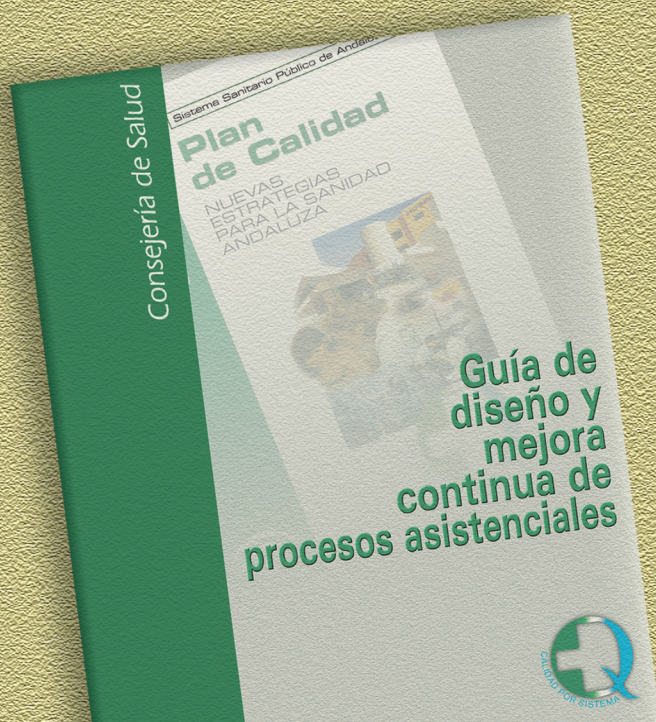


CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA



PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO



TRASTORNOS
DEL ESPECTRO AUTISTA

PROCESO trastornos del espectro autista :
proceso asistencial integrado / [Rafael
Jiménez Alés (coordinador) ... et al.]
132 p. : gráf., tablas ; 24 cm
1. Trastorno autístico 2. Atención integral
de salud I. Jiménez Alé, Rafael
WM 203.5

AUTORÍA

Rafael Jiménez Alés (Coordinador)
Antonio Pons Tubío (Coordinador)
Concha Barrera Becerra
Josefa Benítez Martín
Matilde Rita Calero Fernández
Isabel Caro Caro
Pablo García Túnez
María Dolores Gómez García
Lucía Lazo Batanero
Myriam Ley Martos
Jose Miguel López García
Marta Martín Olmos
Carmen Martín Rodríguez
Narcisa Palomino Urda
Salvador Repeto Gutiérrez
David Saldaña Sage
Víctor Sarmiento González Nieto

EVALUACIÓN EXTERNA

Rafaela Caballero Andaluz
Marcos Zamora Herranz

Edita: Junta de Andalucía, Consejería de Salud

ISBN:

D. L.:

Maquetación e impresión: Forma Animada S.L.L.

Presentación

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen la ciudadanía y los profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo.

Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario o la usuaria.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de los problemas de salud definidos y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que esta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

La publicación que se presenta recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial las profesionales y los profesionales que prestan la asistencia, por analizar como se están realizando las cosas y, sobre todo, como deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta.

Esta publicación pretende, en el marco de los Procesos Asistenciales, ofertar el servicio de Atención Temprana de manera integrada a los menores que precisan un seguimiento especial por presentar trastornos del espectro autista o riesgo de padecerlo así cómo a sus familias con la finalidad principal de obtener el máximo de sus competencias, consiguiendo una mejora en su calidad de vida y de su familia.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con el Proceso Asistencial Trastornos del Espectro Autista en Andalucía y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaría General de Salud Pública y Participación

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. DEFINICIÓN GLOBAL.....	9
3. COMPONENTES.....	11
- Descripción general.....	11
- Profesionales. Actividades. Características de calidad.....	14
4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	45
- Arquitectura. Nivel 3.....	46
5. INDICADORES.....	51
ANEXOS	
Anexo 1: Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association: DSM IV-TR.....	55
Anexo 2: Organización Mundial de la sSlud. Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).....	59
Anexo 3: Vigilancia del desarrollo: algoritmo diagnóstico.....	65
Anexo 4: Escala de Valoración de Haizea-LLevant.....	67
Anexo 5: Hitos normales del desarrollo socio-comunicativo.....	69
Anexo 6: Signos de alerta de TEA según edad.....	71
Anexo 7: Señales de alerta expresadas por la familia.....	73
Anexo 8: Cuestionario M-CHAT.....	75
Anexo 9: Enfermedades relacionadas con TEA sindrómicos.....	77
Anexo 10: Signos de alerta de hipoacusia.....	79
Anexo 11: Signos físicos a considerar en TEA Sindrómico o Secundario.....	81
Anexo 12: Signos sugestivos de enfermedad metabólica.....	83
Anexo 13: Indicadores de riesgo social/menores frágiles y Criterios Generales de Riesgo Social (CGRS).....	85
Anexo 14: Contenidos fundamentales que deben incluirse en una historia clínica Grupo GETEA.....	89
Anexo 15: Pruebas para evaluar la historia personal/evolutiva.....	91
Anexo 16: Pruebas para codificar el comportamiento presente en el autismo.....	93
Anexo 17: Pruebas para la evaluación cognitiva Grupo GETEA.....	95
Anexo 18: Diagnóstico neurobiológico.....	97

Anexo 19: Evaluación de la Comunicación/Socialización para la elaboración del PIAT.....	99
Anexo 20: Comunicación.....	101
Anexo 21: Valoración Social a considerar para la evaluación del PIAT.....	103
Anexo 22: Áreas de la Familia y del Entorno Socio ambiental a considerar para la Evaluación del PIAT.....	105
Anexo 23: Evaluación del entorno educativo.....	109
Anexo 24: Plan de cuidados de enfermería.....	111
Anexo 25: Plan de Atención Social.....	123
GLOSARIO.....	127
MATERIAL COMPLEMENTARIO.....	129
BIBLIOGRAFÍA.....	131

1

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se define la Atención Temprana (AT) como el conjunto de actuaciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, con la finalidad de prevenir y detectar de forma precoz la aparición de cualquier alteración en el desarrollo, o el riesgo de padecerla, realizando, en aquellos casos que lo precisen, una intervención integral dirigida a potenciar capacidades, para evitar o minimizar el agravamiento de una posible deficiencia.

Esta definición de AT va a limitar el tramo etáreo del que nos vamos a ocupar en este subproceso. Aunque los Trastornos del Espectro Autista (TEA) afectan a otros grupos de edad, el abordaje que hemos realizado es el definido dentro del proceso asistencial integrado “Atención Temprana”.

Los TEA son un ejemplo claro de trastorno que se puede beneficiar de una AT de calidad, pues una detección precoz y una intervención integral contribuyen a potenciar las capacidades de esta población y evitan o minimizan la aparición de comorbilidades que complicarían su manejo posterior, mejorando la calidad de vida de la población afecta, así como de su familia y entorno.

El abordaje eficaz de los TEA requiere de un enfoque integral, de una respuesta intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en el niño o la niña, la familia y el entorno. Al respecto hemos considerado prioritaria la comunicación interniveles y la comunicación directa de los profesionales de Atención Primaria con las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil (USMIJ) y los Centros de Atención

Infantil Temprana (CAIT) así como la coordinación eficaz con los centros educativos, para lo que será fundamental el uso de las TIC.

L. Kanner, en 1943 en Estados Unidos¹ y H. Asperger, en 1944 en Austria², describieron unos cuadros clínicos que hoy se incluyen en los denominados Trastornos del Espectro Autista. A lo largo de los años transcurridos desde entonces la comprensión y la clasificación de estos trastornos ha ido lógicamente variando, en función de los hallazgos científicos.

Los estudios disponibles a partir de los años setenta permitieron entenderlos como unos trastornos del desarrollo de ciertas capacidades infantiles (de la socialización, la comunicación y la imaginación) y las clasificaciones internacionales los ubicaron en el eje correspondiente a otros problemas ligados al desarrollo, como el retraso mental. Se acuñó el término Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), un término no muy afortunado, ya que no “todo” el desarrollo se afecta, pero que aún se retiene en los manuales vigentes.

En aquel momento, se incorporaron también unos conceptos que han establecido definitivamente la visión de estos trastornos. Lejos de constituir un problema único, se identificaron trastornos diferentes; se reconoció la presencia de cuadros parciales; se apreció la variabilidad de los síntomas con la edad y el grado de afectación; se describió su asociación con otros problemas del desarrollo y se aceptó de manera prácticamente universal que se debían a problemas relacionados con un mal funcionamiento cerebral.

En los últimos años se incorpora el término TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA), a partir de la aportación de L. Wing y J. Gould³, con el que parece adecuado sintonizar. Además de los aspectos ya aceptados en la denominación TGD, el término TEA resalta la noción dimensional de un “continuo” (no una categoría), en el que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades en la interacción social, la comunicación y la imaginación. Esta semejanza no es incompatible con la diversidad del colectivo: diversos trastornos; diversa afectación de los síntomas clave, desde los casos más acentuados a aquellos rasgos fenotípicos rozando la normalidad; desde aquellos casos asociados a discapacidad intelectual marcada, a otros con alto grado de inteligencia; desde unos vinculados a trastornos genéticos o neurológicos, a otros en los que aún no somos capaces de identificar las anomalías biológicas subyacentes.

En la actualidad, está documentado que los TEA son más frecuente de lo que se pensaba. Los estudios epidemiológicos recientes indican que una de cada 150 personas⁴ presenta algún trastorno del espectro, afectando de tres a cuatro veces más a hombres que a mujeres.

Nuestro grupo de trabajo coordinado por el SSPA integra profesionales de la atención temprana, de la educación, de la enfermería, de la neuropediatría, de la pediatría de atención primaria, de la psicología, de la psiquiatría y del trabajo social, en un esfuerzo común para facilitar una herramienta que promueva un registro uniforme, un lenguaje común, una actuación homogénea y la coordinación interniveles, delimitando funciones, para prevenir, detectar, tratar y recuperar en lo posible los TEA, con la mejor calidad en cada momento.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional:

Conjunto de actuaciones coordinadas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía que desarrollan profesionales de distintos sectores que atienden a la población infantil, sus familiares y su entorno, que tienen como finalidad detectar, de forma precoz, la aparición de Trastornos del Espectro Autista (TEA) y atenderlos en su caso. Para ello, se propone la realización de determinadas actuaciones de carácter preventivo sobre progenitores con familiares afectados y se establece, una atención integral sobre la población infantil afecta, la familia y el entorno dirigida a evitar o minimizar su agravamiento y a optimizar su desarrollo.

Límite de entrada:

- Población menor de 6 años en la que padres, sanitarios o educadores observan alteraciones que les suscitan sospecha de autismo.
- Menores de 6 años que tienen un riesgo aumentado de padecer TEA.
- Menores de 6 años con diagnóstico probable o confirmado de TEA, según criterios diagnósticos para Trastornos Generalizados del Desarrollo de DSM IV y CIE 10. (Anexos 1 y 2)^{5,6}

Límite final:

- Menores en los que el cribado en grupos de riesgo ha sido negativo.
- Menores en los que el proceso de diagnóstico descarta la presencia de un TEA.

- Menores que durante el proceso de intervención dejan de presentar un diagnóstico de TEA.
- Menores que han cumplido los 6 años de edad.

Límites marginales:

Población infantil diagnosticada de:

- Síndrome de Rett.
- Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados.
- Esquizofrenia de inicio en la infancia.
- Tratamientos específicos que se abordan en otros subprocesos de AT.

3

COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. DETECCIÓN EN POBLACIÓN GENERAL
QUIÉN	Profesionales del SSPA/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC)/ Equipo de tratamiento Familiar (E.T.F.).
CUÁNDO	Durante el seguimiento, en respuesta a consultas de familia a iniciativa propia, o por recomendación de profesionales del ámbito del trabajo social, la educación y otras profesiones en relación al cuidado de la población infantil.
DÓNDE	Centro de Salud. En cualquier ámbito
CÓMO	Mediante instrumentos adecuados a su edad. Controles del Programa de Salud Infantil. Recomendaciones para identificación de posibles TEA.

QUÉ **2. SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS CON RIESGO AUMENTADO DE PADECER TEA Y DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALERTA**

QUIÉN	Profesionales de la Pediatría/ Medicina de familia /Enfermera
CUÁNDO	En cualquier contacto con sistema sanitario a lo largo del periodo evolutivo y siempre M-CHAT a los 18 meses
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Señales de Alerta / M-CHAT

QUÉ **3. DERIVACIÓN DE NIÑOS CON POSIBLE TEA A USMIJ, CAIT Y OTRAS ESPECIALIDADES QUE PROCEDAN**

QUIÉN	Profesionales de la Pediatría/ Medicina de familia
CUÁNDO	Existe sospecha documentada
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Mediante los documentos de derivación establecidos al efecto

QUÉ **4. GESTIÓN DE CITA PARA USMIJ, CAIT Y OTRAS ESPECIALIDADES QUE PROCEDAN**

QUIÉN	Servicio de Atención a la Ciudadanía de AP
CUÁNDO	Tras la derivación
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ **5. PROCESO DIAGNÓSTICO DE TEA**

QUIÉN	Profesionales de la Psiquiatría / Profesionales De la Psicología Clínica
CUÁNDO	Tras detección documentada
DÓNDE	USMIJ/ Centros de Atención Infantil Temprana que cuenten con profesionales debidamente acreditados en el diagnóstico de TEA.
CÓMO	Mediante la utilización de instrumentos adecuados, que al menos incluyan entrevista clínica a cuidadores principales y observación.

QUÉ	6. DIAGNÓSTICO NEUROBIOLÓGICO
QUIÉN	Pediatra de la Unidad de Neuropediatría/ Pediatra FEA / ORL / Oftalmólogo
CUÁNDO	Tras detección documentada
DÓNDE	Centro Hospitalario
CÓMO	Mediante protocolos establecidos (Anexo 18)

QUÉ	7. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN TEMPRANA (PIAT)
QUIÉN	Equipo Interdisciplinario formado por profesionales de diferentes ámbitos coordinados por un profesional de la USMIJ
CUÁNDO	Tras diagnóstico provisional o definitivo
DÓNDE	USMIJ/ Centros de Atención Infantil Temprana que cuenten con profesionales debidamente acreditados en el diagnóstico y tratamiento de TEA
CÓMO	Mediante un procedimiento protocolizado y consensuado

QUÉ	8. DESARROLLO DEL PIAT
QUIÉN	Equipo Interdisciplinario
CUÁNDO	Tras la evaluación para el PIAT
DÓNDE	USMIJ/CAIT/Atención Primaria/En su familia/ Otros entornos.
CÓMO	Mediante un procedimiento protocolizado y consensuado



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Profesionales del SSPA/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC)/ Equipo de tratamiento Familiar (E.T.F.)

Actividades	Características de calidad
<p>1º</p> <p>Detección en población general</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Dada la importancia de la detección precoz de TEA se sugiere informar a los progenitores, a través de material escrito, de los hitos del desarrollo y de los signos de alerta que pueda presentar la población infantil. El material puede ser entregado en los controles de salud y a través de cartelería dispuesta en la sala de espera del área materno-infantil.2. La vigilancia del desarrollo (Anexo 3) constituye un elemento esencial de la detección de niños con TEA⁷.<ul style="list-style-type: none">• Los profesionales sanitarios (pediatra, médico de familia y enfermera) deben conocer los hitos normales del desarrollo infantil en los primeros años de vida, vigilando estrechamente el desarrollo psicomotor de forma rutinaria en el Programa de Seguimiento de la Salud Infantil mediante escalas validadas como la Escala Haizea-Llevant (Anexo 4).• Durante la vigilancia rutinaria del desarrollo, se valorará de forma específica la adquisición de habilidades socio-comunicativas (Anexo 5), utilizando los signos de alerta de TEA en las distintas edades (Anexo 6).• Los profesionales sanitarios de AP deben considerar siempre los motivos de preocupación de la familia por ciertos aspectos del desarrollo, como habilidades comunicativas o de interacción social. Hay que tener presente que las manifestaciones más tempranas de TEA consisten en estas alteraciones (Anexo 7).• El trabajador social, en su trato con las familias, especialmente con aquellas que presenten riesgo social, puede asimismo observar estos signos de alerta y proceder a su derivación a los profesionales sanitarios para su evaluación.• Hay que considerar siempre los motivos de preocupación de profesionales del ámbito de la educación en niños escolari-

(Anexo 8). En ellos, también se tendrán en cuenta los signos de alerta conocidos desde edades tempranas.

3. Si el despistaje resultara positivo se enviará según procedimiento referido en la actividad 3°.

Profesionales de la Pediatría/ Medicina de familia

Actividades	Características de calidad
<p>3°</p> <p>Derivación de niños y niñas con posible TEA a USMIJ, CAIT y otras especialidades.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. El profesional médico que atienda al niño o a la niña derivará los casos con sospecha de padecer TEA de forma simultánea a USMIJ y CAIT en documentos de interconsulta correspondientes a tal efecto (p-111 para USMIJ y documento de interconsulta de centros sanitarios a CAIT, hasta que estén disponibles los medios informáticos en la aplicación Diraya).<ul style="list-style-type: none">• Datos que deben aparecer en el documento de derivación a USMIJ y CAIT:<ul style="list-style-type: none">o Administrativos: nombre y apellidos, fecha nacimiento, domicilio, NUHSA, teléfono, datos del tutor.o Clínicos:<ul style="list-style-type: none">- Antecedentes personales relevantes: preconcepcionales prenatales, perinatales, enfermedades pasadas, ingresos hospitalarios.- Antecedentes familiares: en especial con enfermedades de la esfera psiquiátrica, neurológica, sindrómica.- Exploración clínica: con especial énfasis en el aspecto neuropsicomotor.- Pruebas complementarias realizadas: en su caso M-CHAT.- Sospecha diagnóstica.- Expresamente en la derivación al CAIT se incluirá el diagnóstico según la clasificación de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT).• Se registrará en la Historia de Salud Digital la derivación y todos los datos clínicos referidos anteriormente.

2. Si se sospecha alteración de la audición (Anexo 10), a pesar de tener un cribado negativo⁸, se procederá además a Interconsulta con ORL (p-111).
3. Si en la historia clínica del niño o de la niña y/o en la exploración se presentan datos sugerentes de enfermedad neurológica, genética o sindrómica asociada se derivará también a la Unidad de Neuropediatría.
 - Una vez detectados los signos de alerta o el desarrollo alterado en algunas de las áreas mencionadas el pediatra debe buscar posibles enfermedades que puedan expresarse como TEA.
 - El TEA sindrómico o secundario constituye para algunos investigadores entre el 10-30%. Para que un paciente sea considerado como portador de un “Síndrome doble” se requiere que el segundo síndrome sea una enfermedad que en su origen haya sido descrita en pacientes sin autismo, y que la mayoría de los pacientes que lo padecen no tengan autismo.
 - El o la pediatra de AP, debe estar familiarizado en la detección de signos físicos que sugieran enfermedades asociadas a TEA (Anexo 11).
 - Entre otros se consideran TEA sindrómicos los enumerados en el anexo 9.
 - El o la pediatra debe estar alerta y preguntar sobre síntomas o signos sugestivos de enfermedad metabólica como vómitos repetidos, epilepsia precoz, dismorfias, retraso mental, regresión del desarrollo, antecedentes familiares.... (Anexo 12)
4. Previamente a la derivación se comunicará a la familia el diagnóstico o la sospecha de una forma comprensible. Se creará un ambiente lo más empático posible.
5. Se comunicará el caso al profesional de trabajo social para el seguimiento de las citas y, para su valoración si existen factores de riesgo social asociado (Anexo 13)⁹.

2. Si se sospecha alteración de la audición (Anexo 10), a pesar de tener un cribado negativo⁸, se procederá además a Interconsulta con ORL (p-111).
3. Si en la historia clínica del niño o de la niña y/o en la exploración se presentan datos sugerentes de enfermedad neurológica, genética o sindrómica asociada se derivará también a la Unidad de Neuropediatría.
 - Una vez detectados los signos de alerta o el desarrollo alterado en algunas de las áreas mencionadas el pediatra debe buscar posibles enfermedades que puedan expresarse como TEA.
 - El TEA sindrómico o secundario constituye para algunos investigadores entre el 10-30%. Para que un paciente sea considerado como portador de un “Síndrome doble” se requiere que el segundo síndrome sea una enfermedad que en su origen haya sido descrita en pacientes sin autismo, y que la mayoría de los pacientes que lo padecen no tengan autismo.
 - El o la pediatra de AP, debe estar familiarizado en la detección de signos físicos que sugieran enfermedades asociadas a TEA (Anexo 11).
 - Entre otros se consideran TEA sindrómicos los enumerados en el anexo 9.
 - El o la pediatra debe estar alerta y preguntar sobre síntomas o signos sugestivos de enfermedad metabólica como vómitos repetidos, epilepsia precoz, dismorfias, retraso mental, regresión del desarrollo, antecedentes familiares.... (Anexo 12)
4. Previamente a la derivación se comunicará a la familia el diagnóstico o la sospecha de una forma comprensible. Se creará un ambiente lo más empático posible.
5. Se comunicará el caso al profesional de trabajo social para el seguimiento de las citas y, para su valoración si existen factores de riesgo social asociado (Anexo 13)⁹.

Servicio de Atención a la Ciudadanía de AP

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>Gestión de cita para USMIJ, CAIT y otras especialidades que procedan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobación de que todos los datos administrativos se han cumplimentado en la documentación. Complimentarlos, si fuese necesario, a fin de que cualquier incidencia en la gestión de la cita pueda ser comunicada por teléfono o carta a la familia. 2. Gestión del día y hora de la cita en acto único. 3. El paciente tendrá una copia del modelo de solicitud como resguardo y garantía de plazos. 4. Gestión de cita para CAIT <ul style="list-style-type: none"> • Mediante los medios informáticos cuando estén disponibles en la aplicación DIRAYA. En su defecto, mediante el “Documento de Interconsulta de Centros Sanitarios a Centros de Atención Infantil Temprana”. Gestión de cita por teléfono mediante contacto directo con CAIT. Se enviará para facilitar la priorización una copia del Documento de Interconsulta mediante Fax o correo electrónico. • La valoración por CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de 30 días. • En caso de existir demora se informará de ello al Referente de Atención Temprana. 5. Gestión de cita para USMIJ <ul style="list-style-type: none"> • Mediante los medios informáticos cuando estén disponibles en la aplicación DIRAYA. En su defecto, mediante modelo p111 para USMIJ. • Gestión de cita por teléfono mediante contacto directo con el SAC de Atención Hospitalaria (AH), cuando no exista acceso a las agendas de USMIJ. • La demora en la primera cita con USMIJ no superará los 15 días desde la indicación de Atención Primaria y la intervención se iniciará antes de 30 días. 6. En la gestión de cita para otras especialidades se seguirá un procedimiento igual al de la USMIJ.

Profesionales de la Psiquiatría / Profesionales de la Psicología Clínica

Actividades	Características de calidad
<p>5°</p> <p>Proceso Diagnóstico de TEA</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Consideraciones previas:<ul style="list-style-type: none">• Las niñas o los niños derivados serán atendidos en primera consulta, en el plazo máximo de 15 días desde la solicitud de cita por el personal médico de Atención Primaria.• Los profesionales deben favorecer un clima de comunicación con los padres o cuidadores que les permita expresar sus preocupaciones e iniciar el establecimiento de una alianza terapéutica.• Toda la información recogida por los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de diagnóstico, debe quedar registrada en la historia clínica.• El diagnóstico realizado por el Psiquiatra o Psicólogo Clínico, contará con las aportaciones del equipo multidisciplinar que ha intervenido en la evaluación. 2. La finalidad del proceso diagnóstico especializado es obtener la información necesaria para establecer un diagnóstico provisional o de confirmación de TEA, describiendo el comportamiento del niño o niña como perteneciente a una categoría diagnóstica concreta, identificando los trastornos comórbidos y su diferencia con otros trastornos mentales¹⁰. 3. Etapas del diagnóstico<ol style="list-style-type: none">• Recogida de información: es el primer paso en el proceso de diagnóstico, consiste en recoger la información pertinente a través de una historia clínica detallada del individuo durante la primera entrevista clínica.<ol style="list-style-type: none">o Contenidos fundamentales que deben incluirse en la historia clínica: antecedentes familiares, datos pre y neonatales, historia evolutiva, antecedentes en cuanto a la salud, aspectos familiares y psicosociales, consultas y tratamientos anteriores, primera entrevista clínica (Anexo 14).o La historia clínica debe considerar exhaustivamente el desarrollo de los tres ámbitos de afectación característicos de los TEA: alteraciones en la interacción social y en la comunicación, y patrones restringidos de comportamiento, actividad e intereses.

- o Se recomienda el uso de alguno de los instrumentos contrastados para recoger esta información proporcionada por los familiares o educadores con un amplio conocimiento de la persona (Anexo 15).
- o Se obtendrá información, directa o indirecta, acerca del comportamiento del niño o de la niña en sus entornos naturales cotidianos (hogar, centro educativo...) mediante visitas, cuestionarios, conversaciones telefónicas, correo electrónico...
- o En las entrevistas con la familia se tratará de conocer asimismo sus características, genograma, relación con los hermanos y otros miembros de la familia, vivencia de los padres ante las dificultades del niño o de la niña, redes sociales de apoyo, posibles disfunciones familiares previas o secundarias a la aparición de las dificultades.
- Planteamiento del caso en el Equipo:
 - o Como continuidad del Proceso Diagnóstico, se pondrá en común el caso con los profesionales que se consideren necesarios en este proceso (enfermera referente, Trabajador o trabajadora social...) constituyéndose un Equipo funcional.
- Exploración del niño o de la niña:
 - o Se realizará con el fin de detectar las alteraciones propias de los TEA.
 - o La realizará el o la profesional de Psiquiatría o Psicología Clínica en una o varias sesiones de observación en diferentes situaciones (individual, con los padres o cuidadores, en grupo) así como en entrevistas con la familia.
 - o Se recomienda utilizar alguno de los instrumentos ampliamente aceptados por la comunidad científica (Anexo 16).
 - o Se valorará, el desarrollo cognitivo-intelectual mediante el uso de una escala de desarrollo (Anexo 17).
- Diagnóstico diferencial:
 - o Se descartarán otros diagnósticos que pudieran explicar las alteraciones presentes: déficit auditivo, discapacidad intelectual, Trastorno específico del lenguaje (TEL), Trastorno semántico-pragmático, trastorno del vínculo, mutismo selectivo.
 - o Se explorará la presencia de cuadros psicopatológicos comórbidos o síntomas asociados al TEA (problemas de conducta, trastornos del sueño, de la alimentación, irritabilidad, ansiedad, depresión, TDAH...)

- o Es necesario solicitar una exploración neurobiológica (si no se ha realizado previamente) en los siguientes supuestos:
 - Retraso mental moderado-grave.
 - Autismo atípico.
 - Signos sugestivos de enfermedades asociadas (Anexos 9 y 11).
- Reunión de los profesionales implicados (Equipo funcional):
 - o Se realizará para integrar toda la información recogida que permita confirmar o no el diagnóstico de TEA, iniciar la elaboración del Programa Individualizado de Atención Temprana (PIAT) y las intervenciones necesarias, incluyendo posibles derivaciones a otros especialistas o dispositivos.
- Elaboración del informe: el proceso diagnóstico finaliza con la emisión de un informe que deberá:
 - o Estar escrito en un lenguaje claro, respetuoso y comprensible.
 - o Referirse a:
 - El proceso de evaluación.
 - Los puntos fuertes, las alteraciones y limitaciones del niño o de la niña.
 - o Un diagnóstico claro y preciso, sin ambigüedades.
 - o El juicio clínico debe basarse en los criterios diagnósticos aceptados internacionalmente (DSM IV-TR o CIE-10 en Anexos 1 y 2).
 - o Contener orientaciones fáciles de comprender, operativas y claras (derivación al CAIT, alternativas de Escolarización, asociaciones de apoyo mutuo...).
- Devolución e información diagnóstica:
 - o La Entrevista de devolución e información diagnóstica con entrega de informe clínico, se realizará en un plazo máximo de 60 días desde la fecha de la primera consulta a la USMIJ o CAIT, aconsejándose se realice dentro de un plazo de 10 días tras la última intervención realizada.
 - o Esta actividad la realizará en todos los casos el o la profesional referente (Psiquiatra/Psicólogo Clínico) del o la menor, en un ambiente / entorno / encuadre sosegado, con tiempo suficiente para responder a las dudas de la familia.

- o Si se considera que la evolución una vez iniciado el tratamiento es esencial para la confirmación del diagnóstico diferencial, se les comunicará así a los padres.
- o En esta misma entrevista se informará de las posibilidades de tratamiento y de los distintos recursos y opciones.

Pediatra de la Unidad de Neuropediatra/ Pediatra FEA/ ORL/ Oftalmólogo

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">6º</p> <p>Diagnóstico Neurobiológico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aunque, en la mayoría de los casos de autismo no es posible detectar una etiología específica (casos idiopáticos), en algunas ocasiones sí es posible diagnosticar alguna enfermedad, constituyendo para algunos autores hasta el 10% de los casos. Son los denominados autismos sindrómicos o secundarios y aparecen especialmente en los casos asociados a retraso mental grave o en los autismos atípicos. (Anexo 9) 2. Aún no se conoce ningún marcador biológico en el autismo, por lo que el diagnóstico sigue siendo clínico e incluso cuando un síndrome o enfermedad se presenta asociado a autismo no significa en todos los casos que haya relación etiológica entre ambos problemas¹¹. 3. Para hacer el diagnóstico biomédico de enfermedades asociadas es preciso solicitar exámenes complementarios. Muchos de estos estudios son de baja rentabilidad diagnóstica, por lo que los exámenes deben solicitarse según evidencia científica y grados de recomendación, evitando así pruebas innecesarias y siempre siguiendo una sospecha clínica basada en la historia y en la exploración médica. 4. Hay muchas propuestas y guías clínicas en otros países en cuanto al protocolo médico a seguir. En España el grupo de estudio de los TEA del Instituto de Salud Carlos III (GETEA) recopila y analiza estas propuestas que son consensuadas por este equipo de trabajo y se encuentran disponibles en la web: http://iier.isciii.es/autismo.

5. Las recomendaciones son las siguientes (Anexo 18):

- Exploraciones rutinarias:
 - o Historia personal y familiar detallada.
 - o Examen clínico:
 - Perímetro cefálico (actual y al nacimiento y velocidad de crecimiento) peso y talla.
 - Rasgos dismórficos y manchas cutáneas.
 - Exploración neurológica y del desarrollo psicomotor.
 - o Descartar problemas auditivos y visuales:
 - Otoemisiones e impedanciometría. Si los resultados son normales no es preciso realizar más estudios; si es patológico explorar oído externo y repetir en 3 meses las dos pruebas anteriores; si vuelve a ser patológico se debe realizar examen audiométrico con potenciales evocados del tronco cerebral.
 - Valorar refracción con ciclopléjico; fondo de ojo, comprobación de medios transparentes y motilidad ocular. Si son patológicas estas exploraciones o genera dudas valorar electroretinograma y potenciales evocados visuales.
 - o Examen rutinario de sangre.
 - o Estudio genético (cariotipo), en caso de retraso mental asociado, fenotipo constitucional sugerente o ante sospecha de síndrome de Rett (MECP2), X-frágil (FMR1), Síndrome de Angelmann, Síndrome de Prader-willi, etc o en aquellos casos con antecedentes familiares.
 - o Estudios metabólicos en presencia de hallazgos físicos o clínicos sugestivos, historia familiar de retraso mental o ausencia de cribado perinatal:
 - Estudio sérico: Fenilalanina, TSH, T4, Aminoácidos, ácido láctico, ácido pirúvico, gasometría venosa y Aminoácidos en orina, etc.
- Exploraciones recomendadas en algunos protocolos internacionales no aceptadas para uso generalizado:
 - o Estudios de genética molecular: FISH para identificar duplicaciones o microdelecciones subteloméricas.
 - o Medición Plumbemia en sangre.
 - o Es preciso preguntar datos relacionados o riesgo de intoxicación por metales pesados como la existencia de numero-

sas amalgamas dentales en la madre lactante, pica o sospecha de intoxicación por metales pesados de otro origen.

- Exploraciones que requieren sospecha clínica de alteración específica:
 - o Estudio EEG de sueño o tras privación del mismo si se sospecha epilepsia o actividad epileptiforme, en casos de regresión social o comunicativa, especialmente en pacientes de corta edad, o comportamientos explosivos intermitentes.
 - o Resonancia Magnética Nuclear en casos de dismorfias, convulsiones, historia familiar de problemas neurológicos o de desarrollo, síndromes específicos identificados (como esclerosis tuberosa) o anomalías en el examen neurológico, especialmente si son focales o asimétricas.
- Exploraciones consideradas solo en investigación o tras indicación personalizada por hallazgos o sospechas clínicas que las justifiquen:
 - o Pruebas de evaluación neurofisiológica:
 - Electroencefalograma y cartografía cerebral.
 - Polisomnograma nocturno.
 - Monitorización vídeo-EEG.
 - Potenciales evocados somestésicos (SEP).
 - Potenciales evocados cognitivos.
 - Registros de Magnetoencefalografía.
 - o Pruebas de neuroimagen estructural y funcional.
 - Resonancia Magnética con Espectroscopia.
 - Resonancia Magnética Funcional.
 - Tomografía por Emisión de Positrones.
 - Técnica MSI (Fusión de RM estructural y MEG).

6. Se emitirá un informe tras cada acto único en el que se recoja la valoración del proceso, pruebas solicitadas, resultados y en su caso diagnóstico provisional. Dicho informe se dirigirá al profesional que ha remitido el caso, asegurando su recepción a través de la herramienta informática DIRAYA, correo ordinario, electrónico y/o FAX.

Equipo Interdisciplinar formado por profesionales de diferentes ámbitos coordinados por un profesional de la USMIJ

Actividades	Características de calidad
<p>7°</p> <p>Elaboración del Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez finalizado el proceso de evaluación, se elaborará la planificación del tratamiento que se concretará en el Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT). Su elaboración ha de ser interdisciplinar, individualizada y basada en: <ul style="list-style-type: none"> • La edad y características individuales del niño o de la niña. • Su nivel de funcionamiento. • Discapacidades asociadas. • Situación de la familia. • Diferentes posibilidades de los entornos. 2. Teniendo en cuenta todos estos elementos, se consideran aspectos fundamentales en la elaboración del Plan Individualizado de Atención Temprana los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • La definición de objetivos terapéuticos globales y objetivos y actividades específicas de cada dispositivo de atención. • La coordinación y comunicación entre los distintos profesionales que se relacionan con el menor y la familia. • La asignación de un Facultativo responsable del proceso de elaboración y desarrollo del PIAT. Este facultativo será un Psicólogo clínico o Psiquiatra de la USMIJ que tendrá como funciones: <ul style="list-style-type: none"> o Coordinar la elaboración del PIAT. o Actuar de interlocutor con los distintos servicios y/o profesionales referentes (CAIT, Atención Primaria, etc). o Evaluar periódicamente el PIAT. • Es necesaria la existencia de un Profesional referente en el CAIT, Atención Primaria, Centros Educativos, u otros dispositivos cuya intervención se considere necesaria. Sus funciones serán: <ul style="list-style-type: none"> o Ser responsable de la elaboración y cumplimiento del PIAT en su dispositivo. o Coordinarse con los profesionales de referencia en los distintos ámbitos implicados en el PIAT, para su elaboración, seguimiento y evaluación.

3. El Plan Individualizado de Atención Temprana se concretará en un documento en el que se especificará:
 - Datos personales.
 - Diagnóstico (provisional/definitivo).
 - Resumen de la evaluación realizada: puntos fuertes y débiles, necesidades detectadas, nivel cognitivo, aspectos funcionales de la conducta, trastornos comórbidos, datos de la situación familiar.
 - Objetivos a conseguir por áreas.
 - Intervenciones previstas: tipo, profesionales implicados, lugar, intensidad.
 - Procedimiento de seguimiento y evaluación periódica.

4. Con carácter general todo PIAT deberá incluir:
 - Intervenciones dirigidas al menor: terapéuticas, psicoeducativas, y Plan de Cuidados.
 - Intervenciones dirigidas a la familia.
 - Intervenciones dirigidas al entorno: de apoyo social, apoyo en la escolarización...

5. Se deberá comenzar la elaboración del PIAT y la coordinación de profesionales en un plazo inferior a 30 días, y finalizarse antes de los 60 días, sin perjuicio de que comience la intervención en las áreas que se considere oportuno.

6. El PIAT debe ser siempre acordado y consensuado con los padres y/o cuidadores o responsables legales, considerándose su participación fundamental en su desarrollo.

7. Evaluación para la elaboración del PIAT.
 - En el momento de llegada del menor con TEA o sospecha de padecerlo, en la USMIJ y el CAIT se inicia una evaluación extensa, de carácter funcional y ecológico.
 - Se formará un equipo de evaluación* con participación de profesionales de los distintos ámbitos coordinado por el facultativo responsable, haciendo copartícipe del proceso de evaluación a la familia desde el primer momento.

* Equipo Interdisciplinar formado por profesionales del Trabajo Social, Enfermería, Medicina, Psicología, Terapia Ocupacional, Maestros, Profesores de Pedagogía Terapéutica...

- Las personas que mejor conocen al niño o a la niña (padres y educadores) participarán en la evaluación, como principal fuente de información sobre sus puntos fuertes y débiles.
- Se centrará en tres aspectos: el menor con TEA, su familia y su entorno social.
- Tiene por objeto la confección del PIAT, previa a la intervención de los diferentes profesionales del CAIT.

8. Evaluación del niño o de la niña se centrará en:

- El desarrollo de las áreas especialmente afectadas en los TEA¹² (Anexo 19):
 - o Interacción social y mentalismo: los contenidos a evaluar incluirían:
 - Uso espontáneo de la mirada.
 - Mantenimiento espontáneo de la proximidad.
 - Imitación social.
 - Toma de turnos.
 - Iniciativa social.
 - Expresión y comprensión de emociones.
 - Desarrollo del yo.
 - Capacidad para captar, comprender e interpretar las claves socioemocionales
 - Capacidad para comprender el punto de vista y las intenciones de los demás.
 - o Comunicación y lenguaje. Se realizará a través de la observación en situaciones naturales o estructuradas o con instrumentos específicos (Anexo 20):
 - Comprensión de la comunicación sencilla. Lenguaje receptivo: comprensión de los diferentes modos de comunicación, de las intenciones comunicativas, del lenguaje no literal.
 - Estrategias instrumentales y reguladoras, para satisfacer sus necesidades y regular la conducta de los demás. Lenguaje expresivo: intención comunicativa, funciones comunicativas.
 - Estrategias de interacción social.
 - Estrategias de atención conjunta.

- Estrategias rituales e imaginativas, destinadas a la expresión de normas de conducta y a recrear la realidad.
- Lenguaje formal.
- Fonología.
- Morfología.
- Sintaxis.
- Semántica.
- o Juego simbólico/ de pretensión. Se valorará mediante entrevistas estructuradas, cuestionarios y observación semi-estructurada (juego libre):
 - Manipulativo / Exploratorio.
 - Organizativo.
 - Estructurado / Constructivo.
 - Juegos de Causa y Efectos / Medios-Fin.
 - Juego Interactivo.
 - Juego de Simulación-Funcional.
 - Juego de Simulación-Simbólico.
 - Juego de Simulación-Fantasía.
 - Juego de Simulación-Social.
 - Juego cooperativo.
- o Flexibilidad y autorregulación. Se valorará mediante la observación en diferentes situaciones y la entrevista a los padres y/o cuidadores:
 - Intereses funcionales y flexibles.
 - Capacidad de anticipación.
 - Aceptación de los cambios.
- Desarrollo de habilidades adaptativas adecuadas a su edad: mediante entrevista a los padres:
 - o Alimentación.
 - o Control de esfínteres.
 - o Vestido.
 - o Aseo.
- Desarrollo motor, mediante la observación, información de los padres, el examen motor e instrumentos:
 - o Motricidad fina y gruesa.
 - o Tono muscular: hipotonía, espasticidad.
 - o Apraxias.

- Alteraciones conductuales y psicopatología asociada, si las hubiera. Se podrán evaluar mediante la observación e información de los padres y cuidadores:
 - o Hiperactividad / déficit atencional.
 - o Ansiedad.
 - o Trastornos del sueño.
 - o Fobias.
 - o Trastornos de la alimentación.
 - o Conductas disruptivas o desafiantes.
 - o Autolesiones.
 - o Agresividad.
- Área afectiva y socioemocional. Se valorará mediante la observación y la entrevista a los padres o cuidadores, evaluando:
 - o Aspectos emocionales en relación con el vínculo afectivo con los padres o personas de referencia.
 - o Búsqueda y disfrute del contacto físico.
 - o Ansiedad de separación.
 - o Reacción al consuelo.
 - o Disfrute en las actividades de juego.
 - o Irritabilidad.
- Área cognitiva. Se utilizará una prueba adecuada a esta población que evalúe el nivel cognitivo del niño o la niña, con el fin de conocer sus capacidades y limitaciones cognitivas (Anexo 17).

9. Evaluación de la familia.

- Se procederá a evaluar mediante entrevista la situación familiar, el impacto del diagnóstico, sus recursos para superarlo y establecer vías adecuadas de colaboración en el tratamiento, la relación del menor con los familiares, la estructura del entorno doméstico y funcionamiento familiar.
- Esta evaluación se centrará sobre (Anexos 21 y 22):
 - o Aspectos objetivos de la familia.
 - o Relaciones intrafamiliares.
 - o Repercusión en la familia de la discapacidad de su hijo o hija, necesidades de apoyo.
 - o Nivel de salud y competencia educativa de la familia.
 - o Apoyos naturales y de servicios con que cuenta la familia.

10. Evaluación del entorno.
- Se centrará sobre:
 - o Evaluación del entorno educativo (Anexo 23)
 - o Entornos diarios como la casa de abuelos... (Anexo 22)
 - o Redes sociales y de recursos en el entorno próximo.
 - Factores de riesgo y protección en el entorno.

Equipo Interdisciplinar

Actividades	Características de calidad
<p>8º</p> <p>Desarrollo del PIAT</p>	<p>1. Aspectos generales de la intervención ^{13,14,15,16}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La intervención funcional sobre los déficits y las alteraciones se realiza lo antes posible, sin esperar a un diagnóstico definitivo. • Será intensiva. Se recomienda que entre profesionales y familiares se dediquen al menos 20-25 horas semanales al plan de tratamiento establecido. • Se realizará, preferentemente, en los entornos naturales (hogar, escuela), utilizando rutinas cotidianas y consecuencias naturales. • Estará orientada a mejorar las modalidades relacionales del menor y permitir la adquisición del mayor nivel de desarrollo posible. • Los aspectos a tratar son: la interrelación y el vínculo afectivo, la comunicación, la simbolización y los hábitos personales y sociales. • El tratamiento es complejo y amplio, se trata de que su vida diaria se organice con una actitud que tenga en cuenta la comprensión de sus dificultades, en sus distintos contextos de desarrollo (la casa familiar, la escuela, dispositivos de tratamiento, etc.). <p>2. El equipo de intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De carácter interdisciplinario estable, elaborará un plan de tratamiento con objetivos, principios y métodos consensuados basados en la mayor evidencia disponible, coordinado por un pro-

fesional experto en TEA y en el que participen profesionales, familia y otros cuidadores.

- Los profesionales estarán formados en el trabajo con las familias, trabajo en equipo y desarrollo evolutivo del menor, y en la intervención de Trastornos del Espectro Autista.

3. La familia:

- Tiene un papel activo, y preponderante, en el tratamiento educativo de su hijo o hija, en su planificación y su desarrollo.
- Se realizan consultas individualizadas con los padres, con el fin de prestar el apoyo psicológico necesario.
- Se realizan sesiones de grupos de padres y de hermanos con el fin de promover el apoyo mutuo.
- Se promueve la colaboración y coordinación a nivel del entorno cercano del menor, con los servicios sanitarios, sociales y educativos, las asociaciones de familias...
- Se ofrece un plan de formación para cubrir sus necesidades formativas en TEA y sobre el programa de intervención.

4. Enfoques y técnicas recomendadas:

- Los pilares del tratamiento son las intervenciones psicológicas, educativas y de apoyo social.
- Se utilizan métodos y recursos basados en la mejor evidencia disponible, que siguiendo la clasificación del GETEA¹⁷, serían:
 - o Evidencia de eficacia y recomendados:
 - Intervenciones conductuales.
 - Risperidona*.
 - o Evidencia débil aunque recomendados:
 - Promoción de competencias sociales.
 - Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación.
 - Sistema TEACCH.
 - Terapia cognitivo conductual.
 - Estimulantes en TEA+TDAH.
 - o Evidencia débil (solo recomendado en estudios experimentales debidamente controlados):
 - Integración auditiva.

* Aunque el GETEA sitúa la Risperidona en este bloque, las revisiones sistemáticas no permiten asegurar su eficacia ¹⁸ en los trastornos del espectro autista por la limitación de estudios disponibles.

- Integración sensorial.
- Psicoterapias expresivas.
- Vitaminas y suplementos dietéticos.
- Dietas sin gluten/caseína.
- o Sin evidencia o no recomendados:
 - Sistema Doman Decalato.
 - Lentes de Irlen.
 - Comunicación facilitada.
 - Terapia psicodinámica.
 - Secretina.
 - Terapia antimicótica.
 - Tratamiento con quelantes.
 - Inmunoterapia.
 - Terapia sacrocraneal.
 - Terapias asistidas con animales.
- Se procura el aprendizaje significativo y motivante, teniendo en cuenta sus intereses.
- Los entornos en que se desenvuelva el menor tendrán un elevado nivel de estructuración y predictibilidad.
- Las ayudas visuales serán utilizadas con diferentes objetivos: ordenar el mundo físico y temporal (agendas), mejorar la comprensión del lenguaje oral, como sistema alternativo de comunicación, para la resolución de problemas...
- Ante la presencia de problemas de comportamiento se utilizarán preferentemente principios y técnicas psicológicas, fundamentalmente el Apoyo Conductual Positivo.
- Se adaptan los entornos y actividades para minimizar las reacciones negativas y las distorsiones perceptivas que puedan presentar.

5. Ámbitos de intervención.

- Intervenciones en USMIJ-HD:
 - o Las USMIJ-HD están formadas por Equipos multiprofesionales compuestos de: Facultativos Especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica, Personal de Enfermería, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y otros.

- o Las tareas que desempeña con menores con autismo quedan esquemáticamente recogidas en el PIAT y se trata de un trabajo clínico que no incluye aspectos psicopedagógicos propiamente dichos.
- o Tareas a desempeñar:
 - Comunicación del diagnóstico, acompañamiento y apoyo psicológico en el “duelo” de los padres. Estas intervenciones, deben considerarse parte integrante del tratamiento clínico por la incidencia que tienen en aspectos profundos de la dinámica relacional en la familia, con resultados positivos o negativos en el proceso de tratamiento y en la evolución del paciente.
 - Abordarán los problemas de estos o estas menores desde una perspectiva clínica utilizando distintas técnicas con la mejor evidencia disponible, incluida la farmacológica, en el marco del PIAT consensuado con los demás agentes, especialmente con los CAIT.
 - Atención a la comorbilidad: los menores con autismo, además de la sintomatología específica, pueden presentar otros problemas asociados: dificultad para el control de los impulsos, conductas auto o heteroagresivas... Esta patología es atendida en la USMIJ-HD con distintas técnicas terapéuticas, incluida la farmacológica.
 - Seguimiento del proceso: uno de los riesgos de las patologías severas y, en particular, del autismo, es que su atención sea excesivamente dispersa. Esto genera sufrimiento innecesario en los niños o niñas y sus familias, por eso es importante, como parte indisoluble del tratamiento, un seguimiento unificado del conjunto de las intervenciones que tienen que ver con su Salud Mental.
 - Atención a posibles desajustes sociales y necesidades especiales en este ámbito: esta tarea se desarrollará especialmente por los profesionales de Trabajo Social de la Unidad, en coordinación con los de otros niveles de atención.
- o Organización de la Asistencia:
 - Habrá un Programa específico para la atención de estos niños y niñas. En este programa participarán los profesionales que en cada dispositivo se considere oportuno.

- El niño o niña tendrá un referente estable durante todo el proceso y a lo largo de toda su relación con la USMIJ-HD, siempre que esto sea posible. Este profesional será un especialista en Psiquiatría o Psicología Clínica, pudiendo además asignarse una persona de referencia entre el personal de Enfermería o el resto de profesionales. Esta persona se mantendrá así mismo estable durante todo el proceso.
- Las intervenciones biomédicas será coordinados por profesional de psiquiatría siempre en comunicación con el facultativo de referencia del equipo e informando al Pediatra de AP.
- Los menores recibirán una atención con periodicidad semanal, con la distribución que cada Equipo considere oportuno, teniendo en cuenta que siempre incluirá atención directa a los menores y a sus familias y coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que los atiendan. Esta periodicidad variará en aquellos casos debidamente justificados en el PIAT, por razones geográficas, características de la patología o de la atención.
- Intervenciones en el CAIT:
 - o Los CAIT están formados por Equipos multiprofesionales compuestos de: especialistas en Psicología, Logopedia, Educación, Trabajo Social y otros.
 - o Las tareas que desempeña con estos menores incluyen aspectos principalmente psicoeducativos, así como un enfoque de apoyo conductual ante las diversas manifestaciones clínicas.
 - o Tareas a desempeñar:
 - Comunicación del diagnóstico en los centros debidamente acreditados, acompañamiento y apoyo psicológico en el “duelo” de los padres.
 - Estimulación de las capacidades de interacción social, comunicativas, imaginativas y adaptativas: se hará mediante sesiones individualizadas por los profesionales (en el propio CAIT o en sus entornos naturales) y aplicación de técnicas adecuadas por los otros educadores y la familia en los entornos naturales del menor.
 - Atención a la comorbilidad: en estos menores aparecen con cierta frecuencia conductas inadaptadas relacionadas con su discapacidad y peculiaridades, que serán tra-

tadas, preferentemente, mediante técnicas de Apoyo Conductual Positivo.

- Seguimiento del proceso: se realizarán reuniones periódicas entre los miembros del equipo (profesionales del CAIT, familia, educadores y otros profesionales), con el fin de asegurar la coordinación entre ellos. También se harán informes en diferentes momentos (inicial, trimestrales, anuales y final).
- Atención a posibles desajustes sociales y necesidades especiales en este ámbito: esta tarea se desarrollará especialmente por los profesionales de Trabajo Social del Centro o de su entorno.
- o Organización de la Asistencia:
 - Existirá un programa específico para la atención que será elaborado y desarrollado conjuntamente por un equipo formado por los profesionales del CAIT que atiendan el caso, sus otros educadores y su familia.
 - Cada niño o niña tendrá una persona de referencia, que se ocupará del seguimiento del caso, desde su entrada al centro hasta su salida, la coordinación con el resto de profesionales (especialmente con los de la USMIJ-HD) que intervengan en el caso, así como con la familia.
 - La intensidad de la intervención semanal tendrá un grado que estará en función del nivel de las necesidades de apoyo que el PIAT establezca para el menor, su familia y su entorno.

6. Áreas de intervención prioritarias^{13,14,15}

- Comunicación: (Anexo 20)
 - o Se trabajará en paralelo con el área de Socialización.
 - o Las actividades deben ser diseñadas en base a los aspectos pragmáticos que desarrollen las dimensiones sociales como la atención conjunta, gestos protoimperativos y protodeclarativos, prosodia, toma de turnos, tener en cuenta la información del interlocutor, cambio de temas, lenguaje corporal...
 - o Se diseñarán las actividades para conseguir los siguientes objetivos: espontaneidad, iniciativa, motivación y autorregulación.

- o Se utilizarán soportes visuales (gestos, dibujos, pictogramas, fotos, objetos, TIC...), para apoyar tanto los aspectos expresivos como receptivos de la comunicación.
- o Debe apoyarse en el uso de diferentes estrategias y basarse en los intereses del menor.
- o Se diseñarán actividades que tengan en cuenta las dificultades de comunicación y su relación específicamente con conductas desafiantes.
- o Para el diseño de actividades se deberán tener muy en cuenta las necesidades de comunicación del entorno.
- o Se planificará la generalización y el uso de habilidades comunicativas en otros entornos, con otros interlocutores, y para otras necesidades.
- Socialización: (Anexo 19).
 - o El desarrollo de esta área debe estar en todos los planes individuales.
 - o Los objetivos deben tener un marcado carácter funcional en el desarrollo de las habilidades sociales, teniendo en cuenta aquellas que posibiliten el aprendizaje posterior de otras.
 - o Se desarrollará en entornos y actividades cotidianas tanto como sea posible aplicando estrategias específicas.
 - o Los compañeros, familia y hermanos deben ser cuidadosamente entrenados y apoyados para el desarrollo de objetivos concretos.
 - o Se deben incluir estrategias de mantenimiento y generalización de las habilidades adquiridas.
 - o Objetivos de desarrollo temprano para interactuar con adultos y compañeros de la misma edad.
- Simbolización:
 - o Se diseñan actividades para favorecer:
 - El uso adecuado de juguetes funcionales.
 - El uso de juguetes simbólicos sencillos (miniaturas, muñecos...).
 - El uso simulado de objetos y juguetes.
 - La representación de papeles.
- Flexibilidad:
 - o Se estructuran física y temporalmente los entornos naturales.

- o Se fomenta el reconocimiento y seguimiento de rutinas diarias en los entornos naturales.
- o Se diseñan actividades para el uso de las agendas visuales en la vida diaria, incluyendo cambios previsibles en la organización de espacio y tiempo.
- o Se entrena la aceptación de pequeños cambios imprevistos dentro de la estructura establecida.

7. Tipos de intervención:

- Intervenciones generales:
 - o Seguimiento: entrevistas en las que se hace seguimiento clínico-evolutivo y se recogen inquietudes de la familia, se sigue el cumplimiento de las intervenciones del PIAT y se hace el control del tratamiento farmacológico si lo tuviera.
 - o Atención urgente: en situaciones de crisis aguda con control, seguimiento y programación de la hospitalización completa o parcial:
 - Hospitalización completa: la necesidad de hospitalizar a menores de seis años con TEA, por razones de esta patología, es prácticamente inexistente. Por tanto no es procedente hacer ningún protocolo al respecto. Sólo señalar que, de darse alguna circunstancia que exigiera la hospitalización completa de un menor con TEA, ésta debería hacerse en Pediatría y siguiendo las recomendaciones generales, insistiendo especialmente en la necesidad de que los menores hospitalizados dispongan permanentemente de una persona de su entorno, particularmente la madre o el padre.
 - Hospital de día: En algunos lugares se ha adoptado esta fórmula de atención a menores de seis años con TEA, estableciendo, en algunos casos, acuerdos intersectoriales con Educación. Los menores reciben una atención individualizada, aunque con momentos también de vivencias grupales, pero siempre manteniendo una persona de referencia estable. Si bien esta fórmula de atención tan intensiva no es siempre extrapolable, las experiencias conocidas son en general muy positivas.

- o Atención a otros problemas de salud: ante la sospecha de otros problemas de salud, se pondrá en conocimiento de su Pediatra de AP para realizar su valoración y seguimiento.
- o En circunstancias en las que por proximidad u otras causas se haga directamente derivación por parte de la USMIJ a otra especialidad hospitalaria se informará siempre a su Pediatra de Atención Primaria.
- Intervenciones centradas en el menor:
 - o Intervenciones psicológicas y psicoeducativas¹⁹:
 - Se programarán intervenciones psicológicas individuales y/o grupales de forma individualizada, en función de las necesidades y nivel de su desarrollo y teniendo en cuenta las intervenciones en los distintos dispositivos.
 - Las intervenciones psicológicas individuales y/o grupales se desarrollaran, preferentemente, en los entornos naturales del menor, aunque también se podrán desarrollar en la USMIJ o en las instalaciones del CAIT.
 - Las intervenciones se ajustarán a las premisas generales de calidad y se basarán en las recomendaciones sobre ámbitos y áreas de intervención, recogidas en los apartados anteriores de esta actividad.
 - o Intervenciones farmacológicas: (adaptado de la Guía de buena práctica para el tratamiento de los TEA del GETEA¹⁷).
 - En la actualidad no existe ningún tratamiento biomédico específico para los síntomas nucleares de los TEA.
 - Los tratamientos farmacológicos se utilizan para síntomas concretos y/o trastornos comórbidos, que además de provocarles malestar, interfieran negativamente en su adaptación y en el posible beneficio que puedan obtener de las intervenciones psicológicas y/o educativas.
 - A la hora de valorar la instauración de un tratamiento farmacológico, se tendrán en cuenta las necesidades observadas en los diferentes contextos (familiar, terapéutico, educativo), la posible aparición de efectos adversos, la interacción con otros medicamentos y los efectos a largo plazo.
 - El tratamiento farmacológico debe utilizarse siempre formando parte de una estrategia global de tratamiento, junto con las intervenciones psicológicas, educativas, familiares y de apoyo social.

- Se recomienda su uso cauteloso, tanto en su instauración como en su retirada, así como una reevaluación periódica de los posibles efectos beneficiosos y/o adversos, y de la indicación o no de su continuidad.
 - En el momento de redacción de este subproceso únicamente se considera recomendable con nivel de evidencia A para este grupo poblacional, la risperidona y eventualmente los antiepilépticos.
- o Plan de cuidados de enfermería. (Anexo 24)
- Se trata de un Plan de Cuidados estandarizado que se debe adaptar a cada paciente ajustándose a los objetivos recogidos en el PIAT, evitando la reiteración de las actividades tanto evaluativas como de tratamiento.
 - Es muy importante trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras, mediante la identificación precoz de sus necesidades y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel. Esto ha llevado a la elaboración de otro Plan de Cuidados dirigido también a la persona cuidadora y su familia.
 - Ante esta situación desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral, así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos ámbitos.
 - Este plan incluye:
 - * Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson.
 - * Exposición de los principales problemas que deben abordarse, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.
 - * Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades.
 - Es importante la valoración continua del paciente, asegurando la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y en las distintas áreas del mismo nivel. El registro que toma vital importancia en este aspecto es el informe de

continuidad de cuidados, en el que quedarán reflejadas su evolución y su evaluación. Este deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea.

- Intervenciones centradas en la familia:
 - o Intervención psicológica:
 - El trabajo con la familia comienza en las primeras entrevistas diagnósticas, en las que es necesario tener una actitud terapéutica que les permita expresar sus preocupaciones, al mismo tiempo que puedan comenzar a comprender las dificultades de su hijo o hija empezando a orientarles en cómo relacionarse con él.
 - En entrevistas terapéuticas posteriores con la familia el objetivo será trabajar el duelo, es decir la pérdida de las expectativas de tener un hijo o hija sin problemas. Este aspecto se considera fundamental en las posibilidades de su evolución.
 - Otro elemento terapéutico importante en el trabajo con la familia, es que los profesionales les ayuden a mantener la esperanza, apoyándose en que es posible llevar a cabo un tratamiento que permita que el niño o la niña mejore su funcionamiento individual y su nivel de adaptación sociofamiliar.
 - Durante todo el tiempo de tratamiento, se realizará el apoyo psicoemocional a padres, hermanos y otros familiares implicados en los cuidados.
 - Se potenciarán los factores de protección y resiliencia de que disponga la familia.
 - o Intervención formativa y de apoyo:
 - La participación de la familia se considera fundamental en el tratamiento, por lo que los profesionales deben acordar con ella los objetivos terapéuticos, acompañando y orientando a los padres en las inquietudes que les despierta su hijo o hija.
 - La familia, en la medida de sus posibilidades, adquiere los conocimientos y destrezas necesarios para ser eficaces educadores, relacionados con:
 - * Estrategias favorecedoras de la comunicación, la interacción social y el juego simbólico.

- * Estructuración del entorno familiar.
- * Diseño y uso de las claves visuales.
- * Uso de las estrategias del Apoyo Conductual Positivo ante las alteraciones conductuales que se puedan presentar.
- El desarrollo de estas actividades por parte de la familia es dirigido y orientado por los profesionales que intervienen en el PIAT.
- Se desarrollaran reuniones de Apoyo Mutuo.
- Se iniciará terapia familiar cuando se considere indicada, al haberse detectado posible disfunción familiar.
- o Intervención social: En el marco del Plan de Atención Social se abordará (Anexo 25):
 - Prevención e intervención en situaciones de riesgo psicosocial en el menor y su familia.
 - Información sobre prestaciones y recursos públicos, privados y de iniciativa social.
 - Asesoramiento y ayuda para la gestión del Reconocimiento de la Minusvalía y prestaciones o servicios derivados de ella.
 - Orientación y derivación para la valoración del nivel y grado de dependencia y asesorar al PIA (Plan Individualizado de Tratamiento) derivado de la aplicación de la Ley de Atención a situaciones de Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal.
- Intervenciones sobre el entorno:
 - o En el ámbito educativo las intervenciones seguirán los mismos criterios generales establecidos en la presente actividad para otros entornos (CAIT y USMIJ).
 - o Cuando sea preciso, se colaborará con los profesionales del centro educativo, aportando información para:
 - Mejorar su competencia educativa con alumnos con TEA.
 - Facilitarle el acceso a conocimientos y material específicos.
 - Resolución de conductas alteradas.

- o Igualmente se hará con las personas responsables de otros contextos a los que el menor esté acudiendo, con los mismos objetivos que en el caso anterior.
- o En el marco del Plan de Atención Social se abordará:
 - Promover, informar y conectar con Grupos de Ayuda Mutua, Grupos de Padres, Asociaciones de Afectados, etc.
 - Movilizar y promover actitudes y recursos en la comunidad favorecedores de la inclusión y el desarrollo de estos niños en el entorno.
- Intensidad del tratamiento.
 - o Módulos de intervención.
 - La medición de la duración de las sesiones se hará utilizando la Unidad de Medida de Atención Temprana (1 UMAT = 45 minutos/mes), tanto en actividad directa (menor) como indirecta (familia y entorno), cuyo número se adaptará a cada caso.²⁰
 - El PIAT establecerá el número de UMAT según el caso, que será supervisado por la Consultoría Provincial.
 - La pertinencia del número de UMAT se realizará desde cada Delegación Provincial de Salud, a través de la figura de la Consultoría Provincial.
 - En función del número de sesiones se establecerán los siguiente módulos:
 - * Niño o niña:
 - Tipo A, menos de 2 UMAT.
 - Tipo B, entre 2 y 4 UMAT.
 - Tipo C, entre 4 y 6 UMAT.
 - Tipo D, entre 6 y 8 UMAT.
 - Tipo E, más de 8 UMAT.
 - * Familia-Entorno:
 - Tipo A, menos de 1 UMAT.
 - Tipo B, 1 UMAT.
 - Tipo C, 2 UMAT.
 - Tipo D, más de 2 UMAT.
 - Todos los resultados obtenidos de la entrevista, observaciones y las valoraciones efectuadas se recogerán y se añadirán a la historia.

8. Coordinación.

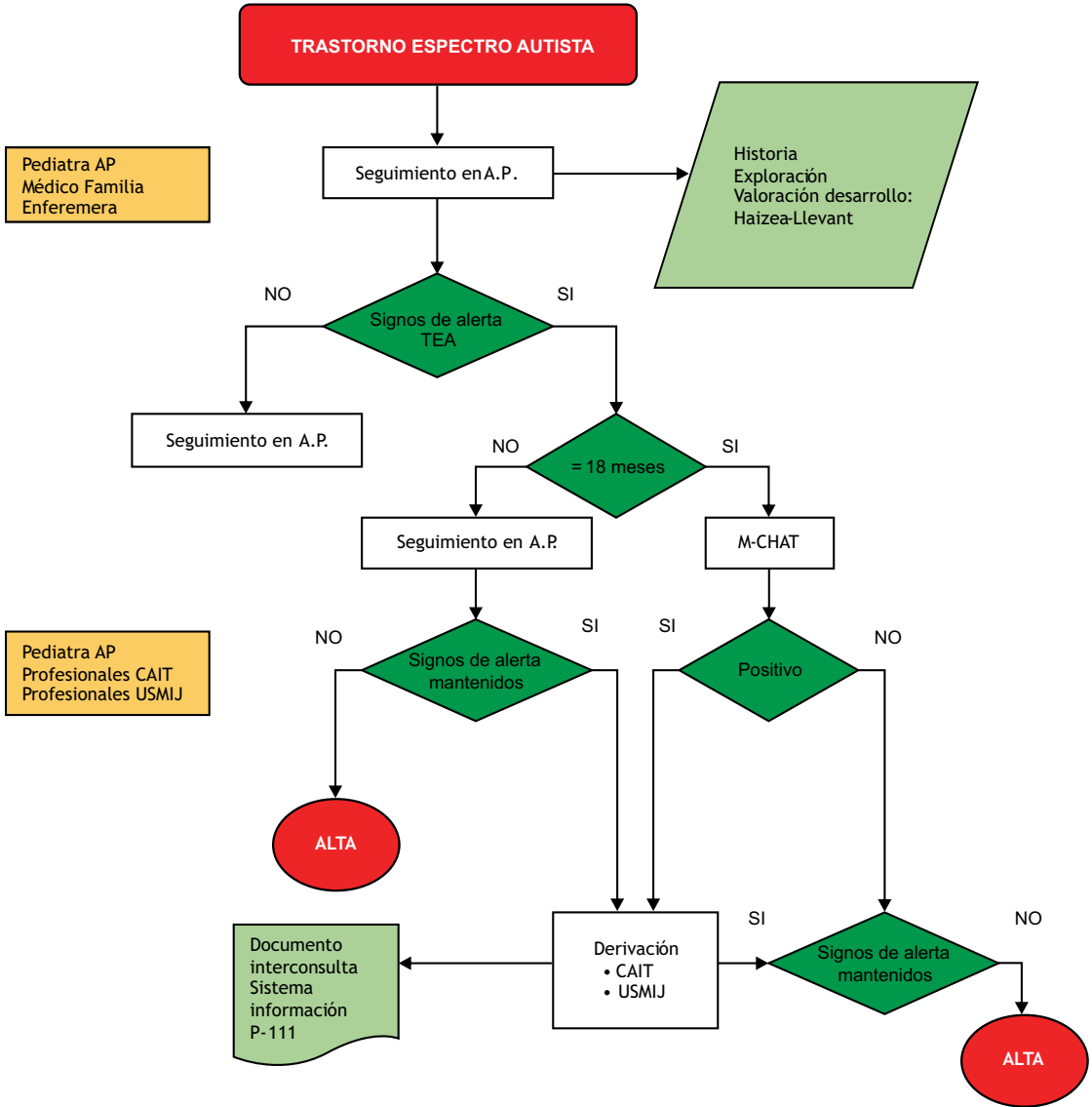
- Con otros servicios o dispositivos²¹:
 - o Es una actividad que llevan a cabo todos los profesionales y a lo largo de todo el proceso de tratamiento para mejorar su efectividad y asegurar su continuidad evitando rupturas en la atención.
 - o Esta coordinación en función del PIAT de cada niño o niña abarcará a profesionales de Atención Primaria (Pediatra/ Médico de Familia, Enfermería Gestora de Casos, Trabajo Social), CAIT, USMIJ, Consultoría Provincial, Pediatra de la Unidad de Neuropediatría y otras especialidades que intervengan con el niño.
 - o Habrá una reunión como mínimo durante el proceso de elaboración del PIAT, a la que asistirán al menos los profesionales referentes de CAIT y USMIJ.
 - o Se realizarán reuniones de coordinación periódicas para seguimiento y evaluación de las intervenciones del PIAT, contactos telefónicos y mediante otras tecnologías de la información y comunicación (TIC), así como para informar de posibles cambios y/o necesidades detectadas y siempre que el menor vaya a ser dado de alta de cualquier dispositivo.
 - o Se establecerá un calendario de reuniones con una periodicidad mínima bimensual en las que se analizarán los casos en común.
- Con el ámbito educativo:
 - o Es necesaria para una adecuada integración entre los programas educativos y el PIAT.
 - o Intervendrán, según las necesidades y momentos, profesionales de la USMIJ, CAIT y de atención primaria, profesionales del Equipo de Orientación Educativa (EOE), profesorado tutor y de Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje del Centro Educativo, y el Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT).
 - o Debe producirse a lo largo de todo el proceso de escolarización, compartiendo la información del PIAT con los profesionales del ámbito educativo, siendo especialmente importantes los siguientes momentos:
 - Evaluación psicopedagógica.

- Elaboración del Dictamen de Escolarización: modalidad de escolarización y recursos necesarios.
- Asignación de Centro.
- Diseño y desarrollo de los programas educativos al inicio del curso escolar.
- Seguimiento trimestral y al final del curso.
- o Será necesario el consentimiento informado de la familia para el intercambio de información del PIAT entre los diferentes profesionales.
- o Tendrá como objetivo una función de apoyo a los profesionales del Centro Educativo, especialmente en los momentos de crisis del menor.
- o Podrá aportar a los profesionales sanitarios información relevante para su intervención.
- o Estas actividades se llevarán a cabo a través de contactos telefónicos, TIC, reuniones de coordinación y visitas al centro escolar si se considera necesario.

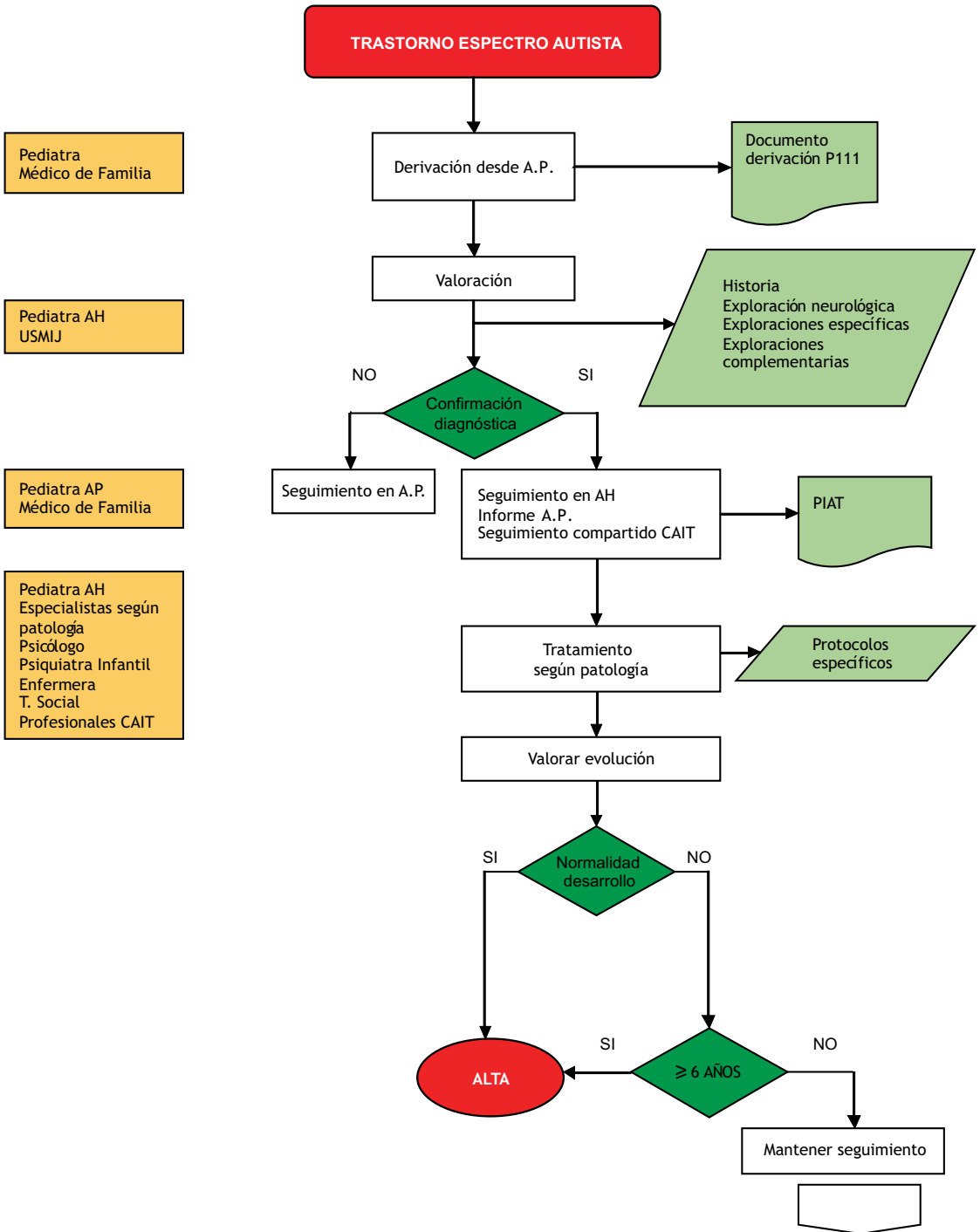
4

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

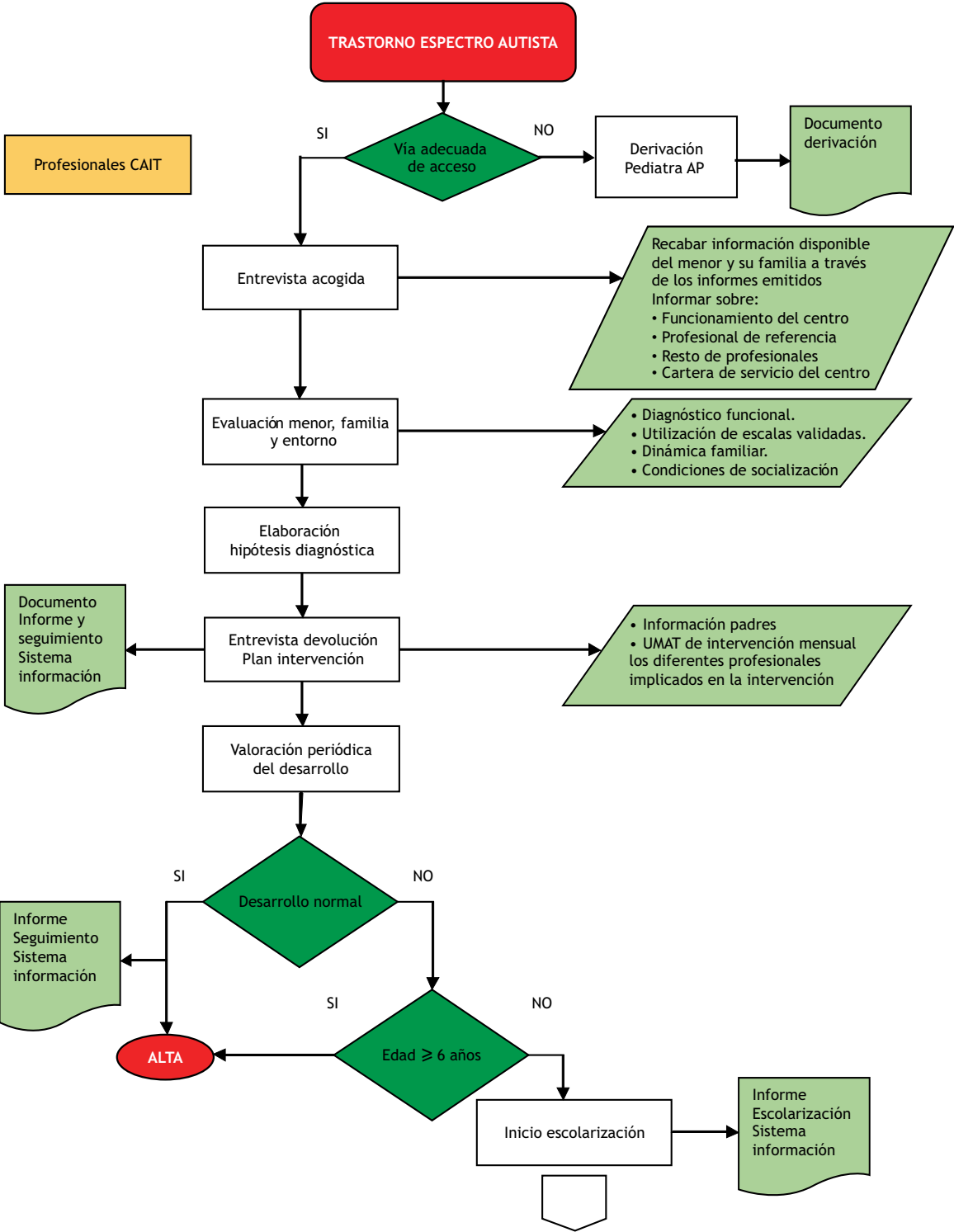
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA
SEGUIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA



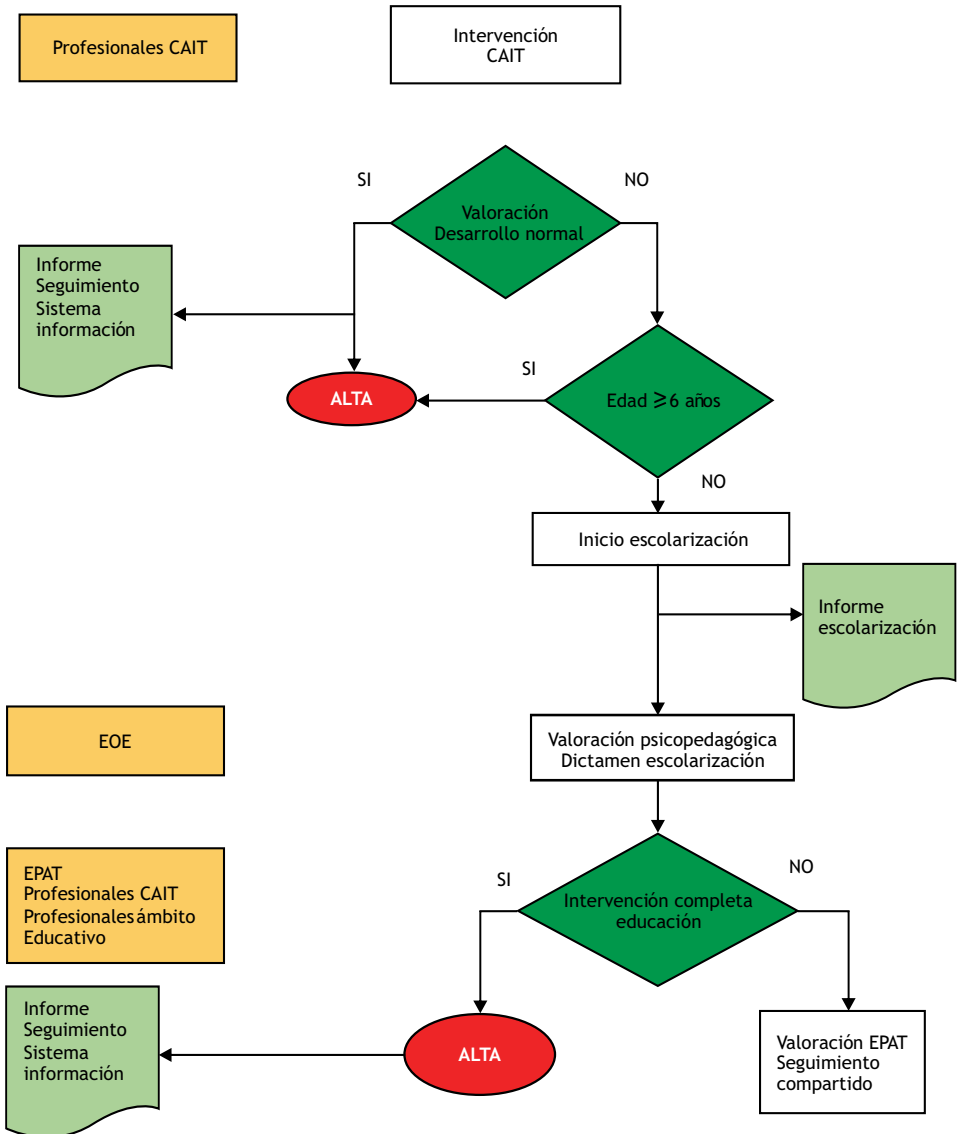
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA
SEGUIMIENTO ATENCIÓN HOSPITALARIA



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA SEGUIMIENTO CAIT



**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA
ALTA CAIT**



5

INDICADORES

Denominación	La valoración por CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de treinta días
Fórmula	Menores valorados y con intervención en plazo *100 / Menores derivados a CAIT
Criterio	Permite detectar la existencia de lista de espera Permite conocer si los mecanismos de derivación, recepción e intervención son correctos
Estándar	30 %
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	En el documento de Interconsulta de Centros Sanitarios a Centros de Atención Infantil Temprana” constará el diagnóstico fundamental según la clasificación de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT)
Fórmula	Menores derivados con diagnóstico ODAT * 100 / Menores derivados
Criterio	Valora la utilización del mismo lenguaje entre diferentes niveles y sectores
Estándar	70%
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	Menores derivados por sospecha de TEA con informe de resultado de M-CHAT
Fórmula	Menores derivados por sospecha de TEA con edad \geq a 18 meses, con informe de resultado de M-CHAT * 100 / Menores derivados por sospecha de TEA
Criterio	Permite evaluar el cumplimiento de la utilización de un test específico para la detección del trastornos
Estándar	80 %
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	Menores en seguimiento, por Pediatra de AP, con diagnóstico de TEA
Fórmula	(Menores en seguimiento, por Pediatra de AP * 0.6) / 100
Criterio	Permite, en base a la prevalencia esperada, valorar la capacidad diagnóstica de TEA
Estándar	70%
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	La valoración del desarrollo psicomotor en Atención Primaria se realiza a través de Escala de HAIZEA-LLEVANT
Fórmula	Menores controlados en AP con valoración del desarrollo a través de escala Haizea – Llevant * 100 / menores controlados en AP*
Criterio	Unificar criterios sobre señales de alerta del desarrollo en nuestro entorno
Estándar	60%
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

*: Sólo válido si la escala Haizea-Llevant se incluye en la Historia de Salud Digital.

Denominación	Existencia de Historia de Atención Temprana en el CAIT
Fórmula	Menores con Historia de AT en CAIT * 100 / Número total de menores en CAIT
Criterio	Permite valorar seguimiento de la intervención en los CAIT
Estándar	90 %
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

Nota: Todos los indicadores se desglosarán por sexo.

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES MENTALES DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM IV-TR

Crterios para el diagn3stico del F84.0 Trastorno autista (299.00)

- A. Existe un total de 6 (o m3s) 3tems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:
1. alteraci3n cualitativa de la interacci3n social, manifestada al menos por dos de las siguientes caracter3sticas:
 - (a) importante alteraci3n del uso de m3ltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresi3n facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacci3n social.
 - (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compa1eros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - (c) ausencia de la tendencia espont3nea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o se1alar objetos de inter3s).
 - (d) falta de reciprocidad social o emocional.
 2. alteraci3n cualitativa de la comunicaci3n manifestada al menos por dos de las siguientes caracter3sticas:
 - (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompa1ado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicaci3n, tales como gestos o m3mica).
 - (b) en sujetos con un habla adecuada, alteraci3n importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversaci3n con otros.
 - (c) utilizaci3n estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincr3sico.
 - (d) ausencia de juego realista espont3neo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
 3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes caracter3sticas:
 - (a) preocupaci3n absorbente por uno o m3s patrones estereotipados y restrictivos de inter3s que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - (b) adhesi3n aparentemente inflexible a rutinas o rituales espec3ficos, no funcionales.
 - (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - (d) preocupaci3n persistente por partes de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes 3reas, que aparece antes de los 3 a1os de edad: 1 interacci3n social, 2 lenguaje utilizado en la comunicaci3n social o 3 juego simb3lico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Criterios para el diagnóstico del F84.2 Trastorno de Rett (299.80)

- A. Todas las características siguientes:
 - 1. desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
 - 2. desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
 - 3. circunferencia craneal normal en el nacimiento.
- B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:
 - 1. desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
 - 2. pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
 - 3. pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
 - 4. mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
 - 5. desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Criterios para el diagnóstico del F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (299-10)

- A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 - 1. lenguaje expresivo o receptivo.
 - 2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo.
 - 3. control intestinal o vesical.
 - 4. juego.
 - 5. habilidades motoras.
- C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 - 1. alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional).
 - 2. alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado).
 - 3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.
- D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Criterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
 3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
 4. ausencia de reciprocidad social o emocional.
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
 2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 4. preocupación persistente por partes de objetos.
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10)

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

Grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación a la edad mental del niño (retrasado o no).

F84.0 Autismo infantil

Trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas.

Pautas para el diagnóstico

Por lo general no hay un período previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio-emocional. Asimismo, son constantes las alteraciones cualitativas de la comunicación. Consisten en no utilizar el lenguaje para una función social, debidos a una alteración de la actividad lúdica basada en el juego social imitativo y simulado, a una pobre sincronización en la expresión del lenguaje, a una relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento, a una falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, a defectos de la cadencia o entonación necesarias para lograr una modulación de la comunicación y, como es de esperar, a la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

El comportamiento en este trastorno se caracteriza también por la presencia de formas de actividad restrictivas, repetitivas y estereotipadas, de restricción de los intereses y de la actividad en

general, en los que destaca la rigidez y rutina para un amplio espectro de formas de comportamiento. Por lo general, estas características afectan tanto a las actividades nuevas, como a los hábitos familiares y a las formas de juego. Puede presentarse, sobre todo en la primera infancia, un apego muy concreto a objetos extraños, de un modo característico a los "no suaves". Los niños persisten en llevar a cabo actividades rutinarias específicas consistentes en rituales sin un sentido funcional, tal y como preocupaciones estereotipadas con fechas, trayectos u horarios, movimientos estereotipados o un interés en los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor o textura) y suelen presentar una gran resistencia a los cambios de la rutina cotidiana o de los detalles del entorno personal (tales como la decoración o los muebles del domicilio familiar).

También es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos sin especificar, tales como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas. Son bastante frecuentes las autoagresiones (por ejemplo, morderse las muñecas), sobre todo cuando el autismo se acompaña de un retraso mental grave. La mayoría de los niños autistas carecen de espontaneidad, iniciativa y creatividad para organizar su tiempo libre y tienen dificultad para aplicar conceptos abstractos a la ejecución de sus trabajos (aun cuando las tareas se encuentran al alcance de su capacidad real). Las manifestaciones específicas de los déficits característicos del autismo cambian al hacerse mayores los niños, pero los déficits persisten en la edad adulta con una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización, comunicación e inquietudes. Para hacer el diagnóstico, las anomalías del desarrollo deben haber estado presentes en los tres primeros años, aunque el síndrome puede ser diagnosticado a cualquier edad. En el autismo pueden darse todos los niveles de CI, pero hay un retraso mental significativo en, aproximadamente, el 75 % de los casos.

Incluye:

- Autismo infantil.
- Síndrome de Kanner.
- Psicosis infantil.
- Trastorno autístico.

Excluye: Psicopatía autística (F84.5).

F84.1 Autismo atípico

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de características de una o dos de las otras áreas. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo cuyo bajo nivel de rendimiento favorece la manifestación del comportamiento desviado específico requeridos para el diagnóstico de autismo. También sucede esto en individuos con graves trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje.

Incluye:

- Retraso mental con rasgos autísticos.
- Psicosis infantil atípica.

F84.2 Síndrome de Rett

Trastorno descrito hasta ahora sólo en niñas, cuya causa es desconocida pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología. El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza y que aparece generalmente entre los siete meses y los dos años de edad. Las características principales son: pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipias consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación. El desarrollo social y lúdico se detiene en el segundo o tercer año, pero el interés social suele mantenerse. Durante la infancia suele desarrollarse ataxia y apraxia de tronco, que se acompañan de escoliosis o cifoescoliosis y algunas veces de movimiento coreoatetósicos. La consecuencia invariable es la de una grave invalidez mental. Es frecuente que durante la infancia aparezcan crisis epilépticas.

Pautas para el diagnóstico

En la mayoría de los casos el comienzo tiene lugar entre el séptimo mes y los dos años de edad. El rasgo más característico es una pérdida de los movimientos intencionales de las manos y de la capacidad manual fina de tipo motor. Se acompaña de pérdida parcial o ausencia de desarrollo del lenguaje, movimientos estereotipados muy característicos de retorcer o "lavarse las manos", con los brazos flexionados frente de la barbilla o el pecho, movimientos estereotipados de humedecerse las manos con saliva, falta de masticación adecuada de los alimentos, episodios de hiperventilación frecuentes, mal control de los esfínteres, a menudo presentan babeo y protrusión de la lengua y pérdida de contacto social. Es muy característico que estas niñas mantengan una especie de "sonrisa social" mirando "a través" de las personas, pero sin establecer un contacto social. Esto tiene lugar en el estadio precoz de la infancia (aunque a menudo desarrollan más tarde la capacidad de interacción social). La postura y la marcha tienden a ser con aumento de la base de sustentación, hay hipotonía muscular, los movimientos del tronco suelen ser escasamente coordinados y acaban por presentar escoliosis y cifoescoliosis. Las atrofia espinales con alteraciones motrices graves se desarrollan en la adolescencia o en la edad adulta en aproximadamente la mitad de los casos. Más tarde puede presentarse espasticidad rígida que suele ser más marcada en los miembros inferiores que en los superiores. En la mayoría de los casos aparecen ataques epilépticos, generalmente algún tipo de ataque menor y con comienzo anterior a los ocho años. En contraste con el autismo, son raras las preocupaciones o rutinas estereotipadas complejas o las automutilaciones voluntarias.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia

Trastorno profundo del desarrollo (distinto del síndrome de Rett) definido por la presencia de una etapa previa de desarrollo normal antes del comienzo del trastorno, por una fase bien definida de pérdida de capacidades previamente adquiridas, que tiene lugar en el curso de pocos meses y que afecta como mínimo a varias áreas del desarrollo, junto con la aparición de anomalías típicas del comportamiento social y de la comunicación. Con frecuencia hay un período prodrómico de la enfermedad poco definido, durante el cual el niño se vuelve inquieto, irritable, ansioso e hiperactivo, a lo que sigue un empobrecimiento y una pérdida del lenguaje y el habla, acompañado por una desintegración del comportamiento. En algunos casos la pérdida de capacidad tiene una progresión continua (en general, cuando el trastorno se acompaña de una alteración neurológica progresiva diagnósticable), pero con mayor frecuencia el deterioro progresa sólo durante unos meses, se estabiliza y

más tarde tiene lugar una mejoría limitada. El pronóstico es malo en general y la mayoría de los individuos quedan afectados de retraso mental grave. No hay certeza de hasta qué punto esta alteración es diferente del autismo. En algunos casos, el trastorno puede ser secundario a una encefalopatía, pero el diagnóstico debe hacerse a partir de las características comportamentales.

Pautas para el diagnóstico

Presencia de un desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años, seguido por una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas, la cual se acompaña de un comportamiento social cualitativamente anormal. Es frecuente que en estos casos tenga lugar una regresión profunda o una pérdida completa del lenguaje, una regresión en las actividades lúdicas, de la capacidad social y del comportamiento adaptativo. Con frecuencia se presenta además una pérdida del control de esfínteres y a veces con un mal control de los movimientos. Es típico que estos rasgos se acompañen de una pérdida de interés por el entorno, por manierismos motores repetitivos y estereotipados y por un deterioro pseudo-autístico de la comunicación e interacción sociales. En algunos aspectos el síndrome se parece a las demencias de la vida adulta, pero se diferencia por tres aspectos claves: hay por lo general una falta de cualquier enfermedad o daño cerebral identificable (aunque puede presumirse algún tipo de disfunción cerebral), la pérdida de capacidades puede seguirse de cierto grado de recuperación, el deterioro de la socialización y de la comunicación tiene rasgos característicos, más típicos del autismo que del deterioro intelectual.

Incluye:

- Psicosis desintegrativa.
- Síndrome de Heller.
- Dementia infantil.
- Psicosis simbiótica.

Excluye:

- Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner, F80.3).
- Mutismo selectivo (F94.0).
- Esquizofrenia (F20.-)
- Síndrome de Rett (F84.2).

F84.4 Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados

Se incluye aquí sin embargo porque los niños con retraso mental (CI inferior a 50), con problemas importantes de hiperactividad y déficit de atención tienen con frecuencia un comportamiento estereotipado. Además, estos niños no suelen beneficiarse de un tratamiento con fármacos estimulantes (al contrario de aquellos de CI en el rango normal) al que pueden responder con reacciones disfóricas intensas (a veces con inhibición psicomotriz) y en la adolescencia la hiperactividad tiende a ser reemplazada por una hipoactividad (una forma que no es frecuente en los niños hipercinéticos con inteligencia normal). Este síndrome suele acompañarse de tipos variados de retrasos del desarrollo, ya sean específicos o generalizados.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la combinación de hiperactividad grave, desproporcionada para el nivel de maduración, de estereotipias motrices y de retraso mental grave. Para un diagnóstico correcto deben estar presentes los tres aspectos.

F84.5 Síndrome de Asperger

Trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difiere sin embargo del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen ser marcadamente torpes desde el punto de vista motor. El trastorno se presenta con preferencia en varones (en proporción aproximada de 8 a 1). Parece muy probable que al menos algunos casos sean formas leves de autismo, pero no hay certeza de que esto sea así en todos los casos. La tendencia es que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son modificados por influencias ambientales. Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta.

Pautas para el diagnóstico

Combinación de ausencia de cualquier retraso de lenguaje, o cognoscitivo clínicamente significativo y la presencia de déficits cualitativos en la interacción social (como en el autismo) y manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general (como en el autismo). Puede haber o no problemas de comunicación similares a los del autismo, pero un retraso significativo del lenguaje descarta el diagnóstico.

Incluye:

- Psicopatía autística.
- Trastorno esquizoide de la infancia.

Excluye:

- Trastorno esquizotípico (F21).
- Esquizofrenia simple (F20.6).
- Trastorno de vinculación de la infancia (F94.1 y F94.2).
- Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5).
- Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

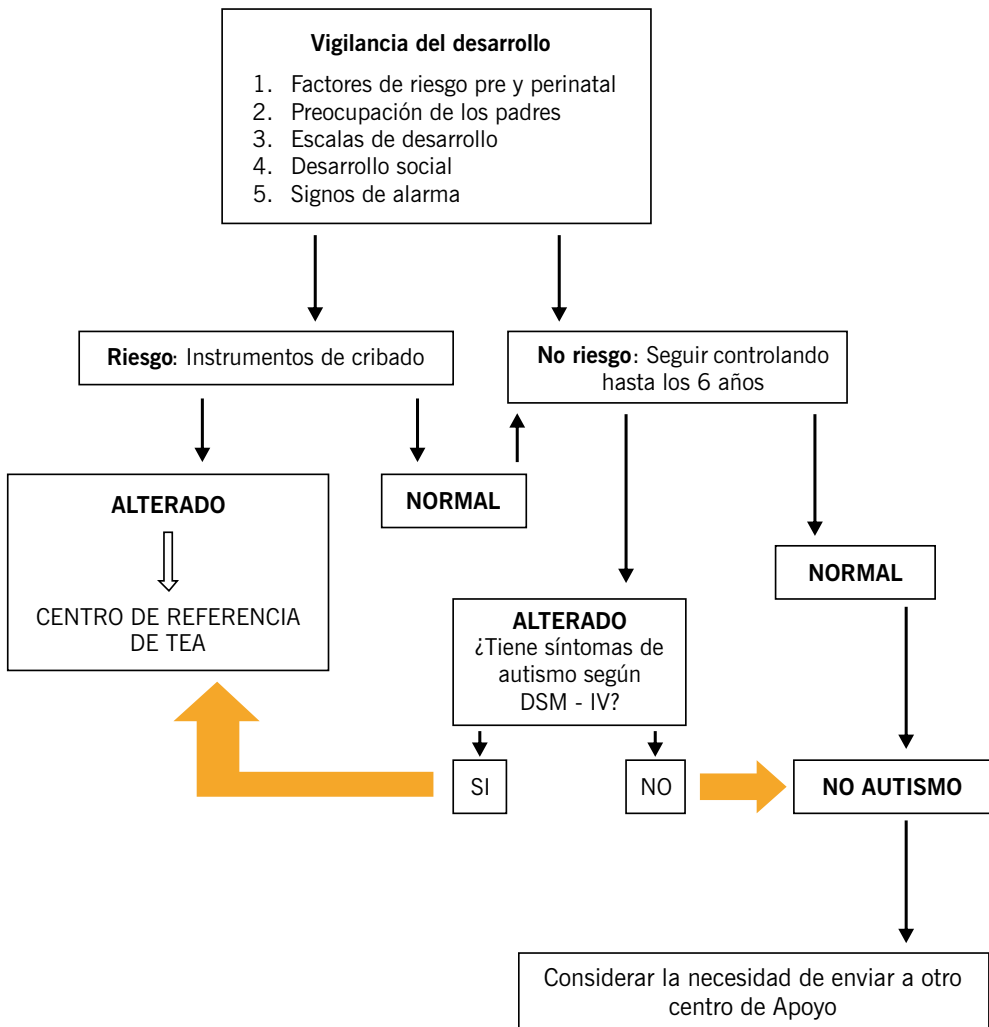
F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación

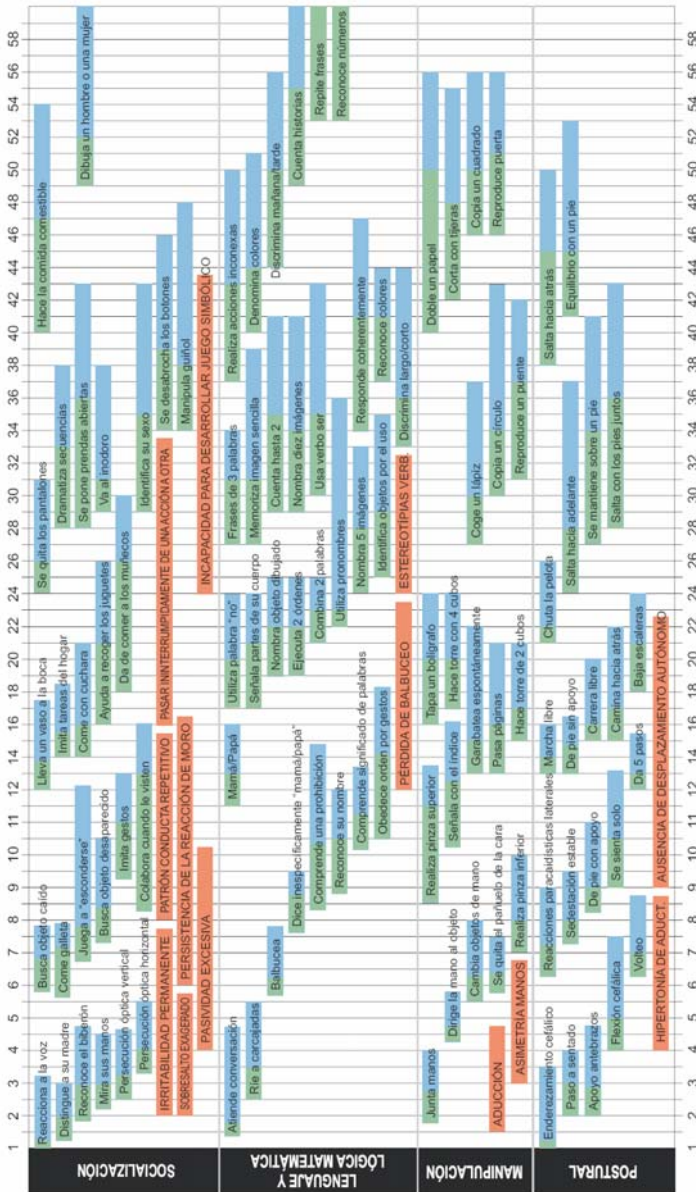
Trastornos con las características de la descripción general de los trastornos generalizados del desarrollo, pero que por falta de información adecuada o por hallazgos contradictorios, no se satisfacen las pautas de cualquiera de los otros códigos del apartado F84.

VIGILANCIA DEL DESARROLLO: ALGORITMO DIAGNOSTICO

GUÍA DE BUENA PRACTICA PARA LA DETECCION TEMPRANA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA. Grupo GETEA.



ESCALA DE VALORACIÓN DE HAIZEA-LLEVANT



©: Autoría intelectual: Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco
 ©: Diseño y producción: Ikastaries S.A./Azpeitia 9,2o.A. 2010. Donostia. San Sebastian.

HITOS NORMALES DEL DESARROLLO SOCIO-COMUNICATIVO

Meses - Habilidades

9 meses

- Sigue con la mirada cuando el cuidador le señala y nombra un objeto familiar: “¡mira el...!” (un objeto familiar).

12 meses

- Intenta obtener un objeto fuera del alcance, para lo que llama la atención del cuidador señalando, verbalizando y estableciendo contacto visual.
- Balbuceo.
- Gesticulaciones (señalar, decir adiós con la mano).

15 meses

- Establece contacto visual cuando habla con alguien.
- Extiende los brazos anticipadamente cuando van a tomarlo en brazos.
- Muestra atención compartida.
- Responde de forma consistente a su nombre.
- Responde a órdenes sencilla.
- Dice “papá” y “mamá” con sentido.
- Dice otras palabras simples (16- 17 meses)

18 meses

- Señala partes de su cuerpo.
- Dice algunas palabras con significado. Hace juego simbólico (muñecos, teléfono).
- Responde cuando el examinador señala un objeto.
- Señala un objeto, verbaliza y establece contacto visual alternativamente entre el objeto y el cuidador con la única intención de dirigir la atención del adulto hacia el objeto.
- Trae objetos a los adultos simplemente para mostrárselos.

24 meses

- Utiliza frases de dos palabras.
- Imita tareas domésticas.
- Muestra interés por otros niños.
- Frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses.

SIGNOS DE ALERTA DE TEA SEGÚN EDAD

A cualquier edad:

- Mayor interés por los objetos que por las personas.
- Si mira a la cara lo hace por poco tiempo y con más atención a la boca que a los ojos.

De 0-3 años:

En cualquier caso, se debe valorar como señales de alerta para los TEA, con indicación absoluta de proceder a una evaluación diagnóstica más detallada y amplia, si:

- No balbucea ni señala ni hace gestos a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social.

Signos de alerta a los 12 meses:

- Menor contacto ocular.
- No reconoce su nombre.
- No señala para pedir.
- No muestra objetos.

Detección específica a los 18 meses:

- No señala para pedir ni para mantener atención compartida (ausencia de protoimperativos y protodeclarativos). Detectable con test de CHAT.
- No dice palabras sencillas.

Signos de alerta a partir de los 2 años:

- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas).
- No presencia de juegos de ficción.

Detección específica a partir de los 36 meses:

- Déficit en el desarrollo del lenguaje, especialmente de comprensión, deficiente comunicación no verbal y fracaso en la sonrisa social para expresar placer y responder a la sonrisa de otros.
- Alteraciones sociales: Imitación limitada o ausente de acciones (ej. aplaudir) con juguetes u otros objetos, no muestra objetos a los demás, falta de interés o acercamiento a extraños o niños de su edad. Escasa respuesta a emociones: felicidad o tristeza, no realiza juegos

de ficción), preferencia por actividades solitarias o relaciones extrañas con adultos (excesiva intensidad o indiferencia).

- Alteración de intereses, actividades y conductas: Hipersensibilidad a sonidos o tacto, inusual respuesta sensorial, manierismos motores, resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas, juegos repetitivos con juguetes u objetos.

Detección específica a partir de los 5-6 años:

- No responde a su nombre.
- No establece un contacto visual adecuado.
- Excesivo interés en alinear los juguetes u otros objetos.
- No juega con un juguete de forma apropiada.
- Se obsesiona con un objeto o juguete concreto.
- No sonríe de forma recíproca.
- A veces parece sordo.

Bibliografía específica Anexo 6:

Filipek PA, Accardo P, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B, et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 1999; 29: 439-84.

Posada de la Paz, M; Ferrari Arroyo MJ; Touriño E; Boada L. "Investigación epidemiológica en el autismo: una visión integradora". *Rev Neurol* 2005; 40 (Supl 1): S191-S198.

Grupo de estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y consumo, España. "Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista". *Rev Neurol* 2005; 41 (4): 237-245.

SEÑALES DE ALERTA EXPRESADAS POR LA FAMILIA

La Guía de Detección Precoz de los TEA de la Consejería de salud (2005) señala las siguientes preocupaciones expresadas por la familia a los pediatras, sobre sus hijos o hijas menores de 2 años, han de ser consideradas como SEÑALES DE ALERTA de la posible presencia de un TEA:

ÁREAS DE COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN

- Casi nunca atiende cuando se le llama. A veces parece sordo.
- No señala para mostrar o compartir su interés.
- No ha desarrollado el lenguaje oral o lo ha perdido.
- Si tiene lenguaje, pero lo usa de manera peculiar, o es muy repetitivo.
- Se ríe o llora sin motivo aparente.
- No reacciona casi nunca ante lo que ocurre a su alrededor.
- Parece no interesarse por los demás.
- Apenas mira a la cara sonriendo a la vez.
- Generalmente no se relaciona con los otros niños, no les imita.
- No suele mirar hacia donde se le señala.

ÁREAS DE JUEGO Y EXPLORACIÓN DEL ENTORNO

- Es muy sensible a ciertas texturas, sonidos, olores o sabores.
- Tiene movimientos extraños, repetitivos.
- Presenta rabietas o resistencia ante cambios ambientales.
- Tiene apego inusual a algunos objetos o a estímulos concretos.
- Usa los juguetes de manera peculiar (girarlos, tirarlos, alinearlos...).
- Apenas realiza juego social, simbólico o imaginativo («hacer como si...»).
- Sus juegos suelen ser repetitivos.

Por su parte, la autoridad sanitaria canadiense de British Columbia (2003) proporciona el siguiente listado de signos de alarma:

- Retraso o ausencia del habla.
- No presta atención a las otras personas.
- No responde a las expresiones faciales o sentimientos de los demás.
- Falta de juego simbólico, ausencia de imaginación.
- No muestra interés por los niños de su edad.
- No respeta la reciprocidad en las actividades de “toma y daca”.

- Incapaz de compartir placer.
- Alteración cualitativa en la comunicación no verbal.
- No señala objetos para dirigir la atención de otra persona.
- Falta de utilización social de la mirada.
- Falta de iniciativa en actividades o juego social.
- Estereotipias o manierismos de manos y dedos.
- Reacciones inusuales o falta de reacción a estímulos sonoros.

CUESTIONARIO M-CHAT

INTERPRETACIÓN

El M- Chat es un cuestionario de 23 preguntas que rellenan los padres del niño. Para que un M-Chat resulte “positivo” (para que se sospeche la existencia de una alteración del desarrollo del niño o de la niña) el cuestionario debe mostrar:

1. Tres o más ítems cualesquiera fallados o
2. Dos o más ítems crítico fallados (Los ítems críticos son: **2, 7, 9, 13, 14 y 15**)

INSTRUCCIONES

Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa NORMALMENTE. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

1.	¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el “caballito” sentándole en sus rodillas, etc.?	SÍ	NO
2.	¿Muestra interés por otros niños o niñas?	SÍ	NO
3.	¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque, etc.?	SÍ	NO
4.	¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al “cucú-tras”? (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)	SÍ	NO
5.	¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	SÍ	NO
6.	¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	SÍ	NO
7.	¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?	SÍ	NO
8.	¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	SÍ	NO
9.	¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	SÍ	NO

10.	¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	SÍ	NO
11.	¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)	SÍ	NO
12.	¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonría?	SÍ	NO
13.	¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)	SÍ	NO
14.	¿Responde cuando se le llama por su nombre?	SÍ	NO
15.	Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?	SÍ	NO
16.	¿Ha aprendido ya a andar?	SÍ	NO
17.	Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?	SÍ	NO
18.	¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos?	SÍ	NO
19.	¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?	SÍ	NO
20.	¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?	SÍ	NO
21.	¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?	SÍ	NO
22.	¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?	SÍ	NO
23.	Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	SÍ	NO

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON TEA SINDRÓMICOS

DIFERENCIAS ENTRE AUTISMO IDIOPATICO Y AUTISMO SINDRÓMICO:

IDIOPATICO	SINDRÓMICO
Causa desconocida	Causa conocida
Trastorno puro	Asociado a otras manifestaciones
Base genética poco esclarecida	Base genética conocida en muchos casos
Pronóstico inicial incierto	Pronóstico según enfermedad de base
Ausencia de marcador biológico	Puede haber marcador biológico
Predominio sexo masculino	Predominio según trastorno primario
Retraso mental 70%	Retraso mental constante
Amplio espectro de gravedad	Predominan casos graves

Entre otras enfermedades pueden asociarse a TEA:

ENFERMEDADES GENÉTICAS

1. Síndrome de Rett
2. Síndrome X-fragil
3. Síndrome Smith-Lemli-Opitz

ENFERMEDADES NEURO CUTANEAS

1. Esclerosis tuberosa
2. Neurofibromatosis tipo I
3. Hipomelanosis tipo Ito

ENFERMEDADES METABOLICAS

(Causa rara de TEA. Basar los estudios en síntomas clave o clínica sugestiva)

1. Fenilcetonuria.
2. Déficit de adenosuccinasa.
3. Hiperactividad del citosol 5 nucleotidasa.
4. Leucodistrofia metacromática.
5. Mucopolisacaridosis (MPS): San Filipo y Hurler.
6. Enfermedades peroxisomales.
7. Síndrome de piridoxin dependencia.
8. Déficit de succinico semialdehido dehidrogenasa.
9. Déficit de Biotinidasa.
10. Acidemia isovalérica.
11. Histidinemia.

12. Déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa.
13. Déficit de fosforribosilpirofosfato sintetasa.
14. Xantínuria hereditaria tipo II.
15. Déficit de acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga.

FACTORES TOXICOS PRENATALES

1. Exposición a drogas:
 - a) Exposición fetal a cocaína.
 - b) Exposición fetal a Valproico.
 - c) Embriopatía talidomídica.
2. Exposición a tóxicos:
 - a) Síndrome alcohólico fetal.
 - b) Intoxicación por plomo.

EPILEPSIA

1. Síndrome de West.
2. Síndrome de Landau-Kleffner.

INFECCIONES CONGENITAS O ADQUIRIDAS

1. Rubéola congénita.
2. Encefalitis herpética.
3. Infección congénita por CMV.
4. Haemophilus Influenzae.

OTROS

1. Encefalopatía hipóxico-isquémica.
2. Síndrome de Joubert.
3. Síndrome de William.
4. Síndrome de Down.
5. Síndrome de Turner.
6. Síndrome de Sotos.
7. Parálisis cerebral infantil.

SIGNOS DE ALERTA DE HIPOACUSIA

Se sabe que el ser humano oye a partir del quinto mes de gestación, por lo cual ya a partir de las 48 hs. de haber nacido puede evaluarse la audición del lactante. En el 90% de los casos, los pacientes hipoacúsicos no tienen antecedentes familiares de problemas auditivos, por lo cual se debería prestar atención a ciertos signos indicadores de probable déficit auditivo.

Los pacientes hipoacúsicos manifiestan ciertas características según la edad:

- Un lactante de hasta 6 meses de edad no se altera con nada, no se sorprende ni pestañea ante ruidos prolongados o inesperados, no sonríe cuando escucha voces familiares y no emite sonidos.
- Entre los 6 y los 12 meses, el bebé no se orienta hacia los sonidos cotidianos, no comprende el "no" ni el "adiós" a menos que se usen gestos.
- Ya entre los 12 y los 18 meses, no dice "papá" ni "mamá", no señala a los objetos o personas conocidas ni nombra objetos que le son familiares.
- Entre 18 y 24 meses, no presta atención a los cuentos; no comprende órdenes sencillas si no están acompañadas de gestos, y no articula frases de dos palabras.
- A los 3 años, no se le entiende lo que dice, no repite frases y no contesta preguntas sencillas, en tanto que a los 4 años no puede contar lo que le pasa, no mantiene una conversación simple, es distraído y se retrasa en la escuela.

CRIBADO DE HIPOACUSIA:

Remitir para realización de prueba objetiva de sordera neurosensorial o de conducción en caso de sospecha de hipoacusia.

Preguntar a los padres sobre la reacción al sonido/lenguaje:

- ¿Le despiertan los ruidos como golpes fuertes, timbres o sirenas?
- ¿Siente el lactante aproximarse a personas que no ve o reacciona al oír hablar a personas conocidas sin verlas?
- ¿Intenta localizar ruidos que le llamen la atención?
- ¿Balbucea?

Realizar comprobación de audición en el control del niño:

- Debe asustarse con los ruidos, tranquilizarse con la voz de la madre; cesa momentáneamente en su actividad cuando oye un ruido como una conversación.
- Debe localizar bien los ruidos en el plano horizontal y empezar a imitar ruidos a su manera o al menos vocalizar imitando a un adulto.

Comprobar si tiene algún factor de riesgo de sordera neurosensorial:

- Preocupación de los padres o cuidadores sobre el habla, audición, lenguaje o desarrollo.

- Meningitis bacteriana y otras asociadas a disminución de la audición.
- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento o fractura.
- Estigmas u otros signos asociados a síndromes relacionados con sordera.
- Utilización de fármacos ototóxicos.
- Otitis media recidivante o persistente con derrame al menos 3 meses.

Para recordar los factores de riesgo de hipoacusia, es útil usar un acrónimo. Para la sordera se puede usar la palabra hearing (audición en inglés).

- **H** de Herencia: ¿Existe algún sordo en la familia?
- **E** de Ear: ¿Tiene el bebé alguna anomalía visible en las orejas? ¿Sus orejas son de aspecto normal?
- **A** de Apgar: ¿Tuvo el bebé algún problema en el nacimiento? (Test de Apgar bajo o precisó reanimación).
- **R** de Recetar: ¿Ha tomado algún fármaco lesivo para el oído? (Como algunos antibióticos: gentamicina, kanamicina, estreptomycin, tobramicina o algunos diuréticos).
- **I** de Infección: ¿Ha tenido alguna infección congénita, tales como: Toxoplasma, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes o Sífilis?
- **N** de Neonatal: ¿Tuvo que ser ingresado por algún motivo serio en los primeros días: sepsis, meningitis neonatal, hemorragia cerebral, respiración asistida ...?
- **G** de Growth: ¿Ha nacido con poco peso?

Grados de hipoacusia:

- Mínima: de 10 a 20 dB
- Leve: de 20 a 40 dB.
- Moderada: de 40 a 60 dB.
- Severa: de 60 a 80 dB
- Profunda: de 80 dB en adelante.

SIGNOS FÍSICOS A CONSIDERAR EN TEA SINDRÓMICO O SECUNDARIO

Es necesario que el pediatra dedique especial atención a signos físicos que pueden indicar enfermedad asociada:

- 1) Manchas dérmicas (acrómicas lanceoladas o jaspeadas que siguen o no líneas de Blaschko, o café con leche).
- 2) Rasgos dismórficos (filtrum largo, labios finos, pliegue palmar único, etc).
- 3) Rasgos toscos (MPS o mucopolidosis).
- 4) Hiperelasticidad (X frágil).
- 5) Estereotipias de línea media (lavado de manos y mano-boca, especialmente en niñas –Rett).
- 6) Sonrisa excesiva no social asociada a retraso del desarrollo psicomotor (Angelman).
- 7) Síntomas o signos sugestivos de enfermedad metabólica (Anexo 12): vómitos repetidos, epilepsia precoz, dismorfias, retraso mental, regresión del desarrollo, antecedentes familiares.
- 8) Pica (considerar intoxicación por metales pesados).
- 9) Descartar privación afectiva de tipo ambiental.

SIGNOS SUGESTIVOS DE ENFERMEDAD METABÓLICA

1. Letargia.
2. Vómitos cíclicos.
3. Episodios de hiperventilación.
4. Mioclonías.
5. Afectación multisistémica.
6. Malnutrición no explicada.
7. Hipotonía grave.
8. Antecedente familiar de trastorno similar, no explicado.
9. Rasgos dismórficos o facies tosca.
10. Retraso mental.
11. Pérdida de habilidades motoras (Regresión de todas las áreas de desarrollo y no solo de comunicación y personal social).
12. Hepatoesplenomegalia.
13. Acidosis metabólica, hiperlactacidemia y/o hiperamonemia.
14. Hiperuricemia.
15. Hipocolesterolemia.
16. Distonía.
17. Espasticidad.
18. Ataxia.
19. Afectación periférica.
20. Megacefalia progresiva.
21. Alteraciones oculares (catarata, oftalmoplejía, retinianas).
22. Alteraciones esqueléticas.
23. Consanguinidad de los padres.
24. Retraso de crecimiento.
25. Alteraciones Equilibrio Acido-base.
26. Alopecia.
27. Alteraciones cutáneas no explicables.
28. Síntomas recurrentes.

INDICADORES DE RIESGO SOCIAL/MENORES FRÁGILES Y CRITERIOS GENERALES DE RIESGO SOCIAL (CGRS)

Definición de Menor Frágil: Niños o niñas y adolescentes hasta 18 años con problemas socio sanitarios que afectan a su desarrollo normalizado e integración social.

- 1) Menor que presenta abandono/maltrato infantil (físico, psíquico y/o abuso sexual) intra o extra familiar (violencia escolar).
- 2) Menor cuyos padres presenten enfermedades que conlleven la desatención: dependencias, enfermedades crónicas invalidantes, enfermos terminales, enfermos mentales etc.
- 3) Menor en hogar con fallecimiento o abandono de progenitores sin adultos que asuman dicha responsabilidad.
- 4) Menor con padres en prisión y con sospecha de desatención.
- 5) Menor con padres en separación conflictiva y con alto riesgo de utilización de los hijos en el proceso de separación y en la conflictiva conyugal.
- 6) Menor perteneciente a familia con alta movilidad: con cambios frecuentes de domicilio que comprometen de forma importante el seguimiento de actividades escolares regladas y de los programas de salud.
- 7) Menor hijo de adolescente, que muestre dificultades en el manejo responsable de las necesidades de aquel: desatención.
- 8) Menor perteneciente a familia monoparental sin apoyo social y con indicios de desatención.
- 9) Menores en familias reconstituidas: de segundas parejas, en acogimiento familiar, adoptivos y que presentan dificultades de atención de las necesidades sociosanitarias, educativas, etc.
- 10) Menor con padres en negación /no aceptación de la discapacidad, o bien no tienen la capacidad necesaria o desconocen los recursos necesarios existentes para atender sus necesidades.
- 11) Menores con problemas escolares: no escolarizado, absentismo, inadaptación escolar que les alejen de forma frecuente del programa escolar reglado.
- 12) Menor con necesidades educativas especiales no evaluado por Equipo de Orientación Educativa o evaluado pero no atendido en función de éstas.

- 13) Menores cuyos tutores / responsables mantienen situación de conflicto con el Centro Escolar y otros centros que lo atienden, que dificulta seriamente la vinculación adecuada al programa.
- 14) Menor que requiere la intervención de múltiples instituciones y profesionales en situaciones de descoordinación.
- 15) Menores en familias con importantes problemas de desorganización y conflictiva relacional generadora de situaciones de privación para un desarrollo psicosocial normalizado.
- 16) Menores cuya familia maneja creencias de rechazo a medidas de prevención y atención a problemas de salud: medicación, pruebas diagnósticas, vacunas...
- 17) Menor cuyos padres mantienen conductas o pautas inadecuadas de crianza, sobreprotección, permisividad o dejación en aspectos nutricionales, ritmos alimentarios, sueño, higiene, cuidado y autonomía) que altere o retrase el desarrollo evolutivo adecuado del niño o la niña.
- 18) Menores tutelados por la Administración Pública.
- 19) Menores cuyas familias presentan demandas de atención frecuentes por motivos no justificados ("hiperfrecuentadores").

Criterios Generales de Riesgo social

1. Bajo nivel de instrucción. Persona con un nivel de instrucción que influye en su capacidad o habilidad para afrontar problemas.
2. Bajo nivel económico. Familia que dispone de unos ingresos inferiores al 75% de SMI de RP. O bien superado este nivel de ingresos, manifiesta una mala organización: desproporción ingresos y gastos.
3. Familia que presenta problemática social asociada a la existencia de al menos un miembro con minusvalía física, psíquica o sensorial grave.
4. Familia que presenta problemática social asociada a la existencia de al menos un miembro con enfermedad física o infecto-contagiosa grave, crónica y/o terminal
5. Persona que presenta una incapacidad o falta de habilidad para afrontar determinadas situaciones: enfermedades, situaciones conflictivas, etc.
6. Familia que presenta al menos un miembro con hábitos adictivos.
7. Familia con relaciones familiares conflictivas: malos tratos, carencias afectivas o falta de apoyo, problemas de adaptación, desestructuración familiar, sobrecarga, abandono, etc.
8. Familia que presenta problema de aislamiento social.
9. Problemas de vivienda: hacinamiento, insalubridad, falta de equipamientos básicos, barreras arquitectónicas, riesgos de accidentes, ausencia, desahucio.

10. Situación de marginación social: mendicidad, delincuencia, prostitución, desintegración social.
11. Problemas de accesibilidad a los servicios.
12. Persona perteneciente a minorías étnicas con problemas de integración.
13. Otros: cualquier situación en la que el problema de salud origine un problema social grave.
14. Familias con miembros en situación de paro prolongado, inestabilidad laboral, demandantes de empleo, sin cualificación profesional, que compromete el soporte económico familiar.

Especial atención merecen personas procedentes de Zonas catalogadas de Riesgo Social, a mayor concurrencia de estos factores, mayor riesgo.

CONTENIDOS FUNDAMENTALES QUE DEBEN INCLUIRSE EN UNA HISTORIA CLÍNICA. GRUPO GETEA

Contenido	Descripción
Antecedentes familiares	Se recoge información relativa a miembros de la familia nuclear y extensa que han podido tener problemas similares o relacionados con los trastornos del desarrollo (retraso mental, problemas de la socialización o de la comunicación, trastornos mentales, afectaciones sensoriales tempranas, etc.)
Datos pre y neonatales	Consiste en una revisión de las condiciones y circunstancias que tuvieron lugar durante el embarazo, el parto y los primeros momentos del desarrollo de la persona. Se recogen datos como meses de gestación, enfermedades o problemas que tuvo la madre durante la gestación, posible medicación y/o consumo de tóxicos durante el embarazo, circunstancias del parto, peso al nacer, prueba de Apgar, resultados de pruebas de cribado aplicadas (fenilcetonuria e hipotiroidismo), dificultades en los primeros momentos de vida, etc.
Historia evolutiva	Se revisan los hitos más importantes del desarrollo motor, comunicativo y social de la persona, y se incluye información relativa a hábitos de sueño, hábitos alimenticios, cuándo y cómo se logró el control de esfínteres, etc. Se recoge también el momento en que aparecieron los primeros síntomas o preocupaciones de los padres, en qué consistían, así como cualquier otro aspecto del desarrollo que a los padres les hubiera parecido extraño o inusual (movimientos insólitos, tendencia a las rutinas, conductas problemáticas, etc.). Debe solicitarse información clave sobre las características observadas en la mayoría de los niños con autismo en esos primeros años de la vida, en cuanto al desarrollo de la comunicación verbal y no verbal, la imitación, el juego, la reciprocidad social, etc.
Antecedentes en cuanto a la salud	Constituyen la historia médica de la persona, por lo que se recoge información sobre enfermedades padecidas, con especial énfasis en afecciones neurológicas, deficiencias sensoriales (auditivas y visuales) y cualquier otra condición, como signos de síndromes específicos. Igualmente se deben recoger los tratamientos psicofarmacológicos y las hospitalizaciones que hayan tenido lugar, así como una revisión por sistemas, identificación de alergias o de problemas inmunológicos y de reacciones peculiares a las vacunaciones.
Aspectos familiares y psicosociales	En este ámbito se recoge información relativa al funcionamiento de la persona en el medio familiar, la situación de la familia, los apoyos de que dispone y las situaciones de estrés que afronta desde que apareció

	<p>el problema. Es importante registrar el comportamiento familiar del sujeto, las dificultades que tiene la familia para educar al niño y/o para lograr que se adapte a las actividades cotidianas, las relaciones con los hermanos y otros miembros de la familia, etc. El comportamiento social (con quién se relaciona, cómo y el tipo de relaciones o juegos más habituales), así como la historia y el comportamiento escolar, incluida la información proporcionada por los profesores, son aspectos muy relevantes.</p>
<p>Consultas y tratamientos anteriores</p>	<p>Incluye la revisión de las consultas realizadas hasta el momento relativas al problema de la persona, así como los tratamientos o programas llevados a cabo, los servicios en los que se la ha atendido y el programa educativo que se ha seguido con la persona hasta la actualidad.</p>

PRUEBAS PARA EVALUAR LA HISTORIA PERSONAL/EVOLUTIVA

Nombre/referencias	Descripción
ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) Lord et al (1994).	Un modelo de entrevista a padres, considerado como muy preciso. Los niños han de tener un nivel de edad mental superior a los 18 meses. Requiere formación especializada.
DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder) Wing et al (2002).	Entrevista semiestructurada que permite recoger información evolutiva de diferentes fuentes para realizar un diagnóstico según DSM-IV y CIE-10.

PRUEBAS PARA CODIFICAR EL COMPORTAMIENTO PRESENTE EN EL AUTISMO. GRUPO GETEA.

Nombre/referencias	Descripción
ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic) Lord et al (2000)	Instrumento estandarizado de observación semiestructurada con situaciones sociales de juego o diálogo. Se aplica a niños mayores de 36 meses de edad mental.
CARS (Childhood Autism Rating Scale) DiLalla y Rogers (1994)	Después de observar a la persona, el profesional puntúa cada elemento en una escala de 7 puntos el grado en que su conducta se desvía del comportamiento de personas de la misma edad mental.
GARS (Gilliam Autism Rating Scale) Gilliam y Janes (1995)	Se aplica desde los 3 a los 22 años para estimar la gravedad de los síntomas de autismo. Está basada en el DSM-IV y los ítems se agrupan en cuatro categorías (estereotipias, comunicación, interacción social y alteraciones evolutivas).

PRUEBAS PARA LA EVALUACIÓN COGNITIVA GRUPO GETEA

Nombre/Referencias	Descripción
Uzgiris/Hunt's Scales of Infant Development Dunts (1980)	Evalúa el desarrollo cognitivo de niños menores de 24 meses y proporciona información sobre habilidades cognitivas tempranas relacionadas con el desarrollo de la comunicación
Merril-Palmer Scale of Mental Tests Stutsman (1931)	Se aplica a niños de 18 a 78 meses. Tiene la ventaja de que se superpone a las pruebas cuyo techo y cuyo suelo están en los 24 meses. Los datos normativos más recientes datan de 1978. Utiliza unos materiales muy atractivos para las personas con TEA, y logra así evaluar el nivel cognitivo cuando otros instrumentos no lo consiguen
Leiter International Performance Scale Leiter (1948)	Muy útil cuando la persona no tiene habla Se aplica de los 2 a los 18 años y a veces a las personas con autismo les cuesta entender el tipo de tareas propuestas
Escalas de inteligencia Wechsler (WPPSI-R, 1989; WISC-III, 1991; WAIS-III, 1997) [14-16]	Proporcionan datos de inteligencia en términos psicométricos (coeficiente intelectual). Son muy utilizadas, especialmente a partir de los 5 años y cuando la persona tiene lenguaje (necesario no sólo para la ejecución de muchas subpruebas, sino también para comprender las tareas)
Test de matrices progresivas de Raven color Raven (1938)	Es útil para conocer el nivel intelectual, especialmente en los individuos de bajo nivel de funcionamiento cognitivo
Escalas Bayley de desarrollo infantil Bayley (1993)	Se suelen utilizar para individuos muy afectados o para niños con edad mental inferior a los 3, 5 años. Proporcionan información relevante para conocer el nivel de desarrollo y para elaborar programas de apoyo, pero tienen escaso valor predictivo
PEP-R (Perfil psico-educacional Revisado) Schopler et al (1990)	Es un instrumento de observación semiestructurado que se usa principalmente para niños no verbales con una edad mental entre 2 y 5 años. Está poco estandarizado. Cuenta con una versión para adolescentes (APEP)
Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad McCarthy (1972)	Batería de tareas atractivas organizadas en seis escalas para niños de 2,5 a 8 años. Con datos normativos españoles. Muy utilizada en el campo educativo
K-ABC Kaufman y Kaufman. (1983) [21]	Batería para el diagnóstico de la inteligencia en un rango de edad entre 2,5 y 12,5 años. Aporta resultados con trascendencia educativa, y es fácil de aplicar

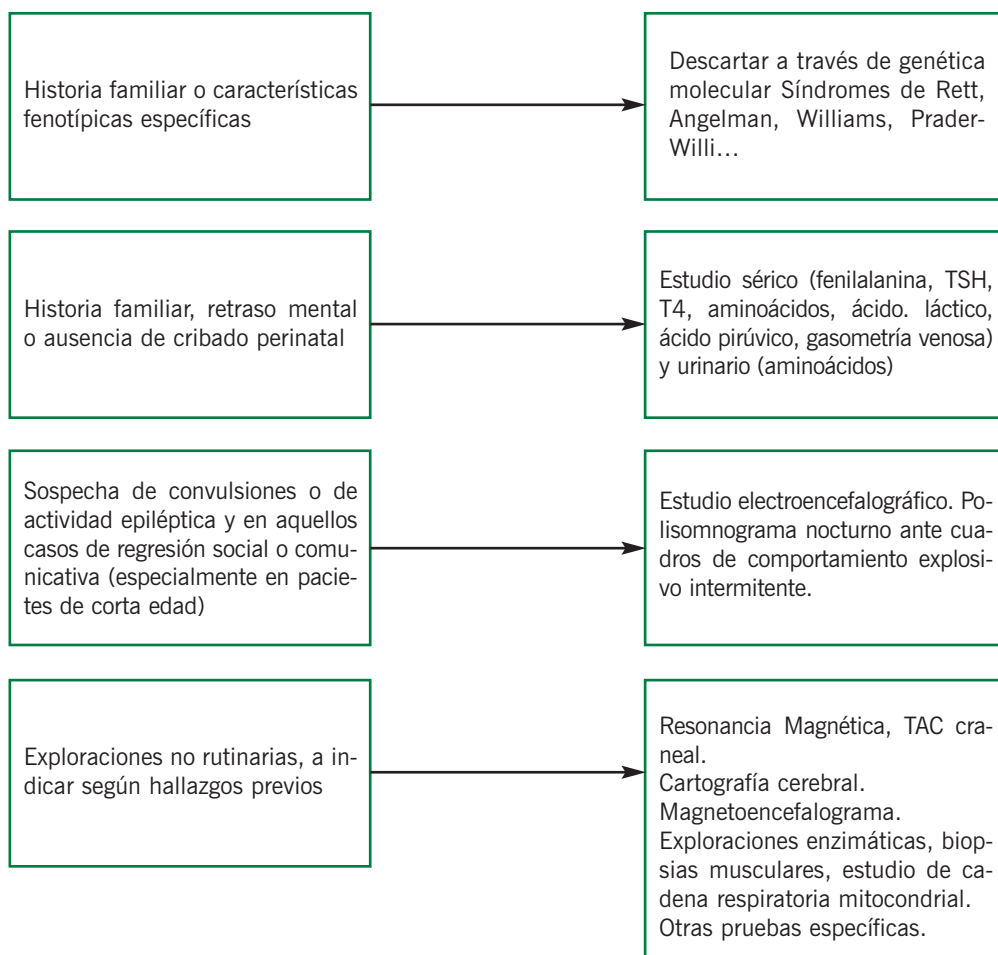
Autism in the Early Years: A Practical Guide (David Fulton, 2000).

DIAGNÓSTICO NEUROBIOLÓGICO

Exploración Bio-Médica en el Diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista

Grupo de Estudio de TEA. Instituto de Salud Carlos III

1. Historia personal y familiar detallada
2. Examen clínico (incluyendo la detección de posibles manchas cutáneas)
3. Descartar problemas auditivos y visuales (considerar indicación de potenciales evocados)
4. Estudio genético (cariotipo y genética molecular para X frágil)



EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN/SOCIALIZACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PIAT

Objetivos

- Atención conjunta.
- Toma de turnos.
- Imitación.
- Respuesta a la mirada.
- Iniciativa a las interacciones sociales.
- Interés por los juguetes.
- Juego con y/o cerca con actividades similares o compartiendo materiales.
- Mirada e imitación de acción de los otros niños.
- Juego con compañeros y/o adultos.
- Participación en rutinas de clase.
- Respuesta a directrices de los adultos.
- Expresión de necesidades.
- Comprensión social de las rutinas (no solo la ejecución de las mismas).
- Incremento de la independencia de las acciones sociales que aumentan la calidad de vida del niño o la niña con TEA.
- Enseñanza y apoyo para el aprendizaje de reglas no escritas de habilidades sociales: el significado de las expresiones faciales, las reglas sobre el espacio personal y el tocar a las personas, el significado de los gestos y posturas, los significados y uso del lenguaje metafórico, el significado y uso de refranes y dichos populares, el ritmo y momentos de conductas de relación, la higiene personal, las diferentes formas de dirigirse a las personas.
- El uso y aprendizaje del lenguaje formal e informal.

Estrategias:

- Entrenamiento directo al niño o a la niña con entrenamiento específico.
- Entrenamiento a los compañeros para que respondan adecuadamente, como “organizadores del juego” que sugiere acciones, señalan emociones y apoyan al resto del alumnado para responder a las iniciativas del niño o la niña con TEA.
- Entornos estructurados y seguros con juguetes que sean tentadores y teniendo en cuenta los gustos de los niños o las niñas.
- El entrenamiento puede hacerse con:
 - Claves visuales (fotos, dibujos...), que estimulan la interacción y recuerdan la conducta.
 - Juego estructurado.
 - Conversaciones estructuradas.
 - Historias Sociales.
 - Role-playing; para simulación y para aprendizaje de habilidades sociales.

- Video específicos para modelaje.
- Conversaciones con adultos que interpretan situaciones sociales.
- Grabaciones y visionado para modelaje.
- Historietas.
- Programas específicos para el aprendizaje de emociones.

COMUNICACIÓN

Pruebas para la evaluación comunicativa, adaptativa y simbólica Grupo GETEA

Nombre/referencias	Descripción
CSBS (Communication and Symbolic Behaviour Scales) Wetherby y Prizant(1993)	Proporciona un perfil estandarizado de puntos fuertes y débiles en habilidades comunicativas distribuido en seis áreas agrupadas en funciones, medios comunicativos, sensibilidad socioemocional y desarrollo simbólico. Dispone de estudios de fiabilidad y validez y se aplica a personas no verbales.
ACACIA Tamarit (1994)	Valora la competencia comunicativa del niño con bajo nivel de funcionamiento y no verbal a través de un guión estructurado de interacción. Ofrece datos para la diferenciación diagnóstica entre autismo con discapacidad intelectual y discapacidad intelectual sin autismo.
Reynell Developmental Language Scales (3 ed.) Edwards et al (1997)	Proporcionan información tanto cuantitativa como cualitativa del lenguaje comprensivo y el expresivo. Se aplican a menores de 1 a 7 años y disponen de datos formativos.
VINELAND (Vineland Adaptive Behavior Scales) Sparrow et al (1984)	Se aplican desde el nacimiento hasta los 18 años, y proporcionan puntuaciones de edad de desarrollo en áreas de la vida diaria, la socialización, la comunicación, etc.
Costello Symbolic Play Test Lowe y Costello (1988)	Test de juego, que establece el nivel funcional de juego del niño, y lo sitúa entre 12 y 36 meses de edad. Es de fácil administración, y orienta sobre las pruebas de inteligencia que la persona va a ser capaz de realizar.

VALORACIÓN SOCIAL A CONSIDERAR PARA LA EVALUACIÓN DEL PIAT

El o la profesional de trabajo social, deberá investigar y conocer las siguientes circunstancias o áreas personales, familiares y ambientales, paralelamente al diagnóstico clínico.

1. Situación familiar:

- a. Procedencia.
- b. Tipo de familia, composición.
- c. Ciclo vital.
- d. Relaciones intra y extra-familiares.
- e. Identificación del cuidador o cuidadora principal y sobrecarga a la que se ve sometido o sometida.
- f. Dimensión de la red social. (Ecomapa)
- g. Apoyo social (real y percibido).
- h. Otras.

2. Situación sociolaboral:

- a. Nivel formativo.
- b. Profesión-ocupación de los adultos responsables del menor.
- c. Estabilidad laboral.
- d. Satisfacción-dificultades en el entorno laboral.
- e. Otras.

3. Situación socioeconómica:

- a. Recursos económicos regulares y extraordinarios.
- b. Proporción ingresos-gastos.
- c. Administración adecuada del presupuesto familiar.
- d. Otras.

4. Situación socio sanitaria:

- a. Problemas de salud.
- b. Actitud ante la enfermedad.
- c. Repercusiones familiares y en la comunidad.
- d. Capacidad adaptación a los cambios, para movilizar recursos etc.
- e. Otras.

5. Situación de la vivienda:

- a. Régimen de tenencia y uso.
- b. Distribución del espacio doméstico.
- c. Adecuación del entorno (limpieza, organización, enseres y mobiliario).
- d. Circunstancias relacionadas con traslados de domicilio o localidad de residencia.
- e. Análisis de las características del entorno más próximo en cuanto a:
 - i. Accesibilidad a los servicios y recursos sanitarios, sociales, educativos (C. de Salud. USMIJ, Atención Temprana, Hospitales, Centros de Ocio, Ludotecas etc).

- ii. Red de transportes públicos.
- iii. Movimientos asociativos y de Ayuda Mutua, etc.

6. Situación educativa del núcleo familiar y del menor:

- a. Comprobar si se ha realizado la evaluación psicopedagógica y/o dictamen de las necesidades educativas especiales.
- b. Nivel de cobertura de las necesidades educativas especiales.
- c. Proximidad al centro escolar.
- d. Relaciones de la familia con el centro educativo.
- e. Grado de integración en el aula.
- f. Actividad que realiza en el recreo.
- g. Conflicto entre iguales.
- h. Recursos disponibles.
- i. Disfunciones en el sistema educativo.
- j. Grado de conocimiento de las necesidades y dificultades del o de la menor, etc.

7. Área ocupacional de ocio y tiempo libre.

Conocer si realizan actividades que faciliten las relaciones interpersonales, y ayuden a ampliar la Red Social, fomenten la creatividad, autoestima, autonomía, etc.

El análisis y sistematización de estas variables:

- Ayudarán a detectar problemas y necesidades no cubiertas así como los recursos personales, familiares, comunitarios, institucionales para afrontar dichas dificultades.
- Permitirán conocer aquellos factores sociales que dificulten el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas con TEA.
- Modularan y/o intensificaran las intervenciones sociales que se diseñen en el Plan. Ver Anexo Criterios de Riesgo social en menor Frágil y Criterios Generales de Riesgo Social.

La valoración social se podrá realizar desde los siguientes contextos: en consulta, en el colegio o en el domicilio. Si es necesario se realizará en diferentes sesiones o entrevistas, siempre creando un ambiente acogedor, de escucha y empatía, estando alerta a las emociones y sentimientos de los padres y familiares de acuerdo al momento que estén viviendo en cuanto al proceso diagnóstico, duelo, etc.

Será importante coordinar esta actividad con el Equipo Terapéutico, evitando el solapamiento en las intervenciones y/o saturación a la familia y siempre bajo criterios de respeto, discrecionalidad e individualización.

Concluiremos con la elaboración de un informe que recogerá aquellos aspectos que serán imprescindibles para la elaboración del Plan de Atención Social (PAS) que se integrará en el Plan Individualizado de Tratamiento (PIAT) elaborado a partir de los diagnósticos psicológico/ médico-psiquiátrico de enfermería y de terapia ocupacional.

ÁREAS DE LA FAMILIA Y DEL ENTORNO SOCIO AMBIENTAL A CONSIDERAR PARA LA EVALUACIÓN DEL PIAT

Áreas de la Familia

- Tipología: nuclear, extensa, monoparental, de acogida adoptiva, reconstituida, etc.
- Estructura (subsistemas conyugal, parental y filial)
- Funcionalidad
- Autonomía/dependencia de los miembros del sistema familiar
- Relaciones (intra familiares y con la familia extensa)
- Relaciones con la comunidad (apoyos sociales y densidad de red social de los diferentes miembros del sistema familiar)
- Psicopatologías
- Sociopatías
- Otras patologías orgánicas
- Discapacidad
- Historia migratoria y origen
- Duelo migratorio
- Situación documental
- Religión
- Conocimiento del idioma local
- Economía
- Empleo
- Educación/cualificación profesional

Áreas del Entorno Socio-ambiental.

Identificación de los elementos que repercutirían positivamente en la dinámica sociofamiliar y del paciente en cuanto a:

- **La vivienda:** la intervención podrá ir dirigida al tipo de vivienda, régimen de tenencia, salubridad, superficie, adaptación a las necesidades específicas de cada uno de los miembros del núcleo familiar (espacio, distribución, accesibilidad, barreras arquitectónicas, etc.), proximidad al conjunto de servicios municipales y comunitarios generales y especializados.
- **El barrio:** la intervención podrá ir dirigida hacia las potencialidades del barrio (espacio de proximidad y cotidianeidad) respecto a sus características como recurso:
 - Tipo de barrio: historia, dimensión, morfología y estructura (si las viviendas son de protección oficial, renta libre, sociales, viviendas en régimen de alquiler), nivel social, existencia de segregación espacial, integrado/marginal, centro/periférico.

- Equipamientos e infraestructura social: guarderías públicas/privadas, colegios, formación, centros de salud, instalaciones deportivas, bibliotecas, centros de ocio, plazas, paseos, parques infantiles espacios o locales comunitarios para la iniciativa social.
 - Calidad ambiental: estado y mantenimiento de las vías públicas, contaminación (acústica, aérea, sólidos y otras), estética y aspecto del barrio.
 - Comunicación: transporte y accesibilidad.
 - Participación social: movimientos asociativos existentes y grado de participación en la toma de decisiones, en la resolución de sus problemas de salud, educativos, laborales comunitarios a través de las diferentes formas de organización social.
- La ciudad (pedanía, pueblo, municipio, comarca): Al igual que en la dimensión barrio la intervención puede estar circunscrita a espacios urbanos más extensos en los que se considerarán también las potencialidades según:
 - Tipología (zona urbana, rural, metropolitana, dispersa)
 - Equipamientos e infraestructura social
 - Calidad ambiental
 - Comunicación
 - Participación social
 - Se incorporarán otras potencialidades como:
 - Oportunidades y dinamismo económico
 - Permeabilidad social
 - Diversificación de recursos

Dimensiones Culturales: en este apartado se propondrán aquellas actuaciones que estén relacionadas con aspectos individuales, familiares y ambientales relacionados con la cultura de origen y autóctona, en relación a:

- Diversidad cultural (multiculturalidad)
 - Normas de comportamiento
 - Ideas
 - Creencias
 - Costumbres
 - Riqueza cultural
- Pluralidad y convivencia
 - Sentimientos de pertenencias y vinculación con su medio o hábitat
 - Desarraigo
 - Rechazo o exclusión social
 - Movimientos migratorios y población inmigrante actual, de otros países u otras regiones, (convivencia versus conflictividad)

BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA ANEXOS 21 Y 22:

“El Trabajo Social Sanitario”. Colom D. Consejo Gral. de Trabajo Social. Junio 2008

“Diagnóstico social”, Mary E. Richmond. Consejo Gral. de col. Ofic..T. Social. Abril 2008

“La entrevista en el Trabajo Social”, Rossel, T. Ed. EUGE

“Manual de Indicadores para el Diagnóstico social” Miranda M. y col. Colegio Oficial Diplomados/as Trabajo Social. CCAA Vasca.1996

“La Visita Domiciliaria una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia” González Calvo V. Rev. Nº 61 Servicios Sociales y Política Social Consejo Gral. de col. Ofic..de T. Social

“La Intervención con Familias”. Manual de Trabajo Social (Modelos de práctica profesional) Escartín Caparrós M. Ed. Aguaclara.

Guía de Instituciones, Entidades y Servicios para TT.SS de las Áreas de Salud Mental de la Provincia de Cádiz.

“Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”. García Herrero.G y Ramírez J.M. Ed.Certeza. Consejo Gral. Diplomados en Trabajo Social. Zaragoza 2008.

“Ayuda Mutua”. Revista de Servicios Sociales y Política Social, nº 80. Consejo Gral. Colegios Ofic. de Diplomados en Trabajo Social.

“La Red Social frontera de la Práctica Sistémica.” Sluzki E. Carlos, Ed. Gedisa

Guía se Asociaciones de Ayuda Mutua de la Consejería de Salud

EVALUACIÓN DEL ENTORNO EDUCATIVO

- **Evaluación por el E.O.E.**
- **Modalidad de escolarización:**

En los centros ordinarios:

- A. En un grupo ordinario a tiempo completo.
- B. En un grupo ordinario con apoyos en periodos variables.
- C. En un aula de educación especial.

La escolarización del alumnado con discapacidad sólo se realizará en centros específicos de educación especial cuando, por sus especiales características o grado de discapacidad, sus necesidades educativas no puedan ser satisfechas en régimen de integración.

- **Plan de objetivos más importantes según áreas.**
- **Plan de apoyos especializados, profesionales, horarios y objetivos.**
- **Plan de seguimiento.**
- **Becas/ayudas.**
- **Otros apoyos externos especializados.**
- **Respecto al centro:**
 - Capacidad de adaptación a las necesidades del alumno.
- **Respecto al alumnado:**
 - Momentos, objetivos y actividades para la integración en el grupo ordinario.
 - Forma de integración social: tipo de juegos, amigos, recreo, compartir materiales, dificultades específicas y dificultades de conducta (estereotipias, rituales, discusiones, rabietas, lloros, peleas...). Cómo pensamos experimentan y/o expresan las dificultades de integración-relación.
 - Maltrato entre iguales.
 - Forma de participación en las actividades escolares comunes. Asambleas, cuentos, explicaciones, traslados en grupo, actividades escolares en grupo e individuales (educación física, tareas de lápiz y papel, copiado de tareas, pizarra,...).
 - Capacidad de autocuidado en el centro escolar; material escolar, ropa, traslados, esfínteres, limpieza...

- **Respecto a los padres se podría obtener información cómo:**
 - Grado de acuerdo de los padres respecto al colegio donde se le ha proporcionado plaza, sobre la modalidad de escolaridad, tipo de apoyos, programa.
 - Aspectos observados desde el centro en cuanto a cuidado del alumnado (aseo, alimentación, ropa, puntualidad, absentismo, materiales solicitados...).
 - Dificultades económicas observadas desde el centro.
 - Tipo de relación: colaborativa sobre qué aspectos (ropa, horarios, comidas, objetivos educativos más específicos, material), exigente, informativa, pasiva, no existente, incidentes significativos, ...
 - Expectativas respecto al centro (este tipo de expectativa debe/puede ir cambiando con el tiempo).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Plan de cuidados estandarizado dirigido a niños y niñas de 0 a 6 años, con trastornos del desarrollo TEA. En general estos niños presentan un retraso y una desviación de los patrones normales del desarrollo. Esto ocurre en tres áreas del comportamiento:

1- Alteración del desarrollo de la interacción social recíproca.

Dificultades.

- a) Empatía.
- b) Relaciones con iguales.
- c) Escaso interés por las personas.

Esta alteración se manifiesta con diferentes presentaciones conductuales encontrándonos patrones que van desde:

- a) Aislamiento social significativo.
- b) Interacción social con escaso interés hacia los demás.
- c) Interacción social muy activa que fracasan.

2- Alteración de la comunicación verbal y no verbal.

- Alteración de la mirada.
- Retraso en el desarrollo de conductas gestuales (señalar).
- Retraso en el lenguaje oral.
- Falta de respuesta a la voz humana.

3- Desarrollo de un repertorio restringido de intereses y comportamientos.

- Interés desmedido por determinadas conductas repetitivas con su propio cuerpo (aleteo de manos, balanceos, carreras sin objetivos...).
- Interés por ciertos objetos.
- Incapaz de desarrollar juego funcional y/o simbólico.

Es muy importante trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras, mediante la identificación precoz de sus necesidades y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel. Esto ha llevado a la elaboración de otro Plan de Cuidados dirigido también a la persona cuidadora y su familia.

Ante esta situación desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales.

Se trata de un plan de cuidados estandarizados por lo que habrá que personalizarlo a cada paciente y a su persona cuidadora para su correcta aplicación.

Es una herramienta que intenta disminuir la variabilidad de las actuaciones de los y las profesionales para lograr un grado de homogeneidad razonable, mejorar la práctica asistencial y su calidad.

Este plan incluye:

- Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson. Valoración sistemática e integral, orientada a recoger la información más relevante para poder formular unos problemas reales y/o potenciales y garantizar unos cuidados personalizados y empáticos.
- Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.
- Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades.

Es importante la valoración continua del paciente, asegurando la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y en las distintas áreas del mismo nivel. El registro que toma vital importancia en este aspecto es el informe de continuidad de cuidados, en el que quedarán reflejadas la evolución y evaluación del plan de cuidados. El plan de cuidados deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea.

DESARROLLO (En menores con Trastornos del Espectro Autista)

00053.- AISLAMIENTO SOCIAL.

r/c:

- Alteración del estado mental.
- Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1503.- Implicación social.

03. Interacción con miembros de la familia.
04. Interacción con miembros de grupo de trabajo.

1504.- Soporte social.

04. Información proporcionada por otras personas.
02. Dedicación de tiempo de otras personas.
01. Ayuda económica de otras personas.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5440.- Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar el grado de apoyo económico de la familia.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.
- Implicar a la familia / seres queridos en los cuidados y la planificación.

0038.- RIESGO DE TRAUMATISMO.

r/c:

- Dificultades emocionales o cognitivas.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1902.- Control del riesgo.

01. Reconoce factores de riesgo.
02. Supervisa los factores de riesgo medioambientales.
03. Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.
04. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.
05. Adapta las estrategias de control del riesgo según es necesario.

NIC (Intervenciones de enfermería):

6480.- Manejo ambiental.

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según función cognoscitiva.
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.

6490.- Prevención de caídas.

- Identificar déficit cognoscitivo o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afecten al riesgo de caídas.

00051.- DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL.

r/c:

- Alteración de las percepciones.
- Condiciones emocionales.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0902.- Capacidad de comunicación.

- 02. Utiliza el lenguaje hablado.
- 06. Reconoce los mensajes recibidos.

0903.- Comunicación: capacidad expresiva.

- 02. Utiliza el lenguaje hablado: vocal.
- 08. Dirige los mensajes de forma apropiada.

0904.- Comunicación: capacidad receptiva.

- 02. Interpretación del lenguaje hablado.
- 06. Reconocimiento de mensajes recibidos.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5520.- Facilitar el aprendizaje.

- Establecer metas realistas, objetivas con el paciente.
- Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas y psicomotoras.
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.-Establecer la información en una secuencia lógica.

- Disponer la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta.
- Fomentar la participación activa del paciente.
- Evitar establecer límites de tiempo.
- Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido, si procede.
- Asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros de cuidados sea consciente.

00130.- TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO.

r/c:

- Pensamiento inadecuado no basado en la realidad.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0900.- Capacidad cognitiva.

01. Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad.
02. Manifiesta control sobre determinadas situaciones y acontecimientos.
03. Atiende.
09. Procesa la información.

0901.- Orientación cognitiva.

01. Se auto identifica.
02. Identifica a los seres queridos.
04. Identifica el lugar donde está.

0907.- Elaboración de la información.

01. Identifica correctamente objetos comunes.
03. Verbaliza un mensaje coherente.
04. Muestra procesos del pensamiento organizados.
05. muestra procesos del pensamiento lógico.

NIC (Intervenciones de enfermería):

4720.- Estimulación cognoscitiva.

- Disponer una estimulación sensorial planificada.
- Disponer periodos de descanso.
- Utilizar fotografías.
- Variar los métodos de presentación de materiales.
- Reforzar o repetir la información.
- Presentar la información en dosis pequeñas, concretas.
- Utilizar el contacto de forma terapéutica.

00112.- RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO.

r/c:

- Trastornos genéticos o congénitos.
- Trastornos de la conducta.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0107.- Desarrollo infantil: preescolar.

01. Camina, corre, sube escaleras.
02. Es capaz de saltar.
03. Se viste solo.
04. Dibuja una persona con cabeza, cuerpo, manos y piernas.
05. Copia un triángulo o un cuadrado.
06. Cuenta con los dedos.
07. Reconoce algunas letras del abecedario.
08. Escribe algunas letras.
09. Utiliza frases completas de cinco palabras.
10. Su vocabulario incluye el tiempo futuro.
11. Habla con párrafos cortos.
14. Sigue las normas de los juegos interactivos con sus compañeros.
16. Participa en juegos creativos.

NIC (Intervenciones de enfermería):

8274.- Fomentar el desarrollo:

- Identificar las necesidades especiales del menor y las adaptaciones necesarias, cuando proceda.
- Enseñar a los cuidadores los hitos normales del desarrollo y las conductas relacionadas con ellos.
- Facilitar la integración del menor.
- Disponer actividades que fomenten la integración entre los menores.
- Remitir a los cuidadores a grupos de apoyo si procede.

00110.- DÉFICIT DE AUTO CUIDADOS: USO DEL WC.

r/c:

- Deterioro perceptual o cognitivo.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0310.- Autocuidados: uso del inodoro.

01. Reconoce y responde a la repleción vesical.
02. Reconoce y responde a la urgencia para defecar.
03. Entra y sale del cuarto de baño.

04. Se quita la ropa.
05. Se coloca en el inodoro o en el orinal.
06. Vacía la vejiga o el intestino.
07. Se limpia después de orinar o defecar.
09. Se ajusta la ropa después de usar el inodoro.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5606.- Enseñanza: individual.

- Valorar el nivel intelectual y de conocimientos y comprensión de contenidos, del paciente.
- Valorar las capacidades / incapacidades cognoscitivas.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo).
- Determinar la secuencia de presentación de la información.
- Seleccionar los métodos / estrategias de enseñanza del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades / incapacidades cognoscitivas.
- Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje.
- Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje.
- Reforzar la conducta, si se considera oportuno.

00102.- DÉFICIT DE AUTO CUIDADOS: ALIMENTACIÓN.

r/c:

- Deterioro perceptual o cognitivo.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0300.- Cuidados personales: actividades de la vida diaria.

01. Come.

0303.- Cuidados personales comer:

02. Abre envases.
03. Maneja utensilios.
04. Coge comida con los utensilios.
05. Coge tazas o vasos.
08. Se lleva comida a la boca con utensilios.
09. Bebe de una taza o un vaso.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5606.- Enseñanza: individual.

- Valorar el nivel intelectual y de conocimientos y comprensión de contenidos, del paciente.
- Valorar las capacidades / incapacidades cognoscitivas.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo).
- Determinar la secuencia de presentación de la información.

- Seleccionar los métodos / estrategias de enseñanza del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades / incapacidades cognitivas.
- Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje.
- Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje.
- Reforzar la conducta, si se considera oportuno.

DESARROLLO (En persona cuidadora y familia del niño o la niña con Trastorno del Espectro Autista)

00074.- AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO.

r/c:

- La persona responsable del cuidado está temporalmente preocupado por conflictos emocionales y es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva respecto a las necesidades de la persona.
- El paciente brinda poco soporte a la persona de referencia.
- La persona responsable del cuidado tiene comprensión o información inadecuada.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2600.- Afrontamiento de los problemas de la familia.

- 03. Afronta los problemas.
- 05. Controla los problemas.
- 06. Implica a los miembros de la familia e la toma de decisiones.
- 19. Comparte responsabilidad en las tareas familiares.

2604.- Normalización de la familia.

- 01. Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia.
- 02. Reconocimiento de la vida de la familia como esencialmente normal.

NIC (Intervenciones de enfermería):

7140.- Apoyo a la familia.

- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la incapacidad.
- Favorecer una relación de confianza.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.

7110.- Fomentar la implicación familiar.

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.

- Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.

00060.- INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES (SITUACIONES DE TRANSICIÓN Y CRISIS).

r/c:

- Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.
- Situaciones de transición o crisis.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2601.- Clima social de la familia.

- 14. Comparte sentimientos y problemas con los miembros de la familia.
- 03. Trabajan conjuntamente para satisfacer los objetivos.
- 20. Comparte problemas con otros.

2602.- Funcionamiento de la familia.

- 11. Crea un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos.
- 13. Implica a los miembros en la resolución de problemas.

2604.- Normalización de la familia.

- 01. Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia.

2608.- Resistencia familiar.

- 06. Expresa confianza en la superación de las adversidades.
- 13. Comunicación clara entre los miembros.

1503.- Implicación social.

- 03. Interacción con miembros de la familia.
- 01. Interacción con amigos íntimos.

1504.- Soporte social.

- 04. Información proporcionada por otras personas.
- 05. Ayuda emocional proporcionada por otras personas.

NIC (Intervenciones de enfermería):

7100.- Estimulación de la integridad familiar.

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.

- Determinar la comprensión familiar sobre las causas de la incapacidad.
- Averiguar el grado de culpa que pueda sentir la familia.

7200.- Fomentar la normalización familiar.

- Ayudar a la familia a resolver los sentimientos de culpa.
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.
- Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que el niño se convierta en el centro de la familia.
- Fomentar la interacción con otros niños.
- Ayudar a la familia a solicitar un sistema escolar que asegure el acceso a programas educativos adecuados.
- Implicar a los hermanos en los cuidados y actividades del menor, si es posible.
- Animar a la familia a mantener los hábitos, rituales y rutinas normales.

71300.- Mantenimiento en los procesos familiares.

- Determinar los procesos familiares típicos.
- Determinar los procesos de ruptura familiares típicos.
- Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.
- Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando rutina y rituales familiares.

00146.- ANSIEDAD.

r/c:

- Amenaza de cambio en el rol.
- Conflictos inconscientes sobre valores y objetivos prioritarios en la vida.
- Atraviesa una crisis personal o situacional.
- Sufre un alto grado de estrés.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1302.- Superación de problemas (afrentamiento).

- 01. Identifica patrones de superación eficaces.
- 04. Refiere disminución del estrés.
- 09. Utiliza el apoyo social disponible.

1402.- Control de la ansiedad.

- 03. Disminuye los estímulos ambientales.
- 04. Busca información para reducir la ansiedad.
- 06. Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 17. Controla la respuesta de ansiedad.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5820.- Disminución de la ansiedad

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

5340.- Presencia.

- Mostrar una actitud de aceptación.
- Escuchar.
- Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.

00062.- RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR.

r/c:

Por parte del cuidador:

- Falta de experiencia en brindar cuidados.
- Cuidados numerosos y complejos.
- Falta de descanso y distracción.

Por parte del receptor de cuidados:

- Problemas psicológicos o cognitivos.
- Retraso mental.

Por parte del entorno:

- Prolongación de cuidados.
- Situación marginal o disfunción familiar previa.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2203.- Alteración del estilo de vida del cuidador familiar.

- 01. Insatisfacción con las circunstancias de la vida.
- 02. Realización del rol alterada.
- 04. Oportunidades para la intimidad comprometidas.
- 08. Actividades de ocio comprometidas.
- 09. Productividad laboral comprometida.

2508.- Bienestar del cuidador familiar.

- 01. Satisfacción con la salud física.
- 02. Satisfacción con la salud emocional.
- 06. Satisfacción con el apoyo instrumental.
- 07. Satisfacción con el apoyo profesional.

2506.- Salud emocional del cuidador familiar.

- 01. Satisfacción con la vida.
- 02. Sensación de control.

06. Ausencia de culpa.

NIC (Intervenciones de enfermería):

7040.- Apoyo al cuidador principal.

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación de su papel.
- Implicar varios miembros de la familia en los cuidados.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.

7200.- Fomento de la normalización familiar.

- Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que se convierta en el centro de la familia.
- Que la familia vea al niño, como niño más que como discapacitado.
- Determinar la necesidad de cuidados intermitentes para padre y cuidadores.

PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL

OBJETIVOS GENERALES

1. Favorecer que los niños o las niñas con TEA alcancen las mejores condiciones de normalización, integración y calidad de vida, etc.
2. Velar para que se garanticen los derechos y la protección de los menores (igualdad, protección, identidad, integración, amor, educación y juego, auxilio, contra el abuso y explotación, solidaridad...).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Intervenir en aquellas necesidades no cubiertas y en las problemáticas psicosociales emergentes, teniendo en cuenta las demandas de las familias y del equipo terapéutico.
2. Abordar las problemáticas sociales en función de las Áreas afectadas, potenciando los recursos personales, familiares y comunitarios. Las Áreas objeto de intervención son (Personal, Familiar, Educativa, Ocupacional-Laboral, Económica, Ocio, Comunitaria, y Jurídica).
3. Se formularán objetivos y actividades en función de las áreas afectadas y características de cada situación bajo la metodología del Trabajo Social de Casos.

ACTIVIDADES

1. Prevenir e intervenir en situaciones de riesgo psicosocial en el niño o la niña y en la familia.
2. Apoyar, contener, comprender y acompañar, a la familia en todo el proceso de tratamiento.
3. Asesoramiento y ayuda para la gestión del Reconocimiento de la Minusvalía y prestaciones o servicios derivados de ella.
4. Orientación y derivación para la valoración del nivel y grado de dependencia y asesorar al PIA (Plan Individualizado de Tratamiento) derivado de la aplicación de la Ley de Atención a situaciones de Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal.
5. Promover, informar y conectar con Grupos de Ayuda Mutua, Grupos de Padres, Asociaciones de Afectados etc.
6. Seguimiento de los hermanos del paciente con TEA.

TEMPORALIZACIÓN

Se establecerá una calendarización de actividades, donde se indique el tiempo de realización de cada actividad/tarea. Que permita una evaluación de la consecución de los objetivos propuestos. Se recomienda la utilización de Cronogramas por ej. El Diagrama de Gant.

COORDINACIÓN

- a) Internivel con Atención Primaria de Salud (EBAP), Atención Especializada Hospitalaria, Atención Temprana, ESMC (Equipo de Salud Mental Comunitario), Unidad de Atención al Emigrante. etc
- b) Interna o intranivel con el propio Equipo de USMIJ-HD (Terapeuta Ocupacional, Profesor o profesora de Pedagogía Terapéutica, Enfermera, Psicólogo o psicóloga, Auxiliar Administrativo, Aux. de Enfermería, Psiquiatra, etc.
- c) Intersectorial con:
 - c.1. Con el Equipo Interdisciplinar del PIAT.
Es fundamental y recomendable especificar, definir espacios físicos donde se pueda desarrollar dichas reuniones, también especificar el nº de encuentros o reuniones que sería conveniente realizar.
 - c.2 Servicios Sociales Comunitarios y Especializados: (Equipos de Familia e Infancia, Asesorías Laborales, Asesorías Jurídicas. Mediación Familiar. Punto de Encuentro. EVO.
 - c.3 Servicios de Protección de Menores (Unidades Tutelares de Menores, Servicios de Acogimiento Familiar y Adopción).
 - c.3 Servicios Educativos: Guarderías, Colegios, EOE, Inspección Educativa, Responsable Provincial en TEA, Coordinador/a Provincial de NEE, Gabinete de Paz, Negociado de Becas etc.
 - c.4 Tejido asociativo y comunitario: Asociaciones de Ayuda Mutua, AAVV, AMPA, ONG.
 - c.4 Servicios judiciales: SAVA, Equipos Técnicos de los Juzgados.

NIVELES DE INTERVENCIÓN

- a) Personal
- b) Grupal
- c) Familiar
- d) Comunitario

RECURSOS:

1.- Clasificación

- a) En función a su contenido: Servicios y Prestaciones
- b) En función a su naturaleza: Materiales, Técnicos y Humanos
- c) En Función a su carácter: Públicos, Privados y de Iniciativa social

2.- Programas y Servicios de los Sistemas de Protección Social

- a) Salud,
- b) Educación
- c) Vivienda
- d) Empleo
- e) Seguridad Social
- f) Servicios Sociales
 - S.S. Comunitarios
 - S.S. Especializados (Infancia, Personas con Minusvalía, Mujer, Protección a la Dependencia etc).

- g) Administración de Justicia
- h) Las Asociaciones de Afectados y Familiares

SEGUIMIENTO:

- a) Directo a través de la familia (en consulta o en domicilio)
- b) A través del Equipo (interconsultas)
- c) Con otros elementos de la Red Socio-Sanitaria

EVALUACIÓN

Esta fase del PAS en si esta relacionada con los principios o características de calidad, ya que ha de determinar en que medida se están alcanzando los objetivos y metas propuestos dentro del Plan.

La evaluación podrá ser:

- a) Global. De todo el proceso (Estudio-Diagnóstico-Programación-Ejecución/Intervención-Evaluación).
- b) Parcial. De alguna de las fases (Programación, Objetivos...).

Características de calidad

1. Será requisito básico, para la realización del PAS, como mínimo una entrevista socio familiar, una visita domiciliaria y visita al centro educativo por el o la trabajadora social de USMIJ, que preferentemente se realizaran conjuntamente con el o la trabajadora social del centro de salud de referencia.

Las entrevistas y visitas deberán programarse previamente, de la forma más estructurada posible y empleando las técnicas de entrevista adecuadas al contexto.

En las visitas al centro escolar, sería necesario, a ser posible hacer coincidir al equipo docente.

2. Será fundamental el empleo de una metodología de Intervención en RED.
3. Para que las reuniones de coordinación en Trabajo Social sean eficaces y operativas ha de utilizarse una metodología adecuada a este instrumento o técnica de trabajo: convocatorias, establecimiento de objetivos a tratar, acuerdos, plazos, utilización de actas de forma regular etc. que permita evaluar la evolución del tratamiento e intervención social.

AE: Atención Especializada.

AP: Atención Primaria.

CAIT: Centro de Atención Infantil Temprana.

CEIP: Centro de Educación Infantil y Primaria.

GETEA: Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista.

NEAE: Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.

SAC: Servicio de Atención a la Ciudadanía.

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación.

USMIJ: Unidad de Salud Mental Infante Juvenil.

Anticipación: función ejecutiva que sirve mantener un adecuado conjunto de resoluciones a un problema, de cara a conseguir una meta futura; incluye conductas tales como planificación, control del impulso, inhibición de respuestas prepotentes pero irrelevantes, mantenimiento del conjunto, búsqueda organizada y flexibilidad de pensamiento y acción.

Apoyo Conductual Positivo: intervención sobre las alteraciones de la conducta, que se inicia mediante la identificación de la función que esas conductas tienen para el sujeto que las produce, posteriormente propone intervenciones preventivas sobre el entorno, o intervenciones educativas sobre el sujeto. Enseñando y promoviendo las conductas deseadas y valorándolas aumentamos de este modo su frecuencia.

Atención Conjunta: es la capacidad y/o conjunto de conductas dirigidas a regular y compartir la atención sobre algo con otras personas; incluye el mirar adonde mira o señala otra persona, señalar o mostrar.

Funciones comunicativas: propósitos generales cuando se comunica un mensaje (peticiones, rechazo, obtención información, compartir.

Habilidades socio-comunicativas: conjunto de habilidades utilizadas por el niño para relacionarse y comunicarse con las demás personas. Se aprenden y reproducen en contexto interpersonal que sirven para expresar necesidades, ideas, sentimientos, motivaciones....

Intención comunicativa: es el propósito, la meta o finalidad que quiere conseguir, por medio de su discurso, el participante de un acto comunicativo. La intención modela el discurso del emisor, puesto que sus actos lingüísticos irán encaminados a lograr el propósito que persigue (aunque sea de forma inconsciente), a la vez que también influye en la interpretación del receptor.

Intervención en Red: una estructura articulada de recursos (instituciones, organismos, servicios públicos y privados) que interactúan organizadamente para la puesta en marcha, desarrollo, seguimiento y evaluación del proyecto y/o tareas afines que garantizan la eficacia del trabajo en función de los resultados obtenidos.

Juego cooperativo: acciones pautadas para realizar algo conjuntamente como hacer una construcción, subir a un lugar...

Juego de Simulación-Funcional: acciones lúdicas mediante las cuales el niño o la niña utiliza objetos, o sus miniaturas, como si realmente estuviera realizando la función para la que sirven. (p.e.: juego de hacer comida).

Juego de Simulación-Social: Acciones lúdicas en las cuales el niño o la niña actúa como si fuera otra persona.

Juego Interactivo: acciones con canciones entre un adulto y un niño o niña con cadencias y paradas con ritmo que esperan acciones anticipatorias y de completación por parte del menor.

Juego simbólico/de pretensión: acciones con objetos que no tienen la función para la que se utilizan. Se realiza sobre representaciones y no sobre cosas reales. Está presente cuando un niño o niña toma una piedra y juega con ella como si fuese un carro. La acción se puede indicar y no realizar.

Literalidad: tendencia a interpretar lo comunicado por el otro basándose sólo en el significado literal de las palabras, sin tener en cuenta el lenguaje no verbal, la entonación, la prosodia, que aportan datos importantes sobre el verdadero significado de lo emitido. No comprensión de dobles significados y su aplicación.

Prosodia: Elementos de la expresión oral, tales como el acento, las pausas, el énfasis, los tonos y la entonación.

Protodeclarativos: conductas comunicativas previas a la aparición del lenguaje oral, mediante las cuales el niño o niña comparte con el otro su interés respecto a algo (Ej: señalar con el dedo hacia el avión que va por el cielo).

Protoimperativos: conductas comunicativas previas a la aparición del lenguaje oral, mediante las cuales el niño o niña realiza una petición al otro (p.e.: señalar con el dedo el juguete deseado).

Signos de alerta: alteraciones de la conducta esperadas y no esperadas para la edad del niño o niña, observables por los padres y otros cuidadores, que podrían ser indicadoras de un posible trastorno del desarrollo.

Trastornos del Espectro Autista (TEA): alteraciones cualitativas en la interacción social, la comunicación y los intereses, que configuran este trastorno como una discapacidad diferente y con entidad propia que genera unas necesidades de tratamiento específico y especializado (Autismo Europa). Es, por tanto, un continuo que abarca desde las personas más profundamente retrasadas, tanto física como mentalmente... hasta las personas más capaces, realmente inteligentes pero con grandes dificultades sociales como su única y sutil discapacidad. Se superpone con las dificultades de aprendizaje y se difumina en la excéntrica normalidad.

Teoría de la mente: capacidad de atribuir estados mentales a uno mismo y a los demás. Aparece, en el desarrollo normal del niño o niña, y como evolución de la psicología intuitiva, alrededor de los 4 años de edad.

1. "Trastornos del Espectro autista. Guía para su detección precoz." Consejería de Salud. Junta de Andalucía. En PDF en:
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=autismo>
2. "Un niño con autismo en la familia: Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija". Universidad de Salamanca. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO. 2008. En PDF en:
<http://sid.usal.es/mostrarficha.asp?id=20581&fichero=8.4.1>
3. "Manual para los primeros 100 días". Autism Speaks. En PDF en:
http://www.autismspeaks.org/docs/family_services_docs/manual_de_los_100_dias.pdf
4. HARRIS, S.L. "Los hermanos de los niños con autismo. Su rol específico en las relaciones familiares". Madrid. Narcea. 2001.
5. BARRAT P. & COL. "El autismo. Cómo ayudar a tu hijo o hija". Edit. Departamento de Educación, Universidades del Gobierno Vasco. 2002.
6. MANOLSON, A. "Hablando nos entendemos los dos". Cánada. Hannen Centre. 1995.
7. SUSSMAN, FERN. "More Than Words". ("Más que palabras"). Hanen Program.
8. GONZALEZ NAVARRO, A. "Mi hermano tiene autismo. Un libro explicativo para niños de entre 4 y 5 años de edad". Paradox. 2005.
9. BARON-COHEN, S. & BOLTON, P. 1998. "Autismo. Una guía para padres". Madrid. Editorial Alianza.
10. HERNÁNDEZ, J. M. 2008 "Déjame que te Hable de los Niños y Niñas con Autismo de tu Escuela". Madrid. Paradox.
11. MONJAS CASARES, M^a I. 2004. "Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social. para Niños/As y Adolescentes (PEHIS)." Madrid. CEPE.
12. EQUIPO DELETREA. Equipo Asesor Técnico de Asperger España. Colaboración de Dr. Josep Artigas. Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica. Editado por Asociación Asperger España "Un acercamiento al Síndrome de Asperger".
13. BROCK, C. (2008). Mi familia es diferente: Cuaderno de actividades para hermanos y hermanas de niños con autismo o síndrome de asperger". Autismo Burgos.
14. EQUIPO DELETREA. Los niños pequeños con autismo. Soluciones prácticas para problemas cotidianos. Editorial CEPE.
15. EQUIPO DELETREA. El Síndrome de Asperger: otra forma de aprender. Editado por la Comunidad de Madrid. 2007.
16. VARIOS AUTORES. "Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica". Junta de Andalucía. En PDF en:

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/Publicaciones>

17. MAYER-JOHSON. "Boardmaker". (Programa para la elaboración de ayudas visuales..).
18. HOWLIN, P, BARON-COHEN, S., HADWIN, J. "Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás"...: Ceac Educación 2006 Barcelona.
19. MONFORT, M. "En la mente", (I y II),, Entha ediciones, 2001 Madrid.
20. GOÑI, M.J., MARTÍNEZ, N. Y ZARDOYA, A. "Apoyo conductual positivo. Algunas herramientas para afrontar las conductas difíciles". Cuadernos de Buenas Prácticas. 2008 FEAPS. En PDF en:
<http://www.feaps.org/biblioteca/libros/cuadernos.htm>
21. LA PRÁCTICA DE LA COMUNICACIÓN BIMODAL. MONFORT, Marc; ENTHA EDICIONES. Madrid. Madrid. ISBN: 9788493362867.
22. USTED HACE LA DIFERENCIA. AYALA/MANNOLSON; Entha ediciones ISBN: 9780921145103. Madrid.
23. LEER PARA HABLAR. MONFORT/JUÁREZ. ENTHA EDICIONES 2004 Madrid. ISBN: 9788493362805.
24. PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM (PECS). <http://www.pecs.com/sp/>.
25. "Picture exchange communication system, Manual".
26. TEACCH. http://www.teacch.com/info_spanishprimer.html.
27. HABLA SIGNADA PARA ALUMNOS NO VERBALES. SCHAEFFER, Benson; RAPHAEL, Arlene y KOLLINZAS, George. Alianza Editorial 2005. ISBN: 9788420647340.
28. Introducción Al Enfoque Aba En Autismo y Retraso de Desarrollo. (Un Manual Para Padres y Educadores). CLAUDIO TRIVISONNO. "Alter" Ediciones. 2007. ISBN: 978-0-557-00284-9.
29. EL SÍNDROME DE ASPERGER. ¿EXCENTRICIDAD O DISCAPACIDAD?. MARTIN Borreguero, Pilar. Alianza Editorial 2004. ISBN: 9788420641799.
30. ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE ORAL. JUAREZ/MONFORT; Entha ediciones; ISBN: 9788493201357.
31. GUIA DEL CURRÍCULUM PREESCOLAR .BOSWELL, SUSAN. 2008. TEACCH DIVISION (EN ESPAÑOL).
32. "Mon petit frère de la lune". Video sobre la visión que de un niño autista tiene su hermana. La Fundación Orange en España ha decidido contribuir a su difusión a través de su sitio web.
http://www.fundacionorange.es/fundacionorange/comunicados/2008/petit_frere.html

BIBLIOGRAFÍA

1. Kanner Leo. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child* 1943; 2: 217-250.
2. Asperger Hans. Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1944; 117(1): 76-136.
3. Wing Lorna, Gould Judith. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1979 Mar; 9(1): 11—29.
4. Fombonne Eric. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res* 2009 Jun; 65(6): 591-598.
5. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR). Edición española. Barcelona: Masson; 2007.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 2004.
7. Hernández Rodríguez Juan María, Artigas Pallarés Josep, Martos Pérez Juan et al. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista (I). *Revista de Neurología* 2005; 41: 237-245.
8. Consejería de Salud. Programa De Detección de Hipoacusias en Recién nacidos. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006.
9. Gutiérrez Nieto Antonio, López García Encarnación, Benítez Martín Josefina. Guía de Organización del Trabajo Social en las Unidades de Salud Mental y juvenil. *Rev. Trabajo Social y Salud* 2007; 58: 101-118.
10. Díez Cuervo Ángel, Yunta, Muñoz Yunta Jose Antonio, Fuentes Biggi Joaquín et al. Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología* 2005; 41(5): 299-310.
11. Artigas Pallarés Josep, Gabau Vila Elisabeth, Guitart Feliubadaló Miriam. El Autismo Síndrómico: I. Aspectos generales. *Rev Neurol* 2005; 40 (1): 143-149.
12. Ministries of Health and Education. New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline. Wellington, Nueva Zelanda: Ministry of Health; 2008.
13. Roberts Jacqueline. A review of the research to identify the most effective models of best practice in the management of children with autism spectrum disorders. Sydney: Centre for Developmental Disability Studies; 2004.

14. Perry Adrienne, Condillac Rosemary. Evidence-Based Practices for Children and Adolescents with Autism-Spectrum Disorders: A Review of the Literature and Practice Guide. Ontario: Children's Mental Health Ontario; 2003.
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline. Edimburgo, Escocia; 2007.
16. ECRI Institute. Focal Educational and Behavioral Interventions for the Treatment os Autism Spectrum Disorders (ASD) (early on line final draft publication, uncopiedited)[Internet]. Plymouth, Pensilvania: Autor; 2009 [cited 2009 Sep 27]. Disponible en: <http://www.ta.ecri.org/Topics/prod/home/detail.aspx?d=1315&p=9>
17. Fuentes Biggi Joaquin, Ferrari Arroyo M^a José, Boada Muñoz Leticia, Touriño Aguilera Eva, Artigas Pallarés Josep, Belinchón Carmona Mercedes et al. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Rev Neurol 2006; 43: 425-438.
18. Jesner Ora S., Aref-Adib Mehrnoosh, Coren Esther. Risperidona para el trastorno del espectro autista (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
19. Güemes Itziar, Martín M^a Concepción, Canal Ricardo, Posada Manuel. Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2009.
20. Belda Oriola Juan Carlos. Recursos en Atención Temprana. Nivel III de la ODAT. Revista de Atención Temprana 2006 Jun; 9(1): 37-51.
21. Casado Demetrio. Coordinación entre los Servicios Sociales y Servicios Sanitarios. Barcelona: Hacer Editorial; 2008.

