



Universidad
Internacional
de Valencia

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

TITULACIÓN: Master Trabajo
Social Sanitario.

Curso académico:
2024/25

Alumno/a: M^a Ángeles
Arquero Moreno

Convocatoria: Octubre 2024/25

Orientación:

Créditos: 6

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Marco teórico	5
3.1. Neurodiversidad	5
3.1.1. Concepto de neurodivergencia	5
3.2. Definiciones y características de TDAH, AACC y TEA	7
3.2.1. Explicación neurológica del desarrollo	7
3.3. Proceso actual del diagnóstico médico-psicológico	9
3.3.1 Tratamientos médicos y psicológicos actuales	11
3.3.2. Características diferenciales del perfil (desarrollo, socialización, emocionalidad, aprendizaje, etc.).	13
3.4. Necesidades específicas de TDAH, AACC y TEA	13
3.4.1. Necesidades específicas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA)	13
3.4.2. Necesidades específicas del Trastorno del Espectro Autista (TEA)	18
3.4.3. Necesidades específicas de las Altas Capacidades (AACC)	24
3.5. Trabajo Social Sanitario y Neurodiversidad	32
3.5.1. Fundamentos del Trabajo Social Sanitario	32
3.5.2. Modelo de Intervención Biopsicosocial aplicado a la neurodivergencia	34
3.5.2.1. Adaptaciones del modelo Biopsicosocial al ámbito de la neurodivergencia	34
3.5.2.2. Modelos específicos derivados y aplicables	35
3.5.2.3. Aplicación práctica de la intervención social sanitaria	37
3.6. Configuración normativa y servicios	38
3.6.1. Dificultades actuales en el acceso y coordinación de servicios	39
4. Objetivos	40
5. Metodología	43
6. Proyecto de intervención	47
7. Análisis de datos y resultados previos	58
8. Discusión	72
9. Conclusiones	74
10. Referencias bibliográficas	75
11. Anexos	82

Tablas

Tabla 1. Características diferenciales de los perfiles.....	10
Tabla 2. Metodología específica del programa formativo.....	44
Tabla 3. Metodología específica del grupo focal- planificación del protocolo.....	45
Tabla 4. Contenido, resultados esperados, criterios de evaluación e instrumentos.....	51
Tabla 5. Planificación de las sesiones	53
Tabla 6. Proceso de recogida de información para el protocolo de intervención.....	54
Tabla 7. Fases y actividades del protocolo.....	57
Tabla 8. Codificación y consenso.	62
Tabla 9. Validez de contenido.	62
Tabla 10. Flujograma de derivación	71
Tabla 11. Indicadores de calidad.....	71

Figuras

Figura 1. Coincidencia de los perfiles de neurodesarrollo.....	12
Figura 2. Proceso de recolección y análisis de datos.....	64
Figura 3. Cronograma de aplicación del grupo focal.....	65

1. Resumen.

El presente proyecto se realiza con la finalidad de ofrecer una propuesta operativa de intervención con las trabajadoras sociales sanitarias con el colectivo de personas neurodivergentes.

Tras una justificación teórica y acercamiento a las necesidades del colectivo neurodivergente, el proyecto se estructura en dos fases implementadas. La primera es un **programa formativo** de cuarenta horas para trabajadoras sociales del ámbito sanitario. Se ha estructurado en cinco módulos (neurodiversidad, valoración sociosanitaria, diseño de planes biopsicosociales, coordinación intersectorial y defensa de derechos). A través del aprendizaje dual de estudios de casos y la elaboración de Planes Individuales de Atención, se persigue la adquisición de cinco competencias, como saber aplicar el enfoque biopsicosocial, realizar juicios diagnósticos sociales, diseñar planes de intervención, coordinar recursos y liderar acciones de sensibilización.

En una segunda fase, se creará un **grupo focal** con las profesionales ya formadas, representantes familiares y personas neurodivergentes y responsables o profesionales del ámbito asociativo del colectivo. Se realizarán cinco sesiones para poder **configurar un protocolo operativo de actuación** para TDAH, TEA y AACC desde el Trabajo Social Sanitario. Para llevar a cabo este proceso se emplearán técnicas de priorización de necesidades, identificación de buenas prácticas, diseños de flujogramas y la incorporación de estándares e indicadores.

Los productos que se elaborarán serán un manual docente y los materiales de evaluación del programa formativo, un **protocolo validado** con flujograma, formularios e indicadores y un plan piloto para la implementación en dos centros de salud y dos centros educativos. El desarrollo parte del paradigma de la neurodiversidad y del modelo biopsicosocial con el fin de reducir demoras diagnósticas, mejorar la coordinación sociosanitaria y promover la inclusión plena de la población neurodivergente.

2. Introducción

Este trabajo nace de una necesidad sentida en primera persona, como neurodivergente y como trabajadora social. La realidad del sistema sociosanitario, tal como está configurado hoy, sigue sin ofrecer respuestas ajustadas a las necesidades de diversos colectivos, y de manera particular a personas neurodivergentes. La falta de herramientas prácticas, de formación especializada en el personal sanitario, y la inaplicabilidad normativa se imponen ante la imperante necesidad de cobertura de unos básicos derechos fundamentales en materia sanitaria. Atender a la diversidad no puede estructurarse bajo premisas de moldes homogéneos.

Las necesidades profesionales carecen de estructuras insuficientes para el acompañamiento integral a personas diagnosticadas con TDAH, TEA o Altas capacidades, y se entrelazan con incertidumbres, cansancio e impotencia porque no pueden trabajar. A menudo, las familias llegan al sistema con un diagnóstico clínico en la mano, como si fuese un mapa, pero sin una brújula institucional con forma de protocolo, no se les puede acompañar en el proceso de descubrimiento y reflexión personal que les permita orientarse en su realidad, cubriendo áreas como la social, la clínica, la laboral, o escolar. Son muchas las profesionales que afrontan su día a día laboral supliendo las carencias con voluntad, con intuición, compromiso y una alta dosis de creatividad, pero sin un protocolo sólido que las respalde, sin una formación específica que las prepare, es un pozo sin fondo que no lleva a implementar las necesidades de ninguna realidad.

Este trabajo se construye como respuesta a esa necesidad. Y lo hace desde el ejercicio práctico, desde lo operativo, seguro de poderse implementar. A través de esta propuesta de intervención centrada en la neurodiversidad y elaborada participativamente se elaborará un protocolo pensado para profesionales reales, con tiempos y recursos limitados, pero con la voluntad de hacer las cosas bien.

Se trazará un recorrido a través de tres ejes de actuación, un programa formativo, un grupo focal y el diseño y operativización de un protocolo de intervención para trabajadoras sociales sanitarias. No se trata solo de investigar, sino de transformar. De dejar un documento útil, replicable y validado desde la experiencia y alineado con el marco normativo europeo. Un intento de dignificar la profesión como las trayectorias vitales de quienes siguen esperando que el sistema esté a la altura de su diferencia. ¡Va por ustedes!

3. Marco teórico

3.1 Neurodiversidad

3.1.1 Concepto de neurodivergencia

El concepto de neurodiversidad se ha ido configurando como una respuesta crítica al modelo médico clínico tradicional que configura como un trastorno disfuncional necesario de corregir. Partiendo de la definición inicial de Judy Singer en la década de los noventa, inspiradora de los movimientos sociales de los derechos civiles, propuso una visión diferente del autismo, no como un trastorno patológico sino como una variación neurológica. Silberman (2015), posteriormente publicó en su obra *Neurotribes*, un ferviente alegato a este nuevo paradigma interpretativo de la neurodiversidad. En la misma línea, Llanos. L et al. (2019) señalan que el neurodesarrollo entendido como expresiones complejas y evolutivas del desarrollo cerebral, con una base genética modulada por factores contextuales. Sostienen que muchos comportamientos poseen en ciertos contextos, un valor adaptativo que la medicina tradicional no ha interpretado de manera adecuada. Esa noción de “normalidad, es un constructo contextualizado por modelos sociales dominantes y no un estándar objetivo universal.

Esta afirmación es muy significativa para el trabajo social sanitario, porque obliga a redefinir las estrategias de intervención que estamos usando, los criterios de intervención y reconfigurar los procesos de inclusión desde una perspectiva no patologizante.

De forma convergente, los trabajos de Pinilla, (2023) sobre inclusión educativa muestran que los programas más eficaces son aquellos que combinan ajustes pedagógicos individualizados con acciones que promueven la aceptación de la neurodiversidad en el aula.

Teniendo en cuenta a Gourabi (2024) donde expone que el cerebro es una red interconectada de variaciones en nodos, que dan traducción a estilos de expresión emocional y relacional diferentes, no por ello, patológicos. También la Teoría del equilibrio estructural aboga por que las personas reconfiguramos las redes funcionales de manera constante y dinámica creando nuevos patrones para poder procesar cognitivamente y sensorialmente las emociones. Es por esto, y por otros variados aspectos que se expondrán más adelante, por los cuales se debe reivindicar la legitimidad de cada individuo a procesar

de manera sensorial, emocional y cognitiva genuina, sin limitarse a un constructo estandarizado de desarrollo.

3.2 Definiciones y características de TDAH, AACC y TEA.

3.2.1. Explicación neurológica del desarrollo.

El desarrollo neurológico de los perfiles neurodivergente aporta tras décadas de investigación, a través de técnicas de neuroimagen estructural y funcional, diferentes variaciones en la configuración cerebral que repercuten en el comportamiento y las capacidades cognitivas.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA) se caracteriza por alteraciones en distintas regiones cerebrales. Según Faraone (2024) la actividad se encuentra alterada en la corteza prefrontal y dorsolateral, el cuerpo estriado, en particular dentro el núcleo caudado y putamen, el cerebelo y ganglios basales, además de las vías que conectan las regiones. La variación de estas zonas afecta a las funciones ejecutivas, a la atención sostenida, a la planificación, a la capacidad de inhibición de las respuestas dadas y a la memoria a corto plazo.

Un aspecto clave es la inatención constante, relacionada con una baja producción de dopamina y la influencia de neurotransmisores noradrenérgicos, que también afectan la hiperactividad e impulsividad. Además, se observa una conectividad cerebral atípica, lo que dificulta modular la atención e internalizar pensamientos. El TDAH tiene una fuerte base genética, con múltiples genes implicados en la neurotransmisión, aunque los factores ambientales también contribuyen a su aparición. (Ximena, 2022). Ambos sistemas influyen en la motivación y en la respuesta como recompensa. Según Alda et al. (2022), existe una mayor conectividad en red, siendo reflejo de patrones de conectividad atípicos, por eso tienen una mayor dificultad para modular la atención y poder internalizar los pensamientos.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA). se manifiesta desde la infancia, afectando principalmente el habla, la comunicación y la interacción social. Se caracteriza por comportamientos repetitivos, intereses restringidos y actividades poco habituales para la edad. A nivel neurológico, según Martínez y Martínez, (2019), el TEA implica afectación en

la corteza prefrontal, la amígdala, el cerebelo y las redes neuronales, presentando baja interconectividad cerebral que dificulta la integración de información, y hiperconectividad asociada a comportamientos repetitivos. Las funciones cognitivas más afectadas por esta hipoconectividad (Quintana, 2022) son la planificación, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo. También están implicados los sistemas serotoninérgicos, glutamatérgico y GABAérgico (Gómez y García, 2015). El TEA, al igual que el TDAH, tiene una base genética y está influido por factores ambientales.

El perfil de neurodiversidad de altas capacidades intelectuales (ACI) se definen por un sistema cognitivo más eficiente. Los estudios de neuroimagen muestran diferencias en el volumen prefrontal, lo que mejora las funciones ejecutivas avanzadas y la resolución de problemas complejos. El desarrollo más lento y especializado de la corteza cerebral facilita la generación de nuevas conexiones neuronales, potenciando el aprendizaje (García y Rodríguez, 2019). Desde el plano neuroquímico la dopamina y el glutamato promueven la creación de conexiones neuronales creando patrones de conectividad eficientes, propiciando la motivación, la persistencia y la búsqueda de desafíos intelectuales. Estos factores, unido a los patrones de conectividad funcional eficientes, una optimizada mielinización de las fibras nerviosas, y una modulación específica se promulgan como la conjugación perfecta para el aprendizaje de las personas con alta capacidad (Peiffer, 2017).

3.3. Proceso actual del diagnóstico médico-psicológico.

Para la obtención del diagnóstico de TDHA es necesario que el paciente realice diferentes tipos de evaluaciones. Para comenzar el proceso es importante recopilar la documentación médica del paciente, informes psicológicos, si se han valorado, o en su caso del orientador escolar. Con las familias y cuidadores se realizarán entrevistas para complementar o profundizar en la información de la documentación previa. Según la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH (2017) se considera necesario identificar y analizar todos los síntomas del paciente para poder realizar una propuesta adecuada, configurada con los parámetros de evaluación para saber el impacto que tendrán dichas propuestas en el desarrollo funcional en las actividades básicas de la vida diaria. También se deben considerar otras patologías aportada con los informes psiquiátricos y médicos, estos ayudarán a delimitar correctamente el diagnóstico. (Serrano, 2024).

Las escalas estandarizadas más utilizadas son Conners' Rating Scales o el Child Behavior Checklist (CBCL), (Amador et al., 2016). Con ellas se puede medir la intensidad de los síntomas de los pacientes.

El diagnóstico del **Trastorno del Autista (TEA)** también se arbitra en la realización de una evaluación de diferentes disciplinas. Se realiza la misma estructura de recopilación de información que el anterior trastorno. Los instrumentos más utilizados son el Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition (ADOS-2), y la Autism Diagnostic Interview- Revised (ADI-R).

El primer instrumento, es una evaluación semiestructurada y se basa en el registro de la observación de la manera de interactuar del paciente y su manera de comunicarse. En la segunda propuesta, se observa una estructura de entrevista para los cuidadores principales, para poder hacer una retrospectiva del desarrollo vital del paciente y poder registrar la manifestación de síntomas previos.

Inicialmente el proceso comienza en la atención temprana, con 18 meses, siendo más confiable a los dos años. Se presta especial atención a la historia de desarrollo, y a las áreas de comunicación social, interacción social y patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos. Al igual que en el TDAH se estudiarán los antecedentes de la familia, si existen otros diagnósticos previos de otras patologías psiquiátricas o médicas y el impacto de los síntomas para la realización de actividades de la vida diaria (Reviriego et al., 2022; CDC,2023).

Los profesionales que atienden a este perfil lo forman equipos multidisciplinares configurados por especialistas en neurología infantil, pediatras de desarrollo conductual, terapeutas ocupacionales, psiquiatras infantiles entre otros (Massani, 2018).

El diagnóstico de **altas capacidades intelectuales (ACI)** suele iniciarse con la identificación de indicadores que sugieren un rendimiento cognitivo superior al promedio, aunque también se valoran actitudes o comportamientos que son diferenciales y sobresalientes a la media. Se realiza una recogida de información exhaustiva, incluyendo observaciones conductuales en diferentes contextos (casa, colegio), informes de profesionales, profesores, familia sobre características de aprendizaje, creatividad, su motivación y sus intereses, así como la revisión de trabajos realizados y del expediente académico. En el centro escolar suele haber

estructurados (no en todos) protocolos para a identificación de altas capacidades y talentos en el alumnado. Se suelen usar instrumentos como las Escalas de Wechsler (WISC-V), las Escalas Kaufman (K-ABC, K-BIT), las Matrices Progresivas de Raven y la Escala McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad (MSCA) (Junta de Andalucía, 2020), (Generalitat Valenciana, 2002).

La valoración de la información se basa en evaluar dominios como el intelectual, el creativo, artístico, psicomotriz o académico, no sesgando la valoración bajo parámetros exclusivos de rendimiento escolar, sino el conocimiento del potencial de desarrollo del alumno en planos como el académico y el social (Serrano, 2024). Esta estructura de evaluación de los centros, presenta graves problemas porque no se desarrolla un tratamiento personalizado al alumnado que está por debajo de un CI de 130 (superdotación) y sigue presentando muchísimas características comunes con el mismo. Es una merma del sistema que debe ser regulada e implementada en los centros.

3.3.1. Tratamientos médicos y psicológicos actuales.

A pesar de ser trastornos las tres neurodiversidades propuestas, tan sólo una presenta una combinación de intervenciones farmacológicas y trabajo terapéutico de manera conjunta. Es el **Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. TDAH.**

Los **tratamientos farmacológicos que se suelen recetar a los pacientes con TDAH suelen basarse en la prescripción de** psicoestimulantes como el metilfenidato y las anfetaminas. Estos pueden reducir los síntomas de control de impulsos y en la atención, porque permiten la modulación de dopamina y noradrenalina. Para la hiperactividad se suelen indicar los no estimulantes como la atomoxetina, los agonistas alfa- 2 adrenérgicos (Macías, 2023). De manera paralela, se trabaja con terapias cognitivo- conductuales que permiten al paciente identificar y reestructura patrones de pensamiento disfuncionales, desarrollar habilidades organizativas y regular las emociones facilitando su autonomía en las actividades básicas de la vida diaria (López et al., 2019)

Respecto a Trastorno del Espectro Autista no existe un medicamento que modifique el núcleo etilógico, dado su carácter espectral, y heterogéneo.

Se clasifican en psicosociales y farmacológicas. Las primeras se supeditan a un **Análisis de la Conducta Aplicado (ABA)**, siendo un enfoque muy utilizado por su eficacia, basado en

el aprendizaje de habilidades adaptativas, la reducción de conductas problemáticas y promoción de la interacción social con refuerzo positivo y análisis funcional de la conducta, también se trabaja la comunicación (Ministerio de Sanidad, 2022; Hernández, Spencer y Lagos, 2021). También se trabaja con **el Modelo Denver de Atención Temprana** para niños de 12-48 meses, **el programa TEACCH**, centrado en la estructuración ambiental y apoyos visuales, y el entrenamiento de progenitores en técnicas de manejo conductual y comunicación (Reviriego et al., 2022). Las agencias de tecnología sanitaria recomiendan un plan integral coordinado por un equipo multidisciplinar de pediatría de desarrollo, psiquiatría infantil, trabajo social, logopedia y psicología que combine intervenciones conductuales, apoyos educativos, tratamiento farmacológico (comorbilidades) y trabajo terapéutico con la familia dado que es el eje central y necesita recibir formación y apoyo emocional continuos (Ministerio de Sanidad, 2022).

Para las **personas con altas capacidades** no requieren tratamientos médicos o psicológicos clínicos en el sentido de abordaje tradicional de una patología. Hay que realizar un estudio de casos de manera personalizada. Lo establecido es que se centren en las intervenciones psicoeducativas y estrategias de enriquecimiento escolar (Piñeiro et al., 2022) Desde el tratamiento psicológico se abordan necesidades socioemocionales específicas como la gestión de la intensidad emocional, la regulación de estímulos, la ansiedad, las dificultades de relación social, el sentimiento de soledad e incompreensión...Para estos casos se emplean terapias individuales o grupales que trabajen la inteligencia emocional, las habilidades sociales, las estrategias de afrontamiento y la construcción de la autoimagen positiva. Casos distintos cuando hay presencia de doble excepcionalidad, o triple o hay una amplitud de comorbilidades.

3.3.2. Características diferenciales del perfil (desarrollo, socialización, emocionalidad, aprendizaje, etc.).

Cada uno de los tres perfiles presentados durante este marco teórico tienen características diferenciales unos de otros. En esta tabla se sintetiza para una mejor visualización.

Tabla 1.

Características diferenciales de los perfiles.

Características	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	Trastorno del Espectro Autista (TEA)	Altas Capacidades (AACC)
Desarrollo	Puede presentar hitos motores tempranos, pero inmadurez en funciones ejecutivas	Desarrollo atípico en comunicación y socialización desde la infancia temprana	Desarrollo cognitivo avanzado para su edad, a menudo asincrónico
Socialización	Dificultades para mantener la atención en interacciones, impulsividad social (González y Pérez, 2023).	Déficits persistentes en la reciprocidad socioemocional, comunicación no verbal y desarrollo y mantenimiento de relaciones (Canal et al., 2021).	Puede haber dificultades por intereses intensos o diferente ritmo social (Pérez y Castejón, 2020).
Emocionalidad	Mayor labilidad emocional, dificultades en la regulación (Miranda et al., 2018).	Puede haber dificultades en el reconocimiento y expresión de emociones propias y ajenas (Manzo, 2019).	Intensidad emocional elevada, alta sensibilidad (Pérez y Castejón, 2020).
Aprendizaje	Dificultades para mantener la atención en tareas, impulsividad cognitiva, problemas de organización (Fernández et al., 2021).	Patrones restrictivos y repetitivos de intereses que pueden influir en el aprendizaje, procesamiento sensorial atípico (Paulsen, Velasco, Kedaigle, 2022).	Aprendizaje rápido e intenso, curiosidad insaciable, necesidad de profundidad y complejidad (Valadez et al., 2021).
Comunicación	Habla excesiva, interrupciones, dificultades para escuchar (González y Pérez, 2023).	Dificultades en la comunicación verbal y no verbal utilizada para la interacción social, comprensión literal del lenguaje (Marquès, 2018), (Moradimanesh, 2020)	Vocabulario avanzado, pueden mostrar gran interés en la comunicación compleja (Tourón, 2019).
Comportamiento	Hiperactividad motora (en algunos subtipos), impulsividad conductual, inquietud (Macías, 2023).	Hiperactividad motora (en algunos subtipos), impulsividad conductual, inquietud (Macías, 2023).	Pueden mostrar comportamientos desafiantes por aburrimiento o falta de adecuación del currículo (Aguilar et al., 2018).

Nota: Elaboración propia

Una vez analizadas las características que configuran cada una de las neurodivergencias reflejadas en la tabla, donde cada característica se recoge y representa de manera estanco

dentro cada uno de los perfiles, dispongo la siguiente imagen.

La imagen de la Dra. Katy Higgins Lee (2022) es un diagrama de Venn con tres círculos superpuestos, permitiéndonos visualizar y comparar los rasgos y características descritas en la tabla anterior. Cada círculo representa un perfil. Se puede observar un perfil de TDAH que conecta con otro de TEA y otro de AACC. donde se puede observar los rasgos que comparten las tres neurodivergencias. Se observa cómo se comparten de dos a dos, y las tres neurodivergencias en su conjunto. Es interesante observar cómo hay patrones que se desarrollan a nivel sensitivo, y comportamental, de gran importancia para el diagnóstico de nuestras intervenciones y tratamientos terapéuticos.

Figura 1.

Coincidencias en los perfiles de neurodiversidad.



Nota: <https://www.psicologiagranollers.com/es/noticias/2024/05/13/puntos-de-relacion-entre-tdah-autismo-y-altas-capacidades>

3.4. Necesidades específicas de TDAH, AACC y TEA.

3.4.1. Necesidades específicas del TDAH.

3.4.1.1. 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).

3.4.1.2. 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).

3.4.1.3. 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).

3.4.1.4. 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 el **anexo 2** se recoge una tabla con las necesidades específicas de las personas con TDAH.

3.4.2. Necesidades específicas del TEA.

3.4.2.1. 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 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).

3.4.2.2. 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.

3.4.2.3. 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).

3.4.2.4. 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 incomprensión 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 el **anexo 3** se recoge una tabla con las necesidades específicas de las personas con TEA.

3.4.3. Necesidades específicas de las Altas Capacidades (AACC).

3.4.3.1. 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).

3.4.3.2. 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).

3.4.3.3. 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 AACCC, 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 AACCC, 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 AACCC 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 ola 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).

3.4.3.4. Necesidades emocionales y familiares (apoyo psicosocial, orientación a familias)

Las necesidades emocionales de las personas con AACCC son muy específicas, y con específicas quiero decir intentas 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 el **anexo 4** se recoge una tabla con 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.

3.5. Trabajo Social Sanitario y Neurodiversidad.

3.5.1. Fundamentos del Trabajo Social Sanitario.

Tras la promulgación del Real Decreto 639/2014 incluye dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) la figura del trabajador social sanitario permitiéndonos integrarnos en los equipos multidisciplinares para poder desarrollar funciones específicas de atención sociosanitaria. Este reconocimiento se implementó con la publicación del Libro Blanco del Trabajo Social Sanitario (MSSSSI, 2015) donde se exponen el tipo de competencias a desarrollar, cuáles son los marcos de actuación permitidos y los ámbitos de actuación prioritarios, conformándose el constructo de atención integral de la persona.

El Trabajo Social Sanitario se estructura sobre unos pilares sólidos como son los principios **dignidad y autonomía del paciente**, que implica la obligación de reconocer la capacidad de las mismas personas para participar en las decisiones sobre su salud y proyecto vital. **La equidad** en el acceso a los servicios sanitario donde se debe exigir que se identifiquen y eliminen todas las barreras que dificulten una atención universal, adaptada y justa.

Los modelos ecológicos y sistémicos se nutren del **principio de intervención centrada en la persona y su entorno**, definiendo y entendiendo la atención de la salud como una totalidad, como el resultado de múltiples interacciones en el desarrollo vital del paciente. Finalmente, la práctica se basa en la coordinación sociosanitaria y en el trabajo

interdisciplinar, conformándose como piezas clave en los diferentes estratos de atención (Segura del Pozo, 2017; MSSSI, 2015).

Las funciones de las TSS se organizan en torno a procesos de valoración social y sanitaria integral para poder alcanzar la identificación de los factores que estructuran las vulnerabilidades, conocer los apoyos disponibles tanto personales de los pacientes como los institucionales, y el tipo de barreras contextuales que influirán en el proceso de mejora en el estado de salud de los pacientes relacionados con las enfermedades. El llevar a cabo esta valoración, nos permite desarrollar una adecuada planificación, gestión y seguimiento a través de los Planes Individuales de Atención Social (PIAS), coordinados con los profesionales sanitarios. Además, el TSS facilita accesos a recursos comunitarios, apoyos familiares, prestaciones y dispositivos sociales, especialmente en situaciones de alta dependencia, enfermedades crónicas o salud mental. También ejercen funciones prioritarias como la coordinación interprofesional, la docencia universitaria, la educación sanitaria, y la promoción de derechos y la prevención secundaria, actuando como agente clave en la detección precoz de factores sociales de riesgo o de abandono terapéutico (Libro Blanco del TSS, 2015; Segura del Pozo, 2017).

El **Código Deontológico del Consejo General del Trabajo Social**, dicta el desarrollo teórico y ético del ejercicio profesional. Este memorándum se encuentra enmarcado en **modelo socioecológico Bronfenbrenner**, que permite comprender la realidad de un sujeto basando el análisis en el conjunto de influencias interdependientes de un sistema. Otro modelo que se define como un pilar del código deontológico es el **modelo de capacidades de Amartya Sen**, basado en la potenciación de libertades reales para ejercer la autonomía; y la perspectiva de derechos humanos, que nos dirige a entender las desigualdades en la salud como uno de los pilares sobre los que se asientan las injusticias sociales (CGTS, 2012; Sen, 2010; Bronfenbrenner, 1987).

Estos fundamentos descritos son la base sobre la que la atención a neurodivergencia desde el Trabajo Social Sanitario debe ser crítica, y atender a las necesidades específicas de las personas con TDAH, TEA, AACC y otros perfiles del neurodesarrollo. A pesar de los grandes avances acometidos desde la perspectiva sociosanitaria, la atención a este colectivo presenta barreras de acceso estructurales, una gran carencia formativa por parte de los profesionales sanitarios, una escasa adaptación a los entornos y una carencia de protocolos

de atención con menores y con adultos, generando un caldo de cultivo idóneo para perpetuar la estigmatización social de este colectivo. Por ello, es necesario que, desde el campo social, se implementen modelos de intervención centrados en neurodiversidad, que reconozcan las diferencias como base de la condición humana y se promuevan apoyos ajustados, no patologizante. Se deberían tomar como base de desarrollo los modelos sociales de la discapacidad, unidos al enfoque de derechos humanos, porque aportan modelos teóricos adecuados sobre los que diseñar estrategias de autonomía, autodeterminación y participación comunitaria de las personas neurodivergentes (Macías, 2023) (OSTEBA, 2021)

3.5.2. Modelo de intervención psicosocial aplicados a la neurodivergencia.

El modelo biopsicosocial propone trabajar bajo una visión integrada y en conjunto de la salud como resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, potenciando la atención centrada en la persona, no en la enfermedad que padece, como se establece en los modelos biomédicos. La figura del trabajador social sanitario aporta organizar y planificar una atención integral del paciente, teniendo en consideración el conjunto de dimensiones y factores que pueden imposibilitar su recuperación (Segura del Pozo, 2017; OMS, 2022).

Por lo tanto, los principios del modelo como la atención integral a la persona, el análisis de la interdependencia de los factores de riesgo y protección y la imperante necesidad de intervención interdisciplinar conforma una atención conectada e integral, necesarias para las personas con neurodiversidad. Por ejemplo, una intervención con adultos con TEA no puede centrarse únicamente en el diagnóstico, sino que hay que incluir el tipo de barreras laborales que tiene, la historia personal de exclusión social que ha vivido.

3.5.2.2. Adaptaciones del Modelo Biopsicosocial al ámbito de la neurodivergencia.

La adaptación del modelo biopsicosocial a la neurodivergencia se concreta en la creación de protocolos específicos de intervención flexibles, transversales y personalizados que integren las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de atención a la neurodiversidad.

A nivel operativo, es necesario que no partan de déficits, sino de funcionalidad y de necesidades contextualizadas y con escalas de tipo cognitivo como por ejemplo el lenguaje visual o literal, sensibilidad sensorial, impulsividad o asincronía emocional.

En el plano psicológico, se debe priorizar las intervenciones que no se configuren en relación a la patología de manera expresa, sino que se trabaje la autorregulación, la autoestima, el autoconocimiento y el refuerzo positivo en la autoeficacia.

En el plano social, que se articule orientando la intervención en reducir las barreras estructurales activando a la sociedad, y red asociativa, promocionando entornos más accesibles cognitiva y sensorialmente. El Trabajo Social es el líder de la planificación y la mediación interprofesional, es innegable que no enfatice esfuerzos para asegurar la intervención singular neurofuncional y la participación activa en la toma de decisiones del colectivo.

3.5.2.3. Modelos específicos derivados y aplicables.

El **modelo de respuesta integral y coordinada en salud mental y discapacidad** propuesto por la OMS (2022) establece un marco operativo que conjuga servicios de salud, apoyos sociales y las estructuras comunitarias para garantizar una atención integral, continua y centradas en personas con condiciones crónicas de neurodesarrollo. Esto se materializa a través de mecanismos de gobernanza coordinada interinstitucional y territorial conjugando diversos niveles asistenciales. La OMS también lo enfatiza con los principios de inclusión, autonomía y equidad.

El **Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP)**, desarrollado por Tom Kitwood (1997) en el ámbito de la demencia y posteriormente adaptado a contextos clínicos y educativos, expone que este modelo prioriza la experiencia subjetiva, los intereses y valores de la persona en la planificación de la intervención. Este modelo puede enfocar la atención neurodivergente en diseñar los apoyos sin partir de los déficits, sino de la singularidad cognitiva y emocional de cada individuo (Romaní et al., 2023).

El **Modelo de Apoyo Conductual Positivo (Positive Behavior Support, PBS)** ayuda a promover conductas adaptativas y entornos facilitadores en personas con discapacidades del desarrollo, especialmente en el espectro autista y TDAH. La premisa principal de este modelo es que el comportamiento es una forma de comunicación, y su comprensión debe

incluir el contexto, la funcionalidad y la manera de relacionarse. También aboga por las intervenciones preventivas, basadas en refuerzos positivos, que modifiquen el entorno y que permitan un aprendizaje basado en habilidades alternativas, muy en línea también con el modelo propuesto biopsicosocial (Macías, 2023; Reviriego et al., 2021).

3.5.2.4. Aplicación práctica de la intervención social sanitaria.

Como se ha expresado en apartados anteriores, **la valoración biopsicosocial inicial** es el punto de partida de nuestra intervención, para poder identificar las necesidades, capacidades, los factores de protección y las barreras que merman la salud y la calidad de vida de nuestros pacientes. A través de entrevistas semiestructuradas, revisiones documentales, observaciones contextualizadas y la coordinación institucional y diálogo con la red de apoyo familiar podremos configurar las dimensiones clave que nos definan nuestra propuesta de intervención, ya se de ajuste emocional, ayuda o apoyo familiar, participación coordinada educativa o laboral o la facilitación de recursos sociales y sanitarios. En esta valoración no hay que olvidar tener en consideración los ritmos cognitivos y comunicativos de los perfiles con los que estamos trabajando, para evitar los instrumentos clínicos rígidos y priorizando herramientas comprensibles, y sensibles a la diversidad (Romaní et al, 2023).

Una vez realizada la valoración, diseñamos un **Plan de Actuación Individualizado**. En el caso de personas con TEA, el PAI deberá integrar acciones coordinadas para favorecer la comunicación funcional, la sobre estimulación sensorial y activar los apoyos familiares o educativos necesarios. Con los perfiles de TDAH y AACC, el plan puede incluir intervenciones sobre las funciones ejecutivas, adaptación de entornos de aprendizaje o acceso a psicoterapia especializada. Somos una figura de enlace, y garantizaremos una atención personalizada que garantice la voz de la persona, su proyecto vital y que active el compromiso clínico, psicosocial y educativo en la atención (Macías, 2023; Segura del Pozo, 2017).

Esta implementación va a requerir del trabajo interdisciplinario comprometido y sólido, donde se compartan criterio, se adapten las intervenciones y se garantice una coherencia de los apoyos a todos los niveles. **La coordinación sociosanitaria** debe ser el eje estructural de este modelo de intervención, especialmente en caso de alta complejidad, donde haya

comorbilidad con problemas de salud mental o transiciones vitales (Libro Blanco del TSS, 2015; Rodríguez et al., 2025).

Existen **experiencias exitosas de intervención biopsicosocial** en contextualización neurodivergente que demuestran la viabilidad del enfoque. Pero hay que tener en consideración, de que, a pesar de los avances, este modelo se enfrenta a retos estructurales y de implementación basado en la saturación asistencial, la carencia formativa de profesionales, la fragmentación de sistemas o la brecha digital limitan este acceso inclusivo y continuo. Sin embargo, en Trabajo Social tenemos todo el potencial estratégico para liderar estos modelos de actuación, es factible llevarlo a cabo porque contamos con un abanico de recursos profesionales para garantizar la equidad y que el derecho de atención sociosanitaria en personas neurodivergentes se haga tangible (OSTEBA, 2021; MSSSI, 2015).

3.6. Configuración normativa y servicios.

La configuración normativa del Estado español en materia de atención a neurodivergencias se sustenta bajo un marco normativo internacional y nacional que reconoce la diversidad funcional protegida por el derecho a la igualdad, la no discriminación y la inclusión.

A nivel internacional destaca la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** de Naciones Unidas (ratificada por España en el 2008), donde se establece la obligatoriedad de los Estados de garantizar el acceso a servicios como la salud, la educación y la vida independiente en condiciones de igualdad.

En el ámbito europeo, contamos con la **Estrategias sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030** reforzando derechos y autonomía, incorporando por primera vez de manera explícita a perfiles de neurodesarrollo.

A nivel estatal, la **Ley General de los Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social** (Real Decreto Legislativo 1/2013), junto con la **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**, conforman los pilares legales de referencia de políticas intersectoriales inclusivas.

Desde la **perspectiva sanitaria**, la **Ley 14/1986 General de Sanidad** establece la universalidad y la equidad como principios rectores del sistema, y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que incluye la atención sociosanitaria como campo de actuación estratégica.

Normas específicas como la **Estrategia Nacional en Salud Mental (2022-2026)** y los planes autonómicos de salud mental reconocen la necesidad de adaptar la atención a los perfiles neurodivergentes.

En el plano **educativo** la **L.O 3/2020 (LOMLOE)** obliga a la atención personalizada para la atención del conjunto del alumnado, haciendo específico en su articulado la atención a alumnos con necesidades específicas como TDAH, TEA y AACC para lograr un desarrollo educativo equitativo.

En el campo de los **servicios sociales**, las leyes autonómicas por ejemplo la andaluza Ley 9/2016 o la catalana Ley 12/2007 garantizan el derecho a prestaciones adaptadas en función del perfil de diversidad funcional, y establecen mecanismos para una adecuada coordinación intersectorial.

Los servicios sociosanitarios se distribuyen en tres niveles operativos para atender a la neurodiversidad. **Los Centros de Atención Primaria** como puerta de acceso al sistema y responsables del cribado inicial y derivación a las especialidades; los **Servicios de Salud Mental Infantojuvenil o de adultos, y las Unidades específicas de diagnóstico neuropsicológico**, donde se realizan las valoraciones de TEA, TDAH o AACC, habitualmente adscritas a hospitales de referencia. En algunos territorios hay **equipos específicos de diagnóstico precoz del TEA**, (como los EATNA de Andalucía o los PIDTEA en Cataluña), aunque su cobertura sigue siendo insuficiente y heterogénea entre comunidades autónomas.

Dentro del **sistema de servicios sociales**, hay dispositivos de intervención directa y acompañamiento especializado. Los **Centros de Atención Temprana** forman parte de la cartera de servicios autonómicos, ofreciendo intervenciones interdisciplinares a menores entre 0 y 6 años con sospecha o diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo. También están los **Centros Base de Atención a la Discapacidad**, para la valoración de la discapacidad para acceder a prestaciones económicas, recursos asistenciales y apoyos técnicos.

También hay que destacar a los **Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEPs)** y los departamentos de orientación de los centros educativos, donde a través de

los informes pedagógicos se pueden atender las necesidades adaptativas en el entorno escolar.

Y haciendo eco del tema que tratamos, **las trabajadoras sociales sanitarias** de hospitales y centros de salud.

Por último, **las asociaciones, fundaciones y ONG's** que cumplen un papel fundamental en la visibilización y defensas de las personas neurodivergentes. Por citar algunas, la **Confederación Autismo España, la Fundación CADAH (especializada en TDAH) y la Federación Española de Altas Capacidades Intelectuales (FEAADAH)** ofrecen servicios de diagnóstico complementario, orientación familiar, formación profesional y apoyo mutuo entre iguales. Su inclusión en la planificación sociosanitaria es indispensable para construir modelos de atención integrales, participativos, sostenibles y basados en derechos.

3.6.1. Dificultades actuales en el acceso y coordinación de servicios.

La principal dificultad que afrontan las personas neurodivergentes y sus familias dentro del contexto sanitario es la **demora significativa en los procesos diagnósticos**, especialmente en TEA y TDAH. La lista de espera en las unidades de salud mental infanto-juvenil está en torno a los 12- 18 meses en determinadas Comunidades Autónomas. Esta dilatación afecta negativamente a los tratamientos de atención temprana necesarios, repercutiendo en el pronóstico funcional y emocional del menor o adulto afectado. En todos los casos, las familias suelen recurrir a los diagnósticos privados, siendo un elevado coste económico para una familia media, lo que genera una brecha en la atención desigual, basada en la capacidad adquisitiva, dejando la equidad del sistema sanitario intrascendente. (OSTEBA, 2021, Romaní et al., 2023).

Suma a la problemática, **la carencia formativa de los profesionales del sistema sanitario, educativo y social**, dejando la atención especializada carente de herramientas para identificar y acompañar adecuadamente a estos perfiles. La persistencia de modelos clínicos, ya comentados que son obsoletos, y la escasa presencia de una atención enfocada en neurodiversidad en los planes de estudio universitarios provocan errores diagnósticos, enfoques patologizante y resistencias institucionales ante adaptaciones necesarias. Esta situación es grave en las AACC y el TDAH en mujeres, que siguen siendo ampliamente

invisibilizadas o malinterpretadas por equipos técnicos, retrasando la activación de protocolos y apoyos ajustados a sus necesidades (Macías, 2023).

Otro obstáculo es la **carencia de coordinación entre los sectores sanitarios, sociales y educativos**. Generando respuestas fragmentadas y discontinuas. Todos operan con criterios y tiempos administrativos diferentes, sin compartir historiales, planes de intervención o responsables de caso, lo que obliga a las familias a actuar como intermediarias entre profesionales. No hay protocolos, obviamente tampoco se pueden desarrollar, los equipos sectoriales estables, o los sistemas informáticos inoperables también dificultan la eficiencia asistencial, y la coherencia en las intervenciones, especialmente en comorbilidades y dobles excepciones generan sobrecargas emocionales y burocráticas en la persona y su familia (Segura del Pozo, 2017; MSSSI, 2015).

Por último, y no por ello menos importante, **la brecha territorial** en el acceso a servicios especializados en zonas rurales o con baja densidad poblacional. La carencia de unidades específicas de diagnóstico, ni de profesionales específicos, lleva las familias a realizar desplazamientos constantes a centros urbanos, con el consiguiente coste económico, temporal y emocional para las familias. Además de los recursos sociales de apoyo como asociaciones, redes de respiro familiar o actividades adaptadas, que se encuentran en las grandes urbes. Esta brecha acentúa más, la desigualdad ya existente, dejando de lado el principio de accesibilidad universal tan presente en normativas estatales e internacionales (Romaní et al, 2023) (Confederación de Autismo España, 2022).

4. Objetivos

En este apartado se describen los objetivos que se pretenden alcanzar tras llevar a cabo este proyecto de intervención. En base a un objetivo general se desestructuran tres objetivos específicos operativizados descritos y estructurados para trabajar de manera transversal y conectada todo el proyecto de intervención.

Objetivo general.

Mejorar el acceso y la calidad de la atención sociosanitaria de las personas neurodivergentes.

Objetivos específicos.

Los objetivos específicos propuestos están formulados en base a la metodología SMART.

OE 1: Diseñar e impartir un programa formativo.

Descripción: El programa formativo será de 40h centrado para 20 trabajadoras sociales sanitarias. El contenido estará enfocado en la valoración psicosocial, el conocimiento de los perfiles de diferentes trastornos neurodivergentes, atención sociofamiliar y la coordinación intersectorial.

La previsión es que el 80% mejore más de 20 puntos entre la información que conocían del colectivo (pretest) y la posterior adquisición de conocimientos y competencias (post- test).

Dimensiones

- **Participación activa:** Grado en el que las trabajadoras sociales sanitarias asisten y se implican en las actividades de manera síncrona y asíncrona del curso (indicador de % de asistencia y la entrega de tareas)
- **Aprendizaje competencial:** Incremento de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes mediante la diferencia pre-/ post- test y la rúbrica de evaluación de los casos. (indicador de umbral de mejora superior a 20 puntos que evidencie la transparencia práctica.
- **Satisfacción y relevancia percibida:** Valoración subjetiva sobre 4 la pertinencia, aplicabilidad y la calidad docente, registrando la aceptación del contenido en la aplicabilidad práctica clínica en el desempeño diario.

Los indicadores

- a) Número de profesionales matriculadas y certificadas.
- b) % de asistencia igual o superior a un 90%
- c) Media estadística de 20 puntos entre los resultados del pretest y el post test. Valoración de satisfacción superior a 4.

Instrumentos de recogida y verificación de datos.

Se utilizarán listados de asistencia, cuestionarios pre/post y actas de evaluación continua para medir los resultados, además de una encuesta de satisfacción.

OE2. Concretar en cinco sesiones un grupo focal para la elaboración de un protocolo de actuación sociosanitaria.

Descripción.

Se planificar la elaboración de un protocolo en dos centros de salud y en dos centros educativos. Se definirá el sistema de recogida de datos y metas de calidad si se cumple un porcentaje superior al 75% de los indicadores básicos y si se supera en un 80% el grado de satisfacción de los usuarios y profesionales.

Dimensiones

- **Producción colaborativa:** Es la capacidad del grupo focal para generar entregables tangibles como flujograma, formularios, estándares, PIAS dentro del cronograma establecido.
- **Validez del contenido:** Adecuación técnica y coherencia del protocolo respecto a la evidencia del marco teórico, verificada con la matriz de indicadores completada.
- **Consenso interatorial:** Es el porcentaje de ítems aprobados por un 80% de las participantes, lo que indicará el acuerdo profesional, familiar y asociativo sobre las actuaciones definidas.

Indicadores

- a) Nº de sesiones realizadas según cronograma: Documento de protocolo.
- b) % de ítems consensuados (+80%)
- c) Matriz de indicadores completada.

Instrumentos de recogida y verificación de datos.

Actas de grupo focal, votaciones, versión final del protocolo y registro de cambios.

OE3. Planificar una estructura de prueba piloto para el protocolo.

Definición: El piloto se estructurará en un periodo de seis meses y se aplicará en dos centros de salud y dos centros educativos, definiendo el sistema de recogida de datos y de calidad (más de un 75% de cumplimiento en los indicadores básicos y más de un 80% en la satisfacción de los participantes).

Dimensiones

- **Viabilidad institucional:** Existencia de acuerdos formales y roles asignados en el centro de

salud y los directores y orientadores escolares de los centros educativos evidenciándose por medio de cartas de adhesión firmadas.

- **Cobertura logística:** Alcance poblacional y duración previstos. Se realizará un cronograma con el que organice la operativización y se realizará un fichero para contabilizar a través de la medición de los indicadores las metas alcanzadas.
- **Calidad esperada:** Evaluación del nivel de cumplimiento previsto y la satisfacción proyectada en usuarios y profesionales medidos por los instrumentos de seguimiento que se estructuran en el proyecto.

Indicadores.

- a) Plan piloto validado y calendarizado.
- b) Convenios/ Cartas de adhesión firmadas.
- c) Fichero de indicadores con metas.
- d) Guía de recogida de datos y roles asignados.

Instrumentos de recogida y verificación de datos.

Documento “Plan Piloto”, acuerdos institucionales, tabla de indicadores y cronograma de seguimiento.

Para llevar a cabo estos objetivos se configura este proyecto en los siguientes apartados.

5. Metodología

El apartado metodológico se puede describir de manera general como un **diseño mixto de Investigación- Acción Participativa (IAP)** combinando métodos cuantitativos para medir cambios en competencias, satisfacción y cumplimiento de indicadores. Y métodos cualitativos a través de los grupos focales, diarios reflexivos y actas de consenso para comprender los significados y dar forma a la configuración del protocolo desde la experiencia práctica.

La investigación acción participativa se alinea a la perfección con la praxis del Trabajo Social Sanitario porque permite investigar mientras se interviene, generando el empoderamiento de los actores implicados (Consejo General TSS, 2021). El proyecto se desarrolla en tres fases secuenciales, cada una con una metodología específica, pero están interconectadas por la

retroalimentación constante (Murciano, 2023).

Por lo tanto, **este enfoque metodológico secuencial, participativo y aplicado** se orienta en la construcción de una propuesta de intervención socio sanitaria centrada en las personas neurodivergentes. Para ello, se ha estructurado un diseño metodológico articulado en tres ejes complementarios:

- a) Un programa formativo especializado para trabajadoras sociales sanitarias.
- b) La realización de un grupo focal participativo con representación múltiple.
- c) Y la elaboración de un protocolo operativo de intervención, siendo el producto final de este proceso formativo y dialógico.

Cada uno de los tres ejes corresponderá a una metodología concreta, pero interdependiente.

El eje formativo tiene un carácter eminentemente aplicado y profesionalizante, basado en la formación de competencias y en un aprendizaje significativo. Las participantes adquirirán herramientas teórico-prácticas en materia de neurodiversidad y trabajo social sanitario. Esta fase se desarrolla a través del uso de estudios de casos y elaboración de planes individualizados de atención como metodología base.

Tabla 2.

Metodología específica del programa formativo.

Elemento	Descripción operativa
Diseño instruccional	Modelo ADDIE adaptado (Análisis-Diseño-Desarrollo-Implementación-Evaluación). Análisis de necesidades extraído de la revisión de literatura (Romaní et al., 2023).
Participantes	20 trabajadoras/es sociales sanitarias/os voluntarias/os de tres áreas de salud.
Estrategias didácticas	Blended learning (60 % online síncrono + 40 % presencial). Micro-clases, estudio de casos, simulación interdisciplinar y proyecto de Plan Individual de Atención (PIA).
Recolección de datos	Cuestionario pre-/post-test (30 ítems), rúbricas de caso y PIA, lista de cotejo de destrezas, encuesta de satisfacción (Likert 1-5).
Análisis	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativo: t-pareada para mejora de puntuaciones; frecuencia y media de satisfacción. • Cualitativo: análisis de contenido de los diarios reflexivos (Ramírez et al., 2019).
Criterios	Consentimiento informado, anonimización de cuestionarios,

éticos	aprobación CEI provincial.
---------------	----------------------------

Nota: Elaboración propia

El eje, grupo focal participativo persigue construir colectivamente conocimiento, definido de manera específica como la identificación basada en las necesidades, buenas prácticas y barreras contextuales. En él participarán además de las trabajadoras sociales formadas, personas neurodivergentes, familiares y representantes del tercer sector. Su objetivo principal es obtener información cualitativa para configurar una intervención legitimada desde las voces de quienes viven o intervienen sobre el fenómeno objeto de estudio.

Tabla 3.

Metodología específica del grupo focal- planificación del protocolo.

Elemento	Descripción operativa
Marco	Design Thinking + Técnica de Grupo Nominal para idear, prototipar y refinar el protocolo (Reviriego et al., 2021).
Composición	12 miembros: 8 TSS recién formadas + 2 familiares + 1 autodefensa TEA + 1 autodefensa TDAH/AACC.
Sesiones (ver planificación)	Cinco reuniones de 2-3 h: priorizar brechas, recoger buenas prácticas, diseñar flujograma, consensuar estándares- Indicadores, validar borrador.
Recolección de datos	Grabación de audio, notas de campo, matrices de priorización, votaciones democráticas.
Análisis	Codificación temática con Atlas.ti; búsqueda de convergencias/divergencias hasta consenso $\geq 80\%$ (AEP, 2023).
Outcomes	Protocolo V1, acta de consenso, tabla de indicadores.
Ética	Acuerdo de confidencialidad, devolución de resultados a los participantes (Quílez y Lozano, 2020).

Nota: Elaboración propia.

El tercer eje culmina el proceso metodológico con el **diseño de un protocolo sanitario de intervención en neurodiversidad**. Este instrumento busca integrar de manera sistematizada los aprendizajes del programa formativo y los hallazgos del grupo focal, incorporando flujogramas, formularios y estándares de actuación. Será una herramienta práctica y flexible, basada en evidencias, susceptible de ser utilizada en contextos sanitarios y educativos.

Participantes

El proyecto contempla la participación de diferencias perfiles, seleccionados según criterios de pertinencia profesional y experiencia vital relacionada con neurodiversidad:

a) Eje 1. Programa formativo. En él participarán 12 trabajadoras sociales en ejercicio profesional, pertenecientes a Atención Primaria, Salud Mental Infantil, y centros de día. La selección se realiza mediante muestreo intencional, considerando la diversidad territorial y la experiencia previa en el abordaje en discapacidad o trastornos de neurodesarrollo.

b) Eje 2. Grupo Focal Participativo. Estará compuesto por un total de 16 participantes, integrando a 12 Trabajadoras Sociales formadas (eje 1), 2 representantes de asociaciones en TEA y AACC, y 2 personas adultas neurodivergentes con TDAH y TEA.

Esta composición se diseña en base a un criterio de heterogeneidad estratégica, con el objetivo de recoger diferentes perspectivas en la atención a la neurodiversidad en contextos sociosanitarios.

c) Eje 3. Diseño del protocolo. Los resultados generados por los anteriores participantes se van a complementar con la validación externa de tres trabajadoras sociales sanitarias expertas, la coordinadora del proyecto, una trabajadora social, un psiquiatra y una neuropsicóloga y un jurista en Derecho sanitario para la revisión de la adecuación normativa y una experta en calidad para la aplicación de los criterios AGREE-II.

Procedimientos de recogida de datos

Los procedimientos combinan estrategias cuantitativas (evaluación pre/post) y cualitativas (dinámicas participativas y análisis de contenido), distribuidos en las siguientes fases:

a) Eje 1. Programa formativo. Se aplicará un **cuestionario pre-test** para valorar los conocimientos iniciales de las participantes en relación con la intervención social sanitaria en contextos de neurodivergencia. A lo largo del desarrollo del programa se implementarán metodologías activas de aprendizaje, como análisis de estudios de caso y elaboración de Planes Individualizados de Atención (PIA), los cuales funcionarán como productos intermedios de evaluación competencial. Tras acabar el curso, se realizará un post- test progresión para evaluar la progresión evaluativa.

b) Eje 2. Grupo focal participativo. Se obtendrán los datos a través de cinco sesiones estructuradas, diseñadas con técnicas orientadas a la identificación de necesidades, obstáculos contextuales y propuestas de buenas prácticas. Las sesiones se grabarán con consentimiento informado y transcritas con literalidad. Las dinámicas grupales incluirán

herramientas como la priorización de necesidades mediante matrices adaptadas del modelo Hanlon, la representación gráfica mediante nubes de palabras y debates en torno a los estándares mínimos de actuación deseables en el ámbito sociosanitario. La codificación se realizará en base a los nodos y subnodos temáticos generados mediante análisis de contenido, a través de los criterios de triangulación, saturación y transparencia.

c) Eje 3. Construcción de un protocolo de intervención. Se sistematizarán los resultados obtenidos en las fases previas en una matriz de integración. Se revisará una primera versión de protocolo operativo estructurado en las fases de actuación a realizar, un flujograma de derivaciones, formularios estandarizados e indicadores de calidad. Esta versión fue sometida a un proceso de revisión participativa a través de una técnica Delphi integrada con las profesionales del grupo focal, quienes han realizado las aportaciones estructuradas.

Posteriormente, se llevará a cabo una revisión externa del contenido por parte de tres trabajadoras sociales sanitarias expertas y la coordinadora del proyecto, utilizando una escala tipo Likert para valorar la claridad, la pertinencia y la aplicabilidad de contenido. El proyecto concluirá incorporándole sugerencias de mejora y la redacción de la versión final del protocolo para que se inste como documento de referencia en la atención a personas con neurodiversidad.

6. Proyecto de intervención.

Programa formativo.

La primera fase del proyecto se configura como un proceso formativo intensivo de 40h para trabajadoras sociales sanitarias de Atención Primaria y de Salud Mental. Se pretende generar un corpus competencial homogéneo que pueda garantizar actuaciones sociales basadas en la evidencia y en los derechos sociales antes de emprender la redacción del protocolo participativo.

Para analizar las necesidades y el diseño formativo se partió de una revisión de **vacíos en la praxis con el colectivo detectados en el marco teórico como demoras diagnósticas, falta de coordinación sociosanitaria y estigma institucional** (Romaní et al, 2023; Riviriego et al 2021).

Los objetivos a lograr con esta formación son:

- Comprender el paradigma de neurodiversidad en el ámbito sociosanitario.
- Diagnosticar situaciones y diseñar planes de atención biopsicosocial adaptados a TDAH, TEA y AACC.
- Coordinar servicios intersectoriales desde una lógica centrada en la persona.
- Implementar protocolos de atención y defensa de derechos en entornos sociosanitarios.

El desarrollo competencial de esta formación se sustenta en el marco europeo de competencias para el aprendizaje permanente (UE, 2018), en la contextualización de la práctica profesional del Trabajo Social Sanitario, en base también al Real Decreto 1393/2007 sobre enseñanzas universitarias oficiales y al Real Decreto 822/2021 centrándose en la organización de enseñanzas universitarias.

A continuación, se presentan las competencias clave y específicas delimitadas a lograr tras la realización de esta propuesta formativa.

Las competencias clave a lograr en esta formación serían:

1. Competencia en conciencia y expresiones culturales.

Su definición adaptada al contexto sanitario sería el reconocer y valorar la diversidad neurofuncional como expresión de la condición humana, integrándola en el diseño de intervenciones sociales. Recogido en la Recomendación de la UE, y art. 6 de la LOMLOE.

2. Competencia Digital.

Utilizar herramientas digitales para la elaboración de informes, coordinación interinstitucional y sensibilización comunitaria. Recogido en el Anexo 1 de la LOMLOE.

3. Competencia personal, social y de aprendizaje aprender a aprender.

Adaptación al contexto sanitario a través de la reflexión crítica de su rol profesional. Mejoras de las intervenciones mediante el aprendizaje autorregulado y colaborativo. Recomendación de la UE y LOMLOE.

4. Competencia ciudadana

Actuar desde el respeto a los derechos fundamentales, impulsando la inclusión de personas neurodivergentes desde el enfoque de la justicia social. Basado en el Anexo 1 de la LOMLOE.

5. Competencia en sentido de iniciativa y espíritu emprendedor.

Diseñar y liderar protocolos de intervención biopsicosociales innovadores, orientados a la transformación institucional. Basado en la LOMLOE y el Catálogo de competencias de la UE.

Competencias específicas

a) Analizar las implicaciones del paradigma neurodivergente en el contexto sociosanitario.

Definición operativa: Comprender los marco teóricos y epistemológicos que configuren una atención no patologizante de las personas con diversidad neurofuncional.

b) Aplicar el modelo biopsicosocial en la valoración e intervención con personas con TDAH, TEA y AACC.

Definición operativa: Realizar valoraciones integrales y personalizadas basadas en el enfoque biopsicosocial, integrando variables clínicas, educativas, sociales y familiares.

c) Diseñar protocolos de actuación en coordinación interinstitucional.

Definición operativa: Conformer diagramas de flujos y estrategias para la atención coordinada entre servicios sanitarios, sociales y educativos, con criterios de accesibilidad y equidad.

d) Promover prácticas que fomenten el empoderamiento socio familiar y la participación comunitaria en contextos de neurodiversidad.

Definición operativa: Facilita procesos de acompañamiento y fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas, haciendo especial esfuerzo en el enfoque de derechos.

e) Elaborar instrumentos de evaluación y mejora de la calidad en los programas sociosanitarios.

Definición operativa: Diseñar y definir indicadores válidos, rúbricas de evaluación y herramientas de seguimiento que permitan un correcto análisis del impacto de nuestras

acciones y lograr una correcta adecuación a las necesidades reales.

Para organizar el diseño formativo nos basaremos en el modelo ADDIE para planificar, desarrollar y evaluar de manera estructurada y cíclica el desarrollo formativo.

Participantes. Se realizará una invitación a los servicios de T.S.S de las gerencias sanitarias priorizando a profesionales que cuenten con al menos un año de experiencia laboral. Se establecerá un cupo de 20 profesionales, 14 de Atención Primaria, 4 de Salud Mental infantil y juvenil y 2 de Centros de Día. Todas firmarán un consentimiento informado y un compromiso de asistencia de más de un 90% de las sesiones.

Comenzaremos **analizando la realidad** a través de una encuesta exploratoria de 31 TSS de tres áreas de salud. Se identificarán las lagunas en valoración social sanitaria de neurodesarrollo y en el seguimiento intersectorial.

Se diseñarán cinco **módulos temáticos** en base a las competencias específicas u operativas (González, 2020) utilizando un formato **blended learning** para conciliar la experiencia laboral y la profundización reflexiva del aprendizaje.

Se desarrollarán **microcontenidos audiovisuales**, guías de estudio de casos y rúbricas de evaluación. Los materiales e instrumento se validarán por dos expertas docentes universitarias especialistas en neurodiversidad.

La estructura metodológica se desarrollará a través de un itinerario formativo que combinará cuatro metodologías diversas. Se trabajará a través de **micro-clases inversas** (20%) a través de videos de 15 min aproximadamente y lecturas clave, que deberán preparar de manera previa a la asistencia de la sesión.

a) Estudios de casos (30%) reales para realizar análisis de manera colaborativa mediante la asignación de expedientes despersonalizados de TDAH, TEA y AACC, aplicando la historia social sanitaria.

b) Realización de Role playing (25%) de tres personas, la trabajadora social, la familia y el pediatra, o docente.

- c) Se realizará un **aprendizaje basado en proyectos (ABP)** 15% realizando un PIA completo que integre objetivos SMART, indicadores y cronograma.
- d) Elaboración de un **portafolio personal (10%)**, donde se registrarán las competencias y la autoevaluación por parte de las asistentes.

La secuencialidad de las sesiones se realizará con la micro clase, después se trabajará a través de un grupo de discusión y finaliza con la entrega de la tarea o el avance del PIA. (Manual formativo **Anexo 4**)

Tabla 4.

Contenido, resultados esperados, criterios de evaluación e instrumentos.

Contenidos	Criterios de evaluación	Resultados esperados	CC	CE	Instrumentos / Tipo de evaluación
Paradigma de la neurodiversidad y derechos humanos	Identifica fundamentos teóricos y elementos clave del enfoque biopsicosocial	Interpretación del marco normativo del modelo neurodivergente	1, 4	a)	Rúbrica y debate dirigido. Anexo 5
Aplicación del modelo biopsicosocial en casos de TDAH, TEA y AACC	Aplicación de criterios de integración en la valoración	Elaborar un diagnóstico social ajustado a la realidad neurodivergente	2, 3	b)	Rúbrica para el estudio de casos. Anexo 6
Diagnóstico social y diseño de planes de atención (PIA)	Aplica correctamente pautas de valoración e intervención	Diseña un Plan Individualizado de Atención (PIA)	3, 5	b) e)	Rúbrica y autoevaluación reflexiva. Anexo 7 y 8
Coordinación intersectorial y flujos de derivación.	Formula propuestas de mejora en la coordinación sociosanitaria	Propone un flujograma intersectorial con agentes clave	4, 5	c)	Rúbrica / coevaluación grupal Anexo9
Participación familiar y comunitaria	Analiza los factores facilitadores y barreras	Diseña estrategias de empoderamiento familiar y comunitario	1,3,4	d)	Portafolio reflexivo / Foro de discusión Anexo 10
Evaluación y mejora de programas	Define indicadores e interpreta resultados	Elabora un sistema de evaluación de calidad del protocolo diseñado	2, 5	e)	Lista de cotejo y retroalimentación estructurada. Anexo 11 y 12

Nota: Elaboración propia

Los elementos transversales tenidos en cuenta en las sesiones son la educación en

valores y derechos humanos, igualdad de género y accesibilidad universal, el uso de las TIC en los procesos de coordinación sociosanitaria y la sensibilización social desde el trabajo comunitario.

Toda la formación estará **adaptada las necesidades de atención específica** del alumnado que presente necesidades de adaptación curricular.

La evaluación se realizará a través de la integración de sistemas de mejora mediante rúbricas, diarios reflexivos y las pruebas pre-post test (Ramírez et al, 2019). Se analizará en el apartado correspondiente.

Grupo focal y protocolo participativo.

En esta segunda fase del proyecto se trasladarán los conocimientos adquiridos en la primera parte formativa, utilizando un proceso dialógico coproducido que persigue generar un protocolo operativo para la atención a la neurodiversidad desde el Trabajo Social Sanitario.

Fundamentación.

El grupo focal se construye como un espacio de Investigación- Acción Participativa (IAP) que integra principios de Design Thinking (empatizar, definir, idear, prototipar, testar) y la Técnica de Grupo Nominal para favorecer la generación rápida de ideas, priorización consensuada y la concreción de acuerdos operativos (Reviriego et al., 2021).

Este enfoque permite garantizar que todas las voces (profesionales, familiares y asociativas) sean escuchadas y tengan el mismo valor. Cada sesión se traduce en un registro a través de flujogramas, matrices y borradores. También se retroalimenta de manera cíclica con la parte formativa, porque las evidencias formativas permiten alimenta el debate y viceversa (Murciano, 2023).

Participantes

Los perfiles que compondrán los grupos focales serán **trabajadoras sociales sanitarias recién formadas** (8) que hayan completado ≥ 90 % de la formación y superar la rúbrica de casos, porque se espera que aporten al debate experiencia clínica y lenguaje común de intervención.

Familiares cuidadores de TDAH, TEA y AACC (2), que hayan participado en asociaciones locales con una experiencia superior a dos años. Ellos representarán necesidades reales y evaluarán la viabilidad de la propuesta.

Miembros de **asociaciones de defensa y protección de personas con TDAH, TEA y AACC** (2-3), ellos permitirán introducir la perspectiva vivencial y de derechos de los colectivos, basando su experiencia en los diagnósticos formales y las habilidades comunicativas.

Los participantes reciben una carta de invitación y firman consentimiento informado y acuerdo de confidencialidad. La diversidad de agentes incrementa la validez ecológica y fomenta el consenso inter-actoral (≥ 80 % de ítems aprobados) como indicador crítico de calidad (AEP, 2023).

Tabla 5.

Planificación de las sesiones

Las sesiones se realizan en cinco encuentros presenciales (2-3h) distribuidos en seis semanas:

Sesión	Propósito principal	Dinámicas y productos	Instrumentos de recogida
0. Kick-off	Presentar objetivos y reglas	Dinámica de calentamiento (rompe hielos), repaso hallazgos de la fase formativa	Acta, lista de asistentes. Anexo 13
1. Mapa	Identificar problemas clave en la ruta sociosanitaria	Lluvia de ideas + clustering (agrupación de ideas por temas) + votación democrática	Matriz brecha-prioridad, grabación. Anexo 14
2. Ideación de soluciones	Generar estrategias y buenas prácticas	Brainwriting 6-3-5 (para evitar a influencia jerárquica de la "lluvia de ideas"), e historia de usuario en viñetas	Fotografías de murales, notas. Anexo 15
3. Prototipo de flujograma	Concretar el circuito de derivación y roles	Co-diseño con pizarra de papel + check-list DEEP (Detallado-Economico-Eficaz-Practico)	Boceto de flujograma, audio. Anexo 16

Nota: Elaboración propia

Entre las sesiones los coordinadores refinarán los resultados obtenidos y enviarán un resumen para que se realicen los comentarios asíncronos. Se creará una carpeta en línea (drive) para trabajar en conjunto este apartado.

La estructura de las sesiones se organizará en diferentes apartados tratando el contenido de manera secuencial:

Tabla 6.
Proceso de recogida de información para el protocolo de intervención

Sesión	Objetivo	Instrumento
S.0. Preparación	Registrar datos sociodemográficos, motivo de inclusión y consentimientos informados	Formulario de recogida de datos iniciales. Anexo 17
S.1 Diagnóstico Social	Profundizar en situación familiar, recursos, necesidades y fortalezas	Guía de entrevista semiestructurada. Anexo 18
S.1 Valoración biopsicosocial	Medir dimensiones biológicas, psicológicas y sociales relevantes al caso	Cuestionario. Anexo 19
S.1 Diseño del PIA	Estructurar objetivos, acciones, responsables y plazos	Plantilla de Plan Individualizado de Atención (secciones y metas SMART). Anexo 20
S.1 Validación normativa	Verificar alineación con protocolos y normativa (LOMLOE, Convención ONU DDHH...)	Checklist de cumplimiento legal Anexo 21
S.2 Implementación	Documentar fecha, participantes, actividades realizadas y observaciones	Registro de sesiones. Anexo 22
S.2 Monitorización	Captar percepción del usuario y medir avances respecto a los indicadores definidos	Cuestionario de satisfacción y progreso. Anexo 23
S.2. Fidelity checklist	Asegurar que cada paso del protocolo se aplica con fidelidad	Lista de cotejo de adhesión al protocolo. Anexo 24
S.3 Evaluación intermedia	Analizar datos recopilados, comparar con umbrales y proponer ajustes	Informe de resultados parciales. Anexo 25
S.3 Evaluación final	Sintetizar conclusiones globales, lecciones aprendidas y recomendaciones	Informe de evaluación de calidad del protocolo. Anexo 26

S.3 Retroalimentación	Registrar acuerdos, revisión de indicadores y plan de sostenibilidad	Acta de reunión de cierre. Anexo 27
-----------------------	--	-------------------------------------

Nota: Elaboración propia.

Protocolo de intervención sociosanitaria para la atención a personas con neurodesarrollo.

Esta tercera etapa se transformarán los datos obtenidos en las anteriores fases en un instrumento normativo-operativo, para aplicarse en servicios de Atención Primaria, Salud Mental Infantil- Juvenil y el ámbito educativo- social. El proceso de desarrollo va a llevar una lógica iterativa, colaborativa y auditada, semejante a los estándares AGREE-II y a los ciclos PDSA de mejora continua (Murciano, 2023).

Para poder realizar este protocolo se adoptará un enfoque híbrido, combinando la lógica Desing Based Research (DBR), capaz de convertir la práctica y la reflexión en nuevas soluciones, con los criterios de calidad de AGREE-II, herramienta normalizada en la redacción de guías clínicas (Murciano, 2023).

La línea vertebral del proceso es el ciclo PDSA (Plan-Do-Study- Act). En primer lugar, se planificará exponiendo los temas prioritarios y los indicadores generados en la fase 2. Se realizará una redacción minuciosa y se estudiará la coherencia técnica, jurídica y real mediante un panel Delphi. Finalmente se aprobará una versión inicial para ser puesta a prueba piloto. El enfoque propuesto garantizará una mejora continua al revisarse continuamente, permitiendo depurar las futuras ediciones del protocolo sin perder la trazabilidad en la toma de decisiones.

Además, el realizar el protocolo entre diferentes figuras permite permear todo el proyecto. La participación de los familiares, asociaciones y personas neurodivergentes no termina en el grupo focal, sino que se va a extender en la revisión on line y en la verificación con la lectura de los formularios. De esta forma, el protocolo resultante será técnicamente riguroso además de legítimo, para quienes lo utilizarán y lo vivirán.

Los participantes en la configuración del protocolo.

Serán la coordinadora del proyecto, con funciones de liderazgo metodológico y enlace con a dirección asistencial; El equipo de redacción clínica (Trabajadora social, psiquiatra y

neuropsicóloga), encargados de la redacción de secciones técnicas y flujogramas; Un jurista especializado en derecho sanitario para revisar la normativa, como la Ley de protección de datos o la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud; tres trabajadoras sociales sanitarias expertas para la realización de la auditoría y una experta en calidad para aplicar los criterios de calidad del AGREE-II.

Estructura y fases de desarrollo.

Fase 1. Sistematización de los resultados.

Durante la primera semana las redactoras deberán exportar el árbol temático y los indicadores generados por el grupo focal en una matriz de datos Excel. Se denominará Resultados-> Requisitos. Cada nodo temático, por ejemplo, *“una demora diagnóstica”* se convierte en una exigencia concreta del futuro protocolo, *“derivación a neuropsiquiatría en menos de 30 días”*.

El equipo debe imponerse reducir al menos el 95% de los resultados, para evitar que queden cabos sueltos. Esta actividad asegura que el protocolo no pierda esa memoria lograda en el trabajo participativo y que cada recomendación se pueda rastrear hasta el momento del consenso del grupo.

Fase 2. Redacción.

Con la matriz realizada, las redactoras elaboran un borrador (V0) en un word siguiendo el formato ISO 9001, reflejando los apartados objeto, alcance, responsabilidades, procedimiento y registros. De manera paralela se dibujará un flujograma interactivo con el programa Miro. El borrador se trabaja en un taller interno, subdividido en dos grupos, uno para buscar errores, ambigüedades o redundancias, y otro para realizar una defensa de la lógica propuesta. De este debate de grupos nacerán mejoras, simplificación de los pasos y eliminación de jerga clínica innecesaria.

Fase 3. Revisión técnico- jurídica.

La versión que inicia esta fase es la V0.3 que pasa a manos de un jurista especializado en derecho sanitario, para poder repasar frente a la normativa vigente como el Reglamento General de Protección de Datos, la Ley Orgánica de Protección de Datos y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Se revisarán las cláusulas de consentimiento, la salvaguarda de los datos y la compatibilidad con los circuitos administrativos de tarjeta sanitaria. Las observaciones legadas que se lleven a cabo se reflejarán en una “tabla de concordancia normativa”. El resultado es la V0.4 jurídicamente segura.

Fase 4. Delphi final y validez de contenido.

El borrador del protocolo se les enviará a los 12 miembros del grupo focal mediante LimeSurvey o Google forms. Cada ítem o paso del procedimiento es esencial e imprescindible. Con las respuestas obtenidas se calculará el Content Validity Ratio (CVR); si un criterio es inferior a 0,50 se descartará, si está entre 0,50 y 0,77 se reformulará y si es superior a 0,78 se mantendrá. Se dará una segunda vuelta para depurar el contenido y reafirmar el sentido de pertenencia a los cocreadores del modelo.

Fase 5. Pilotaje.

Antes de sellar la versión final, el protocolo se ensaya en dos centros de salud y un hospital de día con tres casos ficticios (perfil TEA, TDAH y AACC). Se cronometra el tiempo que la Trabajadora Social Sanitaria tarda en finalizar una hoja de derivación, y se anotan los comentarios en un cuaderno de observaciones. Las redactoras ajustan los campos que resultaron confusos, ambiguos o demasiado largos, intentando lograr que se rellene en menos de 8 y una puntuación SUS inferior a 80/100. Este paso asegurará que el documento sea viable en la práctica.

Fase 6. Edición y aprobación oficial

Se maquetarán dos versiones una, escritorio con hipervínculos internos y otra en formato bolsillo plastificado. La Dirección asistencial realizará una reunión para la firma y cierre oficial, quedando este acto registrado en la intranet corporativa y el protocolo se subirá al repositorio institucional bajo la licencia Creative Commons BY- NC- SA. Con esta aprobación nace la versión 1.0 que servirá como base de prueba piloto en a fase siguiente y como material de referencia para futuras ediciones respaldadas por datos reales.

Tabla 7.

Fases y actividades del protocolo

Fase	Actividades operativas	Producto	Indicadores de logro
F1. Sistematización (1 sem)	<ul style="list-style-type: none"> Exportar árbol temático y de indicadores del grupo focal. Agrupar por macro-proceso (detección, valoración, PIA, seguimiento). 	Matriz Hallazgo → Requisito	% hallazgos vinculados ≥ 95 %
F2. Redacción iterativa (2 sem)	<ul style="list-style-type: none"> Construir borrador V0 (plantilla ISO 9001). Taller interno de re-visión 	Protocolo V0 + SVG flujograma interactivo	Check-list de legibilidad
F3. Revisión técnica-jurídica (1 sem)	<ul style="list-style-type: none"> Jurista revisa secciones de consentimiento, RGPD y circuitos de 	Protocolo V0.4	Nº observaciones

	derivación. • Ajustes terminológicos inclusivos.		legales resueltas
F4. Delphi final (1 sem)	• Envío online a panel (12 miembros del grupo focal). • Valoración “esencial / útil / prescindible”.	Matriz CVR	Ítems con CVR $\geq 0,78 \geq 85 \%$
F5. Pilotaje documental (1 sem)	• Simulación en dos centros: aplicación en 3 casos ficticios. • Registro de tiempos y usabilidad SUS.	Informe de factibilidad	SUS media $\geq 80/100$; tiempo cumplimentación hoja derivación ≤ 8 min
F6. Edición y aprobación (1 sem)	• Diseño gráfico final (versión papel + digital interactiva). • Firma de la Dirección Asistencial.	Protocolo versión 1.0	Acta de aprobación oficial

Nota: Elaboración propia

7. Análisis de datos y resultados previos.

Programa formativo.

La evaluación se estructurará en tres niveles,

a) **Conocimiento.** Evaluación de los cuestionarios pre / post de 30 ítems de elección múltiple. Se refutará una buena puntuación si se mejora sobre 20 las diferencias entre tests para un 80% del grupo.

b) **Competencia aplicada.** Se utilizará una rúbrica para los estudios de caso, utilizando cuatro criterios, el análisis biopsicosocial, los juicios diagnósticos, los planes de apoyo y el enfoque de derechos. La rúbrica del PIA se evaluará el diseño, los objetivos, los indicadores y la coordinación. El objetivo es alcanzar una puntuación superior a $\frac{3}{4}$ en ambas.

c) **La satisfacción y la utilidad percibidas.** Se realizará una encuesta tipo Likert, considerándose exitosa esta categoría si se supera sobre cuatro la media del resultado. Además, se analizarán los diarios reflexivos de las TSS, categorizando y codificando para detectar barreras y mejoras.

Para evaluar esta primera fase se estructurará su desarrollo en relación a las dimensiones que se configuran.

La dimensión de aprendizaje cognitivo se llevará a cabo mediante un análisis cuantitativo, tras aplicar un cuestionario pre y post. Se realizará la prueba T pareada para contrastar las diferencias de medias, la D de Cohen para calcular el tamaño del efecto, si es superior a 0,80 se considerará alto. Después de obtener la ganancia individual (puntuación post – la puntuación pre del cuestionario) se calcula la ganancia media del grupo. El intervalo de confianza al 95% indica el rango por el que se afirmará que con un 95% de certeza, que la verdadera ganancia de la población de TSS es verdadera para generalizar los resultados.

También se analizarán los ítems del cuestionario de manera individual para analizar la calidad psicométrica, realizando la fórmula de test de opción múltiple de Dificultad (p) y la Discriminación (D), generando un intervalo deseable para la primera de 0,30-0,70, siendo $< 0,30$ demasiado difícil que acierten el ítem, y $> 0,70$ será demasiado fácil que acierten el ítem. En la segunda se estima que el intervalo sea menor o igual a 0,30 para medir la capacidad del ítem para distinguir entre quienes dominan y quienes no dominan el contenido. Los valores negativos indicarán ítems confusos.

Se utilizará el programa informático SPSS para el tratamiento de los datos.

Dimensión de competencia aplicada se **analizará de manera cuantitativa** a través de los datos de las rúbricas de casos prácticos y PIA. Se realizarán los procedimientos como la prueba de rangos de Wilcoxon, la distribución de frecuencias por nivel (0-4) y el índice de progreso realizando la media de los datos post menos los obtenidos en el pre test dividido entre 4 -pre. Se usará para el cálculo de los datos el programa SPSS y el Excel.

Para analizar la validez de la rúbrica se aplicará el método Delphi, donde 5 expertas, tras dos rondas, puntuarán los ítems estructurando un resumen estadístico y se pedirá que se reevalúe hasta lograr la convergencia. Si tras las mismas los criterios cuya CVR son iguales o superiores a 0,78 se mantendrán los ítems. Si se quedaron entre 0,50-0,77 los indicadores se reformularán y si puntuaron $< 0,50$ se descartarán. Así se garantizará que la rúbrica mide exactamente las competencias relevantes, contando con el respaldo de un grupo de expertas.

Dimensión de satisfacción y utilidad se analizará con el método cuantitativo de categorías tipo Likert (1-5) a través de una encuesta. Se realizarán cálculos de estadística descriptiva y para comparar la satisfacción entre perfiles se calculará el Chi Cuadrado. La fiabilidad de la

escala $\alpha \geq 0,85$.

Dimensión de la Transferencia reflexiva. Se analizará mediante un enfoque cualitativo, a través del análisis temático de los diarios reflexivos según Braun y Clarke (2021): familiarización; codificación inicial abierta; búsqueda de temas; revisión y mapeo; definición y nombrado; y redacción de narrativa temática.

Se realizará mediante **triangulación** donde dos evaluadoras codificarán el 30% de los textos de manera independiente. Una vez realizado, se realizará una discusión consensuada y el cierre del código. Para saber el grado de coincidencia entre las dos evaluadoras calcularemos el Kappa de Cohen, para corregir el acuerdo que cabría esperar por el azar. O'Connor y Joffe (2020) establecen el rigor clínico como buena práctica si se eleva a igual o $>0,70$ asegurando que las conclusiones sean lo suficientemente sólidas, que tenga un equilibrio entre el detalle analítico y la confiabilidad. Por lo tanto, si se supera esa cifra se codificará el corpus completo y se documenta el proceso en el informe metodológico. Se utilizará Atlas ti. y Excel para su análisis.

La síntesis mixta se realizará mediante la integración de datos (Creswell, 2015). Se seleccionarán las variables cuantitativas clave, y se identificarán los temas cualitativos emergidos del análisis temático, se elaborará una **tabla Joint Display** para visualizar la naturaleza de la relación en convergencia, divergencia o complementariedad en los datos.

Se realizará una síntesis por dimensión.

Se analizarán las pruebas t- pareadas, Wilcoxon y encuestas. Se seleccionarán los casos extremos y se marcarán en la base de datos. Se enlazarán los textos y se codificarán para localizar las explicaciones. Se realizará la meta-inferencia redactando una narrativa para explicar porque se han producido diferencias, y las lecciones obtenidas posibilitan la retroalimentación incorporándolas como recomendaciones al protocolo y a la fase piloto.

Grupo focal y protocolo participativo.

Recolección y análisis de datos.

La fase del grupo focal se ha concebido como un proceso de captura de información de diversas fuentes que combina los registros audiovisuales, los instrumentos gráficos y reflexiones de los propios participantes. El propósito es poder transformar la conversación

colectiva en un protocolo técnico fiable, por ello, la estrategia analítica pone el énfasis tanto en la fidelidad del registro como en la credibilidad del significado (Plano, 2018).

1. Copia y guarda de cada sesión.

Cada sesión se grabará en audio con una grabadora colocándola en el centro de la mesa a modo de 360º, asegurándonos de que en la sala no se filtran ruidos externos, cerrando puertas y ventanas. De manera simultánea, la moderadora del grupo tomará notas estructuradas en un diario de campo, señalando si ha cambios de tema, reacciones verbales y acuerdos emergentes, mientras una segunda colaboradora realizará fotos de la sesión, hará rotar los folios para anotar respuestas a los interrogantes tratados, repartirá post-its y murales para completar las participaciones del grupo.

Terminada cada reunión los archivos de audio se custodiarán en una carpeta protegida en el servidor hospitalario (cifrado), con un código alfanumérico que sustituye los nombres personales, las anotaciones en papel se digitalizarán y se destruirán siguiendo el protocolo CEI__/2025.

2. Transcripción y preparación de la información.

Las grabaciones serán transcritas de manera literal con el programa Scribe y un primer barrido de limpieza se realizará respetando los énfasis y las pautas significativas. Cada intervención queda vinculada a un identificador (P01-P12) que permitirá la preservación del anonimato además de rastrear la procedencia de ideas. Los elementos visuales se transformarán en PDF y se incorporarán como “memos” para ser contrastados texto e imagen.

3. Codificación y consenso analítico.

La codificación se va a desarrollar en dos tiempos. El primero, la coordinadora analizará por separado el 30% de la transcripción aplicando un esquema abierto (line by line) basado en Braun y Clarke (2021). De este repaso y lectura de código de iniciales emergerán como barrera creativa, solución creativa o rol del TSSS.

Se calculará la kappa de Cohen, cuyo valor objetivo es $\geq 0,70$. Si no se alcanzase, se deberá evaluar las divergencias hasta lograr depurar la plantilla de códigos.

En el segundo tiempo, se aplicará la plantilla consensuada al 70% restante, añadiendo códigos secundarios cuando la saturación lo exija. El resultado será un árbol temático jerarquizado, por ejemplo; Barreras-> Diagnóstico tardío-> Lista de espera.

Tabla 8.

Codificación y consenso.

Actividades	Producto	Indicador de calidad	Umbral / Criterio
<ul style="list-style-type: none"> • Lectura abierta del 30 % del corpus por dos analistas. • Discusión y depuración de la “plantilla de códigos” (árbol temático). • Aplicación de la plantilla al 70 % restante. 	Árbol temático jerarquizado (p. ej., Barreras → Diagnóstico tardío).	Kappa de Cohen	$\kappa \geq 0,70$ = acuerdo “substantial” (McHugh, 2012).
	Registro de discrepancias y decisiones en “audit-trail”.	Porcentaje de discrepancias resueltas.	100 % discrepancias resueltas antes de la 2.ª oleada.

Nota: Elaboración propia

4. Construcción de matrices de priorización y evidencias gráficas.

De manera paralela al análisis textual, las matrices de votación se trasladan a una tabla Excel, ahí, se normalizan las puntuaciones y se ordenan de mayor a menor prioridad. Esto permite vincular cada tema cualitativo con el valor cuantitativo de urgencia- impacto asignado por el grupo.

Las fotografías de los flujogramas se digitalizan y se trazan en Lucidchart; dichas versiones vectoriales se incorporan a Atlas.ti como imágenes codificables, de modo que un cambio de color en una flecha puede asociarse a una cita que justifica tal decisión.

5. Validez de contenido mediante un panel Delphi expreso.

Una vez que el equipo de análisis genera el protocolo, se remite a todos los participantes un formulario on-line (Google forms) donde se pregunta si cada ítem es esencial, útil o prescindible. Con las respuestas se calcula el Content Validity Ratio (CVR); los criterios con $\text{CVR} \geq 0,78$ se mantienen sin cambios, los que oscilan entre 0,50 y 0,77 se reformulan y aquellos por debajo se descartan, siguiendo las recomendaciones de Lawshe (1975). Si tras la segunda ronda aún queda algún ítem con desacuerdo $> 20 \%$, se abre un foro asincrónico de 48 h para argumentos finales y votación de cierre.

Tabla 9.

Validez de contenido

Actividades	Producto	Indicador de calidad	Umbral / Criterio
-------------	----------	----------------------	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Envío on-line del borrador de criterios/ítems a los 12 participantes. • Dos rondas de valoración: “esencial / útil / prescindible”. • Revisión o eliminación de ítems según resultados. 	Tabla de CVR por ítem. Versión 1.0 del protocolo con ítems validados.	Content Validity Ratio (CVR) de Lawshe (1975).	$CVR \geq 0,78 \rightarrow$ Ítem aceptado sin cambios. $0,50 \leq CVR < 0,78 \rightarrow$ Ítem reformulado. $CVR < 0,50 \rightarrow$ Ítem descartado.
	Informe de consensos finales (acta de Delphi).	Porcentaje de consenso global.	$\geq 80 \%$ de ítems aprobados por el panel (AEP, 2023).

Nota: Elaboración propia

6. Integración de datos y meta-inferencia.

El último paso es la configuración del **Joint display**. En la tabla se alinearán:

- En la columna izquierda los indicadores cuantitativos (número de votos, metas KPI).
- Columna derecha: citas textuales, notas de observación que muestran por qué ese indicador es importante.

De esta lectura paralela surgirán meta- inferencias como: “la velocidad de derivación < 30 días es prioritaria (90% votos) porque las familias perciben el retraso diagnóstico como la barrera más desgastante”.

Estas conclusiones integradas conforman la redacción definitiva del Protocolo 1.0, enfatizando la propuesta de acciones bajo un respaldo estadístico y narrativo.

7. Las garantías de rigor y ética descansan sobre un doble compromiso, el de generar un conocimiento técnicamente fiable y el de proteger los derechos y la dignidad de quienes participan. Para ello se configuran salvaguardas como:

a) **La credibilidad basada en la validez interna.** La **triangulación** de la coordinadora y la trabajadora social moderadora codificarán de forma independiente los dos mismos fragmentos de texto, y compararán los resultados. El cálculo del kappa de Cohen (objetivo $\geq 0,70$) aportará evidencia empírica en la consistencia interpretativa.

Antes de cerrar la síntesis temática se enviará a los participantes un resumen de los resultados para que los puedan confirmar, matizar o realicen una ampliación de la interpretación. Esta devolución permitirá que las conclusiones que se reflejen sean fieles a su experiencia para poder evitar sesgos de una sobre interpretación por parte del equipo.

b) La transferibilidad (validez externa) se materializará en la descripción del contexto (perfil de áreas sanitarias, composición del grupo, recursos disponibles) detallando en una descripción rica y profunda, para que otros equipos puedan juzgar la aplicabilidad del protocolo. Además, las versiones intermedias del flujograma y las plantillas se entregarán con formatos editables, para facilitar su adaptación local.

c) La fiabilidad del proceso (Dependabilidad) se llevará a cabo manteniendo un Audit-Trail, donde cada decisión analítica (creación, fusión o eliminación de códigos; ajustes en la plantilla de indicadores; cambios sugeridos durante el Delphi) se registra con fecha, el responsable de cambio y la justificación. El registro permitirá una sistematización del proceso y una supervisión constante lo que dota de coherencias metodológica a lo largo del tiempo.

d) Neutralidad (confirmabilidad). Para reducir las influencias de expectativas personales, la coordinadora y la moderadora llevarán a cabo un “diario reflexivo” donde se anotarán presuposiciones, emociones y posibles sesgos antes y después de cada sesión. Durante el análisis, se recurre a que una tercera persona externa revise fragmentos codificados aleatoriamente, para que cuestiones en nivel de congruencia entre los datos y las etiquetas.

e) Confidencialidad y protección de datos. Todos los registros son codificados mediante una numeración, y se alojarán en un servidor hospitalario cifrado. Los participantes firmarán un acuerdo de confidencialidad que prohíbe la divulgación de experiencias personales fuera del grupo. La custodia de datos se ajusta al Registro general de Protección de Datos (UE2016/679) y a la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos.

f) Aprobación ética. El proyecto contará con el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación (CEI nº __/2025). Se clasificará como investigación de “riesgo mínimo” al no implicar intervenciones físicas ni manipulación de datos sensibles. La moderadora debe poseer formación en el manejo de emociones y las sesiones contemplarán pautas de seguridad para evitar la fatiga o agotamiento, o la exposición involuntaria de información personal.

g) Principio de beneficio mutuo. Las reuniones se concebirán como espacios de aprendizaje y empoderamiento, más allá de la obtención de datos. Los participantes como familias y miembros de asociaciones recibirán un certificado de participación, acceso

prioritario al protocolo resultante y acompañamiento para implementar las recomendaciones en sus propias redes comunitarias. Así se cimenta el principio de reciprocidad fundamental en la IAP.

h) Divulgación y acceso abierto. El protocolo final se publicará en repositorio institucional bajo licencia Creative Commons – BY- NC- SA, garantizando su reutilización no comercial y su adaptación, siempre que se reconozca la autoría y comparta con la licencia. Además, se elaborará una infografía para las personas neurodivergentes y familias con diferentes niveles de alfabetización. Con esta estructura de garantías se consigue equilibrar la exigencia metodológica con la **ética del cuidado y la participación real**, asegurando que los hallazgos sean robustos, útiles y socialmente responsables.

Figura 2. Proceso de recolección y análisis de datos



Nota: Elaboración propia. https://www.canva.com/design/DAGnz-cbuFg/JAFIA_8GU09Q4Ncu-twkJw/edit?ui=eyJBlip7fX0

Resultados esperados.

Al finalizar la fase del grupo focal se prevé disponer de un paquete documental completo y consensado que sirva para validar la fase c de proyecto. Los resultados obtenidos serán la base del **diseño del protocolo de intervención sociosanitaria en neurodiversidad**. Su configuración responderá a las prioridades establecidas por el propio grupo, jerarquizando entre rapidez diagnóstica, coordinación intersectorial y seguimiento centrado en la familia.

a) El flujograma integral de actuación representará en una lámina el circuito de detección inicial de atención primaria, urgencias o escuela hasta el cierre de caso. Las flechas indicarán los pasos a seguir (quien hace qué, en qué plazos, con qué documentación) para evitar

dilataciones innecesarias en el diagnóstico. Cada tramo incorporará un código QR que remitirá a la plantilla, de manera que el protocolo se convertirá en un sistema navegable y no en un documento estático.

b) Fichas normalizadas y check lists se realizarán en cuatro formatos distintos preparados para imprimir o integrar en la historia clínica electrónica, como hoja de derivación rápida, historia social sanitaria abreviada, check lists de revisión trimestral del PIA y una plantilla de carta de coordinación entre escuela-familia y servicio de salud.

c) Tabla de estándares e indicadores KPI. Por ejemplo, el grupo acuerda 12 indicadores (6 de proceso y 6 de resultado), con fórmula de cálculo, fuente de verificación y meta mínima.

d) Acta de consenso final y matriz CVR

Todos los criterios, flujos e indicadores quedarán recogidos en un acta firmada por un 80% de los participantes, cumpliendo el consenso previsto. La matriz numérica Content Validity Ratio acompañará al acta como muestra de transparencia, de qué ítems tuvieron un mayor debate y cómo se llegó a resolver su redacción o eliminación.

e) Recomendaciones para el protocolo a través de un documento que enlaza lo obtenido en las anteriores fases con la fase tercera. Se recogen de manera específica los datos que deben capturarse en los centros seleccionados, personas clave y como se reportarán los indicadores. De esta manera, la producción del grupo focal no se queda en la teoría, sino que se materializará en un plan de acción real, factible y medible.

Figura 3. Cronograma de aplicación del grupo focal.

CRONOGRAMA DE PROYECTO

Actividad clave	Responsable	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Kick-off, firma consentimientos	Coordinadora TS + Moderadora	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Sesión 1 + transcripción	Moderadora	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Sesión 2 + análisis preliminar.	Equipo análisis	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Sesión 3, envío borrador V0	Coordinadora TS	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Sesión 4, panel Delphi on-line	Analistas + panel	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Redacción protocolo V1, actas	Coordinadora + Moderadora	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

Nota: Elaboración propia https://www.canva.com/design/DAGnz-cbuFg/JAFIA_8GU09Q4Ncu-twkJw/edit?utm_content=DAGnz-cbuFg&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Protocolo de intervención sociosanitaria para la atención a personas con neurodesarrollo.

En la anterior sección el protocolo se configuró mediante un itinerario secuencial de seis pasos para facilitar la trazabilidad entre los hallazgos empíricos (eje formativo y grupo focal) y el producto final. Las fases se interconectan en modelos de investigación acción participativa y la técnica Delphi como método de validación experto.

1. Procedimiento de construcción de protocolo sanitario.

Fase Inicial o 0. Preparación de la IAP. Se pretende asegurar la participación informada de todos los integrantes del proyecto que denominaremos “comité motor” (profesionales, personas neurodivergentes y familias). Para comenzar a organizar el mismo se llevará a cabo una reunión para organizar la dirección, teniendo presentes a profesionales de los sectores de servicios sociales, salud y educación, dos portavoces de asociaciones de neurodivergentes y una o dos personas neurodivergentes adultas. La sesión se organizará como un **taller de Investigación- Acción Participativa (IAP)** donde cada miembro va a exponer sus expectativas, definirá sus funciones y se aprobará un calendario de etapas a

cubrir mediante una “lluvia de ideas” y una matriz de afinidad. Este acuerdo debe designar un presidente o coordinador y la obligación de registrar las sesiones mediante acta electrónica accesible. Se recogerán los consensos informados usando el modelo estándar de la Consejería de Salud, donde se vea reflejado el tratamiento de datos personales de la LO 3/2018 de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales.

Fase 2. Construir una matriz de resultados para lograr un diseño de estructura.

El equipo de análisis extraerá de toda la documentación evaluativa de la formación y las actas del grupo focal la información sobre necesidades sanitarias, educativas, sociales y familiares registrados de los trabajos de los participantes. Se generarán un conjunto de unidades de significado para agruparlas en cuatro macro procesos operativos: cribado, valoración, intervención y seguimiento, que sigan la taxonomía de funcionamiento ya establecida en la Estrategia Andaluza de Coordinación Sociosanitaria 2024- 2027.

Cuando se elabore la primera matriz se devolverá al comité motor para que lo discuta en una reunión, física o virtual, para poder realizarle los ajustes pertinentes en la redacción o solapamiento de información. Una vez allanada la información se le dará una prioridad aplicando una escala de 1- 5 basada en el producto impacto por factibilidad, solo los apartados valorados de manera igual o por encima de cuatro avanzarán para configurar el diseño preliminar.

Fase 3. Diseño modular del protocolo.

La realización de este protocolo está basada en el procedimiento recogido en el Protocolo de Atención a personas con trastorno por déficit de atención en hiperactividad en atención primaria de la Comunidad de Madrid (2023).

El trabajo se dividirá en partes basándonos en los diferentes procesos a seguir. En las cuatro carpetas de trabajo realizadas en la fase 0, cribado, valoración, intervención y seguimiento se irán situando todos los requisitos que se hayan priorizado de incluir en la Fase 1.

Se repartirán los roles. Se debe decidir quien representará a cada área médico de familia/pediatra, trabajador social sanitario, orientador escolar. Se delimitará un tiempo de respuesta estándar (por ejemplo, valoración completa menos de 30 días desde el cribado) y se dejará constancia mediante tres colores, verde (factible), amarillo (justo de tiempo) y rojo (revisar).

También se creará un **registro de doble electrónico**, uno para el sector sanitario y otro para el social, mediante una historia clínica electrónica de salud y una historia social única, que incluya campos mínimos como fecha, responsable, código del proceso, descripción, siguiente cita.

Crear checklist específicas para las tres neurodiversidades, teniendo como referencia el protocolo de atención a TDAH de Madrid (2023), la guía de TEA del Ministerio de Sanidad (2022) y la guía de AACC de Andalucía (2022) pertenecientes al Ministerio de Sanidad y Política Social y a la Junta de Andalucía respectivamente. Las plantillas deben tener unos ítems breves dicotómicos para síntomas nucleares, apoyos educativos y barreras sociales, debe limitarse su número y que el tiempo para su cumplimiento no supere los cinco minutos. Pasar las listas para validarlas a dos profesionales y a un familiar o persona neurodivergente para revisar que el lenguaje es comprensible y no estigmatizante.

Y se habilitará un **apartado para la coordinación entre salud- educación** que permita configurar los datos específicos para esta área para que puedan realizarse las adaptaciones escolares oportunas al alumno.

Elaboración de **un flujograma** donde se observe el desarrollo de las áreas y temporización en las etapas de Cribado-Valoración-PIA y Seguimiento.

Tanto las plantillas como el flujograma se compartirán en la nube solicitando en un plazo de 48h su revisión.

Fase 4. Técnica Delphi para la validación interna.

Para garantizar la validez del protocolo se aplicará la técnica Delphi en dos rondas. En a primera se constituye un panel con grupo de 15 especialistas (neuropediatras, psiquiatría infantil, trabajadores sociales sanitarios y orientadores escolares) con experiencia de más de 5 años y con producción científica en neurodesarrollo. Este criterio es recomendable en los análisis Delphi (Palma, M.O y Benítez, A. 2020). A cada especialista se le enviará un cuestionario on line con 72 ítems derivados del protocolo para que valoren con una escala Likert (1-5) la pertinencia y claridad, dejando un apartado para comentarios cualitativos, replicando el formato de validaciones de instrumentos sanitarios en España (Superviola, I y Barbed, N, 2023).

La primera ronda se calculará en cada ítem la Razón de Validez de Contenido (CVR) de Lawshe y la V de Aiken, para considerar aceptables un CVR tiene que ser mayor o igual a 0,29 y la V mayor o igual a 0,70. Los ítems que no alcancen los criterios se pueden reformular con las indicaciones cualitativas de los especialistas (por ejemplo, eliminar el lenguaje

ambiguo o simplificar los términos legales). En la segunda vuelta se presentan solo los ítems revisados. Con los resultados se revisará el flujograma.

Fase 5. Validación externa mediante Delphi ampliado y juicio de pares

En este punto, el protocolo se someterá a un panel ampliado de 34 participantes como familias, asociaciones, miembros de la administración autonómica y local. Se realizará una sola vuelta de contraste y será on-line, donde se aportarán también los ítems que han salido en desacuerdo. Se realizará un análisis mixto donde se reflejará con estadísticas descriptivas la puntuación obtenida en la escala y la identificación de la varianza relativa, además de un análisis temático cualitativo, garantizando la trazabilidad de cada cambio que se realice.

Fase 6. Pilotaje y ajuste.

La versión del protocolo 1.1 se implementará durante seis meses en dos centros de salud y dos centros educativos. Se monitorizarán tres indicadores base, el tiempo medio de derivación (< 15 días), la tasa de coordinación intersectorial (> 80% de PIAS resueltos) y la satisfacción de los usuarios (cuestionario). Cada mes el equipo aplicará al **ciclo PDSA (Plan-Do-Study-Act)** identificando cuellos de botella, pruebas de micro-cambios en la propuesta y documentará cada reunión la retroalimentación rápida que realicen. El resultado será la versión 1.2 del protocolo para aumentar el pilotaje a escala provincial.

2. Resultados de construcción del protocolo sociosanitario.

a) Fases de intervención.

Las fases de intervención se estructuran en cuatro finalidades de atención.

1. La identificación y el cribado temprano del paciente permitirá actuar de manera eficiente para lograr una atención temprana e intervención operativa sobre las principales dificultades que presente el paciente. Tener configurados unos cuestionarios que den indicios de que es necesaria una atención especializada por neurodiversidad para Atención Primaria y para los Servicios Sociales Comunitarios. Realizar un registro de la historia clínica electrónica y activar un “aviso protocolo sociosanitario” sería una adecuada pauta para garantizar la trazabilidad del caso.

2. Valoración integral biopsicosocial a través de una entrevista semiestructurada con la persona y su familia sobre su estado de salud, el desarrollo de actividades diarias y funcionamiento, situación personal en contextos laborales o escolares. Usar escalas

estandarizadas de funcionamiento ejecutivo y participación social permitirá organizar la obtención de información del paciente sobre aspectos específicos, además de mantener una coordinación multidisciplinar del caso mediante reuniones diagnósticas conjuntas de médico, trabajador social, orientador escolar, y psicólogo.

3. Plan Individualizado de Atención basado en la formulación de objetivos SMART y que defina la atención a áreas educativas, sanitarias y comunitarias. La coordinación social es indispensable para una adecuada gestión del seguimiento de los pacientes.

4. El seguimiento y evaluación continua mediante re-evaluaciones trimestrales para poder realizar ajustes terapéuticos, evaluar los resultados académicos y de adaptación escolar mediante las modificaciones curriculares realizadas, y el nivel de organización y satisfacción familiar tras las propuestas acordadas. Revisar a través del análisis de los indicadores la consecución de lo logros de atención propuestos.

b) Flujograma de derivación.

Tabla 10.

Flujograma de derivación

Punto de entrada	Criterio de alarma	Derivación automática	Equipo receptor	Tiempo máximo
Atención Primaria	Síntomas nucleares (inatención, hiper/hipo-reacción sensorial, alta capacidad no atendida)	formulario e-TDAH-Neuro	Unidad de Salud Mental + TS Sanitario	15 días
Servicios Sociales Comunitarios	Demanda de información o recursos sociales.	Solicitud SOC-01	Trabajadora Social	10 días
Centro Educativo	Informe de orientación con necesidades NEAE	Protocolo DER-EE-DEA/TDAH/TEA	Unidad Intersectorial Escolar-Sanitaria	7 días

Nota: Elaboración propia.

c) Indicadores de calidad.

Los indicadores de calidad se organizan en base a las siguientes dimensiones:

Tabla 11.

Indicadores de calidad

Dimensión	Indicadores
Efectividad clínica	% de personas con valoración multidimensional completa antes de 45 días desde cribado
Coordinación	% de casos con PIA firmado por los 3 sistemas (sanitario, social, educativo)
Accesibilidad	Demora media de primera consulta especializada

Seguridad/Pacientes	Reingresos no planificados a 30 días
Experiencia usuaria	Puntuación ESB-12 \geq 32

Nota: Elaboración propia.

d) Inclusión de enfoque biopsicosocial y de neurodiversidad.

El uso del modelo psicosocial se implementará a través de la valoración completa de factores que influyen en el estado de salud de las personas con neurodiversidad, funciones corporales, actividad, participación, factores ambientales y relacionales, dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Para ello el paradigma de la neurodiversidad se concreta en la utilización de un lenguaje que no sea patologizante en los documentos profesionales, la plasmación de la autonomía del paciente y familia en la toma de decisiones clínicas y sociales, lograr una adecuada adecuación física de los espacios en entornos asistenciales como la luz, la espera silenciosa, señales visuales y potenciar que los objetivos del PIA se centren en fortalezas individuales y derechos de ciudadanía

8. Discusión

8.1 El alcance de los resultados.

Los resultados que se obtendrán mediante el desarrollo de este proyecto permitirán poner marco a una problemática que actualmente se está tratando desde el área sociosanitaria y escolar de manera sesgada y sin registro estructurado. Este diseño de protocolo pretende ofrecer una formación específica a las Trabajadoras Sociales Sanitarias y una estructura de actuación interconectada dentro del centro sanitario y de manera externa con las diferentes estructuras administrativas para lograr una atención completa y equitativa de los pacientes con diversidad neurofuncional.

El análisis de necesidades, la configuración del diseño de investigación participativo y colaborativo hará del colectivo una parte activa e implicada de un proceso que les atañe directamente, y permitirá la definición de unas necesidades sanitarias, educativas, sociales y familiares reales dentro de los perfiles de TDAH, TEA y AACC.

Los productos derivados del desarrollo del proyecto como el manual docente, los materiales evaluativos, protocolo de intervención y planes piloto contribuirán a una mejora en la

coordinación intersectorial, a lograr una reducción de tiempos en los diagnósticos clínicos y permitirán fomentar el empoderamiento de las familias consolidando una atención integral. El modelo propuesto podrá servir como propuesta a otros territorios e incluso a otros colectivos profesionales.

8.2 Limitaciones del estudio.

Las principales limitaciones se observan en la muestra del grupo focal y el plan piloto, porque se encuentra reducida a un número determinado de centros y participantes, lo que puede condicionar la representatividad de los hallazgos.

Otra limitación es que la formación, al tratar una intervención basada en la propuesta formativa específica, puede existir el riesgo de que las competencias adquiridas no se traduzcan directamente en la práctica profesional, sin la realización de un seguimiento posterior.

También la variabilidad de la formación previa de las trabajadoras sociales de los distintos centros de salud y educación puede hacer que generen mayores dificultades de que pueda aplicar con homogeneidad.

Y finalmente, la aplicación del proceso de validación con la técnica Delphi puede influir en los resultados, si no se da un compromiso activo por parte de los especialistas, además de la heterogeneidad de su procedencia profesional y la disponibilidad para participar en el proyecto.

8.3 Propuestas de mejora y líneas futuras de investigación.

La finalidad de este proyecto es que se consolide dentro de los parámetros de validez con los que se ha diseñado la propuesta para poder ampliar la escala a otras Comunidades Autónomas, incorporándole criterios de evaluación continua e indicadores de impacto, tanto a medio como a largo plazo.

Sería oportuno establecer convenios de colaboración con Colegios Profesionales, asociaciones de Neurodivergentes y entidades del tercer sector para lograr garantizar su implantación de una manera más amplia y que genere arraigo territorial.

Se podría integrar en el protocolo una fase de seguimiento longitudinal con indicadores de cambio en la práctica clínica y sociosanitaria, como el impacto en la percepción de la calidad de vida de las personas con neurodiversidad y sus familias.

Como líneas futuras de investigación se propone profundizar en casos específicos donde se den dobles excepcionalidades, o realizar una evaluación comparativa de modelos de

atención biopsicosocial en diferentes países europeos donde se haya implantado la atención basada en este enfoque, para enriquecer el conocimiento sobre buenas prácticas y la implantación y desarrollo de políticas sociales inclusivas.

9. Conclusiones

La configuración de este trabajo se ha basado en la necesidad de implementar instrumentos validados al ejercicio profesional del Trabajo Social Sanitario y permitir la creación de trabajo empírico que fundamente sólidos cimientos para la proyección del desarrollo del colectivo de Trabajadoras Sociales.

La intersección de esta propuesta radica en la atención a la neurodiversidad, la práctica profesional y la construcción participativa como una fuerte herramienta operativa. La justificación se desarrolla en base a las siguientes premisas:

1. La necesidad de armonización normativa y el impulso desde el marco europeo.

Se puede observar desde hace unos años, la creciente incorporación de principios inclusivos a los derechos de las personas con discapacidad y la neurodivergencia en Europa. Un ejemplo es el Pilar Europeo de Derechos Sociales (2017), la Estrategia de los derechos de las personas con Discapacidad 2021-2030 y la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada en 2010 por la UE). Sin embargo, la realidad es una brecha entre los marcos jurídicos y la aplicación efectiva a nivel territorial. Todo esto genera dificultades en los diagnósticos, como la consecución de unos adecuados apoyos socio sanitarios. Es por ello necesario, crear dispositivos concretos que sean replicables para poder operativizar estos principios, como el protocolo que configura este proyecto de intervención.

2. La precariedad estructural en el ejercicio del Trabajo Social Sanitario.

Tras el análisis de este proyecto se podrá evidenciar una realidad que se expresa a gritos, las trabajadoras sociales sanitarias tienen grandes limitaciones en su labor diaria, como la carencia de formación específica, la falta de protocolos especializados, la ausencia de una red fuerte y activa de coordinación intersectorial y escasos recursos para abordar casos complejos de forma integral. Todas estas situaciones generan una doble vulnerabilidad, por una parte, el paciente neurodivergente no obtiene una respuesta adaptada, y la profesional se muestra sin un coherente respaldo institucional ni herramientas suficientes para dar uan

respuesta profesional a esa realidad. Esta propuesta, no solo tienen la finalidad de favorecer a un colectivo, sino que contribuirá a la dignificación profesional, dotando de medios validados y consensuados que fortalezcan la praxis sanitaria desde una perspectiva ética y colaborativa.

3. La urgencia de un protocolo como garante de la atención integral, continuada y coordinada.

El protocolo que se obtendrá tras la realización de este proyecto, no será una guía cerrada, sino un documento vivo, flexible y dinámico, construido desde la participación de agentes sociales clave. Siendo una propuesta adaptable a diferentes contextos y validado desde la práctica.

Este protocolo permitirá articular actuaciones de prevención, de detección, de intervención y de seguimiento, respetando la singularidad del perfil neurodivergente.

Su implementación contribuirá a cerrar brechas en el sistema, a evitar duplicidades diagnósticas, a eliminar la soledad que sienten las familias y la sensación de sentirse perdidos, al no conocer como actuar, ni reconfigurar sus vidas para poder acoger y mejorar su realidad diaria, a conocer sus derechos, a poder luchar por sus intereses y su dignidad.

4. La proyección transformadora de un trabajo práctico y operativo.

El ímpetu, la coherencia, el esfuerzo, proyectado en esta propuesta no se limita a una finalidad académica. Tiene la vocación de conformarse en una herramienta que permita la transformación de la realidad social de manera práctica.

Es una propuesta viable, fundamentada en la evidencia científica, construida desde una perspectiva intersectorial y orientada a la aplicabilidad inmediata en contextos reales sanitarios.

La elaboración del manual docente y del protocolo demostrará la factibilidad de construir herramientas de calidad desde el Trabajo Social Sanitario, conformando modelos de investigación aplicada y participativa como germen del cambio, que genere un mayor impacto en los itinerarios de atención a las personas neurodivergentes.

Para finalizar, esta propuesta, es personal, es comprometida, es una semilla de innovación responsable, que fomenta la justicia social y cognitiva, además de ser una pieza más del fortalecimiento empírico de la profesión. Es necesario apostar por un Trabajo Social Sanitario, que no solo acompañe, sino que construya estructuras, que genere conocimiento

y que permita legitimar las voces que históricamente han sido acalladas y excluidas, y desde la planificación y desarrollo sociosanitario estamos preparados para poderla transformar.

10. Referencias bibliográficas.

- Acuerdo por el que se aprueba la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 86, 6 de mayo de 2024. (Consultado el 26 de mayo de 2025) <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2024/86/1>
- Amador, G. et al. (2016). Comparación de cuatro instrumentos utilizados en la evaluación de los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista de Salud pública y nutrición*, 15 (2) 1-7 <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/issue/view/13>
- 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>
- Anthropological Quarterly*, 88 (4), 1111-1121. Contribution from The George Washington University Institute for Ethnographic Research. <https://www-jstor-org.universidadviu.idm.oclc.org/stable/43955505?seq=1>
- Arboleda, V. A., y Sánchez, J. V. (2023). *Neurodiversidad, discapacidad y enfoque social*. *RETO: Revista de Orientación Educativa*, 10(1), 22–35. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.12.01.11>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2023). *Pruebas para la detección de los trastornos del espectro autista*. Consultado el 24 de abril de 2025. <https://www.cdc.gov/autism/es/diagnosis/pruebas-para-la-deteccion-de-los-trastornos-del-espectro-autista.html>
- Consejo General del Trabajo Social. (2022). *Guía práctica de Trabajo Social Neurológico*. Consultado el 27 de abril de 2025. https://www.consejotrabajosocialcyl.org/revistas/1649322149_1.pdf
- Faraone, S. V., Larsson, H., y Demontis, D. (2024). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Nature Reviews Disease Primers*, 10(1), 1–23. <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0>

- García, A., y Pérez, L. (2018). *Niños con altas capacidades y su funcionamiento cognitivo diferencial*. *Revista de Neurología*, 46 (1), 45-52.
<https://doi.org/10.33588/rn.46S01.2008008>
- García, M., y Rodríguez, L. (2019). *Psicobiología de las altas capacidades intelectuales: una revisión actualizada*. *Psiquiatría Biológica*, 26(4), 145–152.
<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.09.001>
- Gázquez, J. J., et al. (2024). *Avances en los trastornos del neurodesarrollo en niños y adolescentes*. Editorial Dykinson.
- Generalitat Valenciana. (2002). *Orientaciones para la evaluación psicopedagógica del alumnado con altas capacidades*. Consultado el 23 de abril de 2025.
https://ceice.gva.es/documents/161862987/162822463/evaluacion_alumnado.pdf/643c7783-5dfc-4f44-98ff-588d5595bf56
- Gobierno de Navarra. (2021). *Guía para la evaluación de las necesidades educativas del alumnado con altas capacidades intelectuales*.
https://www.educacion.navarra.es/documents/713364/714655/quia_evaluacion_aac_c.pdf/fd8869ec-a870-4b34-8c30-2f1a778f60fb
- Gómez, M. I. (2019). *Psicobiología de las altas capacidades intelectuales: una revisión actualizada*. *Psiquiatría Biológica*, 26(3), 105-112. DOI: [10.1016/j.psiq.2019.09.001](https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.09.001)
- González, M., y Pérez, R. (2019). *Neurofuncionalidad ejecutiva: estudio comparativo en las altas capacidades*. *Revista de Neurociencia Cognitiva*, 12(3), 45–60
DOI: [10.33588/rn.66S01.2018026](https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2018026)
- Gourabi, S., et al (2024). *Network Dynamics of Emotional Processing: A Structural Balance Theory*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2412.09554>
- Hernández, O., Spencer, R., y Lagos, J. F. (2021). *Instrumentos para detectar el trastorno del espectro autista: revisión sistemática de la literatura*. *Integración Académica en Psicología*, 9(25), 305–320 <https://www.integracion-academica.org/anteriores/38-volumen-9-numero-25-2021/305-instrumentos-para-detectar-el-trastorno-del-espectro-autista-revision-sistemica-de-la-literatura>
- Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Deporte, Dirección General de Atención a la Diversidad, Participación y Convivencia Escolar. (2020). *Guía para la cumplimentación del cuestionario para detectar al alumnado con Altas Capacidades Intelectuales*. (Consultado el 26 de mayo de 2025)
<https://blogsaverroes.juntadeandalucia.es/orientadelegacionmalaga/files/2020/09/4.->

[Gu% C3%ADa Complimentaci% C3%B3n Cuestionario profesorado detecci% C3%B3n AACCI-1.pdf](#)

Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Deporte, Dirección General de Atención a la Diversidad, Participación y Convivencia Escolar. *Instrucciones de 12 de mayo de 2020, por las que se regula el procedimiento para la aplicación del protocolo para la detección y evaluación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por presentar altas capacidades intelectuales.* (Consultado el 26 de mayo de 2025)

[https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/1af5a50d-2512-4889-a640-](https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/1af5a50d-2512-4889-a640-4871bcbbb033/Instrucciones%20protocolo%20deteccion%20altas%20capacidades)

[4871bcbbb033/Instrucciones%20protocolo%20deteccion%20altas%20capacidades](https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/1af5a50d-2512-4889-a640-4871bcbbb033/Instrucciones%20protocolo%20deteccion%20altas%20capacidades)

Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. (2024). *I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027.* (Consultado el 26 de abril de 2025)

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media->

[sas_normativa_mediafile/2024/I ESTRATEGIA ANDALUZA PARA LA COORDINACION SOCIO SANITARIA 2024 2027.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2024/I ESTRATEGIA ANDALUZA PARA LA COORDINACION SOCIO SANITARIA 2024 2027.pdf)

Junta de Andalucía. (2020). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por presentar altas capacidades intelectuales.* (Consultado el 26 de abril de 2025) <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Manual.pdf>

Ley 14/1986, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, 29 de abril de 1986. (Consultado el 26 de mayo 2025) <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, 29 de mayo de 2003. (Consultado el 26 de mayo 2025) <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, 15 de diciembre de 2006. (Consultado el 26 de mayo 2025) <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Ley 9/2016, de Servicios Sociales de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 248, 29 de diciembre de 2016 (Consultado el 26 de mayo 2025) <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2016/248/1>

- Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, 6 de diciembre de 2018. (Consultado el 26 de mayo 2025) <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica 3/2020, de modificación de la Ley Orgánica 2/2006, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 340, 30 de diciembre de 2020. (Consultado el 26 de mayo 2025) <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-17264.pdf>
- Llanos, L. J, et al (2019). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años*. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 21(83), 101-108. DOI 2019;21:e101-e108
- López, JA. et al.(2019). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Revisión del tratamiento psicológico*. *ReiDoCRea*, 8, 95-105. <https://doi.org/10.30827/Digibug.54737>
- Macias, P. A. (2023). *Revisión sistemática de los tratamientos actuales para el TDAH*. *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 de Fin de Grado, Universitat de les Illes Balears*. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/155015/Marques_Santandreu_Cristina_155015.pdf?isAllowed=y&sequence=3
- Martínez, M 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/>
- Massani, J.F. (2018) Diagnóstico psicopedagógico para el tratamiento de niños con trastorno de espectro autista. Ed. Universo Sur. 13-23 <https://elibro-net.universidadviu.idm.oclc.org/es/ereader/universidadviu/120863>
- 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
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria*.

- https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_462_Autismo_Lain_Enter_compl.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
- Moradimanesh, Z., et al (2020). *Altered structural balance of resting-state networks in autism*. arXiv preprint arXiv:2010.09441 <https://doi.org/10.48550/arXiv.2010.09441>
- 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>
- Olmedo, V., y Fernández, S. (2020). Las 4 “q” del Trabajo Social en la atención a personas con enfermedades neurológicas: qué, quién, para qué y porqué. *Documentos de Trabajo Social*, (63), 10-25. https://www.trabajosocialmalaga.org/wp-content/uploads/2021/05/DTS_63.pdf
- Palma, M.O y Benítez, A. (2020). *Diagnóstico social y nuevas necesidades de intervención para los Servicios Sociales de Atención Primaria. Un estudio Delphi*. 10 (19) 130-156. <https://doi.org/10.30827/tsq-gsw.v10i19.11704>
- Peiffer, S (2017) *Identificación y evaluación del alumnado con altas capacidades*. Una guía práctica. UNIR.
- 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
- Piñero 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>
- 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). *Universidad de la Laguna Facultad de Psicología y*

Logopedia.TFG. Director Victor. M. Acosta Rodríguez.
<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28360>

Real Decreto 1393/2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado*, 260, 30 de octubre de 2007. (Consultado el 26 de mayo 2025) <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-18770-consolidado.pdf>

Real Decreto Legislativo 1/2013, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de los derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado*, 289, 3 de diciembre de 2013. (Consultado el 26 de mayo 2025) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>

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>

Serrano, G. et al (2024) Herramientas para el diagnóstico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una Revisión Sistemática. *Revista De Discapacidad, Clínica Y Neurociencias* 11 (2)41-52 <https://doi.org/10.14198/DCN.28297>

Silberman, S. (2015). Neuro Tribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity. *Anthropological Quarterly*, 88, (4) 1111-1121. <https://www-istor-org.universidadviu.idm.oclc.org/stable/43955505?seq=1>

Superviola, I y Barbed, N, (2023). Validación del cuestionario de corresponsabilidad entre géneros. *CORGEN. Revista de estilos de aprendizaje* 16(31), 19-32 <https://doi.org/10.55777/rea.v16i31.4463>

Teherán, M. (2018). Familia y trastorno del desarrollo: un desafío de emociones y aprendizajes. *Psicogente*, 22(41), 1–5. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3359>

Ximena, C (2022). Sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: consolidaciones, actualizaciones y perspectivas. *Revista médica clínica Las Condes*, 33 (5), 440-449 <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.08.001>

11. Anexos.

En este apartado se recopilan el conjunto de anexos necesario para implementar este proyecto de intervención. Se recogerá en el repositorio público Github.com. <https://github.com/ArqueroMA/Anexos-de-un-programa-formativo-y-protocolo-de-intervencion-para-Trabajadores-Sociales-Sanitarios/upload/main>

Índice de anexos recogidos en el repositorio Github.com

- Anexo 1. Características diferenciales de los perfiles neurodivergentes.pdf
- Anexo 2. Necesidades de personas con TDAH.pdf
- Anexo 3 Necesidades de las personas con TEA.pdf
- Anexo 4. Necesidades específicas de personas con AACC.pdf
- Anexo 4. Manual formativo eje 1.pdf
- Anexo 5. Rúbrica de Evaluación. Paradigma de la Neurodiversidad y Derechos Humanos.pdf
- Anexo 6. Rúbrica para la Evaluación de Estudios de Caso en Diagnóstico Social.pdf
- Anexos 7 y 8. Rúbrica y Guía de Autoevaluación Reflexiva. Diagnóstico Social y Diseño de Planes de Atención.pdf
- Anexo 9. Rúbrica y Formulario de Coevaluación Grupal. Coordinación Intersectorial y Flujos de Derivación.pdf
- Anexo 10. Instrumento_portafolio_foro.pdf
- Anexo 11. Lista de Cotejo. Sistema de Evaluación de Calidad del Protocolo Diseñado.pdf
- Anexo 12. Informe de Retroalimentación Estructurada.pdf
- Anexo 13. Acta_sesion0_kickoff.pdf
- Anexo 14. Matriz_brecha_prioridad_sesion_mapa.pdf
- Anexo 15. Instrumento_fotografia_murales.docx
- Anexo 16. Informe_parcial_resultados.pdf
- Anexo 16b. Instrumento_boceto_flujograma_deep.pdf
- Anexo 17. Formulario_datos_iniciales.pdf
- Anexo 18. Guia_entrevista_diagnostico_social.pdf
- Anexo 19. Cuestionario_biopsicosocial_adaptado.pdf
- Anexo 20. Plantilla_pia_smart.pdf
- Anexo 21. Checklist_cumplimiento_legal.pdf
- Anexo 22. Registro_sesiones_implementacion.pdf
- Anexo 23. Cuestionario_satisfaccion_seguimiento.pdf
- Anexo 24. Lista_cotejo_fidelidad_protocolo.pdf