

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 atrofas 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 hiperkinético 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 hiperkinéticos 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.-).

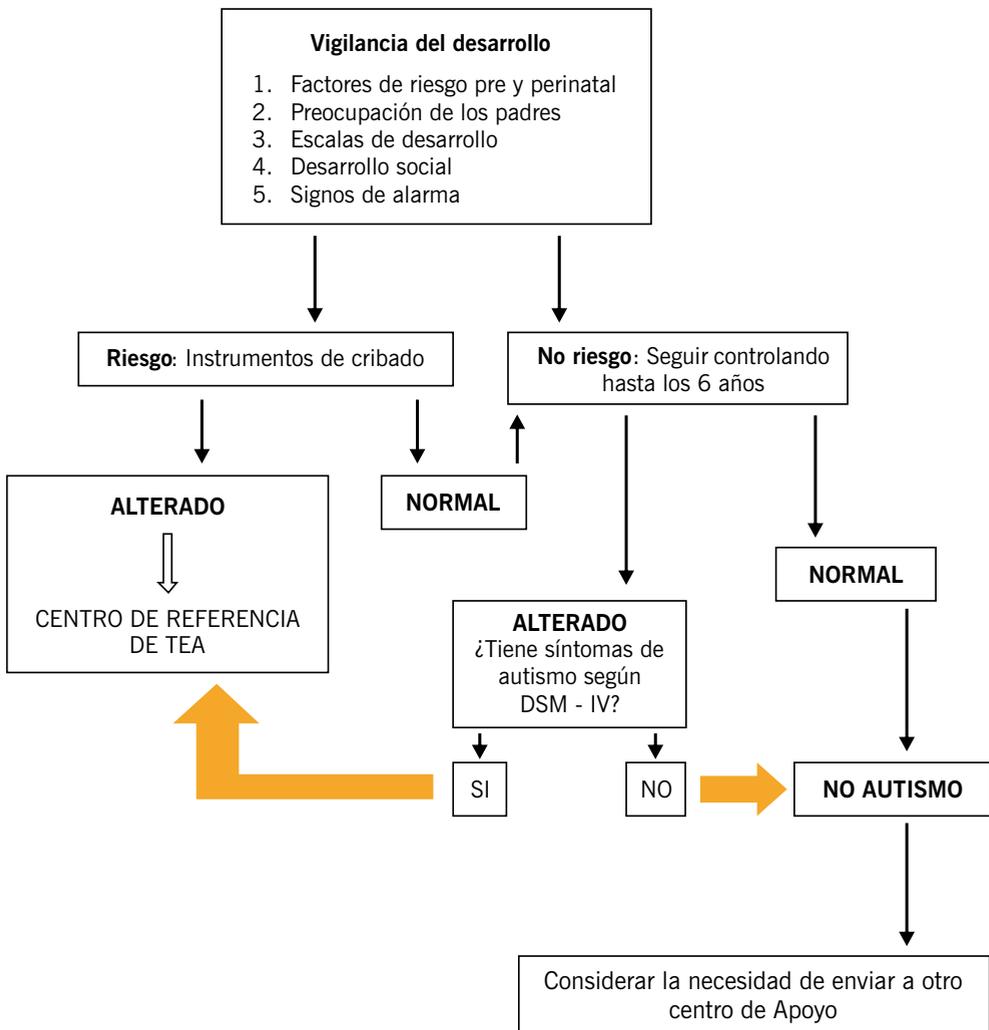
F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación

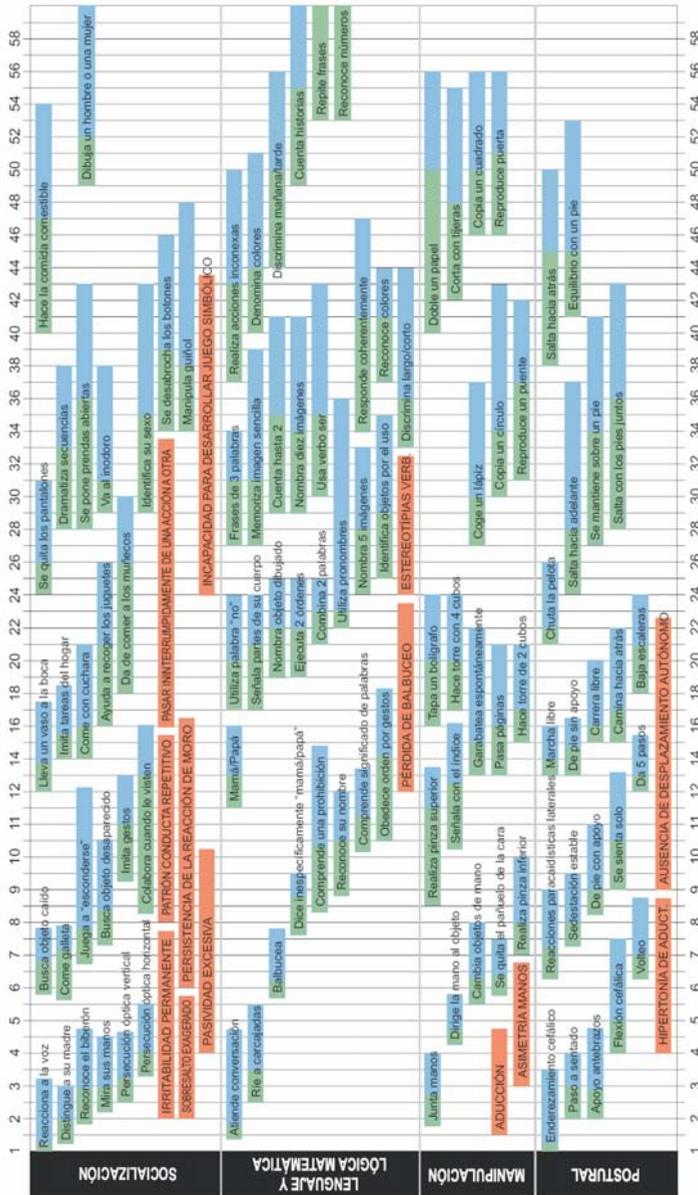
Trastornos con las características de la descripción general de los trastornos generalizados del desarrollo, pero que por falta de información adecuada o por hallazgos contradictorios, no se satisfacen las pautas de cualquiera de los otros códigos del apartado F84.

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 M-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, acercándose los 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 Blasenko, 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

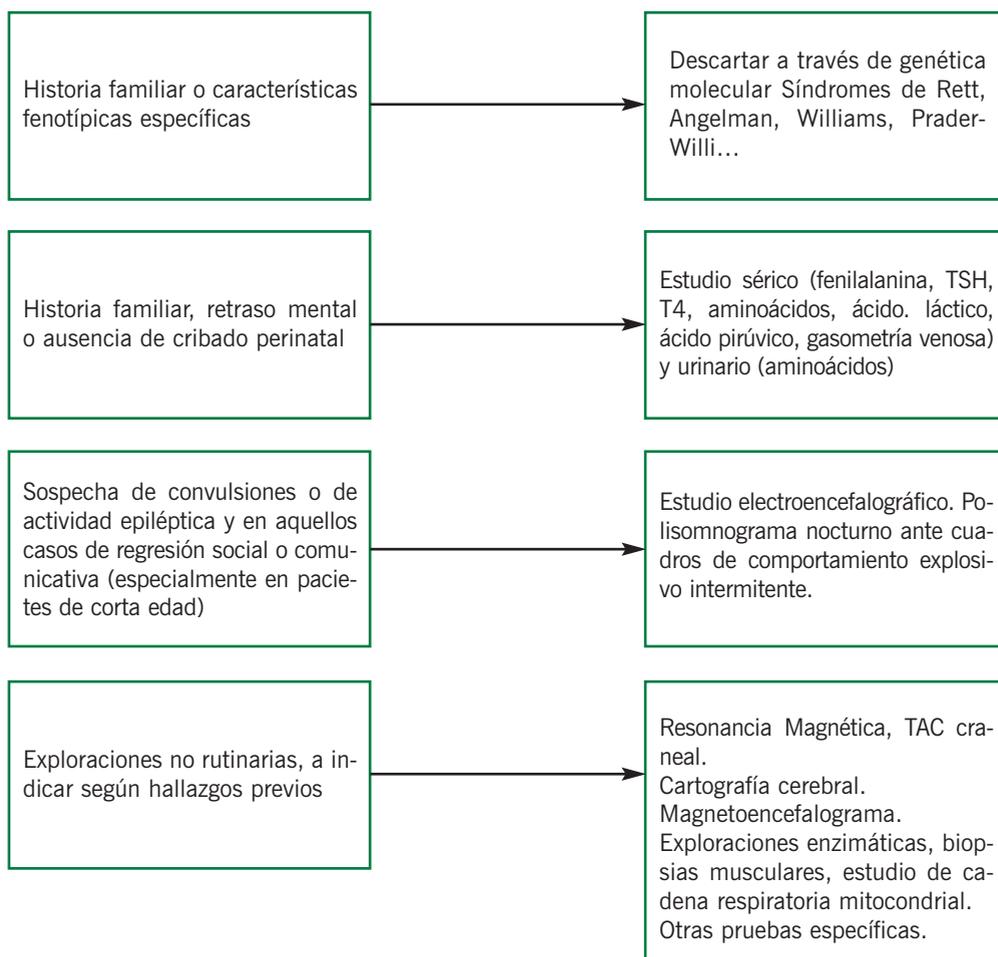
Autism in the Early Years: A Practical Guide (David Fulton, 2000).

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 formularan 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.