



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

**IMPACTO DEL PROYECTO ECHO® AUTISMO SOBRE LA
AUTOEFICACIA PERCIBIDA DE LOS PROFESIONALES DE LA
SALUD.**

TESISTA

PERALTA MA. VICTORIA

TUTOR

LIC. MITRE RAMIRO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ROSARIO, 2022

Resumen

La presente investigación, realizada como trabajo de finalización de carrera, ha tenido como objetivo estudiar el impacto el Proyecto ECHO® sobre la autoeficacia percibida de los profesionales de la salud que trabajan con personas con autismo. Para concretarlo se llevó adelante un estudio exploratorio, de diseño mixto y pre-experimental, caracterizado por un diseño de pre-prueba y post-prueba administrado a un mismo grupo. La muestra estuvo conformada por 29 participantes, profesionales de la salud y residentes en diferentes provincias de la Argentina, que asistieron a las clínicas ECHO® durante 8 meses (una vez al mes), en un periodo que comprendió desde el 17 de agosto de 2021 al 8 de marzo de 2022. A fin de realizar la recolección de datos, se decidió utilizar una batería de tests autoadministrados, entre ellos, los participantes debían completar un Cuestionario de Autoeficacia Percibida y Autismo antes (como pre-prueba) y después (como post-prueba) de la implementación del Proyecto ECHO®, y una Encuesta de Opinión al finalizar la experiencia. El hallazgo principal al que se arriba, es que el Proyecto ECHO® reconfiguro la percepción inicial de la autoeficacia, provocando en los participantes una toma de conciencia sobre la falta de capacitación que tenían antes de participar en la formación.

Palabras clave: autismo - Proyecto ECHO® - autoeficacia percibida - profesionales de la salud.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Agradecimientos.....	5
1. Introducción.....	6
1.1. Tema.....	9
1.2. Problema y objetivos de la investigación.....	9
1.2.1. Problema.....	9
1.2.2. Objetivo general.....	9
1.2.3. Objetivos específicos.....	9
2. Estado del arte.....	11
3. Marco Teórico.....	19
3.1. Capítulo 1: Consideraciones sobre Autismo.....	19
3.1.1. Definición del TEA según el DSM-V.....	19
3.1.2. Diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM-V.....	21
3.1.3. Definición del TEA según la CIE. Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11.....	24
3.1.4. Autismo desde el Paradigma de la Neurodiversidad.....	26
3.2. Capítulo 2: Autoeficacia percibida.....	29
3.3. Capítulo 3: Autoeficacia percibida y autismo.....	32
3.3.1. Screening/ Evaluación del autismo.....	32
3.3.2. Intervención y tratamiento del autismo.....	37
3.3.3. Familia y autismo: coordinación de la atención, comunicación y recursos.....	40
4. Marco Metodológico.....	45

4.1. Área de estudio.....	45
4.2. Tipo de investigación.....	45
4.3. Identificación y definición de variables.....	47
4.3.1. Autoeficacia percibida.....	47
4.3.2. Implementación del Proyecto ECHO®.....	48
4.4. Población.....	49
4.5. Muestra.....	50
4.6. Método.....	51
4.6.1. Implementación del Proyecto ECHO®.....	51
4.7. Técnica de recolección de datos.....	53
4.8. Técnicas e instrumentos.....	54
4.8.1. Cuestionario sociodemográfico.....	54
4.8.2. Cuestionario de Autoeficacia Percibida y Autismo.....	54
4.8.3. Cuestionario de opinión.....	58
4.9. Consideraciones éticas.....	59
5. Resultados y análisis de datos.....	60
5.1. Cuestionario Sociodemográfico.....	60
5.2. Nivel de autoeficacia percibida de terapeutas de personas con autismo.....	60
5.3. Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones.....	64
6. Conclusiones.....	67
Referencias bibliográficas.....	70
Anexos.....	74

Agradecimientos

A Gabriela y Diego, por su esfuerzo, su amor y su apoyo incondicional.

A Álvaro, por ser mi gran compañero y sostén.

A mis amigas, por transitar conmigo este proceso, por su enorme aguante y por no dejar que me rinda.

A mis hermanos, por su compañía y cariño inmenso.

A mis abuelos, por ser la luz de mi camino.

1. Introducción

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo que impacta específicamente en el desarrollo de la persona, y produce cambios en las áreas de la comunicación, la conducta y el procesamiento sensorial. Por esa razón hablamos de Condición del "Espectro" Autista (CEA) porque hace referencia a la amplitud y diversidad en las manifestaciones de los síntomas. Si bien, hay un núcleo común que define el trastorno, los síntomas se presentan de manera diferente en cada persona (Fundación Neurodiversidad, 2021). En lo que respecta a esta investigación, se utilizará el término TEA debido a que es la nomenclatura comúnmente utilizada por los autores.

Las personas con TEA y su familia, requieren una atención integral y continua, ajustada a sus demandas, y coordinada por un equipo interdisciplinario experto en el tema. A la hora de armar un plan de intervención, deberán tener en cuenta los objetivos que se desean alcanzar y los niveles de apoyo que la persona pueda llegar a necesitar, considerando sus características biológicas, psicológicas y sociales, el tipo y nivel de lenguaje, el nivel cognitivo y el perfil sensorial.

En las últimas dos décadas aumentó la prevalencia del diagnóstico, generando demandas de atención médica que resultan insatisfechas debido a sus grandes costos, la escasa capacitación de los profesionales sobre el tema y la falta de recursos para brindar la práctica adecuada. A su vez, el reducido conocimiento sobre autismo, genera en los proveedores de salud una gran falta de confianza en el manejo de las condiciones concurrentes en niños con TEA. Esta situación da como resultado retrasos en el diagnóstico y en la intervención, reduciendo la calidad de vida de los niños y su contexto (Mazurek et al., 2020).

También en los estudios realizados por Martínez et al. (2017), los profesionales de la salud plantean que la baja confianza en sus habilidades para trabajar con personas con TEA, se debe a que su formación profesional fue insuficiente y el acceso al conocimiento, durante y posterior a sus estudios, es económicamente costoso.

Para dar respuesta a esta necesidad, surge el Modelo ECHO® “*Extensión for Community Healthcare Outcomes*” (Extensión para los Resultados de la Atención Médica Comunitaria), que fue establecido como un tipo de tecnología para formar a los profesionales de la salud en atención primaria, aumentando el conocimiento y mejorando la confianza en el cuidado de sus pacientes. La intención del Proyecto es que los participantes desarrollaran nuevas habilidades clínicas a través de la práctica guiada y el aprendizaje colaborativo basado en casos (Mazurek et al., 2020).

Entendemos al Proyecto ECHO® como un movimiento que busca desmonopolizar el conocimiento y ampliar la capacidad local, con el fin de brindar mejores prácticas de atención a las personas desfavorecidas de todo el mundo, especialmente en áreas rurales y en lugares menos privilegiados que se encuentran alejados de los centros asistenciales y de los especialistas (Cohen, 2019). Es un modelo de formación a profesionales de la salud de distintas disciplinas donde todos enseñan y todos aprenden, que se diseñó para dar respuesta a las necesidades de las minorías con el objetivo de que puedan disponer de una atención sanitaria de calidad. Se concibe, entonces, como una red de trabajo en donde se comparten conocimientos para crear un bucle de aprendizaje, en el cual los participantes son la parte activa del proceso y aprenden junto a un equipo de expertos especializados en la temática en estudio.

Los autores que han investigado la fidelidad del Proyecto ECHO®, indagaron acerca de alcance que este mismo genera en diferentes partes del mundo y en distintas áreas

de la salud. Sohl et al., (2017) afirman que la implementación del Modelo ha demostrado ser eficaz para mejorar la autoeficacia y la competencia de los profesionales de la salud. Mazurek et al. (2020) sostienen que se evidenciaron mejoras en el nivel de conocimientos, en la autoeficacia y la confianza en el cuidado de sus pacientes; y que, a partir de su participación en el Proyecto ECHO®, se sintieron significativamente mejor equipados para ayudar a sus pacientes con TEA, a conocer y transitar el proceso, gestionar sus condiciones y acceder a los recursos disponibles. Por último, Sockalingam et al. (2017) indican que sus hallazgos demostraron que el rendimiento en las pruebas de conocimientos y los índices de autoeficacia mejoraron después de la implementación del Proyecto ECHO®, en el cual los niveles de satisfacción fueron altos en todos los casos. A partir de estas devoluciones, los autores sostienen que este modelo es aceptado por los profesionales de salud y puede ser una modalidad eficaz para desarrollar la capacidad de gestionar demandas complejas en la atención primaria.

El presente trabajo, tiene como objetivo conocer el impacto de la implementación del Proyecto ECHO® Autismo en la autoeficacia percibida de los terapeutas de personas con autismo, residentes en diferentes provincias de la Argentina. Entendemos a la autoeficacia percibida como la creencia que el individuo tiene sobre su capacidad para actuar en determinados ámbitos de la actividad humana. Lo que implica en la persona una autovaloración específica de la expectativa de ser competente, o no, para realizar con éxito una tarea concreta en un determinado contexto (Garzón et al. 2021).

Por último, se espera que este estudio motive la realización de futuras investigaciones sobre el impacto que genera el Modelo ECHO® en el conocimiento, las competencias y las habilidades de los profesionales de la salud. Persiguiendo como fin último, responder a la demanda de los profesionales, que se caracteriza por obtener un

mayor acceso al conocimiento y a prácticas de calidad sobre Autismo, lo que les permitirá atender a sus pacientes (en un tiempo considerable y sin que la familia tenga que esperar periodos largos); en su lugar de trabajo (para evitar continuas derivaciones), y de manera adecuada (ajustando la intervención a las necesidades de la persona con TEA y su familia).

1.1. Tema

Impacto del Proyecto ECHO® Autismo sobre la autoeficacia percibida de los profesionales de la salud.

1.2. Problema y objetivos de la investigación

1.2.1. Problema

¿Cuál es el impacto del Proyecto ECHO® Autismo sobre la autoeficacia percibida de los profesionales de la salud?

1.2.2. Objetivo General

Valorar el impacto del Proyecto ECHO® Autismo sobre la autoeficacia percibida de los profesionales de la salud, que participaron en las clínicas mensuales desarrolladas en un periodo de ocho meses.

1.2.3. Objetivos Específicos:

- Explorar como valoran los profesionales de la salud su autoeficacia percibida antes de participar en el Proyecto ECHO® Autismo.
- Conocer cómo perciben los profesionales de la salud su autoeficacia luego de participar en el Proyecto ECHO® Autismo.

- Identificar las modificaciones en la autoeficacia percibida de los profesionales de la salud como consecuencia de la implementación del Proyecto ECHO® Autismo.

2. Estado del Arte

Según Mazurek et al. (2020), el autismo es un trastorno del neurodesarrollo que en las últimas dos décadas aumentó su prevalencia, generando demandas de atención médica que resultan insatisfechas debido a la presencia de barreras como, por ejemplo, las intervenciones resultan ser muy costosas por su especificidad, escasa capacitación de los profesionales sobre el tema y la falta de recursos para brindar la práctica adecuada. A su vez, el reducido conocimiento sobre autismo, genera en los proveedores de salud una gran falta de confianza en el manejo de las condiciones concurrentes en niños con autismo. Esta situación da como resultado retrasos en el diagnóstico y en la intervención, reduciendo la calidad de vida de los niños con autismo.

Siguiendo esta línea, en los estudios realizados por Martínez et al. (2017), los profesionales de la salud plantean que la formación profesional es insuficiente y el acceso al conocimiento, durante y posterior a sus estudios, es económicamente costoso. Asumen, que esta falta de conocimientos y recursos, especialmente sobre autismo, les genera una gran dificultad a la hora de realizar un diagnóstico precoz o de detectar señales de alerta en el desarrollo; y como consecuencia, impactando de manera desfavorable en la vida de sus pacientes. Frente a esta situación, proponen la importancia de aumentar la formación en TEA durante su desarrollo profesional, incorporando conocimientos sobre criterios, comorbilidades, desafíos y fortalezas del diagnóstico, entre otros.

Para dar respuesta a esta necesidad planteada, surge el Modelo ECHO® “Extensión for Community Healthcare Outcomes” (Extensión para los Resultados de la Atención Médica Comunitaria), que fue establecido como un tipo de tecnología para formar a los profesionales de la salud en atención primaria, aumentando el conocimiento y mejorando la confianza en el cuidado de sus pacientes. La intención del proyecto es que los participantes

desarrollaran nuevas habilidades clínicas a través de la práctica guiada y el aprendizaje colaborativo basado en casos (Mazurek et al., 2020).

Mazurek et al. (2020), realizaron una investigación que tuvo como objetivo comprobar la eficacia del Modelo ECHO® aplicado a la atención primaria del autismo, estudiando si su implementación generó una mejora en la práctica clínica, en el conocimiento y en la autoeficacia de los profesionales.

Se reclutó a médicos y profesionales de atención primaria para participar en un Programa ECHO® Autismo de 6 meses de duración, siendo 12 sesiones de 2 horas con un contenido que incluía didáctica, aprendizaje basado en casos, práctica guiada y discusión. Se utilizó tecnología de videoconferencia para conectar a los profesionales de la comunidad con equipos expertos en autismo, ubicados en centros médicos académicos. Estos fueron compuestos por al menos 5 profesionales, entre ellos psicólogos, médicos, especialistas en recursos familiares, nutricionistas, etc. Previamente, mediante reuniones periódicas, se los capacitó sobre el Modelo ECHO®, su fidelidad y su funcionamiento (Mazurek et al., 2020).

La muestra fue conformada por 148 participantes de 10 centros médicos académicos que participaban en la Red de Tratamiento del Autismo y la Red de Investigación y de Intervención del Autismo en Salud física, entre ellos, médicos de familia, pediatras, enfermeras y asistentes médicos. Estos espacios sirvieron como clínicas individuales del Proyecto ECHO® para el autismo, donde se capacitaron un aproximado de 15 profesionales por centro. Entre los concurrentes el 82% eran mujeres, el 76% blancos y el 6% hispanos o latinos; la edad media era de 46 años (37-55 años) (Mazurek et al., 2020).

Se realizó una implementación secuencial y escalonada del Programa ECHO® Autismo en 5 cohortes de participantes (2 centros cada 3 meses) entre el mes de diciembre

de 2016 y noviembre de 2018. Las evaluaciones se realizaron en 4 tiempos distintos y separados por un intervalo de 3 meses, que incluyeron: línea base/pre-ECHO®, transcurso del Programa ECHO®, luego de su implementación y un seguimiento post-ECHO® para evaluar la persistencia de su efecto. Los autores consideran que la elección de este diseño les permitió evaluar el efecto del programa en una amplia gama de lugares, distribuyendo recursos y respondiendo a cada una de las necesidades planteadas (Mazurek et al., 2020).

Mazurek et al. (2020) sostienen que los resultados demostraron que, a partir de la implementación del Proyecto ECHO®, no se generaron cambios significativos en el screening ni en el tratamiento del autismo y sus comorbilidades. Sin embargo, se evidenciaron mejoras en el nivel de conocimientos, en la autoeficacia y la confianza en el cuidado de sus pacientes.

Procediendo con los estudios seleccionados, es preciso aludir a la investigación realizada por Sohl et al. (2017) menciona los obstáculos que enfrentan los niños y sus familias para satisfacer sus demandas, y señalan una necesidad crítica de intervenciones transformadoras, que mejoren el acceso a la atención para todas las personas con autismo, especialmente a los grupos desatendidos.

Los autores consideran que, apoyando a los médicos de cabecera en la detección y el tratamiento del autismo, generaría mejoras en el proceso de derivación, se agilizarían los servicios y se gestionarían mejor las comorbilidades médicas y psiquiátricas. Además, sostienen que, si los conocimientos sobre las mejores prácticas se incorporarán a la atención primaria, las familias podrían acceder al tratamiento en sus propias comunidades y los especialistas podrían centrarse mejor en las necesidades de sus pacientes (Sohl et al., 2017).

Sohl et al. (2017) afirman que la implementación del Proyecto ECHO® es una oportunidad para alcanzar esos objetivos, ya que, ha demostrado su utilidad para mejorar la

autoeficacia y la competencia de los profesionales de la salud. A su vez, lo definen como un programa que, en contraste con el modelo tradicional en donde se comparten los conocimientos a través de las consultas, resuelve poner énfasis en la utilización de los avances tecnológicos para reducir las distancias y mejorar la atención en una escala mucho más amplia. Es decir, se genera una red de aprendizaje, en donde los profesionales de la salud aprenden simultáneamente de los expertos y de los demás, mediante la didáctica y la presentación de casos.

Siguiendo la línea de lo expuesto por Sohl et al. (2017), Giachetto et al. (2019) señalan que la atención especial que requieren los niños con trastornos del neurodesarrollo presenta dificultades, entre ellas, mencionan la falta de acceso a especialistas y a servicios de rehabilitación. Para dar respuesta a esta demanda, se proponen investigar si el Proyecto ECHO® es eficaz para brindar una mejor atención a pacientes con menor acceso, analizando su aplicación desde junio de 2015 hasta junio de 2017. La muestra fue conformada por los proveedores de atención primaria de todo el estado de Missouri, seleccionada a través de diferentes estrategias de reclutamiento, entre ellas se incluyeron las redes sociales y el comentario de boca en boca.

Las clínicas ECHO® autismo se realizaron dos veces al mes, con una duración de 2 horas por clínica, con una formación en la detección e identificación del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y en el tratamiento de las comorbilidades médicas y psiquiátricas más comunes. Cada una consistió en la presentación de casos clínicos con preguntas específicas por parte de los proveedores de atención primaria, el debate entre todos los participantes y las recomendaciones del panel de expertos. En la mayoría de las sesiones, se incorporó una breve didáctica centrada en las mejores prácticas de atención a los niños con TEA. A su vez, en ellas, los expertos actuaron como mentores y colegas, compartiendo sus

conocimientos médicos y su experiencia con los profesionales de atención primaria (Giachetto et al., 2019).

Los resultados que se obtuvieron a partir de este análisis, establecieron que después de los primeros 6 meses de esta experiencia, los participantes comenzaron a informar mejoras en la autopercepción de sus habilidades y sus competencias. Este éxito, permitió que los autores concluyeran en que el Modelo ECHO® es un enfoque significativo para la atención del autismo, debido a que ofrece un mejor acceso a la atención especializada (Giachetto et al., 2019).

Por otro lado, Sockalingam et al. (2017) sostienen que el Proyecto ECHO® aborda las disparidades entre las zonas urbanas y rurales en el acceso a la atención especializada, mediante el desarrollo de la capacidad de los proveedores de atención primaria (PCP) a través de la teleeducación. En primer lugar, se propusieron investigar los efectos de su implementación en el conocimiento y la autoeficacia de los participantes, y luego evaluaron el aprendizaje, las competencias, la satisfacción y el compromiso de los mismos.

El centro ECHO-ONMH estaba formado por un equipo de salud mental especializado de la ciudad de Toronto y afiliado a la Universidad de Toronto, que incluía psiquiatras con experiencia en psiquiatría infantil y juvenil, traumas psicológicos y psiquiatría médica; medicina de familia; medicina de las adicciones; farmacéutico; trabajador social; y bibliotecario sanitario. La intervención de ECHO-ONMH incluyó 32 clínicas semanales Clínicas ECHO® (64 horas de educación médica continua) desde octubre de 2015 a junio de 2016. Cada sesión semanal tenía una duración de 2 horas de duración y constaba de una breve conferencia didáctica de 15-30 minutos, seguida de la revisión de casos seleccionados por los participantes (Sockalingam et al., 2017).

La metodología seleccionada fue la aplicación de cuestionarios previos y posteriores a la implementación del Proyecto, sumado a encuestas semanales, que midieron tanto las variables primarias como las secundarias. Los participantes seleccionados para ser miembros del proyecto ECHO-ONMH fueron 131, en los que se incluyeron médicos de familia, enfermeras profesionales, trabajadores sociales, consejeros y otros profesionales de la salud aliados. Los equipos de atención primaria interesados en participar completaron una inscripción, que incluía una Declaración de Colaboración firmada (donde se comprometían a asistir a un mínimo del 70% de las clínicas de ECHO® y a participar en las iniciativas de evaluación del programa, incluidas las encuestas y pruebas de conocimientos) y una encuesta de necesidades de aprendizaje. No hubo restricciones en cuanto al número de miembros por equipo y todos recibieron una sesión de orientación para familiarizarse con la tecnología de videoconferencia (Sockalingam et al., 2017).

Con el objetivo de evaluar la autoeficacia, Sockalingam et al. (2017) seleccionaron un cuestionario que constaba de 32 preguntas basado en la teoría de la autoeficacia de Bandura. Cada una de ellas permitía que los participantes calificaran su confianza en la capacidad para realizar una tarea de 0 ("no puedo hacerlo") a 100 ("muy seguro de poder hacerlo"). Las encuestas fueron enviadas vía correo electrónico a cada uno de los miembros antes y después de su participación.

Los resultados indican, que el rendimiento en las pruebas de conocimientos y los niveles de autoeficacia mejoraron después de la implementación del Proyecto ECHO®, en el cual la tasa de deserción fue baja y los niveles de satisfacción fueron altos en todos los casos. A partir de estas devoluciones, los autores sostienen que este modelo es aceptado por los profesionales de salud y puede ser una modalidad eficaz para desarrollar la capacidad de gestionar demandas complejas en la atención primaria (Sockalingam et al., 2017).

Para finalizar, se ha considerado desarrollar lo propuesto por Mazurek, Stobbe, et al. (2019) en un artículo que se propone investigar, desarrollar y probar una versión adaptada del Modelo ECHO® Autismo, centrado específicamente en la formación de los profesionales de la salud en prácticas especializadas para la atención de adolescentes y los adultos jóvenes con Trastorno del Espectro Autista; examinando los efectos sobre la autoeficacia, los conocimientos y las experiencias de los participantes.

El Programa ECHO® establecido, consistió en 12 sesiones semanales de una 1 hora, en las que se conectaban los proveedores de atención primaria con un equipo interdisciplinario de expertos a través de videoconferencias. Cada una de ellas incorporaban una didáctica breve, aprendizaje basado en casos y práctica guiada. La muestra fue seleccionada a partir de diferentes criterios de elegibilidad, que incluían la práctica actual como médico de cabecera, incluyendo pediatría, medicina familiar, medicina interna o enfermería de práctica avanzada (es decir, enfermera o asistente médico), y una licencia médica activa que autorizara o valide su labor. Por ejemplo, estudiantes, residentes o aprendices no podían participar (Mazurek, Stobbe, et al., 2019).

La metodología utilizada fue la administración de cuestionarios de autoeficacia, conocimiento y práctica de los participantes, antes y después de la formación. Para medir la autoeficacia se utilizó una versión adaptada de la Encuesta de Autoeficacia para el Autismo en Atención Primaria (PCASE), adaptando el contenido de los ítems para jóvenes en edad de transición (adolescentes) y adultos jóvenes. Los participantes debían calificar su grado de confianza en su capacidad para proporcionar una atención eficaz a través de 56 ítems, que iban de 1 (ninguna confianza) a 6 (muchísima confianza/experiencia). La encuesta se dividía en subescalas: (a) Comprensión del autismo/7 ítems, (b) Remisión y recursos/ 10 ítems, (c) Transición de la atención sanitaria (9 ítems), (d) Gestión de las comorbilidades

médicas/ 10 ítems, (e) Gestión de los síntomas psiquiátricos/10 ítems, y (f) Aspectos adicionales de la atención al autismo/10 ítems. Aspectos adicionales de la atención al autismo/ 7 ítems, (Mazurek, Stobbe, et al., 2019).

Mazurek, Stobbe, et al. (2019) señalan que los resultados obtenidos demostraron que, las puntuaciones brutas de autoeficacia total mejoraron significativamente de la formación previa a la formación posterior. A su vez, consideran importante destacar que los profesionales de la salud, a partir de la implementación del Proyecto ECHO®, se sintieron significativamente mejor equipados para ayudar a sus pacientes con TEA a conocer y transitar el proceso, gestionar sus condiciones y acceder a los recursos disponibles. Además, la mayoría informó que experimentaron cambios directos en su práctica, aumentos en el conocimiento y en los recursos, que le permitieron mejorar su intercambio con los pacientes y sus familias.

Se puede observar en los antecedentes sobre el tema consultado que, a pesar de ser un proyecto novedoso y reciente, existen numerosos estudios sobre la validez y los efectos de su implementación en la autoeficacia percibida de los participantes. Gran parte de ellos, fueron realizados en México y Estados Unidos, debido a que fueron las primeras regiones en establecer e instalar un Proyecto ECHO®.

Estos alcances fueron de gran utilidad a la hora de presentar el problema de investigación y desarrollar la presente tesis, ya que *no se registraron investigaciones de tal índole en nuestro país*. Además, se observó que, en las investigaciones realizadas, solo se seleccionaron para su muestra a médicos, pediatras y enfermeros presentes en centros de salud, sin considerar la totalidad de profesionales que desarrollan su labor en el área del autismo, como por ejemplo psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, etc.

3. Marco Teórico

3.1. Capítulo 1: Consideraciones sobre Autismo.

3.1.1. Definición del Trastorno del Espectro Autista - 299.00 (F84.0) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- Quinta edición (DSM, por sus siglas en inglés) Publicado en el año 2013.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM), el cual constituye uno de los grandes sistemas clasificatorios reconocidos mundialmente, define al Trastorno del Espectro Autista a partir de las siguientes características (American Psychiatric Assosiation, 2014):

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, actualmente o por los antecedentes. El manual desarrolla ejemplos 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. El manual desarrolla ejemplos 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. Híper- o hiporreactividad 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.

3.1.2. Diferencias entre lo expuesto en el DSM IV-TR (año de publicación 2000) y el DSM-V (año de publicación 2013).

Junto a la publicación del DSM-V en el 2013, llegaron nuevas propuestas y nuevas formas de referirnos a los diagnósticos, conociendo con mayor profundidad cuáles son los retos y los alcances que caracterizan a cada uno. Uno de los ejemplos, y el que más nos convoca, son los cambios referidos a la nomenclatura Trastorno del Espectro Autista.

Con el objetivo de comprender las diferencias entre ambas ediciones, partimos del estudio realizado por Gómez (2014) sobre las tipologías existentes hasta ese momento en el DSM-IV-TR, donde subrayó la pertenencia del Trastorno Autista a la categoría de los TGD (Trastornos Generalizados del Desarrollo), en contraposición a la denominación exclusiva y unificadora de TEA (Trastorno del Espectro Autista), en la reciente aportación del DSM-V.

Vivanti G. & Vivanti D. (2017) aportan que, en la anterior clasificación, la categoría de los Trastornos Generalizados del Desarrollo enumeraba cinco subtipos de autismo: el Trastorno Autista, el Síndrome de Asperger, el Trastorno Desintegrativo Infantil, el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado y el Síndrome de Rett. Aclaran que

el DSM-5 propone algo distinto, sustituyendo cuatro de estos subtipos (Trastorno Autista, Síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y TGD no especificado) por la categoría general “Trastornos del Espectro Autista” (TEA); dejando al Síndrome de Rett por fuera de este sistema de clasificación. Es decir que, en lugar de hacer distinción entre subtipos, la definición diagnóstica del DSM-5 especifica tres niveles de gravedad de los síntomas, así como el nivel de apoyo que puedan necesitar las personas con la condición.

Retomando lo expuesto por Gómez (2014), considera que esta última incorporación, es decir, la descripción de niveles de gravedad para el TEA, sirve de instrumento para hacer frente a la variabilidad sintomática de los sujetos, caracterizada siempre por una gran heterogeneidad. Por tanto, a la hora de realizar el diagnóstico es importante detallar, de manera específica, cuáles son las características clínicas específicas de la persona, de acuerdo con su grado de severidad, nivel de competencias de comunicación social e intereses, etc. Por su parte, nombra que esta especificación fue diseñada con el fin de hacer hincapié en el grado o nivel de apoyos que puedan necesitar las personas con TEA, en función de los desafíos que muestran en la comunicación social, en los intereses restringidos y en las conductas repetitivas.

Centrándonos en la taxonomía del DSM-IV-TR, el autismo pertenece a los denominados “Trastornos Generalizados o Profundos del Desarrollo”, caracterizados por perturbaciones graves y generalizadas que afectan áreas del desarrollo, entre ellas, habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación, y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Por definición, suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y, en muchas ocasiones, se asocian a algún grado de retraso mental. Gómez sostiene que históricamente, se han utilizado términos como “debilidad mental”, “psicosis” y “esquizofrenia infantil”, para hacer referencia a la

descripción y explicación de los mismos. Aclara, que las evidencias actuales reflejan signos distintos, tanto para la esquizofrenia como para la discapacidad intelectual, descartando, por ende, dichas etiquetas (Gómez, 2014).

En el DSM-IV-TR se presentaban tres grandes síntomas que tenían que estar presentes para poder diagnosticar autismo y que, en muchas publicaciones, se reconocían como la “tríada autística”: deficiencias en la reciprocidad social, deficiencias en el lenguaje o en la comunicación y repertorio de intereses y actividades restringidas/ repetitivas. En su lugar, en el DSM-V se valoran únicamente dos criterios sintomáticos, si bien el primero incorpora dos de los presentes en el DSM-IV-TR. Se hace referencia, concretamente, a: 1) alteraciones persistentes en la comunicación y la interacción social, y 2) un patrón de comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos (Gómez, 2014).

Por otro lado, Romero et al. (2016), exponen que uno de los objetivos principales de la nueva clasificación (DSM-5) se relacionaba con incluir comorbilidades psiquiátricas, psicológicas y médicas, que son importantes para comprender mejor los mecanismos biológicos, los resultados clínicos, así como la reacción de las personas con TEA al tratamiento. Es decir, que a diferencia del DSM-IV-TR, en esta nueva edición se admiten las comorbilidades diagnósticas en personas con autismo como son: el Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), los Trastornos de Ansiedad, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), los Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC), entre otros. Cabe destacar, que también se incorporaron otras características específicas sobre funciones cognitivas y adaptativas, fortalezas, habilidades del lenguaje, y otras condiciones propias de la heterogeneidad del espectro, que se consideran imprescindibles a tener en cuenta si se desea conocer, diagnosticar y acompañar a una persona con autismo en un proceso de atención.

3.1.3. Definición del Trastorno del Espectro Autista según la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud). Diferencias entre CIE-10 (publicado en el año 1992) y CIE-11 (publicado en el año 2018).

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud es una herramienta para registrar, notificar y agrupar afecciones y factores que influyen en la salud. Su propósito es permitir el registro, análisis, interpretación y comparación sistemáticos de los datos de mortalidad y morbilidad recopilados en diferentes países o regiones geográficas y en diferentes momentos (OMS, 1992).

Según la Organización Mundial de la Salud (1992), esta clasificación es utilizada por los profesionales para traducir diagnósticos de enfermedades y otros problemas de salud en códigos alfanuméricos, lo cual permite el almacenamiento, la recuperación y el análisis de los datos. La CIE se ha convertido en la clasificación internacional estándar de diagnósticos para todos los fines epidemiológicos generales y muchos propósitos de gestión de la salud. Entre ellos se encuentran el análisis de situaciones de salud general de grupos poblacionales; el monitoreo de la incidencia y la prevalencia de enfermedades; y el examen de otros problemas de salud en relación con otras variables, como las características y circunstancias de las personas afectadas.

Haciéndonos referencia al diagnóstico de Autismo en la CIE-10, podemos visualizar que fue clasificado dentro del Eje I: Síndromes Psiquiátricos Clínicos, y le correspondía el Código F84, refiriéndose a un tipo de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). Los criterios diagnósticos especificados eran los siguientes: alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en las formas de comunicación, y un repertorio repetitivo,

estereotipado y restringido de intereses y actividades”. A su vez, establecía que los signos se comenzaban a observar en la primera infancia (Ramírez et al., 2019).

El Autismo según la CIE-10 lo podíamos entender como un trastorno neuropsiquiátrico crónico caracterizado por déficit en la interacción social, problemas para el uso del lenguaje, así como conductas repetitivas y restringidas, dentro de lo cual se incluyen restricciones sensoriales, que causan múltiples dificultades en la vida diaria de la persona afectada. Considerado un síndrome heterogéneo, de etiología multifactorial, debido a que se conocen y existen varias causas genéticas, exposiciones intrauterinas a los anti convulsionantes y factores perinatales asociados (Riveros et al., 2020).

Desde mayo del 2018, la CIE-11 se encuentra en vigencia sustituyendo a la CIE-10. En ella se conserva el diagnóstico de Trastornos del Espectro del Autismo y queda englobado dentro de los Trastornos del Comportamiento y Neurodesarrollo, en concreto dentro de los Trastorno del Neurodesarrollo. Estos últimos, se refieren a un conjunto de trastornos que presentan las siguientes características: 1. Afectan el comportamiento y la cognición; 2. Sus manifestaciones se inician en el período del desarrollo (infancia-niñez); 3. Causan dificultades en la adquisición o ejecución de funciones intelectuales, motrices, del lenguaje o socialización; 4. Su etiología es compleja, desconocida en la mayoría de los casos (Ramírez et al., 2019).

Ramírez et al. (2019) en un Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, resaltan que la última versión de la CIE ubica el inicio del TEA en el período inicial del desarrollo; mientras que los síntomas, no necesariamente se manifestaran hasta que las demandas sociales excedan las capacidades de la persona. A su vez, sostienen que el cuadro si es lo suficientemente severo como para causar disfunción en

el funcionamiento personal, familiar, social, educativo y ocupacional, y se observa en los diferentes contextos de la persona.

3.1.4. Autismo: una mirada desde el Paradigma de la Neurodiversidad.

El paradigma de la Neurodiversidad se apoya en que todos los individuos tenemos un sistema nervioso único y que compartimos varias similitudes entre nosotros (estructura), pero con funcionalidad diversa. Por lo tanto, reaccionamos o vemos la realidad de una manera distinta (Sánchez, 2020).

Desde esta mirada, la Fundación Neurodiversidad nos propone pensar al Autismo como una condición del neurodesarrollo que impacta específicamente en el desarrollo de la persona, y produce cambios en las áreas de la comunicación, la conducta y el procesamiento sensorial. Hablamos de Condición del "Espectro" Autista (CEA) porque hace referencia a la amplitud y diversidad en las manifestaciones de los síntomas. Si bien, hay un núcleo común que define el trastorno, los síntomas se presentan de manera diferente en cada persona. Hay una gran variabilidad en el nivel de apoyo que necesita cada uno, en sus características biológicas, psicológicas y sociales, en el tipo y nivel de lenguaje, el nivel cognitivo y el perfil sensorial (Fundación Neurodiversidad, 2021).

Para comprender la importancia de pensar al autismo como un Espectro, hacemos hincapié en lo propuesto por Barrios & Soto (2016). Estas autoras consideran que, más allá de que las áreas con mayor desafío son la social, la comunicacional y la conductual, los síntomas del Autismo tienen un rango de variabilidad de gran importancia entre persona y persona, es decir, muchos pueden presentar el mismo diagnóstico, pero se comportan, sienten, piensan y se comunican de manera distinta.

En este sentido, Grañana (2014) considera que los profesionales de la salud y el contexto de una persona con autismo, deben sostener una visión dimensional del diagnóstico, es decir, que los síntomas en vez de estar presentes o ausentes, pueden manifestarse en diferentes grados o momentos del desarrollo. Esta postura les permitirá comprender por qué los niños pueden ser tan diferentes, y con características tan diversas a nivel intelectual, en la regulación sensorial y el grado de actividad, que pueden definirse en rangos desde lo considerado normal a parámetros reducidos o aumentados.

Podemos pensar que así cada niño tiene características diferentes, aunque el diagnóstico sea el mismo, es decir, un niño puede, por ejemplo, tener más dificultades en el lenguaje, mientras que otro puede presentar conductas de restringidas y repetitivas, y un tercer niño en cuestión, puede mostrarse aislado e introvertido (Barrios & Soto, 2016).

Para hablar de las características debemos considerar, por un lado, que hay síntomas y signos nucleares comunes a todas las personas con autismo, y por otro, que la forma en que se manifiestan es muy heterogénea y se observan en cada persona de una manera particular y diversa. No hay dos personas con CEA iguales; dependerá de su propio desarrollo personal, de los apoyos que pueda tener, de la presencia o no de discapacidad intelectual asociada y del nivel de desarrollo del lenguaje (Fundación Neurodiversidad, 2021).

Siguiendo esta línea, hablamos de Desafíos y entre ellos podemos considerar los expuestos por la Fundación Neurodiversidad (2021).

1) Alteraciones en las habilidades socio-comunicativas:

Por un lado, la *comunicación* puede presentar dificultades tanto en la expresión como en la comprensión, y tanto en el lenguaje verbal como no verbal. Las variaciones van desde la ausencia de lenguaje, al desarrollo del habla con peculiaridades como repeticiones,

inversiones, entonaciones, etc., o a la presencia de lenguaje que no es utilizado de manera social, con dificultades para iniciar o mantener una conversación o comprender sutilezas. En el lenguaje no verbal se presentan dificultades en el uso y la comprensión de gestos, expresiones faciales y corporales.

Por otro, la *interacción social* puede verse afectada por dificultades en la relación con los demás, en expresar o entender las emociones, en comprender el entorno y/o las reglas sociales. Pueden ir desde el aislamiento social o la falta de interés, a intentar establecer relaciones de una forma extraña, por no saber cómo hacerlo, o sin tener en cuenta las reacciones de la otra persona.

2) *Aspectos relacionados con patrones repetitivos, restringidos y/o estereotipados de conductas, actividades e intereses:*

En cuanto al *Pensamiento y la conducta*, las personas con autismo pueden tener dificultades para responder de manera flexible y ajustar su pensamiento y conducta al contexto. Adaptarse a los cambios o imprevistos suele generar malestar, angustia o ansiedad, que puede manifestarse en insistir en que las cosas sean siempre de la misma manera; en disponer de un repertorio limitado de intereses específicos o en patrones de comportamiento rígido y repetitivo.

Muchas personas con autismo presentan alteraciones en el procesamiento de *los estímulos sensoriales*, y pueden sentir intensa molestia ante determinados sonidos, olores, luces, sabores o texturas; o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno como fascinarse por luces, objetos brillantes o giratorios, o mostrar una indiferencia aparente al dolor o a la temperatura.

3.2. Capítulo 2: Autoeficacia Percibida

Según Pereira et al. (2018) el concepto autoeficacia (AE) fue introducido por Bandura en 1977 como eje central de la denominada Teoría Social Cognitiva. Esta teoría, enfatiza el papel de los fenómenos autorreferenciales como el medio por el cual el ser humano es capaz de actuar en su entorno y posibilitar así su transformación. Los sujetos generan y desarrollan autopercepciones acerca de su propia capacidad, las cuales funcionan como mediadoras para el logro de metas y para la toma de decisiones.

Remitiéndonos al postulado de Bandura, tanto la conducta como la motivación humana están condicionadas por el pensamiento y a su vez están reguladas por dos tipos específicos de expectativas: las de eficacia y las de resultado. Las primeras se vinculan con la seguridad de poder llevar adelante un determinado comportamiento con éxito y generar así el resultado deseado. Mientras que, las expectativas de resultado, hacen referencia a la creencia de que la puesta en marcha de determinadas conductas conducirá a los resultados deseados (Pereira et al., 2018).

Podemos entender a la Autoeficacia Percibida como aquellos juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado o como las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar caminos para la acción requeridos en situaciones esperadas o basadas en niveles de rendimiento (Ornelas et al., 2012).

En tal sentido, se la puede definir como una competencia personal amplia y estable, y se relaciona con lo efectiva que puede ser la conducta de una persona para afrontar una variedad de situaciones potencialmente estresantes. Por la cual, es un concepto que resulta de gran interés para la Psicología y tiene gran importancia teórica- práctica por estar

relacionada con otras variables psicosociales relevantes, entre ellas: el rendimiento, la motivación, el afrontamiento, la adherencia terapéutica, etc. (Pereira et al., 2018).

Siguiendo esta línea, Bandura señala que los niveles de Autoeficacia Percibida pueden aumentar o disminuir la motivación. Las personas con una alta AE, tienden a desarrollar tareas desafiantes e incluso proponerse metas y objetivos más elevados. Generalmente, invierten un mayor esfuerzo, son perseverantes y mantienen un mayor compromiso frente a las dificultades intrínsecas al logro de metas. La AE, conformada por las diversas expectativas, determinaría, según el autor, la motivación y el esfuerzo que las personas adoptan para vencer obstáculos. Las personas con adecuadas percepciones de autoeficacia pueden emprender de forma realista tareas que le signifiquen un reto, contando con el grado de motivación necesario para llevarlas adelante (Pereira et al., 2018).

Conforme a la teoría anteriormente mencionada, Bandura sostiene, que los individuos evalúan sus propias experiencias mediante la autorreflexión, de tal manera, que el juicio personal sobre las capacidades y logros previos, ejercen una fuerte influencia en las actuaciones futuras. En tal sentido, estas creencias de autoeficacia pueden anticipar mejor el comportamiento futuro del sujeto. Sin embargo, las tareas que una persona es capaz de ejecutar no pueden ir más allá de sus capacidades, ya que no basta sólo con creer en las capacidades que se poseen, sino que se requiere de las habilidades y conocimientos necesarios para el logro de una competencia adecuada (Olivari & Urra, 2007).

Según Chacón (2006) que retoma lo expuesto por Bandura, las creencias de autoeficacia se forman a partir de cuatro fuentes fundamentales que suministran la información requerida para construir dichas creencias:

1) *Experiencias directas*, son aquellas que se generan a partir del éxito o fracaso en la ejecución de una. El éxito tiende a fortalecer las creencias en la autoeficacia personal

percibida mientras que el fracaso tiende a debilitar dichas creencias. Sin embargo, pensar sólo en obtener el éxito también hace que la gente se desaliente cuando el resultado previsto no ocurre. Por tanto, la persona espera cierta dificultad en la tarea a realizar, ya que ello la ayuda a perseverar, utilizando las capacidades individuales para ejercer el control sobre el ambiente.

2) *Experiencias vicarias o aprendizaje por observación*, son aquellas que le permite al individuo evaluar en términos de observación sus habilidades para llevar a cabo la tarea prevista. Bandura sostuvo que, mediante la observación de los logros de otros, el individuo se compara y se ve a sí mismo desempeñándose en la misma situación. Cuando se supera el logro de colegas o compañeros, este éxito contribuye a incrementar las creencias de autoeficacia mientras que lo contrario, es decir, ser superado, tiende a disminuirlas.

3) *Persuasión verbal*, hace referencia a las situaciones en que las personas reciben apreciaciones basadas en juicios valorativos o evaluativos de personas cercanas, en torno a sus capacidades para alcanzar el éxito. Esta fuente parece fortalecer el sentido de autoeficacia, lo cual induce al individuo a esforzarse para alcanzar sus metas, ya sea a través de nuevas estrategias o poniendo mayor voluntad y esfuerzo de su parte.

4) *Activación fisiológica*, son aquellos estados emocionales del individuo que ejercen influencia sobre el sentido de eficacia. Por tanto, la ansiedad, el estrés, los estados de ánimo y los miedos pueden afectar el desempeño del individuo.

A modo de resumen, podemos entender a la autoeficacia percibida como la creencia que el individuo tiene sobre su capacidad para actuar en determinados ámbitos de la actividad humana. Lo que implica en la persona una autovaloración específica de la expectativa de ser competente, o no, para realizar con éxito una tarea concreta en un determinado contexto (Garzón et al., 2021).

3.3. Capítulo 3: Autoeficacia percibida y autismo.

Según Álvarez et al. (2018), los conocimientos y la experiencia de los profesionales de la salud son claves para ofrecer una atención adecuada a los y las menores con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Pero, en la actualidad la formación especializada en TEA está bastante dispersa y es muy variada en calidad y eficacia.

A la hora de evaluar, intervenir y acompañar a un niño con autismo, es necesario partir de la base de que el desarrollo infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social. Donde los primeros años de vida constituyen una etapa sumamente crítica, ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas afectivas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005).

3.3.1. Screening/ Evaluación del autismo.

Álvarez et al. (2018) expresa que la evaluación y el diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo es el inicio o punto de partida para la persona con TEA y su familia. El profesional que realice esta labor, aparte de los conocimientos altamente específicos y técnicos sobre el proceso diagnóstico y la extensa experiencia, debe tener otras competencias interpersonales para estar y acompañar emocionalmente a las personas protagonistas de este proceso.

Grañana (2014) sostiene que el diagnóstico debe dividirse en dos niveles fundamentales: por un lado, un *nivel de detección*, en donde el profesional de la salud, educadores y contexto tienen conocimiento especializado en los protocolos de sospecha y siguen el desarrollo de un niño que puede presentar señales de alarma. Tener conocimiento

implica realizar las evaluaciones indispensables y conocer las redes para derivar a equipos especializados en TEA. Por otro lado, un *nivel de diagnóstico específico*, donde se incluyen los tests de criterios diagnósticos, los exámenes complementarios para descartar causas secundarias y la evaluación neuropsicológica para determinar perfiles de funcionamiento y diseño de planes de intervención

El proceso diagnóstico tiene sentido en sí mismo por varias razones, entre ellas, la necesidad de los padres y madres o de la persona de obtener una explicación que les ayude a comprender las conductas que están observando o experiencias que están viviendo. Pero, sobre todo, es un momento sumamente cargado afectiva y emocionalmente, por la cual se debe acompañar a la familia y su contexto en la toma de decisiones, orientar sobre los pasos a seguir, la existencia de ayudas socio-económicas, los modelos adecuados de intervención, la importancia de que obtengan atención de otros especialistas de la salud, o ponerles en contacto con otros padres y madres o personas que hayan pasado por el mismo proceso (Álvarez et al., 2018).

Álvarez et al. (2018), menciona que el proceso diagnóstico debe comenzar con una entrevista con el padre y la madre o con la persona con TEA, y nos debe permitir conocer en qué momento del desarrollo se encuentran y cuáles son sus preocupaciones. Principalmente, quienes consultan, aluden a problemas con la adquisición del lenguaje y falta de respuesta a este. No obstante, hay una gran variabilidad ya que muchos otros padres informan de problemas de carácter comportamental, como una excesiva actividad motora, falta de atención, rabietas constantes o apreciaciones más imprecisas relacionadas con la dificultad que supone cualquier actividad que se salga de la rutina.

Durante la primer entrevista, es necesario hacer el recorrido desde el nacimiento hasta el momento actual, pero poniendo especial énfasis en preguntas centradas en conocer

profundamente si existen alteraciones cualitativas en la interacción social (reciprocidad social, imitación, relación con iguales...), la comunicación y el lenguaje (comunicación verbal y no verbal, motivos o función de la comunicación, lenguaje repetitivo, etc.) y conductas que informen de un patrón restringidos y repetitivo de actividades e intereses (actividades repetitivas con el cuerpo o con objetos, respuestas sensoriales atípicas, dificultades de adaptación a los cambios, etc.)

A su vez, recomiendan que en la historia clínica no debe faltar información sobre antecedentes en la familia de Trastorno del Espectro del Autismo o de otros trastornos mentales o neurológicos, así como datos sobre aspectos prenatales y neonatales (problemas durante el embarazo, prematuridad), así como datos sobre otros problemas de salud (problemas inmunológicos o alergias, deficiencias sensoriales o visuales). Toda la información recogida debe ayudar a realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno del espectro del autismo y otros trastornos del neurodesarrollo. Además de recoger información sobre sus dificultades, es importante saber cómo y en qué grado afectan al funcionamiento y adaptación de la persona evaluada en sus contextos principales de desarrollo, casa y centro educativo (Álvarez et al., 2018).

Álvarez et al. (2018) menciona que uno de los instrumentos de screening más utilizados es el M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). Se compone de 23 preguntas, en las cuales hay 6 preguntas críticas que, si el niño o niña puntúa negativamente en 2 o más de ellas o no supera 3 ítems, se debería realizar una evaluación más exhaustiva de su desarrollo. El M-CHAT produce un elevado número falsos positivos, pero debemos matizar esto, ya que estos falsos positivos son en realidad menores que van a presentar dificultades en el desarrollo y que van a necesitar atención o estimulación temprana. El valor predictivo de esta herramienta para cualquier retraso en el desarrollo es del 90-98%.

Datos recientes indican que el valor predictivo del M-CHAT es del 28% en menores de 16-24 meses, pero del 61% en mayores de 24 meses. Grañana (2014) agrega que es una escala que puede ser completada rápidamente por maestros de nivel inicial o en la consulta pediátrica, y no requiere entrenamiento para su uso. Afirma que la especificidad no es tan alta, pero permite que, aunque el niño no tenga autismo, se refleje un trastorno en el desarrollo que debe ser investigado.

Con el objetivo de mejorar la herramienta, Álvarez et al., (2018) nos invitan a conocer la revisión hacen Robins, Fein y Barton en el año 2009, llamado el M-CHAT-R. Es válido para cribar menores de entre 16 y 30 meses de edad y para evaluar el riesgo de trastorno del espectro del autismo (TEA). Aparecen las mismas preguntas, pero facilita un árbol de decisiones de cada una de ellas para facilitar y aclarar cuando las respuestas de los padres son imprecisas o ambiguas. Muestra un valor predictivo para otros trastornos y retrasos en el desarrollo, del 94%.

Otras herramientas nos pueden ayudar a detectar indicadores tempranos y que podemos utilizar junto al M-CHAT, es el CSBS-DP (Communication and Symbolic Behavior Scales: Developmental Profile- Wetherby y Prizant, 2002). Es un instrumento de detección y evaluación con referencia a la competencia comunicativa de los bebés y niños pequeños, medida por siete factores predictivos del desarrollo del lenguaje, como la mirada y emoción, la comunicación, los gestos, los sonidos, las palabras, la comprensión, y el uso de objetos. Se usa con bebés y niños pequeños cuya edad es la comunicación funcional entre los 6 meses y 24 meses de edad cronológica (Álvarez et al., 2018).

Grañana (2014) hace hincapié en que no se requiere gran cantidad de especialistas a la hora de realizar un diagnóstico y planificar una intervención, pero sí considera fundamental sistematizar los centros de derivación con equipos interdisciplinarios

capacitados en el tema y con formación supervisada. Comenta que solamente capacitarse en test no es suficiente para adquirir experiencia necesaria; se requiere de práctica supervisada y sistematizada para no poner rótulos inadecuados, que generan tanto impacto en la vida del paciente y su familia.

Una vez realizada la primera entrevista con los padres o con quien consulta y se utiliza un instrumento de screening, Álvarez et al., (2018) consideran que el paso siguiente será la valoración de la persona, es decir, el proceso diagnóstico propiamente dicho. Siguiendo la misma línea, Grañana (2014) propone que las herramientas de elección para confirmar el diagnóstico deben incluir cuestionarios para padres respecto a conductas autistas en la vida diaria.

En cuanto a las técnicas y pruebas estandarizadas, los profesionales de la salud pueden utilizar la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2 (ADOS-2) para valorar la presencia o no de trastorno del espectro de autismo. Se describe la escala como “una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social, el juego o el uso imaginativo de los materiales y las conductas restrictivas y repetitivas dirigida a niños, jóvenes y adultos de los que se sospecha que presentan un trastorno del espectro del autismo. Consta de un conjunto de actividades que permiten al evaluador observar si ocurren o no determinados comportamientos que se consideran importantes para el diagnóstico del trastorno del espectro del autismo en distintos niveles de desarrollo y edades cronológicas. Tiene cinco módulos, cada uno de los cuales requiere entre 40 y 60 minutos para su aplicación, cada uno con su propio protocolo, el cual contiene la secuencia de actividades diseñadas para ser utilizadas con niños y adultos con diferentes niveles de desarrollo y de lenguaje, pudiéndose aplicar desde niños y niñas de 12 meses de edad hasta

adultos con lenguaje fluido. El examinador seleccionará el módulo más apropiado principalmente de acuerdo con el nivel de lenguaje (Álvarez et al., 2018).

Por otro lado, se puede utilizar otra de las encuestas de diagnóstico, ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised - Entrevista de diagnóstico para Autismo revisada), es un cuestionario extenso con preguntas relacionadas a la interacción social, la comunicación y las conductas repetitivas y los rituales, considerada también de elección o Gold Standard internacional (Grañana, 2014).

Es de suma importancia que el profesional de la salud realice un examen a nivel global de la persona, es decir, estudios auditivos, neurológicos, sensoriales, sobre las funciones cognitivas, ejecutivas e intelectuales. Por otro lado, los niveles de atención, perfil psicológico familiar, perfil sensorial, perfil académico, entre otros.

Una vez finalizada la evaluación, el terapeuta debe confeccionar un informe y comunicarle a la familia o a consultantes sobre el contenido y el plan de intervención futuro. Deberá utilizar un lenguaje respetuoso, claro y, en la medida de lo posible, sin tecnicismos, para facilitar la comprensión de la familia y los educadores. Se deberá hacer hincapié en sus fortalezas y no solamente en sus limitaciones, orientando a un diagnóstico preciso para evitar comprensiones erróneas (Álvarez et al., 2018).

En esta etapa, el rol del profesional no solo será acompañar a la familia y persona con TEA, sino también deberá psicoeducar y aportar información para que puedan entender porque su hijo o hija se comunica, juega o se relaciona de una manera diferente, utilizando las estrategias y prácticas educativas que mejor se adapten al sujeto y su contexto.

3.3.2. Intervención y tratamiento del autismo.

La intervención temprana es en el autismo una condición necesaria para alcanzar una buena calidad de vida en los años posteriores, permitiendo un desarrollo pleno de sus capacidades (Álvarez et al., 2018).

Grañana (2014) sostiene que, para elegir un plan de intervención, los terapeutas deberán tener en cuenta diversas condiciones y realizarse ciertas preguntas que los guíen de manera eficiente, como por ejemplo ¿cuál?, ¿cómo?, ¿cuánto?, ¿cuándo?, ¿a quién? Así, nos preguntase ¿cuál es el mejor programa?, ¿para quién?, ¿en qué momento?, ¿cómo lo aplicamos?, ¿cuánto tiempo y con qué frecuencia?

Por lo tanto, es imprescindible, que los profesionales encargados de planificar el tratamiento, lleven a cabo primero una evaluación completa de la persona, incluyendo destrezas, habilidades y desafíos (Márquez, 2012). Grañana (2014) agrega que una vez recolectada toda la información, se debe aprovechar la plasticidad del cerebro de edades tempranas, planteando un método más eficaz e individualizado. Es decir, que el procedimiento lógico no sería aplicar el método que ya se conoce y probar si funciona, sino, por el contrario, adecuarlo a las posibilidades y características de la persona en cuestión.

Siguiendo esta línea, Márquez (2012) sostiene que existen distintos factores que se deben considerar a la hora de decidir cuál es el mejor programa de intervención: edad cronológica y evolutiva, estilo temperamental, estilo de procesamiento o de aprendizaje preferente, existencia o no de trastornos sensoriales, la existencia o no de trastornos del lenguaje u otros trastornos asociados, características de los diferentes entornos de desarrollo, objetivos o focos concretos de la intervención que se consideren en ese momento más prioritarios, tratamientos que ha recibido anteriormente, etc.

Los objetivos y metas de cualquier intervención son el punto de partida de la misma. En el caso del autismo, se trata de abordar aquellos aspectos en los que los niños y niñas tengan más dificultades, para optimizar su calidad de vida presente y futura. Por lo tanto, es necesario trabajar con las dimensiones que están más claramente relacionadas con el diagnóstico, y se espera que cualquier intervención en autismo, se parta de la base que un niño con autismo es, ante todo, un niño. Comprendiendo esto, un plan de intervención incluirá no solo lo que necesita por su diagnóstico, sino, probablemente con tanta o más intensidad, lo que forma parte de las áreas de desarrollo de cualquier menor de su edad. Tradicionalmente, esto va a suponer optimizar la evolución en el ámbito del lenguaje y la comunicación, el desarrollo cognitivo, el desarrollo de la psicomotricidad, y la conducta adaptativa (Márquez, 2012).

A partir de una investigación realizada por Álvarez et al. (2018) sugieren criterios generales que deben tenerse en cuenta a la hora de planear una intervención. Primero que nada, asegurar que no se debe esperar un diagnóstico definitivo para comenzar a trabajar con el niño y su familia. El tratamiento debe ser individualizado, tomando como punto de partida los intereses, las motivaciones, las fortalezas, las necesidades en niveles de intensidad y los tipos de apoyo requeridos por la persona. La planificación deberá tener un alto grado de estructuración, con rutinas predecibles, apoyos visuales y límites físicos para evitar la distracción. Los terapeutas junto a la familia no solo seleccionarán objetivos concretos, medibles y evaluables, sino también realizarán seguimientos específicos y medirán los progresos.

Grañana (2014) sostiene que todos los programas de intervención enfatizan la importancia de comenzar a la edad más precoz posible. Ya que se ha demostrado incrementos significativos en habilidades de lenguaje, comunicación, interacción social,

independencia, inteligencia y reducción de conductas inapropiadas. Aunque no todas las intervenciones para un niño tienen que basarse en la misma línea educativa o teórica. Es importante reconocer qué necesita en cada momento para lograr su máximo potencial y trabajar en forma colaborativa y con criterio científico para elegir entre las opciones.

3.3.3. Familia y autismo: coordinación de la atención, comunicación y recursos.

Partimos del momento en que una familia tiene una sospecha fundada de una alteración en el desarrollo, sin que necesariamente haya de tener ya un diagnóstico definitivo. Es habitual que las familias requieran información y apoyo emocional acerca de qué le ocurre a su hijo, qué hay que hacer, dónde buscar ayuda y qué es lo más conveniente para todos en cada momento (Márquez, 2012).

Grañana (2014) plantea que los padres habitualmente consultan entre los 2 y 4 años, y expresan, en la mayoría de los casos, una gran preocupación por un retraso en la aparición del lenguaje. En algunos niños, lo que llama la atención de los padres es que con 2 años no producen ninguna palabra y no lo compensan con otros modos de comunicar. En otros casos, se puede observar que lenguaje apareció, pero se estancó, y en un tercio de los niños se produce una regresión del lenguaje, es decir, llegaron a adquirir palabras, pero las pierden (la pérdida es de más de cinco palabras inteligibles comunicativas, no ecolalias).

A su vez, en la primera consulta, los padres refieren que sus hijos no sostienen la mirada, no realizan gestos, como jugar a saludar con la mano, no comprenden consignas: si les piden que busquen objetos de la vida diaria, como los zapatos o una cuchara, los niños no lo entienden, excepto que estén en el contexto de salir o comer o necesiten ese objeto. Las dificultades lingüísticas van en un rango desde la ausencia de lenguaje a un lenguaje desarrollado, pero ecolálico, repetitivo y no comunicativo. Por otro lado, los caracterizan

como autosuficientes, independientes, niños que no se acercan o lo hacen de manera inapropiada, parece no interesarse por juguetes habituales de los niños, les cuesta mucho interactuar o relacionarse especialmente con pares, por ejemplo, en juegos cooperativos como tirar un camioncito ida y vuelta, o también, juegos imaginativos como disfrazarse y luchar como los personajes de la TV, en un rango desde el aislamiento total a intención de relacionarse, pero en forma inapropiada, excesiva e inadecuada (Grañana, 2014).

Asimismo, a partir del comportamiento en el hogar o lo observado por la docente en el ámbito escolar, los padres pueden identificar que sus hijos presentan ciertas y variadas dificultades en la conducta, como la tendencia a hablar de manera repetitiva, a realizar movimientos repetitivos como aletear con las manos, balancearse con el cuerpo o la cabeza, dar vueltas o caminar en puntas de pie, tienden a usar los objetos de modo no funcional, mecánico, como alinear audífonos, apilar, ordenar o clasificar objetos repetitivamente. También pueden ser rutinarios, angustiarse si cambian el trayecto o realizar una actividad sin anticiparle. Insisten siempre en usar las mismas ropas, en comer las mismas comidas o en preguntar reiteradamente lo mismo, aunque sepan la respuesta. Y suelen mostrar adherencia a cosas peculiares o juntar objetos inusuales. Muy frecuentemente la dificultad de conducta se acompaña de trastornos en la regulación sensorial, con fascinación o temor excesivo a sonidos comunes de la vida diaria; en relación a las texturas de los objetos pueden rechazar ciertas prendas o fascinarse con olores y sabores (Grañana, 2014).

Debido a esta gran preocupación, ansiedad e incertidumbre de la familia por la variedad de síntomas y comportamientos que puede presentar el niño, es importante que los profesionales de la salud o, en los mejores casos, un Servicio de Atención Temprana le sirva de apoyo desde el primer momento, ofreciendo asesoramiento y coordinación en sus problemas cotidianos, y en todo lo que se refiere a marco normativo y recursos disponibles

en el entorno. Se deben establecer procesos específicos de orientación, coordinación, diálogo y entrenamiento enfocados a la interacción y la comunicación en las primeras etapas de desarrollo (Márquez, 2012).

Álvarez et al. (2018) sostienen la importancia de la inclusión de la familia en el tratamiento, dándole un papel activo en todo el proceso, especialmente en el establecimiento de metas y prioridades, o para satisfacer sus necesidades de apoyo (orientación, información, ayudas económicas o fiscales, apoyo en el hogar, programas de ocio, estancias cortas e intervención en crisis, etc.). A tal efecto, Márquez (2012) expresa lo fundamental de que las familias que acuden a un Servicio de Atención Temprana, puedan disponer de información clara que les permita conocer, valorar y participar de la intervención de su hijo, teniendo en cuenta sus recursos y derechos. Por otro lado, Grañana (2014) sostiene que la familia es parte fundamental del equipo terapéutico para la aplicación en el hogar de las habilidades aprendidas, para funcionalizar y generalizar los contenidos incorporados, ya que no alcanza con las prácticas en el consultorio si después no se aplican en la vida diaria.

En resumen, la familia pasa a ser el principal y más permanente apoyo, es decir, que de su actuación van a depender muchas de las expectativas, posibilidades y bienestar de la persona con autismo. Por lo tanto, en consonancia a lo nombrado anteriormente por los autores, es importante conocer el contexto familiar para analizar el desarrollo de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo y estimular su aprendizaje potencial (Baña, 2015).

Para que la intervención sea la adecuada, los terapeutas deberán proporcionar apoyos y servicios dentro de los contextos naturales e inclusivos en los que el sujeto frecuenta. Creando actividades centradas en la familia, que por un lado tengan una índole

formativa- capacitadora, y por otro de colaboración con el colegio y contexto social, facilitando el logro de las metas propuestas de común acuerdo. Parte del trabajo que realizarán los profesionales de la salud, consiste en enseñar a los padres y madres cómo favorecer el desarrollo de sus hijos e hijas, cómo generalizar los aprendizajes y cómo afrontar problemas de conducta, en sus entornos naturales de desarrollo (Álvarez et al., 2018).

Por último, nos ha parecido importante reflexionar sobre el impacto que genera el diagnóstico de Autismo en la familia, suponiendo ansiedades, miedos e incertidumbre sobre el futuro del niño. Baña (2015) afirma que, si bien a lo largo de muchos años predominó una visión deficitaria, patológica y excepcional del trastorno, en las que la educación quedaba en las manos de especialistas y relegando a un segundo plano el papel de la familia. Progresivamente, se fue evolucionando a una visión más global e interactiva entre la persona con autismo y el contexto, basada no solo en sus necesidades y demandas, sino también en las del grupo familiar. Por lo tanto, se pasó de una concepción patológica, centrada en el déficit a otra educativa en la que el eje son las necesidades y demandas familiares.

Actualmente, en la mayoría de las familias, dadas las características particulares del TEA, se genera un aumento del estrés debido a que desconocen cómo tratarlos, cómo comunicarse, cómo afrontar los problemas de conducta, cómo “romper” su aislamiento, etc. De ahí desemboca la importancia de comprender qué le ocurre a un hijo o hija con TEA y aceptarlo, lo que lleva un proceso difícil y largo para la familia, y, en ocasiones, no se supera con el hecho de conocer el diagnóstico.

Como impactará el diagnóstico en la familia, dependerá de diversos aspectos entre los que Álvarez et al. (2018) destacan:

- La historia personal, la salud que tienen cuando reciben la noticia, el balance de pérdidas vitales y cómo las han superado, la formación y cultura y la iniciativa para proyectos suyos.
- Los rasgos personales como su madurez emocional, introversión/extroversión, su capacidad intelectual, su autonomía o dependencia, cómo afronten los cambios y los conflictos y sus habilidades comunicativas.
- La capacidad intelectual y la psicopatología asociada.
- La escala de valores como creencias religiosas, espirituales, ética, valores.
- La red de apoyos de que disponen, tanto el familiar como social, etc.

4. Marco Metodológico

4.1. Área de estudio:

La investigación se llevó a cabo en Argentina, un país perteneciente a la región de América del Sur, que adopta una forma de gobierno republicana, democrática, representativa y federal. A partir del Censo 2022, se registró una cantidad de 47.327.407 de habitantes en la región.

Posee una superficie de 3.761.274 km², que abarca tres tipos de espacios: el terrestre, el marítimo y el aéreo, en las que el Estado Nacional ejerce su autoridad y el control de manera exclusiva. Integra un total de 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ésta última designada como Capital Federal del país. Su idioma oficial es el español y su unidad monetaria es el peso.

El estudio se realizó por medios electrónicos, lo que permitió alcanzar un total de 16 provincias, y la Capital Federal, entre ellas se encuentra la provincia de Buenos Aires (34,48%), Córdoba (10,34%), Catamarca (3,45%), Santiago del Estero (6,90%), Corrientes (3,45%), Neuquén (6,90%), San Luis (6,90%), Santa Fe (6,90%), Santa Cruz (3,45%), Entre Ríos (3,45%), Chaco (3,45%), Jujuy (3,45%), Río Negro (6,90%), etc. (Ver tabla 1).

4.2. Tipo de investigación:

La presente investigación consta de un estudio pre-experimental, diseñado a partir de una técnica pre-prueba y una pos-prueba con un solo grupo. Se seleccionó este tipo de estudio con el objetivo de realizar una primera aproximación al campo de trabajo. Remitiéndonos a lo expuesto por Chávez et al. (2020), los pre-experimentos sirven para aproximarse al fenómeno que se estudia, administrando un tratamiento o estímulo a un grupo para generar hipótesis y después medir una o más variables para observar sus efectos.

Es decir, son útiles para el acercamiento exploratorio respecto a la realidad que se investiga, y que sirven como ensayo de nuevos experimentos más controlados.

A pesar de que muchos investigadores, rechazan y consideran inadecuada la utilización de estos estudios debido a su grado de control mínimo, existen otros que destacan su validez y eficacia en investigaciones actuales de las ciencias sociales. Defendiendo esta postura, Salas (2013) sostiene que los objetos de estudio en las ciencias sociales son más complejos, son de relaciones múltiples y no son fáciles de someterlos al control. Teniendo en cuenta la naturaleza de las disciplinas sociales, se propuso el uso de estos diseños como alternativas de solución, por un lado, ante la imposibilidad de que se pueda realizar un control absoluto de las variables, y por otro, ante la escasa posibilidad de replicar los estudios en las mismas circunstancias (Salas, 2013).

El diseño de pre-prueba y post-prueba con un solo grupo, se caracteriza por administrar un test previo al estímulo, es decir, tomar en cuenta un punto de referencia inicial, luego por realizar un seguimiento durante el tratamiento experimental y, finalmente, por aplicar una prueba posterior, con el objetivo de analizar si se presentan modificaciones entre una instancia y la otra (Sampieri et al., 2010).

Este tipo de investigación obtuvo un marco cuali-cuantitativo, debido a que permitió integrar de manera sistemática todos los datos recolectados, realizando una aproximación más completa al fenómeno en estudio. Los diseños mixtos, según Sampieri et al. (2010), logran alcanzar una perspectiva más integral, completa y holística, ya que exploran distintos niveles del problema de estudio, permitiendo un mayor entendimiento, ilustración o clarificación de los datos aportados por el método.

Al momento del análisis, todos los datos obtenidos tendrán el mismo nivel de importancia y relevancia, por la cual serán integrados. Por un lado, se espera que los datos

cuantitativos permitan dar cuenta de los efectos de la implementación del Proyecto ECHO® Autismo, mientras que los cualitativos, posibiliten explorar y comparar cuál es la percepción de los profesionales de la salud sobre su eficacia a la hora de trabajar con personas con autismo.

Evocando la clasificación de Sampieri et al. (2010), el alcance de esta investigación es de tipo *exploratorio*, el cual tiene la particularidad de examinar un tema o problema de investigación poco estudiado en el territorio, del cual no se ha abordado antes o se desea indagar nuevas áreas desde diferentes perspectivas. Es decir, estos diseños son útiles para que la población se familiarice con aquellos fenómenos relativamente desconocidos.

Refiriéndonos a esta investigación, se ha estudiado un Proyecto que, a pesar de su difusión e implementación en otros países, busca difundirse aún más y llegar a diferentes poblaciones. Por la cual se considera un fenómeno reciente y novedoso, lo que amerita e invita a continuar descubriendo su alcance.

4.3. Identificación y definición de variables:

Se establecieron dos variables principales para este estudio: por un lado, como variable independiente fue la implementación del Proyecto ECHO® Autismo, que se introdujo entre la pre-prueba y la post-prueba; y por otro, como variable dependiente la medición de la autoeficacia percibida de los terapeutas de personas con autismo, antes y después de la aplicación del estímulo.

4.3.1. Autoeficacia Percibida (Variable Dependiente)

- **Definición conceptual:** Garzón et al. (2021), definen a la *autoeficacia percibida* como la creencia que el individuo tiene sobre su capacidad para actuar en

determinados ámbitos de la actividad humana. Lo que implica en la persona una autovaloración específica de la expectativa de ser competente, o no, para realizar con éxito una tarea concreta en un determinado contexto.

- **Definición operacional:** la variable *autoeficacia percibida* de profesionales de la salud se evaluó aplicando un cuestionario previo al comienzo de las clínicas ECHO® y uno posterior para conocer los efectos de su implementación. El cuestionario está compuesto por 19 preguntas repartidas en 5 dominios, cada uno de ellos seleccionados con el objetivo de conocer que tan seguros se sentían los profesionales de salud en las siguientes áreas: (1) Screening del autismo; (2) Tratamiento; (3) Coordinación de la atención y Comunicación; (4) el Compromiso del cuidador, (5) y los Recursos disponibles sobre el TEA, y un último ítem en la que los participantes deben indicar del 1 al 10 la medida que mejor refleje su posición respecto a que tan efectivo se sienten como terapeutas. A su vez, persiguiendo diversos objetivos se administrará una Encuesta de Opinión al final de la última clínica. Esta compone 4 ítems, de la cual solo el ítem 3 será analizado por considerarse pertinente para esta investigación.

4.3.2. Implementación del Proyecto ECHO® Autismo (Variable Independiente)

- **Definición conceptual:** entendemos al *Proyecto ECHO®* como un movimiento que busca desmonopolizar el conocimiento y ampliar la capacidad local, con el fin de brindar mejores prácticas de atención a las personas desfavorecidas de todo el mundo, especialmente en áreas rurales y en lugares menos privilegiados que se encuentran alejados de los centros asistenciales y de los especialistas (Cohen, 2019). Es un modelo de formación a profesionales de la salud de distintas disciplinas

donde todos enseñan y todos aprenden, que se diseñó para dar respuesta a las necesidades de las minorías con el objetivo de que puedan disponer de una atención sanitaria de calidad. Se concibe, entonces, como una red de trabajo en donde se comparten conocimientos para crear un bucle de aprendizaje, en el cual los participantes son parte activa del proceso y aprenden junto a un equipo de expertos especializados en la temática en estudio.

- **Definición operacional:** la implementación del *Proyecto ECHO®* se llevó a cabo en ocho clínicas gratuitas (una por mes) de una duración de 90 minutos, utilizando tecnología de videoconferencia y chat a través de Zoom. En cada una de ellas se conectaron simultáneamente por internet los profesionales de la salud y sus equipos. Se caracterizaban por la presentación de casos clínicos complejos, siguiéndoles preguntas y comentarios por parte de la comunidad participante y luego recomendaciones de los expertos. Estos últimos, serán los encargados de hacer hincapié en aquellos aspectos del procedimiento de diagnóstico o tratamiento que son difíciles de manejar sin la formación y la experiencia especializada. También se incluyeron breves presentaciones sobre temas frecuentes o difíciles, llamadas “didácticas” (Cohen, 2019).

4.4. Población:

Remitiéndonos a lo expuesto por Sampieri et al. (2010), entendemos a la población como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, como por ejemplo el contenido, de lugar y el tiempo, entre otras; la población de esta investigación está definida por todos los profesionales de la salud que se inscribieron y

participaron de manera voluntaria en Proyecto ECHO®, es decir, 67 participantes inscriptos que completaron el cuestionario destinado a relevar las variables sociodemográficas.

Para captar y atraer a la población estudiada, se procedió a publicar en grupos y redes sociales, orientadas a profesionales de la salud y del ámbito educativo que trabajan con personas con autismo. Por otro lado, se acercó la propuesta a Centros de Atención Primaria de toda la Argentina, ofreciendo la posibilidad de ser partes del Proyecto en formación e investigación.

Se considera importante aclarar que, desde el lanzamiento de la propuesta hasta la última instancia de la implementación del Proyecto ECHO® Autismo, se informó a los profesionales interesados que tanto su participación en las clínicas, como la tarea de completar la batería de test, era totalmente voluntaria; por lo que en ningún momento se los obligó o persuadió a cumplimentar estas dos instancias.

4.5. Muestra:

Sampieri et al. (2010) definen a la muestra como un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, siendo representativa de la misma. Los autores señalan que muy pocas veces es posible medir a toda la población, de ahí la importancia de seleccionar una muestra que sea significativa, es decir, que este subconjunto sea un reflejo fiel del conjunto de la población.

De un total de 67 participantes inscriptos que completaron el cuestionario destinado a relevar las variables sociodemográficas, 45 realizaron la pre-prueba y 38 la pos-prueba con el agregado de las preguntas de opinión, de los cuales solo 29 respondieron en ambas instancias (después de 8 meses de participación en ECHO© Autismo).

A partir de los datos obtenidos y siguiendo los objetivos planteados en esta investigación, se toma como valor de la muestra $n=29$ profesionales de la salud residentes en Argentina, pertenecientes a distintas disciplinas y orientados a la atención primaria y terapéutica de personas con autismo.

Al seleccionar esta muestra, podemos entender que es de tipo *no probabilística*, ya que la elección de los participantes no se relaciona con la probabilidad, sino con las características y objetivos de la investigación, cómo, por ejemplo: el completar todas las instancias y cuestionarios del proceso (Sampieri et al., 2010).

4.6. Método:

4.6.1. Implementación del Proyecto ECHO®

Las clínicas de ECHO® Autismo se llevaron a cabo durante 8 meses (una vez al mes), en un periodo que fue del 17 de agosto de 2021 al 8 de marzo de 2022, utilizando tecnología de videoconferencia y chat a través de Zoom, accediendo desde dispositivos fijos (computadora de escritorio) y equipos móviles (celulares, tabletas, etc.). Por la cual, los requisitos tecnológicos necesarios para el desarrollo de cada clínica fueron: tener buena señal de conexión a internet, micrófono y una cámara de vídeo disponible durante los 90 minutos de cada encuentro.

Cada una de las clínicas se caracterizaba por conectar a los profesionales de la salud con el panel de expertos, comprendido por: un psicólogo clínico, una fonoaudióloga, una psicopedagoga con orientación a Coaching y acompañamiento para padres, una terapeuta ocupacional y un familiar con autismo. Los profesionales elegidos, cuentan con estudios especializados en Autismo y una gran experiencia trabajando y acompañando a personas con el diagnóstico. A cada uno de ellos, desde su especialidad, se le otorgó una tarea

específica que se relacionaba con la coordinación de la clínica, la preparación de didácticas, la facilitación de información, el ordenar el intercambio de diálogos y discusiones de los casos, y el suministrar recomendaciones y materiales relevantes durante la clínica, entre otras. También se conformó un equipo auxiliar voluntario, constituido por una psicóloga y tres estudiantes de último año de la carrera Lic. Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Su objetivo fue participar de los 8 encuentros, realizar un registro de las clínicas, y colaborar con la recolección de datos y las cuestiones referidas a la investigación.

Luego de cada encuentro, con el objetivo de que todos los participantes tengan acceso al conocimiento, se asignó una carpeta de Google Drive en la que se depositó el caso trabajado de forma grupal, las preguntas y recomendaciones otorgadas por los participantes y el panel de expertos, sumado a el material bibliográfico recomendado sobre el tema.

En cuanto a las clínicas, estas se desarrollaron siguiendo el modelo general del Proyecto ECHO® funcionando como una "red de conocimiento" en el que los participantes fueron activos en su proceso de aprendizaje. Fueron estructuradas en distintos segmentos, en un primer bloque un profesional experto se encargó de presentar una didáctica referida a un tema en particular sobre el autismo, posteriormente un segundo bloque basado en la presentación y discusión de un caso clínico real, y, por último, se dio lugar a un intercambio entre las preguntas de los participantes y los aportes de los expertos.

Los contenidos de las didácticas presentadas por el panel de experto, se centraron en los conocimientos y las mejores prácticas de atención a las personas con autismo. Los temas fueron: Desarrollo y Neurodiversidad; ¿Qué es el autismo?; Prácticas Basadas en la Evidencia para el Autismo; Bases Biológicas y Comorbilidades Médicas; La Importancia

de la Comunicación; Pautas de Intervención en Atención Temprana en Autismo; Autismo y Apoyo Familiar y Alteraciones Sensoriales en Autismo.

En cuanto a la presentación de casos, se incluyó en un formulario estandarizado información clínica anónima sobre un paciente real y se envió por mail a los asistentes de manera anticipada, con el objetivo de seguir la exposición del caso y el intercambio entre participantes, permitiéndoles, a su vez, comprender las recomendaciones del panel de expertos. Algunos casos fueron propuestos por los mismos participantes y se volvieron a presentar a modo de seguimiento (aproximadamente entre 6 y 8 semanas después de la presentación inicial) para supervisar su evolución. De este modo, los profesionales de la salud que participaron de las clínicas pudieron vivenciar un proceso de aprendizaje compartido, contando con el apoyo y oportunidad que brinda este tipo de formación y práctica guiada.

4.7. Técnica de recolección de datos:

En cuanto a la recolección de datos, se decidió utilizar una batería de cuestionarios autoadministrados, enviados a través de un link por correo electrónico y establecido en igualdad de tiempo y forma a todos los participantes. La recopilación de los mismos se realizó desde la herramienta de Google Forms, y luego se tabuló y analizó la información utilizando programa Excel.

Durante el tiempo de inscripción, los interesados en participar del Proyecto respondieron un cuestionario Sociodemográfico. Luego, una semana previa a la asistencia a la primera clínica, debieron completar un cuestionario (pre-prueba) que midió su Autoeficacia Percibida antes de que recibieran la formación del Proyecto ECHO® Autismo. Y, por último, al finalizar la última clínica se envió nuevamente el cuestionario de

Autoeficacia Percibida como pos-prueba, sumado a un cuestionario de Opinión con 4 ítems, al que se les otorgó un periodo de una semana para entregar su respuesta.

4.8. Técnicas e instrumentos:

De acuerdo a los objetivos planteados en este estudio, se administraron los siguientes instrumentos a todos los participantes (Ver anexo):

4.8.1. Cuestionario Sociodemográfico: se desarrolló con el motivo de conocer las características de los profesionales de la salud, describiendo su género, edad, lugar de residencia, profesión y especialidad, años de experiencia laboral, experiencia trabajando con personas con autismo y si integra un equipo interdisciplinario o prefiere desarrollarse de forma particular.

4.8.2. Cuestionario de Autoeficacia Percibida y Autismo: es un cuestionario de tipo Escala Likert adaptado de la Primary Care Autism Self-Efficacy (PCASE) Survey (Encuesta de Autoeficacia para el Autismo en Atención Primaria) desarrollado por Mazurek et al., (2016), destinado a medir la autoeficacia percibida en la detección y la gestión de niños con TEA de los participantes, antes y después de la implementación de las clínicas ECHO®.

En su versión original, lo podemos encontrar en el idioma ingles y consta de 57 ítems repartidos en 5 dominios: (1) Detección e identificación de TEA (7 ítems); (2) Derivación y Recursos de TEA (9 ítems); (3) Evaluación y tratamiento de las comorbilidades médicas (19 ítems); (4) Evaluación y tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas (13 ítems); y (5) 9 ítems que evalúan los aspectos adicionales de la atención a niños con TEA, como preguntas sobre vacunas, orientaciones anticipatorias, etc.

Con el objetivo de elaborar un cuestionario breve y sencillo, se decidió traducirlo al español y reducir su extensión a un total de 19 ítems agrupándolos en 5 dominios, que representan el abanico de actividades que realizan los profesionales que trabajan con personas con autismo. Se realizaron las siguientes modificaciones:

Dominio uno “Screening/Evaluación”: en la versión original se presentaban los siguientes ítems: “Utilizar herramientas estandarizadas para guiar el tratamiento” y “Utilizar la evaluación informal para orientar el tratamiento”, ambos fueron reemplazados por un solo ítem “utilizar herramientas de screening”; a su vez, se redujeron numerosos ítems que hacían referencia a las distintas comorbilidades del autismo y fueron reemplazados por un único ítem donde se condensaron todas ellas de la siguiente manera: “Detectar sintomatología asociada al autismo (problemas de sueño, estreñimiento, convulsiones, mala alimentación, etc.)”.

Esta sección contiene en total 4 ítems relacionadas con reconocer los signos de alerta, detectar sintomatología asociada, reconocer conductas desafiantes y desafíos sensoriales, y utilizar herramientas de screening

Dominio dos “Tratamiento”: los ítems “Seleccionar intervenciones de tratamiento basadas en evidencia”, “Aplicar estrategias de tratamiento eficaces” y “Seleccionar tratamientos adecuados”, presentes en la versión original, fueron reemplazados por un único ítem “Identificar intervenciones de tratamiento basadas en la evidencia”; a su vez, se reemplazaron diversos ítems que hacían referencia a considerar las necesidades del niño, a identificar si las mismas eran cubiertas y la importancia de intervenciones individualizadas, por una única consigna “Considerar las necesidades del paciente en las intervenciones”.

Esta sección contiene en total 3 ítems que se relacionan con identificar intervenciones y tratamientos basados en la evidencia, considerar las necesidades del

paciente en las intervenciones, y la modificación del enfoque del tratamiento según sea necesario.

Dominio tres “Coordinación de la atención y Comunicación”: se realizaron diferentes modificaciones entre ellas, se reemplazaron los ítems “Comunicar a los cuidadores los puntos fuertes y débiles del niño” por “Comunicar de manera positiva a los cuidadores sobre un presunto diagnóstico de autismo”, “Ayudar a los cuidadores a priorizar las necesidades del niño y sus objetivos” por “Psicoeducar a la familia o a los cuidadores” y “Adecuar expectativas y objetivos de trabajo con las familias/cuidadores”, “Comunicar al médico de cabecera del niño sobre el tratamiento” y “Mantener conversaciones con otros miembros del equipo” por un único ítem “Trabajar en equipo / hacer derivaciones oportunas”.

Esta sección contiene en total 6 ítems relacionados con comunicar de manera positiva a los cuidadores sobre un presunto diagnóstico de autismo, psicoeducar a la familia y a los cuidadores, trabajar en equipo con las familias, comunicarse con otros adultos significativos, adecuar expectativas y objetivos de trabajo con las familias, y trabajar en equipo y hace derivaciones oportunas.

Dominio cuatro “Compromiso con el cuidador”: se reemplazaron los siguientes ítems “Seleccionar los objetivos a trabajar en colaboración con los cuidadores”, “Enseñar a los cuidadores a utilizar estrategias basadas en la evidencia, como apoyos visuales... etc.”, “Guiar a los cuidadores en el uso de estrategias conductuales comunes para el manejo de conductas desafiantes”, “Discutir las opciones de tratamiento para abordar los comportamientos desafiantes...”, entre otras, por un único ítem donde se buscó englobar los anteriores “Diseñar intervenciones en contexto (por ejemplo.: determinar objetivos en casa, enseñar a utilizar estrategias, brindar recursos terapéuticos para diferentes espacios,

etc.) y se incorporó un ítem que se considera de suma importancia a la hora de trabajar con las familias “Identificar y disminuir el estrés de los cuidadores”.

Esta sección contiene en total 3 ítems que se relacionan con identificar y disminuir el estrés de los cuidadores, diseñar intervenciones en contexto, y comunicar a los cuidadores el progreso del niño con respecto a sus objetivos.

Dominio cinco “Recursos”: se extrajo el ítem “Discutir el proceso de educación especial con los cuidadores” debido a que no se consideró pertinente a esta dimensión.

De la misma forma se trabajó con los ítems que se dirigían a una misma tarea, pero se caracterizaban desde diferentes perspectivas, dejando en su lugar un solo ítem que integra el total de las competencias, y se descartaron aquellos que no se consideraban pertinentes para esta investigación.

Esta sección contiene en total 3 ítems relacionados a conectar a los cuidadores con los recursos adecuados que se encuentran disponibles en su comunidad, identificar objetivos que no tengan que ver con su disciplina base y acceder a fuentes confiables para obtener recursos disponibles en internet.

Los participantes debían calificar su grado de seguridad en cada una de las áreas en un puntaje de 1 a 6, siendo 1 (inseguro) la puntuación más baja y 6 (experto) la puntuación más alta. Se le asignaron 6 puntos, porque se consideraron los diferentes grados de confianza/seguridad que podían presentar los participantes frente a las diversas tareas: 1 (inseguro), 2 (muy poco seguro), 3 (poco seguro), 4 (seguro), 5 (bastante seguro) y 6 (experto).

Técnica de Diferencial Semántico: Osgood y sus desarrollaron un original método que mide las reacciones de las personas a palabras y conceptos de estímulo, en términos de

estimaciones sobre escalas bipolares definidas por adjetivos antónimos (Casas, Alzas & Casas L., 2015)

En esta investigación, la encuesta se presentó en el Item-20 del Cuestionario Autoeficacia Percibida y Autismo, consiste en presentar al sujeto una escala, en forma de pregunta, con dos actitudes totalmente opuestas en los extremos(ineficaz-eficaz), en la que debe indicar del 1 al 10 la medida que mejor refleje su posición, respecto a que tan efectivo se siente como terapeuta.

La selección de estas dos actitudes, se hizo con el objetivo de generalizar y dar cierre a un instrumento que presentó 19 ítems con diversas tareas y roles que desarrolla el profesional que trabaja con personas con autismo. Luego de que los participantes indicaran de manera específica su seguridad frente a cada una de ellas, consideramos pertinente indagar su autoeficacia percibida a nivel global, es decir, como se posiciona su actitud frente a esos dos polos opuestos (ineficaz-eficaz).

4.8.3. Cuestionario de Opinión: conformado por cuatro preguntas abiertas resultado de la integración y adaptación de otros dos cuestionarios: a) de la Opinión de los profesionales de la salud sobre asistencia actual a los pacientes con TEA (OTEA), compuesto por preguntas para conocer la opinión de los profesionales sobre la disponibilidad de información respecto al diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, así como referente a la formación de los especialistas, en sus distintas áreas geográficas; y (b) de la Opinión de los profesionales de la salud sobre la disponibilidad de instalaciones y la ley que atiende las necesidades y los derechos de los niños con autismo infantil y otros trastornos del desarrollo (OFLCA - Opinion on Availability of Facilities and Law caring for the needs

and rights of Children with Childhood Autism and other Developmental Disorders).

Solamente se analizará el ítem-3 (¿Cómo calificarías tus competencias profesionales en relación con el autismo antes y después de tu participación en el Proyecto ECHO®?) por considerarse pertinente para esta investigación.

4.9. Consideraciones Éticas:

Cada uno de los participantes del Proyecto ECHO® Autismo fue informado correctamente sobre los alcances y objetivos del mismo. De la misma forma, se manifestó desde el comienzo hasta la finalización de las clínicas, que tanto su participación en los encuentros como en la respuesta de los cuestionarios, era totalmente voluntaria, garantizando su confidencialidad y determinando el anonimato de sus datos. Por lo que, en ninguna instancia, se obligó o persuadió a los participantes a cumplimentar en el proceso.

5. Resultados y análisis de datos

5.1. Cuestionario Sociodemográfico:

En función de los datos recolectados en el cuestionario de variables demográficas, podemos especificar las características de los profesionales participantes: el total de la muestra corresponde a mujeres de un intervalo etario que se ubica entre los 24 y 51 años, encontrándose la mayoría de ellas en un rango entre 30-39 años de edad (37,93%) y entre los 24 y 29 años (34,48%). Gran parte de las participantes residen en la provincia de Buenos Aires incluyendo Capital Federal (34,48%), siguiéndole la provincia de Córdoba (10,34%), ubicándose el resto en menor proporción en distintas ciudades del país, como, por ejemplo: Santa Fe (6,90%), San Luis (6,90%), Neuquén (6,90%), entre otras (Ver tabla 1).

En cuanto a la especialidad, gran parte de los participantes se desempeñan en el área de la Psicología (34,48%), la Fonoaudiología (24,14%) y la Psicopedagogía (20,69%). El 55,17% refiere tener un ejercicio profesional entre 1 y 10 años, y el total de los profesionales si bien afirma trabajar o haber trabajado con niños con autismo, la mayoría atiende un número reducido de personas con esta condición por año (hasta diez pacientes por años el 62,07%). Asimismo, el 51,72% de los profesionales integra equipos interdisciplinarios y el resto trabaja de forma particular. Independientemente de esto, los profesionales en su totalidad han mencionado que compartirán los conocimientos adquiridos durante la formación con su equipo y/o colegas (Ver tabla 1).

5.2. Nivel de autoeficacia percibida de los terapeutas de personas con autismo

Con el propósito de responder a los objetivos que han guiado la presente investigación, se ha decidido en un primer momento analizar los datos obtenidos en el

Cuestionario de Autoeficacia Percibida y Autismo en sus 5 dominios. Para conocer si existió una modificación en la variable dependiente (Autoeficacia Percibida de los profesionales de la salud) a partir de la Implementación del Proyecto ECHO® Autismo (variable independiente), se administró una pre-prueba al inicio y una post-prueba al finalizar, y luego se estudió y comparó ambas instancias investigativas.

El instrumento presenta una Escala Likert (19 ítems), en donde los participantes debían calificar su grado de seguridad en cada una de las áreas en un puntaje de 1 a 6, siendo 1 (inseguro) la puntuación más baja y 6 (experto) la puntuación más alta (Ver tabla 2). A su vez, este cuestionario cuenta una pregunta en el último ítem (I-20) que corresponde a una Técnica de Diferencial Semántico y se expone de la siguiente manera: “Del 1 al 10, ¿Qué tan efectivo te sentís como terapeuta?”.

Las puntuaciones se obtuvieron sumando los valores totales alcanzados por cada participante en los 19 ítems de la pre-prueba y la post-prueba, y luego se calculó el puntaje bruto correspondiente a cada dimensión. Por último, se promediaron los resultados con el objetivo de comparar cuantitativamente los dos momentos.

Los puntajes totales de los participantes obtenidos en la pre-prueba comprendieron desde 45 (el más bajo obtenido) a 95 puntos (el más alto), obteniendo un promedio entre 2,37 y 5 puntos cada uno y un total de 72,9 puntos (Ver tabla 3). A su vez, se analizaron los resultados alcanzados en los respectivos dominios: D1 (13,59), D2 (11,34), D3 (24,45), D4 (11,83) y D5 (11,69).

Mientras que en la post-prueba el valor más bajo alcanzado fue 55 y el más alto 102, posicionándose los promedios de los participantes entre 3,35 y 6,05 y obteniendo un total de 85,31 puntos (Ver tabla 4). Observando los dominios se hallaron los siguientes puntajes en cada de ellos: D1 (17,66), D2 (13,52), D3 (27,83), D4 (13,10) y D5 (13,21)

Comparando los resultados (Ver tabla 5), se puede observar un aumento total de 12,41 puntos entre la pre-prueba y la post-prueba, que fue reflejado específicamente en cada uno de los dominios: D1 (+4,07), D2 (+2,17), D3 (+3,38), D4 (+1,28) y D (+1,52). Podría decirse que en los dominios en donde se halló una mayor modificación entre la pre-prueba y la post-prueba fueron (1) Screening y (3) Coordinación de la atención y comunicación.

En el ítem 20, los participantes debían seleccionar una posición entre el 1 y el 10 según cuan efectivos se sentían como terapeutas. Los resultados de la pre-prueba arrojaron que la puntuación más baja elegida fue 4 y la más alta 9, obteniendo un promedio de 6,93 puntos en total. Mientras que, en la post-prueba, el puntaje más bajo fue 5 y el más alto un 10, alcanzando un promedio de 7,79 puntos en total (Ver tabla 6). Comparando ambas instancias se puede observar que el aumento es mínimo, ya que la diferencia entre una instancia y la otra es de 0,86 puntos.

En el Ítem-3 de la Encuesta de Opinión, los participantes debían calificar sus competencias profesionales en relación con el autismo antes y después de tu participación en el Proyecto ECHO®. Comparando ambos momentos, se registró en el 59% de los participantes un aumento de 1 punto sobre 5, en el 28% un incremento de 2 puntos sobre 5 y en 14% restante sin modificación. El 86% de los participantes percibió una variación ascendente en sus competencias luego de que participaran en el Proyecto ECHO® Autismo (ver tabla 7).

En contraste con la mínima modificación en la autoeficacia percibida que se observa analizando los datos arrojados en la pre-prueba y post-prueba del Cuestionario, la Encuesta de Opinión refleja aumentos significativos en la percepción de las competencias adquiridas. Por lo tanto, se decidió comparar el Item-20 del cuestionario pre-prueba que consultaba

sobre la autopercepción de eficacia puntuándola del 1 al 10, con los resultados obtenidos en Item-3 de la Encuesta de Opinión, centrándonos en como calificaron sus competencias profesionales en relación con el autismo *antes* de su participación en el Proyecto ECHO©.

A los fines de establecer la comparación se definieron las siguientes equivalencias entre los resultados del Cuestionario y la Encuesta de Opinión (Ver tabla 8).

El ítem-20 de la pre-prueba tiene como fin investigar la percepción que tienen los participantes sobre su eficacia antes de la implementación del Proyecto ECHO©, mientras que en el ítem-3 de la Encuesta de Opinión, al ser administrada al finalizar del mismo, invita a que evalúen de manera retrospectiva como consideran que eran sus competencias antes de participar. Es decir, que en el primero indicaron como creían que era su autoeficacia en ese momento, mientras que en el segundo pudieron evaluar con más elementos las competencias con las que iniciaron el curso.

Comparando ambos resultados (Ver tabla 9), podemos observar que, luego de realizar la capacitación, el 86% de los participantes consideraron sus competencias iniciales con valoraciones inferiores a las que habían utilizado en el cuestionario pre-prueba. Esta variación descendente, podría invitarnos a pensar que la percepción de la eficacia inicial en un primer momento estuvo sobrevalorada, es decir, que los participantes creían que su eficacia como terapeutas era elevada. Pero al incorporar nuevos recursos en la formación, reflexionaron que sus competencias no eran tan altas como lo percibían, lo que los llevó a puntuarlas más bajo en la encuesta final.

Se nombrarán a continuación algunos de los comentarios, aportados por los participantes al justificar su respuesta en el Item-3, que nos permitieron sostener la hipótesis anterior:

- “Adquirí información nueva, descubrí puntos de vista diferentes para resolver las problemáticas de mis niños” Participante N° 6 – fonoaudióloga, valoró su eficacia inicial como muy buena en la pre-prueba e insuficiente en la Encuesta de Opinión.
- “Antes me sentía insegura en muchas cosas, pero gracias a este proyecto hoy puedo ver y entender muchas cosas que antes no estaba viendo”. Participante N°10 – fonoaudióloga, valoró su eficacia inicial como muy buena en la pre-prueba y regular en la Encuesta de Opinión.
- “Insuficiente porque hay muchas cosas que no estaba pudiendo observar como profesional”. Participante N°11- Lic. en Psicomotricidad, valoró su eficacia inicial como muy buena en la pre-prueba e insuficiente en la Encuesta de Opinión.
- “Creo que todavía me falta mucha capacitación”. Participante N°18 – psicóloga, valoró su eficacia inicial como muy buena en la pre-prueba y regular en la Encuesta de Opinión.
- “Porque no tengo tanta experiencia”. Participante N°23 – psicopedagoga, valoró su eficacia inicial como muy buena en la pre-prueba y regular en la Encuesta de Opinión.
- “No califico más porque requiero de tiempo para sentarme a estudiar e investigar” Participante N° 26 – psicóloga, calificó su eficacia inicial como muy buena en la pre-prueba y adecuada en la Encuesta de Opinión.

5.3.Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones:

En la presente investigación, de manera global, podemos observar que el estudio se vio limitado por el pequeño tamaño de la muestra, la falta de comparación con un grupo

control, ya que se administró la batería de test a un mismo grupo antes y después del Proyecto ECHO® Autismo, y el bajo nivel de control de las variables, que no permitieron arribar a resultados absolutos.

En cuanto a la muestra reducida, debemos aclarar que, debido a que la participación era totalmente voluntaria y sin evaluaciones de progreso, se consideró desde un principio la posibilidad de un descenso de presentes a lo largo de las clínicas, y desde luego, una disminución en la respuesta de los cuestionarios. Por tal razón, podemos ver diferencias entre la cantidad de profesionales inscriptos y los 29 totales que conformaron la muestra de esta investigación.

Por otra parte, al elegir un diseño pre-experimental de pre-prueba y post-prueba a un mismo grupo, se recorrió el proceso investigativo con ciertas limitaciones, teniendo en cuenta el bajo nivel de control de todas las variables que puedan llegar a influir los resultados y aplicando la batería de test a un solo grupo, sin poder visualizar diferencias con un grupo de control. Sin embargo, se considera que los resultados fueron valiosos y permitieron realizar un primer acercamiento al problema en cuestión, sirviendo de aproximación a futuros estudios con muestras más grandes y registros más rigurosos; que, como se nombró anteriormente, resulta complejo ya que nos encontramos en el campo de las ciencias sociales y nuestro objeto de estudio son seres humanos.

Con el objetivo de compensar estas limitaciones, se decidió no solamente realizar un seguimiento al grupo entre la administración de la pre-prueba y post-prueba, sino también solicitarles a los participantes que completen, por un lado, un Cuestionario de Opinión, que evaluó la percepción de los profesionales sobre sus competencias antes y después de participar en el Proyecto. Lo que nos permitió conocer y contextualizar, no solamente con

datos cuantitativos sino también cualitativos, la percepción de cada uno de los participantes antes y después de ser parte del Proyecto ECHO© Autismo.

Vale aclarar, que teniendo en cuenta estos obstáculos, se analizaron los datos con suma precaución, pretendiendo en todo momento evitar generalizaciones o expresiones absolutas.

6. Conclusiones

*El verdadero conocimiento es saber
la magnitud de la propia ignorancia.
Confucio (551 - 479 a. C)*

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad conocer el impacto del Proyecto ECHO® Autismo sobre la autoeficacia percibida de los profesionales de la salud que participaron de la formación.

A partir del análisis de datos, se puede concluir que el impacto del Proyecto ECHO® se vincula con un aumento en la autoeficacia percibida de los participantes, si se considera la variación entre la pre-prueba y la post-prueba que arroja un puntaje de 12,41 puntos sobre 100. Se observó una diferencia mayor en los dominios de Screening y Evaluación del Autismo y Coordinación de la atención y Comunicación, del Cuestionario de Autoeficacia Percibida y Autismo.

Teniendo en cuenta estos resultados y los comentarios aportados por los participantes, podríamos pensar que la participación del Proyecto ECHO® permitió que los profesionales se sientan más seguros a la hora de realizar screening, armar intervenciones ajustadas a las necesidades de las personas y su familia, realizar derivaciones, trabajar en contexto, entre otras. Se podría decir, que se perciben más capaces y, por lo tanto, se encuentran mejor posicionados a responder las demandas de sus pacientes. Tal como indica Bandura en su teoría, al mejorar su percepción de eficacia, los participantes podrían tender a desarrollar tareas más desafiantes e incluso proponerse metas y objetivos más elevados.

Por otro lado, en contraste con los resultados de la comparación pre-prueba y pos-prueba, las respuestas obtenidas en el cuestionario de opinión muestran un significativo aumento de la autoeficacia percibida. Al ser interrogados sobre cómo creían que eran sus

competencias antes del Proyecto y cómo las evaluaban luego de haber recibido la formación, el 86% de los participantes asignó una calificación superior, identificando una diferencia de 1 o 2 puntos en una escala de cinco entre la situación de partida y la percibida luego de finalizar el curso.

Por otro lado, se considera importante recalcar las diferencias encontradas en la comparación de los resultados entre el ítem-20 de la pre-prueba y el ítem-3 de la Encuesta de Opinión. Mientras que en el primero se observó que la mayoría de los participantes puntuaron su eficacia con 7 y 8 puntos, en la Encuesta de Opinión indicaron que eran insuficientes, regulares y algunos adecuadas. Se podría pensar que, antes de participar del Proyecto, los profesionales consideraban que tenían conocimientos y un buen uso de las practicas referidas a esta área, y como efecto de la formación recibida, pudieron poner en crisis la percepción de su autoeficacia inicial y generar mayor consciencia sobre la falta de conocimientos y habilidades que justifican la necesidad de sumarse a los objetivos del Proyecto ECHO® Autismo.

Esto conduce a inferir que el hallazgo principal al que se arriba en este trabajo, es que el Proyecto ECHO® reconfiguro la percepción inicial de la autoeficacia, provocando en los participantes una toma de conciencia sobre la falta de capacitación que tenían antes de participar en la formación.

Finalmente, el impacto del Proyecto ECHO® Autismo sobre la autoeficacia percibida es significativo en cuanto que genera en los participantes una revisión de sus conocimientos y competencias, reconociendo la necesidad de capacitación específica en los dominios propios de la práctica profesional con personas con autismo. A partir de esta toma de conciencia es que, además, perciben que la formación impacta positivamente en su

autoeficacia, adquiriendo seguridad y confianza suficiente en el manejo de sus habilidades, para aportar a la comunidad las mejores prácticas e intervenciones en autismo.

Referencias bibliográficas

- Álvarez R., et al., (2018). Manual didáctico para la intervención en atención temprana en trastornos del espectro autista.
- American Psychiatric Assosiation, (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.
- American Psychiatric Assosiation, (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM V.
- Baña, M., (2015). el rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336.
- Barrios N. & Soto V., (2016). Trastornos del Espectro Autista: estrategias para padres. *Desafiando al autismo*. Fundación Brincar.
- Casas, J. Alzas T. & Casas L., (2015). Actitudes hacia la sexualidad en estudiantes de enfermería: Un análisis con Diferencial Semántico y Redes Asociativas Pathfinder. *Revista de Psicología y Educación*, 10(1), 33-54.
- Chacón Corzo, C. (2006). Las creencias de autoeficacia: un aporte para la formación del docente de inglés. *Acción pedagógica*, 15(1), 44-54.
- Chávez, S., Esparza del Villar, O. & Ríos Velasco, L., (2020) Diseños pre-experimentales y cuasi-experimentales aplicados a las ciencias sociales y la educación. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(2), 167-178.
- Cohen, H., (2019). Proyecto ECHO: ¿es posible democratizar la atención médica en América Latina? *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 49(1). Sociedad Argentina de Gastroenterología.

- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, (2005). Libro blanco de la atención temprana. 3ra Edición, ARTEGRAF, S.A. Madrid.
- Fundación Neurodiversidad, (2021). Descubriendo las condiciones del espectro del autismo.
- Garzón A., et al., (2021). Evidencia de validez de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas (EAPESA). *Revista electrónica de investigación educativa*, 23(06).
- Giachetto G., Casuriaga A., Santoro A., Kanopa V., Garrido G., Fernandez J., Cohen H., & Sohl K., (2019). Extension for Community Healthcare Outcomes Uruguay: A New Strategy to Promote Best Primary Care Practice for Autism. *Global Pediatric Health*, 6, 1-7.
- Gómez S., (2014). El trastorno del espectro del autismo: Retos, oportunidades y necesidades. *Informes Psicológicos*, 14(2).
- Márquez C. (2012). Recomendaciones a familias que buscan atención temprana para su hijo con trastorno del espectro del autismo. *Portada Asociación Española de Profesionales del Autismo*.
- Martínez E., Ibáñez S., Ceán L., Domingo R., Alarcón H., & Martínez S. (2017). Nivel formativo sobre trastornos del espectro autista (TEA) entre los pediatras de atención hospitalaria. *Anales de Pediatría*, 86(6), 329-336.
- Mazurek, M., Brown R., Curran A. & Sohl K. (2016). ECHO® Autism: A New Model for Training Primary Care Providers in Best-Practice Care for Children with Autism. *Clinical Pediatrics*, 56(3), 247-256.

- Mazurek M., Stobbe G., Loftin R., Malow B., Agrawal M., Tapia M., & Sohl K., (2019). ECHO® Autism Transition: Enhancing healthcare for adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 1-12.
- Mazurek M., Parker R., Chan J., Kuhlthau K. & Sohl K., (2020). Effectiveness of the Extension for Community Health Outcomes Model as Applied to Primary Care for Autism. A Partial Stepped-Wedge Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 174(5).
- Olivari C. & Urra E., (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.
- Ornelas M., Blanco H., Gastélum G. & Chávez A. (2012). Autoeficacia Percibida en la conducta Académica de Estudiantes Universitarias. *Formación universitaria*, 5(2), 17-26.
- Pereyra C., et al., (2018). Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCSP*, 16(2), 299-325.
- Ramírez, A. et al., (2019). Nuevas categorías diagnósticas en Trastorno del Espectro del Autismo (TEA): Evolución hacia DSM-5 y CIE-11. *Interpsiquis, XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*.
- Riveros A., Koc D. & Meza M., (2020). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja, Perú, 1-34.

- Romero, M., Aguilar, J., Del Rey Mejías, A., Mayoral, F., Rapado, M., Peciña, M., Barbancho, M., Ruiz Veguilla, M. & Lara, J., (2016). Comorbilidades psiquiátricas en los Trastornos del Espectro Autista: estudio comparativo entre los criterios DSM-IV-TR y DSM-5. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 266-275.
- Salas, E., (2013). Diseños pre-experimentales en psicología y educación: una revisión conceptual. *Liberabit*, 19(1), 133-141.
- Sampieri, R., Fernández C. & Baptista M., (2010). Metodología de la investigación. Quinta Edición.
- Sánchez, S., (2020). Paradigma de la Neurodiversidad: una nueva forma de comprender el Trastornos del Espectro Autista. *Revista de estudiantes de Terapia Ocupacional*, 7(1), 19-35.
- Sockalingam, S., Arena, A., Serhal, E., Mohri, L., Alloo, J. & Crawford, A., (2017). Building Provincial Mental Health Capacity in Primary Care: An Evaluation of a Project ECHO® Mental Health Program. *Academic Psychiatry*, 42(4), 451-457.
- Sohl, K., Mazurek, M. & Brown, R., (2017). ECHO® Autism: Using Technology and Mentorship to Bridge Gaps, Increase Access to Care, and Bring Best Practice Autism Care to Primary Care. *Clinical Pediatrics*, 56(6), 509–511.
- Vivanti G. & Vivanti D., (2017). Los criterios de diagnóstico para el Autismo. *Autism Europe*.

Anexos

Tabla 1:
Características sociodemográficas de la muestra experimental

	n=29	\bar{x}		n=29	\bar{x}
Especialidad			Experiencia profesional (años)		
Fonoaudiología	7	24,14%	< 1	7	24,14%
Psicología	10	34,48%	1 – 5	10	34,48%
Terapista Ocupacional	1	3,45%	5 – 10	6	20,69%
Médica	1	3,45%	> 10	6	20,69%
Psicopedagoga	6	20,69%			
Psicomotricidad	1	3,45%			
Otra	3	10,34%			
Provincia			Pacientes con diagnóstico de autismo por año		
Córdoba	3	10,34%	0 - 5	10	34,48%
Catamarca	1	3,45%	5 - 10	8	27,59%
Santiago del Estero	2	6,90%	10 - 20	3	10,34%
Corrientes	1	3,45%	20 - 30	5	17,24%
Buenos Aires / Capital			70 - 80	1	3,45%
Federal	10	34,48%	> 100	2	6,90%
Neuquén	2	6,90%			
Santa Fe	2	6,90%			
San Luis	2	6,90%			
Santa Cruz	1	3,45%	Profesionales con los que compartirá estos conocimientos		
Entre ríos	1	3,45%	1 a 5	6	20,69%
Chaco	1	3,45%	5 a 10	10	34,48%
Jujuy	1	3,45%	Más de 10	13	44,83%
Rio Negro	2	6,90%			
Edad (años)			Trabaja en un establecimiento de forma		
24 – 29	10	34,48%	Particular	14	48,28%
30 – 39	11	37,93%	Interdisciplinaria	15	51,72%
40 – 51	8	27,59%			

Tabla 2:

Respuestas y puntajes a la Escala Likert

Grado de seguridad	Puntaje
Inseguro	1
Muy poco seguro	2
Poco seguro	3
Seguro	4
Bastante seguro	5
Experto	6

Tabla 3:*Puntuaciones del Cuestionario Autoeficacia Percibida y Autismo en la pre-prueba*

n=	DOM-1				DOM-2			DOM-3					DOM-4			DOM-5			Total	\bar{X}	
1	5	4	4	3	4	5	4	3	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	79	4,16
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	77	4,05
3	3	4	4	2	2	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	63	3,32
4	3	2	3	1	1	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	5	1	46	2,42
5	3	4	4	3	5	4	3	4	3	3	4	3	4	4	3	4	5	4	5	72	3,79
6	5	5	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	4	85	4,47
7	3	3	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	3	5	83	4,37
8	3	2	2	1	4	5	3	2	3	4	4	3	2	3	4	4	4	3	4	60	3,16
9	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	74	3,89
10	4	4	5	3	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	85	4,47
11	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	3	86	4,53
12	5	5	5	2	5	5	5	5	5	6	6	6	6	5	5	5	5	4	5	95	5,00
13	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	57	3,00
14	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	4	3	2	5	66	3,47
15	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	72	3,79
16	3	2	2	2	3	4	3	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	4	58	3,05
17	6	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	95	5,00
18	3	3	5	4	3	4	4	5	5	6	6	5	6	4	4	4	4	4	4	83	4,37
19	4	4	4	2	3	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	5	4	5	80	4,21
20	2	2	1	1	2	3	3	1	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	48	2,53
21	4	3	4	4	3	5	5	5	5	6	6	5	4	4	4	6	5	4	3	85	4,47
22	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	68	3,58
23	4	4	5	3	3	3	5	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	73	3,84
24	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	84	4,42
25	3	2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	62	3,26
26	4	4	3	3	4	5	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	5	4	4	74	3,89
27	3	4	4	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	84	4,42
28	2	2	2	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	45	2,37
29	4	4	3	4	3	5	4	3	3	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	75	3,95
\bar{X}	13,58				11,34			24,45					11,83			11,69			72,90		

Tabla 4:
Puntuaciones del Cuestionario Autoeficacia Percibida y Autismo en la post-prueba

n=	DOM-1				DOM-2				DOM-3					DOM-4			DOM-5			Total	\bar{X}
1	5	5	4	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	89	4,50
2	5	4	4	3	3	6	5	3	5	6	5	5	5	4	5	6	5	3	6	88	4,50
3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	91	4,70	
4	5	4	4	3	4	5	6	5	3	5	4	4	5	5	4	5	4	3	4	82	4,30
5	5	5	5	3	3	4	4	3	4	5	4	3	4	4	4	4	4	3	5	76	4,05
6	5	5	5	5	4	4	5	4	3	5	5	5	4	5	4	5	5	6	6	90	4,80
7	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	3	4	5	5	5	5	86	4,65
8	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	75	4,15
9	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	91	5,00
10	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	85	4,75
11	5	5	5	5	5	5	5	4	4	6	6	5	5	4	3	3	5	3	4	87	4,90
12	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	55	3,35
13	5	5	5	4	4	5	5	5	5	6	6	5	5	5	5	5	6	5	5	96	5,45
14	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	73	4,35
15	4	6	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	88	5,15
16	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	91	5,35
17	5	5	5	5	4	5	5	5	6	6	5	5	5	5	4	5	5	5	5	95	5,60
18	5	5	5	5	4	4	4	5	6	5	6	6	5	6	5	6	4	5	5	96	5,70
19	6	5	5	6	5	6	6	6	5	6	5	5	6	5	5	6	4	5	5	102	6,05
20	5	5	5	6	6	5	5	6	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	96	5,80
21	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	3	3	4	3	4	4	77	4,90
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	5	4	4	5	5	5	5	94	5,80
23	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	95	5,90
24	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	3	3	4	4	4	5	78	5,10
25	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	83	5,40
26	4	4	5	3	4	5	4	4	4	5	5	4	5	3	3	5	3	3	4	77	5,15
27	4	4	5	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	75	5,10
28	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	93	6,05
29	4	4	5	3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	70	4,95
\bar{X}	17,66				13,52				27,83					13,10			13,21			85,31	

Tabla 5:
Variación entre las puntuaciones de la pre-prueba y la post-prueba

	D-1	D-2	D-3	D-4	D-5	Total
Pre-Prueba	13,59	11,34	24,45	11,83	11,69	72,90
Post-Prueba	17,66	13,52	27,83	13,10	13,21	85,31
Δ	4,07	2,17	3,38	1,28	1,52	12,41

Tabla 6:		
<i>Puntajes obtenidos en el Item-20</i>		
n=	PRE-PRUEBA	POST-PRUEBA
1	7	8
2	7	5
3	5	8
4	7	7
5	7	8
6	8	9
7	7	8
8	7	7
9	7	9
10	7	6
11	8	7
12	8	5
13	8	8
14	7	6
15	7	8
16	8	9
17	9	9
18	8	9
19	6	10
20	5	8
21	8	8
22	4	9
23	8	9
24	8	7
25	4	8
26	7	7
27	7	8
28	5	8
29	7	8
\bar{x}	6,93	7,79
Δ	0,86	

Tabla 7:
Resultados del Item-3 de la Encuesta de Opinión.

n=	Antes	Despues	Variación
1	Adecuadas	Muy buenas	1
2	Adecuadas	Muy buenas	1
3	Insuficientes	Adecuadas	1
4	Adecuadas	Muy buenas	1
5	Muy buenas	Excelentes	1
6	Insuficientes	Adecuadas	2
7	Adecuadas	Muy buenas	1
8	Adecuadas	Adecuadas	0
9	Adecuadas	Adecuadas	0
10	Regulares	Adecuadas	1
11	Insuficientes	Regulares	1
12	Adecuadas	Adecuadas	0
13	Regulares	Muy buenas	2
14	Adecuadas	Muy buenas	1
15	Regulares	Adecuadas	1
16	Regulares	Adecuadas	1
17	Adecuadas	Muy buenas	1
18	Regulares	Adecuadas	1
19	Adecuadas	Adecuadas	0
20	Insuficientes	Adecuadas	2
21	Insuficientes	Adecuadas	2
22	Adecuadas	Muy buenas	1
23	Regulares	Adecuadas	1
24	Regulares	Adecuadas	1
25	Regulares	Muy buenas	2
26	Adecuadas	Muy buenas	1
27	Adecuadas	Excelentes	2
28	Adecuadas	Excelentes	2
29	Regulares	Muy buenas	2
Total		Δ +1	59%
29		Δ +2	28%
		Δ Nula	14%

Tabla 8:

Equivalencias entre los resultados del Cuestionario y la Encuesta de Opinión

Puntos	Valoración
1-2	Insuficiente
3-4	Regular
5-6	Adecuada
7-8	Muy buena
9-10	Excelente

Tabla 9:

Comparación entre los resultados del Item-20 de la pre-prueba y el Item-3 (antes) de la Encuesta de Opinión.

n=	Item-20/Pre-prueba	Item-3 Encuesta/Antes	Variación
1	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
2	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
3	Adecuadas	Insuficientes	Descendente
4	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
5	Muy buenas	Muy buenas	Nula
6	Muy buenas	Insuficientes	Descendente
7	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
8	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
9	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
10	Muy buenas	Regulares	Descendente
11	Muy buenas	Insuficientes	Descendente
12	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
13	Muy buenas	Regulares	Descendente
14	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
15	Muy buenas	Regulares	Descendente
16	Muy buenas	Regulares	Descendente
17	Excelente	Adecuadas	Descendente
18	Muy buenas	Regulares	Descendente
19	Adecuadas	Adecuadas	Nula
20	Adecuadas	Insuficientes	Descendente
21	Muy buenas	Insuficientes	Descendente
22	Regulares	Adecuadas	Descendente
23	Muy buenas	Regulares	Descendente
24	Muy buenas	Regulares	Descendente
25	Regulares	Regulares	Nula
26	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
27	Muy buenas	Adecuadas	Descendente
28	Adecuadas	Adecuadas	Nula
29	Muy buenas	Regulares	Descendente
Total		V. Ascendente	0%
29		V. Descendente	86%
		V. Nula	14%

Cuestionario para revelar las variables sociodemográficas de los profesionales de la salud

Por favor responda a las siguientes preguntas de manera fehaciente. Gracias por tu tiempo.

- 1) Indique su género
- 2) ¿Cuál es su edad?
- 3) Mencione su lugar de residencia
- 4) ¿Cuál es su área de especialidad/profesión?
- 5) ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene?
- 6) ¿Cuántos años de trabajo posee con pacientes con autismo?
- 7) Usted, ¿integra un equipo interdisciplinario o se desarrolla laboralmente de forma
- 8) particular?

Cuestionario Autoeficacia Percibida y Autismo

Por favor, califica tu grado de SEGURIDAD respecto a tu CAPACIDAD para hacer EFECTIVAMENTE las siguientes intervenciones, (considerando que 1 es inseguro y 6 experto).

1. INSEGURO
2. MUY POCO SEGURO
3. POCO SEGURO
4. SEGURO
5. BASTANTE SEGURO
6. EXPERTO

SCREENING/ EVALUACIÓN						
¿Qué tan seguro estás acerca de tu efectividad para...?	Inseguro	Muy poco seguro	Poco seguro	Seguro	Bastante seguro	Experto
1) Reconocer los signos de alerta del autismo	1	2	3	4	5	6
2) Detectar sintomatología asociada al autismo (problemas de sueño, estreñimiento, convulsiones, mala alimentación, etc.)	1	2	3	4	5	6
Reconocer conductas desafiantes y desafíos sensoriales.	1	2	3	4	5	6
Utilizar herramientas de Screening.	1	2	3	4	5	6
TRATAMIENTO						
¿Qué tan seguro estás acerca de tu efectividad para...?	Inseguro	Muy poco seguro	Poco seguro	Seguro	Bastante seguro	Experto
Identificar intervenciones de tratamiento basadas en la evidencia	1	2	3	4	5	6
Considerar las necesidades del paciente en las intervenciones.	1	2	3	4	5	6
Modificar el enfoque del tratamiento según sea necesario	1	2	3	4	5	6
COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN/ COMUNICACIÓN						

¿Qué tan seguro estás acerca de tu efectividad para...?	Inseguro	Muy poco seguro	Poco seguro	Seguro	Bastante seguro	Experto
Comunicar de manera positiva a los cuidadores sobre un presunto diagnóstico de autismo.	1	2	3	4	5	6
Psicoeducar a la familia o los cuidadores.	1	2	3	4	5	6
Trabajar en equipo con las familias/cuidadores.	1	2	3	4	5	6
Comunicarse con otros adultos significativos (pediatra, profesionales externos, educadores, etc.)	1	2	3	4	5	6
Adecuar expectativas y objetivos de trabajo con las familias/cuidadores.	1	2	3	4	5	6
Trabajar en equipo / hacer derivaciones oportunas	1	2	3	4	5	6
COMPROMISO CON EL CUIDADOR						
¿Qué tan seguro estás acerca de tu efectividad para...?	Inseguro	Muy poco seguro	Poco seguro	Seguro	Bastante seguro	Experto
Identificar y disminuir el estrés de los cuidadores.	1	2	3	4	5	6
Diseñar intervenciones en contexto (ej: determinar objetivos en casa, enseñar a utilizar estrategias, brindar recursos terapéuticos para diferentes espacios, etc.)	1	2	3	4	5	6
Comunicar a los cuidadores el progreso del niño con respecto a sus objetivos	1	2	3	4	5	6
RECURSOS						
¿QUÉ TAN SEGURO ESTÁS ACERCA DE TU EFECTIVIDAD PARA...?	Inseguro	Muy poco seguro	Poco seguro	Seguro	Bastante seguro	Experto

Conectar al(los) cuidador(es) con los recursos adecuados que se encuentran disponibles en su comunidad.	1	2	3	4	5	6
Identificar objetivos que no tengan que ver con tu disciplina de base.	1	2	3	4	5	6
Acceder a fuentes confiables para obtener recursos disponibles en internet.	1	2	3	4	5	6
Del 1 al 10 ¿Qué tan efectivo te sentís como terapeuta?						

Cuestionario “Tu opinión personal”

Cuestionario conformado por cuatro preguntas abiertas resultado de la integración y adaptación de otros dos cuestionarios: de la opinión de los profesionales de la salud sobre la asistencia actual a los pacientes con TEA (OTEA) y opinión de los profesionales de la salud sobre la disponibilidad de instalaciones y la ley que atiende las necesidades y los derechos de los niños con autismo infantil y otros trastornos del desarrollo (OFLCA - Opinion on Availability of Facilities and Law caring for the needs and rights of Children with Childhood Autism and other Developmental Disorders).

- 1. ¿Existen instituciones o centros sanitarios en tu zona que ofrezcan atención y apoyo multidisciplinar para satisfacer las necesidades médico-sociales de los niños con autismo y otras condiciones del desarrollo?**

Si (), No (), No sé ()

Por favor, explica tu elección y da ejemplos si es necesario:

- 2. ¿Consideras que hubo alguna modificación en tu formación o recursos como para poder realizar una detección precoz de Autismo luego de haber participado en el Proyecto ECHO®?**

Si (), No (), No sé ()

Por favor, explica tu elección y da ejemplos si es necesario:

3. ¿Cómo calificarías tus competencias profesionales en relación con el autismo antes y después de tu participación en el Proyecto ECHO®?

Antes del Proyecto ECHO® Autismo	Después del Proyecto ECHO® Autismo
Insuficientes	Insuficientes
Regulares	Regulares
Adecuadas	Adecuadas
Muy buenas	Muy buenas
Excelentes	Excelentes

Por favor, explica tu elección y da ejemplos si es necesario:

4. ¿Crees que la formación sobre Autismo debería incluirse en todas las actividades y niveles de formación y capacitación de las carreras orientadas a las ciencias de la salud?

Si (), No (), No sé ()

Por favor, explica tu elección y da ejemplos si es necesario: