objetiva de la funcionalidad y la calidad de vida de las personas neurodivergentes. Estos instrumentos, contrastados en diversos estudios, ofrecen resultados reproducibles y permiten comparar la evolución individual a lo largo del tiempo. Además, facilitan la identificación rigurosa de barreras y recursos en el entorno familiar y comunitario, optimizando tanto el diagnóstico social como la planificación de intervenciones personalizadas. La sistematicidad derivada de su uso favorece la equidad, al aplicar criterios uniformes que reducen la subjetividad en la valoración, y mejora la rendición de cuentas ante equipos multidisciplinares y entidades financiadoras.

Entre los principales instrumentos que maneja el trabajador social sanitario destacan:

- **Escala de Gijón:** Evalúa el sistema sociofamiliar, midiendo variables como cohesión, apoyo y conflicto. Originalmente diseñada para personas mayores, su versatilidad permite adaptarla al análisis de redes de apoyo en contextos de diversidad funcional.
- **Cuestionario Apgar Familiar:** Recoge la percepción de los miembros de la familia sobre el funcionamiento conjunto, identificando fortalezas (comunicación, apoyo emocional) y debilidades (insatisfacción, sobrecarga).
- **Escala de Apoyo Social Percibido de Duke:** Valora la cantidad y calidad de apoyos formales e informales disponibles para la persona, crucial para diseñar redes de contención en situaciones de alto estrés o vulnerabilidad.
- **Escala de Relación Sociofamiliar:** Detecta factores de riesgo social y posibles situaciones de exclusión o aislamiento, orientando la derivación a recursos comunitarios.

- **Escala de Sobrecarga del Cuidador (Zarit):** Mide el nivel de carga física, emocional y social que experimentan los cuidadores principales, muy relevante en familias con miembros con TEA, TDAH u otras condiciones neurodivergentes.
- **Escalas de Funcionalidad** (p. ej., Índice de Katz, Instrumental Activities of Daily Living): Determinan el grado de autonomía en actividades básicas y complejas de la vida diaria, orientando la concesión de apoyos y ayudas técnicas.
- **Cuestionarios de Calidad de Vida** (p. ej., WHOQOL-BREF): Evalúan la percepción subjetiva de bienestar físico, psicológico, social y ambiental, permitiendo medir el impacto real de las intervenciones psicosociales.

El uso combinado de estos instrumentos permite al trabajador social sanitario:

1. **Diagnosticar** de manera precisa y establecer líneas base cuantificables.
2. **Identificar** puntos de intervención prioritarios, tanto en el individuo como en su red de apoyo.
3. **Planificar** objetivos y acciones ajustadas a las necesidades reales, seleccionando los recursos más adecuados.
4. **Evaluar** periódicamente el impacto de las intervenciones, ajustando el plan de atención según los resultados obtenidos.
5. **Comunicar** de forma clara y fundamentada con el equipo multidisciplinar, las administraciones y la propia familia, facilitando la coordinación interinstitucional y la solicitud de ayudas o subvenciones.

La práctica basada en evaluaciones validadas contribuye a elevar la calidad del servicio, garantizando intervenciones más efectivas y centradas en la persona, al tiempo que fortalece la capacidad del profesional para documentar, justificar y mejorar continuamente su labor en el ámbito de la atención a la neurodiversidad.

#### 6.2.4 Registro y análisis de circunstancias familiares y comunitarias

La evaluación integral en Trabajo Social Sanitario exige un **registro sistemático** de las circunstancias familiares y comunitarias, entendiendo que el entorno moldea la experiencia de salud y bienestar de las personas neurodivergentes. Este proceso comienza con la recogida de datos sobre composición familiar, roles de cuidado, ritmos de vida y experiencias previas de apoyo o exclusión. De igual modo, se documentan las características del barrio o municipio,

infraestructuras, servicios disponibles, redes de vecindad, para mapear oportunidades y barreras. Un buen registro debe combinar formatos estandarizados (fichas de valoración, encuestas) con espacio para notas abiertas que capturen matices emocionales, valores y expectativas de la familia.

La **colaboración con familias y asociaciones** del Tercer Sector resulta clave para enriquecer el registro y favorecer la coresponsabilidad en la intervención. A través de reuniones conjuntas, talleres participativos o grupos de apoyo, el trabajador social sanitario identifica necesidades emergentes, fortalezas ocultas y recursos informales (amigos, vecinos, voluntarios). Asimismo, el análisis de **apoyos comunitarios** —centros de día, actividades de ocio, prestaciones económicas— permite evaluar su accesibilidad real: horarios, transporte, adaptaciones cognitivas y sensoriales. Esta visión global facilita la elaboración de rutas de derivación personalizadas y la activación de redes de acompañamiento que refuercen la resiliencia familiar.

Un aspecto crítico es la **prevención de situaciones de vulnerabilidad**. El trabajador social sanitario debe incorporar en su registro señales de riesgo —aislamiento familiar, sobrecarga del cuidador, indicios de maltrato— y definir protocolos de alerta temprana. Por ejemplo, las entrevistas y los diarios de campo pueden revelar cambios en la dinámica relacional o dificultades para interpretar el entorno por parte de la persona neurodivergente. Paralelamente, el **registro de planes de vida y voluntades** (testamentos vitales, directrices anticipadas) garantiza que las preferencias de la familia y del propio afectado se respeten a largo plazo, asegurando continuidad de apoyos y evitando decisiones impuestas por el sistema.

Finalmente, el **análisis comunitario** debe traducirse en acciones de **promoción de la inclusión y convivencia**. A partir del mapeo de recursos y riesgos, el profesional propone proyectos de sensibilización —campañas informativas, charlas en colegios y centros de salud— y adapta servicios municipales (bibliotecas, transporte, parques) para facilitar la participación plena. El informe social resultante no solo descansa en datos numéricos, sino que incluye narrativas cualitativas que dotan de sentido a las cifras y orientan la advocacy frente a administraciones y entidades. De este modo, el registro y análisis de circunstancias familiares y comunitarias sientan las bases para un Trabajo Social Sanitario verdaderamente centrado en la persona y su entorno.

## **Sesión 4. Coordinación intersectorial y flujos de derivación.**

### **6. 3. Intervención individual y familiar**

#### **6.3.1 Plan Individualizado de atención (PIA)**

El Plan Individualizado de Atención (PIA) constituye la piedra angular de la intervención del trabajador social sanitario con personas neurodivergentes y sus familias. Su finalidad es cocrear, junto con el usuario y su entorno, un programa de acción personal que potencie la autonomía, mejore la calidad de vida y favorezca la inclusión en los distintos ámbitos (hogar, centro educativo o de trabajo y comunidad). El PIA se apoya en los principios de autodeterminación y participación activa, garantizando que las metas y estrategias respondan a los intereses y fortalezas de la persona, y no a moldes estandarizados.

#### **Fases del PIA**

##### **Evaluación inicial**

- Valoración interdisciplinar: entrevistas semiestructuradas, observación participante y aplicación de escalas de calidad de vida y funcionalidad.
- Análisis del entorno: revisión de recursos familiares, redes comunitarias y barreras físicas o actitudinales.
- Identificación de necesidades y capacidades: mapeo de apoyos actuales y detección de áreas prioritarias de intervención.

##### **Definición de metas y objetivos**

- Acuerdo colaborativo: establecimiento de metas personales (habilidades sociales, autonomía personal, participación comunitaria) y familiares (mejora de dinámicas, gestión del cuidado).
- Priorización: jerarquización de objetivos a corto, medio y largo plazo, respetando el ritmo de cada persona y su contexto.

##### **Diseño de apoyos y estrategias**

- Selección de recursos: incorporación de adaptaciones sensoriales, apoyos tecnológicos (SAAC, agendas visuales), actividades formativas y talleres psicoeducativos.
- Elaboración de un cronograma: planificación temporal de acciones, asignación de responsables dentro del equipo interdisciplinar y definición de indicadores de logro.

##### **Implementación y seguimiento**

- Acompañamiento continuo: sesiones periódicas con el trabajador social sanitario para supervisar el cumplimiento de actividades y resolver dificultades.

- Evaluaciones intermedias: uso de cuestionarios breves y observación de campo para ajustar el plan según la evolución y el feedback de la persona y su familia.

### **Revisión y actualización**

- Documento dinámico: revisión trimestral o semestral del PAI, incorporando nuevos intereses, cambios en el entorno o logros alcanzados.
- Adaptación flexible: redefinición de objetivos y estrategias cuando surgen nuevas necesidades o se consolidan avances significativos.

El PIA refuerza la coordinación entre profesional, familia y comunidad, promoviendo redes de apoyo sostenibles y fomentando el empoderamiento de la persona neurodivergente. Gracias a su carácter dinámico y centrado en la voz del usuario, se convierte en una herramienta de transformación social y clínica que garantiza intervenciones efectivas, éticas y alineadas con los derechos y deseos de quienes participan en él.

### **6.3.2 Técnicas de Empoderamiento y Autodeterminación**

El empoderamiento y la autodeterminación constituyen pilares esenciales para que las personas neurodivergentes asuman el control de sus vidas y desarrollen hábitos de autonomía sostenible. El trabajador social sanitario actúa como facilitador de este proceso, identificando el punto de partida de cada individuo y acompañándole en el fortalecimiento de competencias decisorias, emocionales y sociales. A continuación, se describen las principales técnicas utilizadas:

#### **Fomento de la elección y la toma de decisiones**

**La realización de un Mapeo de opciones** permite a la persona identificar posibles caminos (actividades, apoyos, entornos) y valorar costes y beneficios de cada uno. Establecer metas SMART con objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales que la propia persona diseña y revisa periódicamente. La realización de autoevaluaciones guiadas mediante el uso de escalas sencillas o diarios visuales para que la persona reflexione sobre los resultados de sus decisiones y ajuste su estrategia.

**Ayudar a desarrollar habilidades de autorregulación** mediante el entrenamiento en autocontrol, técnicas como pausas programadas, respiración diafragmática o “tiempo fuera” adaptadas a la edad y nivel cognitivo. Aprender a tener una **automonitorización** realizando un registro diario de emociones, conductas o niveles de estrés mediante soportes gráficos (gráficas



de colores, apps simples). Además de trabajar la **retroalimentación inmediata** mediante el refuerzo positivo al reconocer logros en la autorregulación, facilitando la consolidación de hábitos.

### **Oportunidades y apoyos personalizados**

**El modelo funcional de la autodeterminación** permite la identificación de fortalezas (p. ej., memoria visual, creatividad) y barreras (p. ej., inseguridad social) para diseñar actividades con suficiente andamiaje. Se ayuda a través de la **mentoría o “buddy system”** desarrollando el emparejamiento con un compañero capacitado que sirva de modelo y apoyo en entornos nuevos o desafiantes. También es importante realizar **adaptaciones ambientales**: Ajustes en horarios, espacios sensoriales o formatos de comunicación para maximizar la accesibilidad.

**Trabajar la planificación centrada en la persona** potenciando las reuniones participativas a través de encuentros regulares donde la persona expresa sus preferencias, inquietudes y propuestas de mejora del PIA. Utilizar **herramientas visuales de planificación** como agendas pictográficas o calendarios de rutinas que facilitan la comprensión y el seguimiento de actividades. El uso de **contratos de apoyo**, pueden ser de gran ayuda, porque aunque parezcan documentos simples, se pueden responsabilidades mutuas entre la persona y el equipo profesional.

**Propiciar la promoción de la participación social y comunitaria** mediante **actividades inclusivas** como talleres, clubes o voluntariados abiertos a neurotípicos y neurodivergentes para favorecer la interacción natural. Estimular la **red de apoyo ampliada** incidiendo en la implicación de familiares, vecinos y asociaciones para generar una malla social sólida que refuerce la integración. Es importante tener en cuenta la realización de **proyectos colaborativos** como iniciativas de pequeño alcance (huerto urbano, grupo de teatro) donde la persona asume roles de responsabilidad.

**Trabajar mediante el apoyo en habilidades comunicativas y sociales** con **técnicas de modelado**, demostración de conductas sociales apropiadas seguida de práctica supervisada. El **role-play y simulaciones** a través de ensayos de situaciones cotidianas (llamar por teléfono, pedir ayuda) para ganar seguridad. Y realizar **entrenamientos en resolución de conflictos**: Aprendizaje de pasos secuenciales (identificar problema, proponer soluciones, negociar) adaptado al nivel de comprensión.

Estas técnicas, aplicadas de manera integrada y ajustada a cada persona, permiten consolidar la autodeterminación y el empoderamiento, sentando las bases para una vida más autónoma, satisfactoria y plenamente integrada en su comunidad (FEAPS, 2007; Abreu y Mahtani, 2018)

### **6.3.3 Acompañamiento Emocional y Fortalecimiento de Redes de Apoyo**

El acompañamiento emocional en Trabajo Social Sanitario con personas neurodivergentes implica un espacio seguro y empático donde el profesional utiliza la escucha activa para reconocer y validar las emociones que surgen al enfrentarse a la propia condición y a experiencias de rechazo o incomprensión. A través de conversaciones centradas en la persona, se facilita la identificación de sentimientos como la ansiedad, la frustración o la tristeza, y se acompaña su procesado, ya sea en la aceptación de la neurodivergencia o en el duelo por pérdidas de roles o expectativas previas. Las técnicas de psicoterapia humanista integrativa, combinadas con herramientas de análisis transaccional y Terapia Gestalt, permiten trabajar la autoaceptación, fomentar la regulación emocional y construir una autoimagen positiva. Asimismo, el trabajador social refuerza el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas—por ejemplo, mediante role-play o dinámicas grupales—que aumentan la resiliencia y el bienestar, al proporcionar estrategias claras para afrontar situaciones estresantes y mejorar la autoestima (Junta de Extremadura, 2020).

El fortalecimiento de redes de apoyo constituye otro eje esencial: el trabajador social sanitario actúa como puente entre la persona neurodivergente, su familia y los recursos comunitarios. Mediante la derivación a asociaciones, grupos de apoyo y servicios especializados, promueve la creación de entornos comprensivos y accesibles que reducen el aislamiento y favorecen la inclusión social. El trabajo directo con la familia incluye sesiones de orientación, información sobre derechos y recursos, y acompañamiento en la implementación de estrategias de cuidado compartido y respiro familiar. Este proceso colabora en la construcción de un sistema de apoyo sólido, donde cada miembro entiende mejor la neurodivergencia y asume un rol activo en el acompañamiento. Finalmente, al facilitar la participación en actividades educativas, laborales y de ocio inclusivas, se genera un impacto positivo en la calidad de vida, la autonomía y el ejercicio efectivo de derechos, asegurando que tanto la persona como su red puedan crecer y aprender de forma conjunta (Junta de Extremadura, 2019).

### **6.3.4 Mediación Familiar y Resolución de Conflictos**

La mediación familiar se define como un proceso voluntario y confidencial donde un tercero neutral facilita la comunicación y negociación entre las partes, con el fin de alcanzar acuerdos que preserven las relaciones familiares y el interés superior de todos los miembros. En el ámbito del Trabajo Social Sanitario, esta técnica cobra especial relevancia al abordar conflictos derivados de la neurodivergencia, donde la falta de comprensión y los malentendidos suelen generar tensiones familiares. El mediador social sanitario se apoya en habilidades comunicativas, como la reformulación, la escucha activa y el reencuadre, para desbloquear situaciones de conflicto y promover una cultura del “ganador-ganador”, donde todas las voces, incluida la de la persona neurodivergente, sean escuchadas y valoradas (Montero, 2014).

El proceso de mediación familiar consta de varias fases: (1) acercamiento y preparación, donde se evalúa la idoneidad del caso y se acuerdan reglas básicas; (2) exploración de intereses y necesidades, en la que el trabajador social sanitario ayuda a las partes a expresar sus preocupaciones, emociones y objetivos; (3) generación de opciones, mediante técnicas de lluvia de ideas y negociación guiada; y (4) formalización de acuerdos, que se plasma en un documento donde se recogen compromisos claros y responsables, asegurando su seguimiento (Rondón, 2009). Cada fase requiere un enfoque flexible que combine herramientas de resolución de conflictos y conocimientos psicosociales para adaptar el proceso a las circunstancias de familias con miembros neurodivergentes.

Entre las técnicas específicas destaca el uso de economapas para visualizar redes de apoyo y tensiones familiares, facilitando la identificación de recursos y puntos críticos (Montero, 2014). Asimismo, las dinámicas de role-play permiten ensayar conversaciones difíciles en un entorno controlado, aumentando la confianza de padres y pacientes para comunicar sus necesidades. La técnica del “diálogo circular”, inspirada en modelos ecosistémicos, ofrece un espacio donde cada miembro relata su experiencia mientras los demás escuchan sin interrumpir, favoreciendo la empatía y la comprensión mutua (Montero, 2014).

La importancia de la mediación en Trabajo Social Sanitario radica en su capacidad para prevenir la escalada de conflictos y reducir el uso de recursos judiciales y clínicos, a la vez que promueve la autonomía familiar y la protección del menor. Al integrar la mediación como prestación de los servicios sociales, el profesional contribuye a fortalecer la dimensión preventiva de su intervención, detectando riesgos de maltrato o abandono tempranamente y ofreciendo apoyo

emocional y psicosocial durante el proceso (Rondón, 2009). De este modo, la mediación familiar se consolida como una herramienta estratégica para mejorar la calidad de vida de las personas neurodivergentes y sus familias, fomentando entornos de cuidado colaborativos y resilientes.

## **Sesión 5. Participación familiar y comunitaria**

### **6.4 Intervención grupal y comunitaria.**

#### **6.4.1 Grupos psicoeducativos para familias y cuidadores**

Los grupos psicoeducativos ofrecen un espacio de aprendizaje y contención donde familiares y cuidadores de personas neurodivergentes adquieren conocimientos prácticos sobre la condición, estrategias de apoyo y autogestión del estrés. Con una estructura modular, cada sesión aborda un tema concreto—por ejemplo, comprensión de los perfiles de TEA y TDAH, comunicación efectiva o manejo de conductas desafiantes—combinando exposiciones teóricas breves con dinámicas participativas. El formato grupal facilita el intercambio de experiencias y la creación de redes informales de apoyo, reduciendo el sentimiento de aislamiento. Además, la presencia del trabajador social sanitario como facilitador garantiza que las temáticas se ajusten a las necesidades reales del grupo y que se canalicen recursos comunitarios (servicios de respiro, asesorías legales, centros de día) (Sagreló, E et al. 2024)

#### **6.4.2 Talleres de habilidades sociales y de vida diaria**

Estos talleres brindan a las personas neurodivergentes la oportunidad de ensayar y practicar destrezas esenciales para su autonomía. A través de actividades estructuradas—como simulaciones de compra en un supermercado, manejo de transporte público o preparación de alimentos sencillos—se refuerzan competencias de planificación, toma de decisiones y autocuidado. El trabajador social sanitario supervisa y da feedback inmediato, identificando apoyos (pictogramas, listas de control) que faciliten la generalización de los aprendizajes al entorno real. Asimismo, se incluyen componentes de autorregulación emocional y resolución de problemas, clave para afrontar imprevistos y promover la confianza en uno mismo (Reina y Reina, 2024)

#### **6.4.3 Dinámicas de co-aprendizaje con participantes neurotípicos**

La co-docencia entre personas neurodivergentes y neurotípicas en actividades grupales favorece la empatía mutua y la valoración de la diversidad. Mediante proyectos colaborativos—como talleres artísticos, pequeños huertos urbanos o clubes de lectura—cada participante aporta sus fortalezas: creatividad, atención al detalle o habilidades organizativas. El trabajador social

sanitario diseña roles y tareas que garantizan la participación activa de todos, supervisa el clima grupal y facilita la resolución de posibles malentendidos. Estas dinámicas no solo mejoran las habilidades sociales y la comunicación, sino que contribuyen a desmontar estereotipos y a promover una cultura inclusiva en la comunidad (Reina y Reina, 2024).

#### **6.4.4 Espacios de encuentro comunitario (foros, cafés inclusivos)**

Los espacios informales de encuentro—foros gratuitos, cafés inclusivos o “tardes de juego” en centros sociales—ofrecen un contexto menos estructurado donde personas neurodivergentes, familias y vecinos conviven y se conocen en igualdad de condiciones. El trabajador social sanitario organiza y modera estos eventos, asegurando que existan apoyos sensoriales (zonas tranquilas, iluminación adecuada) y materiales de comunicación accesible (cartelería sencilla, pictogramas). Estas iniciativas fomentan la construcción de redes de apoyo vecinal y la sensibilización social, al permitir que la comunidad observe de forma natural las capacidades y aportaciones de las personas neurodivergentes. Además, sirven de punto de partida para detectar nuevas necesidades y planificar acciones comunitarias más ambiciosas (Sagredo, et al, 2024).

### **6.5 Técnicas de trabajo en equipos multidisciplinares.**

#### **6.5.1 Organización de reuniones de caso y comités de coordinación clínica**

La convocatoria periódica de reuniones de caso y comités de coordinación clínica garantiza la coherencia de la intervención y el intercambio de información entre profesionales de diversas disciplinas. Para ello, el trabajador social sanitario prepara una agenda estructurada que incluya objetivos claros, casos a revisar, tiempos asignados y roles de cada participante (psicólogo, enfermero, médico, terapeuta ocupacional). La ficha de casos se distribuye con antelación, incorporando datos psicosociales, necesidades detectadas y avances del PIA, de modo que todos lleguen con la información básica estandarizada. Durante la sesión, se aplica la dinámica de “round robin”, en la que cada profesional expone brevemente su perspectiva, y luego se abre un espacio de discusión conjunta para consensuar estrategias. Al cierre, se registran los acuerdos y se asignan responsables y plazos, fomentando la rendición de cuentas y facilitando el seguimiento de los objetivos compartidos (De la Torre, 2020).

#### **6.5.2 Elaboración de informes sociales y protocolos compartidos**

Los informes sociales se convierten en documentos fundacionales para la acción coordinada. El trabajador social sanitario utiliza plantillas estandarizadas que integran apartados de contexto

familiar, red de apoyos, valoración de necesidades y propuestas de intervención. Estos informes se incorporan a los protocolos compartidos, documentos vivos que describen flujos de derivación, criterios de urgencia y rutas de atención según el perfil del usuario. La elaboración conjunta de estos protocolos con psicólogos, médicos y educadores facilita la homogeneidad de criterios y evita duplicidades de evaluación. Asimismo, la existencia de un repositorio digital de protocolos (accesible mediante historia social electrónica) permite la consulta en tiempo real y la actualización ágil ante cambios normativos o de servicio (De la Torre, 2020).

### **6.5.3 Comunicación eficaz con psicólogos, terapeutas y educadores**

La comunicación interprofesional requiere claridad y brevedad. Para ello, el trabajador social sanitario emplea informes ejecutivos de una o dos páginas que destacan hallazgos clave, recomendaciones y riesgos identificados. Complementariamente, se utilizan reuniones de “huddle” o encuentros breves de 5–10 minutos al inicio del turno para alinear prioridades del día. El uso de un lenguaje común, evitando jerga excesivamente técnica de cada disciplina, mejora la comprensión mutua y fortalece el trabajo en equipo. Además, la retroalimentación bidireccional se fomenta mediante sistemas de mensajería seguros, ya sean plataformas de mensajería interna o módulos de chat en la historia clínica electrónica, que permiten resolver dudas rápidas sin interrumpir la atención directa al usuario (Sagredo, et al 2024)

### **6.5.4 Uso de herramientas digitales colaborativas (historia social electrónica)**

La adopción de la historia social electrónica como repositorio colaborativo centraliza toda la información relevante del caso: informes sociales, evaluaciones psicopedagógicas, plan de apoyo individualizado y actas de reuniones. Gracias a permisos granulares, cada profesional accede solo a las secciones pertinentes, garantizando la confidencialidad y el cumplimiento de la normativa de protección de datos. Las alertas automáticas informan sobre revisiones pendientes, citas de seguimiento o vencimiento de plazos de intervención, mejorando la proactividad del equipo. Asimismo, la integración con calendarios compartidos y herramientas de gestión de tareas facilita la asignación de responsabilidades y la supervisión del progreso, impulsando la eficacia y la transparencia en la atención multidisciplinar (Rodríguez, 2019).

## Sesión 6. Evaluación y mejora de programas

### 6.6 Evaluación y Seguimiento de la Intervención

#### 6.6.1 Indicadores de proceso

Los indicadores de proceso permiten monitorizar el desarrollo de la intervención y garantizan que se cumplan los hitos planificados. Entre los más relevantes figuran:

**Asistencia:** porcentaje de sesiones, talleres o reuniones de seguimiento a las que asiste la persona y su familia, en relación con las previstas.

**Cumplimiento de objetivos parciales:** grado de ejecución de acciones específicas (por ejemplo, implementación de apoyos sensoriales en el hogar o uso de agendas visuales en la escuela) medido mediante listas de cotejo o escalas de progreso.

**Participación activa:** nivel de implicación del usuario en las actividades programadas, valorado a través de registros de campo y autoevaluaciones breves.

Estos indicadores se recogen con periodicidad mensual o trimestral, lo que permite detectar rápidamente desvíos y reorientar recursos (Reina y Reina, 2024)

#### 6.6.2 Indicadores de resultado

Los indicadores de resultado evalúan el impacto clínico-social de la intervención sobre la persona y su entorno. Entre ellos destacan:

**Mejora funcional:** incremento de la autonomía en actividades de la vida diaria, medido con escalas de funcionalidad (p. ej., Katz, Lawton).

**Satisfacción:** percepción subjetiva del usuario y su familia sobre la calidad y utilidad de los apoyos recibidos, recogida mediante cuestionarios estandarizados o entrevistas semiestructuradas.

**Calidad de vida:** cambios en las áreas física, psicológica, social y ambiental, evaluados con instrumentos como el WHOQOL-BREF.

**Reducción de crisis o urgencias:** disminución en el número de reclamaciones de servicios de urgencia o intervenciones de crisis, reflejando mayor estabilidad y gestión de riesgos.

Estos resultados se revisan habitualmente cada seis meses para valorar la efectividad global del plan (Amador, 2021)

#### 6.6.3 Metodologías mixtas

La combinación de datos cuantitativos (asistencia, escalas de funcionalidad, frecuencias de uso de apoyos) y datos cualitativos (entrevistas en profundidad, diarios de campo, grupos focales) ofrece una visión holística de la intervención.

**Fase cuantitativa:** recogida sistemática de indicadores numéricos y análisis estadístico descriptivo para identificar tendencias y compararlas con los objetivos.

**Fase cualitativa:** exploración de la experiencia vivida por las personas neurodivergentes y sus familias, facilitando la comprensión de factores contextuales y emocionales que explican los resultados.

**Integración de hallazgos:** triangulación de datos para generar informes mixtos que orienten ajustes finos en estrategias y recursos.

Este enfoque enriquece la evaluación, permitiendo no solo medir “qué” ocurre, sino “por qué” y “cómo” mejora la intervención (Vera, 2018)

#### **6.6.4 Retroalimentación continua y ajuste del plan de intervención**

La retroalimentación continua consiste en incorporar los hallazgos de la evaluación en tiempo real al Plan Individualizado de Atención:

**Reuniones de revisión breves:** encuentros mensuales con el equipo interdisciplinar y la persona para comentar indicadores de proceso y resultado.

**Actualización de objetivos:** modificación de metas a corto plazo según los avances o nuevas prioridades detectadas.

**Reconfiguración de estrategias:** introducción de nuevos apoyos, eliminación de acciones poco efectivas o refuerzo de aquellas con mayor impacto.

**Comunicación transparente:** compartir los resultados con la persona y su familia, fomentando la corresponsabilidad y el empoderamiento.

De este modo, el plan se mantiene vivo y ajustado a la evolución de la persona, garantizando intervenciones más relevantes y sostenibles en el tiempo.

### **6.7 Coordinación Interinstitucional**

#### **6.7.1 Identificación de recursos y servicios clave**

El primer paso en la coordinación interinstitucional consiste en mapear los recursos disponibles en los ámbitos sanitario, social y educativo. El trabajador social sanitario elabora un inventario detallado de servicios de salud mental, centros de atención temprana, unidades de rehabilitación, recursos de apoyo domiciliario, programas de ocio inclusivo, asociaciones de familiares y plazas



escolares con aulas de apoyo. Este catálogo, actualizado periódicamente, permite derivar rápidamente a las personas neurodivergentes y sus familias al recurso más adecuado según sus necesidades y perfil. Además, incorpora datos de contacto, criterios de acceso, horarios y requisitos de admisión, facilitando una respuesta ágil y evitando duplicidades (Botija, et al 2018).

### **6.7.2 Protocolos de derivación y contrarreferencias**

La creación de protocolos claros de derivación y contrarreferencia garantiza que cada caso transite de manera ordenada entre servicios sin perder información relevante. Estos protocolos establecen flujos de actuación consensuados: qué documentos acompañan la derivación (informes sociales, resultados de evaluaciones), cómo se notifica al paciente y su familia, y los plazos máximos de respuesta. Además, incluyen sistemas de seguimiento para confirmar que la persona ha sido atendida y para recoger feedback sobre la calidad del servicio. Las contrarreferencias permiten que, tras la intervención especializada, el profesional originario reciba un informe de cierre con recomendaciones de apoyo continuado (Botija, et al 2018).

### **6.7.3 Acuerdos de colaboración con ayuntamientos, ONGs y entidades privadas**

Los convenios de colaboración formales con ayuntamientos, organizaciones no gubernamentales y entidades del sector privado amplían la red de apoyos y permiten acceder a proyectos innovadores. Estos acuerdos pueden incluir desde programas de ocio terapéutico gestionados por asociaciones, hasta colaboración en la adaptación de espacios públicos o programas de empleo con apoyo. El trabajador social sanitario participa en mesas de trabajo intersectoriales donde se negocian objetivos, se asignan responsabilidades y se fijan indicadores de impacto. La alianza con entidades locales favorece, además, la sensibilización comunitaria y la movilización de recursos económicos o voluntarios (COFEME, 2023).

### **6.7.4 Mecanismos de evaluación conjunta y mejora de circuitos de atención**

Para asegurar la eficacia del trabajo conjunto, se implementan mecanismos de evaluación interinstitucional que analizan indicadores de proceso (número de derivaciones, tiempos de espera) y de resultado (satisfacción de usuarios, disminución de crisis). Estos mecanismos pueden incluir comités mixtos de revisión, auditorías participativas con usuarios y familias, y talleres de mejora continua. Los hallazgos se discuten en sesiones de retroalimentación, donde se proponen ajustes en los protocolos y se redefinen rutas de atención. Este ciclo de evaluación y mejora garantiza que los circuitos interinstitucionales se mantengan eficientes, centrados en la persona y sensibles a los cambios normativos o de demanda (COFEME, 2023).

## 11. Referencias bibliográficas.

- Abreu, M y Mahtani, V. (2018) Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en Atención primaria de salud. Evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 355-368. <https://doi.org/10.5209/CUTS.54560>
- Allué, X. (2013). Modelos de trabajo social sanitario. La gestión y la clínica. Universitat Oberta de Catalunya. <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/1504a2cb-99b8-4565-a8c5-c2673407268d/content>
- Amador, G. et al. (2021). Neurodiversidad en la Educación Superior: la experiencia de los estudiantes. *Revista de la Educación Superior*, 50(200), 129-152. <https://doi.org/10.36857/resu.2021.200.1893>
- Arboleda, V. A. (2024). Neurodiversidad y Educación: Una Aproximación más allá del Trastorno. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 6846-6866. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i2.11097](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11097)
- Botija, P. et al (2018) Implementación de estrategias y herramientas de coordinación sociosanitaria en un departamento de salud. *Gac Sanit* 32 (4) <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.008>
- Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE). (2023). *Estudio sobre los factores condicionantes de la coordinación sociosanitaria para la autonomía personal de las personas con discapacidad física y orgánica en España*. <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2023/10/cocemfe-estudio-coordinacion-sociosanitaria-discapacidad-fisica-organica.pdf>
- Cruz, M., y Sandín, M. (2024). Neurodiversidad, discapacidad y enfoque social: una reflexión teórica y crítica. *Revista Española de Discapacidad*, 12(1), 213-222. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.12.01.11>
- Curbelo, E. A. y Yusta, R. (2022). La observación y el diario de campo en el Trabajo Social. *Revista Margen*, nº 105 <https://www.margen.org/suscri/numero105.html>
- FEAPS (2017). *Guía de planificación centrada en la persona*. Plena inclusión. <https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/bp-planificacion-centrada-persona.pdf>
- Fernández, C. (2018) Neurodiversidad y teoría de la mente: niños con TEA de alto funcionamiento. TFG. Repositorio Comillas. Universidad Pontificia Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/141339/retrieve>

- García-Carpintero, M.A. (2022). La observación participante aplicada en la investigación social: cómo entender a jóvenes y adolescentes. Ponencia Enfermería Clínica. <https://www.sciencedirect.com/journal/enfermeria-clinica>
- González, A. (2025). Neurodiversidad e Inclusión en la Educación Superior. Revista Latinoamericana de Calidad Educativa, 2(1), 445-452. <https://doi.org/10.70625/rice/135>
- Jacques, C. (2019). Introducción a la metodología de la intervención comunitaria. UOC <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/2f4ad0ff-59c0-4920-a527-5e2969bd099b/content>
- Junta de Extremadura (2019). *Organización y funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Extremadura [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/Principal/Recursos%20Sociales/Organizacion%20y%20Funcionamiento%20del%20Trabajo%20Social%20Sanitario%20en%20Atencion%20Primaria%20de%20Salud.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/Recursos%20Sociales/Organizacion%20y%20Funcionamiento%20del%20Trabajo%20Social%20Sanitario%20en%20Atencion%20Primaria%20de%20Salud.pdf)
- Junta de Extremadura. (2020). *Manejo emocional para profesionales sanitarios*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Extremadura. [https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded\\_files/MANEJO%20EMOCIONAL%20PARA%20PROFESIONALES%20SANITARIOS.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/MANEJO%20EMOCIONAL%20PARA%20PROFESIONALES%20SANITARIOS.pdf)
- Ley 6/2022, de 31 de marzo, de accesibilidad universal. *Boletín Oficial del Estado*, 79, 31 marzo 2022. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-5140>
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE), en materia de atención a la diversidad. *Boletín Oficial del Estado*, 341, 30 diciembre 2020. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-17264>
- López, J. A., Fernández, P., & Martínez, R. (2019). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Revisión del tratamiento psicológico. *ReiDoCRea*, 8, 95–105. <https://doi.org/10.30827/Digibug.54737>
- López, M. R. L.-Y. (2014). La intervención del trabajador social sanitario desde la bioética personalista. *Documentos de Política Social*, (9), 1-19. <https://institutodepoliticassocial.jimdo.com/revista-documentos-de-politica-social/>
- Macías, P. A. (2023). Revisión sistemática de los tratamientos actuales para el TDAH (Trabajo Fin de Máster). Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya. <https://repositori.uvic-ucc.cat/handle/10854/7652>

- Manzo, J. (2019). Un segundo espectro del autismo: de la conducta a la neurona. *Revista de Neurobiología*, 23. <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/23/Manzo/HTML.html>
- Marqués, C. (2018). Neuropsicología del trastorno del espectro autista (TEA) (Trabajo Fin de Grado). Universitat de les Illes Balears. [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/155015/Marques\\_Santandreu\\_Cristina\\_155015.pdf?sequence=3](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/155015/Marques_Santandreu_Cristina_155015.pdf?sequence=3)
- Martínez, et al. (2019). Bases neurobiológicas del autismo y modelos celulares para su estudio experimental. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1), 27–32. <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2019/>
- Martínez, J. (2025). Modelos de educación inclusiva para estudiantes neurodivergentes. *Revista Latinoamericana de Calidad Educativa*, 2(1), 445-452. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14484896>
- Massani, J. F. (2018). *Diagnóstico psicopedagógico para el tratamiento de niños con trastorno de espectro autista*. Ed. Universo Sur.
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo. I Plan de Acción 2023–2027. Real Patronato sobre Discapacidad. [https://www.rpdiscapacidad.gob.es/documentos/I\\_Plan\\_Autismo.pdf](https://www.rpdiscapacidad.gob.es/documentos/I_Plan_Autismo.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Consultado el 23 de abril de 2025. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIAQS\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf)
- Ministerio de Sanidad. (2022). Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica. Consultado el 24 de abril de 2025. [https://redets.sanidad.gob.es/documentos/OSTEBA\\_TEA.pdf](https://redets.sanidad.gob.es/documentos/OSTEBA_TEA.pdf)
- Montero, E. (2014) La mediación familiar desde la perspectiva del Trabajo Social en el contexto autonómico. TFG. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/7115>
- Moreno, C. (2025). Neurodiversidad y Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA): Una Propuesta Inclusiva para Estudiantes con TDAH y TEA. *Polo del Conocimiento*, 10(4), 12148-1264. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
- Murciano, F. (2023). Del concepto superdotación al constructo altas capacidades intelectuales: Implicaciones en las políticas educativas, la interpretación normativa y la atención a este alumnado. *Avances en Supervisión Educativa*, (42), 1–56. <https://doi.org/10.23824/ase.v0i42.891>

- Pinilla, L. M. (2023). Modelo médico-clínico y paradigma de la neurodiversidad: la importancia de una mirada integradora para comprender el autismo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 6846–6866. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i2.10772](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10772)
- Piñeiro, S., et al. (2022). Intervenciones educativas en conducta prosocial y empatía en alumnado con altas capacidades. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 74(1), 141–157. <https://doi.org/10.13042/Bordon.2022.90586>
- Plaza, L. (2021). El Trabajo Social en el ámbito sanitario. Universidad de Valladolid (TFG). <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49393/TFG-G5123.pdf>
- Quílez, A., y Lozano, R. (2020). Modelos de inteligencia y altas capacidades: una revisión descriptiva y comparativa. *Enseñanza & Teaching*, 38(1), 69–85. <https://doi.org/10.14201/et20203816985>
- Quintana, A. B. (2022). Programa de intervención de las funciones ejecutivas para niños con espectro autista (TEA) (Trabajo Fin de Grado). Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28360>
- Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público. *Boletín Oficial del Estado*, 70, 21 marzo 2023. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2023/BOE-A-2023-7417-consolidado.pdf>
- Reina, E y Reina K. (2024) Experiencias pedagógicas en Educación Infantil: ¿Qué enseñar a un niño neurodivergente? *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4), 10155-10178. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i4.13158](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.13158)
- Resolución de 4 de marzo de 2025, de la Secretaría de Estado de Sanidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la adopción del “Consenso Estatal para la Mejora de la Atención Temprana. Despliegue de la Hoja de Ruta: objetivos, medidas y estándares generales de calidad”. *Boletín Oficial del Estado*, 59, 5 marzo 2025. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-4747](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-4747)
- Rodríguez, C (2019). Evaluación y diagnóstico actual por trastorno por déficit de atención/hiperactividad: el papel de las funciones ejecutivas. En Universidad de Burgos (Ed.) *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) avances en la investigación y en la práctica profesional*. 55-74 <https://elibro-net.universidadviu.idm.oclc.org/es/ereader/universidadviu/175530?page=53>

- Romaní, G. et al. (2023). Criterios, diagnósticos y perfil neuropsicológico sobre el déficit de atención con hiperactividad. *Revista Invecom*, 15(2), 30–45. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14844994>
- Rondón, L. M. (2009). Mediación familiar: un espacio de intervención para trabajadores sociales. *Revista Trabajo Social* 11,25-41 <file:///C:/Users/julia/Downloads/Dialnet-MediacionFamiliar-4070839.pdf>
- Sagredo et al. (2024). Inclusión desde la comprensión de la neurodiversidad, mediada por la gestión en establecimientos educativos [Inclusion through understanding neurodiversity, mediated by management in educational institutions]. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 01-19. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-865>
- Vitorelli, K. et al (2014) Hablando de la Observación Participante en la investigación sanitaria. *Revista Enfermería Clínica*. 23 (1-2) <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100016>
- Zambrano, A. et al. (2021). Evaluación participativa de la dinámica psicosocial comunitaria. *Revista de Psicología (Chile)*, 30(2), 1-15. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue2-fulltext-2210>