

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD MONTEÁVILA  
COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO**

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO CON TRASTORNO  
DEL ESPECTRO AUTISTA CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN.**

**Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Especialista en  
Atención Psicoeducativa del Autismo, presentado por:  
CASTRO CARRASQUERO, DORIHEC IRAIS, CI. 12.910.432**

**Asesorado por:**

CERDA AQUINO, CLAUDIA VALENTINA. Tutora

ALBERTO de D´LIMA, ELKE CAROLINA. Asesor de Seminario de  
Trabajo Especial de Grado

**Caracas, Julio de 2024**

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD MONTEÁVILA  
COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO**

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO CON TRASTORNO  
DEL ESPECTRO AUTISTA CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN.**

**Trabajo Especial de Grado, para optar al Título de  
Especialista en Atención Psicoeducativa del Autismo,  
presentado por:  
CASTRO CARRASQUERO, DORIHEC IRAIS, CI. 12.910.432**

**Asesorado por:**

**CERDA AQUINO, CLAUDIA VALENTINA Tutora  
ALBERTO de D´LIMA, ELKE CAROLINA asesor de Seminario de  
Trabajo Especial de Grado**

**Caracas, Julio de 2024**

## AUTORIZACIÓN

Yo, Dorihec Irais Castro Carrasquero, mayor de edad, domiciliado(a) en Av. Este 0, paradero a Venus, Residencias Romar II, Torre norte, piso PB, apto Pb1; portadora de la cédula de identidad número V-12.910.432, autora del trabajo especial de grado titulado PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, presentado ante la Universidad Monteávila para optar al título de ESPECIALISTA EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO, otorgo mi autorización a la Universidad para comunicar públicamente mi obra en su Repositorio Institucional.

Esta autorización es válida para que el trabajo especial de grado sea usado, divulgado y prestado, en formato impreso, digital, electrónico, virtual y para usos en redes, internet, intranet y en general por cualquier formato conocido o por conocer, donde se garantizará:

- El reconocimiento de mi autoría sobre la obra.
- La conservación de la obra entregada a través del Repositorio Institucional.
- La reproducción y/o transformación a cualquier formato, que permita su legibilidad en las diferentes herramientas ofrecidas por las tecnologías de información y comunicación.
- La visibilidad en internet a través de motores de búsqueda, directorios y demás medios de difusión del conocimiento interoperables con el Repositorio Institucional.

Caracas, 15 de Julio de 2024.



---

## Comité de Estudios de Postgrado Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo

Quienes suscriben, profesores evaluadores nombrados por la Coordinación de la Especialización en Atención Psicoeducativa del Autismo de la Universidad Monteávila, para evaluar el Trabajo Especial de Grado titulado: **PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**, presentado por la ciudadana: **Castro Carrasquero Dorihec Irais**, cédula de identidad N° V-12.910.432, para optar al título de Especialista en Atención psicoeducativa del Autismo, dejan constancia de lo siguiente:

1. Su presentación se realizó, previa convocatoria, en los lapsos establecidos por el Comité de Estudios de Postgrado, el día **13 de julio de 2024**, en el aula 8 de la sede de la Universidad.
2. La presentación consistió en un resumen oral del Trabajo Especial de Grado por parte de su autora, en los lapsos señalados al efecto por el Comité de Estudios de Postgrado; seguido de una discusión de su contenido, a partir de las preguntas y observaciones formuladas por las profesoras evaluadoras, una vez finalizada la exposición.
3. Concluida la presentación del citado trabajo los profesores evaluadores decidieron en vista de lo novedoso y el aporte que a la práctica de nuestra área realiza, otorgar la calificación de Aprobado "A" por considerar que reúne todos los requisitos formales y de fondo exigidos para un Trabajo Especial de Grado, sin que ello signifique solidaridad con las ideas y conclusiones expuestas.

En Caracas, el día 13 de julio de 2024.



Prof. Eika C. Alberto



Prof. María Isabel Pereira



Prof. Claudia Cerda

## CARTA DE CONFIRMACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Claudia Valentina Cerda Aquino, C.I. N° 25.257.958, **CONFIRMO QUE EL TRABAJO ESPECIAL DE GRADO** presentado por la estudiante Dorihec Irais Castro Carrasquero, C.I. 12.910.432, cursante de la Especialización **Atención psicoeducativa del Autismo (EAPA)**, titulado **“Protocolo de Atención para el adulto con trastorno del espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión”**; al cual me comprometí a orientar desde el punto de vista académico, cumple con los requisitos para su presentación.

A los 30 días del mes junio de 2024.



**Firma del Tutor**

### DATOS DEL TUTOR:

**Nombre y Apellido: Claudia Valentina Cerda Aquino**

**Cédula: 25.257.958**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por sobre todas las cosas.

A mis hijos Hanu, Cami y Andrés, los éxitos mas hermosos e importantes de mi vida, quienes no muy convencidos, cedieron su tiempo conmigo para que pudiera dedicarme al postgrado.

A mis padres, Héctor y Salvadora, a quienes tengo que agradecerles todo lo que soy y seré.

A mi esposo Jhonny, el compañero de todos mis caminos.

Al Hospital Psiquiátrico de Caracas, donde aprendí sobre lo frágil y lo fuerte de los seres humanos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis queridas compañeras: Sheila, Yetsania, Vanessa, Neivis y Elsa, todo fue más fácil y llevadero con sus risas y ocurrencias.

¡A las profes de la Especialización, maravilloso equipo!

En especial a la profesora Elke Carolina Alberto, quien nos fue llevando, a veces con suavidad, a veces no tanto, por este largo proceso para lograr este Trabajo Especial de Grado.

A Claudia Cerda, mi tutora, quien, con su acertada mirada y guía, condujo este trabajo en la dirección indicada.

A las profes Sylvia y María Isabel, quienes transmiten pasión y entrega por su trabajo y su Misión de vida, siendo un faro que ilumina este camino.

¡Gracias, muchas gracias!

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD MONTEÁVILA  
COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA DEL AUTISMO

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO CON TRASTORNO DEL  
ESPECTRO AUTISTA CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

**Autora:** Castro Carrasquero, Dorihec Irais.  
**Asesores:** Cerda Aquino, Claudia Valentina  
**Año:** 2024

## **RESUMEN**

El vacío de conocimiento respecto a la transición a la adultez de la persona con TEA, produce abordajes inadecuados e inefectivos para aquellos que acuden a recibir atención psiquiátrica o psicológica. La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es frecuente, destacando la ansiedad y depresión como los más comunes. El presente trabajo tuvo como objetivo general proponer un protocolo de atención para adultos con Trastorno del Espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión, fundamentado en lo descrito por Beneytez (2019), Sáez (2021) y Sánchez (2023) sobre la comorbilidad entre TEA, ansiedad y depresión; y sobre la eficacia de los programas cognitivo conductuales para abordarla. La investigación se manejó con un enfoque cuantitativo, de campo y un diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 5 psicólogos y 2 psiquiatras, con experiencia en la atención de adultos con TEA. Se recolectaron los datos a través de encuesta, cuyo instrumento fue un cuestionario. La validez se obtuvo a través de un juicio de expertos y la confiabilidad a través del alfa de Cronbach. Entre las conclusiones destaca que el uso de las escalas de Ansiedad y depresión de Hamilton no se recomiendan como medida de los síntomas de ansiedad y depresión en adultos con TEA, estableciendo en su lugar, las entrevistas semi estructuradas, las cuales pueden ser respondidas tanto por el adulto con TEA, como por sus familiares. Entre las técnicas de abordaje incluidas en el protocolo de atención se encuentran: la psicoeducación en ansiedad, depresión, salud física y destrezas o intereses, debiendo estar acompañada de material visual para facilitar la comprensión. Además, se incluyen técnicas de respiración, relajación, entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas, programación de actividades diarias, técnicas de distracción y el entrenamiento en habilidades sociales, en el protocolo de atención.

**Línea de trabajo:** *Investigación en discapacidad, accesibilidad universal e inclusión.*

**Palabras clave:** Transición a la Vida Adulta, Comorbilidad del TEA, ansiedad, depresión, abordaje cognitivo conductual en los TEA.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
RESUMEN	viii
INDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	6
Objetivos del Trabajo especial de Grado	9
Objetivo General	9
Objetivos específicos	9
Justificación e importancia	10
Alcance y delimitación	11
Cronograma del Trabajo especial de Grado	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	13
Antecedentes	13
Bases teóricas	18
Trastornos del espectro autista	18
Emociones	22
Funciones ejecutivas y emociones	23
Coherencia central y emociones	24
Neuronas espejo y emociones	25

Teoría de la mente y emociones	27
TEA en la vida adulta	28
Trastornos mentales en comorbilidad con TEA.	30
Trastornos de ansiedad	31
Trastornos depresivos	32
Ansiedad y depresión en personas con TEA.	33
Medición de los síntomas de ansiedad y depresión en personas con TEA	35
Escalas de ansiedad y depresión de Hamilton.	37
Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la ansiedad, depresión y TEA.	40
Técnicas de la TCC aplicables al TEA en comorbilidad con ansiedad y depresión.	42
Modelos de calidad de vida y sus implicaciones en TEA, ansiedad y depresión.	47
Protocolos de atención	51
Bases legales	52
Glosario de términos	55
Capítulo III. Marco metodológico	57
Línea de trabajo	57
Tipo de investigación	58
Diseño de investigación	58
Cuadro de variables por objetivos	59
Población y muestra	62

Técnica e instrumento	63
Validez y confiabilidad	64
<b>CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>66</b>
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>104</b>
Conclusiones	104
Recomendaciones	107
<b>CAPÍTULO VI. EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN</b>	<b>109</b>
Introducción	109
Objetivo General	110
Objetivos específicos	111
Indicaciones	111
Contraindicaciones	111
Recurso humano	111
Materiales y equipos	111
Módulo diagnóstico de ansiedad y depresión.	112
Módulo de identificación: detonantes y factores de riesgo.	113
Módulo de abordaje inicial.	115
Módulo de toma de decisiones en el abordaje de la ansiedad y depresión.	116
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>118</b>
<b>APÉNDICES Y ANEXOS</b>	<b>132</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Utilidad de la escala de ansiedad de Hamilton para despistaje de ansiedad.	67
Figura 2. Relevancia del puntaje directo e indirecto de la escala de ansiedad de Hamilton para despistaje de ansiedad.	69
Figura 3. Utilidad de la escala de depresión de Hamilton para despistaje de depresión.	71
Figura 4. Relevancia del puntaje directo e indirecto de la escala de depresión de Hamilton para despistaje de depresión.	73
Figura 5. Necesidad de una entrevista complementaria a los instrumentos diagnósticos.	75
Figura 6. Elaboración y validación de instrumento especializado.	77
Figura 7. Pertinencia de incluir la psicoeducación sobre ansiedad y depresión, en el protocolo de atención.	79
Figura 8. Combinación de apoyos visuales y contenido verbal en la psicoeducación.	80
Figura 9. Pertinencia de abordaje cognitivo conductual para la identificación de detonantes ansiógenos.	82
Figura 10. Pertinencia de abordaje cognitivo conductual para la identificación de detonantes depresivos.	84
Figura 11. Pertinencia de la técnica de respiración en el protocolo de atención.	86
Figura 12. Pertinencia del entrenamiento en relajación en el protocolo de atención.	88
Figura 13. Pertinencia del entrenamiento en autoinstrucciones en el protocolo de atención.	90
Figura 14. Pertinencia de contenidos sobre salud física en el protocolo de atención.	92

Figura 15. Pertinencia de identificación de destrezas o áreas de interés, en el protocolo de atención.	94
Figura 16. Pertinencia del entrenamiento en solución de problemas en el protocolo de atención.	96
Figura 17. Pertinencia de la programación de actividades diarias en el protocolo de atención.	98
Figura 18. Pertinencia de las técnicas de distracción en el protocolo de atención.	100
Figura 19. Pertinencia del entrenamiento en habilidades sociales, en el protocolo de atención.	102

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dimensiones del continuo del espectro autista.	19
Tabla 2. Criterios diagnósticos del Trastorno del espectro autista DSM 5.	21
Tabla 3. Dimensiones del modelo de calidad de Vida en discapacidad.	48
Tabla 4. Variables por objetivos.	60
Tabla 5. Utilidad de la escala de ansiedad de Hamilton para despistaje de ansiedad.	66
Tabla 6. Relevancia del puntaje directo e indirecto de la escala de ansiedad de Hamilton para despistaje de ansiedad.	68
Tabla 7. Utilidad de la escala de depresión de Hamilton para despistaje de depresión.	70
Tabla 8. Relevancia del puntaje directo e indirecto de la escala de depresión de Hamilton para despistaje de la depresión.	73
Tabla 9. Necesidad de una entrevista complementaria a los instrumentos diagnósticos.	74
Tabla 10. Elaboración y validación de instrumento especializado.	76
Tabla 11. Pertinencia de incluir la psicoeducación sobre ansiedad y depresión, en el protocolo de atención.	78
Tabla 12. Combinación de apoyos visuales y contenido verbal en la psicoeducación.	80
Tabla 13. Pertinencia de abordaje cognitivo conductual para la identificación de detonantes ansiógenos.	82
Tabla 14. Pertinencia de abordaje cognitivo conductual para la identificación de detonantes depresivos.	84
Tabla 15. Pertinencia de la técnica de respiración en el protocolo de atención.	86

Tabla 16. Pertinencia del entrenamiento en relajación en el protocolo de atención.	88
Tabla 17. Pertinencia del entrenamiento en autoinstrucciones en el protocolo de atención.	90
Tabla 18. Pertinencia de contenidos sobre salud física en el protocolo de atención.	92
Tabla 19. Pertinencia de identificación de destrezas o áreas de interés, en el protocolo de atención.	94
Tabla 20. Pertinencia del entrenamiento en solución de problemas en el protocolo de atención.	96
Tabla 21. Pertinencia de la programación de actividades diarias en el protocolo de atención.	98
Tabla 22. Pertinencia de las técnicas de distracción en el protocolo de atención.	100
Tabla 23. Pertinencia del entrenamiento en habilidades sociales, en el protocolo de atención.	102
Tabla 24. Guía para identificación de síntomas de ansiedad y depresión en adultos con TEA.	112
Tabla 25. Guía para psicoeducación en ansiedad, depresión y TEA en adultos.	113
Tabla 26. Guía para la psicoeducación en salud física, destrezas y habilidades.	114
Tabla 27. Guía para abordaje terapéutico con técnicas cognitivo conductuales.	115
Tabla 28. Guía de decisión de las técnicas a utilizar.	116

## INTRODUCCIÓN

La investigación en Trastornos del espectro autista ha sido prolífica en los últimos años, enfocándose sobre todo en el autismo en sus etapas iniciales, tanto en lo que respecta al diagnóstico precoz, como al abordaje y seguimiento. La revisión exhaustiva de la literatura científica del tema, hace notar un vacío en el conocimiento sobre la expresión del espectro autista en otras etapas del ciclo vital, encontrándose una menor cantidad de estudios para la adolescencia, y un mínimo número de trabajos que abordan las problemáticas de la adultez. Esta marcada diferencia, ha producido mucho desconocimiento en cuanto a la progresión, manifestación y presentación de las condiciones y síntomas del autismo en los adultos. Por lo tanto, para los profesionales de salud mental, también existe un vacío acerca de abordajes adecuados, respetuosos y efectivos para los adultos con TEA que acuden a recibir atención psiquiátrica o psicológica. Dicha atención se produce frecuentemente debido a las comorbilidades psiquiátricas, una de las mayores dificultades a las que se enfrenta esta población, siendo la ansiedad y depresión las comorbilidades más comunes.

Para los adultos con TEA, es de suma importancia recibir información sobre los síntomas y manifestaciones de los trastornos tanto de ansiedad como depresivos, así como un abordaje básico para la autorregulación, dando continuidad a los espacios de atención para aquellos que recibieron atenciones previas durante la niñez, y también, incorporando a aquellos adultos que son diagnosticados una vez alcanzada la mayoría de edad.

En el Capítulo I se presentó el planteamiento del problema, expuesto a partir del desconocimiento de gran parte de los profesionales de salud mental (específicamente psicólogos y psiquiatras) sobre cómo atender a un adulto con TEA que consulta en un servicio o consulta de salud mental, por presentar síntomas de ansiedad y depresión. Es así como surge la inquietud de elaborar una propuesta de protocolo de atención para adultos con Trastorno del Espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión, con la finalidad de orientar a los profesionales mencionados en la identificación de síntomas de

ansiedad y depresión, así como el abordaje inicial en cuanto a psicoeducación y estrategias puntuales de intervención en la modalidad de terapia cognitivo conductual.

El objetivo general de la investigación fue proponer un protocolo de atención para adultos con Trastorno del Espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión, dirigido como ya se mencionó, a psicólogos y psiquiatras. Los objetivos específicos: Identificar el contenido necesario para la viabilidad de un protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión, establecer los criterios del protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión y diseñar el protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión.

Esta investigación se justifica desde la necesidad de aportar conocimiento sobre el tratamiento e intervención de la comorbilidad de la ansiedad y depresión en personas adultas con trastorno del espectro autista y brindar mayores posibilidades de atención especializada, tanto a nivel privado como público, ya que este protocolo puede replicarse para toda esta población, respetando y acompañando efectivamente sus particularidades en la comunicación, interacción social, procesamiento sensorial y de comprensión de contenidos psicoeducativos. Es importante señalar que, durante la revisión de la literatura para el marco teórico, se constató la falta de investigaciones sobre la comorbilidad entre la ansiedad, depresión y TEA en la población adulta, y en especial sobre la diferenciación de síntomas propios del autismo y los característicos de la ansiedad y depresión. Debido a las particularidades de esta población, fácilmente podrían pasarse por alto o recibir diagnósticos con falsos positivos o falsos negativos en ansiedad y depresión, por lo que el protocolo de atención diseñado servirá como referencia para el abordaje de los casos, pudiendo establecer el punto de partida para un proyecto de abordaje multidisciplinario. La finalidad es brindar un mejor servicio a la población consultante, sus familias y la comunidad en general, producir un impacto positivo en la comunidad circundante y ampliar la influencia a otras comunidades o centros de Salud.

En el Capítulo II, se realizó una revisión de antecedentes pertinentes a la investigación, en éste caso los trabajos realizados por: Correa (2020), quien realizó su

tesis de maestría titulada: *Comorbilidad psiquiátrica en adultos con Trastorno del Espectro Autista (TEA)*, Lugo (2019) con su Tesis doctoral titulada: *características psicopatológicas en adultos con trastorno del espectro autista*, Beneytez (2019), con una tesis doctoral titulada *Síntomas de ansiedad en los trastornos del espectro del autismo desde un enfoque transdiagnóstico*. Sáez (2021), con una tesis doctoral titulada *Sintomatología internalizada en adultos con Trastorno del Espectro Autista: un enfoque transdiagnóstico*, y por último Sánchez (2023) con una tesis doctoral titulada *Programa de intervención cognitivo conductual para la ansiedad en las personas con trastornos del espectro del autismo*. Estas investigaciones están relacionadas con los objetivos planteados, ya que abordan la comorbilidad en el autismo, la identificación de síntomas de ansiedad y depresión y su diferenciación con los síntomas propios del TEA, y la eficacia de los programas basados en la terapia cognitivo conductual para el abordaje de estas comorbilidades.

Se revisaron a detalle los conceptos básicos que dan sustento teórico a la investigación, desde la conceptualización de los trastornos del espectro autista, la caracterización de los TEA en la edad adulta, la comorbilidad con trastornos psiquiátricos, haciendo énfasis en la ansiedad y depresión y la diferenciación de sus síntomas con los síntomas propios del autismo. Esto deriva en la consideración de la importancia de los instrumentos de medición adecuados y entrevistas para hacer una efectiva identificación de los síntomas de ansiedad y depresión, proponiendo inicialmente el uso de las escalas de Hamilton para la medición de la ansiedad y depresión. Posteriormente, se reporta la evidencia empírica de la efectividad de la terapia cognitivo conductual para tratamiento independiente de ansiedad, depresión, y TEA, y sobre la eficacia de la misma en personas con comorbilidades entre estas tres (ansiedad, depresión y/o TEA). Se mencionan las técnicas cognitivo conductuales aplicables a personas con TEA con síntomas de ansiedad y depresión: psicoeducación, relajación, respiración, autoinstrucciones, solución de problemas, distracción o refocalización, entrenamiento en habilidades sociales y programación de actividades. Por último, se incorporaron consideraciones sobre la importancia de los protocolos de atención y las generalidades para su elaboración. Del mismo modo, se incluyeron las bases legales relacionadas con el tema a investigar, específicamente la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Ley

Orgánica de salud, la Ley para personas con discapacidad y la Ley para la Atención integral a las personas con trastorno del espectro autista y con nuestro contexto nacional.

En el capítulo III, se definió el marco metodológico utilizado para dar respuesta a los objetivos de la investigación. Se seleccionó el enfoque cuantitativo, el tipo fue de campo con un diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 7 especialistas en salud mental, 5 psicólogos y 2 psiquiatras con experiencia en atención de adultos con TEA. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. Se elaboró un instrumento, un cuestionario de recolección de información acerca de los contenidos para el protocolo de atención. La validez de dicho cuestionario se obtuvo a través de un juicio de expertos y la confiabilidad a través del alfa de Cronbach, cuyo resultado fue de 0,89, denotando una alta confiabilidad del instrumento.

En el Capítulo IV, se presentaron y analizaron los resultados de los 19 ítems del instrumento aplicado, representados en tablas y figuras. En el capítulo V, se comparten las conclusiones y recomendaciones orientadas hacia los criterios de elaboración del protocolo de atención, entre las cuales tenemos la no inclusión de las escalas de medición de Hamilton en el protocolo (ni para medición de ansiedad ni depresión), tomar como válida la información proporcionada tanto por la persona con TEA como por su acompañante, a través de una entrevista semiestructurada. Los contenidos psicoeducativos serán reforzados con apoyos visuales. En cuanto a las técnicas incluidas en el protocolo de atención, la terapia cognitivo conductual será utilizada para la identificación de detonantes ansiógenos y depresivos, y los factores de riesgo que podrían ser intervenidos o modificados para disminuir la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad y depresión. Asimismo, la identificación de problemas de salud física (relativos al sueño, alimentación, actividad física, entre otros), forman parte del protocolo de atención, así como las técnicas de respiración, relajación y entrenamiento en auto instrucciones están incluidas en el módulo de atención inicial para síntomas de ansiedad. Mientras que, para el abordaje conjunto de los síntomas de ansiedad y depresión, se incluyen en el protocolo la identificación de áreas de destrezas o interés (para promover la ocupación en actividades recreativas, culturales, formativas o laborales), el entrenamiento en solución de problemas, la programación de actividades diarias, las

técnicas de distracción y el entrenamiento en habilidades sociales.

En cuanto a las recomendaciones, se sugiere continuar con la elaboración y validación del instrumento de despistaje de ansiedad y depresión, Validación del protocolo a través de una investigación futura, en la que se pueda comprobar a través de metodología de pre test y post test, o alguna otra de similar rigurosidad científica, su eficacia y resultados, y su aplicación en la población de adultos con diagnóstico de trastorno del espectro autista tanto en ámbito público como privado.

Finalmente, el Capítulo VII expone la estructura del protocolo de atención para adultos con TEA y síntomas de ansiedad y depresión, en base a los resultados del instrumento aplicado.

## **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Planteamiento del Problema**

Los trastornos del espectro autista (en adelante TEA) según Ibarra (2000) están definidos como trastornos fisiológicos de origen multifactorial (factores genéticos, inmunológicos, ambientales; entre otros) que aparecen a edades tempranas, generalmente antes de los 36 meses de edad y que se caracterizan por desviaciones en la velocidad y secuencia del desarrollo.

Las áreas de desarrollo afectadas incluyen la comunicación, socialización, comportamiento, cognición, entre otras. La mayoría de los estudios y planes de atención se han realizado para atender a la población infantil con trastorno del espectro autista. Sin embargo, cuando esta población alcanza la mayoría de edad, pierden la mayoría de sus espacios de atención, los subsidios y apoyos económicos para tener acceso a tratamiento, y terminan siendo derivados a los servicios de salud primaria, hospitales y servicios o unidades psiquiátricas de hospitales generales.

Como sabemos, la condición no desaparece con el tiempo. Una vez alcanzada la adultez, se produce la demanda de apoyo psicológico y/o psiquiátrico, ya sea por deterioro de su calidad de vida o por presencia de comorbilidades psiquiátricas.

Según Matson y Cervantes (2014, en Sáez, 2020) las patologías coexistentes al TEA más estudiadas son el "TDAH, la ansiedad, la depresión, el Trastorno Obsesivo Compulsivo, el trastorno oposicionista desafiante, los problemas de conducta, los trastornos alimenticios, las somatizaciones, la enuresis, la encopresis, los trastornos del sueño y el Trastorno por Estrés Postraumático" (p. 112).

Los trastornos depresivos, ya sea episódicos o recurrentes, y los trastornos de ansiedad, en especial las fobias específicas, fobias sociales, y el trastorno obsesivo compulsivo, son los que generan mayor demanda de atención en los sistemas de salud nacionales, tanto en el ámbito público como privado.

Una de las principales razones de que las personas con TEA en la edad adulta, acudan a consultas con profesionales de salud mental, es la atención y tratamiento de los síntomas ansiosos y depresivos que presentan, ya que la ocurrencia de dicha sintomatología produce deterioro de su calidad de vida, y compromete aún más sus capacidades de socialización, procesamiento de los estímulos, y despliegue conductual. Y la realidad es que la población con TEA requiere de una atención diseñada especialmente de acuerdo a sus necesidades.

En Venezuela, en el ámbito público, no existen programas o métodos de atención diseñados especialmente para pacientes con TEA, que tomen en cuenta sus características y dificultades en socialización, lenguaje y comunicación, sensopercepción y/o en el área cognitiva y conductual.

Es necesario incorporar los cambios necesarios en protocolos de atención para brindar información sobre síntomas de ansiedad y depresión, y sobre técnicas de autorregulación a las personas con TEA, de acuerdo a sus características específicas.

El objetivo de este trabajo es, proponer un protocolo de atención para adultos con TEA, que les permita conocer la importancia del cuidado de la salud Mental, con énfasis en proporcionar información sobre los síntomas y manifestaciones de los trastornos tanto de ansiedad como depresivos, así como ofrecer herramientas de abordaje básicas para la autorregulación, proporcionando así, la continuidad de un espacio de atención para aquellos que recibieron atenciones previas durante la niñez, y también, incorporando a aquellos adultos que son diagnosticados una vez alcanzada la mayoría de edad.

### **Preguntas de investigación:**

¿Cuál sería el contenido necesario para la viabilidad de un protocolo de atención para adultos con trastorno del Espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión?

¿Cuáles serían los criterios para un protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión?

¿Cómo sería el diseño de un protocolo de atención para adultos con trastorno del Espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión?

## **Objetivos del Trabajo Especial de Grado**

### ***Objetivo General***

Proponer un protocolo de atención para adultos con Trastorno del Espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión.

### ***Objetivos Específicos***

- 1) Identificar el contenido necesario para la viabilidad de un protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión.
  
- 2) Establecer los criterios del protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión.
  
- 3) Diseñar el protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión.

## **Justificación e Importancia**

Esta investigación centra su atención en las personas adultas con Trastorno del Espectro Autista y sus condiciones emocionales, específicamente la coexistencia o comorbilidad de síntomas de ansiedad y depresión. Generalmente, la investigación en el área de Trastornos del Espectro Autista está dirigida a niños, adolescentes, sus familias y sus entornos educativos. Es notorio que, una vez que los niños y niñas con TEA alcanzan la mayoría de edad, el interés en conocer sus características decrece y sus espacios de apoyo terapéutico y educativo se reducen drásticamente, pudiendo quedar en situación de desatención. Por lo que, esta investigación pretende aportar conocimiento sobre el tratamiento e intervención de la comorbilidad de la ansiedad y depresión en personas adultas con trastorno del espectro autista.

Esta realidad se hace más evidente en las instituciones de Salud Pública, a donde acuden a pesar de que no todos los equipos multidisciplinarios de la atención pública están sensibilizados y/o preparados para brindar la atención más adecuada a esta población tan particular. Es de interés para el sistema de salud nacional, el diseño de este protocolo de atención, a fin de atender a los pacientes adultos con Trastorno del espectro Autista que solicitan atención psicológica por presentar comorbilidades psiquiátricas, y que pueda replicarse para toda esta población y que respete y acompañe efectivamente sus particularidades en la comunicación, interacción social, procesamiento sensorial y de comprensión de contenidos psicoeducativos.

En el interés de aportar conocimiento validado ajustado a los requerimientos de los adultos con TEA y que permita identificar diversos síntomas de comorbilidades que, debido a las particularidades emocionales de la población, fácilmente podrían pasarse por alto o recibir diagnósticos con falsos positivos o falsos negativos. Especificar en un documento validado el abordaje diseñado especialmente para los adultos con TEA, puede ser considerado un aporte valioso en el área, de interés académico y a su vez, en el área de la Salud Mental.

El protocolo de atención diseñado y valorado servirá como referencia para el abordaje de los casos, pudiendo establecer el punto de partida para un proyecto de abordaje multidisciplinario. La finalidad es brindar un mejor servicio a la población consultante, sus familias y la comunidad en general, producir un impacto positivo en la comunidad circundante y ampliar la influencia a otras comunidades o centros de Salud.

La presente investigación tiene relevancia social, en vista de ampliar las opciones terapéuticas de los adultos con trastorno del espectro autista que presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

En el ámbito profesional, como psicóloga, esta investigación permite el enriquecimiento de opciones de tratamiento ofrecido, tanto a nivel público como privado. Una vez establecido el protocolo de atención, podrá aplicarse tanto en el ámbito público como privado, por lo que espero poder continuar ampliando la aplicación de este protocolo, o cualquier otro similar, adaptado o derivado de este, llevando su aporte mucho más allá del alcance de esta investigación.

### **Alcance y Delimitación**

Al finalizar esta investigación, se obtendrá un protocolo de atención para adultos con Trastorno del Espectro Autista que presenten comorbilidad con síntomas de depresión y ansiedad. El protocolo será diseñado en el transcurso de la elaboración de este Trabajo Especial de Grado. El protocolo de atención quedará establecido como un aporte a la atención de esta población a nivel público y privado y beneficiará a todos los pacientes con características similares.

Esta investigación se desarrollará en el ámbito de la Salud, se llevará a cabo en Venezuela, Distrito capital, municipio Libertador, con un área de influencia que abarca a los usuarios de consultas privadas en mi ejercicio profesional.

La validación del contenido del protocolo se realizó de acuerdo a un “Juicio de Expertos”, en consonancia con los procedimientos de validación de la Universidad

Monteávila.

### Cronograma del Trabajo especial de Grado

<b>Actividades</b>	<b>Enero 2024</b>	<b>Febrero 2024</b>	<b>Marzo 2024</b>	<b>Abril 2024</b>	<b>Mayo 2024</b>	<b>Junio 2024</b>	<b>Julio 2024</b>
Diseño del instrumento sobre contenidos del protocolo de atención							
Validación de instrumento con profesionales expertas							
Aplicación de instrumento a la población objetivo							
Análisis de resultados de los datos obtenidos con el instrumento							
Conclusiones y recomendaciones							
Elaboración del protocolo de atención							
Entrega del TEG							
Defensa del TEG.							

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

El marco teórico o referencial es fundamental para toda investigación, ya que “es el producto de la revisión documental-bibliográfica, y consiste en una recopilación de ideas, postura de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar” (Arias, 2012, p. 106). Este compendio de los hallazgos, anteriores o recientes, de una determinada área de conocimiento, establece el contexto y la fundamentación bibliográfica que permite justificar la investigación.

Por lo tanto, incluye desde la definición de conceptos indispensables para identificar las variables de la investigación, pasando por las teorías, modelos, enfoques, técnicas y conclusiones relevantes que se han desarrollado en investigaciones anteriores. De esta manera, permite orientar cada trabajo de investigación a través de una base teórica sólida, que a la vez favorece la creación de nuevo conocimiento en las líneas de investigación relevantes, permitiendo la replicación de estudios, pero también favoreciendo la innovación, a través de metodología acertada y de valor internacional.

### **Antecedentes**

Con respecto a los antecedentes, son todos aquellos “trabajos y tesis de grado, trabajos de ascenso, artículos e informes científicos relacionados con el problema planteado (...) reflejan avances y el estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones” (Arias, 2012, p. 107). La información específica que aportan los antecedentes, permite ubicar en el panorama de la investigación internacional, los avances en la línea de investigación específica, las

conclusiones a las que se ha llegado con variables, poblaciones, muestras, métodos de nuestro interés. Igualmente nos permiten notar los vacíos de investigación en determinados temas o con determinadas variables, muestras o métodos, a fin de obtener información relevante que permita optimizar y dirigir el planteamiento del problema en la propia investigación.

A continuación, se procede a presentar cinco investigaciones internacionales que se vinculan con este trabajo de investigación, que aportan información relevante y dan soporte al planteamiento del problema. Se reportarán los objetivos y principales conclusiones y hallazgos de cada estudio. Esto permitirá manejar un contexto global y amplio para conocer el estado actual del conocimiento con respecto a las comorbilidades psiquiátricas con el TEA, las comorbilidades específicas con ansiedad y depresión; y la eficacia de la terapia cognitivo conductual para el abordaje de personas adultas con TEA en comorbilidad con ansiedad. Estas investigaciones fundamentan la importancia y relevancia de la presente investigación.

En primer lugar, se revisó la investigación de Correa (2020), tesis de maestría titulada: Comorbilidad psiquiátrica en adultos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la Universitat Abat Oliba CEU de Cataluña, España. Su objetivo general consistió en realizar una revisión bibliográfica de artículos de investigación sobre la prevalencia, los factores de riesgo y el diagnóstico diferencial de los distintos trastornos psiquiátricos que pueden presentarse en adultos con TEA. Como resultado, expone que entre el 55 al 89% de los adultos con TEA presenta al menos un trastorno psiquiátrico, y que el riesgo de solapamiento entre los síntomas del TEA y los de otros trastornos psiquiátricos está presente en la mayoría de comorbilidades, por lo que es importante hacer un diagnóstico diferencial que tenga en cuenta las sutiles diferencias sintomatológicas. Comorbilidades listadas: TEA - Discapacidad intelectual (33 al 39%), TEA -TDAH (25 al 29%), Síndrome Tourette (4-5%), trastornos de tics (9 al 20%), esquizofrenia (2 -12%), trastorno bipolar (3 - 9%), depresión (14-37%), suicidios consumados (0,17%), conductas suicidas (7 - 34%), ideación suicida (32-66%), trastornos de ansiedad (17-55%), TOC (5-24%), TCA (3-8%), consumo de sustancias (1-13%) y por último, trastornos de personalidad (esquizoide, evitativa y obsesiva, con un 12 -62%).

En general las comorbilidades son un factor principal de los altos usos y costos de servicios de atención médica y psicológica de las personas con TEA. El siguiente antecedente es el de Lugo (2019), Tesis doctoral titulada: Características psicopatológicas en adultos con trastorno del espectro autista, de la Universidad de Salamanca, España, realizó una investigación cuyo objetivo general fue estudiar los perfiles psicopatológicos más frecuentes en personas adultas con diagnóstico de TEA. La metodología de la primera fase consistió en una revisión sistemática de la evidencia (documental) sobre trastornos psiquiátricos diagnosticados en población TEA, encontrando una elevada prevalencia de varios diagnósticos, en especial de los trastornos del espectro de la esquizofrenia (TEE). Al concluir que no existe ningún instrumento diagnóstico que permita distinguir entre ambas condiciones, se propuso traducir y validar al español el instrumento Cociente Autista abreviado, con una población de 46 adultos con TEA, 17 adultos con TEE y 190 adultos de grupo control (muestra no-clínica). Como conclusión, se menciona que el grupo con TEA presenta un mayor puntaje en la escala, lo cual permite usarla como instrumento de diferenciación entre ambos trastornos. Como limitación señalan el tamaño reducido de la muestra, había diferencias notorias en la proporción de mujeres y hombres en los grupos. Recomiendan ampliar la muestra y eliminar el posible sesgo de género.

Avanzando en las comorbilidades específicas con la ansiedad, se revisó como antecedente la investigación de Beneytez (2019), quien realizó una tesis doctoral titulada Síntomas de ansiedad en los trastornos del espectro del autismo desde un enfoque transdiagnóstico. Su objetivo general fue analizar la relación entre la ansiedad y los TEA, en función de variables clínicas (comorbilidad, patrones repetitivos y atipicidad sensorial) y variables transdiagnósticas (disfunción ejecutiva, desregulación emocional e intolerancia a la incertidumbre). Participaron 87 niños entre los 6 y 18 años, de los cuales 34 calificados con discapacidad intelectual (CI menor a 70) y 53 calificados como alto funcionamiento intelectual (CI mayor a 70). Tradujo al español y validó los instrumentos Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder – Parent version (ASC ASD-P), The Repetitive Behaviours Questionnaire (RBQ) y el Quality of Life in Autism Questionnaire (QoLA); los cuales aplicó a la muestra junto al Social Communication Questionnaire (SCQ), Short Sensory Profile (SSP), Dysexecutive Questionnaire for

Children (DEX-C), Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12) Versión parental y el Emotion Regulation Checklist (ERC). Todos los cuestionarios fueron administrados exclusivamente a los padres o cuidadores. Como conclusiones reporta que los síntomas de ansiedad en las personas con TEA participantes, se agrupan en torno a cuatro dimensiones: ansiedad de ejecución, ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad de separación y el arousal ansioso. Y que los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes con TEA de alto funcionamiento están vinculados a factores de riesgo como la intolerancia a la incertidumbre, la hipersensibilidad sensorial, y el arousal ansioso. En el grupo de TEA de bajo funcionamiento, los principales factores de riesgo fueron la atipicidad sensorial combinada con la intolerancia a la incertidumbre. Como limitación reportan la utilización exclusiva de reportes parentales, y recomiendan para investigaciones futuras, contar con instrumentos de autoinforme, sobre todo para las personas con TEA de alto funcionamiento intelectual.

Incorporando la variable depresión, se revisó además la investigación de Sáez (2020), quien realizó una tesis doctoral titulada Sintomatología internalizada en adultos con Trastorno del Espectro Autista: un enfoque transdiagnóstico. Su objetivo general fue estudiar las sintomatologías internalizadas: ansiedad, depresión y obsesiones, en adultos con TEA y DI y su relación con variables transdiagnósticas (disfunción ejecutiva, desregulación emocional e intolerancia a la incertidumbre). Participaron 121 personas adultas con TEA y discapacidad intelectual (leve, moderada, grave y profunda). Utilizó los instrumentos: Diagnostic Behavioral Assessment for Autism Spectrum Disorder Revised (DiBAS-R) Leiter International Performance Scale, Autism Spectrum Disorders-Comorbidity for Adults (ASD-CA); Adult Behavior Checklist (ABCL), Glasgow Depression Scale for people with a Learning Disability - Carer Supplement (GDS-LD), Anxiety Scale for Adult with Autism Spectrum Disorder-Infomart (ASA-ASD-I) Dysexecutive Questionnaire of the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (DEX) Emotion Regulation Checklist (ERC) y la Intolerance of Uncertainty Scale – 12, Parent version (IUS-12) y por ultimo, la Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Parent Report Format (CY-BOCS-PR). Como conclusiones reportó la confirmación de la relación entre la severidad clínica del TEA y las sintomatologías ansiosas, depresiva y obsesivo-compulsiva. Además, las conductas repetitivas y estereotipadas se asociaron

con los síntomas de ansiedad y con las obsesiones y las compulsiones. La intolerancia a la incertidumbre y la desregulación emocional tuvieron un papel predictor significativo para la ansiedad, siendo esta última predictora también para la sintomatología depresiva. Como limitación, señalaron las características de la población (TEA y Discapacidad intelectual) y recomiendan ampliar el estudio a personas con distintos niveles de funcionamiento.

Por último, incorporando el uso de la terapia cognitivo conductual en adultos con TEA, se revisó el trabajo de Sánchez-Cueva (2023), quien realizó una tesis doctoral titulada Programa de intervención cognitivo conductual para la ansiedad en las personas con trastornos del espectro del autismo, en la Universidad de Valencia, España. Su objetivo general fue identificar los posibles efectos de PICCA (programa de intervención cognitivo conductual en ansiedad, de su autoría, combinando la terapia cognitivo conductual y el mindfulness) sobre los niveles de síntomas de ansiedad en estudiantes universitarios autistas. Participaron 111 estudiantes universitarios con diagnóstico de TEA (entre 18 y 27 años). Utilizó los instrumentos SCAARED (Screen for Adult Anxiety Related Emotional Disorders), FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) y DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale), los cuales se aplicaron como medida pre y post test. Durante la intervención, que duró 8 semanas, los participantes respondieron, semanalmente, el cuestionario GAD-7 (La Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada). Como resultados, encontró menores niveles de síntomas ansiedad después del programa, mostrando una reducción progresiva durante la intervención. Como limitaciones, destaca el tamaño reducido de la muestra, que los instrumentos no están validados para población con autismo, la realización de las sesiones vía zoom, y que solo se incluyeron participantes de alto funcionamiento. Como recomendación, sugieren una intervención presencial, y la necesidad de validar los instrumentos para población con TEA.

## **Bases teóricas.**

En una investigación, no solo es necesario hacer una revisión exhaustiva de los antecedentes recientes en las diversas líneas de investigación. También es necesario hacer mención a los trabajos pioneros que sentaron las bases del conocimiento actual. Las bases teóricas “Implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado” (Arias, 2012, p. 107).

La revisión en profundidad de los diversos autores que han nutrido el conocimiento en su área respectiva, y que han aportado hallazgos que configuran la base de investigaciones posteriores, nos permiten hacer el puente entre la teoría y el objeto de estudio de cada investigación. Es a través de las bases teóricas, que se logra ubicar al problema de investigación en un enfoque teórico, relacionarlo con la perspectiva de diversos autores y adoptar una postura teórica que sostenga los hallazgos de la propia investigación. A continuación, se procede a presentar diversas investigaciones y material teórico que se vinculan con este trabajo de investigación, que aportan información relevante y dan soporte al planteamiento del problema, fundamentando su importancia y relevancia en el contexto nacional e internacional.

## **Trastornos del espectro autista.**

Los trastornos del espectro autista (TEA) están definidos como trastornos fisiológicos de origen multifactorial (factores genéticos, inmunológicos, ambientales; entre otros) que aparecen a edades tempranas, generalmente antes de los 36 meses de edad y que se caracterizan por desviaciones en la velocidad y secuencia del desarrollo (Ibarra, 2000).

En 1943 Leo Kanner, psiquiatra austríaco residenciado en Estados Unidos, hace la primera descripción documentada sobre un trastorno infantil que denominó autismo infantil precoz, en función de lo observado en un grupo de once niños con imposibilidad de interactuar con las personas a su alrededor y marcadamente retraídos (Flores, 2007).

Estos niños eran esencialmente varones, y su cuadro clínico se caracterizaba por la precocidad, ya que las dificultades se manifestaron desde los 12 meses de edad en adelante y se mantenía de por vida. Además de lo mencionado, la sintomatología que presentaban incluía comportamiento inflexible, soledad y retraso importante en la adquisición del lenguaje verbal (Garrabé, 2012).

Un año después, Hans Asperger, psiquiatra austríaco, presenta un trabajo científico titulado psicopatía autista en la niñez, coincidiendo con Kanner al explicar la capacidad muy limitada para las relaciones social de los niños evaluados por él y la compulsividad e inflexibilidad de los pensamientos y acciones. Asimismo, mencionaba pautas extrañas en el lenguaje expresivo, como anomalías prosódicas y pragmáticas en el lenguaje y su empleo restringido como medio de comunicación. Por último, señalaba que estos niños tendían a guiarse por impulsos internos, independientemente de los estímulos ofrecidos por el medio ambiente (Riviére, 1997).

Continuando con Riviére (1997), quien propuso que existen 6 dimensiones presentes en los trastornos del espectro autista, mostradas en la siguiente tabla:

**Tabla 1.**

*Dimensiones del continuo del Trastorno del espectro autista.*

**A. Trastornos cualitativos de la relación social**

1. Aislamiento completo. No apego a personas específicas. A veces indiferenciación personas/cosas.
2. Impresión de incapacidad de relación, pero vínculo con algunos adultos. No con iguales.
3. Relaciones inducidas, externas, infrecuentes y unilaterales con iguales.
4. Alguna motivación a la relación con iguales, pero dificultad para establecerla por falta de empatía y de comprensión de sutilezas sociales.

**B. Trastornos de las funciones comunicativas.**

1. Ausencia de comunicación, entendida como "relación intencionada con alguien acerca de algo"
2. Actividades de pedir mediante uso instrumental de las personas, pero sin signos.
3. Signos de pedir. Sólo hay comunicación para cambiar el mundo físico.
4. Empleo de conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., que no sólo buscan cambiar el mundo físico. Suele haber escasez de declaraciones "internas" y comunicación poco recíproca y empática.

**C. Trastornos del lenguaje.**

1. Mutismo total o funcional (este último con emisiones verbales no comunicativas)
2. Lenguaje predominantemente ecológico o compuesto de palabras sueltas.
3. Hay oraciones que implican "creación formal" espontánea, pero no llegan a configurar discurso o conversaciones.
4. Lenguaje discursivo. Capacidad de conversar con limitaciones. Alteraciones sutiles de las funciones comunicativas y la prosodia del lenguaje.

**D. Trastornos y limitaciones de la imaginación.**

1. Ausencia completa de juego simbólico o de cualquier indicio de actividad imaginativa.
2. Juegos funcionales elementales inducidos desde fuera. Poco espontáneos, repetitivos.
3. Ficciones extrañas, generalmente poco imaginativas y con dificultades para diferenciar ficción/realidad.
4. Ficciones complejas, utilizadas como recursos para aislarse. Limitadas en contenidos.

**E. Trastornos de la flexibilidad.**

1. Estereotipias motoras simples (aleteo, balanceo, etc.).
2. Rituales simples. Resistencia a cambios mínimos. Tendencia a seguir los mismos itinerarios.
3. Rituales complejos. Apego excesivo y extraño a ciertos objetos.
4. Contenidos limitados y obsesivos de pensamiento. Intereses poco funcionales, no relacionados con el mundo social en sentido amplio, y limitados en su gama.

**F. Trastornos del sentido de la actividad.**

1. Predominio masivo de conductas sin propósito (correteos sin meta, deambulación sin sentido, etc.)
2. Actividades funcionales muy breves y dirigidas desde fuera. Cuando no, se vuelve a (1).
3. Conductas autónomas y prolongadas de ciclo largo, cuyo sentido no se comprende bien.
4. Logros complejos (por ejemplo, de ciclos escolares), pero que no se integran en la imagen de un "yo proyectado en el futuro". Motivos de logro superficiales, externos, poco flexibles.

Fuente: Riviére (1997, p.21-22).

En cuanto al diagnóstico actual, el manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales (DSM 5) establece los siguientes:

**Tabla 2.**

*Criterios diagnósticos del Trastorno del espectro autista DSM V.*

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Fuente: DSM 5 (APA, 2013).

## **Emociones.**

Las emociones humanas han sido y son cruciales para la adaptación del ser humano al medio ambiente. La respuesta emocional flexible y adaptada nos ha permitido evolucionar como especie y definirnos como seres de naturaleza social, permitiendo el desarrollo cultural, la identidad de grupo, e inclusive la evolución de la sensación de arraigo y posteriormente el desarrollo de constructos sociológicos como la nacionalidad. “Las emociones son generalmente de corta duración, estados pasajeros que duran de unos minutos a varias horas y se dan en respuesta a un acontecimiento externo” (Durand y Barlow, 2007, p.62). El proceso emocional tiene 3 componentes: conductual, fisiológico y cognitivo. Como plantean Durand y Barlow, en cuanto al componente conductual, encontramos patrones básicos únicos para cada emoción (la expresión comportamental de la ira difiere notoriamente de la de la tristeza), este componente conductual cumple a su vez funciones comunicativas, ya que permite a otras personas entender y reaccionar al estado emocional ajeno. Las expresiones faciales, cambios visibles como el llanto, la mirada, el tono y volumen de la voz, transmiten el estado emocional.

El segundo componente es el cognitivo, ya que cada persona realiza evaluaciones, atribuciones e inferencias para procesar el significado de cada estímulo, y en base a dicha evaluación, se produce la emoción. El tercer componente es el fisiológico: las emociones activan (o son producidas por) las áreas del cerebro más primitivas, y no aquellas áreas responsables de los procesos cognitivos superiores. Inclusive se ha podido establecer una conexión directa entre las áreas emocionales del cerebro y la retina o el oído, de manera que se pueda producir la activación emocional de manera automática y directa, sin que existan pensamientos asociados. Muy a menudo, los cambios fisiológicos como el aumento de la frecuencia cardíaca, informan al sujeto sobre la emoción, antes que haya conciencia de los cambios en el ambiente.

Por otra parte, una de las clasificaciones de las emociones, diferencia entre emociones primarias y secundarias. Las primarias tendrían la característica de ser universales, propias de la especie humana, y son: tristeza, alegría, asco, sorpresa y miedo. Mientras que las secundarias, tienen un desarrollo más tardío y que depende de la

socialización: culpa, vergüenza, orgullo y celos.

### **Funciones ejecutivas y emociones.**

Las funciones ejecutivas (FE) se definen como un conjunto de procesos cognitivos de alto orden, cuya finalidad es facilitar la adaptación del sujeto a situaciones nuevas o complejas, que no involucran conductas o respuestas automáticas (Collette, Hogge, Salmon y Van der Linden, 2006 en Andrés, Castañeiras, Stelzer, Juric e Introzzi, 2016). Dependen del funcionamiento de los lóbulos frontales y se encargan de coordinar y regular el procesamiento de estímulos visuales y auditivos y de situaciones y respuestas emocionales (Schmeichel y Tang, 2013 en Andrés et al, 2016). Otros de los procesos en los que están involucradas, son la inferencia social, la motivación, el lenguaje y la ejecución de acciones (Gómez, 2010)

Por lo tanto, las FE intervienen tanto en los movimientos intencionados más simples, como en la planificación y ejecución de planes de acción complejos. Los componentes ejecutivos son: La memoria de trabajo (MT), la flexibilidad cognitiva (FC) y la capacidad de inhibición (CI), y han sido mencionados como los de mayor implicación en la regulación emocional (Shmeichel y Tang, 2013; en Andrés et al, 2016)

Para Damasio (2006, en Arteaga y Quebradas, 2010) la implicación de las FE en las emociones es fundamental, ya que el despliegue de sentimientos y emociones sería consecuencia del ensamblaje neuronal que implica representar un estímulo, captar y representar la emoción que este produce, y producir una respuesta en consecuencia. El mismo autor, presentó la hipótesis del Marcador somático, afirmando que cada emoción revive el conocimiento sobre las situaciones y eventos pasados. “Esta hipótesis sostiene un aprendizaje basado en las emociones (...) ante situaciones nuevas y rutinarias las emociones sirven como un timbre de alarma, como un marcador somático negativo se yuxtapone a un determinado resultado futuro” (Damasio, 1994 citado por Arteaga y Quebradas, 2010, p. 123).

Para funcionar como un marcador, la respuesta emocional, requiere del uso de los componentes ejecutivos ya mencionados: memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva y la capacidad de inhibición, a fin de poder integrar la información cognitiva de cada situación y vincularla con la información emocional, y así poder establecer un precursor emocional. Si hay un déficit en la memoria de trabajo, las emociones previas no podrían ser precursoras de las nuevas respuestas. Si el déficit se localiza en la flexibilidad cognitiva, los nuevos estímulos no pueden beneficiarse tampoco de las emociones precursoras, ya que estas solo producirían respuestas para estímulos ya conocidos (Arteaga y Quebradas, 2010). Si el déficit se encuentra en la capacidad de inhibición, no es posible suprimir o cancelar las emociones inadecuadas, quedando el sistema a merced de las respuestas aumentadas o no compatibles con el estímulo (Canet-Juric, Introzzi, Andrés y Stellzer, 2016).

### **Coherencia central y emociones.**

La Teoría de la Coherencia Central fue propuesta por Uta Frith en 1989. Partiendo de los resultados de sus investigaciones, explicaba que los seres humanos tendemos a analizar las situaciones y estímulos de manera integral, dándole sentido al mundo como un todo mayor a la suma de sus partes. Tendemos a recordar lo esencial de las situaciones mientras que los detalles superficiales se olvidan más fácilmente, e igualmente, tendemos a conectar todos los detalles a fin de procesar la información para alcanzar un significado del más alto nivel posible (Córdova, 2006).

En cuanto a la relación entre la coherencia central y el autismo, Frith (2003, en Gómez, 2010) propone la teoría del Debilitamiento de la Coherencia Central, en la cual existe déficit en la capacidad de integrar la información sensorial y emocional, lo que produce dificultad para realizar eficientemente comparaciones, juicios e inferencias conceptuales, e igualmente para conectar los mencionados detalles y aspectos aislados a fin de construir significados complejos (como los significados emocionales). Un ejemplo de esto es la capacidad conservada en la persona con TEA para memorizar palabras sueltas frente a la capacidad disminuida de memorizar frases completas con un sentido

global. Extrapolando esto a las emociones, entonces en las situaciones emocionales complejas, que ameritan alto nivel de procesamiento para lograr un sentido, estarían afectadas por el déficit en la coherencia central.

### **Neuronas espejo y emociones.**

En 1996, un equipo de investigadores italianos, descubrieron la existencia de un tipo de neurona, a la cual bautizaron como neuronas espejo (o neuronas especulares). “Son un tipo particular de neuronas que se activan cuando un individuo realiza una acción, pero también cuando él observa una acción similar realizada por otro individuo” (García, 2008, p.73). Conforman un sistema encargado de percibir y ejecutar, en el cual, cuando la persona o animal (simios, en quienes se descubrieron las neuronas espejo) observa un movimiento, se activan las mismas áreas motoras específicas de la corteza, como si se estuviera realizando el movimiento.

Las neuronas espejo no se limitan simplemente a impulsar al individuo a repetir movimientos simples o complejos. Tienen una importante función en el procesamiento de las emociones: Cada vez que una persona realiza acciones con significado, las neuronas espejo emparejan esa acción con una intención (por ejemplo, cuando una persona bosteza, comprende que el bostezo se produce por cansancio o hambre, es la intencionalidad del bostezo). Se conforma una red neuronal que vincula la acción a un propósito. La intención o propósito queda vinculada a acciones específicas, y cada acción evoca las intenciones asociadas. Una vez formadas estas redes neuronales de acción-ejecución-intención en un sujeto, cuando ve a otro realizar una acción, se provoca en el cerebro del observador la acción equivalente, evocando a su vez la intención con ella asociada. Es así como, se atribuye al semejante la intención que ya la acción tiene emparejada. (por ejemplo, al observar al otro bostezar, las neuronas espejos nos hacen imitar el bostezo, pero también atribuir que el otro bosteza porque tiene hambre o sueño). Se entiende que la lectura que alguien hace de las intenciones del otro es, en gran medida, atribución desde las propias intenciones. (García, 2008)

Con respecto al autismo, los trabajos de Rizzolatti (2006) y Ramachandran y Oberman (2006, citados por Gómez, 2010), han tratado de establecer el origen de la falta de reciprocidad socioemocional en el autismo, señalando que una disfunción del sistema de neuronas en espejo, 'puede ser la causa de la falta de procesos de identificación emocional, de déficits en el aprendizaje, en la adquisición del lenguaje, la expresión emocional y la capacidad empática

Cornelio-Nieto (2009) reporta que el sistema de neuronas espejo tiene la capacidad de "leer" las expresiones emocionales de los demás, posibilitando a las personas para empatizar con experiencias vitales y afectivas ajenas a las propias, tales como, aprehender estados emocionales en presencia de dificultades y comprender el despliegue de las expresiones corporales correspondientes.

Por su parte, Iacoboni (2007, en Sassenfeld, 2008) encontró que la observación de expresiones emocionales faciales activa el sistema de neuronas espejo, la ínsula anterior y la amígdala, aumentando aún más la actividad de todas estas áreas al imitarse las mismas expresiones. Además, el autor explica que la observación de acciones induce una empatía más bien emocional, mientras que escuchar los sonidos de una acción promueve una actitud más cognitiva y menos resonante en términos emocionales, de tal manera que "proporciona un mecanismo de simulación de las emociones de otras personas (una suerte de imitación interna) que se encuentra en la base de la capacidad de empatizar con otros" (Iacoboni, 2007 en Sassenfeld, 2008, p. 196).

Por último, otro grupo de investigadores que estudiaron la activación de neuronas espejo en la situación terapéutica, explican que en los procesos de comunicación inconsciente en la relación psicoterapéutica, las señales emocionales implícitas del paciente pueden activar en el terapeuta un patrón neuronal resonante similar al del paciente, que es entonces compartido entre ambos y que fundamenta la comprensión empática y el entonamiento afectivo (Gallese, Eagle y Migone, 2006; en Sassenfeld, 2008).

## **Teoría de la mente y emociones.**

La Teoría de la Mente es un constructo desarrollado por diversos investigadores a lo largo de varias décadas, que explica la habilidad cognitiva para comprender y predecir la conducta de las personas con las que interactuamos, así como inferir sus intenciones, creencias y conocimientos (Tirapu, Pérez, Erekatxo y Pelegrín, 2007). Gracias a esto, logramos pensar acerca de las representaciones que hacen otras personas y adaptar nuestras respuestas a lo que inferimos.

Baron-Cohen (1999) explica que la teoría de la mente constituye la base de la empatía y el apoyo social, y permite intercambios sociales basados en contenidos emocionales y en la inferencia de estados mentales, por lo que el sujeto logra evaluar el contexto trascendiendo lo netamente conductual (percibido) de la emoción ajena, e incorpora el componente cognitivo, tal como se menciona al inicio de este ensayo. Riviére y Núñez (2001, en Reyna, 2011) denominan esta capacidad como una mirada mental. Mientras que otros procesos internos, como el pensamiento, no tienen un correlato conductual visible, las emociones sí.

Cuando un bebé obtiene información sobre el estado interno emocional de sus padres o cuidadores, a través de la observación de sus rostros, se inicia el desarrollo de la teoría de la mente en ese bebé. Por ende, un niño que carezca de esta mirada mental, no es capaz de atribuir significado al componente conductual de las emociones, que como se mencionó previamente, es el que permite que otras personas, al observar, puedan inferir el estado interno (emoción). La teoría de la mente permite que una persona pueda darse por enterada del estado interno de otra, sin que esta tenga que anunciarlo o revelarlo verbalmente.

Es así como en el caso del autismo, este importante mecanismo, que para Baron-Cohen (1999) es tan importante como el desarrollo del lenguaje y la bipedestación (ya que ha permitido la conformación del ser humano como ente social); se encuentra alterado, provocando que las expresiones emocionales no produzcan la activación de las áreas cerebrales que deberían activarse y que también intervienen en la conducta prosocial.

En este sentido, durante la niñez de una persona con TEA, es posible que se presenten dificultades para entender las emociones primarias, que a través del entrenamiento pueden superarse, aunque luego persisten dificultades para procesar las emociones secundarias, que requieren un nivel de procesamiento diferente ya que se instalan con la socialización. Si la socialización ya está interferida en el niño con TEA, es lógico pensar que la instalación de las redes neuronales y consolidación de estructuras que permitan el procesamiento de emociones secundarias, también se encuentra interferido.

### **TEA en la vida adulta.**

El reconocimiento del TEA como una condición de por vida, ha conducido al aumento de este diagnóstico también en adolescentes y adultos que no lo recibieron en su infancia. A medida que aumenta el conocimiento sobre los TEA entre los profesionales de la salud, aumenta también el diagnóstico de esta condición en personas que años atrás hubieran sido diagnosticadas de otra manera. Sin embargo, en la adultez las dificultades en la identificación de esta condición podrían ser aún mayores, ya que, si durante la infancia las manifestaciones pasaron desapercibidas, pueden estar involucradas dificultades mucho más sutiles y heterogéneas, y la expresión fenotípica del TEA puede que no sea la más habitual (López, 2020).

Los déficits sociales, de comunicación y la restricción de intereses, registran ciertos cambios durante la vida en las personas con TEA. En la adultez, el repertorio restringido de intereses puede no cambiar en intensidad, pero puede cambiar su naturaleza. Con relación a las habilidades de comunicación, hay tendencia a mejorar, especialmente si el autismo es de grado 1. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones reporta que las dificultades sociales se mantienen en mayor o menor grado (Dos Santos et al, 2013)

Tanto para los niños diagnosticados que llegaron a la adultez, como para los adultos sin diagnóstico, la transición a la etapa adulta resulta especialmente vulnerable para las personas con TEA. La adultez es el período más largo de la vida, y en cualquier punto de su extensión, pueden presentarse dificultades en varias áreas como: la educación, el empleo, el apoyo social, la salud y la independencia o emancipación

(Friedman et al., 2013 en Andrés-Garriz, Mumbardó y Vicente, 2023). Asimismo, el paso a la adultez implica una ruptura de las rutinas logradas previamente, caracterizadas por ser más dirigidas (tanto por los familiares como por los centros educativos), requiriendo del adulto una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación. En jóvenes adultos con TEA de grado 1, se ha detectado una mayor conciencia de diferencia con sus iguales y una falta de habilidades adaptativas necesarias para conseguir una mayor independencia, lo que hace que puedan percibirse menos capaces y se auto perciban de manera negativa (Andrés-Garriz et al, 2023).

En general, la sintomatología de autismo mejora con la edad, aunque también es importante destacar que las necesidades sociales relacionadas con la edad aumentan drásticamente. Las relaciones interpersonales se vuelven más complejas tanto con personas del mismo sexo como del sexo opuesto, y los contextos académicos y laborales incluyen demandas sociales que podrían resultar un reto. Las demandas de aprendizaje son cada vez mayores para quienes logran ingresar a la universidad y al entorno laboral, ocasionando un estrés constante. Cuando no se tienen habilidades o apoyos para responder adecuadamente a este estrés, aparecen las comorbilidades emocionales. Pueden presentarse factores de riesgo como consumo de alcohol o de otras sustancias lícitas o ilícitas como manera de reducir la ansiedad e incrementar la desinhibición social. Asimismo, preocupaciones y pensamientos sobre el cuerpo, como posible explicación de las dificultades sociales, se asocia a dismorfofobia o problemas alimentarios. Inclusive, la falta de comprensión de la edad de consentimiento en el sexo puede producir aproximaciones inadecuadas afectivo-sexuales, con el consecuente rechazo e incluso con la posibilidad de enfrentar demandas legales (Hervás, 2016).

Todas estas manifestaciones, aumentan su difícil manejo por la situación de la atención médica, ya que para adultos con TEA hay una importante reducción de los servicios de asistencia y barreras de accesibilidad a dichos servicios (Musich y Aragón-Daud, 2022). Por lo cual, para los adultos se incrementa la posibilidad de padecer trastornos mentales en comorbilidad con el TEA.

## **Trastornos mentales en comorbilidad con TEA.**

Hutton, Goode, Murphy, Le Couteur y Rutter, realizaron en 2008 una larga investigación en la cual hicieron seguimiento durante 21 años a 135 personas con diagnóstico de TEA en la infancia, buscando en la línea vital la aparición de nuevos trastornos psiquiátricos en la adolescencia o adultez. El 16% presentó un diagnóstico psiquiátrico confirmado. El 6% desarrolló síntomas, pero sin criterios diagnósticos. Entre los diagnósticos confirmados estaban: trastorno obsesivo compulsivo, trastornos afectivos, trastornos de alimentación, trastorno bipolar y ansiedad aguda. Señalan como dato resaltante, que la aparición de los nuevos trastornos fue precedida por eventos o cambios vitales negativos. Previo a esto, Piven (1991) informó sus hallazgos de que los niños con TEA e historia familiar de trastorno afectivo bipolar, mostraban afectos extremos, ciclotimia, intereses obsesivos intensos, trastornos neurovegetativos y regresiones después de un período normal de desarrollo. También encontró un patrón de riesgo de trastorno bipolar en miembros de la familia de personas con TEA, e incluso reportó encontrar evidencia de que un tercio de los familiares de las personas con TEA estudiadas, padecían trastorno afectivo bipolar.

En general las comorbilidades son un factor principal de los altos usos y costos de servicios de atención médica y psicológica de las personas con TEA. Aproximadamente, más de la mitad de los adultos con TEA presentan comorbilidades, tasa mucho más alta que la de la población general. (Vohra et al., 2017; en Musich y Aragon-Daud, 2022). Resultados similares reporta Lugo (2019): Las personas adultas con TEA presentan una prevalencia de trastornos psiquiátricos superior a la encontrada en población general, siendo el TEA un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de patología psiquiátrica en la edad adulta. Resalta también que los trastornos más prevalentes en personas adultas con TEA son el “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, los trastornos afectivos y los trastornos del espectro de la ansiedad y por último, existe un riesgo de solapamiento diagnóstico entre las características relacionadas con el TEA y otras entidades diagnósticas” (p. 181).

Más recientemente, Correa (2020), revisó antecedentes de comorbilidad psiquiátrica en adultos con TEA y encontró investigaciones que reportan que “la presencia de comorbilidad psiquiátrica en los adultos TEA oscila entre los 54% hasta el 89% de la muestra en algunos estudios” (Lugo et al., 2019, en Correa 2020, p. 19) mientras que la comorbilidad indicada en el DSM-5 (APA, 2014) alcanza el 70%. La comorbilidad de más de dos trastornos también es elevada, siendo los trastornos depresivos una de las comorbilidades que más se ha investigado cuya prevalencia se encuentra entre el 11 y el 23% y entre un 14 al 37%, a nivel vital. Pero realmente “la comorbilidad con los trastornos ansiosos es la más investigada en el TEA en adultos. Su prevalencia oscila “entre 17 al 55% para la presencia de un único trastorno (Arnold et al.2019 en Correa, 2020, p.19) y entre un 11 al 38% para más de uno” (Joshi et al., 2013 en Correa, 2020, p.19).

### **Trastornos de ansiedad.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2022, estadísticas sobre la prevalencia de trastornos mentales en 2019, revelando que, para ese año “una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental” (OMS,2022). En esta misma nota descriptiva, caracteriza los trastornos mentales como alteraciones clínicamente significativas de la cognición, la regulación de las emociones y/o el comportamiento de un individuo, que se asocia a angustia o discapacidad funcional en varias áreas importantes, y acota que los trastornos mentales de mayor prevalencia a nivel mundial son los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, los cuales aumentaron significativamente en 2020 a raíz de la pandemia de Covid-19, mostrando la ansiedad un aumento del 26% en tan solo un año, y los trastornos depresivos graves un aumento del 28% en el mismo periodo (OMS, 2022).

En otro reporte específico sobre trastornos de ansiedad, la OMS (2023), informa que aproximadamente un 4% de la población mundial padece actualmente algún tipo de trastorno de ansiedad, y que, según las estadísticas oficiales del organismo de 2019, 301 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, convirtiéndose en los más comunes de todos los trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad, son caracterizados en la onceava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), como “miedo y ansiedad excesivos y problemas de comportamiento relacionados, con síntomas que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativos en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo u otras áreas importantes” (CIE, 2019, p.46). El miedo y la ansiedad se diferencian de acuerdo a la causa que los provoca: en el caso del miedo, se produce en respuesta a un estímulo amenazante externo, acompañado de una respuesta fisiológica de lucha o huida, mientras que la ansiedad no requiere de un estímulo específico, siendo más bien, una respuesta difusa anticipatoria ante una situación futura que puede ocurrir o no, acompañada de una versión atenuada de la reacción fisiológica al miedo (Pineda, 2018).

Según Beck y Clark (1988, en Sanz, 1993), la ansiedad es un complejo sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas.

### **Trastornos depresivos.**

En la onceava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), caracteriza a los trastornos depresivos como “estado de ánimo depresivo (por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar” (CIE-11, 2019, p.36).

Según un reporte de la OMS de 2023, se estima que, a nivel mundial, unos 280 millones de personas sufren depresión, aproximadamente el 3,8% de la población. Eso implica al 5% de los adultos y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. La depresión es un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS, 2023).

La Organización Panamericana de la salud (OPS), destaca que la depresión es una enfermedad común pero grave, ya que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Explica que es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (OPS, 2023).

Según Beck y Rush (1979 en Sanz, 1993), la depresión es un complejo sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se caracteriza por las visiones negativas disfuncionales de las personas sobre sí mismas, su experiencia vital, el mundo en general, y el futuro.

### **Ansiedad y depresión en personas con TEA.**

Con respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva en adultos con TEA, varias investigaciones se han dedicado a examinar su comorbilidad. Para Melville et al (2008 en Nieto, 2014) las personas con autismo padecen con frecuencia otros trastornos, que si bien, pueden ser considerados consecuencias adicionales del trastorno primario de autismo, también “suponen una alteración añadida, que complica y empeora el pronóstico principal de autismo” (p.29). La depresión y la ansiedad son los trastornos más frecuentemente asociados a los Trastornos del Espectro Autista. Ambos trastornos comórbidos son “más frecuentes en las personas con autismo de mayor nivel intelectual, y esto se puede atribuir probablemente a una mayor autoconciencia de sus síntomas” (Ghaziuddin et al., 2002; en Nieto, 2014, p.29).

Por su parte, Van Steensel et al (2011, en Beneytez, 2019), realizaron un metaanálisis sobre ansiedad en niños y jóvenes con TEA. Revisaron 31 estudios en los que estaban implicadas 2,121 personas con TEA y en los que la ansiedad había sido evaluada a través de cuestionarios estandarizados o entrevistas diagnósticas. Los resultados revelaron que el 39.6% de las personas con TEA presentaba algún trastorno de ansiedad. Los más frecuentes fueron Fobia específica (29.8%), seguidos por Trastorno Obsesivo-Compulsivo (17%), la Ansiedad Social y la Agorafobia (17%), la Ansiedad Generalizada (15%), la Ansiedad de Separación (9%) y Trastornos de Pánico (2%).

Otros aportes en la misma línea son los de Davis et al (2011), quienes compararon las comorbilidades en grupos de personas con TEA con habilidades verbales y aquellos no verbales, encontrando que los que tenían poca o ninguna afectación a nivel verbal, desarrollaron síntomas más severos de ansiedad, depresión y trastorno oposicionista desafiante. También relacionaron las mayores habilidades de comunicación con mayores tasas de ansiedad y depresión.

Esto puede relacionarse con los hallazgos de Falconi et al (2018), quienes refieren que las personas con TEA y sin discapacidad intelectual son particularmente vulnerables a Trastornos de ansiedad generalizada por sus dificultades de adaptarse y desarrollar recursos funcionales ante nuevas demandas de cualquier tipo. Los trastornos depresivos en TEA incrementan con la edad y generalmente en épocas de cambio de acuerdo a los hitos del desarrollo (por ejemplo, con la promoción de bachillerato a universidad), en épocas de incremento de estrés relacionado con estudios (época de exámenes), pérdidas o enfermedades de personas referentes, situaciones estresantes en sus vínculos (conflictos interpersonales o desilusiones afectivas). Muchas veces los síntomas pasan inadvertidos por las dificultades de comunicación de las emociones.

Por su parte, Hedley et al (2006, en Paula-Pérez y Martos-Pérez, 2009), investigaron la relación entre los procesos de comparación social y los síntomas depresivos en 36 niños con TEA con edades comprendidas entre 10 y 16 años. Utilizando una escala de comparación social y un inventario de depresión en niños, encontraron una correlación significativa entre síntomas depresivos y la comparación social, sugiriendo una relación directa entre factores psicosociales auto percibidos y síntomas depresivos.

En esta misma línea, Meyer (2006, en Paula-Pérez y Martos-Pérez, 2009), investigó la posibilidad de que las dificultades emocionales y conductuales en niños de entre 8 y 14 años con TEA puedan estar asociadas a los procesos de información y atribución social. En su estudio participaron 31 niños con TEA y 33 niños con desarrollo normal. Los resultados sugieren que los niños con TEA tenían una introspección (insight) suficiente como para ser darse cuenta de sus problemas emocionales y sociales, sugiriendo que son capaces de informar sobre sus propias emociones, son conscientes de sus dificultades

sociales y tienden a las autoevaluaciones negativas y a la soledad.

Sin embargo, no se puede afirmar que la ansiedad y la depresión sean una consecuencia universal del TEA ni que formen parte de una sola entidad. Por ejemplo, las dificultades en la interacción social en unos casos van acompañadas de indiferencia hacia las relaciones sociales, mientras que en otros producen preocupación, angustia y sentimiento de soledad, sobre todo cuando desean establecer relaciones sociales, pero son conscientes de sus limitaciones. A pesar de que hay síntomas que se solapan, como la evitación social, la preocupación por los cambios en las rutinas o las conductas repetitivas, es posible diferenciar si estos síntomas responden a un trastorno de ansiedad co-ocurrente o si son manifestaciones del propio TEA (White y Roberson-Nay, 2009 en Beneytez, 2019).

### **Medición de los síntomas de ansiedad y depresión en personas con TEA.**

La medición de los síntomas psiquiátricos en los niños, adolescentes y adultos con TEA es un punto controversial y complejo. La mayoría de los estudios e investigaciones realizadas presentan muchas limitaciones metodológicas: en el caso específico de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, no hay estudios que diferencien sus síntomas, de los síntomas de TEA. El autismo implica la manifestación de características tales como fobias específicas, hiperactividad, obsesiones, estereotipias, etc., siendo complicado diferenciarlas de síntomas afectivos o ansiosos, sobre todo en aquellas personas con alteraciones en la comunicación, ya que no se han producido instrumentos de valoración válidos para la evaluación de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo en personas con autismo de bajo funcionamiento y con pocas habilidades verbales. (Paula-Pérez y Martos-Pérez, 2009).

Por otra parte, las investigaciones sobre los factores de riesgo de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo en el autismo, no tienen la validez suficiente, ni se disponen de datos empíricos con relación a cuáles síntomas tempranos del autismo pueden

correlacionarse con problemas de ansiedad y depresivos posteriores, y los estudios que existen son muy variables por lo que respecta al tamaño de la muestra, las edades, los criterios diagnósticos, entre otros, lo cual no permite generalizar los datos (Paula-Pérez y Martos-Pérez, 2009).

Sánchez-Cueva, Alcantud y Alonso-Esteban (2022), hicieron una revisión bibliográfica sobre los tratamientos para abordar la ansiedad en población con autismo, y reportan que existen descripciones de una serie de miedos y preocupaciones atípicas que, aunque son comunes y clínicamente impactantes en el autismo, no encajan en los marcos de diagnóstico convencionales de síntomas de ansiedad. Citan el estudio de Kerns et al. (2014), quienes evaluaron los síntomas de ansiedad en 59 niños y niñas autistas, consistentes e inconsistentes con los criterios del DSM-5, y encontraron que el 46 % de los niños estudiados mostraban síntomas de ansiedad atípicos que no coincidían con ningún criterio del DSM-5 y que parecían ser exclusivos del patrón de síntomas autistas. Más adelante en su investigación, también reportaron que síntomas de ansiedad en niveles más elevados están asociados a un mayor deterioro funcional, a mayor aislamiento social y a incremento de la hiperreactividad sensorial, que pueden retroalimentar negativamente el desarrollo social y académico, creándose un efecto de círculo vicioso que produce peores resultados.

La expresión de los síntomas de ansiedad en niños con TEA también es similar a la de la población infantil con desarrollo normotípico: en los más pequeños, la ansiedad se manifiesta a través de problemas de conducta, mientras que en los más mayores se manifiesta con una mayor inhibición (Wood y Gadow, 2010). La manifestación de la ansiedad en los TEA combinan la sintomatología habitual (evitación y escape, aumento en los niveles de arousal fisiológico, distorsiones cognitivas, tales como pensamientos catastróficos o de todo/nada, auto depreciación), con otros síntomas relacionados con las características nucleares del autismo (preocupación excesiva de que se produzca un cambio, aumento de comportamientos repetitivos y sensoriales, de comportamientos sociales inadecuados y/o de rituales, autolesiones) (Kerns et. al., 2014 en Beneytez, 2019).

Con respecto a la depresión, las personas con autismo pueden manifestarla de una manera atípica. Los indicadores conductuales más utilizados para el diagnóstico de la depresión en TEA son: humor deprimido indicado por el propio sujeto o a través de la observación, disminución del interés o el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida o aumento de peso significativo o cambios significativos del apetito, insomnio/hipersomnia, agitación, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados, disminución de la habilidad para pensar/concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida e intentos o planes de suicidio (Paula-Pérez y Martos-Pérez, 2009).

### **Escala de ansiedad y depresión de Hamilton.**

La escala de ansiedad de Hamilton es una escala calificada por el clínico que la administra, que evalúa los síntomas de ansiedad y las consecuencias asociadas, la gravedad de los síntomas y el nivel de deterioro de la calidad de vida asociado. Sus puntuaciones varían de 0 a 30 puntos, considerándose que un puntaje a partir de 16, es consistente con niveles moderados y graves de ansiedad. Wise et. al. (2019) la usaron como medida de ansiedad pre y post test, en su protocolo de atención de 16 semanas, basado en Terapia cognitivo conductual, para adolescentes y adultos con TEA. Fue escogida por sus excelentes propiedades psicométricas y por su sensibilidad a los efectos de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.

La escala de depresión de Hamilton, al igual que la anterior, es una escala administrada y puntuada por el clínico, cuyo objetivo es valorar la gravedad de la depresión, los efectos de los tratamientos y detección de recaídas. Sus puntuaciones varían de 0 a 52 puntos, siendo un puntaje de 14, consistente con niveles moderados de depresión. Más de 23 puntos se correlaciona con riesgo de suicidio. Casiddy et. al. (2016), utilizaron la escala de depresión de Hamilton en su investigación, la cual consistió en la medición de la ideación suicida en adultos con diagnóstico de síndrome de asperger, escogiéndola por su amplio uso en investigaciones en pacientes depresivos.

Sin embargo, una revisión exhaustiva de la literatura, muestra que son pocos los estudios donde se han utilizado las escalas de Hamilton en la población de adolescentes y/o adultos con TEA. Por lo tanto, los resultados de Wise et. al. (2019), y Cassidy et. al. (2016), son difícilmente generalizables, ya que no diferencia los síntomas de la depresión o de la ansiedad de los propios síntomas del TEA. Lamborena et. al. (2024), añaden que las características cognitivas de las personas con TEA afectan la precisión diagnóstica de los criterios establecidos para la depresión, encontrándose dificultad para informar acerca del estado de ánimo debido a alexitimia o a la interpretación literal de ciertas preguntas.

Por su parte, Hervás (2023), comenta que la validación de instrumentos para personas con autismo, tanto niños, como adolescente y adultos, presenta muchas limitaciones debido a las características de dicha población, sin embargo, no es imposible desarrollar instrumentos para la evaluación de comorbilidades, destacando que pueden proponerse entrevistas estructuradas o semi estructuradas, o también escalas y cuestionarios de valoración de comorbilidad. En este último rubro, la autora menciona algunas de las ya existentes: Autism Spectrum Disorder - Comorbid for Children (ASD-CC) de Matson (2007), the Child and Adolescent Symptom Inventory-4 (CASI-4) de Gadow (2008); The Autistic Depression Assessment Tool (ADAT-A) de Cassidy et. al. (2021); Suicidal Behaviours Questionnaire - Autism Spectrum Conditions (SBQ-ASC y/o SBQ-R; de Osman (2001), Anxiety Scale for Children-ASD [ASC-ASD) de Rodgers (2016), The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond and Snaith (1983). Cabe destacar que estas escalas e instrumentos mencionados, no han sido diseñados para la población infantil con autismo, o bien no han sido ni traducidas ni validadas al idioma español, o no incluyen tanto los síntomas de depresión como de ansiedad. Por lo que, para esta investigación, no se tuvo acceso a un instrumento ya elaborado, traducido y validado para la población de adultos con autismo.

La investigación de López (2020), realizada en Argentina, consistió en la validación en español del instrumento AQ-10, el cual funciona como un tamizaje de TEA en adultos. En dicha investigación, aparte de la traducción y validación del instrumento, se diseñó una entrevista semi estructurada que contenía el consentimiento informado, preguntas específicas sobre datos sociodemográficos, clínicos, personales y familiares. La entrevista

semi estructurada se añadió como fuente de información complementaria a los reactivos del instrumento traducido.

En la misma línea, Hervás (2023), pone de manifiesto la importancia de la entrevista complementaria, ya que esta permite diferenciar los síntomas de autismo que podrían confundirse con síntomas depresivos o ansiosos, explicando que si los síntomas han existido siempre, contradice un diagnóstico de episodios depresivo o ansioso, mientras que si se ha registrado un cambio notorio en la expresión de emociones o alteración del funcionamiento, se apunta a un cuadro depresivo o ansioso en comorbilidad con el autismo.

Por otra parte, es igualmente importante para los efectos de obtener información que permita diferenciar entre los síntomas del TEA y los síntomas de ansiedad y depresión, contar con la mayor cantidad de fuentes de información. Puede tomarse como igualmente cierta tanto la información obtenida directamente de las personas con TEA o con cualquier condición incapacitante, como la información obtenida de sus familiares y/o cuidadores. De hecho, para establecer el diagnóstico de TEA, existe una gran cantidad de cuestionarios e instrumentos para padres que complementan a los instrumentos de observación directa de los niños o aplicación directa para los niños.

Por ejemplo, el puntaje directo en las escalas (obtenido con la aplicación a los adultos con TEA), fue considerado con la misma validez que el indirecto (obtenido en la aplicación de las escalas a los familiares del adulto con TEA), en la investigación de Maia y Assumpcao (2021), quienes validaron una escala de seguimiento para TEA en adolescentes y adultos, indicando a los padres o responsables que respondan la encuesta, firmen el consentimiento informado y suministren información relevante en la entrevista posterior.

Todas estas consideraciones, ponen en relieve la importancia de contar con instrumentos específicos para la población con TEA, que eviten el solapamiento entre los síntomas de ansiedad y depresión, incluyan las fuentes directas e indirectas de información, y presenten un balance entre el formato de cuestionario y las entrevistas semi estructuradas.

## **La terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la ansiedad, la depresión y TEA.**

La Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que ayuda al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas. Como su nombre lo indica, surgió por la unión de dos grandes corrientes psicológicas: la conductual y la cognitiva. Este modelo de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema. El tratamiento dura normalmente entre 10 y 20 sesiones, y los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento (Puerta y Padilla, 2011).

En un artículo de Martos-Pérez y Llorente (2013), se reseña que con las técnicas cognitivo conductuales se persigue que el niño o adolescente aprenda que sus pensamientos afectan e influyen en su conducta y en su estado emocional. Y que, con la ayuda del terapeuta, se aprende primero a identificar los propios pensamientos y creencias, así como la relación entre éstos y las emociones, y después aprender a cambiar los pensamientos negativos por otros positivos que sean más útiles y les hagan sentir mejor.

La revisión bibliográfica de Fuentes-Biggia et. al. (2006), quienes listaron los tratamientos para el autismo con mayor evidencia empírica y resultados, reveló que la Terapia cognitivo conductual (TCC) es una opción que se debe considerar para personas con TEA de grado 1, con un nivel de funcionamiento alto (sin discapacidad intelectual), ya que la atención requiere elevadas competencias cognitivas y comunicativas y que se considere la necesidad de adaptar las técnicas habituales para incluir posibles ayudas visuales, formación específica en emociones, expresión de sentimientos y percepción social.

Con respecto a las adaptaciones necesarias para la población con TEA, Loor y Pincay (2022) comentan en su estudio que es necesario adaptar métodos de enseñanza que se adecuen a sus particularidades comunicativas, psicopedagógicas y comportamentales. Los autores explican que las personas con autismo captan mejor los

aprendizajes a nivel simbólico o representativo, requiriendo en su mayoría el apoyo visual antes que el auditivo para obtener información del medio.

Uno de los componentes de la TCC susceptibles de ser acompañados con apoyos visuales, es la psicoeducación. Pozo Cabanillas (2010) expresa en su tesis doctoral sobre la adaptación psicológica de los padres al diagnóstico de TEA, que la psicoeducación, entendida como obtener información sobre el TEA y su naturaleza, explicaciones sobre la conducta de su hijo y sobre su forma particular de pensar, comunicarse y actuar, así como conocer estrategias de comunicación que faciliten el manejo de las situaciones de la vida diaria, permite a los familiares cambiar su percepción de la condición.

Con respecto a la aplicación de la TCC al tratamiento específico de la ansiedad, Sánchez-Cueva, Alcantud y Alonso-Esteban (2022), hicieron una revisión bibliográfica sobre su utilidad clínica para abordar la ansiedad en población autista, encontrando que, con las debidas adaptaciones, se ha demostrado su eficacia tanto en niños y niñas, como en adolescentes y jóvenes adultos. Específicamente en el caso de la ansiedad, citan a Perihan et. al. (2019) en Sánchez- Cueva et. al. (2022), quienes concluyeron que la terapia cognitivo conductual tiene el potencial de ser un componente eficaz para abordar los síntomas relacionados con la ansiedad en niños y niñas autistas, señalando también que, está menos documentado su uso en adultos con autismo (Binnie y Blainey, 2013 en Sánchez- Cueva et. al. 2022);

Con respecto a la depresión, Grañana (2022), menciona que el abordaje con mayor éxito reportado en autismo, es la Terapia Cognitivo Conductual, y que la reestructuración cognitiva (una de sus técnicas) resulta de mucha ayuda en síntomas específicos cuando se presentan comorbilidades como la depresión. En la misma línea, Foley- Nicpon et al (2010), reseñan que la terapia cognitiva-conductual muestra eficacia en la disminución de los sentimientos de ira y ansiedad en los niños diagnosticados con TEA. (Sofronoff, et. al. 2005 en Foley-Nicpon et. al. 2010).

## **Técnicas de la TCC aplicables al TEA en comorbilidad con ansiedad y depresión.**

### Psicoeducación:

La psicoeducación “hace referencia a la educación, información o reflexión que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico” (Tena-Hernández, 2020, p. 44). En la misma línea, Bulacio et al (2004) refieren que está dirigida a orientar al paciente, e identificar con mayor claridad el problema o la patología, para enfocarse en la resolución o tratamiento y favorecer una mejora en la calidad de vida.

Al respecto, Tena-Hernández (2020), refiere que los objetivos del proceso psicoeducativo los podemos delimitar en los siguientes puntos: a) Informar a la persona sobre el proceso que está viviendo (ya sea trate de trastornos psicopatológicos o de crisis vitales) para que sea capaz de manejar lo que le ocurre. b) Eliminar prejuicios, que generan pensamientos anticipatorios. c) Mejorar el cumplimiento del tratamiento (farmacológico o terapéutico). d) Reducir el riesgo de recaídas o recidivas. e) Aliviar la sobrecarga emocional que puede haber llevado al cortocircuito cognitivo, emocional o conductual.

Estos objetivos pueden aplicarse a los adultos con TEA y síntomas de ansiedad y depresión, a los que va dirigido el protocolo de atención.

### Técnicas de relajación:

La relajación es probablemente la “técnica más utilizada en las atenciones psicológicas (...) uno de los procedimientos que tiene una aplicabilidad más diversa, siendo muy pocos los problemas y trastornos que no se pueden beneficiar, de una forma u otra, de sus efectos” (Sultanoff y Zalaquett, 2000 en Ruíz et. al., 2012, p. 252).

El objetivo de la relajación es tanto reducir la activación fisiológica, como facilitar la

recuperación del equilibrio mental y físico. Por lo tanto, sus efectos, no solo son fisiológicos, sino también emocionales, cognitivos, y conductuales. Algunos de los cambios fisiológicos producidos son: a) Incremento de la circulación sanguínea cerebral. b) Descenso del consumo metabólico de oxígeno. c) Disminución del metabolismo basal. d) Relajación muscular. e) Regulación del gasto cardíaco. f) Disminución de la intensidad y frecuencia del latido cardíaco y de la presión arterial. g) Cambios respiratorios: disminución frecuencia, aumento en profundidad y regulación del ritmo respiratorio. h) Aumento de la serotonina. i) Disminución de la secreción adrenalina y noradrenalina. (Ruíz et. al., 2012).

Uno de los programas más utilizados es el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, a partir del cual se han producido adaptaciones. El programa de relajación de Bernstein y Borkovec (1983 en Ruiz et. al., 2012) maneja el precepto de asociar la relajación física a un estado cognitivo de percepción de la relajación.

En cuanto a la aplicación de la relajación a la población con TEA, Groden et al (1994, en Matos y Mustaca, 2001) plantearon en una de sus investigaciones que muchos de los comportamientos presentes en el autismo, están relacionados con, o influidos por, la ansiedad y estrés, y que suelen ocurrir cuando los mecanismos de afrontamiento son inadecuados o insuficientes. En función de estos antecedentes, Matos y Mustaca (2001) aplicaron un protocolo de relajación a niños autistas, comentando en sus resultados que los niños presentaron disminución de la autoestimulación verbal, de la frecuencia y duración del balanceo, de los comportamientos estereotipados y de los episodios de llanto intenso.

#### Técnicas de respiración:

Las técnicas de control de la respiración constituyen el procedimiento más antiguo conocido para reducir los niveles de activación fisiológica. “Al conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio lento se reduce la activación fisiológica y psicológica, suscitando una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar” (Speads, 1988, en

Ruíz et. al., 2012, p. 264). Las técnicas de respiración suelen ser las de elección en personas a quienes no les funciona la relajación o tienen problemas con sus múltiples pasos progresivos.

Con respecto a su aplicación en población con TEA, Téllez (2018) realizó una investigación con 20 niños con autismo, aplicando un programa de respiración con el fin de evaluar la retroalimentación de la respiración y sus efectos físicos y psicológicos. Para ello, midió la frecuencia cardíaca de los niños antes, durante y después de ejercicios de respiración controlada. Encontró mejoría en la respuesta del sistema parasimpático luego de la respiración y demostró que su programa inducía un estado de relajación y equilibrio fisiológico.

Cruz-Milla (2017) diseñó una atención para aumentar el afecto positivo en niños con TEA. En la cuarta sesión incluyó la técnica de respiración profunda, con la finalidad de ser usada como una conducta incompatible con las rabietas o conductas inadecuadas. Los beneficios añadidos de esta técnica, incluyen el adquirir el control de su respiración y ser capaces de mantenerlo en situaciones ansiógenas que se puedan presentar en los escenarios con los que los niños aún no están familiarizados (p. 25).

#### Entrenamiento en autoinstrucciones:

Meichenbaum (1987, en Cano-Vindel, 2002) definió las autoinstrucciones como una serie continua de afirmaciones que cada persona se da a sí misma, con instrucciones sobre qué pensar y creer e incluso cómo comportarse. Encontró que este monólogo interno está basado en pensamientos concretos que se pueden controlar, y así influir en nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos. En función de estos argumentos, diseñó el Entrenamiento en Auto instrucciones (EA) con el objetivo de modificar el diálogo interno cuando éste interfiere en la ejecución de una tarea o en el abordaje adecuado de alguna situación. Como efectos más importantes, las auto instrucciones favorecen la autorregulación de la conducta, y fomentan la confianza en la propia capacidad (Meichenbaum, 1977, en Ruíz et al, 2012).

Para Martos-Pérez y Llorente (2013), las auto instrucciones son las verbalizaciones que cada persona se dice a sí mismo durante el afrontamiento de diversos problemas. Su principio general es el convencimiento de que el lenguaje tiene una función reguladora sobre la conducta y que, al practicar el uso de auto instrucciones y mensajes a sí mismo, una persona podrá autorregular su propio comportamiento. En su artículo, estos investigadores manifestaron que, en el caso específico de los niños con autismo, las auto instrucciones fomentan dicha autorregulación en las situaciones de relación interpersonal.

El entrenamiento en auto instrucciones tiene eficacia comprobada en niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Ha demostrado ser efectivo en la reducción de la impulsividad, en el aumento de la capacidad de planificación, concentración y razonamiento; en la mejora de habilidades sociales, y en el incremento del rendimiento académico (Orjales-Villar, 2007).

#### Entrenamiento en solución de problemas:

Como técnica cognitivo-conductual, ayuda a la persona a escoger entre varias alternativas de respuesta cuando se encuentra ante un problema y a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces entre todas las alternativas posibles. Para trabajarla se usan situaciones y problemas hipotéticos, ante los cuales se buscan distintas alternativas de soluciones reales y factibles, se hace una valoración de cada alternativa y se prueba la que parece más eficaz. Es una estrategia que se utiliza tanto para prevenir problemas como para fomentar la autonomía (Gavino, 1997 en Nieves-Fiel, 2015). Por otra parte, es importante destacar que el entrenamiento en solución de problemas interpersonales (identificar un problema, identificar posibles causas y soluciones, ponerse en la perspectiva del otro, buscar y evaluar alternativas, usar el lenguaje en la negociación verbal y habilidades de razonamiento moral) facilita el desarrollo de la empatía, la simpatía y la comprensión emocional. (Miller et. al., 2000 en Caycedo y Ascencio, 2005). De acuerdo a Badós y García Grau (2014) la técnica ayuda a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida, pero también enseña habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente

futuros problemas.

### Técnicas de distracción o refocalización:

Esta técnica está indicada para personas que están demasiado pendientes de las sensaciones corporales asociadas a la ansiedad; ya que esta atención continua y exagerada dirigida a sí mismo termina activando o incrementando los mismos síntomas que se pretende evitar. La intención de la técnica es reenfocar la atención hacia estímulos externos al propio cuerpo, pidiendo que la persona se concentre en un objeto de su ambiente y lo describa verbal o mentalmente con bastante detalle, generando así una disminución de los síntomas corporales de ansiedad. La esencia del procedimiento es atender a aspectos importantes y relevantes de la cotidianidad del individuo. Por ejemplo, para una persona que está trabajando, no le es útil monitorear continuamente su cuerpo en busca de latidos cardíacos, temblores o contracturas musculares. Atender a la tarea que debe realizar, es lo realmente importante. Y ello no es un mero escape, sino un comportamiento adaptativo focalizado a situaciones que la persona debe resolver en ese instante (Ruiz et. al., 2012).

Por el contrario, estar pendiente de las sensaciones físicas no sólo aumenta la ansiedad, sino que interfiere con la resolución de las actividades laborales pendientes. Las técnicas de distracción han sido ampliamente usadas en el abordaje odontológico de pacientes con trastorno del espectro autista, con varias investigaciones al respecto. La investigación de Ordoñez et al (2022) reporta que los usuarios de servicios odontológicos que presentan TEA suelen responder bien a las distracciones mientras se realizan los procedimientos: por ejemplo, mirar su programa favorito en un dispositivo, escuchar música, aferrarse a objetos especiales, o sostener objetos o juguetes que puedan manipular. Por otra parte, el estudio de caso de Haré (1997 en Fernández-Menéndez et. al., 2022), revela que la combinación de las técnicas de relajación y distracción en momentos de enfado y frustración, fueron efectivas en el tratamiento de un joven diagnosticado con Asperger, quien presentaba una depresión severa y conductas autolesivas.

### Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Es un “tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales” (Segrin, 2009, en Ruíz et al, 2012, p. 292).

Consiste en un entrenamiento continuado en habilidades de interacción social, inicialmente se programa en contextos estructurados (de práctica) y luego se generaliza a los entornos de la comunidad. Sus principales objetivos son: a) Evaluar de manera funcional, tanto las habilidades y competencias sociales de cada persona como las necesidades en relación a los contextos en los que se desenvuelve. b) Diseñar el proceso de aprendizaje de nuevas habilidades que permitan abordar estas situaciones sociales de su contexto. c) Promover estrategias y apoyos que faciliten la generalización de los aprendizajes a todos los contextos y situaciones a lo largo del ciclo vital (Cuesta et al, 2017). Por otra parte, March-Miguez et al (2018), realizaron una revisión bibliográfica de los diversos programas de desarrollo de habilidades sociales desarrollados para niños y adolescentes con TEA, encontrando que la mayoría logra mejoría en las habilidades sociales, en la interacción social y la comunicación, así como reportan ya sea disminución de síntomas depresivos como mejoras en la regulación emocional, adaptación conductual en contextos tanto escolares como familiares, incremento del juego y la socialización.

### **Modelos de calidad de vida y sus implicaciones en TEA, ansiedad y depresión**

El modelo de Calidad de Vida, de Schalock y Verdugo define la calidad de vida como “un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales (...): bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”. (2003 en Cuesta et al, 2016, p. 35),

A continuación, una breve descripción de las dimensiones:

**Tabla 3. Dimensiones del modelo de calidad de Vida en discapacidad.**

Dimensión	Descripción
Bienestar emocional	Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, estrés, tristeza o malestar psíquico. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.
Relaciones Interpersonales	Se refiere a relacionarse con distintas personas, mantener amistades, tener buena convivencia con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.
Bienestar material	Hace referencia a tener dinero suficiente para cubrir necesidades, tener vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).
Desarrollo personal	Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).
Bienestar físico	Tener buena salud, sentirse en buena forma física, mantener hábitos de higiene y alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.
Autodeterminación	Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.
Inclusión social	Tener acceso a diversos lugares de la ciudad y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.
Derechos	Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

Fuente: Verdugo et al, 2009, p. 18-19.

Para este protocolo de atención, las atenciones propuestas están diseñadas para abarcar las dimensiones de bienestar emocional, bienestar físico, relaciones

interpersonales, desarrollo personal y autodeterminación.

Ahondando en la dimensión de bienestar físico, este se refiere al nivel de salud relacionado con el funcionamiento físico, nutrición, atención sanitaria adecuada, realización de actividades de la vida diaria, ropa, higiene y seguridad. Con esta fundamentación teórica, Cuesta et al (2016), realizaron una investigación sobre autismo y bienestar físico, en el cual, 121 personas con diagnóstico de síndrome de asperger y 73 familiares respondieron escalas y encuestas sobre calidad de vida, encontrando que el abordaje integral y completo debe abarcar psicoeducación en nutrición, salud personal y sanidad, actividad física e higiene y por último, obtuvieron indicadores de calidad de vida en la dimensión de bienestar físico.

La promoción de la ocupación en actividades recreativas, culturales, formativas o laborales, se corresponden con las dimensiones de “desarrollo personal” y “autodeterminación”. Cuesta et al (2016, p. 165) mencionan entre los programas de mejora de la calidad de vida, a los modelos de transición a la vida adulta para las personas con TEA, en los cuales se abarcan acciones formativas y adaptativas que facilitan el tránsito de la etapa escolar a la vida adulta, consolidando los aprendizajes adquiridos en etapas previas y reforzando objetivos referidos a la adquisición de las habilidades laborales y adaptativas que capacitan a la persona con TEA para desarrollar una tarea ocupacional e integrarse laboral y socialmente en un futuro. Dentro de esta transición, toman protagonismo los programas dirigidos a fomentar: la autonomía personal y habilidades de la vida diaria, la comunicación, las habilidades sociales, las habilidades académico funcionales, la inclusión en la comunidad, la educación sexual, la educación para la salud, el desarrollo de habilidades ocupacionales y/o laborales, deporte, apoyo a las familias y procesos de envejecimiento.

Las intervenciones propuestas en el protocolo de atención, sobre todo las referidas a las técnicas cognitivo conductuales, están dirigidas a fomentar el bienestar emocional y las relaciones interpersonales. Sumada a ellas, tenemos la programación de actividades de la vida diaria.

### Programación de actividades diarias:

También conocida como Activación conductual, tiene como objetivo que el paciente realice actividades que él mismo haya decidido junto con el terapeuta, enfocándose más en conductas que en pensamientos o ideas irracionales. La premisa es que la mejoría en el estado de ánimo no va a darse de “dentro hacia fuera”, sino a la inversa, “de fuera hacia adentro”, y es por ello que se busca que el paciente se comprometa en trabajar para lograr una meta (Barraca, 2009).

Por lo tanto, está orientada a promover la autonomía en la propia actividad y la adaptación de actividades y contextos, partiendo de un análisis de las necesidades funcionales de cada persona y de sus habilidades de la vida diaria. Los efectos esperados de la programación de actividades diarias van desde adecuar entornos y actividades para favorecer la independencia, contrarrestar los efectos del sedentarismo, estimular el desarrollo motor (equilibrio, coordinación, esquema corporal), facilitar momentos de relajación, hasta estimular el equilibrio entre ocupación y ocio (Cuesta, et. al., 2017).

En el estudio de Duncan et. al. (2022 en Yon-Hernández, 2022) sobre un programa de atención en habilidades de la vida diaria para adolescentes con TEA, se determinaron una serie de habilidades necesarias básicas para tener una vida independiente en la edad adulta: el aseo e higiene personal, lavar la ropa, limpieza del hogar, preparación de comidas, manejo del dinero y finanzas, desplazarse en la comunidad, uso de transporte público, realizar compras, programar citas o seguimientos médicos y planificar hacer ejercicio). Yon-Hernández (2022) también señala que, para los adultos con TEA la programación y seguimiento de actividades diarias no es una tarea fácil de conseguir para ellos, y que requieren apoyo en el aprendizaje de las habilidades adaptativas que permiten cumplir su programación.

Para su aplicación suelen usarse horarios de los siete días de la semana, donde se van colocando las actividades, las cuales deben ser realizables y al alcance de la persona, estableciendo la frecuencia, duración e intensidad de cada tarea, así como los días y horas concretas, y procurar listar actividades que sean reforzadores naturales (Martell, Dimdjian y Herman-Dunn, 2013).

## **Protocolos de atención.**

Un protocolo de atención se define como “un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea” (Sánchez et al 2011 en Luzuriaga, 2013, p. 49). Es un protocolo de trabajo dirigido a facilitar el trabajo clínico que incluye un conjunto de actividades y/o procedimientos relacionados con un determinado proceso asistencial. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de acuerdo a cumplir, y adaptado al entorno y a los medios disponibles (Luzuriaga, 2013)

A partir del trabajo de aplicación de un protocolo piloto de atención psicológica en Técnicas de reproducción asistida, los investigadores Ávila- Espada y Moreno-Rossett (2008), elaboraron un programa de atención, dirigido a los psicólogos que eventualmente atenderán a las parejas aquejadas por problemas de infertilidad en unidades de reproducción asistida en España. El diseño de este protocolo incluyó los siguientes módulos: 1) Módulo conceptual. 2) módulo de evaluación (diagnóstico). 3) atención. 4) Seguimiento. El módulo 1 (conceptual) se incluyó para aportar los “conocimientos fundamentales que ha de conocer el psicólogo para una práctica de calidad en el ámbito de los servicios y de la consulta de orientación psicológica en reproducción asistida” (p. 189). El segundo módulo (evaluación) se incluyó para listar los diferentes instrumentos y procedimientos requeridos para una exitosa evaluación inicial. El tercer módulo (atención) incluye las orientaciones técnicas y estratégicas, materiales y recursos, tales como una guía impresa para el usuario (parejas en el programa de reproducción asistida) y un manual de actuación para el psicólogo (donde constan las estrategias generales, los niveles de atención: individual, de pareja, grupal; así como la revisión de situaciones específicas, los recursos materiales como videos, audios, etc). Por último, el módulo de seguimiento, establece los pasos para verificar la eficacia de la atención (repetición de instrumentos de medición o evaluación final, materiales de apoyo específicamente diseñados para esta etapa)

Por otra parte, la Caja Costarricense del Seguro Social, estableció en un documento titulado “Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos”, los siguientes

pasos para el desarrollo de un protocolo o guía de atención: a) Seleccionar un problema o situación de salud con interés local o nacional, o bien seleccionado por un grupo de profesionales de una unidad específica. b) Revisar y analizar la bibliografía y evidencia científica relativa al problema o situación de salud por atender. c) Desarrolla un documento borrador de Guía de Atención o protocolo del problema específico o situación en salud basado en el formato de presentación establecido. d) Presentar el borrador del protocolo a diferentes actores del proceso de atención en todos los niveles, o a organizaciones de profesionales. e) Valida el borrador de la Guía de Atención con grupo de expertos y personal de salud de las diferentes disciplinas y niveles de atención. f) Establecer indicadores, tiempos y responsabilidades para la implantación. g) Desarrollar el plan de capacitación propuesto con las unidades de salud, sobre los contenidos de la Guía de Atención o protocolos. h) Realizar el proceso de evaluación y seguimiento de la implantación de la Guía o Protocolos, en coordinación con el Grupo Conductor. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2007, p. 12-13).

### **Bases legales.**

De acuerdo a Villafranca (2002) “Las bases legales no son más que las leyes que sustentan de forma legal el desarrollo del proyecto” (p.25). En Venezuela, contamos con legislaciones orientadas a garantizar el respeto y el trato digno (en todas las dimensiones), a todos los ciudadanos, pero en especial a las personas con discapacidad, y dentro de ellas, a las personas con Trastorno de espectro Autista.

La constitución de la República Bolivariana de Venezuela, establece en su artículo 81 que:

“Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria (...)”. Este artículo especifica que, es labor del Estado garantizar el respeto a la dignidad

humana y a la equidad en las oportunidades y condiciones laborales, formación y empleo. El ejercicio pleno y autónomo de dichas capacidades pasa por mantener las mejores condiciones posibles en cuanto a salud mental y estabilidad emocional y mental.

Enlazando con lo anterior, la Ley Orgánica de Salud, promulgada en 1998, establece en sus artículos 2 y 3:

Artículo 2º.- Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental. Artículo 3º.- Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país (...). Con respecto esta protección de salud, se especifica que de acuerdo al Principio de Universalidad, todos los ciudadanos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza, y que de acuerdo al principio de Calidad, todo establecimiento de atención médica debe garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios. Esto es un punto importante a tomar en cuenta para las personas con TEA, de todas las edades, ya que los prestadores de servicios médicos, ya sea en establecimiento de salud pública y privada deben, por Ley, procurar mantenerse en línea con el conocimiento científico actualizado a fin de brindar una atención de calidad.

En esa misma línea, la Ley para personas con Discapacidad, aprobada en el año 2006, establece en el Artículo 2 que los entes de la administración pública, así como los prestadores de servicios naturales y jurídicos cuyo objetivo sea la atención de las personas con discapacidad tienen el deber de “promover, proteger y asegurar un efectivo disfrute de los derechos humanos, respeto a la igualdad de oportunidades, inclusión e integración social, derecho al trabajo y las condiciones laborales satisfactorias”. Por lo tanto, toda acción preventiva o de tratamiento que incide en facilitar este disfrute de oportunidades y condiciones, estará en sintonía con los preceptos de esta Ley.

En meses recientes, específicamente en Abril de 2023, se promulgó la Ley para la Atención Integral a las Personas con Trastorno del Espectro Autista. la misma especifica que:

Artículo 10: Toda persona con Trastorno del Espectro Autista tiene derecho a la salud como derecho humano fundamental (...) en las instituciones especializadas y destinadas para tal fin, mediante tratamiento individualizado y abordaje multidisciplinario (...). Cabe destacar que esta ley ampara a personas con autismo de todas las edades, y especifica la importancia del abordaje multidisciplinario como vía para garantizar el acceso a las condiciones y derechos previamente señalados en el marco legal.

## **Glosario de términos.**

Adulto con TEA: Toda persona mayor de 18 años que ha recibido un diagnóstico de TEA.

Ansiedad: complejo sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas. Beck y Clark (1985).

Autoinstrucciones: verbalizaciones que cada persona se dice a sí mismo durante el afrontamiento de diversos problemas (Martos-Pérez y Llorente, 2013).

Comorbilidad: existencia de una entidad clínica adicional distinta que ocurre durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad bajo estudio. (Rosas-Carrasco, 2011).

Depresión: complejo sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se caracteriza por las visiones negativas disfuncionales de las personas sobre sí mismas, su experiencia vital, el mundo en general, y el futuro. Beck y Rush (1985).

Distracción (refocalización): consiste en reenfocar la atención hacia estímulos externos al propio cuerpo, pidiendo que la persona se concentre en un objeto de su ambiente y lo describa verbal o mentalmente con bastante detalle, generando así una disminución de los síntomas corporales de ansiedad (Ruiz et al, 2012).

Escala de Hamilton para ansiedad: escala heteroaplicada diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de ansiedad, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y monitorizar la respuesta al tratamiento (Hamilton, 1967).

Escala de Hamilton para depresión: escala heteroaplicada diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido (Hamilton, 1967).

Habilidades sociales: tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un

conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales” (Segrín, 2009, en Ruíz et al, 2012).

Juicio de expertos: opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar-Pérez y Cuervo- Martínez (2008)

Programación de actividades diarias: También conocida como Activación conductual, tiene como objetivo que el paciente realice actividades que él mismo haya decidido junto con el terapeuta, enfocándose más a conductas que a pensamientos o ideas irracionales (Barraca, 2009).

Protocolo de atención: acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea (Sánchez et al 2011, en Luzuriaga, 2013).

Psicoeducación: educación, información o reflexión que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico (Tena-Hernández, 2020).

Relajación: estado o respuesta percibidos positivamente, en el que una persona siente alivio de la tensión o del agotamiento (Sweeney, 1978).

Solución de problemas: Técnica cognitivo-conductual que ayuda a la persona a escoger entre varias alternativas de respuesta cuando se encuentra ante un problema y a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces entre todas las alternativas posibles (Gavino, 1997 en Nieves-Fiel, 2015).

Terapia cognitivo conductual: modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, estructurado, activo y centrado en el problema, y que ayuda al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas. (Puerta y Padilla, 2011).

### **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

El marco metodológico es el “cómo se realizará el estudio para responder al problema planteado” (Arias, 2012, p.110), Incluye el desde el nivel de investigación, el diseño, la población y muestra, las técnicas de recolección de datos como las de procesamiento y análisis de los resultados. Todo esto a fin de garantizar el apego al método científico, lo cual permitirá la generalización de las conclusiones y la replicación del conocimiento generado.

#### **Línea de trabajo**

El centro de estudios para la discapacidad (CEDISC) de la Universidad Monteávila establece una línea de investigación titulada: Investigación en discapacidad, accesibilidad universal e inclusión, para dar respuesta a la necesidad de investigar en inclusión de poblaciones vulnerables, en pos de la transformación de la sociedad hacia la inclusión y accesibilidad universal.

Este protocolo de atención, se enmarca en uno de los postulados de dicha línea de investigación, específicamente en el que establece la necesidad de adaptar y diseñar entornos educativos, culturales, deportivos, sociales y para el caso que nos ocupa. entornos de atención de salud mental tanto públicos y privados, así como promover la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios públicos de salud. Igualmente, con respecto al ámbito de aplicación, corresponde al de formulación de programas, métodos, propuestas y técnicas referidas a la inclusión de las personas con discapacidad, en este caso, de los adultos con trastorno del espectro autista.

## **Tipo de investigación**

En este proyecto se llevará a cabo, una investigación científica que, como todo trabajo especial de Grado, será objeto de revisión y se rige por los estándares aceptados a nivel mundial. Arias (2012), define el proceso de investigación de la siguiente manera: “La investigación científica es un proceso metódico y sistemático dirigido a la solución de problemas o preguntas científicas, mediante la producción de nuevos conocimientos, los cuales constituyen la solución o respuesta a tales interrogantes” (p.22).

La investigación planteada será de tipo cuantitativa y no experimental. Con respecto a la investigación no experimental, según Hernández, Fernández y Baptista (2014) se caracteriza por ser:

“Un estudio sistemático y empírico en que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin atención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural” (2014, p.153).

Bajo el enfoque de una investigación cuantitativa, se busca realizar un protocolo de atención, de acuerdo a variables que no serán manipuladas, pero sí descritas. No se producirá una atención directa sobre la ansiedad o depresión en personas con TEA, sino que se preguntará a los expertos sobre el tema, sobre qué han observado al respecto, para poder generar un protocolo de atención, aplicable a la población objetivo.

## **Diseño de investigación**

Se conoce como diseño de investigación a “la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. En atención al diseño, la investigación se clasifica en: documental, de campo y experimental” (Arias, 2012, p.27).

Esta investigación califica como una investigación de campo: aquella que consiste

en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (...), sin manipular o controlar variable alguna, se obtiene la información, pero no se alteran las condiciones existentes. De allí su carácter de investigación no experimental (Arias, 2012, p.31).

Sabino (2002, en Arias, 2021), incluye en los diseños de campo, los siguientes: “Encuesta, Panel, Estudio de casos y Ex post facto” (p.32). Para el caso que nos ocupa, el juicio de expertos presenta las características de una encuesta de campo, ya que obtiene información de una muestra de individuos, que en este caso están seleccionados de acuerdo a su experiencia en el trabajo con personas adultas con diagnóstico de TEA. Se les consultará su opinión sobre el diagnóstico y tratamiento de personas con TEA que presentan comorbilidad con depresión y ansiedad, y en función de sus respuestas, se construirá el protocolo de atención.

### **Tabla de Variables por Objetivos**

**Tabla 4. Cuadro de variables por objetivos.**

Objetivos específicos	variables	conceptualización	Dimensión	Indicadores	Fuente de información	Instrumento
1. Identificar el contenido necesario para la viabilidad de un protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión.	Protocolo de atención.	Protocolo de atención: Se interpreta del concepto de Sánchez (2011), es un acuerdo entre profesionales sobre un tema y las actividades a realizar para una tarea.	Acuerdo sobre temática o actividad	Juicio de expertos	Psicólogos y psiquiatras expertos en adultos con trastorno del espectro autista.	Encuesta.
	Adultos con TEA.	Toda persona mayor de 18 años que ha recibido un diagnóstico de TEA	Diagnóstico Edad	Diagnóstico de TEA. Edad mayor a 18 años.		
	Síntomas de ansiedad y depresión	-Ansiedad: Sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas (Beck y Clark, 1985)  -Depresión: Sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se caracteriza por las visiones negativas disfuncionales de las personas sobre sí mismas, su experiencia vital (y el mundo en general) y su futuro (Beck y Rush, 1985)	Síntomas conductuales, fisiológicos, afectivos y cognitivos de ansiedad y depresión.	Puntaje en la escala de ansiedad de Hamilton.  Puntaje en la escala de depresión de Hamilton.		Escala de ansiedad de Hamilton.  Escala de depresión de Hamilton.
Establecer los criterios del protocolo de atención para adultos con trastorno del	Protocolo de atención.	Protocolo de atención: Se interpreta del concepto de Sánchez (2011), es un acuerdo entre profesionales sobre un tema y las actividades a realizar para una tarea.	Acuerdo sobre temática o actividad	Información sobre: psicoeducación del adulto con TEA y familiares.	Revisión Bibliográfica	
	Adultos con TEA.	Toda persona mayor de 18 años que ha recibido un diagnóstico de TEA	Diagnóstico Edad	Información sobre TEA en la adultez.	Revisión Bibliográfica	

espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión.	Síntomas de ansiedad y depresión	-Ansiedad: Sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas (Beck y Clark, 1985)  -Depresión: Sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se caracteriza por las visiones negativas disfuncionales de las personas sobre sí mismas, su experiencia vital (y el mundo en general) y su futuro (Beck y Rush, 1985)	Síntomas conductuales, fisiológicos, afectivos y cognitivos de ansiedad y depresión en el adulto con TEA.	Información sobre ansiedad y depresión en personas adultas con TEA, y técnicas conductuales aplicables.	Revisión Bibliográfica	
Diseñar el protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión.	Protocolo de atención.	Protocolo de atención: Se interpreta del concepto de Sánchez (2011), es un acuerdo entre profesionales sobre un tema y las actividades a realizar para una tarea.	Acuerdo sobre temática o actividad			
	Adultos con TEA.	Toda persona mayor de 18 años que ha recibido un diagnóstico de TEA	Información sobre el TEA en la adultez.			
	Síntomas de ansiedad y depresión	-Ansiedad: Sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas (Beck y Clark, 1985)  -Depresión: Sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se caracteriza por las visiones negativas disfuncionales de las personas sobre sí mismas, su experiencia vital (y el mundo en general) y su futuro (Beck y Rush, 1985)	Información y psicoeducación sobre síntomas conductuales, fisiológicos, afectivos y cognitivos de ansiedad y depresión en los adultos con TEA.	Módulo informativo sobre ansiedad y depresión para el adulto con TEA y familiares.  Módulo de identificación de detonantes y factores de riesgo.  Módulo de atención inicial para síntomas de ansiedad y depresión.		

Fuente: Castro (2024)

## **Población y muestra**

Se entiende por población “al conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación”. Su delimitación está establecida de acuerdo al problema de investigación y a los objetivos (Arias, 2012, p. 81). Por lo tanto, de acuerdo al problema y objetivos planteados en este documento, la población está constituida por profesionales de la Salud mental, ya sean psicólogos clínicos o psiquiatras, quienes ejerzan su profesión en Venezuela y tengan la posibilidad de aportar sus conocimientos y experiencia sobre el diagnóstico y tratamiento de personas adultas con trastorno del espectro autista.

En vista de que esta investigación no puede abarcar a la población objetivo en su totalidad, se procedió a seleccionar una muestra representativa. La muestra es “un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (Arias, 2012, p. 83), mientras que la muestra representativa es “aquella que por su tamaño y características similares a las del conjunto, permite hacer inferencias o generalizar los resultados al resto de la población con un margen de error conocido” (Arias, 2012, p. 83).

El procedimiento de selección de la muestra se realizó de acuerdo a un muestreo intencional, el cual se define como “la escogencia de la muestra en base a criterios preestablecidos por el investigador” (Arias, 2012, p. 85). Los criterios de selección de la muestra fueron: a) Psicólogo clínico o psiquiatra. b) Experiencia en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas adultas con trastorno del espectro autista. c) Un mínimo de 1 año de experiencia.

La muestra definitiva consistió en 7 especialistas, de los cuales 5 son psicólogos clínicos y 2 son psiquiatras, con ejercicio profesional en atención de personas adultas con trastornos del espectro autista y con años de experiencia que oscilan entre 1 a 30 años, con un promedio de experiencia de 14 años.

## **Técnica e Instrumento.**

A fin de garantizar la pertinencia del contenido del protocolo de atención, se diseñó al mismo de acuerdo a los resultados de un juicio de expertos. Consiste “en solicitar a una serie de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza, o su opinión respecto a un aspecto concreto” (Cabero y Llórente, 2013, p.14). Por su parte, Escobar-Pérez y Cuervo- Martínez (2008, p.29) lo definen como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones”. Sus ventajas son la calidad de la respuesta, la facilidad, la no exigencia de requisitos técnicos y la versatilidad en aceptar diversas estrategias de recogida de información.

La escogencia de los expertos también pasa por un procedimiento, en el cual diversos factores son cruciales: “(a) Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios entre otras), (b) reputación en la comunidad, (c) disponibilidad y motivación para participar, y (d) imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad” (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008, p. 29). Los profesionales de la muestra seleccionada fueron considerados como expertos para ser consultados en esta investigación, debido a su experiencia en atención de adultos con TEA (diagnóstico, tratamiento y seguimiento), la cual oscila entre los 6 a los 30 años de ejercicio profesional.

Con respecto al tipo de instrumentos que se pueden utilizar para la recogida de la opinión de los expertos, es posible usar “instrumentos que permitan recoger la información de una manera cuantitativa (cuestionarios, matrices de evaluación, listas de auto chequeo, listas de valoración de determinadas características referidas al objeto o fenómenos a evaluar” (Cabero y Llorente, 2013, p. 18).

Por lo tanto, se decidió construir un instrumento, una escala tipo Likert, con cinco

posibilidades de respuesta: a) Totalmente en desacuerdo. b) En desacuerdo. c) ni de acuerdo ni en desacuerdo. d) De acuerdo. E) Totalmente de acuerdo. Con dicho instrumento, titulado “Instrumento de recolección de información acerca de los contenidos necesarios para la viabilidad de un protocolo de intervención para adultos con trastorno del espectro autista que presentan comorbilidad con síntomas de ansiedad y depresión” los expertos fueron consultados sobre la pertinencia de los contenidos e instrumentos de medición, propuestos para el protocolo de atención.

## **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

La validez “designa la coherencia con que un conjunto de puntajes de una prueba mide aquello que deben medir” (Corral, 2009, p. 230). La validez se refiere al grado en que una prueba, efectivamente mide lo que se propone medir. La validación del instrumento elaborado, se logró a través de la consulta a expertos, quienes, a través del método de agregados individuales, juzgaron de manera independiente la relevancia y congruencia de los reactivos con el contenido teórico, la claridad en la redacción y el sesgo la formulación de los ítems (Corral, 2009). Gracias a esta consulta, se realizaron correcciones en los reactivos, eliminando algunos y añadiendo otros más pertinentes, a fin de presentar a los expertos la versión más adecuada del instrumento de recolección de información. Por lo tanto, la elaboración del instrumento de recolección de información que fue validado por expertos que certificaron las preguntas, reactivos o afirmaciones seleccionadas son claras y resultan coherentes para el protocolo de atención.

Por otra parte, la confiabilidad designa “la exactitud con que un conjunto de puntajes de pruebas mide lo que tendrían que medir” (Corral, 2009, p. 238). Esta exactitud también es conocida como la consistencia o estabilidad de una medida, permitiendo conocer si en un instrumento de medición, existen errores que podrían arruinar su fiabilidad. “Dependiendo del grado en que los errores de medición estén presentes en un instrumento de medición, el instrumento será poco o más confiable (...) confiabilidad es la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento de medida” (Quero, 2010, p. 248).

La confiabilidad se expresa a través de coeficientes, los cuales proporcionan una indicación de la consistencia y capacidad de reproducir los mismos resultados. Como método para estimar la confiabilidad, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual evalúa la homogeneidad de las preguntas o ítems cuando se trata de alternativas de respuestas policotómicas, (como las escalas tipo Likert) (Corral, 2009). Este coeficiente depende de las correlaciones entre los ítems o reactivos, es decir, el grado en que los ítems miden la misma variable. “Mientras más homogéneos sean los ítems, mayor será el valor de la consistencia interna para un número dado de ítems (Quero, 2010, p. 250).

La fórmula para calcular la confiabilidad es la siguiente:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum vi}{vt} \right]$$

donde

**$\alpha$**  es el coeficiente de confiabilidad del instrumento.

K= número de ítems = 19

$\sum vi$ = sumatoria de varianzas de los ítems = 9,918

vt= varianzas de la suma de los ítems = 62,245

$\alpha$ = 0,89.

Al aplicar la fórmula correspondiente y obtener un valor de 0,89 se considera confiable el instrumento aplicado. Citando a Hernández, Fernández y Baptista (2014) “donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y uno representa un máximo de confiabilidad (fiabilidad total, perfecta) denotando una confiabilidad alta del instrumento” (p. 207).

## CAPÍTULO IV. Presentación y análisis de los resultados.

Como se mencionó anteriormente, la muestra estudiada está constituida por 7 jueces expertos, 5 psicólogos y 2 psiquiatras, con experiencia en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas adultas con trastorno del espectro autista, quienes tienen mínimo un año de experiencia. Fueron consultados a través de un instrumento tipo likert, cuyo contenido fue validado por expertos y presenta una buena confiabilidad. La consulta estuvo orientada por el objetivo general de esta investigación: Proponer un protocolo de atención para adultos con Trastorno del Espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión.

A continuación, se incluyen los resultados de la consulta a los expertos, presentados en tablas cuyo contenido es la frecuencia y porcentaje para las categorías de respuesta de los ítems (una tabla para cada ítem), acompañada del gráfico de barras con el resultado para cada ítem. Posteriormente se realizará el análisis de la información contenida en dichas tablas y gráficos.

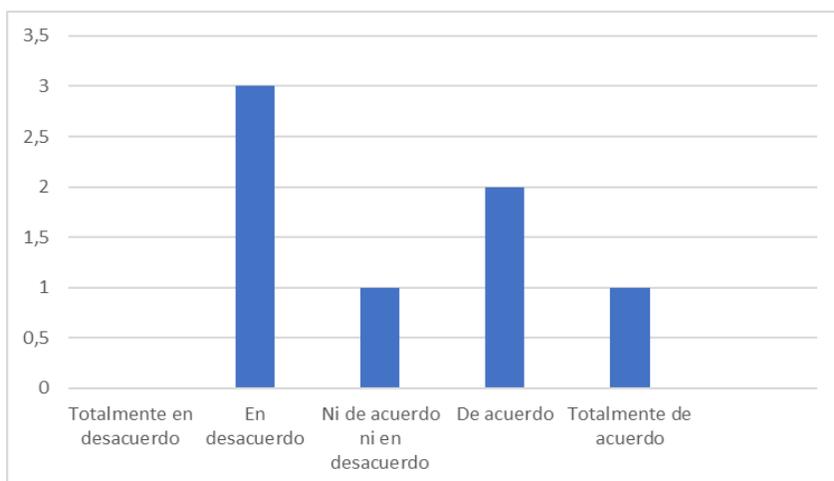
**Tabla 5:**

*Utilidad de la escala de ansiedad de Hamilton para despistaje de ansiedad.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0 %
En desacuerdo	3	42,8 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	14,3 %
De acuerdo	2	28,6 %
Totalmente de acuerdo	1	14,3 %
	<b>7</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Castro (2024).

**Figura 1.** Utilidad de la escala de ansiedad de Hamilton para despistaje de ansiedad.



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:** Se observa que tres de los jueces expresaron estar en desacuerdo con la pertinencia de la escala de Hamilton para el despistaje de la ansiedad, constituyendo un 42,8% de las respuestas. Mientras que dos jueces expresaron estar de acuerdo, con un 28,6%. Por otra parte, las opciones de “totalmente de acuerdo” y “ni en acuerdo ni en desacuerdo”, obtuvieron cada una un 14,3%, ya que solo uno de los jueces optó por cada una de ellas. La opción “totalmente en desacuerdo” no obtuvo puntaje alguno. La mayoría de los jueces expertos consultados, expresan su disconformidad con el uso de la escala de ansiedad de Hamilton, a pesar de sus propiedades psicométricas y de su uso en investigaciones internacionales en población de adultos con TEA, como se evidencia en la investigación de Wise et al (2019), menos de la mitad de los encuestados están de acuerdo o totalmente de acuerdo en utilizar la escala de Hamilton como medición de la ansiedad en la población de adultos con TEA.

Se incluyó la escala de Hamilton en el instrumento para los jueces, debido a su amplio uso en investigaciones sobre ansiedad. Wise et al (2019), utilizaron la escala de Hamilton en su investigación, la cual consistió en la aplicación de un protocolo de atención de 16 semanas para el tratamiento de la ansiedad, basado en Terapia cognitivo conductual, para adolescentes y adultos con TEA. La escala fue usada como medida de ansiedad pre y post test, y fue escogida por sus excelentes propiedades psicométricas y por su sensibilidad a los efectos de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.

Sin embargo, también es importante destacar que, según Hervás (2023) si bien es indispensable en la evaluación de comorbilidades de personas con TEA, incluir una entrevista clínica y combinarla con pruebas, cuestionarios o escalas estandarizadas, existe solapamiento entre los síntomas propios del autismo y los síntomas depresivos o ansiosos, por lo que la validación de pruebas para comorbilidades en el autismo es escasa y limitada.

Es llamativo que los expertos consultados (en su mayoría), no avalen el uso de este instrumento, a pesar de sus excelentes cualidades prácticas y psicométricas. Pero tal como se mencionó, debido al solapamiento de síntomas, pocas escalas son idóneas para el despistaje de ansiedad en adultos con TEA, y la escala de Hamilton no ha sido creada para esta población. El conocimiento de esta limitación podría ser el motivo por el cual la mayoría de los jueces no refiere estar ni de acuerdo ni totalmente de acuerdo con su uso en el protocolo de atención. Se interpreta de todo lo anterior que la escala de Hamilton no es la más adecuada ya que no podría diferenciar si los síntomas exhibidos por la persona con TEA son parte del espectro y por lo tanto siempre han acompañado la expresión emocional y conductual de dicha persona, o se producen en el marco de un cuadro de ansiedad transitorio.

**Tabla 6.**

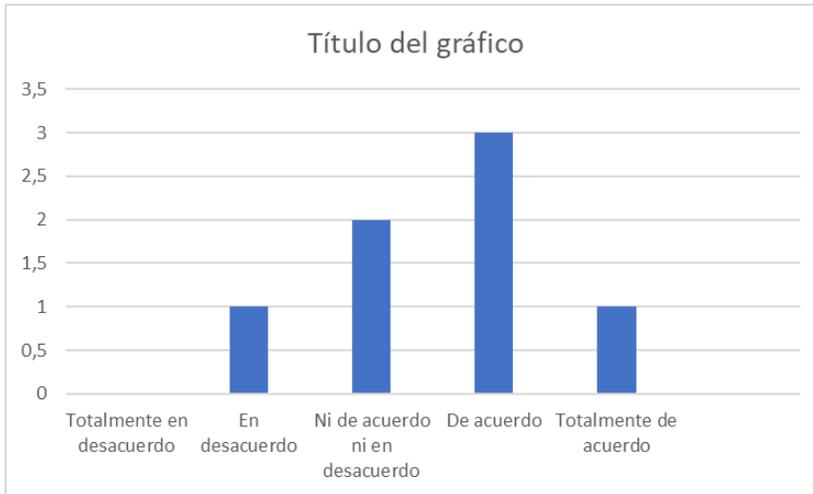
*Relevancia del puntaje directo e indirecto de la escala de ansiedad de Hamilton para despistaje de ansiedad.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	1	14,3%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	28,6%
De acuerdo	3	42,8%
Totalmente de acuerdo	1	14,3%
	7	100%

Fuente: Castro (2024).

**Figura 2.**

*Validez del puntaje directo e indirecto de la escala de ansiedad de Hamilton para despistaje de ansiedad.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:** Se observa que tres de los jueces, representando el 42,8%, expresaron estar de acuerdo, y uno de ellos, con un 14,3% está totalmente de acuerdo en considerar válidos tanto los puntajes directos (obtenidos de la administración directa al paciente) como los indirectos (obtenidos de la administración al familiar o cuidador) en las escalas de medición de ansiedad. Por otra parte, el 14,3% de los jueces está en desacuerdo y el 28,6% no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con esta medida. La opción “totalmente en desacuerdo” no obtuvo puntaje alguno. Por lo tanto, más de la mitad de la muestra de expertos, aceptan tomar como válidos ambos tipos de puntajes.

El puntaje directo en las escalas (obtenido con la aplicación a los adultos con TEA) fue considerado con la misma utilidad que el indirecto (obtenido en la aplicación de las escalas a los familiares del adulto con TEA), en la investigación de Maia y Assumpcao (2021), quienes validaron una escala de seguimiento para TEA en adolescentes y adultos, solicitando a los padres o responsables que aportaran toda la información relevante para el estudio.

De acuerdo a esto, los puntajes directos o indirectos aportan ambos información relevante para el seguimiento de las personas con TEA, tomándose como igualmente útiles y representativos de la situación actual de dicha persona. Por lo que, en este protocolo de atención, los puntajes indirectos también se considerarán una medida fiable del estado emocional de la persona, en lo referente a las conductas demostrativas de ansiedad manifiesta.

**Tabla 7.**

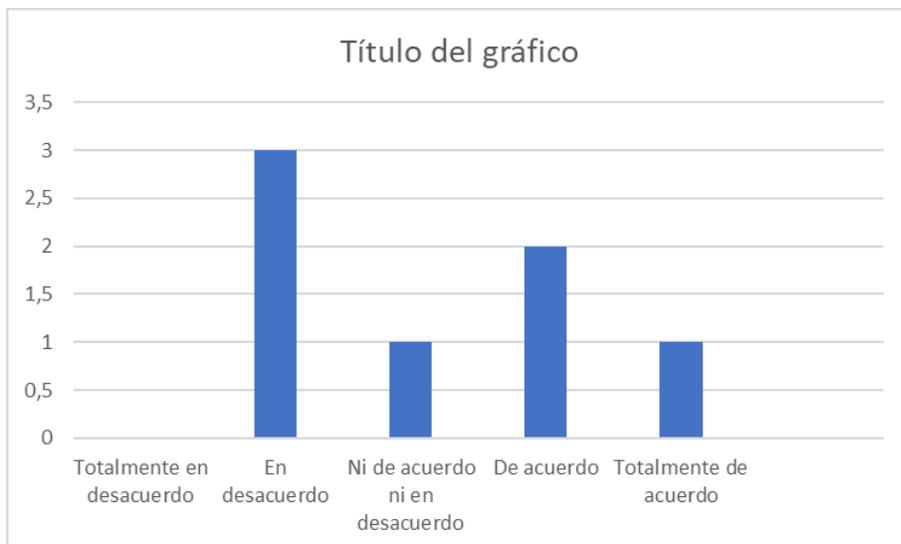
*Utilidad de la escala de depresión de Hamilton para despistaje de depresión.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	3	42,8%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	14,3%
De acuerdo	2	28,6%
Totalmente de acuerdo	1	14,3%
	7	100%

Fuente: Castro (2024).

**Figura 3.**

*Utilidad de la escala de depresión de Hamilton para despistaje de depresión.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:** Se observa que tres de los jueces expresaron estar en desacuerdo con la pertinencia de la escala de Hamilton para el despistaje de la depresión, constituyendo un 42,8% de las respuestas. Mientras que dos jueces expresaron estar de acuerdo, con un 28,6%. Por otra parte, las opciones de “totalmente de acuerdo” y “ni en acuerdo ni en desacuerdo”, obtuvieron cada una un 14,3%, ya que solo uno de los jueces optó por cada una de ellas. La opción “totalmente en desacuerdo” no obtuvo puntaje alguno. La mayoría de los jueces expertos consultados, expresan su disconformidad con el uso de la escala de depresión de Hamilton, a pesar de sus propiedades psicométricas y de su uso en investigaciones internacionales en población de adultos con TEA, como se evidencia en la investigación de Cassidy et al (2016), menos de la mitad de los encuestados están de acuerdo o totalmente de acuerdo en utilizar la escala de Hamilton como medición de la depresión en la población de adultos con TEA.

Se incluyó la escala de Hamilton para depresión en el instrumento para los jueces expertos, debido a sus propiedades psicométricas y su amplio uso en investigación internacional, incluyendo investigaciones en poblaciones de personas con TEA. Cassidy et al (2016), utilizaron la escala de depresión de Hamilton en su investigación, la cual

consistió en la medición de síntomas depresivos e ideación suicida en adultos con diagnóstico de síndrome de asperger, escogiéndola por su amplio uso en investigaciones en pacientes depresivos. Sin embargo, cabe recordar nuevamente la investigación de Hervás (2023), con sus consideraciones de que si bien los cuestionarios o escalas estandarizadas son de mucha utilidad para esta población, existe solapamiento entre los síntomas propios del autismo y los síntomas depresivos, por lo que la validación de pruebas para comorbilidades en el autismo es escasa y limitada.

Nuevamente resulta llamativo que los expertos consultados tampoco avalan la escala de Hamilton para la depresión, a pesar de sus probadas cualidades prácticas y psicométricas. Pero tal como se mencionó, debido al solapamiento de síntomas, pocas escalas son idóneas para el despistaje de depresión en adultos con TEA, y la escala de depresión de Hamilton no ha sido creada para esta población. Igualmente, esta limitación podría ser el motivo por el cual la mayoría de los jueces no refiere estar ni de acuerdo ni totalmente de acuerdo con su uso en el protocolo de atención. Se interpreta de todo lo anterior que la escala de Hamilton para depresión no es la más adecuada ya que no podría diferenciar si los síntomas exhibidos por la persona con TEA son parte del espectro y por lo tanto siempre han acompañado la expresión emocional y conductual de dicha persona, o se producen en el marco de un cuadro depresivo transitorio.

### **Tabla 8.**

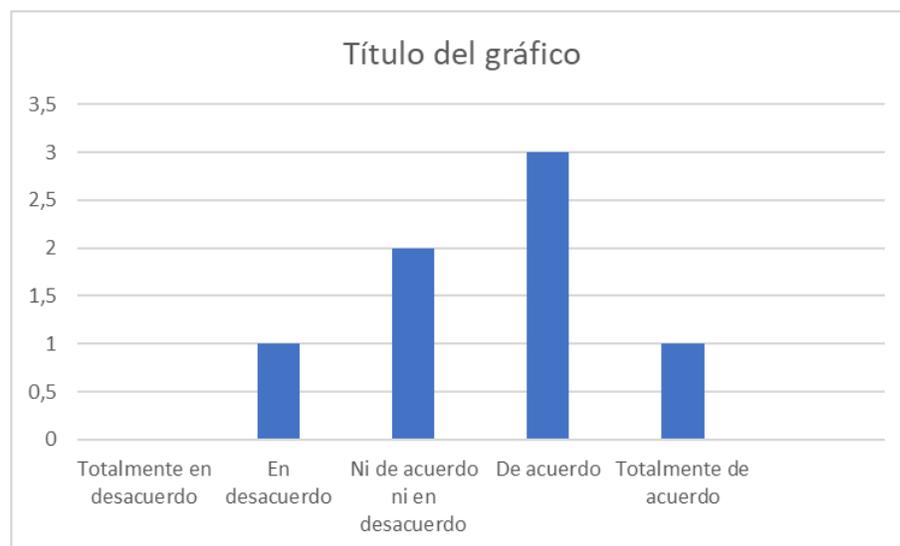
*Relevancia del puntaje directo e indirecto de la escala de depresión de Hamilton para despistaje de depresión.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	1	14,3%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	28,6%
De acuerdo	3	42,8%
Totalmente de acuerdo	1	14,3%
	7	100

Fuente: Castro (2024)

#### Figura 4.

*Relevancia del puntaje directo e indirecto de la escala de depresión de Hamilton para despistaje de ansiedad.*



Fuente: Castro (2024)

**Interpretación:** Se observa que el 42,8% de los jueces expresaron estar de acuerdo, y el 14,3% está totalmente de acuerdo con considerar válidas tanto los puntajes directos como los indirectos en las escalas de medición de depresión. Por otra parte, el 14,3% de los jueces está en desacuerdo y el 28,6% no están ni de acuerdo ni en

desacuerdo con esta medida. La opción “totalmente en desacuerdo” no obtuvo puntaje alguno. Para esta investigación, tres los jueces expertos expresaron estar de acuerdo, y uno está totalmente de acuerdo en considerar relevantes tanto los puntajes directos obtenidos en las escalas de medición de depresión, como los indirectos. Constituyendo más de la mitad de la muestra de expertos, quienes aceptan tomar como válidos ambos tipos de puntajes.

Como ya se mencionó, los puntajes directos en las escalas fueron considerados con la misma pertinencia que los indirectos en la investigación de Maia y Assumpcao (2021), quienes validaron una escala de seguimiento para TEA en adolescentes y adultos, solicitando a los cuidadores el suministro información relevante en la entrevista, y tomando esta información como totalmente relevante para el estudio.

De acuerdo a esto, los puntajes directos o indirectos aportan ambos información relevante para el seguimiento de las personas con TEA, tomándose como igualmente útiles y representativos de la situación actual de dicha persona. De acuerdo a lo expresado por la mayoría de los jueces, en este protocolo de atención, los puntajes indirectos también se considerarán una medida fiable del estado emocional de la persona, en lo referente a los síntomas manifiestos de depresión.

**Tabla 9.**

*Necesidad de una entrevista complementaria a los instrumentos diagnósticos.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	1	14,3%
Totalmente de acuerdo	6	85,7%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

### Figura 5.

*Necesidad de una entrevista complementaria a los instrumentos diagnósticos.*



Fuente: Castro (2024)

**Interpretación:** Se observa que un 85,7% de los jueces expresaron estar “totalmente de acuerdo” con la necesidad de complementar los instrumentos diagnósticos con entrevistas dirigidas al adulto con TEA y/o su familiar o responsables, y el 14,3% se encuentra “de acuerdo” con esta opción de entrevista complementaria. Las opciones “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo” y “ni de acuerdo ni en desacuerdo” obtuvieron ningún puntaje. Los jueces expertos coinciden en su totalidad, en la pertinencia de añadir una entrevista (estructurada o semi estructurada), para comprobar y complementar la información obtenida en los instrumentos de despistaje de ansiedad y depresión.

Al respecto, la investigación de López (2020) realizada en Argentina, consistió en la validación en español del instrumento AQ-10, el cual funciona como un tamizaje de TEA en adultos. En dicha investigación, aparte de la traducción y validación del instrumento, se diseñó una entrevista semi estructurada que contenía el consentimiento

informado, preguntas específicas sobre datos socio demográficos, clínicos, personales y familiares. Se observa entonces que la entrevista semi estructurada se añadió como fuente de información complementaria a los reactivos del instrumento traducido.

Las respuestas de los jueces consultados, avalan la propuesta de que todo instrumento que se utilice para población de personas con TEA, debería acompañarse también de una entrevista, ya sea estructurada o semi estructurada, en dos versiones: dirigida tanto a la persona como a sus familiares o acompañantes (como ya se estableció de acuerdo a la pertinencia y utilidad de las puntuaciones directas e indirectas), a fin de evitar el ya mencionado solapamiento de síntomas de ansiedad o depresión con las manifestaciones propias del autismo, y poder determinar con total seguridad la existencia de síntomas de ansiedad y/o depresión.

**Tabla 10.**

*Elaboración y validación de instrumento especializado.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	14,3%
De acuerdo	1	14,3%
Totalmente de acuerdo	5	71,4%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

**Figura 6.**

*Elaboración y validación de instrumento especializado.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:** Uno de los jueces (14,3%) está “ni de acuerdo ni en desacuerdo” con la elaboración y validación de un instrumento propio del protocolo de atención, para el despistaje de ansiedad y depresión en adultos con TEA. Mientras que otro de los jueces (14,3%), está de acuerdo, y cinco jueces están “totalmente de acuerdo”, constituyendo un 71,4% de la muestra. Las opciones “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” no obtuvieron puntaje alguno. Las opciones totalmente de acuerdo y de acuerdo, fueron escogidas por la mayoría, sumando un 85,7% de jueces.

Como ya se mencionó previamente, Hervás (2023) expresa que la validación de instrumentos para personas con autismo, tanto niños, como adolescentes y adultos, presenta muchas limitaciones debido a las características de estas poblaciones. Sin embargo, las entrevistas estructuradas o semiestructuradas pueden ser de mucha ayuda, ya que la mayoría de los instrumentos usados en autismo, o han sido diseñados para la población infantil, o bien no han sido ni traducidas ni validadas al idioma español, o no incluyen tanto los síntomas de depresión como de ansiedad. Por lo que, para esta investigación, no se tuvo acceso a un instrumento ya elaborado, traducido y validado para la población de adultos con autismo y que presenten comorbilidad con

ansiedad y depresión.

Es por esto que, se consulta a los expertos sobre la necesidad de elaborar y validar un instrumento propio, dirigido a personas adultas con autismo y sus familiares o cuidadores, para realizar despistaje de ansiedad y depresión, lo cual disminuiría la limitación del solapamiento de los síntomas entre depresión, ansiedad y autismo. De acuerdo a los resultados obtenidos hasta ahora, dicho instrumento debe contener: una entrevista, ya sea estructurada o semi estructurada, una escala o cuestionario específico sobre manifestación de síntomas depresivos y ansiosos en personas con TEA, y tener dos versiones: una dirigida tanto a la persona como a sus familiares o acompañantes.

**Tabla 11.**

*Pertinencia de incluir la psicoeducación sobre ansiedad y depresión, en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	0	0
Totalmente de acuerdo	7	100%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

**Figura 7.**

*Pertinencia de incluir la psicoeducación sobre ansiedad y depresión, en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024)

**Interpretación:** De manera unánime, todos los expertos consultados (100%) expresaron estar totalmente de acuerdo con la inclusión de la psicoeducación sobre ansiedad y depresión en el protocolo de atención.

Pozo Cabanillas (2010) expresa en su tesis doctoral sobre la adaptación psicológica de los padres al diagnóstico de TEA, que la psicoeducación, entendida como obtener información sobre el TEA y su naturaleza, explicaciones sobre la conducta de su hijo y sobre su forma particular de pensar, comunicarse y actuar, así como conocer estrategias de comunicación que faciliten el manejo de las situaciones de la vida diaria, permite a los familiares cambiar su percepción de la condición.

Los hallazgos de Pozo Cabanillas (2010) sobre los beneficios de la psicoeducación para los familiares y personas con TEA, pueden extrapolarse a la psicoeducación sobre la presentación de los síntomas de ansiedad y/o depresión en los adultos con TEA. Por lo que, los contenidos informativos sobre la ansiedad y depresión: sus características y formas de expresión, la diferenciación con los síntomas de otros trastornos, la alta comorbilidad de la ansiedad y depresión en los adultos con TEA, así como que esperar y cómo reaccionar ante las manifestaciones de la ansiedad y depresión, son de vital importancia para este protocolo de atención y su población

objetivo, ya que dicha psicoeducación puede proporcionar una explicación o dar sentido a los síntomas y dar a conocer estrategias para su identificación y abordaje.

**Tabla 12.**

*Combinación de apoyos visuales y contenido verbal en la psicoeducación.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	2	28,6%
Totalmente de acuerdo	5	71,4%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

**Figura 8.**

*Combinación de apoyos visuales y contenido verbal en la psicoeducación.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:** Se observa que dos de los jueces (28,6%) expresaron estar “de acuerdo” con la inclusión de apoyos visuales en los contenidos de la psicoeducación, y los cinco jueces restantes, manifestaron estar “totalmente de acuerdo” (71,4%). Las opciones “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo” y “ni de acuerdo ni en desacuerdo” no obtuvieron ningún puntaje. Se obtuvo una aprobación unánime en esta pregunta, al considerar aprobatorios tanto las respuesta a la opción “ de acuerdo” como las respuestas a la opción “totalmente de acuerdo”.

De acuerdo a Loor y Pincay (2022) en vista de las particularidades comunicativas, psicopedagógicas y comportamentales, de las personas con TEA, es necesario adaptar métodos de enseñanza que se adecuen a estas características. Explican que las personas con autismo captan mejor los aprendizajes a nivel simbólico o representativo, requiriendo en su mayoría el apoyo visual antes que el auditivo para obtener información del medio (p.23).

Transmitir contenidos psicoeducativos también puede considerarse una actividad de enseñanza para la población con TEA. Para este protocolo de atención, es necesario adaptar los contenidos acerca de la ansiedad y depresión (sus características y formas de expresión, la diferenciación con los síntomas de otros trastornos, y estrategias para reaccionar ante las manifestaciones de la ansiedad y depresión) a las necesidades y características comunicativas de la población objetivo. Debido a que el protocolo contiene mucha información, relativa al autismo, a la depresión, ansiedad, a la manifestación de la depresión y ansiedad en personas con TEA, a las instrucciones para las técnicas de abordaje, se consideró pertinente incluir apoyos visuales para facilitar la comprensión y garantizar una mayor comprensión de los contenidos.

### **Tabla 13.**

*Pertinencia de abordaje cognitivo conductual para la identificación de detonantes ansiógenos.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	28,6%
De acuerdo	1	14,3%
Totalmente de acuerdo	4	57,1%
	7	100 %

Fuente: Castro (2024)

### Figura 9.

*Pertinencia de abordaje cognitivo conductual para la identificación de detonantes ansiógenos.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:** Como podemos visualizar, dos de los jueces (28,6%) expresaron no estar “ni de acuerdo ni en desacuerdo” con la pertinencia del abordaje cognitivo conductual para identificar desencadenantes y detonantes ansiógenos, así como prevenir síntomas, para los adultos con TEA y síntomas de ansiedad. Mientras que uno de los jueces (14,3%) está “de acuerdo”, los cuatro restantes (57,1%) están “totalmente de acuerdo” Por otra parte, las opciones de “totalmente en desacuerdo” y “en

desacuerdo”, no obtuvieron ningún puntaje. En sumatoria de las opciones “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”, la mayoría (71,4%) de los jueces considera a la Terapia cognitivo conductual como un abordaje pertinente y adecuado para identificar detonantes y manejar síntomas de ansiedad en la población objetivo, en consonancia con los hallazgos de Sánchez-Cueva et al (2022).

Sánchez-Cueva, Alcantud y Alonso-Esteban (2022), hicieron una revisión bibliográfica sobre la utilidad clínica de la Terapia cognitivo conductual para abordar la ansiedad en población autista, encontrando que, con las debidas adaptaciones, se ha demostrado su eficacia tanto en niños y niñas, como en adolescentes y jóvenes adultos. Específicamente en el caso de la ansiedad, citan a Perihan et al. (2019 en Sánchez-Cueva et al, 2022), quienes concluyeron que la terapia cognitivo conductual tiene el potencial de ser un componente eficaz para abordar los síntomas relacionados con la ansiedad en niños y niñas autistas, señalando también que, está menos documentado su uso en adultos con autismo y que existe un vacío en los enfoques de tratamiento con base empírica para los jóvenes adultos autistas con ansiedad recurrente (Binnie y Blainey, 2013 en Sánchez- Cueva et al, 2022);

La terapia cognitivo conductual es una de las corrientes de abordaje psicológico más utilizadas para la población de personas con TEA de todas las edades, teniendo mayores investigaciones con poblaciones infantiles. Específicamente en el caso de la ansiedad, ha demostrado eficacia con niños con TEA, hallazgos que pueden ser extrapolables a los adultos. Es precisamente por este vacío que mencionan Sanchez-Cueva et al (2022) para jóvenes adultos, que la inclusión de la terapia cognitivo conductual en este protocolo de atención ser considera de vital importancia, ya que, al ser aplicado el protocolo, se podría obtener confirmación empírica de su eficacia con adultos con TEA y sin discapacidad intelectual. Específicamente en lo relativo a esta pregunta, sobre la identificación de detonantes ansiógenos y prevención de síntomas, es importante recordar que las diversas actividades de los adultos (educativas o laborales) ya no se realizan bajo el marco predecible de las atenciones durante la infancia, y están expuestos a mayores fuentes de estímulos ansiógenos. Apoyar con la identificación de estímulos sensoriales aversivos, tolerancia a la incertidumbre, expresión de emociones,

regulación emocional, es parte del abordaje de la terapia cognitivo conductual que puede ser aprovechado para el adulto con TEA.

**Tabla 14.**

*Pertinencia de abordaje cognitivo conductual para la identificación de detonantes depresivos.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	28,6%
De acuerdo	1	14,3%
Totalmente de acuerdo	4	57,1%
	7	100%

Fuente: Castro (2024).

**Figura 10.**

*Pertinencia de abordaje cognitivo conductual para la identificación de detonantes depresivos.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:** Se observa que dos de los jueces (un 28,6%) expresaron no estar “ni de acuerdo ni en desacuerdo” con la pertinencia del abordaje cognitivo para lograr la identificación de desencadenantes, factores de riesgo y prevención de síntomas depresivos en los adultos con TEA sin discapacidad intelectual. Uno de los jueces, representando un 14,3% de la muestra, manifiesta encontrarse “de acuerdo” con el abordaje cognitivo conductual. Los cuatro jueces restantes (57,1%), expresaron estar totalmente de acuerdo con dicha pertinencia. Por otra parte, las opciones de “totalmente en desacuerdo” y “En desacuerdo” no obtuvieron ningún puntaje. La mayoría de los jueces (sumatoria de los jueces que manifestaron estar “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”) considera a la Terapia cognitivo conductual como un abordaje pertinente y adecuado para identificar detonantes, prevenir y manejar síntomas de depresión en la población objetivo.

Retomando el trabajo de Grañana (2022), quien menciona que el abordaje con mayor éxito reportado en autismo, es la Terapia Cognitivo Conductual, y que la reestructuración cognitiva (una de sus técnicas) resulta de mucha ayuda en síntomas específicos cuando se presentan comorbilidades como la depresión. En la misma línea, Sofronoff et al (2005) reseñan que la terapia cognitiva-conductual muestra eficacia en la disminución de los sentimientos de tristeza, ira y ansiedad en los niños diagnosticados con TEA. (Sofronoff, et al, 2005 en Foley-Nicpon et al, 2010).

La mayor conciencia de sus limitaciones en los adultos con TEA sin discapacidad intelectual, los hace vulnerables a los síntomas depresivos. Y tal como se ha utilizado para la ansiedad, la terapia cognitivo conductual también es una de las corrientes de abordaje psicológico más utilizadas para las personas con depresión, de cualquier grupo etáreo, siendo recomendada también para la población de personas con TEA de todas las edades. Debido a su comprobación empírica y amplio uso, es ideal para la identificación de detonantes y la comprensión y manejo de las causas de los síntomas depresivos. En los adultos con TEA, esto es de vital importancia, ya que, en esta etapa de su ciclo vital, están envueltos en muchas situaciones que pueden intensificar su frustración ante la falta de habilidades sociales y emocionales y aumentar la probabilidad o frecuencia de síntomas depresivos.

**Tabla 15.**

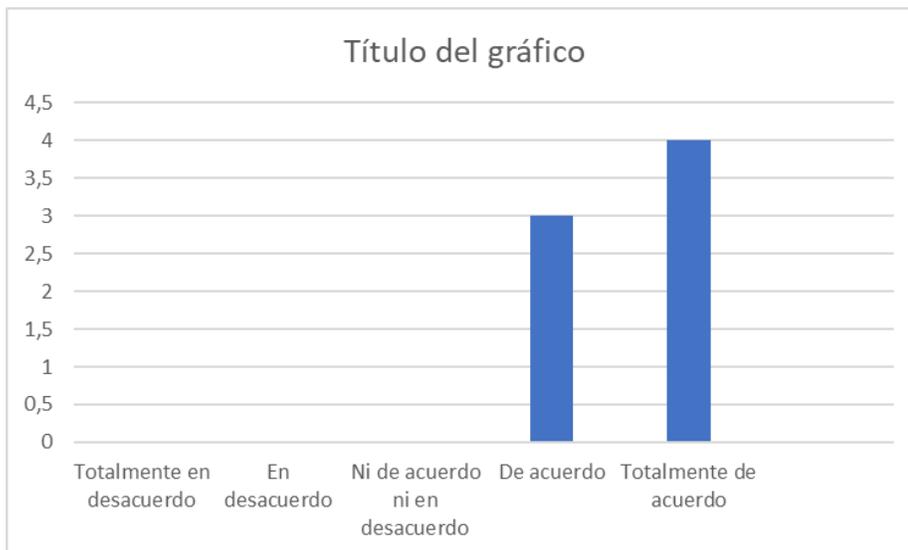
*Pertinencia de la técnica de respiración en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	3	42,9%
Totalmente de acuerdo	4	57,1%
	7	100%

Fuente: Castro (2024).

**Figura 11.**

*Pertinencia de la técnica de respiración en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:**

Tres de los jueces expresaron estar de acuerdo con la pertinencia de la técnica de respiración en el tratamiento de los síntomas de ansiedad, y la necesidad de incluirla en el protocolo de atención. constituyendo un 42,9% de las respuestas. Mientras que el

resto de los jueces expresaron estar “totalmente de acuerdo”, con un 57,1%. Las opciones “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo” o “ni de acuerdo ni en desacuerdo” no obtuvieron puntaje alguno. Los jueces comparten la percepción de beneficio de las técnicas de respiración, ya que todos expresaron estar, ya sea de acuerdo o totalmente de acuerdo con su pertinencia e importancia de incluirla en el protocolo de atención.

Cruz (2017) diseñó una atención para aumentar el afecto positivo en niños con TEA. En la cuarta sesión incluyó la técnica de respiración profunda, con la finalidad de ser usada como una conducta incompatible con las rabietas o conductas inadecuadas. Los beneficios añadidos de esta técnica, incluyen el adquirir el control de su respiración y ser capaces de mantenerlo en situaciones ansiógenas que se puedan presentar en los escenarios con los que los niños aún no están familiarizados (p. 25).

En una investigación con 20 niños con autismo, dirigida a evaluar la retroalimentación de la respiración y sus efectos físicos y psicológicos, Téllez (2018), midió su frecuencia cardíaca antes, durante y después de ejercicios de respiración controlada. Los resultados indicaron mejoría en la respuesta del sistema parasimpático luego de los ejercicios guiados de respiración, y se demostró que inducían un estado de relajación.

Las técnicas de respiración, con un amplio aval de investigaciones en multitud de poblaciones con todo tipo de características, también han demostrado su utilidad en el abordaje de diversos tipos de síntomas en niños con TEA: desde mejoría en la expresión del afecto positivo, adquisición de control ante situaciones que producen ansiedad, mejoría en la respuesta fisiológica e inducción de estados de relajación; resultados que, a pesar de haber sido obtenidos en investigaciones con niños, bien pueden extrapolarse a la población de adultos con TEA. Estos resultados coinciden con lo manifestado por los jueces expertos, por lo cual las técnicas de respiración serán incluidas en el protocolo de atención, por su eficacia, rapidez, facilidad, naturalidad y no necesitar nada más que simples instrucciones para llevarlas a cabo, y por haber demostrado ser una excelente herramienta para la atención en trastornos de ansiedad.

**Tabla 16.**

*Pertinencia del entrenamiento en relación en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	14,3%
De acuerdo	2	28,6%
Totalmente de acuerdo	4	57,1%
	7	100%

Fuente: Castro (2024).

**Figura 12.**

*Pertinencia del entrenamiento en relación en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024).

### **Interpretación:**

Se observa que cuatro de los jueces expresaron estar “totalmente de acuerdo” con la pertinencia de incluir al entrenamiento en relajación en el protocolo de atención para adultos con TEA y síntomas de ansiedad y depresión. Igualmente, dos de ellos señalaron estar “de acuerdo” (28,6%), y por último, uno de los jueces (14,3%) no está “ni en acuerdo ni en desacuerdo”. Las opciones “totalmente en desacuerdo” ni “en desacuerdo” obtuvieron ningún puntaje. Los jueces comparten la percepción de beneficio de las técnicas de respiración, ya que casi todos, a excepción de un juez, expresaron estar ya sea de acuerdo o totalmente de acuerdo con su pertinencia e importancia de incluir esta técnica en el protocolo de atención.

Groden et al (1994, en Matos y Mustaca, 2001, p. 635) ya habían planteado que muchos de los comportamientos identificados como usuales en el autismo, están relacionados con ansiedad y estrés, y que ocurren cuando los mecanismos de afrontamiento de las situaciones estresantes, son inadecuados o insuficientes. En función de estos antecedentes, Matos y Mustaca (2001) utilizaron técnicas de relajación con niños autistas, encontrando que luego de la aplicación del protocolo, los niños presentaron disminución de la autoestimulación verbal, de la frecuencia y duración del balanceo, de los comportamientos estereotipados y de los episodios de llanto intenso.

Al igual que las técnicas de respiración, las técnicas de relajación también cuentan con una vasta cantidad de investigaciones en multitud de poblaciones con todo tipo de características. En dichas investigaciones, han demostrado su utilidad en el abordaje de los síntomas de ansiedad. En las investigaciones dirigidas a la población con autismo que reportan resultados satisfactorios, como la mencionada en el párrafo anterior, se evidencian los resultados positivos de la aplicación de un protocolo de relajación en población infantil con TEA, por lo que las técnicas de relajación en adultos con TEA también podrían producir beneficios a dicha población. De acuerdo a los resultados de la consulta a los jueces expertos, esta técnica será incluida en el protocolo de atención.

**Tabla 17.**

*Pertinencia del entrenamiento en autoinstrucciones en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	14,3%
De acuerdo	3	42,85%
Totalmente de acuerdo	3	42,85%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

**Figura 13.**

*Pertinencia del entrenamiento en autoinstrucciones en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024)

### **Interpretación:**

Se observa que uno de los jueces (14,3%) expresó estar “ni de acuerdo ni en desacuerdo” con la pertinencia del entrenamiento en autoinstrucciones. El resto de los jueces, manifestaron estar ya sea “de acuerdo” (42,85%) o “totalmente de acuerdo” (42,85%) Por otra parte, las opciones de “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo” y “ni en acuerdo ni en desacuerdo”, no obtuvieron puntaje alguno. Los jueces en su mayoría (42,85% de acuerdo y 42,85% totalmente de acuerdo) concuerdan en que esta técnica debe ser incluida en el protocolo de atención de adultos con TEA y síntomas de ansiedad y depresión.

Los investigadores Martos-Pérez y Llorente (2013) reportan que en el caso específico de los niños con autismo, las autoinstrucciones se indican como una estrategia de resolución de conflictos interpersonales, y fomentan la autorregulación emocional en las situaciones de relación interpersonal.

De acuerdo a los hallazgos mencionados en la investigación de Martos-Pérez y Llorente (2013), las autoinstrucciones han demostrado su eficacia en el tratamiento de niños con TEA en cuanto a su autorregulación emocional, por lo que es bastante probable que su eficacia se extienda a la capacidad de autorregularse de los adultos con TEA. Esto es cónsono con la decisión de la mayoría de los jueces expertos, de recomendar la inclusión de esta técnica en el protocolo de atención a fin de probar sus efectos en los adultos con TEA que presentan síntomas de ansiedad.

### **Tabla 18.**

*Pertinencia de contenidos sobre salud física en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	2	28,6%
Totalmente de acuerdo	5	71,4%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

**Figura 14.** *Pertinencia de contenidos sobre salud física en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:**

Se observa que dos de los jueces manifestaron estar “de acuerdo”, para un total de 28,6% de la muestra. El resto de los jueces (cinco) expresaron estar “totalmente de acuerdo” en que la identificación de problemas de salud física (relativos al sueño,

alimentación, actividad física, entre otros) beneficia a los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, y que debe incluirse en el protocolo de atención. Las opciones de “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo” o “ni de acuerdo ni en desacuerdo” obtuvieron ningún puntaje. Los jueces expertos en esta investigación, en su totalidad expresaron estar, ya sea de acuerdo o totalmente de acuerdo con la pertinencia e importancia de incluir los contenidos referidos al bienestar físico en el protocolo de atención.

Cuesta et al (2017), realizaron una investigación sobre autismo y bienestar físico, en el cual, 121 personas con diagnóstico de síndrome de asperger y 73 familiares respondieron escalas y encuestas sobre calidad de vida, encontrando que el abordaje integral y completo debe abarcar psicoeducación en nutrición, salud personal y sanidad, actividad física e higiene; y por último, obtuvieron indicadores de calidad de vida en la dimensión de bienestar físico.

De acuerdo al modelo de calidad de vida en discapacidad de Schalock y Verdugo (2003), toda persona con TEA, independientemente de su edad, amerita bienestar en todas las dimensiones que propone el modelo. No todos los adultos con TEA, sobre todo quienes no han tenido una atención multidisciplinaria sistemática durante su infancia y adolescencia, conocen la información sobre este modelo ni, intuitivamente, han puesto su atención en todos los tipos de bienestar que proponen sus dimensiones. Es probable que, dicho desconocimiento, los haga vulnerables a los síntomas ansiosos y depresivos. La psicoeducación en nutrición, salud física, actividad física e higiene, entre otras, es altamente recomendable en los adultos con TEA y sin discapacidad intelectual, ya que, en esta etapa de su ciclo vital, mantener el bienestar depende de sí mismos. Los jueces expertos están de acuerdo en que Identificar los problemas de salud física (relativos al sueño, alimentación, actividad física, entre otros), es un área que debe estar presente en el protocolo de atención, ya que tiene un impacto que puede aumentar o disminuir la probabilidad o frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos.

**Tabla 19.**

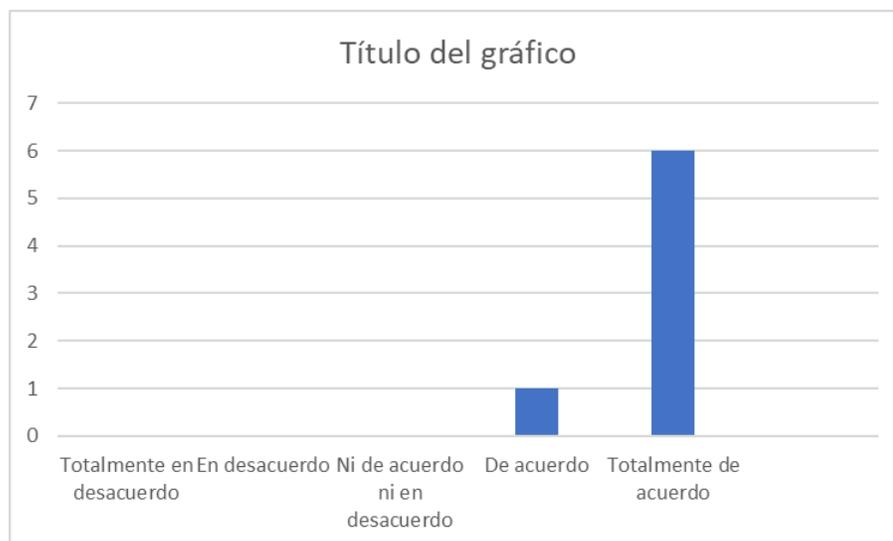
*Pertinencia de identificación de destrezas o áreas de interés, en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	1	14,3%
Totalmente de acuerdo	6	85,7%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

**Figura 15.**

*Pertinencia de identificación de destrezas o áreas de interés, en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:**

Las respuestas a este ítem muestran que uno de los jueces manifestó estar “de

acuerdo”, para un total de 14,3% de la muestra. Los seis jueces restantes expresaron estar “totalmente de acuerdo”, para un 85,7%. Ninguna de las opciones de “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo” o “ni de acuerdo ni en desacuerdo” obtuvieron algún puntaje. La totalidad de los jueces expertos consultados, expresaron estar a favor en que la identificación de áreas de destrezas o interés (para promover la ocupación en actividades recreativas, culturales, formativas o laborales) beneficia a los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, y que es un contenido que debe incluirse en el protocolo de atención.

Cuesta et al (2016) mencionan entre los programas de mejora de la calidad de vida, a los modelos de transición a la vida adulta, con objetivos referidos a la adquisición de las habilidades laborales y adaptativas que capacitan a la persona con TEA para desarrollar una tarea ocupacional e integrarse laboral y socialmente en un futuro.

Es importante destacar nuevamente, que todas las dimensiones del modelo de Schalock y Verdugo (2009), son importantes para toda persona con TEA, independientemente de su edad, y que no todos los adultos con TEA, sobre todo quienes no han tenido una atención multidisciplinaria sistemática durante su infancia y adolescencia, conocen que su bienestar es global y está conformado por todas estas dimensiones. Es probable que, la baja identificación de destrezas y áreas de interés, y la falta de ocupación en actividades recreativas, culturales, formativas o laborales, los haga vulnerables a los síntomas ansiosos y depresivos. La transición a la vida adulta, con sus múltiples aristas, es de vital importancia para los adultos con TEA, y de acuerdo a lo manifestado por los jueces expertos, el protocolo de atención debe incluir la promoción y conocimiento sobre autonomía personal y habilidades de la vida diaria, la comunicación, las habilidades sociales, las habilidades académico funcionales, la inclusión en la comunidad, la educación sexual, la educación para la salud, el desarrollo de habilidades ocupacionales y/o laborales, deporte, apoyo a las familias y procesos de envejecimiento; buscando el máximo beneficio para los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, de acuerdo a su situación socioeconómica, a los recursos de los que disponen y a sus áreas de destrezas o interés.

**Tabla 20.**

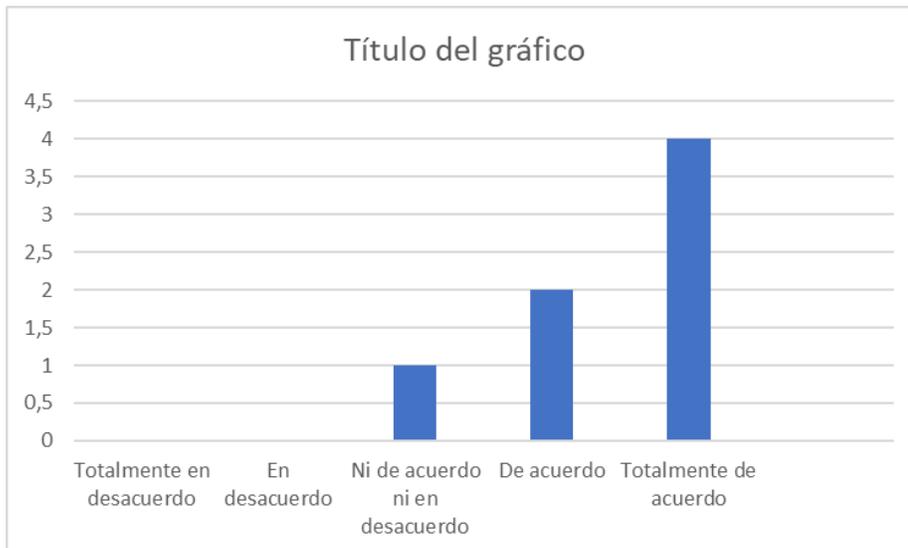
*Pertinencia del entrenamiento en solución de problemas en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	14,3%
De acuerdo	2	28,6%
Totalmente de acuerdo	4	57,1%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

**Figura 16.**

*Pertinencia del entrenamiento en solución de problemas en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024).

### **Interpretación:**

Se observa que cuatro de los jueces (57,1%) expresaron estar “totalmente de acuerdo” con la pertinencia de incluir al entrenamiento en solución de problemas en el protocolo de atención para adultos con TEA y síntomas de ansiedad y depresión. Igualmente, dos de ellos señalaron estar “de acuerdo” (28,6%), y por último, uno de los jueces (14,3%) no está “ni en acuerdo ni en desacuerdo”. Las opciones “totalmente en desacuerdo” ni “en desacuerdo” obtuvieron ningún puntaje. La mayoría de los jueces, coincide en estar “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con este entrenamiento dentro del protocolo de atención.

De acuerdo a Badós y García Grau (2014, p.1) la técnica “ayuda a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida pero también enseña habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas”.

Para los adultos con TEA, el entrenamiento en solución de problemas es una herramienta valiosa ya que, enseña los pasos para a definir claramente los problemas, producir un abanico de soluciones, tomar una decisión respecto a cuál es la mejor solución y por último, a aplicar la solución y evaluar si efectivamente produjo la resolución de dicho problema. Este procedimiento es fácilmente generalizable a diversos tipos de problemas que se pueden presentar durante el ciclo vital, especialmente durante la transición a, y consolidación de la vida adulta. Retomando los resultados de las preguntas anteriores, se podría aplicar el entrenamiento a problemas relativos a la autonomía personal, habilidades de la vida diaria, la comunicación, habilidades sociales, habilidades académico funcionales, inclusión en la comunidad, bienestar sexual y físico, y por último, el desarrollo de habilidades ocupacionales y/o laborales, dimensiones propuestas por Cuesta et al (2016) y mencionadas en los resultados para la tabla 15.

### **Tabla 21.**

*Pertinencia de la programación de actividades diarias en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	3	42,9%
Totalmente de acuerdo	4	57,1%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

**Figura 17.** *Pertinencia de la programación de actividades diarias en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024).

**Interpretación:** Se observa que tres de los jueces manifestaron estar “de acuerdo”, para un total de 42,9% de la muestra. El resto de los jueces (cuatro) expresaron estar “totalmente de acuerdo” en la pertinencia de la técnica “programación de actividades diarias” para los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, y que debe incluirse en el protocolo de atención. Ninguna de las opciones de “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo” o “ni de

acuerdo ni en desacuerdo” obtuvieron ningún puntaje. La totalidad de los jueces coincide en que la programación de actividades diarias debe estar presente en el protocolo de atención.

En el estudio de Duncan et al. (2022 en Yon-Hernández, 2022) sobre un programa de atención en habilidades de la vida diaria para adolescentes con TEA, se determinaron una serie de habilidades necesarias básicas tener una vida independiente en la edad adulta: el aseo e higiene personal, lavar la ropa, limpieza del hogar, preparación de comidas, manejo del dinero y finanzas, desplazarse en la comunidad, uso de transporte público, realizar compras, programar citas o seguimientos médicos y planificar hacer ejercicio). Yon-Hernández (2022) también señala que, para los adultos con TEA la programación y seguimiento de actividades diarias no es una tarea fácil de conseguir para ellos, y que requieren “apoyo en el aprendizaje de las habilidades adaptativas que permiten cumplir su programación” (p. 22).

La programación de actividades diarias va de la mano con la calidad de vida en discapacidad, y se revela como un hito importante para toda persona con TEA, sobre todo para aquellos adultos quienes no han tenido una atención multidisciplinaria sistemática durante su infancia y adolescencia, y por lo tanto desconocen las múltiples aristas de la adaptación a los roles de la vida adulta, por lo que podrían percibirse como incompetentes o insuficientes para desenvolverse en una sociedad que espera de ellos un funcionamiento adulto. La falta de eficacia en la adaptación a estos roles adultos, puede ser percibida como un fracaso, y facilitar o producir la aparición de síntomas de ansiedad y depresión. Es por esto que, y de acuerdo a lo manifestado por los jueces expertos, el protocolo de atención debe incluir la programación de actividades diarias como una herramienta que previene las dificultades en la adaptación a los roles propios de la adultez y mejora el aprovechamiento del tiempo y el logro de metas realistas.

## **Tabla 22.**

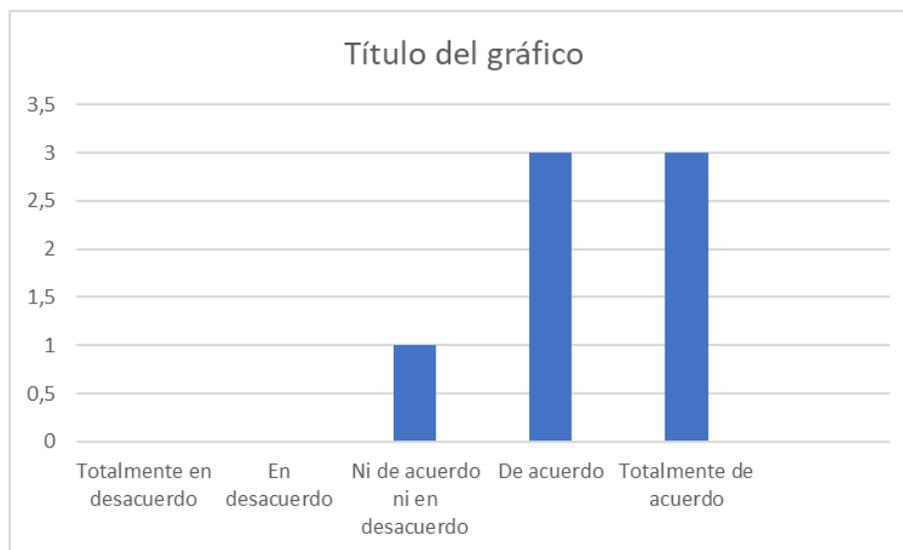
*Pertinencia de las técnicas de distracción en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	14,3%
De acuerdo	3	42,85%
Totalmente de acuerdo	3	42,85%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

### Figura 18.

*Pertinencia de las técnicas de distracción en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024)

**Interpretación:** Se observa que tres de los jueces (42,85%) expresaron estar “totalmente de acuerdo” con la pertinencia de incluir “las técnicas de distracción” en el protocolo de atención para adultos con TEA y síntomas de ansiedad y depresión.

Igualmente, la misma cantidad de jueces (tres, para un 42,85% de la muestra) señalaron estar “de acuerdo”. El juez restante (14,3%), manifestó estar “ni en acuerdo ni en desacuerdo”. Las opciones “totalmente en desacuerdo” ni “en desacuerdo” obtuvieron ningún puntaje. La mayoría de jueces se muestran de acuerdo, o totalmente de acuerdo, en incorporar las técnicas de distracción al protocolo de atención.

Las técnicas de distracción han sido ampliamente usadas en el abordaje odontológico de pacientes con trastorno del espectro autista, con varias investigaciones al respecto. La investigación de Ordoñez et al (2022) reporta que los usuarios de servicios odontológicos que presentan TEA suelen responder bien a las distracciones mientras se realizan los procedimientos: por ejemplo “mirar su programa favorito en un dispositivo, escuchar música, aferrarse a objetos especiales, o sostener objetos o juguetes que puedan manipular” (p. 176). Por otra parte, el estudio de caso de Haré (1997 en Fernández-Menéndez et al, 2022), revela que la combinación de las técnicas de relajación y distracción en momentos de enfado y frustración, fueron efectivas en el tratamiento de un joven diagnosticado con Asperger, quien presentaba una depresión severa y conductas autolesivas.

De acuerdo a los hallazgos mencionados en dichas investigaciones, las técnicas de distracción son un apoyo en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión en personas con TEA en situaciones específicas, por lo que podríamos considerarla una técnica aplicable en adultos con TEA expuestos a diversos contextos con estímulos ansiogénicos. Esto es cónsono con la decisión de la mayoría de los jueces expertos, de recomendar la inclusión de esta técnica en el protocolo de atención a fin de probar sus efectos en los adultos con TEA que presentan síntomas de ansiedad y depresión.

### **Tabla 23.**

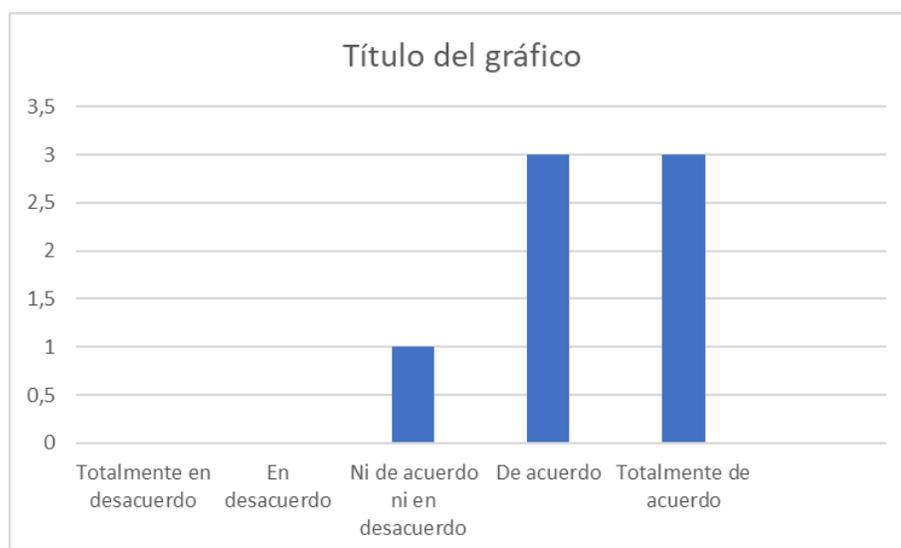
*Pertinencia del entrenamiento en habilidades sociales, en el protocolo de atención.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	14,3%
De acuerdo	3	42,85%
Totalmente de acuerdo	3	42,85%
	7	100%

Fuente: Castro (2024)

### Figura 19.

*Pertinencia del entrenamiento en habilidades sociales, en el protocolo de atención.*



Fuente: Castro (2024)

**Interpretación:** Se observa que tres de los jueces (42,85%) expresaron estar “totalmente de acuerdo” con la pertinencia de incluir el entrenamiento en habilidades sociales en el protocolo de atención para adultos con TEA y síntomas de ansiedad y depresión. Igualmente, la misma cantidad de jueces (tres, para un 42,85% de la muestra) señalaron estar “de acuerdo”. El juez restante (14,3%), manifestó estar “ni en acuerdo ni en desacuerdo”. Ninguna de las opciones “totalmente en desacuerdo” ni “en desacuerdo”

, obtuvieron ningún puntaje.

March-Miguez et al (2018), realizaron una revisión bibliográfica de los diversos programas de desarrollo de habilidades sociales desarrollados para niños y adolescentes con TEA, encontrando que la mayoría logra mejoría en las habilidades sociales, en la interacción social y la comunicación, así como reportan ya sea disminución de síntomas depresivos como mejoras en la regulación emocional, adaptación conductual en contextos tanto escolares como familiares, incremento del juego y la socialización.

Para los adultos con TEA, este entrenamiento continúa siendo una atención valiosa ya que, si bien las habilidades sociales que se requieren para los niños y adolescentes, y que son las de las que se tiene mayor evidencia empírica, están enfocadas en sus contextos y escenarios de interacción; en el caso de los adultos la continuidad académica y laboral también requiere de interacciones sociales frecuentes, con interlocutores que esperan un comportamiento maduro y acorde a los ambientes en los cuales se desenvuelven. Es de vital importancia para los adultos con TEA, contar con apoyo para prever los diversos retos a los cuales se enfrentarán, para mejorar sus habilidades de comunicación y mejorar su regulación emocional relacionada a sus intercambios sociales. El entrenamiento en habilidades sociales se perfila como una herramienta poderosa para alcanzar la autonomía personal, mejorar a su vez las habilidades funcionales de la vida diaria y fomentar la inclusión exitosa en la comunidad y en los entornos laborales y ocupacionales.

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

El objetivo de este trabajo especial de Grado es proponer un protocolo de atención para adultos con Trastorno del Espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión, cuyos contenidos han sido identificados a través de una consulta a expertos y cuyos criterios han sido establecidos antes del diseño.

Con base en la información obtenida en la aplicación del instrumento y en concordancia con el objetivo general: Proponer un protocolo de atención para adultos con Trastorno del Espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión, se plantean las siguientes conclusiones sobre los contenidos pertinentes para el protocolo de atención:

Tal como se planteó en el primer objetivo específico, Identificar el contenido necesario para la viabilidad de un protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro Autista con síntomas de ansiedad y depresión, debido a que la mayoría de los jueces expertos consultados expresaron su disconformidad con el uso de la escala de ansiedad de Hamilton tanto para ansiedad y depresión, a pesar de sus propiedades psicométricas y de su uso en investigaciones internacionales en población de adultos con TEA, no se incluyeron ninguna de las dos en el protocolo de atención. A pesar de ser usadas en investigaciones con población TEA, las escalas de Hamilton no han sido modificadas ni adaptadas para las características de dicha población.

Debido al solapamiento entre los síntomas propios del autismo y los síntomas depresivos y ansiosos, no se puede considerar que las escalas de Hamilton permiten diferenciar si los síntomas exhibidos por la persona con TEA son parte del espectro y por lo tanto siempre han acompañado la expresión emocional y conductual de dicha persona, o si se producen en el marco de un cuadro de ansiedad o depresión transitorios.

En concordancia con el segundo objetivo específico: Establecer los criterios del protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión, se consideran válidos tanto los puntajes directos (obtenidos de la administración directa al paciente) como los indirectos (obtenidos de la administración al familiar o cuidador) en escalas de medición o entrevistas, ya que la mayoría de los jueces expertos aceptaron que ambas alternativas aportan información relevante para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con TEA, tomándose como igualmente útiles y representativos de la situación actual de dicha persona. En este protocolo de atención, la información de fuentes directas e indirectas se consideran una medida fiable del estado emocional de la persona, en lo referente a las conductas y síntomas demostrativos de ansiedad y depresión.

Continuando con el segundo objetivo específico, en cuanto a la importancia y necesidad de una entrevista, que en este caso será la única fuente de información, al eliminarse las escalas de despistaje de ansiedad y depresión; todos los jueces consultados avalaron la propuesta de diseñar una entrevista, ya sea estructurada o semi estructurada, en dos versiones: dirigida tanto a la persona como a sus familiares o acompañantes (como ya se estableció de acuerdo a la pertinencia y utilidad de las puntuaciones directas e indirectas), a fin de evitar el ya mencionado solapamiento de síntomas con las manifestaciones propias del autismo, y poder determinar con total seguridad la existencia de síntomas de ansiedad y/o depresión. Los resultados de la entrevista determinarán si el adulto con TEA presenta síntomas de ansiedad y depresión y por tanto amerita recibir la atención incluida en el protocolo de atención.

En la misma línea del segundo objetivo específico, en lo referente a la consulta a los expertos sobre la necesidad de elaborar y validar un instrumento propio, dirigido a personas adultas con autismo y sus familiares o cuidadores, para realizar despistaje de ansiedad y depresión (lo cual disminuiría la limitación del solapamiento de los síntomas entre depresión, ansiedad y autismo), esta fue aprobada por la mayoría. De acuerdo a los resultados de las primeras seis preguntas del instrumento, el protocolo de atención debe considerar una entrevista, ya sea estructurada o semi estructurada, una escala o cuestionario específico sobre manifestación de síntomas depresivos y ansiosos en

personas con TEA, y tener dos versiones: una dirigida a la persona y otra a sus familiares o acompañantes.

Por último, para culminar con el segundo objetivo específico, se estableció como criterio que los contenidos psicoeducativos, así como los relacionados a las técnicas de abordaje, serán transmitidos tanto a través de la vía auditiva como visual, ya que los apoyos visuales facilitan la comprensión y garantizan una mayor comprensión de los contenidos para la población con TEA.

Dando respuesta al tercer objetivo específico, diseñar el protocolo de atención para adultos con trastorno del espectro autista con síntomas de ansiedad y depresión, se se incluyeron como contenido indispensable para proporcionar una explicación o dar sentido a los síntomas, en el módulo informativo sobre ansiedad y depresión del protocolo de atención, las siguientes técnicas: psicoeducación sobre la ansiedad y depresión: sus características y formas de expresión, la diferenciación con los síntomas de otros trastornos, la alta comorbilidad de la ansiedad y depresión en los adultos con TEA, así como que esperar y cómo reaccionar ante las manifestaciones de la ansiedad y depresión.

Igualmente en consonancia con el tercer objetivo específico, en cuanto a la relevancia de la terapia cognitivo conductual para la identificación de detonantes ansiógenos y depresivos, así como factores de riesgo, fue aprobada por la mayoría de los jueces, por lo que el protocolo de atención, incluye registros de situaciones pasadas y presentes, realizados tanto por el adulto con TEA como por su familiar, que permitan identificar los detonantes mencionados anteriormente y establecer la configuración de las situaciones y factores de riesgo que podrían ser intervenidos o modificados para disminuir la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad y depresión. Estos contenidos son parte del módulo de identificación de detonantes y factores de riesgo para ansiedad y depresión.

Continuando con el tercer objetivo específico, la identificación de problemas de salud física (relativos al sueño, alimentación, actividad física, entre otros), forman parte del protocolo de atención y están incluidos en el módulo de identificación de detonantes

y factores de riesgo para ansiedad y depresión. En cuanto al abordaje de los síntomas de ansiedad, las técnicas de respiración, relajación y entrenamiento en autoinstrucciones, están incluidas en el módulo de atención inicial para síntomas de ansiedad.

Para terminar, igualmente en respuesta al tercer objetivo específico, en cuanto al abordaje conjunto de los síntomas de ansiedad y depresión, la identificación de áreas de destrezas o interés (para promover la ocupación en actividades recreativas, culturales, formativas o laborales), el entrenamiento en solución de problemas, la programación de actividades diarias, las técnicas de distracción y el entrenamiento en habilidades sociales, forman parte del protocolo de atención y están incluidas en el módulo de abordaje inicial para síntomas de ansiedad y depresión.

### **Recomendaciones**

Esta investigación ha centrado su atención en las personas adultas con Trastorno del Espectro Autista y sus condiciones emocionales, específicamente la coexistencia o comorbilidad de síntomas de ansiedad y depresión. Tomando en cuenta que la mayoría de la investigación en el área de Trastornos del Espectro Autista está dirigida a niños, adolescentes, sus familias y sus entornos educativos, las investigaciones sobre el TEA en la adultez, es escasa y poco generalizable, ya sea por los tamaños de las muestras, o por sus características particulares. El interés de esta investigación, es aportar conocimiento sobre el tratamiento y/o intervención de la comorbilidad de la ansiedad y depresión en personas adultas con trastorno del espectro autista. que pueda ser aplicado en instituciones de Salud Pública, o en el ejercicio privado de la psicología clínica, respetando y acompañe efectivamente las particularidades en la comunicación, interacción social, procesamiento sensorial y de comprensión de contenidos psicoeducativos de esta población.

Este protocolo de atención diseñado y valorado servirá como referencia para el abordaje de los casos, pudiendo establecer el punto de partida para un proyecto de abordaje multidisciplinario. La finalidad es brindar un mejor servicio a la población consultante, sus familias y la comunidad en general, producir un impacto positivo en la comunidad circundante y ampliar la influencia a otras comunidades o centros de Salud.

Este protocolo es susceptible de mejoras e implementación de nuevas maneras de presentar los contenidos y ampliación de los mismos. A través de su aplicación, puede convertirse en una fuente de conocimiento empírico sobre los beneficios de la psicoeducación y abordaje cognitivo conductual en adultos con trastornos del espectro autista. Por lo tanto, se recomienda:

Elaborar y validar el instrumento de despistaje de ansiedad y depresión, dirigido a personas adultas con autismo y sus familiares o cuidadores.

Validar el protocolo a través de una investigación futura, en la que se pueda comprobar a través de metodología de pre test y post test, o alguna otra de similar rigurosidad científica, su eficacia y resultados.

Aplicar el protocolo de atención en población de adultos con diagnóstico de trastorno del espectro autista tanto en ámbito público como privado.

## **CAPÍTULO VI**

### **EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA ADULTOS CON TEA Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

#### **Introducción**

La investigación en el área de autismo ha sido numerosa a lo largo de las últimas décadas a nivel mundial. La revisión de los repositorios de universidades españolas y latinoamericanas, da cuenta de un esfuerzo sostenido para implementar mejoras tanto en las áreas de diagnóstico precoz, etiología, detección de poblaciones de riesgo, atención individual, familiar y educativa, inclusión escolar, etc. Sin embargo, en esta misma revisión se observa que la mayoría de investigaciones, adaptaciones al español de instrumentos en otros idiomas y diversos abordajes se han realizado para atender a la población infantil con trastorno del espectro autista.

Existe una cantidad significativamente menor de trabajos científicos, tesis de pregrado, maestría o doctorado dedicadas a investigar sobre las personas con TEA una vez alcanzan la adultez. Igualmente se observa que, aun cuando a partir de la mayoría de edad igualmente requieren apoyo y asistencia para la consolidación académica e inserción laboral, entre otros retos, también se reducen significativamente la cantidad de, y acceso a: espacios de atención y tratamiento, subsidios y apoyos económicos (dependiendo del país), por lo que generalmente deben asistir a servicios de salud general o primaria o servicios o unidades psiquiátricas de hospitales generales.

En nuestro país, cuyo ritmo de investigación en este campo difícilmente se asemeja al existente en otros países de habla hispana, también se observa que los espacios de atención pública y gratuita adaptados a los adultos con TEA son prácticamente inexistentes. Como un aporte a esta población desasistida, se pretende con este proyecto de investigación, producir un protocolo de atención aplicable en las personas con trastorno del Espectro Autista una vez que alcanzan la adultez, que permita

detectar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, proporcionar información sobre las comorbilidades psiquiátricas del TEA con los trastornos de ansiedad y depresión; y realizar un primer abordaje con herramientas adaptadas a las características de esta población.

La aplicación de este protocolo de atención tendrá carácter privado, pero por sus características, puede ser empleado en centros de salud públicos, que provean atención en salud mental para adultos con TEA.

Por lo tanto, este protocolo tiene carácter de aplicación nacional, pudiendo beneficiarse de él las comunidades en donde se ponga en práctica. En cualquier centro público donde se lleven a cabo programas de salud mental dirigidos a la población adulta. En su carácter privado, el contexto de aplicación es la práctica privada de la autora de este trabajo.

### **Objetivo General**

Orientar a los profesionales de Salud mental, sobre cómo identificar síntomas de ansiedad y depresión en adultos con TEA, así como especificar el abordaje psicoeducativo y terapéutico con técnicas cognitivo conductuales.

Este protocolo de atención para adultos con TEA, les permitirá a la población atendida, conocer la importancia del cuidado de la salud mental, con énfasis en proporcionar información sobre los síntomas y manifestaciones de los trastornos tanto de ansiedad como depresivos, así como ofrecer herramientas de abordaje básicas para la autorregulación, proporcionando la continuidad de un espacio de atención para aquellos que recibieron atenciones previas durante la niñez, e incorporando a los adultos con TEA que no habían recibido tal apoyo.

## **2. Objetivos específicos**

- Orientar el proceso de abordaje diagnóstico de los síntomas de ansiedad y depresión en adultos con TEA.
- Orientar el abordaje psicoeducativo sobre las características del TEA en adultos.
- Orientar el abordaje psicoeducativo sobre la comorbilidad entre ansiedad, depresión y trastornos del espectro autista.
- Orientar el abordaje psicoeducativo sobre la salud física, destrezas y habilidades, y su relación con la salud mental para los adultos con TEA.
- Orientar el abordaje terapéutico con técnicas cognitivo conductuales para adultos con TEA que presenten síntomas de ansiedad y depresión.

## **3. Indicaciones**

Está dirigido a profesionales de la salud mental, que reciban en sus espacios terapéuticos ya sea públicos o privados, a adultos con TEA que presenten síntomas de ansiedad y depresión.

## **4. Contraindicaciones**

Este protocolo de atención está diseñado para ser utilizado solo por los siguientes profesionales en Salud Mental: Psicólogos clínicos y/o psiquiatras.

## **5. Recurso humano**

Personal de salud mental: psicólogos clínicos y psiquiatras exclusivamente.

## **6. Materiales y equipos.**

Papelería suficiente para entrevistas semi estructuradas.

Trípticos y material visual psicoeducativo, con información sobre: el trastorno del espectro autista, los síntomas de ansiedad y depresión en comorbilidad con el TEA, instrucciones sobre las diversas técnicas cognitivo conductuales propuestas.

## 7. Módulo diagnóstico de ansiedad y depresión.

**Tabla 24.** *Guía para identificación de síntomas de ansiedad y depresión en adultos con TEA.*

Objetivo específico	Contenidos	Estrategia	Técnicas	Actividades	Recursos y medios
Orientar el proceso de abordaje diagnóstico de los síntomas de ansiedad en adultos con TEA.	Síntomas de ansiedad. Síntomas depresivos Ansiedad y depresión en el TEA.	Identificar síntomas de ansiedad y depresión en los adultos con TEA.	Entrevista semi estructurada	Administración de entrevista semi estructurada en dos versiones: dirigida al adulto con TEA y dirigida a su familiar o acompañante.	<u>Humanos:</u> especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra). <u>Materiales:</u> papelería, bolígrafo.

Fuente: Castro (2024)

## 8. Módulo de identificación de detonantes y factores de riesgo.

**Tabla 25.** *Guía para psicoeducación en ansiedad, depresión y TEA en adultos.*

Objetivo específico	Contenidos	Estrategia	Técnicas	Actividades	Recursos y medios
Orientar el abordaje psicoeducativo sobre las características del TEA en adultos.	Expresión, manifestaciones y características del TEA en adultos.	<u>Psicoeducación:</u> educación e información que se ofrece a personas que sufren de un trastorno psicológico (Tena-Hernández, 2020)	Sesiones psico educativas	Dinámica de preguntas y respuestas, mitos y realidades sobre el autismo, revisión de historia de vida.	<u>Humanos:</u> especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra). <u>Materiales:</u> trípticos, dípticos, infografía sobre el autismo en la adultez.
Objetivo específico	Contenidos	Estrategia	Técnicas	Actividades	Recursos y medios
Orientar el abordaje psicoeducativo sobre la ansiedad, depresión y comorbilidad con el TEA en la adultez.	Explicación de síntomas de ansiedad: fisiológicos, cognitivos y emocionales.  Diferenciación entre síntomas de ansiedad, depresión y manifestaciones propias del TEA.  Factores de riesgo asociados a la ansiedad y depresión.	<u>Psicoeducación:</u> educación e información que se ofrece a personas que sufren de un trastorno psicológico (Tena-Hernández, 2020)	Sesiones psico educativas.	Exploración de situaciones detonantes de ansiedad y depresión.  Entrenamiento en registros de situación-pensamiento-emoción-conducta.	<u>Humanos:</u> especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra).  <u>Materiales:</u> trípticos, dípticos, infografía sobre ansiedad, depresión y autismo en la adultez.

Fuente: Castro (2024)

**Tabla 26.** Guía para la psicoeducación en salud física, destrezas y habilidades.

Objetivo específico	Contenidos	Estrategia	Técnicas	Actividades	Recursos y medios
<p>Orientar el abordaje psicoeducativo sobre la salud física, destrezas y habilidades, y su relación con la salud mental para los adultos con TEA.</p>	<p>Calidad de vida y su importancia.</p> <p>Dimensión de bienestar físico y sus implicaciones en el TEA y en los síntomas de ansiedad y depresión.</p> <p>Importancia de la identificación de destrezas e intereses.</p>	<p><u>Psicoeducación:</u> educación e información que se ofrece a personas que sufren de un trastorno psicológico (Tena-Hernández, 2020)</p>	<p>Sesiones psicoeducativas.</p> <p>Programación de actividades diarias.</p>	<p>Exploración de habilidades personales académicas, ocupacionales, actividades de cuidado personal, estado de salud físico general, tiempo de ocio y descanso, rutinas diarias.</p> <p>Explicación y formato de la técnica de programación de actividades diarias.</p>	<p><u>Humanos:</u> especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra).</p> <p><u>Materiales:</u> trípticos, dípticos, infografía sobre la calidad de vida, la transición a la vida adulta, importancia del ejercicio y buena salud general, ocio y descanso y su efecto sobre la salud mental.</p>

Fuente: Castro (2024).

## 9. Módulo de abordaje inicial.

**Tabla 27.** *Guía para abordaje terapéutico con técnicas cognitivo conductuales.*

Objetivo específico	Contenidos	Estrategia	Técnicas	Actividades	Recursos y medios
Orientar el abordaje terapéutico con técnicas cognitivo conductuales para adultos con TEA que presenten síntomas de ansiedad y depresión.	Terapia cognitivo conductual.	Sesiones terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Técnica de relajación.</li> <li>-Técnica de respiración.</li> <li>-Entrenamiento en auto instrucciones.</li> <li>-Entrenamiento en solución de problemas.</li> <li>-Técnicas de distracción o refocalización atencional.</li> <li>-Entrenamiento en habilidades sociales.</li> </ul>	<p>Explicación del sentido de cada técnica, procedimientos, ventajas y beneficios.</p> <p>Ejercicios prácticos en sesión.</p>	<p><u>Humanos:</u> especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra).</p> <p><u>Materiales:</u> trípticos, dípticos, infografía sobre cada una de las técnicas.</p>

Fuente: Castro (2024)

**10. Módulo de toma de decisiones en el abordaje de la ansiedad y depresión.**

**Tabla 28.** *Guía de decisión de las técnicas a utilizar.*

<b>SÍNTOMAS DEPRESIVOS</b>	<b>Psico educación</b>	<b>Relajación</b>	<b>Respiración</b>	<b>Auto instrucciones</b>	<b>Solución de problemas</b>	<b>Distracción</b>	<b>Programación de actividades</b>	<b>Habilidades sociales</b>
Humor deprimido	X						X	X
Disminución del placer o el interés	X			X			X	X
Cambios en el apetito	X						X	
Insomnio	X	X		X		X	X	
Agitación	X	X	X	X		X		X
Pérdida de energía	X						X	
Sentimientos de inutilidad	X			X	X	X	X	X
Disminución de la concentración	X		X					
Pensamientos de muerte/ideación suicida	X			X	X	X	X	X

<b>SÍNTOMAS ANSIOSOS</b>	<b>Psico educación</b>	<b>Relajación</b>	<b>Respiración</b>	<b>Auto instrucciones</b>	<b>Solución de problemas</b>	<b>Distracción</b>	<b>Programación de actividades</b>	<b>Habilidades sociales</b>
Inhibición social	X	X	X	X	X		X	X
Síntomas físicos	X	X	X	X		X		
Insomnio	X	X		X		X	X	
Agitación	X	X	X	X		X		X
Preocupaciones por situaciones nuevas o cambios	X	X	X	X	X	X	X	X
Aumento de comportamientos repetitivos / ritualísticos	X	X	X		X	X		
Aumento de comportamientos autolesivos	X	X	X		X	X		
Aumento de comportamientos sociales inadecuados	X		X		X			X

Fuente: Castro (2024).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Arteaga, G., & Quebradas, D. A. (2010). Funciones ejecutivas y marcadores somáticos: apuestas, razón y emociones. *El hombre y la Máquina*, (34), 115-129.
- Andrés, M., Castañeiras, C., Stelzer, F., Canet-Juric, L., e Introzzi, I. (2016). Funciones ejecutivas y habilidad de reevaluación cognitiva: evidencia de su relación en niños. *Psicología desde el Caribe*, 33(2), NA-NA.
- Andrés-Gárriz, C., Mumbardó-Adam, C., y Vicente, E. (2023). Una revisión sistemática sobre autodeterminación en jóvenes y adultos con trastorno del espectro autista: incidiendo en una cuestión pendiente. *Anu. psicol.*, (ART-2023-133911).
- Arias, F. (2012). "El Proyecto de Investigación, introducción a la metodología científica". Editorial Episteme, c.a. 6ta edición. Caracas, Venezuela.
- Arnold, S., Foley, K. R., Hwang, Y. I. J., Richdale, A. L., Uljarevic, M., Lawson, L. P., y Urbanowicz, A. (2019). Cohort profile: the Australian Longitudinal Study of Adults with Autism (ALSAA). *BMJ open*, 9(12).
- Ávila-Espada, A. y Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 186-196.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2014). Resolución de problemas. Facultad de psicología. Universidad de Barcelona. España
- Baron-Cohen, S. (1999) Evolution of a theory of Mind? En Corballis, M, & Lea, S (eds) *The descent of mind: psychological perspectives on hominid evolution*. Oxford University Press.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Pedagogía*, 8, 23-50. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3040305.pdf>

- Beck, A. y Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A. y Rush, A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983).
- Beneytez, C. (2019) Síntomas de ansiedad en los Trastornos del Espectro del Autismo desde un enfoque transdiagnóstico (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. España.
- Bernstein, D. y Borkovec, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Binnie, J. y Blainey, S. (2013). The use of cognitive behavioural therapy for adults with Autism Spectrum Disorders: a review of the evidence. *Mental Health Review Journal*, 18(2), 93-104. <https://doi.org/10.1108/Mhrj-05-2013-0017>
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C., & Benatuil, D. (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de investigación*, 1(1), 1-6.
- Cabero, J.y Llorente, M. (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). *Revista Eduweb*, 7(2), 11-22.
- Caja costarricense del seguro social (2007). *Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos*. San José, Costa Rica. <https://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf>
- Canet Juric, L., Introzzi, I. M., Andrés, M. L., y Stelzer, F. (2016). La contribución de las funciones ejecutivas a la autorregulación. *Cuadernos de Neuropsicología. Panamerican Journal of Neuropsychology*. Volumen 10. Número 2. Mayo-agosto 2016.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. En E. G. Fernández-Abascal & M. P. Jiménez Sánchez (Eds.), *Control del Estrés* (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.
- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., y McHugh, M. (2016). Ideación suicida e intentos o planes de suicidio en adultos con Síndrome de Asperger,

asistiendo a una clínica especializada en el diagnóstico: estudio de una cohorte clínica. *RET: revista de toxicomanías*, (77), 16-24.

Cassidy, S., Bradley, L., Cogger-Ward, H., Graham, J., y Rodgers, J. (2021). Development and Validation of the Autistic Depression Assessment Tool–Adult (ADAT-A) in Autistic Adults. <https://www.researchsquare.com/article/rs-358997/v1>

Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V. y Delgado, A. Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Suma Psicológica*, Vol. 12 N° 2. Septiembre de 2005, 157-173, ISSN 0121-4381

Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019, <https://icd.who.int/browse11>. Licencia de Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO).

Collette, F., Hogge, M., Salmon, E. y Van der Linden, M. (2006). Exploration fo the neural substrates of executive funtioning by functional neuroimaging. *Neuroscience*, 139, 209-221. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2005.05.035

Córdova Arévalo, S. V. (2006). *Aplicación del sistema de comunicación por intercambio de figuras (PECS) a los niños de la Fundación Pro-Autismo del Azuay* (Tesis de Maestría). Universidad del Azuay, Cuenca. Ecuador.

Cornelio-Nieto, J. O. (2009). Autismo infantil y neuronas en espejo. *Revista de neurología*, 48(2), 27-29.

Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *REVISTA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Segunda Etapa / Vol 19/ N° 33*. Valencia, Venezuela. Enero - junio.

Correa, O. (2020). *Comorbilidad psiquiátrica en adultos con Trastorno del Espectro Autista* (TEA) (tesis de maestría). Universitat Abat Oliba CEU. Cataluña, España.  
[https://www.researchgate.net/publication/349379004\\_Comorbilidad\\_psiquiatrica\\_en\\_adultos\\_con\\_Trastorno\\_del\\_Espectro\\_Autista\\_TEA\\_TRABAJO\\_FIN\\_DE\\_MASTER](https://www.researchgate.net/publication/349379004_Comorbilidad_psiquiatrica_en_adultos_con_Trastorno_del_Espectro_Autista_TEA_TRABAJO_FIN_DE_MASTER)

- Cruz-Milla, I. (2017). Intervención para aumentar el afecto positivo en niños con trastorno del espectro autista (tesis de licenciatura). Universidad de Jaén.
- Cuesta, J., Sánchez, S., Orozco, M., Valenti, A., y Cottini, L. (2017). Trastorno del espectro del autismo: atención educativa y formación a lo largo de la vida. *Psychology, society, & education*, 8(2), 157-172.
- Cuesta, J., Vidriales, R., Hernández, C., Plaza, M., y González, J. (2017). Bienestar físico, dimensión clave de la calidad de vida en las personas con autismo. *INFAD Revista de Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2017, N. 1, v. 4, p. 33-44.
- Damasio, A. R. (1994). The Return of Phineas Gage: Clues About the Brain from The Skull of a Famous Patient. *Science, New Series, Vol. 264*, pp. 1102-1105.
- Damasio, A.R. (2006). "Generación de imágenes y creación de la subjetividad". En Llinás, R. & Churland
- Davis, T., Moree, B., Dempsey, T., Reuther, E., Fodstad, J., Hess, J. (2011) The relationship between autism spectrum disorders and anxiety: the moderating effect of communication. *Res Autism Spectr Disord*. 5:324–9. doi: 10.1016/j.rasd.2010.04.015
- Dos Santos, R., Becker, M., Ranzan, J., Bragatti, M. y Ohlweiler, L. (2013). Evolución de los niños con retraso del desarrollo y conductas del espectro autista. *Medicina (Buenos Aires)*, 73, 16-19.
- Dowens, M., & Calvo, M. (2003). Genuine memory bias versus response bias in anxiety. *Cognition and Emotion*, 17(6), 843-857.
- Duncan, A., Meinzen-Derr, J., Ruble, L. A., Fassler, C., y Stark, L. J. (2022). A Pilot Randomized Controlled Trial of a Daily Living Skills Intervention for Adolescents with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(2), 938–949. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04993-y>
- Durand, M. y Barlow, D. (2007). *Psicopatología: un enfoque integral de la psicología anormal*. 4ta ed. Thomson Learning.
- Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.

- Falconi, C., García, J. M., y Flores, F. (2018, Abril). Abordaje de las comorbilidades en el trastorno del espectro autista (TEA). In Proceedings of the INTERPSIQUIS: XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Virtual (pp. 9-20). [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-10-pon7\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-10-pon7[1].pdf)
- Fernández-Menéndez, E., Piqueras, J., y Soto-Sanz, V. (2022). Atenciones cognitivo-conductuales para reducir conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(3), 1-8.
- Flores Díaz, R. (2007). Las emociones en el niño autista a través del cómic: estudio de caso (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, España.
- Foley-Nicpon, M., & Assouline, S. G. (2010). Atendiendo a Las Necesidades De Estudiantes Talentosos Con Trastornos Del Espectro De Autismo: Aproximaciones Diagnósticas, Terapéuticas Y Psicoeducativas. *Psicoperspectivas*, 9(2), 202–223. <https://doi.org/10.2225/PSICOPERSPECTIVAS-VOL9-ISSUE2-FULLTEXT-9>
- Friedman, N, Warfield, M., y Parish, S. (2013). Transition to adulthood for individuals with autism spectrum disorder: current issues and future perspectives. *Neuropsychiatry*, 3(2), 181-192. <http://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/npv.13.13>
- Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell.
- Fuentes-Biggia, J., Ferrari-Arroyo, M., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., Muñoz-Yunta, J., Hervás-Zuñiga, A. y Tamarit, J (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *REV NEUROL*, 43(7), 425-438.
- Gadow K. y Sprafkin J. (2008) Child and Adolescent Symptom Inventory 4: Screening and norms manual. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gallese V, Eagle M, Migone P. Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2006; 55 (1): 131-176
- García, E. (2008). Neuropsicología y educación: de las neuronas espejo a la teoría de la mente. *Revista de psicología y educación*. Vol. 1, Núm. 3, pág. 69-89.

- García- Grau, e., Fusté, A., Ruíz, J., Arcos, M., Balaguer, G., Guzmán, D. y Badós. A. (2019). Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales. Facultad de psicología. Universidad de Barcelona. España
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.
- Gavino, A. (1997). Técnicas de Terapia de Conducta. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., y Greden, J. (2002). Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 299-306. doi: 10.1023/A:1016330802348
- Gómez, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento psicológico*, 8(15), 113-124.
- Grañana, N. (2022). Espectro autista: una propuesta de atención a la medida, basada en la evidencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 414-423.
- Groden, J., Cautela, J., Prince, S., y Berryman, J. (1994). The impact of stress and anxiety on individuals with autism and developmental disabilities. In *Behavioral issues in autism* (pp. 177-194). Boston, MA: Springer US.
- Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967(6): p. 278-296.
- Hare, D. J. (1997). The Use of Cognitive-Behavioural Therapy with People with Asperger Syndrome: A Case Study. *Autism*, 1(2), 215-225. <https://doi.org/10.1177/1362361397012007>.
- Hedley D, Young R. (2006) Social comparison processes and depressive symptoms in children and adolescents with Asperger syndrome. *Autism*; 10: 139-53.
- Meyer JA, Mundy PC, Van Hecken AV, Durocher JS. (2006) Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome. *Autism*; 10: 383-402.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación (6a ed.). México, D.F: McGraw-Hill.
- Hervás, A. (2016). Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 62(Supl 1), S9-14.

- Hervás, A., y Romarís, P. (2019). Adaptación funcional y trastornos del espectro autista. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1), 10-15. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v73s1/v73s1a04.pdf>
- Hervás, A. (2023). Autismo y depresión: presentación clínica, evaluación y tratamiento. *Medicina (Buenos Aires)*, 83, 37-42.
- Hutton J, Goode S, Murphy M, Le Couteur A, Rutter M. New-onset psychiatric disorders in individual with autism. *Autism* 2008; 12:373-90.
- Iacoboni M. Face to face: The neural basis of social mirroring and empathy. *Psychiatric Annals* 2007; 37 (4): 236-241
- Ibarra, M., Hernández, I. y Torrealba, A. (1997) Conceptualización y Política para la Atención Integral de Personas con Autismo, República de Venezuela, Ministerio de Educación, Dirección de Educación Especial.
- Ibarra, M. (2000). Características clínicas y neuropsicológicas de las personas con autismo. *Avances en las puertas del III milenio*. Simposium de Neurología Infantil llevado a cabo en las XI Jornadas del Hospital Vargas de Caracas, XXX Aniversario del servicio de pediatría.
- Jodra Chuan, M. (2015). Cognición temporal en personas adultas con autismo: un análisis experimental. (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid. España.
- Jodra Chuan, M., y García-Villamizar, D. (2019). Impacto de la activación emocional en el reconocimiento de emociones en personas adultas con Trastornos del Espectro del Autismo y Discapacidad Intelectual. *Acción psicológica*, 16(2), 103-118.
- Joshi, G., Wozniak, J., Petty, C. *et al.* (2013). Psychiatric Comorbidity and Functioning in a Clinically Referred Population of Adults with Autism Spectrum Disorders: A Comparative Study. *J Autism Dev Disord* 43, 1314–1325
- Kerns, C. M., Kendall, P. C., Berry, L., Souders, M., Franklin, M., Schultz, R. T., ... Herrington, J. (2014). Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(11), 2851-2861. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2141-7>
- Lamborena C, Fernandez, B., Martínez, J., Pérez, V., Blanco, R., Calderón, M. J., y Zúñiga, A. H. (2024). Uniendo las piezas del puzzle: Paciente con Trastorno del Espectro del Autismo con sintomatología afectiva mayor y tics. *Revista de*

Psiquiatría Infanto-Juvenil, 41(1), 17-26.

Ley de Atención integral a las personas con trastorno del Espectro Autista, (2023). Gaceta Oficial 6744, 23 de abril de 2023 (Venezuela).

Loor, M., y Pincay, G. (2017). Los apoyos visuales como estrategia de atención en el proceso lectoescritor en educandos con autismo: un estudio de caso. En Vicerrectorado Académico I Congreso Internacional de Educación Inclusiva Superior, p 23.

López, M. B. (2020). Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista en adultos: una versión en español del AQ-10. Revista Neuropsicología Latinoamericana ISSN 2075-9479 Vol. 12 No. 2. 2020, 1-8.

Lugo, J. (2019). *Características psicopatológicas en adultos con Trastorno del Espectro Autista* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca. España. [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/140451/DPETP\\_LugoMar%C3%ADnJ\\_CaractPsicopatol%C3%B3gicasAdultosconTEA.pdf?sequence=7](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/140451/DPETP_LugoMar%C3%ADnJ_CaractPsicopatol%C3%B3gicasAdultosconTEA.pdf?sequence=7)

Lugo-Marín, J., Magán-Maganto, M., Rivero-Santana, A., Cuellar-Pompa, L., Alviani, M., Jenaro-Rio, C., Díez-Villoria, E., y Canal-Bedia, R. (2019). Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 35-99.

Luzuriaga Mera, J. C. (2013). Diseño de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual (Tesis de maestría), Universidad del Azuay.

Maia, K. y Assumpção Junior, F. B. (2021). Escala de seguimiento para trastornos del espectro autista: un estudio de validez para adolescentes y adultos. *Boletín-Academia Paulista de Psicología*, 41(101), 166-174.

March-Miguez, I., Montagut-Asunción, M., Pastor-Cerezuela, G., y Fernández-Andrés, M. I. (2018). atención en habilidades sociales de los niños con trastorno de espectro autista: una revisión bibliográfica. *Papeles del psicólogo*, 39(2), 140-149.

Martell, C., Dimdjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). Activación conductual para la depresión: Una guía clínica. Editorial Desclee de Brouwer, S.A. Bilbao, España.

Martos-Pérez, J., y Llorente-Comí, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de neurología*, 57(1), S185-S191.

- Matos, M., y Mustaca, A. E. (2001). Eficacia de la relajación sistemática en el tratamiento conductual de un niño autista. *Análisis y modificación de conducta*, 27(114), 633-647.
- Matson, J., y Cervantes, P. (2014). Commonly studied comorbid psychopathologies among persons with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(5), 952–962. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.012>
- Matson, J. y González, M. (2007). *Autism spectrum disorder—Comorbid for children*. Baton Rouge (ASD-CC), LA: Disability Consultants, LLC.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. NY: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1987): *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca
- Melville, C. A., Cooper, S., Morrison, J., Smiley, E., Allan, L., Jackson, A., . . . Mantry, D. (2008). The prevalence and incidence of mental ill-health in adults with autism and intellectual disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1676- 1688. doi: 10.1007/s10803-008-0549-7.
- Meyer JA, Mundy PC, Van Hecken AV, Durocher JS. (2006) Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome. *Autism*; 10: 383-402.
- Miller, A y Olson, S. (2000). Emotional expresiveness during peer conflicts: a predictor of social maladjustment among high risk preeschoolers. *Journal of abnormal clinical child psychology*, 28, 4, 339-352
- Musich, F., y Aragón-Daud, A. (2022). Adaptaciones de las terapias psicológicas para adultos con Trastornos del Espectro Autista sin Discapacidad Intelectual. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(157, jul.-sept.), 44-50. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/266>
- Nieto del Rincón, P. L. (2014). *Alteraciones de la percepción socioemocional en adultos con autismo: correlatos psicopatológicos (Tesis de pregrado)* Universidad CEU-San Pablo. Madrid. España.
- Nieves-Fiel, M. I. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 2(2), 163-

168.

Ordóñez, A., Samaniego, J., Gordillo, D., Yaguana, J., y Gordillo, L. (2022). Manejo odontológico en pacientes con trastorno del espectro autista. *RECIMUNDO*, 6(4), 170-180.

Organización Mundial de la Salud (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud (31 de marzo 2023). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

Organización Mundial de la Salud (27 de septiembre de 2023). Trastornos de ansiedad. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Panamericana de la Salud (2023). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,durante%20al%20menos%20dos%20semanas>.

Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 3, 19-30.

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454.

Paula-Pérez, P., y Martos-Pérez, J. M. P. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología*, 2009, vol. 48, num. Supl. 2, p. 31-34.

Perihan, C., Burke, M., Bowman-Perrott, L., Bicer, A., Gallup, J., Thompson, J. y Sallèse, M. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy for reducing anxiety in children with high functioning Asd: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03949-7>

- Pineda, D. (2018). Procesos transdiagnósticos asociados a los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos (Doctoral dissertation, UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia).
- Piven J, Chase GA, Landa R, Wzorek M, Gayle J, Cloud D, et al. (1991). Psychiatric disorders in the parents of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 30: 471-8.
- Pozo Cabanillas, M. (2010). Tesis doctoral: Adaptación psicológica en madres y padres de personas con trastornos del espectro autista: un estudio multidimensional. Universidad nacional de educación a distancia, Madrid.
- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC ) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 251-257. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos* [en línea]. 12(2), 248-252[fecha de Consulta 13 de junio de 2024]. ISSN: 1317-0570. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99315569010>
- Ramachandran, V.S. y Oberman, L.M. (2006). Broken mirrors: a theory of autism. *Scientific American*, 295, 39-45.
- Reyna, C. (2011). Desarrollo emocional y trastornos del espectro autista. *Revista IIPSI*. Facultad de psicología, universidad nacional de Córdoba, Argentina
- Riviere, A (1997). Desarrollo normal y autismo. Curso de Desarrollo Normal y Autismo, celebrado los días 24, 25, 26 y 27 de septiembre de 1997 en el Casino Taoro, Puerto de la Cruz, Santa Cruz de Tenerife (España).
- Rivière, A., & Núñez, M. (2001). *La mirada mental*. 3.<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Aique.
- Rizzolatti, G. (2006). *Las neuronas en espejo: los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Paidós.
- Rodgers, J., Wigham, S., McConachie, H., Freston, M., Honey, E., & Parr, J. R. (2016). Development of the anxiety scale for children with autism spectrum disorder (ASC-ASD). *Autism Research*, 9(11), 1205-1215.

- Rosas-Carrasco, O., González-Flores, E., Brito-Carrera, A., Vázquez-Valdez, O., Peschard-Sáenz, E., Gutiérrez-Robledo, L. y García-Mayo, E. J. (2011). Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 153-162.
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Sáez, G. (2020). *Sintomatología internalizada en adultos con Trastorno del Espectro Autista: un enfoque transdiagnóstico* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. España. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/64684/1/T42197.pdf>
- Sánchez Cueva, M. S. (2023). *Programa de Intervención Cognitivo Conductual para la Ansiedad en las personas con Trastornos del Espectro del Autismo*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. España. <https://roderic.uv.es/items/75550c69-5410-4b72-b026-009e672bb64b>
- Sánchez-Cueva, M., Alcantud Marín, F., y Alonso-Esteban, Y. (2022). Ansiedad y trastornos del espectro del autismo: notas para la intervención psicoeducativa. *Siglo Cero*, 53(4), 9–30. <https://doi.org/10.14201/scero2022534930>
- Sánchez, Y; González, F; Molina, O y Guil, M (2011). *Guía para la elaboración de protocolos*. Andalucía: Biblioteca Las Casas. Sánchez Ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga; Guil García, Mar Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 9(2), 133-170.
- Sassenfeld, A. (2008). Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias psicoterapéuticas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4(2), 193-198.
- Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Psicología Alianza.
- Schmeichel, B. J. y Tang, D. (2013). The relations-hip between individual differences in executive functioning and emotion regulation: A compre-hensive review. En J.

Forgas y E. Harmon-Jones (Eds.), *The control within: Motivation and its regulation* (pp. 133-52), Nueva York: Psychology Press.

Segrin, G. (2009). Social Skill Training. En W.T. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.). *General Principles and Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy*. NJ. John Wiley & Sons, Inc.

Simonoff, E., Kent, R., Stringer, D., Lord, C., Briskman, J., Lukito, S., Pickles, A., Charman, T., & Baird, G. (2019). Trajectories in Symptoms of Autism and Cognitive Ability in Autism From Childhood to Adult Life: Findings From a Longitudinal Epidemiological Cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(12), 1342-1352.

Sofronoff, L. (2007). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *J Autism Develop Disord*, 37, 1203-1214.

Speads, C.H. (1988). *ABC de la respiración*. Madrid: EDAF.

Sultanoff, B., & Zalaquett, C. (2000). Relaxation therapies. *Clinician's complete reference to complementary & alternative medicine*, 114, 129.

Sweeney, S. (1978). Relaxation. In: Carlson C, Blackwell B (eds) *Behavioural concepts and nursing interventions*. 2nd edn. J B Lippincott, Philadelphia.

Téllez, A. (2018). *Hologramas interactivos para la bio-retroalimentación de la respiración de niños con autismo*. Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada, Baja California Maestría en Ciencias de la Computación.

Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científico sanitaria*, 4(3), 36-45.

Tirapu, J., Pérez, G., Erekatxo, M., y Pelegrín, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44 (8), 479–489. doi:10.13140/2.1.3926.8801.

Van Steensel, F., Bögels, S. y Perrin, S. (2011). Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302-317.

- Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., y Schalock, R. (2009). Escala GENCAT: Manual de aplicación de la Escala GEN-CAT de calidad de vida. Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya, 1-80.
- Villafranca, D. (2002). Metodología de la Investigación. Editorial Fundaca. San Antonio de los Altos, Estado Miranda:
- Vohra, R., Madhavan, S., & Sambamoorthi, U. (2017). Comorbidity prevalence, healthcare utilization, and expenditures of Medicaid enrolled adults with autism spectrum disorders. *Autism*, 21(8), 995–1009. <https://doi.org/10.1177/1362361316665222>
- White, S. y Roberson-Nay, R. (2009). Anxiety, social deficits, and loneliness in youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 1006-1013.
- Wise, J., Cepeda, S., Ordaz, D., McBride, N., Cavitt, M., Howie, F., y Storch, E. (2019). Open trial of modular cognitive-behavioral therapy in the treatment of anxiety among late adolescents with autism spectrum disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 50, 27-34.
- Wood, J. y Gadow, K. (2010). Exploring the Nature and Function of Anxiety in Youth with Autism Spectrum Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 281-292.
- Yon-Hernández, J. A. Y. (2022). Funcionamiento ejecutivo en habilidades para la vida diaria de adultos con Trastorno del Espectro Autista ( Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca).
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

## **ANEXOS Y APÉNDICES**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS CONTENIDOS NECESARIOS PARA LA VIABILIDAD DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA ADULTOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA QUE PRESENTAN COMORBILIDAD CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.**

**PARA ADULTOS CON TEA Y SIN DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Marque con una x en la casilla correspondiente de acuerdo a su opinión.

- A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. D) de acuerdo.  
E) totalmente de acuerdo

	A	B	C	D	E
1. La escala de ansiedad de Hamilton es útil para el despistaje de ansiedad en adultos con TEA sin Discapacidad Intelectual					
2. ¿Consideraría como puntaje positivo para el despistaje de ansiedad, tanto el obtenido en la administración directa al adulto con TEA, como el obtenido en la administración a través de un acompañante o familiar?					
3. La escala de depresión de Hamilton es útil para el despistaje de depresión en adultos con TEA sin Discapacidad Intelectual					
4. ¿Consideraría un puntaje positivo para el despistaje de depresión, tanto el obtenido por la administración directa al adulto con TEA, como el obtenido en la administración a través de un acompañante o familiar?					
5. Posterior a la administración de los instrumentos diagnósticos, es recomendable la comprobación de la información obtenida a través de una entrevista complementaria al adulto con TEA y/o a su acompañante.					
6. ¿Considera pertinente elaborar y validar un instrumento dirigido a personas adultas con autismo y sus familiares o cuidadores, para realizar despistaje de ansiedad y depresión?					

- A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. D) de acuerdo.  
E) totalmente de acuerdo

	A	B	C	D	E
7. La psicoeducación (entendida como la transmisión de información respecto a la explicación de la ansiedad y/o depresión como trastornos, sus síntomas fisiológicos, conductuales y psicológicos) dirigida a los adultos con TEA sin Discapacidad Intelectual y sus acompañantes, debe formar parte de un protocolo de atención para esta población.					
8. ¿Considera necesario que la psicoeducación combine apoyos visuales (Trípticos, posters) e información transmitida verbalmente?					
9. ¿Considera necesario incluir una sección de abordaje cognitivo conductual en el protocolo de atención, dirigida a identificar desencadenantes y detonantes ansiógenos, así como prevenir síntomas, para los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de ansiedad?					
10. ¿Considera necesario incluir una sección de abordaje cognitivo conductual en el protocolo de atención, dirigida a identificar desencadenantes, factores de riesgo y prevenir síntomas depresivos, para los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión?					
11. Las "TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN", benefician a los adultos con TEA sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de ansiedad, y deben incluirse en el protocolo de atención.					
12. El "ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN", beneficia a los adultos con TEA sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de ansiedad y debe incluirse en el protocolo de atención.					
13. El ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES, beneficia a los adultos con TEA sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de ansiedad, y debe incluirse en el protocolo de atención					

- A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. D) de acuerdo.  
E) totalmente de acuerdo

	A	B	C	D	E
14. La Identificación de problemas de salud física (relativos al sueño, alimentación, actividad física, entre otros) beneficia a los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, y debe incluirse en el protocolo de atención.					
15. La Identificación de áreas de destrezas o interés (para promover la ocupación en actividades recreativas, culturales, formativas o laborales) beneficia a los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, y debe incluirse en el protocolo de atención.					
16. El "Entrenamiento en solución de problemas", beneficia a los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, y debe incluirse en el protocolo de atención.					
17. La "PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS", beneficia a los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, y debe incluirse en el protocolo de atención.					
18. Las "Técnicas de distracción", benefician a los adultos con TEA, sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, y debe incluirse en el protocolo de atención.					
19. El "ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES", beneficia a los adultos con TEA sin discapacidad intelectual, que presentan síntomas de depresión y ansiedad, y debe incluirse en el protocolo de atención.					

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO PARA DETERMINAR LA VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL CUESTIONARIO

#### INSTRUCCIONES:

**1. Señale la Pertinencia de los ítems del instrumento con los objetivos y variables**

Marque para cada ítem si le parece:

(S): Suficiente

(MS): Medianamente suficiente

(I): Insuficiente

En caso de marcar MS o I pase a la parte de observaciones y exponga su apreciación.

**2. Señale la Coherencia de los ítems del instrumento con los indicadores.**

Marque para cada ítem si le parece:

(S): Suficiente

(MS): Medianamente suficiente

(I): Insuficiente

En caso de marcar MS o I pase a la parte de observaciones y exponga su apreciación.

**3. Redacción y lenguaje. Coloque para cada ítem si le parece:**

(C): Claro

(MC): Medianamente claro

(Co): Confuso

En caso de marcar MC o Co pase a la parte de observaciones y exponga su apreciación.

**4. Aspectos Generales. Marque SÍ o NO en cada uno de los cinco aspectos que se detallan. En caso de marcar NO, pase a la parte de observaciones y exponga su apreciación.**

ASPECTOS GENERALES			
	SI	NO	OBSERVACIONES
a- Contiene instrucciones	x		
b- Adecuada cantidad de ítems	x		
c- Permite el logro de los objetivos	x		
d- Presenta forma lógica y secuencial	x		
e-Suficiente para recolectar información	x		

GUÍA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nº de Ítem	Pertinencia			Coherencia			Redacción y Lenguaje			Observaciones
	S	M S	I	S	M S	I	C	M C	Co	
1	x			x			x			Para que la escala sea de utilidad creo que debe aplicarse al adulto con la condición y a un familiar
2	x			x			x			
3	x			x			x			Para que la escala sea de utilidad creo que debe aplicarse al adulto con la condición y a un familiar
4	x			x			x			
5	x			x			x			
6	x			x			x			
7	x			x			x			
8	x			x			x			
9	x			x			x			
10	x			x			x			

11	x			x			x		
12	x			x			x		
13	x			x			x		
14	x								
15	x			x			x		
16	x			x			x		
17	x			x			x		
18	x			x			x		
19	x			x			x		Dependiendo de los desencadenantes de la depresión

**Datos de identificación del experto evaluador:**

**Nombre y Apellido: Wendy Estrella**

**C.I. N°: 12961820**

**Profesión: Psicóloga / Especialista en psicodiagnóstico y tratamiento de la atención temprana.**

**Firma:**

Wendy Estrella Yammaralla  
PSICÓLOGA C.P. 15071

**Datos de identificación del experto evaluador:**

**Nombre y Apellido: Claudia Cerda**

**C.I. N°: 25.257.958**

**Profesión: Especialista en Atención Psicoeducativa del autismo /  
Lic. en Psicología**

**Firma:**

Handwritten signature of Claudia Cerda in black ink.

**Datos de identificación del experto evaluador:**

**Nombre y Apellido: Alberto D'Lima, Elke Carolina**

**C.I. N°: 10.181.638**

**Profesión: Dra. en Ciencias de la Educación / Lic. En Educación  
Especial**

**Firma:**

Handwritten signature of Alberto D'Lima, Elke Carolina in black ink.

## **ANEXO 3**

Distribución de las respuestas al instrumento y resultados del Alfa de Cronbach.

### ANEXO 3

Distribución de las respuestas al instrumento y resultados del Alfa de Cronbach.

Jueces	Reactivos																			suma	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
<b>a</b>	2	2	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	83
<b>b</b>	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	88
<b>c</b>	3	3	3	3	5	5	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	73
<b>d</b>	2	4	2	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	77
<b>e</b>	2	3	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	84
<b>f</b>	4	4	4	4	5	3	5	4	3	3	4	3	3	4	5	3	4	3	3	3	71
<b>g</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	95
var	1,265	0,816	1,265	0,816	0,122	0,531	0,0	0,204	0,776	0,776	0,245	0,531	0,490	0,204	0,122	0,531	0,245	0,490	0,490		
	SUMATORIA DE VARIANZAS = 9,918																				
	VARIANZA DE LA SUMA DE LOS ITEMS = 62,245																				