

PROCÉS D'ATENCIÓ INTEGRAL A LES PERSONES AMB

TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA

TEA



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
© de la present edició: Generalitat, 2017
© dels textos: les autores i els autors

1^a edició: *edició online*

DIRECCIÓ. Rafael Sotoca. Director General de Assistència Sanitària

COORDINACIÓ: Araceli Oltra. Psicòloga. Oficina Autònoma de Salut Mental. Direcció General de Assistència Sanitària.

COMITÉ DE REDACCIÓ:

Araceli Oltra. Psicòloga. Oficina Autònoma de Salut Mental.

Elena Catalá. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Benidorm.

Eva Suarez. Pediatre. CSI Borriana II.

Fina Iglesias. Psicòloga clínica. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Gran Via.

Helena Romero. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent San Vicente del Raspeig.

Inma Marcos. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Miguel Servet.

Lorena Blasco. Psicòloga clínica. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Sueca.

Mercedes Andrés. Neuropediatre.

Miguel Angel Vázquez. Psicòleg clínic. Unitat de rehabilitació infantil. Hospital Clínic La Fe.

Montserrat Tremolosa. Psicòloga clínic. Unitat Atenció Primerenca Natxaret.

Nuria Raya. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Guillem de Castro.

Pilar Román. Assessora tècnica docent en educació especial. Direcció General Política Educativa

Vicent Bueno. Psicòleg. Cap de secció d'orientació escolar. Direcció General Política Educativa.

Vicenta Doménech. Cap de servei. Direcció Territorial d'Educació, Investigació, Cultura i Esport.

GRUP DE TREBALL:

Amparo Ferrer. Cap de servei de gestió de centres i recursos per a persones amb diversitat funcional. Direcció General de Diversitat Funcional.

Araceli Oltra. Psicòloga. Oficina Autònoma de Salut Mental. Direcció General de Assistència Sanitària.

Asun Font. Psicòloga. Oficina Autònoma de Salut Mental. Direcció General de Assistència Sanitària.

Begoña Frades. Psiquiatre. Coordinadora Oficina autònoma Salut Mental. Direcció General de Assistència Sanitària.

Begoña Montoliu. Tècnica Servei d'Atenció i Comunicació amb el Pacient. Direcció General de Investigació, Innovació, Tecnologia i Qualitat.

Carlos Fluixá. Subdirector General de Planificació i Organització assistencial. Direcció General de Assistència Sanitària.

Carlos Martínez. Subdirector General de Inspecció Sanitària de concessions, concerts, centres i serveis sanitaris.

Cristina Villar. Neuropediatre. Hospital Clínic València.

Elena Catalá. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Benidorm.

Eva Suarez. Pediatre. CSI Borriana II.

Fina Beltrán. Psicòloga clínica Unitat Atenció Primerenca Natzaret.

Fina Iglesias. Psicòloga clínica. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Gran Via.

Francisco Miguel Fenollar. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Cabo Huertas.

Helena Romero. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent .San Vicente del Raspeig.

Inma Marcos. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Miguel Servet.

Isidro Delgado. Tècnic. Servei d' Atenció Social i Promoció de l'Autonomia Personal de les Persones amb diversitat funcional. Direcció General de Diversitat Funcional.

Jose Lluch. Cap de Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en l' Etapa de la Vida. Direcció General de Salut Pública.

Jose López. Infermer Salut Mental. Oficina Autònoma Salut Mental. Direcció General de Assistència Sanitària.

Juan José Moreno. Cap de servei de coordinació tècnica de tuteles i sociosanitària. Direcció General de Diversitat Funcional.

Laura Borreda. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Padre Porta.

Lorena Blasco. Psicòloga clínica. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Sueca.

Luisa Martínez. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Fuente San Luis.

Matías Real. Psiquiatre. Programa trastorn mental greu. Castelló.

Mercedes Andrés. Neuropediatre.

Miguel Angel Vázquez. Psicòleg clínic. Unitat de rehabilitació infantil. Hospital Clínic La Fe.

Montserrat Tremolosa. Psicòloga clínica. Unitat Atenció Primerenca Natzaret.

Montse Téllez. Neuropediatre. Hospital Clínic La Fe de València.

Nuria Raya. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Guillem de Castro.

Palmira Muñoz: Tècnica de la Unitat de Igualtat de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Pepa Barragán. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Cabo Huertas.

Pilar Román. Assessora tècnica docent en Educació Especial. Secció Educación especial. Direcció General de Política Educativa.

Salvador Sánchez. Cap de Servei de Inspecció de Serveis Sanitaris.

Sonia Alcover: Cap de Programes d' Infermeria d' Atenció Primària de la Direcció General de Assistència Sanitària

Tomás Alcaina. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Vinaròs.

Tomás Cantó. Psiquiatre. Unitat Salut Mental Infanto Adolescent Cabo Huertas.

Teresa Navarro. Infermera Salut Mental. CSI Ingeniero Joaquín Benlloch.

Vicent Bueno. Psicòleg. Cap de secció d' orientació escolar. Direcció General Política Educativa.

Vicenta Dómenech. Cap de servei. Direcció Territorial d' Educació, Investigació, Cultura i Esport.

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ
2. JUSTIFICACIÓ
3. OBJECTIUS
4. ORGANITZACIÓ I FUNCIONAMENT
5. POBLACIÓ DIANA
 1. CRITERIS D'INCLUSIÓ
 2. CRITERIS D'EXCLUSIÓ
6. PROCÉS ASSISTENCIAL TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA
 1. DETECCIÓ
 2. DERIVACIÓ
 3. DIAGNÒSTIC
 4. INTERVENCIÓ
 5. SEGUIMENT I COORDINACIÓ
7. CIRCUIT D'ATENCIÓ PER AL TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA
8. INDICADORS
9. ANNEXOS
 1. CLASSIFICACIÓ DE MALALTIES MENTALS
 2. CRITERIS PER AL DIAGNÒSTIC
 3. ESCALA DE HAIZEA-LLEVANT
 4. INSTRUMENT DE VALORACIÓ M-CHAT
 5. INDICADORS D'ALARMA
 6. POBLACIÓ INFANTIL AMB MAJOR RISC DE TEA
 7. MALALTIES RELACIONADES AMB TEA SINDRÒMIC
 8. CONTINGUTS FONAMENTALS QUE S'HAN D'INCLOURE EN UNA HISTÒRIA CLÍNICA
 9. CARTERA DE SERVEIS D'ATENCIÓ PRIMERENCA
 10. SOL·LICITUD D'INTERCONSULTA/DERIVACIÓ DEL PROFESSIONAL SANITARI A CAT/UAT
 11. SOL·LICITUD D'INTERCONSULTA/DERIVACIÓ DEL PROFESSIONAL SANITARI A CDIAT
 12. INDICADORS D'AVUACIÓ
 13. TIPUS D'AVUACIÓ
 14. INSTRUMENTS D'AVUACIÓ
 15. PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT
 16. ÀREES D'INTERVENCIÓ
 17. ACTUACIONS EN L'ÀMBIT EDUCATIU
 18. MODELS D'INTERVENCIÓ
 19. CONSENTIMENT INFORMAT
 20. CONSENTIMENT PROGENITORS PER A LA COORDINACIÓ ENTRE SERVEIS
10. ACRÒNIMS
11. REFERÈNCIES NORMATIVES
12. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓ

Els trastorns de l'espectre autista (TEA) formen part dels problemes de salut mental. És un trastorn del desenvolupament neurològic que es caracteritza per presentar un espectre de símptomes que varien en la gravetat, edat de l'inici i associació amb altres trastorns (p. ex., discapacitat intel·lectual, epilèpsia, etc.).

En 1908, el psiquiatre Eugen Bleuler ja va utilitzar el terme autisme per a descriure la conducta d'una persona esquizofrènica que s'havia replegat en si mateix, i es definia l'autisme com una alteració, pròpia de l'esquizofrènia, que implicava un allunyament de la realitat externa.

Però va ser Kanner qui va concretar per primera vegada l'autisme com una síndrome comportamental, els trets distintius de la qual eren alteracions del llenguatge (o comunicació), de les relacions socials (a les quals va jutjar com el trastorn fonamental patognomònic de la síndrome) i dels processos cognitius, dins dels quals s'han ressaltat els trastorns de la flexibilitat, la gravetat dels quals dependrà del nivell cognitiu, és a dir, del nivell de profunditat de l'espectre autista.

Tant Kanner en 1943, com Hans Asperger un any després, van descriure uns quadres clínics inclosos hui en els denominats trastorns de l'espectre de l'autisme. Encara que possiblement els dos van observar la mateixa condició, les seues diferents interpretacions van portar a la formulació de la síndrome d'Asperger (terme utilitzat per Lorna Wing en una publicació en 1981), cosa que el diferenciava de l'autisme de Kanner.

A fi d'homogeneïtzar la conceptualització dels trastorns mentals i unificar els criteris diagnòstics entre els professionals es van elaborar els manuals diagnòstics, l'OMS, *International Classification of Diseases* (ICD), i l'American Psychiatric Association, *Diagnosics and Statistics Manual of Mental Disorders* (DSM). No obstant això, no va ser fins a 1980, amb la publicació del DSM-III, quan es va incorporar l'autisme com a categoria diagnòstica específica. S'establia com una entitat única, denominada "autisme infantil". En la dècada dels anys 80, l'autisme va passar a ser considerat com una síndrome psiquiàtrica específica i classificada en l'apartat dels trastorns generalitzats del desenvolupament.

En els últims anys s'ha incorporat el terme trastorns de l'espectre autista (TEA), encunyat per Lorna Wing i Judith Gould en 1979 i adoptat pel DSM-5 (*Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals*, 2013). Aquest terme s'utilitza àmpliament per la flexibilitat dimensional que ofereix i el seu caràcter evolutiu. El DSM-5 l'inclou dins dels trastorns del desenvolupament neurològic i es converteix en l'únic diagnòstic possible de la categoria diagnòstica dels anteriorment denominats trastorns generalitzats del desenvolupament (TGD), recollits en els manuals DSM IV-TR o Cie 10.

El concepte de TEA engloba un grup de trastorns que constitueixen una mateixa entitat en la qual es dona un continu, des de les manifestacions menys greus a les més greus, cosa que es tradueix en el quadre clínic i en les limitacions i discapacitats de les persones afectades.

El seu impacte és important, ja que pot influir en el normal desenvolupament i benestar de les persones afectades i dels familiars, i en les necessitats de cures personalitzades al llarg de la seua vida.

Segons el DSM-5, els trastorns de l'espectre de l'autisme tenen dues característiques fonamentals: el dèficit en la comunicació i interacció social i les activitats, interessos i conductes repetitives. Aquestes manifestacions poden variar molt en funció del grau de desenvolupament i de l'edat cronològica, però sempre estan presents en el diagnòstic de TEA. La gravetat és un altre factor que defineix el trastorn: tres nivells de gravetat (lleu, moderada, sever) per a cada una de les dues dimensions que formen els criteris diagnòstics.

En tots els casos de TEA, el diagnòstic es realitza a través de l'observació directa de les alteracions del comportament i d'una exhaustiva exploració clínica, ja que no hi ha, de moment, cap marcador biològic específic per a aquest trastorn.

La complexitat de les manifestacions clíniques suggereix l'existència d'una multicausalitat. Els avanços més recents indiquen la importància dels factors genètics i de factors ambientals que donen lloc a alteracions molt primerenques, i la interacció entre gens, ambient i mecanismes epigenètics, és la responsable última d'aquest trastorn tan complex que afecta el xiquet o la xiqueta en el seu funcionament global.

Molts xiquets i xiquetes amb TEA poden aconseguir nivells elevats de funcionalitat i independència, en funció no sols de les seues pròpies característiques o gravetat dels trastorns (quocient intel·lectual, existència o absència de llenguatge funcional), sinó també en funció dels suports que es donen tant al xiquet o xiqueta, com a la família, facilitats des d'etapes primerenques.

En l'actualitat, estudis recents estimen que la prevalença del TEA ha augmentat en els últims anys, i hi ha una gran variabilitat en les xifres aportades per la literatura internacional (les últimes estimacions xifren la prevalença dels TEA entre 1/68 a 1/150, encara que alguns autors ja parlen d'un sobrediagnòstic, sobretot en la població infantil americana). Aquest augment de la prevalença, unit al caràcter crònic i greu, fa necessari un protocol per a la detecció, diagnòstic i tractament interdisciplinari i personalitzat que afavorisca el ple desenvolupament del xiquet i la xiqueta, la integració social i qualitat de vida.

2. JUSTIFICACIÓ

El Reial decret 1030/2006 de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seua actualització (BOE núm. 222, de 16/09/2006), preveu en l'annex III la cartera de serveis comuns d'atenció especialitzada i en l'apartat 7, Atenció a la salut mental, punt 7.5, es fa referència expressa al diagnòstic i tractament dels trastorns psicopatològics de la infància/adolescència, en què s'inclou l'atenció als xiquets i xiquetes amb psicosi, autisme, etc

Al maig de 2014, la 67 Assemblea Mundial de la Salut va aprovar la resolució titulada: Mesures integrals i coordinades per a gestionar els trastorns de l'espectre autista, amb el suport de més de 60 països. Aquesta resolució instava l'OMS a col·laborar amb els estats membres i organismes associats en l'enfortiment de les capacitats nacionals per a abordar els TEA i altres problemes del desenvolupament.

L'estratègia espanyola en trastorns de l'espectre de l'autisme de 2014 sorgeix com a resposta a aquesta resolució i recull propostes de millora per a l'atenció a la població amb TEA.

En aquest sentit, la recent estratègia de salut mental de la Comunitat Valenciana (2016-2020) també es fa eco de la importància d'abordar aquest trastorn i preveu, entre els objectius, protocol·litzar l'atenció dels xiquets i xiquetes amb TEA, amb el disseny i la implementació d'un procés d'atenció integral.

Els trastorns de l'espectre autista solen manifestar-se la majoria de vegades en edats molt primerenques, i l'obtenció d'un primer diagnòstic pot demorar-se mesos i, fins i tot, anys. Per a evitar aquesta demora, es fa necessari establir en la pràctica diària de professionals que avaluen el desenvolupament del xiquet i la xiqueta, mecanismes de detecció que permeten identificar prompte els trastorns del desenvolupament d'una manera eficaç, per a poder facilitar un diagnòstic i intervenció primerenca.

A més, l'evidència assenyala que l'abordatge dels trastorns de l'espectre autista (TEA) requereix una coordinació i sistemes de comunicació eficaç entre els professionals que hi intervenen.

D'acord amb aquestes premisses, es presenta aquest document que pretén definir un procés d'atenció que proporcione un abordatge adequat amb un enfocament integral i una resposta intersectorial, interdisciplinari i multiprofessional a totes les persones vinculades a aquest trastorn.

L'eficàcia d'aquest procés radica en la creació d'un marc d'actuació que integre el coneixement actualitzat, impulse la implicació del conjunt de professionals que hi intervenen, avalue els resultats i disminuïska la variabilitat de les actuacions. Això suposa desenvolupar estratègies

comunes, facilitar la transmissió del coneixement entre professionals que interactuen en l'atenció a les persones amb TEA i les famílies, a més de protegir els/les pacients d'intervencions farmacològiques o psicoterapèutiques excessives, inadequades o innecessàries (prevenció quaternària).

Aquest document recull el TEA des d'un vessant dimensional o fenomenològic, que inclou els diagnòstics següents:

- L'autisme pròpiament dit recollit en els manuals classificatoris com a síndrome de Kanner, així com altres formes d'autisme infantil.
- El trastorn generalitzat del desenvolupament no especificat (TGD-NOS) que inclou l'autisme atípic.
- El trastorn desintegratiu infantil, també anomenat síndrome de Heller.
- La síndrome d'Asperger.

Per a l'elaboració d'aquest document s'ha tingut en compte el marc conceptual de la Comunitat Valenciana i l'experiència acumulada, com també el desenvolupament de les guies de prestigi i publicacions actuals. L'objecte és garantir l'atenció als xiquets i xiquetes i adolescents amb TEA, i seria necessari un desenvolupament posterior que preveiera la continuïtat de l'atenció integral de les persones amb TEA en la vida adulta.

3. OBJECTIUS

Garantir l'atenció a xiquets i xiquetes i adolescents amb trastorns de l'espectre autista adequant-nos a criteris d'equitat i eficiència dels recursos utilitzats.

- ✓ Establir un procés d'atenció a la població infantil i adolescent amb TEA, que, atenent les seues necessitats, garantisca un circuit de detecció precoç, valoració, derivació i intervenció eficaç.
- ✓ Involucrar tot el personal professional implicat en el procés d'atenció del trastorn de l'espectre autista a fi d'impulsar actuacions conjuntes i coordinades d'acord amb l'evidència científica segons uns models d'abordatge eficaços.
- ✓ Definir un pla d'atenció integral (PAI) a les persones amb TEA a la Comunitat Valenciana, que permeta un abordatge integral, intersectorial, interdisciplinari i multiprofessional, incloent-hi la família i l'entorn.

4. ORGANITZACIÓ I FUNCIONAMENT

Cal remarcar la importància de la detecció precoç d'aquest trastorn per part de pediatres i personals d'infermeria d'Atenció Primària, dins de les revisions rutinàries de salut (programa de salut infantil), així com el seguiment dels xiquets i xiquetes considerats de risc de TEA.

El pediatre d'Atenció Primària, si detecta signes d'alerta, els derivarà, en qualsevol cas, a:

- Servei d'Atenció Primerenca per a la valoració del desenvolupament i intervenció.
- Unitat de Salut Mental Infantil i Adolescent (USMIA) per a la valoració clínica i confirmació diagnòstica.

Es realitzaran interconsultes a altres especialistes per a valorar organicitat:

- Unitat de Neuropediatria. A tota la població infantil menor de 36 mesos amb signes de TEA i en tots els casos on se sospita de patologia neurològica.
- Altres especialistes, en cas de sospita de dèficits sensorials o altres de diversa índole.

Tots els casos diagnosticats amb aquest trastorn es registraran en el Sistema d'Informació Sanitària amb el codi CIE corresponent.

5. POBLACIÓ DIANA

1. CRITERIS D'INCLUSIÓ

- Xiquets, xiquetes i adolescents en els quals s'observen signes d'alerta que facen sospitar d'un TEA.
- Xiquets, xiquetes i adolescents amb diagnòstic confirmat de TEA (segons CIE-10, DSM-5).

Actualment estan vigents dues classificacions internacionals: CIE-10 i DSM-5 (annex 1).

2. CRITERIS D'EXCLUSIÓ

- Xiquets, xiquetes i adolescents en els quals el cribratge en grups de risc ha sigut negatiu.
- Xiquets, xiquetes i adolescents en els quals el procés de diagnòstic descarta la presència d'un TEA.

6. PROCÉS ASSISTENCIAL TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA

1. DETECCIÓ

L'objectiu d'aquesta fase és identificar aquells xiquets i xiquetes que per la seua simptomatologia facen sospitar l'existència d'un quadre de TEA.

Aquesta sospita pot sorgir davant de la percepció dels primers signes d'alerta, ja siga per part del pare, mare, tutors legals, i/o per recomanació de professionals de guarderia, centres educatius, centres de Desenvolupament i Atenció Primerenca (CDIAT), serveis hospitalaris, o des de la consulta del programa de salut infantil, que detecte possibles signes o símptomes que pogueren fer pensar que el xiquet o la xiqueta presenta un TEA, i serà desitjable la promptitud per a iniciar la intervenció en el moment de la sospita, ja que comporta múltiples i importants avantatges tant per al xiquet o la xiqueta, com per a la família.

Si la detecció es realitza en l'àmbit educatiu, paral·lelament a la derivació al personal facultatiu mèdic d'Atenció Primària, correspon als serveis psicopedagògics escolars (SPES) o gabinets psicopedagògics autoritzats realitzar una avaluació psicopedagògica i un informe tècnic a qualsevol xiquet o xiqueta que presente dificultats o dèficits motors, sensorials, intel·lectuals i/o socials que puguin generar necessitats educatives permanents (en aquest cas el trastorn de l'espectre de l'autisme) i que determinarà i orientarà sobre l'escolarització més adequada, amb l'aprovació de la Inspecció i de les famílies, i serà desitjable una intervenció el més prompte possible.

El personal sanitari d'Atenció Primària, que coneixen els límits normals del desenvolupament infantil en els primers anys de vida, serà responsable de vigilar estretament el desenvolupament psicomotor de forma rutinària en el programa de salut infantil, mitjançant escales validades, com l'escala Haizea-Llevant (annex 3). A més, es realitzarà un seguiment de tots els casos amb alt risc de patir TEA, i es prestarà major atenció als aspectes del desenvolupament comunicatiu i als signes d'alerta (annex 5), i l'ompliment de l'instrument de cribratge (*screening*) M-CHAT als 18 mesos (annex 4).

El personal de pediatria d'Atenció Primària, davant de la sospita de TEA, realitzarà una avaluació exhaustiva que preveurà:

- Història clínica
- Exploració física i de desenvolupament

Després de l'anamnesi i exploració física, es valorarà si compleix els criteris de sospita segons l'edat (6-12-15-18-24 mesos i de 3 a 11 anys), atenent els signes d'alerta (annex 5.1, 5.2, 5.3, 5.4) i el resultat de l'instrument de cribratge M-CHAT en la revisió de 18 mesos (annex 4). Si no els compleix, tancarà el procés, i si els compleix es procedirà a la derivació als equips especialitzats.

És fonamental que des de pediatria i davant dels indicadors de sospita, es remeta el xiquet o xiqueta a la UAT/CDIAT (Unitat d'Atenció Primerenca/Centre de Desenvolupament i Atenció Primerenca), i se seguirà el protocol establert per a això. Es tracta d'indicadors de detecció des del primer any de vida i, a pesar que no és prudent establir un diagnòstic tan primerenc, permetran l'inici de la intervenció d'acord amb les dificultats detectades i, amb el seguiment del desenvolupament del xiquet/xiqueta, aconseguir un diagnòstic posterior més precís. Així mateix, implica el pare i la mare des del primer moment i s'afavoriran els entorns de criança apropiats, per a establir una interacció i comunicació adequada en els períodes del desenvolupament crítics.

2. DERIVACIÓ

Els menors amb possible TEA es remeten per professionals de pediatria (AP) omplint els fulls de derivació corresponent als dispositius següents:

- Servei d'Atenció Primerenca per a valoració del desenvolupament i intervenció.(0- 6 anys)
- Unitat de Salut Mental Infantil i Adolescent (USMIA) per a valoració clínica i confirmació diagnòstica. En el full de derivació interconsulta es recollirà el resultat del M-CHAT i de l'exploració clínica que indique antecedents familiars i personals d'interès, així com els signes d'alerta que han fet sospitar del trastorn.

Es realitzaran interconsultes a altres especialitats mitjançant el procediment habitual per a valorar organicitat:

- Unitat de Neuropediatria:
 - Població infantil menor de 36 mesos amb signes de TEA.
 - Població infantil major de 36 mesos amb signes de TEA en els quals se sospite una patologia neurològica.
- Altres especialitats, en cas de sospita de dèficits sensorials o d'una altra índole.

Aquest personal especialista remetrà la informació a la USMIA, que és on es concretarà el diagnòstic definitiu i el tractament.

3. DIAGNÒSTIC

El diagnòstic del TEA és un procés que permet identificar els signes i símptomes del TEA. Per a realitzar un diagnòstic fa falta que el contingut del procés d'avaluació s'adeqüe a l'edat cronològica i mental del xiquet o la xiqueta, la història del desenvolupament, la situació vital i les avaluacions prèvies que s'hagen realitzat. L'avaluació ha de ser completa i estandarditzada, i evitar proves innecessàries que dupliquen els resultats coneguts.

L'avaluació serà interdisciplinària realitzada per l'equip de la USMIA el qual efectuarà una avaluació clínica exhaustiva tenint en compte les valoracions específiques realitzades des dels diferents àmbits d'intervenció (àmbit sanitari, escolar i d'Atenció Primerenca). El personal facultatiu de Salut Mental Infantil serà qui coordine les exploracions en aquesta etapa dirigides a la confirmació del diagnòstic.

ÀREES D'AVALUACIÓ

Per a la confirmació del diagnòstic definitiu és imprescindible incorporar el resultat de les avaluacions que s'hagen dut a terme:

1. Avaluació física i mèdica. Exploració neurològica i exploracions complementàries
2. Avaluació del desenvolupament
3. Avaluació del llenguatge
4. Avaluació cognitiva
5. Avaluació clínica psicopatològica i específica del TEA
6. Avaluació psicopedagògica
7. Valoració del context sociofamiliar

AVALUACIÓ NEUROPEDIÀTRICA

L'objectiu de l'avaluació neuropediàtrica és descartar la presència de patologia neurològica.

L'avaluació neuropediàtrica té com a component essencial la realització d'una història detallada i d'una exploració neurològica adequada a l'edat del xiquet o xiqueta, i evitar proves innecessàries. En determinats casos es recomana, a més, la realització d'una sèrie de proves

complementàries sempre seguint una sospita clínica basada en la història i en l'exploració mèdica.

AVALUACIÓ EN CENTRES D'ATENCIÓ PRIMERENCA

En Atenció Primerenca s'inicia el procés d'avaluació davant dels primers signes de sospita de TEA, cosa que significa avaluar xiquets i xiquetes molt xicotets, en ple desenvolupament i en els quals el diagnòstic definitiu encara es demorarà un temps.

Es tracta d'una avaluació global de les capacitats funcionals del xiquet o la xiqueta: cognició, motricitat fina i global, habilitats comunicatives, funcionament adaptatiu, social i emocional. S'han d'identificar tant les dificultats com les competències i punts forts del xiquet i la xiqueta. S'obtindrà informació del pare i de la mare i altres contextos de criança, i s'utilitzaran diferents instruments estandarditzats (escales i qüestionaris) segons l'edat.

L'objectiu és obtenir informació útil i adequada a fi de proporcionar recomanacions i suggeriments per a afavorir el desenvolupament del xiquet i la xiqueta. Suposa el punt de partida per al programa d'intervenció.

AVALUACIÓ EN EL CONTEXT EDUCATIU

L'avaluació dels xiquets i xiquetes amb un possible trastorn de l'espectre de l'autisme es realitza en qualsevol moment de les etapes educatives, tant en els moments previs a la seua escolarització en un centre d'educació infantil i primària, com una vegada s'escolaritza a través dels serveis psicopedagògics escolars (SPES) o gabinets psicopedagògics autoritzats. Quan en un alumne o alumna es detecta que poguera presentar dificultats o dèficits motors, sensorials, intel·lectuals i/o socials, que puguin generar necessitats específiques de suport educatiu (NEAE), en aquest cas un trastorn de l'espectre de l'autisme, correspon als serveis especialitzats en orientació: serveis psicopedagògics escolars (SPES) o gabinets psicopedagògics autoritzats, realitzar una avaluació psicopedagògica a partir de la informació que aportació la família, el professorat, serveis sanitaris o serveis socials.

L'avaluació psicopedagògica és un procés global i complex que serveix de base per a la presa de decisions sobre diferents situacions dels xiquets i xiquetes amb necessitats específiques de suport educatiu (NEAE), així com sobre l'organització del seu entorn educatiu, i s'incideix de forma positiva en la millora del seu accés, participació i aprenentatge en el procés educatiu.

L'avaluació psicopedagògica donarà lloc a un informe tècnic que determinarà i orientarà sobre l'escolarització més adequada i els recursos de suport necessaris (amb l'aprovació de la

inspecció educativa i de les famílies), i és desitjable una intervenció el més primerenca possible.

AVALUACIÓ EN LA USMIA

Tenint en compte la informació recollida en les avaluacions realitzades, l'equip de la USMIA completarà l'exploració i valoració del xiquet i la xiqueta per a poder confirmar el diagnòstic de TEA. En la USMIA, el procés d'avaluació prioritzarà l'entrevista clínica al pare, mare o cuidadors principals i l'observació i exploració psicològica i psicopatològica del xiquet o la xiqueta. L'exploració de l'estat mental inclou l'avaluació de les interaccions socials, del joc, del llenguatge i de la funció comunicativa (annex 14). La utilització dels instruments estandaritzats de valoració (annex 15) s'ajustarà a les característiques i/o complexitat del cas concret. La utilització d'escales específiques a àmbit especialitzat ha de ser només un suport i en cap cas substituirà l'exploració clínica realitzada per professionals especialistes, i és l'experiència clínica l'element essencial per a la confirmació diagnòstica.

ÀMBITS D'AVAUACIÓ

1. Centrat en el xiquet o la xiqueta

Una vegada realitzades les exploracions descrites es valorarà el comportament del xiquet o la xiqueta en els seus entorns naturals.

És important realitzar una observació directa i sistemàtica incloent interaccions socials i de conversació (d'acord amb el nivell de desenvolupament). Aquesta informació també es pot obtenir a través de mitjans audiovisuals.

2. Centrada en la família i entorn

L'avaluació de necessitats i circumstàncies dels membres de la família és una part important del procés global de valoració i és essencial per a dissenyar estratègies d'intervenció adequades. El xiquet o la xiqueta amb TEA influeix en la família tant com aquesta influeix en ells.

Igualment es tindrà en compte els diferents contextos en què es desenvolupa el xiquet o la xiqueta.

Una vegada confirmat el diagnòstic, s'ha de procurar un adequat sistema d'assessorament i la

derivació als serveis apropiats d'intervenció o suport en funció de les necessitats individuals i/o familiars en el menor temps possible.

4. INTERVENCIÓ

Realitzada la valoració específica del xiquet o la xiqueta amb sospita de TEA, i confirmat el diagnòstic s'elaborarà un Pla d'Atenció Individualitzada i integral (PAI).

L'elaboració del PAI correspondrà a professionals de la USMIA i en esta participaran professionals educatius, d'atenció primerenca i altres dispositius implicats en el tractament i atenció del xiquet o la xiqueta i la seua família.

Els/les professionals dels diferents departaments i institucions implicats/as seran:

- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública: Professionals d'Atenció Primària (AP), Unitats de Salut Mental Infanto-adolescent(USMIA), Hospitals de dia(HD), Unitats de Neuropediatria, Unitats d'Atenció Primerenca i Treball Social.

- Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives: Professionals de Centres d'Atenció Primerenca (CDIAT), Treball Social, Serveis Socials Generals i especialitzats,...

- Conselleria d'Educació: Professionals dels Centres educatius, Serveis Psicopedagògics Escolars (SPES), Departament d'Orientació (DO) , Aules CyL (Comunicació i Llenguatge),

- Ajuntaments: Serveis Psicopedagògics Municipals i Serveis Socials.

La coordinació del PAI en cada cas estarà a càrrec del/la professional de psiquiatria o psicologia clínica de la USMIA de referència.

PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT

El pla i totes les intervencions que es realitzen estaran coordinades i hauran de tindre en compte la singularitat d'aquest trastorn, en el qual s'aprecia la dificultat en diversos graus d'aquests xiquets i xiquetes per a comprendre i/o interactuar amb l'entorn. Això té diverses conseqüències per al xiquet o la xiqueta, els progenitors i professionals:

- Per al xiquet o la xiqueta, en no poder interpretar tant els estímuls externs com els interns, la seua vivència de l'entorn i de si mateix és de caos, expressat en la seua dificultat d'autoregulació emocional, que es manifesta a través dels símptomes.

Observem també en ells un ús dels objectes, uns interessos i uns comportaments singulars que absorbeixen la seua atenció i no segueixen les coordenades de joc, gaudi i interacció típica. Sol ser una activitat solitària que tranquil·litza i regula.

- Les dificultats emocionals de comunicació i interacció dels xiquets i xiquetes amb TEA poden suposar per al pare i la mare també una frustració, tensió emocional i patiment afegit. El suport emocional i l'elaboració conjunta en la comprensió del funcionament dels seus fills o filles possibilita su acostament i , per tant es preveurà en qualsevol intervenció integral.

Per als/les professionals, interessar-se per aquestes activitats i interessos del xiquet i la xiqueta facilita l'acostament i la seua intervenció.

El PAI ha de conjugar la proposta d'un model d'atenció que estiga organitzat i estructurat per a poder dur a terme la comesa per al qual ha sigut creat, amb la flexibilitat que permeta adaptar-se a les necessitats de cada cas, que en els xiquets i xiquetes amb TEA té una complexitat particular, i la possibilitat d'una avaluació periòdica per a actualitzar els objectius, els tractaments i mesures necessàries.

EL PAI és global, comprén el xiquet o la xiqueta, la família i l'entorn, interdisciplinari per la intervenció de professionals de diversos serveis (USMIA, neuropediatria, Atenció Primerenca, educació, logopèdia, treball social...) i requereix una bona coordinació interdepartamental per a complir els seus objectius, disposar d'una informació homogènia i evitar la duplicació de tractaments i una pressió innecessària als pares en haver de repetir la mateixa informació que sovint comporta una càrrega emocional important.

Per a la seua elaboració es tindrà en compte l'edat, gravetat, característiques i necessitats terapèutiques (educatives i tractament clínic) del xiquet o la xiqueta, la situació i circumstàncies de la família i l'entorn.

En el PAI s'ha d'especificar quins recursos intervindran i quins són els seus objectius terapèutics perquè puguin ser valorats periòdicament. Les modalitats de coordinació i la periodicitat s'establirà en funció d'un protocol general i l'evolució de cada cas concret, que pot aconsellar trobades extraordinàries.

A més, la persona responsable de la USMIA per a cada cas atendrà la família per a informar-la d'aquest assumpte, fer-la partícip i recollir les seues inquietuds, suggeriments, etc. L'atenció en els primers mesos serà més intensa per a assessorar, donar suport i orientar la família en l'adaptació al trastorn detectat al seu fill o filla i en el seu maneig.

Amb posterioritat, s'acompanyarà la família en qualsevol procés i, en particular, en els moments significatius de la vida o desenvolupament del seu fill o filla (incorporació al col·legi, modalitat educativa, pubertat, crisi). Si fóra necessari s'intervindrà amb suport psicoterapèutic individual o grupal.

INTERVENCIÓ

Una característica de la planificació de la intervenció és el seu caràcter transversal que engloba diferents àrees com ara salut mental, educació i suport i inclusió social.

INTERVENCIÓ EN USMIA

El personal professional de salut mental tindrà un paper rellevant en la planificació terapèutica i en la coordinació de les intervencions. Seran responsables de:

- Seguiment clínic individual.
- Tractament psicoterapèutic i farmacològic.
- Atenció urgent en situacions agudes: valoració sobre hospitalització completa i/o parcial
- Orientació familiar
- Prevenció quaternària per a evitar sobrediagnòstic, tractament innecessari i la generació d'una dependència no justificada als diversos dispositius assistencials (sanitat, educació, serveis socials).
- Coordinació amb altres professionals amb implicació en el tractament del xiquet i de la xiqueta.
- Suport a professionals en situacions de crisi aguda dels xiquets i xiquetes.
- Avaluació de tractaments externs amb criteris d'eficiència i efectivitat.

INTERVENCIÓ EN ELS SERVEIS D'HOSPITALITZACIÓ PSIQUIÀTRICA EN LA INFÀNCIA I ADOLESCÈNCIA

- Hospitalització parcial: hospital de dia (prèvia derivació de la USMIA en reunió i/o contacte telefònic amb professionals d'aquest dispositiu). En períodes de

desestabilització i/o agreujament que no requereixen ingrés psiquiàtric.

- Hospitalització completa: unitat d'hospitalització psiquiàtrica (derivació prèvia de la USMIA en reunió i/o contacte telefònic amb professional aquesta dispositiva). En períodes de desestabilització aguda no controlable ni per família ni personal cuidador.

INTERVENCIÓ EN ATENCIÓ PRIMERENCA

L'Atenció Primerenca (AT) consisteix en un conjunt d'actuacions dirigides a la població infantil de 0-6 anys, a la família i l'entorn, en un període en què es detecten els primers senyals d'alarma de TEA i davant de les quals cal realitzar una adequada i ràpida intervenció, sense esperar un diagnòstic definitiu, a fi de potenciar les capacitats d'interacció social, comunicatives i de simbolització mitjançant sessions individuals, en el mateix centre o en entorns naturals, amb l'aplicació de tècniques adequades per part de la família i persones educadores.

En la configuració dels equips de AT han de participar diverses figures professionals: de psicologia, logopedia, fisioteràpia, pedagogia, entre altres. Per a assegurar un adequat desenvolupament del pla individualitzat del xiquet i facilitar la coordinació amb altres professionals involucrats en aquest (USMIA, educatius...), s'assignarà dins de l'equip, un o una professional referent i estable per a cada xiquet o xiqueta.

La intervenció en atenció primerenca amb xiquets i xiquetes amb TEA ha de tindre un enfocament integral i seguir uns principis rigorosos:

- Individualitzada i flexible: partint de l'avaluació i del perfil de desenvolupament del xiquet i de la xiqueta en què s'identifiquen les seues competències i punts dèbils, basant-nos en les seues necessitats i preferències.
- Estructurada: amb un programa adequat per a cada xiquet o xiqueta, amb objectius realistes a curt termini ajustats a la seua edat, característiques del seu desenvolupament i grau d'afectació, en un ambient estructurat i organitzat que facilite les claus per a la comprensió de la tasca i s'anticipe el que es realitzarà, amb activitats lúdiques, significatives i funcionals i l'ús d'ajudes tècniques visuals, físiques o verbals. Serà necessari adaptar l'entorn del xiquet o xiqueta i fer-lo més previsible i estable. Es tracta d'intervindre en totes les àrees del desenvolupament, tenint en compte la dimensió emocional potenciant les habilitats de relació, acció i

atenció conjunta, la comunicació, llenguatge expressiu i receptiu, anticipació, flexibilitat, imitació i simbolització.

- Intensiva: entenent la intensitat des d'un enfocament natural i flexible que s'adapte a les possibilitats del xiquet i de la xiqueta i de la família, es tracta de generalitzar les intervencions en qualsevol moment i per les persones del seu entorn social i educatiu.
- Participació de les famílies: l'entorn familiar és el principal agent socialitzador del xiquet , per la qual cosa cal proporcionar a les famílies els coneixements i les estratègies necessàries perquè participen en el programa de AT, per a això és fonamental la coordinació entre professionals i família en l'establiment d'objectius i metodologies que millor s'adapten a les seues necessitats.

És important que la intervenció siga revisada regularment i es valore periòdicament els resultats, per a adaptar-los als canvis que es produeixen com a conseqüència de la maduració i de les capacitats individuals.

INTERVENCIÓ EN L'ÀMBIT EDUCATIU

L'informe tècnic que es realitza de cada alumne o alumna amb TEA inclou la proposta d'un pla d'actuació individualitzat, es proposen adaptacions metodològiques, programes específics, mesures individualitzades i els recursos temporals, espacials, materials i de professorat de suport a la inclusió que requerisca, amb la finalitat d'oferir una resposta educativa adequada a les seues necessitats i interessos.

L'escolarització de l'alumnat amb trastorn de l'espectre de l'autisme es basarà en la major inclusió possible. Hi ha diferents modalitats d'escolarització atenent el grau d'afectació de l'alumnat amb TEA:

- Aula ordinària amb professorat de suport a la inclusió: mestre/a de pedagogia terapèutica i d'audició i llenguatge.
- Unitat Específica de Comunicació i Llenguatge.
- Centre d'Educació Especial

L'escolaritat obligatòria s'inicia als sis anys, encara que de forma generalitzada, l'escolarització dels xiquets i xiquetes comença als tres anys (des de fa dos cursos, la

Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, aplica un programa experimental d'escolarització d'alumnat des dels dos anys en uns quants centres), i és en aquest moment i sempre de la manera més primerenca possible quan s'ha d'iniciar la intervenció en l'àmbit educatiu.

En l'etapa d'Educació Infantil i en el primer curs d'Educació Primària es pot produir una duplicitat d'actuacions amb els centres d'Atenció Primerenca, ja que els dos intervenen en els mateixos rangs d'edat. Per això, la coordinació de professionals dels distints àmbits, dins del Pla d'Actuació Individual ha de constituir una prioritat. En conseqüència i amb caràcter general, no s'autoritzarà l'eixida del centre de l'alumnat dins de l'horari lectiu per a rebre tractaments externs. Només es preveurà en circumstàncies degudament justificades per causa mèdica o perquè els programes complementaris no es puguin facilitar en el mateix centre.

INTERVENCIÓ EN LA FAMÍLIA

La finalitat de la intervenció familiar és ajudar les famílies a superar les distintes fases del procés d'assumpció de la nova realitat i atendre les seues demandes i necessitats informació i formació.

L'adaptació a un xiquet o xiqueta amb discapacitat és un procés que dura tota la vida i varia entre una família i una altra, així com entre els diferents membres d'aquesta. Atés que la família és la principal font d'afecte, educació i atenció del xiquet i la xiqueta, és necessari que aquesta dispose de suport per a afrontar aquest esforç, per la qual cosa els programes d'intervenció han de tindre en compte les dificultats i fortaleces de l'entorn familiar.

El treball estarà orientat a:

- Orientar la família des del primer moment i propiciar la seua expressió emocional.
- Potenciar els factors de protecció i resiliència de què dispose.
- Previndre i intervindre davant d'una situació de risc psicosocial.
- Informar sobre prestacions i recursos amb què disposa.

INTERVENCIÓ EN L'ENTORN SOCIAL I COMUNITARI

Les intervencions que es duguen a terme estaran orientades a procurar un entorn més acollidor, segur i no intrusiu que responga a les necessitats de xiquets i xiquetes amb TEA, i

s'activen els recursos disponibles, atenció sanitària, oci i temps lliure, recursos per a l'aprenentatge, etc. Es tracta de facilitar un entorn que afavorisca la socialització i permeta generalitzar els aprenentatges adquirits en els diferents contextos on desenvolupen les seues activitats de la vida diària, i afavorir així la plena inclusió.

5. SEGUIMENT I COORDINACIÓ

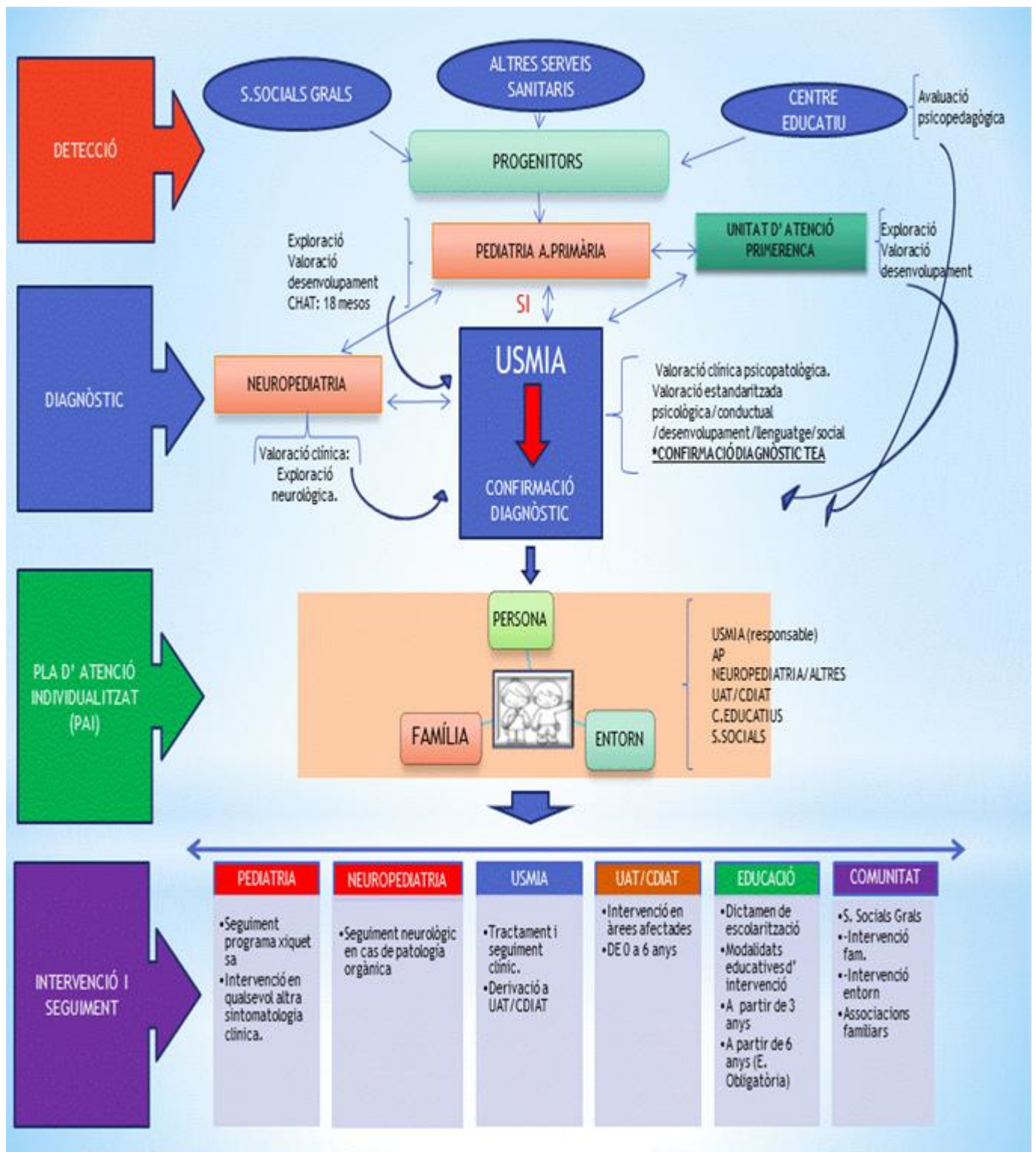
Per a assegurar un adequat desenvolupament, seguiment i avaluació del pla d'intervenció de cada xiquet i xiqueta amb TEA fa falta una coordinació del conjunt de professionals que intervenen en tot el procés d'atenció:

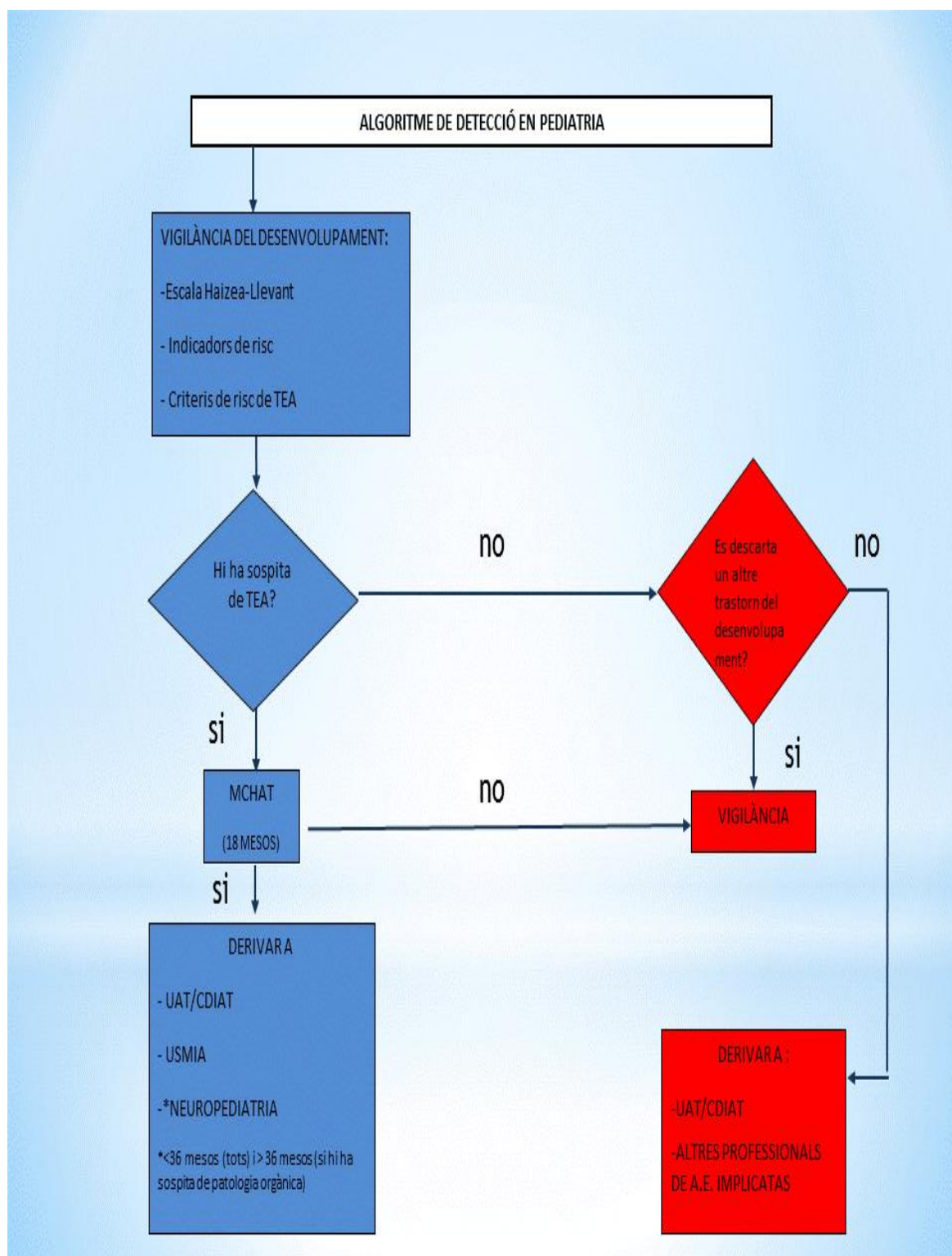
- Professionals de la USMIA, neuropediatria i pediatria dels diferents centres sanitaris.
- Professionals dels centres d'Atenció Primerenca (UAT/CDIAT)
- Professionals de l'àmbit educatiu: equip educatiu, serveis psicopedagògics escolars, gabinets psicopedagògics municipals i departaments d'orientació.

El personal facultatiu de l'equip d'Unitat de Salut Mental Infantil i Adolescent serà el responsable del seguiment del pla d'intervenció de cada xiquet i xiqueta amb TEA. No obstant això, és fonamental que hi haja una persona referent de cada àmbit d'intervenció, responsable de la posada en marxa i seguiment de les avaluacions i actuacions que es duen a terme: Unitat d'Atenció Primerenca (UAT); Centre Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca (CDIAT); Atenció Primària de Salut; centres educatius i altres serveis la intervenció dels quals es considere necessària.

En el cas de famílies amb problemes o en risc d'exclusió social serà necessària, a més, la coordinació amb els treballadors i treballadores socials del centre de salut o dels centres de serveis socials municipals

7. CIRCUIT D'ATENCIÓ PER AL TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA





8. INDICADORS

INDICADORS DE PROCÉS

- Derivació de pediatria a CAT:
% menors derivats per pediatria a CAT amb sospita de TEA /menors derivats
- Derivació de pediatria a USMIA amb informe de resultat de MCHAT:
% menors derivats de pediatria a USMIA amb sospita de TEA amb informe de resultat de MCHAT/menors derivats amb sospita de TEA
- Demora en la intervenció en CAT
Temps transcorregut entre la derivació i inici de tractament
 >15 dies
 15-30 dies
 <1 mes
- Derivació a CAT per USMIA:
% menors derivats per USMIA a CAT/menors derivats a CAT
- Menors amb diagnòstic de TEA que tinguen un PAI:
% menors amb diagnòstic de TEA que tinguen un PAI/menors amb diagnòstic de TEA

INDICADORS DE RESULTATS

- % de menors que han presentat milloria respecte a l'inici de intervenció en les diferents àrees de desenvolupament (social, cognitiu, comunicació, conductual).
- % Satisfacció de la família amb la intervenció rebuda.

9. ANNEXOS

ANNEX 1. CLASSIFICACIÓ DE MALALTIES MENTALS

CIE 10 (1995): "inclòs dins de trastorns generalitzats del desenvolupament"	• Autisme infantil F84.0. • Autisme atípic F84.1. • Síndrome de Rett • Altre trastorn desintegratiu de la infància F84.5. • Síndrome d'Asperger F84. • Altres TGD F84.8. • TGD sense especificació F4.9.
2. DSMIV –TR	• Trastorn autista 299.00. • Trastorn de Rett 298.0. • Trastorn desintegratiu infantil 299.10. • Trastorn d'Asperger 299. • TGD NE (incloent-hi l'autisme atípic) 299.0.
3. DSM 5 (2013): "inclòs dins de trastorns del desenvolupament neurològic"	TEA (trastorns de l'espectre de l'autisme) 299.00 En aquesta classificació, es defineixen els TEA amb una gran variabilitat, es donen perfils molt diferents segons la gravetat, l'edat, les competències cognitives, l'experiència, entre altres, i l'aprenentatge. En el DSM-5 ha desaparegut el trastorn de Rett i han afegit un nou diagnòstic, el trastorn de la comunicació social pragmàtica (315.39), dins dels trastorns de la comunicació. Nivell de gravetat 1: "necessita ajuda" 2 "necessita ajuda notable" 3 "necessita ajuda molt notable" - Amb/sense dèficit intel·lectual - Amb/sense deteriorament del llenguatge • Associat a un altre trastorn del neurodesenvolupament neurològic, mental o del comportament (utilitzar codis addicionals) • Associat a catatonia (utilitzar codi addicional)

ANNEX 2. CRITERIS PER A DIAGNÒSTIC

1-CIE 10. F84 TRASTORNS GENERALITZATS DEL DESENVOLUPAMENT

F84.0 AUTISME INFANTIL	A. Presència d'un desenvolupament anormal o alterat des d'abans dels tres anys d'edat. Han d'estar presents, almenys, en una de les àrees següents: 1. Llenguatge receptiu o expressiu utilitzat per a la comunicació social. 2. Desenvolupament de llaços socials selectius o interacció social recíproca. 3. Joc i maneig de símbols en aquest. B. Han d'estar presents, almenys, sis símptomes de (1), (2) i (3), incloent-ne, almenys, dos de (1) i, almenys, un de (2) i un altre de (3): 1. Alteració qualitativa de la interacció social recíproca. El diagnòstic requereix la presència d'anomalies demostrables, almenys, en tres de les àrees següents: a. Fracàs en la utilització adequada del contacte visual, de l'expressió facial, de la postura corporal i dels gestos per a la interacció social. b. Fracàs del desenvolupament (adequat a l'edat mental i a pesar de les ocasions per a això) de relacions amb altres xiquets que impliquen compartir interessos, activitats i emocions. c. Absència de reciprocitat socioemocional, posada de manifest per una resposta alterada o anormal cap a les emocions de les altres persones, o falta de modulació del comportament en resposta al context social o dèbil integració dels comportaments social, emocional i comunicatiu. d. Absència d'interés a compartir les alegries, els interessos o els èxits amb altres individus (per exemple, la falta d'interés a assenyalar, mostrar o oferir a altres persones objectes que despertin l'interés del xiquet). 2. Alteració qualitativa en la comunicació. El diagnòstic requereix la presència d'anomalies demostrables, almenys, en una de les cinc àrees següents: a. Retard o absència total de desenvolupament del llenguatge parlat que no s'acompanya d'intents de compensació mitjançant el recurs a gestos alternatius per a comunicar-se (sovint precedit per la falta de balbuceig comunicatiu). b. Fracàs relatiu per a iniciar o mantindre la conversació, procés que implica l'intercanvi recíproc de respostes amb l'interlocutor (qualsevol que siga el nivell de competència en la utilització del llenguatge aconseguit). c. Ús estereotipat i repetitiu del llenguatge o ús idiosincràtic de paraules o frases. d. Absència de jocs de simulació espontanis o absència de joc social imitatiu en edats més primerenques. 3. Presència de formes restrictives, repetitives i estereotipades del comportament, els interessos i l'activitat en general. Per al diagnòstic es requereix la presència d'anormalitats demostrables, almenys, en una de les sis àrees següents: a. Dedicació apassionada a un o més comportaments estereotipats que són anormals en el seu contingut. De vegades, el comportament no és anormal en si, però sí que ho és la intensitat i el caràcter restrictiu amb què es produeixen. b. Adherència d'aparença compulsiva a rutines o rituals específics faltats de propòsit aparent. c. Manierismes motors estereotipats i repetitius amb colps o retorçiments de les mans o dits, o moviments complets de tot el cos. d. Preocupació per parts aïllades dels objectes o pels elements aliens a les funcions pròpies dels objectes (com ara el olor, el tacte de la superfície o el soroll o la vibració que produeixen). C. El quadre clínic no pot atribuir-se a les altres varietats de trastorn generalitzat del desenvolupament, a trastorn específic del desenvolupament de la comprensió del llenguatge (F80.2) amb problemes socioemocionals secundaris, a trastorn reactiu de la vinculació en la infància (F94.1) tipus desinhibit (F94.2), a retard mental (F70–72) acompanyats de trastorns de les
-------------------------------	--

	emocions i del comportament, a esquizofrènia (F20) de començament excepcionalment precoç ni a síndrome de Rett (F84.2).
F84.1 AUTISME ATÍPIC	A. Presència d'un desenvolupament anormal o alterat aparegut als tres o després dels tres anys d'edat (el criteri és com el de l'autisme a excepció de l'edat de començament). B. Alteracions qualitatives en la interacció social recíproca o alteracions qualitatives en la comunicació o formes de comportament, interessos o activitats restrictives, repetitives i estereotipades (el criteri és com per a l'autisme a excepció que no cal satisfer els criteris en termes del nombre d'àrees d'anormalitat). C. No s'arriba a satisfer els criteris diagnòstics d'autisme (F84.0). L'autisme pot ser atípic tant en l'edat de començament (F84.11) com per les seues manifestacions clíniques (F84.12). Un cinqué dígit permet diferenciar-los amb fins d'investigació. Les síndromes que no pugen incloure's en un d'aquests es codificaran com a F84.12. F84.10 Atipicitat en l'edat de començament A. No se satisfà el criteri A de l'autisme (F84.0). És a dir, l'anomalia del desenvolupament es manifesta només als tres anys d'edat o amb posterioritat. B. Se satisfan els criteris B i C de l'autisme (F84.0). F84.11 Atipicitat simptomàtica A. Satisfà el criteri A de l'autisme (és a dir, anomalia del desenvolupament de començament abans dels tres anys d'edat). B. Alteracions qualitatives en els interaccions socials que impliquen reciprocitat, o en la comunicació, o be formes de comportament, interessos i activitats restringides, repetitives i estereotipades. Els criteris són semblants als de l'autisme excepte que no facen referència a nombre determinat d'àrees afectades per la anormalitat. C. Se satisfà el criteri C de l'autisme. D. No se satisfà el criteri B de l'autisme (F84.0). F84.12 Atipicitat tant en edat de començament com simptomàtica A. No se satisfà el criteri A de l'autisme. L'anomalia del desenvolupament és manifesta només als tres anys d'edat o amb posterioritat. B. Alteracions qualitatives de les interaccions que impliquen reciprocitat o de la comunicació, interessos i activitats restringides, repetitives i estereotipades. Els criteris són semblants als de l'autisme excepte que no fan referència a un nombre determinat d'àrees afectades per la anormalitat. C. Se satisfà el criteri C de l'autisme. D. No se satisfà el criteri B de l'autisme (F84.0).
F84.2 SÍNDROME DE RETT	A. Normalitat aparent durant els períodes prenatal i perinatal, desenvolupament psicomotor aparentment normal durant els primers cinc mesos d'edat i perímetre cefàlic normal en el moment del part. B. Desacceleració del creixement cefàlic entre els cinc mesos i els quatre anys d'edat junt amb una pèrdua de les capacitats motrius manuals prèviament adquirides entre els sis i els trenta mesos d'edat. Això s'acompanya d'una alteració de la comunicació i de les relacions socials i de l'aparició de marxa inestable i pobrament coordinada o moviments del tronc. C. Greu alteració del llenguatge expressiu i receptiu, junt amb retard psicomotor greu. D. Moviments estereotipats de les mans (com de retòrcer-se-les o llavar-se-les) que apareixen al mateix temps o són posteriors a la pèrdua dels moviments intencionals.
F84.3 ALTRE TRASTORN DESINTEGRATIU DE LA INFÀNCIA	A. Desenvolupament aparentment normal, almenys, fins als dos anys d'edat. Es requereix per al diagnòstic la presència d'una capacitat normal per a la comunicació, per a les relacions socials i el joc, i per als comportaments adaptatius, almenys, fins als dos anys d'edat. B. En començar el trastorn es produeix una clara pèrdua de capacitats prèviament adquirides. Es requereix per al diagnòstic una pèrdua clínicament significativa de capacitats (i no sols un fracàs puntual en certes situacions),

	almenys, en dos de les àrees següents: 1. Llenguatge expressiu o receptiu. 2. Joc. 3. Rendiments socials o comportaments adaptatius. 4. Control d'esfínters. 5. Rendiments motors. C. Comportament social qualitativament anormal. El diagnòstic requereix la presència demostrable d'alteracions en dos dels grups següents: 1. Alteracions qualitatives en les relacions socials recíproques (de l'estil de les de l'autisme). 2. Alteració qualitativa de la comunicació (de l'estil de l'autisme). 3. Patrons restringits de comportament, interessos i activitats repetitives i estereotipades, entre aquestes, estereotípies motrius i manierismes. 4. Pèrdua global d'interés pels objectes i per l'entorn en general. D. El trastorn no es pot atribuir a altres tipus de trastorns generalitzats del desenvolupament, a epilèpsia adquirida amb afàsia (F80.6), a mutisme selectiu (F94.0), a esquizofrènia (F20.F29), ni a la síndrome de Rett (F84.2).
F84.4 TRASTORN HIPERCINÈTIC AMB RETARD MENTAL I MOVIMENTS ESTEREOTIPATS	A. Hiperactivitat motora greu manifesta, almenys, pels dos dels problemes següents en l'activitat i l'atenció: 1. Inquietud motora contínua, manifesta per carreres, bots i altres moviments que impliquen tot el cos. 2. Dificultat important per a romandre assegut: tan sols estarà assegut uns segons generalment, llevat que estiga realitzant una activitat estereotipada (veja el criteri B). 3. Activitat clarament excessiva en situacions en què s'espera una certa quietud. 4. Canvis d'activitat molt ràpids, de forma que les activitats generals duren menys d'un minut (ocasionalment duren més si l'activitat es veu molt afavorida o reforçada, i això no exclou el diagnòstic; les activitats estereotipades poden durar molt de temps i són compatibles amb aquest criteri. B. Patrons de conducta repetitius i estereotipats manifestos, almenys, per un dels següents: 1. Manierismes fixos i sovint repetits: poden comprendre moviments complexos de tot el cos o moviments parcials com ara aleiteig de mans. 2. Repetició excessiva d'activitats no encaminades a cap fi. Pot influir jocs amb objectes (per exemple, amb l'aigua corrent) o activitats ritualístiques (bé sol o amb una altra gent). 3. Autoagressions repetides. C. CI menys de 50. D. Absència d'alteració social de tipus autístic. El xiquet ha de mostrar, almenys, tres de les següents: 1. Adequat desenvolupament de l'ús de la mirada, expressió i postura en la interacció social. 2. Adequat desenvolupament de les relacions amb companys, incloent-hi compartir interessos, activitats, etc. 3. Almenys ocasionalment s'aproxima a altres persones a la recerca de consol i afecte. 4. A vegades pot participar de l'alegria d'altres persones. Hi ha altres formes d'alteració social, com la tendència a l'acostament desinhibit a persones estranyes, que són compatibles amb el diagnòstic. E. No compleix criteris diagnòstics per a autisme (F84.0 i F84.1), trastorn desintegratiu de la infància (F84.3) o trastorns hiperquinètics (F90).
F84.5 SÍNDROME D'ASPERGER	A. Absència de retards clínicament significatius del llenguatge o del desenvolupament cognitiu. Per al diagnòstic es requereix que als dos anys haja sigut possible la pronunciació de paraules soltes i que, almenys, als tres anys el xiquet use frases aptes per a la comunicació. Les capacitats que permeten una autonomia, un comportament adaptatiu i la curiositat per l'entorn han d'estar al nivell adequat per a un desenvolupament intel·lectual normal. No obstant això, els aspectes motors poden estar d'alguna forma retardats i és freqüent una malaptesa de moviments (encara que no necessària per al diagnòstic). És freqüent la presència de característiques especials aïllades, sovint en relació amb preocupacions anormals, encara que

	no es requereixen per al diagnòstic. B. Alteracions qualitatives en les relacions socials recíproques (de l'estil de les de l'autisme). C. Un interès inusualment intens i circumscribit o patrons de comportament, interessos i activitats restringits, repetitius i estereotipats, amb criteris semblants a l'autisme encara que en aquest quadre són menys freqüents els manierismes i les preocupacions inadequades amb aspectes parcials dels objectes o amb parts no funcionals dels objectes de joc. D. No es pot atribuir el trastorn a altres tipus de trastorns generalitzats del desenvolupament, a trastorn esquizotípic (F21), a esquizofrènia simple (F20.6), a trastorn reactiu de la vinculació en la infància de tipus desinhibit (F94.1 i .2), a trastorn anancàstic de personalitat (F60.5), ni a trastorn obsessivocompulsiu (F42).
F84.8 ALTRES TRASTORNS GENERALIZATS DEL DESENVOLUPAMENT	Es tracta d'una categoria residual que s'usarà per a aquells trastorns que s'ajusten a la descripció general de trastorns generalitzats del desenvolupament però que no compleixen els criteris de cap dels apartats F84 a causa d'informació insuficient o dades contradictòries.
F84.9 TRASTORN GENERALITZAT DEL DESENVOLUPAMENT SENSE ESPECIFICACIÓ	La classificació no aporta instruccions sobre la utilització d'aquesta categoria.
F88 ALTRES TRASTORNS DEL DESENVOLUPAMENT PSICOLÒGIC	La classificació no aporta instruccions sobre la utilització d'aquesta categoria.
F89 TRASTORN DEL DESENVOLUPAMENT PSICOLÒGIC, NO ESPECIFICAT	La classificació no aporta instruccions sobre la utilització d'aquesta categoria.

2. DSM-5. TRASTORN DE L'ESPECTRE DE L'AUTISME. 29.00 (F84.0)

1. Dèficits persistents en comunicació social i interacció social al llarg de múltiples contextos

- Dèficits en reciprocitat socioemocional; rang de comportaments que, per exemple, van des de mostrar acostaments socials inusuals i problemes per a mantindre el flux d'anada i tornada normal de les conversacions; a una disposició reduïda per compartir interessos, emocions i afecte; a un error per a iniciar la interacció social o respondre a aquesta.
- Dèficits en conductes comunicatives no verbals usades en la interacció social; rang de comportaments que, per exemple, van des de mostrar **dificultat** per a integrar conductes comunicatives verbals i no verbals; a anomalies en el contacte visual i el llenguatge corporal o dèficits en la comprensió i ús de gestos; a una falta total d'expressivitat emocional o de comunicació no verbal.
- Dèficits per a desenvolupar, mantindre i comprendre relacions; rang de comportaments que van, per exemple, des de dificultats per a ajustar el comportament per a encaixar en diferents contextos socials; a dificultats per a compartir jocs de ficció o fer amics; fins una absència aparent d'interès en la gent.

La severitat es basa en l'alteració social i comunicativa i en la presència de patrons de comportaments repetitius i restringits.

2. Patrons repetitius i restringits de conductes, activitats i interessos.

- Moviments motors, ús d'objectes o parla estereotipats o repetitius (ex., moviments motors estereotipats simples, alinear objectes, donar voltes a objectes, ecolàlia, frases idiosincràtiques).
- Insistència en la igualtat, adherència inflexible a rutines o patrons de comportament verbal i no verbal ritualitzat (ex., malestar extrem davant de xicotets canvis, dificultats amb les transicions, patrons de pensament rígids, rituals per a saludar, necessitat seguir sempre el mateix camí o menjar sempre el mateix).
- Interessos altament restringits, obsessius, que són anormals per la seua

intensitat o el seu focus (ex., afecció excessiva o preocupació excessiva amb objectes inusuals, interessos excessivament circumscrits o perseverants).

- d) Hiper- o hiporeactivitat sensorial o interès inusual en aspectes sensorials de l'entorn (ex., indiferència aparent al dolor/temperatura, resposta adversa a sons o textures específiques, oldre o tocar objectes en excés, fascinació per les llums o objectes que giren).

3. Els símptomes han d'estar presents en el període de desenvolupament primerenc (encara que poden no manifestar-se plenament fins que les demandes de l'entorn excedisquen les capacitats del xiquet, o poden estar emmascarades en moments posteriors de la vida per habilitats apreses).

4. Els símptomes causen alteracions clínicament significatives a àmbit social, ocupacional o en altres àrees importants del funcionament actual.

5. Aquestes alteracions no s'expliquen millor per la presència d'una discapacitat intel·lectual (trastorn del desenvolupament intel·lectual) o un retard global del desenvolupament. La discapacitat intel·lectual i el trastorn de l'espectre d'autisme ben sovint coocorren; per a fer un diagnòstic de comorbiditat de trastorn de l'espectre d'autisme i discapacitat intel·lectual, la comunicació social ha d'estar per davall d'allò que s'ha esperat en funció del nivell general de desenvolupament.

Nota: els individus amb un diagnòstic DSM-IV ben establert de trastorn autista, síndrome d'Asperger o trastorn generalitzat del desenvolupament no especificat, han de rebre el diagnòstic de trastorn de l'espectre d'autisme. Els individus que tenen marcats dèficits en comunicació social, però els símptomes dels quals no compleixen els criteris per al trastorn d'espectre d'autisme, hauran de ser avaluats per al trastorn de comunicació social (pragmàtica).

Cal especificar si:

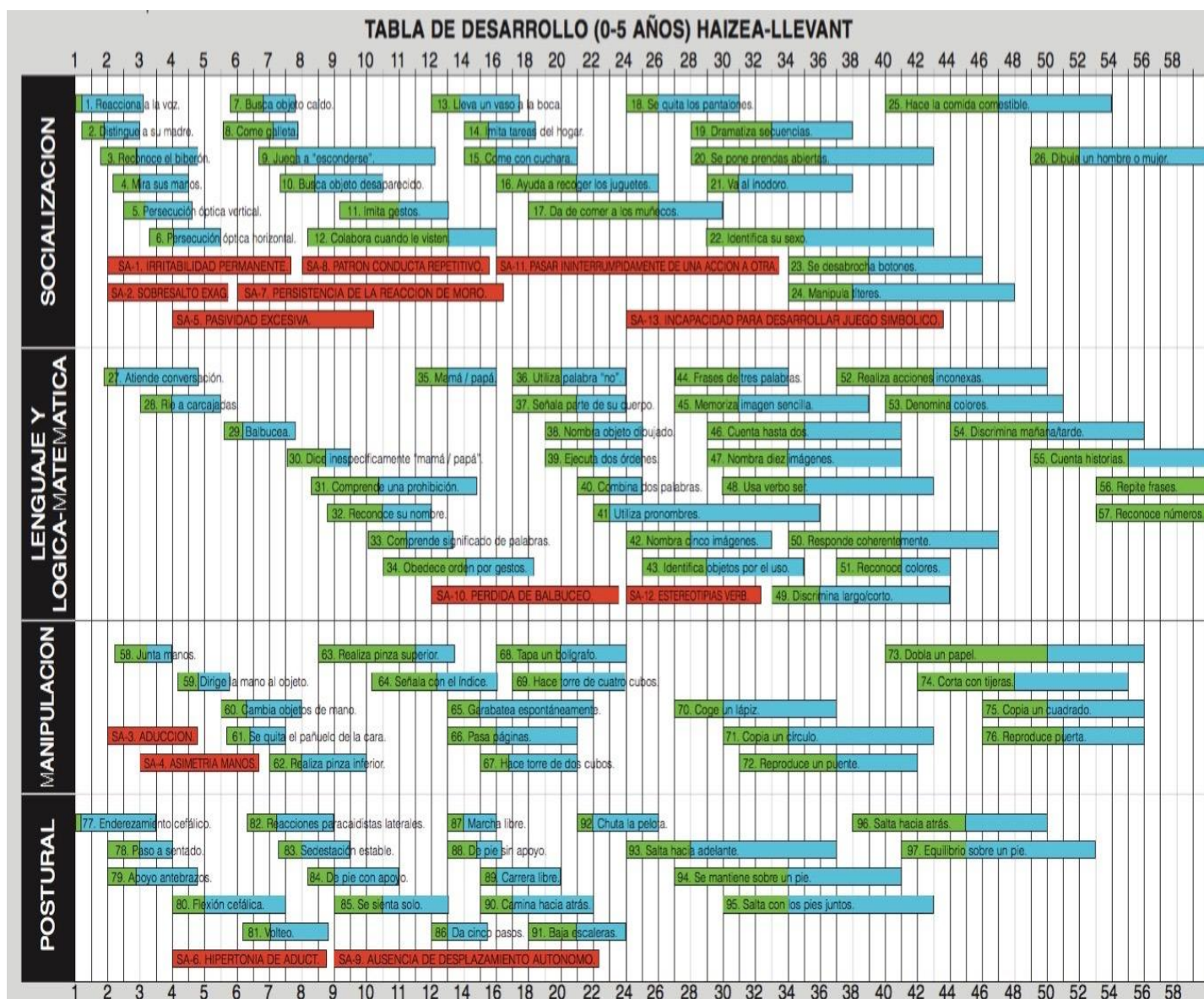
- S'acompanya o no de discapacitat intel·lectual.
- S'acompanya o no d'un trastorn del llenguatge.
- S'associa amb una condició mèdica o genètica o amb un factor ambiental conegut.
- S'associa amb un altre trastorn del neurodesenvolupament, mental o del comportament (nota de codificació: use un altre codi o uns altres codis addicionals per a identificar el trastorn del neurodesenvolupament, mental o del comportament associat).
- Amb catatonia (s'ha de fer referència als criteris de catatonia associada amb un altre trastorn mental) (nota de codificació: use el codi addicional 293.89 [F06.1] catatonia associada amb trastorn de l'espectre d'autisme per a indicar la presència de catatonia comorbida).

Nivells de severitat del trastorn de l'espectre d'autisme

Nivell de severitat	Comunicació social	Interessos restringits i conducta repetitiva
Nivell 3 Requereix un suport molt substancial	Dèficits severos en habilitats de comunicació social verbal i no verbal que causen alteracions severes en el funcionament, inicia molt poques interaccions i respon mínimament als intents de relació d'altres. Per exemple, una persona amb molt poques paraules intel·ligibles que rarament inicia interaccions socials, i que, quan ho fa, realitza aproximacions inusuals únicament	La inflexibilitat del comportament, l'extrema dificultat per a afrontar canvis o altres comportaments restringits/repetitius, interfereixen marcadament en el funcionament en totes les esferes. Gran malestar o dificultat en canviar el focus d'interès o la conducta.

	per a satisfer les seues necessitats i només respon a acostaments socials molt directes.	
Nivell 2 Requereix un suport substancial	Dèficits marcats en habilitats de comunicació social verbal i no verbal; els dèficits socials són aparents fins i tot amb suports; inicien un nombre limitat d'interaccions socials; i responen de manera atípica o reduïda als intents de relació d'altres. Per exemple, una persona que parla amb frases senzilles, la capacitat de la qual per a interactuar es limita a interessos restringits i que manifesta comportaments atípics a nivell no verbal.	El comportament inflexible, les dificultats per a afrontar el canvi, o altres conductes restringides/repetitives, apareixen amb la freqüència suficient perquè siguin obvis a un observador no entrenat i interfereixen amb el funcionament en una varietat de contextos. Gran malestar o dificultat en canviar el focus d'interés o la conducta.
Nivell 1 Requereix suport	Sense suports, les dificultats de comunicació social causen alteracions evidents. Mostra dificultats iniciant interaccions socials i ofereix exemples clars de respostes atípiques o errors a les obertures socials d'altres. Pot paréixer que el seu interès per interactuar socialment està disminuït. Per exemple, una persona que és capaç de parlar usant frases completes i implicar-se en la comunicació però que, a vegades, falla en el flux d'anada i tornada de les conversacions i els intents del qual per fer amics són atípics i generalment fracassen.	La inflexibilitat del comportament causa una interferència significativa en el funcionament en un context o en més d'un. Els problemes d'organització i planificació obstaculitzen la independència.

ANNEX 3. ESCALA DE DESENVOLUPAMENT HAIZEA-LLEVANT



Normes d'interpretació de la taula de desenvolupament Haizea-Llevant:

La taula està dividida en quatre àrees: sociabilitat, llenguatge, manipulació i postural amb diferents proves per a cada una d'aquestes.

Aquestes proves estan representades en la taula en forma de barres horitzontals de diversos colors que indiquen el percentatge de xiquets que executen una acció.

L'inici de la barra (color verd) indica el 50 % dels xiquets i xiquetes, el canvi de color (blau) indica un 75 % i el final d'aquesta indica que a aquesta edat el 95 % ja fan l'acció estudiada.

Trobem també en la taula uns signes d'alerta representats per línies de color roig.

L'orde correcte de valoració de la taula és "llegir-la" d'esquerra a dreta i de dalt a baix.

Traçar una ratlla vertical que corresponga a l'edat en mesos del xiquet o xiqueta (ajustat per davall de 18 mesos d'edat en aquells casos de prematuritat).

Preguntar a familiars i comprovar, si és el cas, si realitza:

a) Aquells elements situats a l'esquerra de la línia traçada.

b) Aquells elements que aquesta línia travessa.

L'examinador o examinadora valorarà la falta d'adquisició d'aquests elements, en totes o alguna de les àrees, així com la presència de signes d'alerta, per a determinar la necessitat altres estudis diagnòstics.

ANNEX 4. INSTRUMENT DE VALORACIÓ M-CHAT* (18 MESOS)

(Format per al professional)

La informació que conté aquest qüestionari és totalment confidencial. Seleccione, amb un cercle, la resposta que li sembla que reflecteix millor com el seu fill o filla actua NORMALMENT. Si el comportament no és l'habitual (per exemple, vosté només li ho ha vist fer una vegada o dues), conteste que el xiquet o xiqueta NO ho fa.

Per favor, conteste totes les preguntes.

1. Li agrada que l'engrunsen, o que l'adult li faci el "cavallet" seient-lo als genolls, etc.?	SÍ	NO
2. Mostra interès per altres xiquets o xiquetes?	SÍ	NO
3. Li agrada pujar a llocs com, per exemple, sillons, escalons, jocs del parc...?	SÍ	NO
4. Li agrada que l'adult jugue amb ell o ella al "cucú-tras" (tapar-se els ulls i després descobrir-los; jugar a amagar-se i aparèixer de sobte)	SÍ	NO
5. Alguna vegada fa jocs imaginatius, per exemple, fent com si parlara per telèfon, com si estiguera donant menjar a una nina, com si estiguera conduint un cotxe o coses semblants?	SÍ	NO
6. Sol assenyalar amb el dit per a demanar alguna cosa?	SÍ	NO
7. Sol assenyalar amb el dit per a indicar que alguna cosa li crida l'atenció?	SÍ	NO
8. Pot jugar adequadament amb peces o joguets xicotets (per exemple, cotxets, ninotets, peces de construcció) sense únicament xuplar-los, sagnar-los o tirar-los?	SÍ	NO
9. Sol portar-li objectes per a ensenyar-li'ls?	SÍ	NO
10. Sol mirar-lo al ulls durant uns segons?	SÍ	NO
11. Li sembla massa sensible a sorolls poc intensos? (per exemple, reacciona tapant-se les orelles, etc.)	SÍ	NO
12. Somriu en veure'l o quan vosté li somriu?	SÍ	NO
13. Pot imitar o repetir gestos o accions que vosté fa? (per exemple, si vosté fa una carassa, ell o ella també la fa)	SÍ	NO
14. Respon quan el crida pel nom?	SÍ	NO
15. Si vosté assenyala amb el dit un joguet que hi ha a altra banda de l'habitació... El seu fill o filla dirigeix la mirada cap al joguet?	SÍ	NO
16. Ha après ja a caminar?	SÍ	NO
17. Si vosté mira alguna cosa atentament, el seu fill o filla també la mira?	SÍ	NO
18. El seu fill o filla fa moviments estranys amb els dits, per exemple, acostant-se'ls als ulls?	SÍ	NO
19. Intenta que vosté preste atenció a les activitats que ell o ella fa?	SÍ	NO
20. Alguna vegada ha pensat que el seu fill o filla podria tindre sordera?	SÍ	NO
21. El seu fill o filla entén el que la gent diu?	SÍ	NO
22. De vegades es queda mirant al buit o va d'una banda a una altra sense propòsit?	SÍ	NO
23. Si el seu fill o filla ha de fer front a una situació desconeguda, el mira primer a vosté a la cara per a saber com reaccionar?	SÍ	NO

INFORMACIÓ PER AL/LA PROFESSIONAL:

Punts de tall en el qüestionari per a ser considerat un “error” (en negreta).

- Error almenys en 3 dels 23 elements (es considera error a les respostes sí/no en negreta).
- Error almenys en 2 dels 6 elements crítics (números 2, 7, 9, 13,14, 15 en negreta).

* Robins DL, Fein D, Barton ML et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the earlydetection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord. 2001;31:131-14.

Data:

Nom de la persona que ompli el qüestionari:

(Especifique): parents amb el xiquet/a: mare/pare/ altre.

DADES DEL XIQUET/XIQUETA

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Sexe: home, dona

Telèfon de contacte:

Adreça:

ANNEX 5. INDICADORS D'ALARMA

1. INDICADORS D'ALARMA EN MENORS DE 6, 12 I 15 MESOS

Revisió 6 mesos

Dirigeix la mirada a persones, sons o objectes	SÍ	NO
Somriure social present	SÍ	NO
Reacciona davant d'estímuls socials o davant d'altres objectes	SÍ	NO
Emet vocalitzacions en resposta a estímuls de la persona adulta	SÍ	NO
Es deixa gronxar o acariciar	SÍ	NO

Revisió 12 mesos

Dirigeix la mirada a persones o coses	SÍ	NO
Somriure social present	SÍ	NO
Participa en jocs interactius (pom-pom, palmetes...)	SÍ	NO
Emet síl·labes, vocalitza, balboteig, fa gestos	SÍ	NO
Presenta anticipació quan va ser agafat	SÍ	NO
Reacciona amb emocions de manera adequada (riu, plora, té malestar davant estranys)	SÍ	NO

Revisió 15 mesos

Ha perdut contacte ocular	SÍ	NO
Mostra objectes	SÍ	NO
Mostra interès per jocs participatius	SÍ	NO
Mostra intenció comunicativa (assenyala amb la mà)	SÍ	NO
Imita gestos	SÍ	NO
Ha perdut resposta al nom	SÍ	NO
Presenta balboteig social comunicatiu (com si conversara amb la persona adulta)	SÍ	NO

2. INDICADORS D'ALARMA ALS 18 I 24 MESOS

Revisió 18 mesos

Manté contacte ocular durant uns segons	SÍ	NO
S'entreté amb els joguets i els explora	SÍ	NO
Respon quan el crides	SÍ	NO
Imita o repeteix gestos o accions	SÍ	NO
Té expressions per a demostrar afecte	SÍ	NO
Té regressió en el llenguatge	SÍ	NO
Té conductes inadequades (caminar de puntetes, no s'interessa per res, moviments molt repetitius...)	SÍ	NO
Els progenitors estan preocupats per algun aspecte del desenvolupament dels seu fill o filla	SÍ	NO

Revisió 24 mesos

Té llenguatge ecològic	SÍ	NO
Es relaciona amb altres xiquets i xiquetes o persones adultes. Juga amb estos/es	SÍ	NO
Té joc simbòlic	SÍ	NO

3. INDICADORS D'ALARMA EN MENORS DE 3 I 4 ANYS

COMUNICACIÓ

Absència o retard en el llenguatge no compensat per altres maneres de comunicació	SÍ	NO
Ús estereotipat o repetitiu del llenguatge. Es refereix a si mateix/a en 2a o 3a persona	SÍ	NO

SOCIAL

Mostra interès per jocs simples amb altres persones	SÍ	NO
Prefereix activitats solitàries	SÍ	NO

INTERESSOS, ACTIVITATS I CONDUCTES

Insisteix en rutines i/o té resistència als canvis	SÍ	NO
Realitza jocs repetitius amb joguets	SÍ	NO
Reacciona de manera exagerada a certs estímuls (auditius, visuals, olfactius, tàctils i del gust)	SÍ	NO

4. INDICADORS D'ALARMA EN MENORS DE 5 A 11 ANYS

1. Té comportaments no verbals estranys: mira poc a la cara, el seu gest és poc expressiu habitualment, a vegades expressa emocions de forma desproporcionada, etc.

SÍ ☐ ☐ NO ☐ ☐

2. El seu llenguatge té algunes característiques cridaneres: entonació peculiar, vocabulari rebuscat, reiteracions verbals, etc.

SÍ ☐ ☐ NO ☐ ☐

3. Té dificultats per a iniciar o mantindre una conversació, o mantindre de forma apropiada: se'n va del tema, pren les coses al peu de la lletra, diu coses que no vénen al cas, etc.

SÍ ☐ ☐ NO ☐ ☐

4. Té un interès inusual per algun tema especial, parla i busca informació sobre aquest tema amb molta freqüència. Per exemple, els planetes, els números, els animals, els mitjans de transport, etc.

SÍ ☐ ☐ NO ☐ ☐

5. Té un comportament ritualista amb una certa freqüència. Per exemple, vol fer les coses sempre de la mateixa manera: alinea objectes, vol fer sempre el mateix itinerari, etc.

SÍ ☐ ☐ NO ☐ ☐

6. La seua relació amb els companys o companyes és escassa, hi ha falta de reciprocitat social, no comparteix interessos i gaudis de forma apropiada, sovint li agrada estar sol, té dificultat a comprendre els sentiments en altres persones, etc.

SÍ ☐ ☐ NO ☐ ☐

ANNEX 6. POBLACIÓ INFANTIL AMB MAJOR RISC DE TEA

Factors de risc prenatals	- Consum matern d'alcohol o altres substàncies - Fàrmacs teratògens - Infeccions maternes
Factors de risc perinatals	- Apgar < 7 als 5' - Naixement abans de les 32 setmanes i amb un pes <2.500 grams. - Retard creixement intrauterí (RCIU)
Factors de risc postnatals	- Infeccions que poden cursar amb meningitis o encefalitis - Malalties metabòliques com ara la fenilcetonúria no tractades després del naixement - Encefalopaties epilèptiques en el primer any de vida
Altres factors	- Edat avançada de la mare o del pare. - Complicacions durant la gestació: diabetis gestacional i sagnat) - Progenitors amb historial psiquiàtric de psicosi esquizofrènica o trastorn afectiu - Germans/nes de xiquets/tes amb TEA

ANNEX 7. MALALTIES RELACIONADES AMB TEA SINDRÒMICS

Diferències entre autisme idiopàtic i autisme sindròmic.

En la valoració mèdica és molt útil, en primer lloc, tractar de diferenciar els TEA en els subtipus idiopàtic i secundari. Utilitzem el terme TEA idiopàtic en aquells casos en què es compleixen els criteris de TEA però no tenen associada una condició mèdica que es coneix com a causa de TEA. La majoria de la població infantil amb TEA correspon a aquest subtipus.

El terme secundari es referix a aquells casos amb un síndrome o trastorn mèdic identificable que se sap que està associat a TEA. Encara que fins al moment es considerava que un 10-20 % dels casos amb TEA presentaven un trastorn mèdic comòrbid, els estudis recents plantegen que aquest percentatge és menor del 10 % (92).

Entre altres malalties poden associar-se a TEA:

MALALTIES GENÈTIQUES

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

MALALTIES NEUROCATÀNIES

1. Esclerosi tuberosa
2. Neurofibromatosi tipus I
3. Hipomelanosi tipus Ito

MALALTIES METABÒLIQUES

(Causa rara de TEA. Basar els estudis en símptomes clau o clínica suggestiva)

1. Fenilcetonúria.
2. Dèficit d'adenilosuccinasa.
3. Hiperactivitat del citosol 5 nucleotidasa.
4. Leucodistrofia metacromàtica.

5. Mucopolisacaridosi (MPS): San Filipo i Hurler.
6. Malalties peroxisomals.
7. Síndrome de piridoxina dependència.
8. Dèficit de succínic semialdehid deshidrogenasa.
9. Dèficit de biotinidasa.
10. Acidèmia isovalèrica.
11. Histidinèmia.

SIGNES FÍSICS A CONSIDERAR EN TEA SINDRÒMIC O SECUNDARI

És necessari que el personal de pediatria dedique especial atenció a signes físics que poden indicar malaltia associada:

- 1) Taques dèrmiques (acròmiques lanceolades o jaspiades que segueixen o no línies de Blascho, o café amb llet).
- 2) Trets dismòrfics (solc subnasal o philtrum llarg, llavis fins, plec palmar únic, etc.).
- 3) Trets toscos (MPS o mucopolisacaridosi).
- 4) Hiperelasticitat (X-fràgil).
- 5) Estereotípies de línia mitjana (llavat de mans i mà-boca, especialment en xiquetes -Rett).
- 6) Somriure excessiu no social associat al retard del desenvolupament psicomotor (Angelman).
- 7) Síntomes o signes suggestius de malaltia metabòlica: vòmits repetits, epilèpsia precoç, dismorfies, retard mental, regressió del desenvolupament, antecedents familiars.
- 8) Pica (considerar intoxicació per metalls pesats).
- 9) Descartar privació afectiva de tipus ambiental.

ANNEX 8. CONTINGUTS FONAMENTALS QUE S'HAN D'INCLOURE EN UNA HISTÒRIA CLÍNICA

GRUP GETEA (grup d'estudi dels trastorns de l'espectre autista)

Antecedents familiars	Es recull informació relativa a membres de la família nuclear i extensa que han pogut tindre problemes semblants o relacionats amb els trastorns del desenvolupament (retard mental, problemes de la socialització o de la comunicació, trastorns mentals, afectacions sensorials primerenques, etc.
Dades prenatales i neonatals	Consisteix en una revisió de les condicions i circumstàncies que van tindre lloc durant l'embaràs, el part i els primers moments del desenvolupament de la persona. Es recullen dades com ara mesos de gestació, malalties o problemes que va tindre la mare durant la gestació, possible medicació i/o consum de tòxics durant l'embaràs, circumstàncies del part, pes en nèixer, prova d'Apgar, resultats de proves de cribratge aplicades (fenilcetonúria i hipotiroïdisme), dificultats en els primers moments de vida, etc.
Història evolutiva	Es revisen els límits més importants del desenvolupament motor, comunicatiu i social de la persona, i s'inclou informació relativa a hàbits de son, hàbits alimentaris, quan i com es va aconseguir el control d'esfínters, etc. Es recull també el moment en què van aparèixer els primers símptomes o preocupacions dels progenitors, en què consistien, com també qualsevol altre aspecte del desenvolupament que els haguera paregut estrany o inusual (moviments insòlits, tendència a les rutines, conductes problemàtiques, etc.). Ha de sol·licitar-se informació clau sobre les característiques observades en la majoria dels xiquets amb autisme en aquests primers anys de la vida, quant al desenvolupament de la comunicació verbal i no verbal, la imitació, el joc, la reciprocitat social, etc.
Antecedents de salut	Constitueixen la història mèdica de la persona, per això es recull informació sobre malalties patides, amb especial èmfasi en afeccions neurològiques, deficiències sensorials (auditives i visuals) i qualsevol altra condició, com a signes de síndromes específiques. Igualment s'han de recollir els tractaments psicofarmacològics i les hospitalitzacions que hagen tingut lloc, així com una revisió per sistemes, identificació d'al·lèrgies o de problemes immunològics i de reaccions peculiars a les vacunacions.
Aspectes familiars i psicosocials	En aquest àmbit es recull informació relativa al funcionament de la persona en el medi familiar, la situació de la família, els suports de què disposa i les situacions d'estrés que afronta des que va aparèixer el problema. És important registrar el seu comportament familiar, les dificultats que té la família per a educar el xiquet/a i/o per a aconseguir que s'adapte a les activitats

	quotidianes, les relacions amb la resta de la família, etc. El comportament social (amb qui es relaciona, com i el tipus de relacions o jocs més habituals), així com la història i el comportament escolar, inclosa la informació proporcionada pel professorat, són aspectes molt rellevants.
Consultes i tractaments anteriors	Inclou la revisió de les consultes realitzades fins al moment relatives al problema de la persona, així com els tractaments o programes duts a terme, els serveis en què se l'ha atés i el programa educatiu que s'ha seguit fins a l'actualitat.

ANNEX 9. CARTERA DE SERVEIS D'ATENCIÓ PRIMERENCA



CARTERA DE SERVEIS D'ATENCIÓ PRIMERENCA
Comunitat Valenciana 2017

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA
Comunitat Valenciana 2017

1.- Definició

S'entén per atenció primerenca el conjunt d'intervencions dirigides a la població infantil de 0 a 6 anys, a la família i a l'entorn, que tenen per objectiu donar resposta al més aviat possible, a les necessitats transitories o permanents que tenen els xiquets o les xiquetes amb trastorns en el seu desenvolupament o amb el risc de patir-los. Aquestes intervencions que han de coordinar la globalitat del xiquet o de la xiqueta, han de ser planificades per un equip de professionals d'orientació interdisciplinària o transdisciplinària.

(Libro blanco de la atención temprana)

L'atenció primerenca (AT) ha de considerar el xiquet o la xiqueta de forma global i dirigir les seues intervencions tant al mateix xiquet/a com al seu entorn, amb l'objectiu d'afavorir el seu desenvolupament i benestar i possibilitar-ne l'autonomia i integració en el seu mitjà (model biopsicosocial).

2.- Persones destinatàries

Són susceptibles d'AT, els xiquets que presenten o tinguen risc de presentar:

- Risc biològic (prenatal, perinatal, postnatal)
- Trastorn del desenvolupament motor
- Trastorns sensorials (visual, auditiu)
- Trastorn psicomotor
- Trastorns en el desenvolupament cognitiu
- Trastorns en el desenvolupament del llenguatge
- Trastorns de l'expressió somàtica
- Trastorns emocionals
- Trastorns de la conducta
- Alteració en la relació i comunicació
- Risc sociofamiliar
- Uns altres: retard evolutiu per a aquells retards que no compleixen criteris de diagnòstics anteriors.

3.- Actuacions

Les intervencions dins de l'AT han de contenir almenys les actuacions següents:

- **Valoració inicial** de les necessitats del xiquet o de la xiqueta mitjançant la recollida d'informació (entrevista als pares, anamnesi, recollida d'informes, exploració mitjançant observació directa, realització de proves estandaritzades,...)
- **Hipòtesi diagnòstica i pla d'intervenció** sobre la base de la informació obtinguda.
- **Intervenció terapèutica** dirigida al xiquet o a la xiqueta i el seu entorn per a millorar les condicions del seu desenvolupament.
- **Avaluació** de la intervenció i el seguiment de l'evolució del xiquet o de la xiqueta, mitjançant la valoració en edats clau amb proves estandaritzades:
 1. Prova de Brunet-Lezine, Bayleys, Merrill-Palmer, McCarthy preferentment, amb la periodicitat següent:
 - Als 3, 6, 9, 12, 18, 24 i 36 mesos d'edat en tot tipus de trastorns.
 - En els prematurs, a més, és convenient realitzar una avaluació als 9 i 12 mesos d'edat corregida.
 2. Valoració amb l'escala de llenguatge PLON-R, Reynell, ITPA,...
 - A partir dels 2,5 o 3 anys.
- **Coordiació** amb altres professionals que atenen el/la xiquet/a (neonatóleg/a, pediatra, neuropediatra, professionals de la USMIA, professional, rehabilitadors, treballadors socials, ...)
- **Derivació** i/o coordinació amb altres serveis, quan l'evolució del xiquet o de la xiqueta o les seues necessitats així ho requereixen (Servei Psicopedagògic Escolar, serveis especialitzats...). Quan les necessitats que presenta el/la xiquet/a requereixen també una intervenció per part d'altres serveis especialitzats (ONCE, IVAF...), es realitzarà una atenció paral·lela i coordinada amb aquests serveis.

Quan les necessitats que presenta el xiquet/a requereixen també una intervenció per part d'altres serveis especialitzats (ONCE, IVAF...), es realitzarà una atenció paral·lela i coordinada amb aquests serveis.

4.- Periodicitat de l'atenció

L'atenció arà dirigida sempre al xiquet o a la xiqueta, la família i l'entorn.

- **Regular:** xiquets o xiquetes que necessiten una atenció d'1-2 sessions per setmana.
 - Xiquets o xiquetes plurideficients.
 - Xiquets o xiquetes amb dèficit sensorial sever.
 - Xiquets o xiquetes amb trastorns de desenvolupament.
 - Xiquets o xiquetes amb trastorn del desenvolupament del llenguatge, trastorns de la conducta o relacionals.
- **Seguiment:** xiquets o xiquetes que necessiten una atenció d'1 sessió quinzenal o trimestral, etc.:
 - Xiquets o xiquetes amb trastorns del desenvolupament i que poden ser aïllats per la seua família o per recursos psicopedagògics normalitzats.
 - Xiquets o xiquetes que hagen d'incloure's en l'atenció regular però no és possible per circumstàncies familiars.
 - Tots aquells xiquets o xiquetes escolaritzats i que hagen de requerir algun suport terapèutic per a optimitzar l'atenció rebuda.

Aquesta atenció haurà de ser suficientment flexible perquè es puga passar d'un tipus a un altre d'atenció, depenent de l'evolució i de les necessitats del xiquet o de la xiqueta i/o la família i l'oferta dels centres.

Es pot contemplar la possibilitat de realitzar visites domiciliàries de forma coordinada amb altres treballadors sanitaris en aquells casos d'especial vulnerabilitat que se'n pugen beneficiar.

5.- Accessibilitat

Aquestes actuacions obligatòries han de tenir caràcter universal i gratuït i s'ha de considerar també la proximitat dels recursos al xiquet o a la xiqueta i a la seua família, per tal de respectar, en la mesura del possible, el ritme quotidià, possibilitar la qualitat de vida del xiquet o de la xiqueta i la seua família, així com la integració en el seu entorn natural.

Per a garantir l'atenció i el seguiment de qualitat, hauran de complir-se els terminis següents:

- Des de derivació a CAT a recepció per CATs: 1 setmana.
- Des de la data de recepció en el CAT fins a l'emissió de l'"Informe d'avaluació inicial" al servei sanitari sol·licitant de valoració i intervenció: 1 mes.

6.- Equip d'Atenció Primerenca

L'equip bàsic tant en els CENTRES com en les UNITATS d'Atenció Primerenca tindrà caràcter interdisciplinari, i estarà constituït per professionals amb especialització en el desenvolupament infantil i atenció primerenca, format almenys per:

- Psicòleg/psicòloga* (format en atenció primerenca i desenvolupament infantil)
- Logopeda
- Fisioterapeuta
- Tècnica en atenció primerenca i desenvolupament infantil

A més, les diferents àrees d'atenció requeriran d'altres perfils professionals especialitzats, com ara treballador/a social, etc.

7.- Protocol d'actuació

Per a cadascuna de les fases de la intervenció (d'acolliment, entrevista estructurada, anamnesi, qüestionaris, programacions, informes tècnics, alta i derivació) s'establiran protocols seguint els estàndards de qualitat i manual de bones pràctiques.

8.- Informe d'alta

Una vegada finalitzada l'atenció per part de l'equip d'atenció primerenca o si el xiquet o la xiqueta és remès a un equip d'altre (equip psicopedagògic escolar, un altre centre d'atenció primerenca, etc.) es realitzarà un informe d'alta.

(*) Pedagog/a. En alguns centres depenents de Benestar Social, la figura es pedagog o pedagoga format en atenció primerenca i desenvolupament infantil.

ANNEX 10. SOL·LICITUD D'INTERCONSULTA/DERIVACIÓ DEL PROFESSIONAL SANITARI A CAT/UAT

		SOL·LICITUD DE INTERCONSULTA/DERIVACIÓ DE PEDIATRIA A CAT'S COMUNITAT VALENCIANA SOLICITUD DE INTERCONSULTA/DERIVACIÓN DE PEDIATRÍA A CAT'S COMUNITAT VALENCIANA	
A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
CENTRE DE SALUT/HOSPITAL / CENTRO DE SALUD/HOSPITAL		TELÈFON / TELÉFONO	FAX
REMÈS PER / REMITIDO POR		ESPECIALITAT / ESPECIALIDAD	
SOL·LICITUD / SOLICITUD			
DATA / FECHA	MOTIU DE LA PREFERÈNCIA / MOTIVO DE LA PREFERENCIA		
☐ ORDINÀRIA ☐ ORDINARIA ☐ PREFERENT ☐ PREFERENTE			
B DADES DEL XIQUET O DE LA XIQUETA / DATOS DEL NIÑO O DE LA NIÑA			
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS		SIP	FN
PERSONA DE CONTACTE / PERSONA DE CONTACTO		TELÈFONS / TELÉFONOS	
EMAIL			
C ANTECEDENTS / ANTECEDENTES			
EDAT GESTACIONAL / EDAD GESTACIONAL	PES AL NADAMENT / PESO AL NACIMIENTO	APGAR 1': 5':	
PATOLOGIA PERINATAL / PATOLOGÍA PERINATAL			
ALTRES DADES D'INTERÈS / OTROS DATOS DE INTERÉS			
D MOTIU DE SOL·LICITUD (marqueu tots els motius que corresponguen, no són excloents) / MOTIVO DE SOLICITUD (marcar todos los motivos que correspondan, no son excluyentes)			
☐ Risc biològic: / Riesgo biológico: ☐ Prenatal ☐ Perinatal ☐ Postnatal			
☐ Trastorn del desenvolupament motor / Trastorno del desarrollo motor			
☐ Trastorns sensorials (visual, auditiu) / Trastornos sensoriales (visual, auditivo)			
☐ Trastorn psicomotor / Trastorno psicomotor			
☐ Trastorns en el desenvolupament cognitiu / Trastornos en el desarrollo cognitivo			
☐ Trastorns en el desenvolupament del llenguatge / Trastornos en el desarrollo del lenguaje			
☐ Trastorns de l'expressió somàtica / Trastornos de la expresión somática			
☐ Trastorns emocionals / Trastornos emocionales			
☐ Trastorns de la conducta / Trastornos de la conducta			
☐ Alteració en la relació i comunicació / Alteración en la relación y comunicación			
☐ Risc sociofamiliar / Riesgo sociofamiliar			
☐ Uns altres: retard evolutiu per a aquells retards que no compleixen criteris de diagnòstics anteriors. Otros: retraso evolutivo para aquellos retrasos que no cumplen criterios de diagnósticos anteriores.			

09/06/16

DA - 19376 - 01 - E DIN - A4

ANNEX 11: SOL·LICITUD D'INTERCONSULTA/DERIVACIÓ DEL PROFESSIONAL SANITARI A
CDIAT (finançat per la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives)

 GENERALITAT VALENCIANA	SOL·LICITUD D'ASIGNACIÓ DE PLACA A CENTRE D'ATENCIÓ PRIMERENÇA SOLICITUD DE ASIGNACIÓN DE PLAZA A CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA	
A DADES DEL SOL·LICITANT DATOS DEL SOLICITANTE		
DADES DEL XIQUETJA / DATOS DEL NIÑO/A		
COGNOMS / APELLIDOS: _____ NOM / NOMBRE: _____ EP: _____ DNI: _____ DATA DE NÀSSEMENT / FECHA DE NACIMIENTO: _____		
DADES DEL TUTOR O REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL		
COGNOMS / APELLIDOS: _____ NOM / NOMBRE: _____ DNI: _____ TELÈFON / TELÉFONO: _____ ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO: _____ DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMER 1 PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA): _____ LOCALITAT / LOCALIDAD: _____ PROVÍNCIA / PROVINCIA: _____ CP: _____		
B DADES DEL REMITENT DATOS DEL REMITENTE		
CENTRE ORIGINARI / CENTRO ORIGINANTE: _____ COGNOMS / APELLIDOS: _____ NOM / NOMBRE: _____ ESPECIALITAT / ESPECIALIDAD: _____ ADREÇA DEL CENTRE / DIRECCIÓN DEL CENTRO: _____ LOCALITAT / LOCALIDAD: _____ PROVÍNCIA / PROVINCIA: _____ ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÈFON / TELÉFONO: _____ FAX: _____		
C MOTIU DE LA SOL·LICITUD: MOTIVO DE LA SOLICITUD:		
Motiu de la sol·licitud (marcar tots els motius que corresponguen, no són excloents): Motivo de la solicitud (marcar todos los motivos que correspondan, no son excluyentes): ☐ Risc biològic: Riesgo biológico: ☐ Prenatal ☐ Perinatal ☐ Postnatal ☐ Trastorn del desenvolupament extor ☐ Trastorn del desenvolupament motor ☐ Trastorn sensorial (visual, auditiu) ☐ Trastorn sensorial (visual, auditiu) ☐ Trastorn psicomotor ☐ Trastorn en el desenvolupament cognitiu ☐ Trastorn en el desenvolupament cognitiu ☐ Trastorn en el desenvolupament del llenguatge ☐ Trastorn en el desenvolupament del llenguatge ☐ Trastorn de l'expressió oral ☐ Trastorn de la expressió escrita ☐ Trastorn emocional ☐ Trastorn emocional ☐ Trastorn de la conducta ☐ Trastorn de la conducta ☐ Alteració en la relació i comunicació ☐ Alteració en la relació i comunicació ☐ Risc social familiar ☐ Risco social-familiar ☐ Altres: Otros: _____		
D CENTRES SELECCIONATS (PER ORDRE DE PREFERÈNCIA) CENTROS SELECCIONADOS (POR ORDEN DE PREFERENCIA)		
CENTRE 1 / CENTRO 1 NOM DE CENTRE / NOMBRE DE CENTRO: _____ Motiu de l'elecció: / Motivo de la elección: _____ ☐ Per tipologia ☐ Per tipologia ☐ Per localització ☐ Per localización	CENTRE 2 / CENTRO 2 NOM DE CENTRE / NOMBRE DE CENTRO: _____ Motiu de l'elecció: / Motivo de la elección: _____ ☐ Per tipologia ☐ Per tipologia ☐ Per localització ☐ Per localización	CENTRE 3 / CENTRO 3 NOM DE CENTRE / NOMBRE DE CENTRO: _____ Motiu de l'elecció: / Motivo de la elección: _____ ☐ Per tipologia ☐ Per tipologia ☐ Per localització ☐ Per localización
INDEPENDENT: _____ INDEPENDIENTE: _____ OBSERVACIONS: _____ OBSERVACIONES: _____		
_____ d _____ de _____ Signatura del sol·licitant (tutor o representant legal) Signatura del remitent Firma del solicitante (tutor o representante legal) Firma del remitente		
_____ _____		
Les dades de candidat personal que s'ha de fer pugen en un lloc per al seu treballador per este òrgan administratiu, així a l'òrgan responsable del lloc, en fons de les funcions pròpies que té atribuïdes i en fons de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'accedir a aquests dades, mitjançant l'aportació, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 3 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/1999). Los datos de carácter personal que se han de hacer pugen en un lugar para el trabajador por este órgano administrativo, como el titular responsable del puesto, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de acceder los datos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 3 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/1999).		
DIRECCIÓ TERRITORIAL D'IGUALTAT I POLÍTQUES INCLUSIVES DE DIRECCIÓN TERRITORIAL DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS DE SECCIÓ DE PERSONES AMB DISCAPACITAT SECCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD		

ANNEX 12. INDICADORS D'AVUACIÓ

ATENCIÓ PRIMÀRIA (PEDIÀTRIA)	HISTÒRIA CLÍNICA (COMUNA A TOTES LES EDATS)*	Història detallada de tots els signes que preocupen els progenitors
		Història prenatal, gestació, perinatal i del desenvolupament
		Embarassos i avortaments previs, fertilització <i>in vitro</i>
		Malalties durant la gestació i infeccions prenatales (CMV, toxoplasmosi i rubèola)
		Medicació durant la gestació
		Hàbits tòxics
		Duració de la gestació, part i possibles complicacions
		Nounat: pes, longitud i perímetre cranial. Puntuacions APGAR
		Desenvolupament neonatal, dificultats en alimentació, hipotonia, convulsions
		Desenvolupament psicomotor i del llenguatge
		Antecedents mèdics personals (problemes de salut fins al moment)
		Hospitalització, intervencions quirúrgiques, traumatismes
		Malalties prèvies o de base que indiquen que és necessari fer exploracions complementàries
		Específicament, preguntar per la possibilitat de crisis epilèptiques
		Al·lèrgies i altres trastorns autoimmunes
		Preguntar sobre dietes restrictives, ja que molts xiquets i xiquetes tenen un repertori alimentari molt reduït o siguen dietes que restringeixen alguns nutrients
		Tractaments farmacològics fins al moment, inclosos els indicats des de medicines alternatives
		Explorar atentament les possibles regressions del desenvolupament
		Antecedents familiars (especialment: TEA, dificultats del llenguatge i la comunicació, altres trastorns del desenvolupament, discapacitat intel·lectual, psicosis, trastorns afectius o d'ansietat)
	EXPLORACIÓ FÍSICA I DEL DESENVOLUPAMENT	Avaluació mèdica: és necessari assegurar que el xiquet s'haja sotmés a una exploració mèdica. Aquesta avaluació ha d'incloure:
		- Exploració visual i auditiva
		- Alçada, peso, circumferència cranial
		- Obtenció d'informació d'hàbits de son, alimentació, control d'esfínters, alteracions gastrointestinals i possibles convulsions.
		- Exploració del desenvolupament cognitiu, motor i del llenguatge: és important valorar el temperament i les habilitats socioemocionals des de la primera infància: participació en jocs típics del nounat ("aquest és el pare..."; "joc del cucú"), contacte visual (durant

		alimentació i joc), atenció conjunta, salutacions, actuació en esdeveniments significatius com ara aniversaris, anomalies sensorials (hipersensibilitat al so, la llum)
--	--	---

NEUROPEDIATRIA	HISTÒRIA CLÍNICA*	Antecedents personals	
		Problemes perinatals	
		Antecedents familiars	
	EXAMEN CLÍNIC I NEUROLÒGIC	Perímetre cefàlic i velocitat de creixement, pes i talla	
		Trets dismòrfics i cutanis	
		Exploració neurològica: to, força, reflexos,	
		Desenvolupament psicomotor, llenguatge i conducta	
		Estereotípies	
	PROVES COMPLEMENTÀRIES	Rutinàries:	Examen rutinari de sang EEG i genètica
			Descartar problemes auditius: otoemissions i potencials evocats auditius troncocefàlics
			Descartar problemes visuals: fons d'ull
			Estudi genètic en cas de retard mental associat, fenotip constitucional suggeridor o davant de la sospita de síndrome específica (Rett, X-fràgil, síndrome d'Angelman...)
			Estudi genètic i G bioxips (<i>array</i>) en cas de TEA sindròmic
			Estudi metabòlic: davant de troballes físiques o història familiar de retard mental (estudi sèric)
		Opcionals (en cas de patologia específica associada)	Estudi EEG de son o després de privació d'aquest si se sospita d'epilèpsia o activitat epileptiforme, en casos de regressió social o comunicativa
			Ressonància magnètica nuclear en casos de dismorfies, convulsions, història familiar de problemes neurològics o de desenvolupament, síndromes específiques identificades o anomalies en l'examen neurològic
		Exploracions considerades sols en investigació o després d'indicació personalitzada per troballes o sospites clíniques	Proves d'avaluació neurofisiològica: electroencefalograma i cartografia cerebral, polisomnograma nocturn, monitorització vídeo-EEG, potencials evocats somestèsics (SEP), potencials evocats cognitius, registres de magnetoencefalografia, neuroimatge i proves metabòliques
			Proves de neuroimatge estructural i funcional: ressonància magnètica amb espectroscòpia, ressonància

		que les justifiquen	magnètica funcional, tomografia per emissió de positrons, tècnica MSI (fusió de RM estructural i MEG)
--	--	---------------------	---

ATENCIÓ PRIMERENCA	Menors de 18 mesos	1. Entrevista a la família per a obtenir l'Anamnesi completa amb antecedents familiars, aspectes rellevants del període prenatal, perinatal i postnatal, desenvolupament observat pels pares fins al moment...,
		2. Avaluació amb l'escaló de l'escala de desenvolupament Brunet-Lèzine revisada que proporciona edat i
		3. Plantejament dels primers objectius a treballar en la unitat amb pautes als pares per a optimitzar el desenvolupament a casa
		4. Avaluacions contínues per a modificar els objectius a treballar segons l'evolució, cosa que contribuirà a aclarir el diagnòstic posterior
	Majors de 18 mesos	1. Entrevista a la família per a obtenir l'anamnesi complet. A més, en aquesta primera entrevista s'ompliran els primers qüestionaris de cribratge (<i>screening</i>) més específics: - Qüestionari CSBS-DP del nounat i xiquet xicotet per a xiquets de 16-24 mesos (Wetherby i Prizant, 1993) Si els xiquets i xiquetes acudeixen a l'escola infantil, s'oferirà algun qüestionari per a obtenir informació per part de l'educadora i/o psicòloga: qüestionari d'interacció social, escala d'observació de la comunicació en Educació Infantil (adaptació de les escales McShane (1980), Donellan i altres (1984)
		2. Valoració del desenvolupament psicomotor: - Observació del joc - Avaluació amb l'escala de desenvolupament, a determinar segons l'edat: Brunet-Lèzine revisada, escala Merrill-Palmer-R, escala McCarthy, escala Bayley III, altres - Avaluació amb escales adaptatives: ABAS-II - Avaluació de les funcions executives: BRIEF-P

		- Visionat de vídeos aportats per la família en els quals s'observaran moments d'interacció i joc a casa
		3. Valoració de l'àrea de comunicació i llenguatge: - Protocol de comunicació preverbal (adap. C. Kierman i B. Reid 1987) - Avaluació de la comunicació ECO - Inventari de desenvolupament comunicatiu MacArthur - Test de vocabulari Peabody - Escala de desenvolupament del llenguatge Reynell III En funció del nivell de desenvolupament lingüístic es podran aplicar unes altres proves estandarditzades (PLON, ITPA...)

EDUCATIU	CONCEPTE	L'avaluació psicopedagògica és el procés sistemàtic, planificat i rigorós mitjançant el qual el personal dels serveis especialitzats en orientació, que actua de manera col·laboradora amb el professorat, realitza accions de recollida i anàlisi d'informació que permet emetre una valoració i prendre decisions per a la millora de l'aprenentatge de l'alumnat. És un procés global i complex que identifica i valora les necessitats de forma precisa, promou el desenvolupament personal, escolar i social, i orienta el professorat i la família en la labor educativa.
	PROFESSIONALS	L'avaluació psicopedagògica és competència del personal dels serveis especialitzats en orientació: professorat d'Ensenyament Secundari de l'especialitat d'Orientació Educativa en els serveis psicopedagògics escolars, en els departaments d'orientació o equivalents, en els gabinets psicopedagògics escolars autoritzats o per aquell que tinga atribuïdes les seues funcions d'acord amb la normativa vigent. A partir d'ara orientador o orientadora. L'avaluació psicopedagògica és un procés compartit i col·laborador de l'orientador o l'orientadora amb el professorat, les famílies i la mateixa alumna o alumne.
	OBJECTIUS	L'avaluació psicopedagògica serveix de base per a la presa de decisions sobre diferents situacions de l'alumnat amb necessitats específiques de suport educatiu, com també sobre l'organització de l'entorn educatiu i els recursos de suport necessaris. L'avaluació psicopedagògica comporta la identificació dels factors d'accés, participació, i aprenentatge així com la seua interacció amb el context escolar, familiar i social que afavoreixen o dificulten l'aprenentatge de l'alumnat i, per tant, és clau per a la identificació de les necessitats

		educatives.
	ACTUACIONS	1. Detecció i inici del procediment a) El procés d'avaluació psicopedagògica parteix del moment en què en l'àmbit escolar o en l'àmbit familiar s'observen dificultats d'accés, participació o aprenentatge del currículum en una alumna o en un alumne. b) A partir d'aquesta detecció el tutor o la tutora sol·licita una avaluació psicopedagògica per a la identificació de necessitats específiques de suport educatiu i ho comunica a la família. La sol·licitud inclou una descripció del motiu pel qual se sol·licita l'avaluació psicopedagògica i de les actuacions rebudes anteriorment per l'alumna o l'alumne, de les mesures i els recursos, així com una altra informació rellevant de l'entorn escolar, familiar, social i altres àmbits, si és el cas. El professorat aporta el nivell de competència curricular de l'alumnat, informació necessària per al procés d'avaluació psicopedagògica. En el cas que la detecció es produïska en l'àmbit familiar, els pares o representants legals informen el tutor o la tutora de les dificultats observades perquè s'iniciï el procés d'avaluació. c) L'orientador o l'orientadora, a la vista de la sol·licitud, valora si la necessitat educativa que presenta, d'acord amb el que estableix el capítol I del títol II de la Llei orgànica 2/2006, de 3 de maig, d'educació, no requereix una atenció educativa diferent de l'ordinària perquè pugui aconseguir el màxim desenvolupament possible de les seues capacitats personals i pot ser atesa mitjançant mesures ordinàries d'atenció a la diversitat, ajustant les que ja rep o introduint-ne unes altres de noves. Si entén que és millor aplicar aquestes mesures ordinàries i no introduir-ne altres extraordinàries podrà decidir que no és procedent realitzar l'avaluació psicopedagògica per a la identificació de necessitats específiques de suport educatiu. En aqueix cas indicarà el motiu de no realització. 2. Audiència prèvia a la família a) Després de la valoració de la sol·licitud per part de l'orientador o l'orientadora, en sessió conjunta amb el tutor o tutora, mitjançant convocatòria oficial i en tràmit d'audiència, es reuneix amb els progenitors o representants legals de l'alumna o de l'alumne, al quals informa de les dificultats detectades, necessitat identificar les barreres que en dificulten l'accés, la participació o l'aprenentatge, les mesures i recursos dotats amb anterioritat i els proposa, si és el cas, la conveniència de realitzar una avaluació psicopedagògica. b) Els progenitors o representants legals, coneixedors de la informació aportada en la reunió, manifesten la seua conformitat i, si és el cas, els motius de discrepància. La família rep una còpia de l'acta corresponent. En la decisió de realitzar l'avaluació psicopedagògica, es tindrà en compte la seua opinió, sempre que no es vulnere l'exercici de les potestats que té conferides la funció docent i orientadora per a garantir el dret fonamental a

		l'educació. 3. Informe psicopedagògic a) L'orientador o l'orientadora realitza la corresponent avaluació psicopedagògica per a recollir informació rellevant amb la finalitat d'identificar i valorar les necessitats educatives de l'alumne o alumna. b) Tota la informació obtinguda durant el procés de l'avaluació psicopedagògica queda recollida en el seu expedient psicopedagògic. Aquesta informació és d'ús exclusiu dels serveis especialitzats d'orientació i pot ser compartit entre el personal professional que autoritza la família. c) Una vegada realitzada l'avaluació psicopedagògica, l'orientador o l'orientadora procedirà a realitzar l'informe psicopedagògic. 4. Audiència posterior a la família. a) Realitzada l'avaluació psicopedagògica i elaborat el corresponent informe psicopedagògic, el tutor o la tutora mitjançant convocatòria oficial i en tràmit d'audiència, en sessió conjunta amb l'orientador o l'orientadora, es reuneix amb els progenitors o representants legals de l'alumna o de l'alumne, en què els informa del resultat de l'avaluació, així com de les mesures proposades en l'informe psicopedagògic, la proposta per al pla d'actuació si és procedent, així com les possibles conseqüències en el seu aprenentatge. b) Els progenitors o representants legals, coneixedors de la informació aportada, accepten o no l'aplicació de les mesures i recursos proposats per al seu fill o la seua filla, i es comprometen a col·laborar en la seua aplicació. En el cas que no accepten l'aplicació de les mesures i recursos proposats per a l'alumna o l'alumne, cal ajustar-se al que disposa la normativa vigent en matèria de protecció de la infància i de l'adolescència. 5. Seguiment a) És responsabilitat del tutor o de la tutora, el seguiment de la resposta educativa prevista en el corresponent pla de l'actuació. 6. Revisió Es realitza un nou procés d'avaluació psicopedagògica amb l'informe corresponent en el cas que s'haja produït una alteració substancial en les condicions d'accés, participació i aprenentatge en l'alumne o alumna.
	FINALITAT	L'avaluació psicopedagògica, amb el corresponent informe, és requisit previ per a l'aplicació de les mesures extraordinàries com: 1. Adaptació curricular individual significativa per a alumnat amb necessitats educatives especials (Educació Primària i Educació Secundària Obligatòria) 2. Accés a un programa de millora de l'aprenentatge i del rendiment per a alumnat amb necessitats específiques de suport educatiu (Educació Secundària Obligatòria) 3. Accés a un programa de Formació Professional Bàsica (Educació Secundària Obligatòria) 4. Pròrroga de permanència d'un any més en l'etapa per a alumnat amb necessitats educatives especials (Educació Infantil) 5. Prolongació de l'escolarització d'un any més en l'etapa per a alumnat amb necessitats educatives especials (Educació Primària i Educació

		Secundària Obligatoria) 6. Flexibilització de l'escolarització per a alumnat amb altes capacitats (Educació Primària i Educació Secundària Obligatoria) 7. Accés al currículum que requereix recursos personals de caràcter extraordinari per a alumnat amb necessitats específiques de suport educatiu 8. Accés al currículum que requereix recursos organitzatius de caràcter extraordinari per a alumnat amb necessitats específiques de suport educatiu 9. Accés al currículum que requereix recursos materials de caràcter extraordinari per a alumnat amb necessitats específiques de suport educatiu 10. Programa reforç de 4t (PR4); programa millora aprenentatge (PMA) i programa millora aprenentatge rendiment (PMAR) 11. Altres que reglamentàriament es determinen.
	INSTRUMENTS	L'orientador o l'orientadora utilitza els instruments i tècniques pròpies de la seua especialitat per a efectuar l'avaluació psicopedagògica. A títol orientatiu, els instruments i tècniques com poden ser: Documentació acreditada de l'alumne o alumna referida a la història escolar, familiar i social i altres àmbits. Protocols que indiquen la seua competència curricular i el grau d'adquisició en les competències clau. Observació sistemàtica, mitjançant escales d'observació, llistes, etc. Entrevistes i qüestionaris a l'alumna o l'alumne, la família, el professorat i un altre personal que es considere rellevant. Material psicopedagògic adequat. 3. L'orientador o l'orientadora, inicia el procés de l'avaluació psicopedagògica amb la recollida d'informació mitjançant l'aplicació dels instruments i tècniques específiques, realitza el corresponent anàlisi, i s'identifica, si és el cas, quines són les necessitats educatives de l'alumnat, si tenen la consideració de necessitats específiques de suport educatiu i el seu nivell d'incidència en l'accés, la participació o l'aprenentatge del currículum. L'orientador o l'orientadora, per a completar les dades necessàries del procés podrà remetre a altres serveis no educatius una sol·licitud de col·laboració.

ANNEX 13. TIPUS D'AVUACIÓ

CENTRADA EN EL XIQUET O XIQUETA

DESENVOLUPAMENT DE LES ÀREES ESPECIALMENT AFECTADES EN ELS TEA, INTERACCIÓ SOCIAL I MENTALISME	- Ús espontani de la mirada.
	- Manteniment espontani de la proximitat.
	- Imitació social.
	- Presa de torns.
	- Iniciativa social.
	- Expressió i comprensió d'emocions.
	- Desenvolupament del jo.
	- Capacitat per a captar, comprendre i interpretar les claus socioemocionals.
	- Capacitat per a comprendre el punt de vista i les intencions dels altres o comunicació i llenguatge. Es realitzarà a través de l'observació en situacions naturals o estructurades o amb instruments específics.
	- Comprensió de la comunicació senzilla. Llenguatge receptiu: comprensió dels diferents modes de comunicació, de les intencions comunicatives, del llenguatge no literal.
	- Estratègies instrumentals i reguladores, per a satisfer les seues necessitats i regular la conducta dels altres. Llenguatge expressiu: intenció comunicativa, funcions comunicatives.
	- Estratègies d'interacció social.
	- Estratègies d'atenció conjunta.
ESTRATÈGIES RITUALS I IMAGINATIVES, DESTINADES A L'EXPRESSIÓ DE NORMES DE CONDUCTA I A RECREAR LA REALITAT	- Llenguatge: formal, fonologia, morfologia. etc.
	- Joc simbòlic/de pretensió. Es valorarà mitjançant entrevistes estructurades, qüestionaris i observació semiestructurada (joc lliure):
	- Manipulatiu/exploratori.
	- Organitzatiu.
	- Estructurat/constructiu.
	- Jocs de causa i efectes/mitjans-fi.
	- Joc Interactiu.
	- Joc de simulació-funcional.
	- Joc de simulació-simbòlic.
	- Joc de simulació-fantasia.

	- Joc de simulació-social.
	- Joc cooperatiu.
	Flexibilitat i autoregulació. Es valorarà mitjançant l'observació en diferents situacions i l'entrevista als progenitors i/o persones cuidadores:
	- Interessos funcionals i flexibles. - Capacitat d'anticipació. - Acceptació dels canvis.
	• Desenvolupament d'habilitats adaptatives adequades a la seua edat: mitjançant entrevista als progenitors:
	o Alimentació.
	o Control d'esfínters.
	o Vestir-se. o Fer-se la toaleta.
	• Desenvolupament motor, mitjançant l'observació, informació dels progenitors, l'examen motor instruments:
	o Motricitat fina i global.
	o To muscular: hipotonia, espasticitat.
	o Apràxies.
ALTERACIONS CONDUCTUALS I PSICOPATOLOGIA ASSOCIADA	Secundaris a la condició de TEA: més freqüent en cas de xiquets, xiquetes i adolescents d'alt funcionament, que són conscients de les seues dificultats en els diferents contextos socials.
	Trastorns que coexisteixen amb un TEA: s'han identificat trastorns psiquiàtrics i alteracions cognitives en alguns xiquets i xiquetes amb TEA. És freqüent que tinga: ansietat, trastorns afectius, trastorn obsessivocompulsiu, trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat, trastorns conductuals, trastorn per tics.

CENTRADA EN LA FAMÍLIA

FACTORS SOCIALS	Tipologia i estructura de la família (monoparental, separació...)
	Nivell socioeconòmic
	A entorn i dinàmica social: equipament i infraestructura, comunicació,
	diversitat de recursos, suports socials i materials (xarxa social)
FACTORS PERSONALS	Habilitats a resoldre problemes

	Estratègies d'enfrontament
	Capacitat d'adaptació
	Antecedents psicopatològics
FACTORS CULTURALS	Creences, costums
	Pertinença i vinculació al medi, rebuig o exclusió social

ANNEX 14. INSTRUMENTS D'AVALUACIÓ (específiques de TEA)

PROVES ESPECÍFIQUES DE TEA	
Aspecte a avaluar	Instruments
Proves de cribratge	MCHAT
	SCQ
	ESCALA AUTÒNOMA
Proves d'avaluació extensa	ADI-R
	CARS
	ADOS
	ACACIA
	IDEA

- **QÜESTIONARI DE COMUNICACIÓ SOCIAL (SCQ):** és un altre instrument de cribratge destinat a avaluar de forma ràpida les capacitats de comunicació i relació social de xiquets i xiquetes que pogueren patir trastorns de l'espectre autista (TEA). Permet recollir símptomes observats pels progenitors o persones cuidadores per a poder decidir adequadament si és convenient remetre'ls a una avaluació més profunda.
- **ADI-R** (AutismDiagnostic Interview-revised): entrevista semiestructurada per als progenitors. Recomanada per a xiquets i xiquetes amb nivell de desenvolupament superior a 18 mesos.
- **ADOS** (AutismDiagnosticObservation Schedule): avaluació observacional semiestructurada, amb quatre mòduls diferenciats segons el nivell del llenguatge del xiquet, xiqueta i edat. S'ha afegit una nova versió per a xiquets i xiquetes sense llenguatge verbal (PL-ADOS) i ADOS 2 que inclou el modul T per a la valoració a partir de 12 mesos.
- **CARS** (ChildhoodAutism Rating Scale): instrument observacional per a xiquets, xiquetes i adults. Recomanat a partir dels 2 anys. Fàcil d'aplicar i té bona sensibilitat per a discriminar les persones amb i sense autisme.
- **ACACIA** Aquesta prova, dissenyada per investigadors espanyols, avalua problemes d'autisme en xiquets i xiquetes a partir de 2 anys. Planteja com un dels objectius principals la presentació de situacions que faciliten estratègies socials bàsiques, com ara les instrumentals o les d'anticipació, que permeten l'observació de categories rellevants en la interacció social. Està dirigida a xiquets i xiquetes amb molt escasses o nul·les competències a nivell de llenguatge expressiu funcional, i amb una edat mental inferior a 36 mesos.
- **IDEA** Dissenyat pel grup d'Angel Rivière, aquest inventari té per objectiu valorar la severitat i profunditat dels trets autistes que té una persona, tant en casos de trastorns de l'espectre autista com d'Asperger.

Està dirigit per a xiquets i xiquetes a partir de 5-6 anys.

- **ESCALA AUTÒNOMA PER A LA DETECCIÓ DE LA SÍNDROME D'ASPERGER I L'AUTISME D'ALT NIVELL DE FUNCIONAMENT.** No és una prova diagnòstica *per se*, però permet contrastar de manera objectiva les sospites d'una possible discapacitat social i decidir quan seria recomanable la consulta d' especialistes en psicologia clínica, psiquiatria i/o trastorns del desenvolupament. Està dirigit a xiquets i xiquetes a partir de sis anys.

ANNEX 15. PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT

PAI (PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT)
DEFINICIÓ. Pla de tractament interdisciplinari amb objectius i tractaments consensuats en la "major evidència possible" coordinats per una persona de la USMIA), i en el qual participen professionals: sanitaris (AP/AE); educatius; socials: família i entorn.
BASAT en: - l'edat i característiques del xiquet o xiqueta - el nivell de funcionament/nivell de gravetat - discapacitats associades - situació familiar - possibilitats de l'entorn
Plasmat en un DOCUMENT en el qual cal especificar: - dades personals - diagnòstic (provisional/definitiu) - resum de l'avaluació: necessitats, punts fort/dèbils, nivell cognitiu i funcional de la conducta, situació familiar, comorbiditat - objectius globals i específics per àrees (menor, família, entorn) i serveis (sanitaris, educatius, socials) - intervencions previstes: tipus, professionals, lloc - procediment de seguiment i avaluació contínua
ACORDAT amb el pare, mare/responsables legals, ja que es considera fonamental la seua PARTICIPACIÓ en el procés

ANNEX 16. ÀREES D'INTERVENCIÓ

EN EL XIQUET O XIQUETA

COMUNICACIÓ	Dissenyant activitats per a desenvolupar aspectes pragmàtics com ara l'atenció conjunta, els gestos protoimperatius i protodeclaratius. S'utilitzaran suports visuals (gestos, pictogrames...) per a donar suport tant aspectes expressius com receptius en la comunicació. Ha de basar-se en diferents estratègies i partir dels interessos del xiquet o xiqueta. Les activitats han de tindre en compte les dificultats de comunicació segon el seu l'entorn.
INTERACCIÓ SOCIAL	Amb activitats per a desenvolupar habilitats socials i d'interacció amb persones adultes i companyes en entorns quotidians amb estratègies específiques. La família, els germans i germanes i altres familiars han de tenir entrenament i ajuda per al desenvolupament d'objectius específics.
SIMBOLITZACIÓ	Activitats per a afavorir l'ús adequat de joguets funcionals, joguets simbòlics senzills, ús simulat d'objectes i joguets.
DESENVOLUPAMENT EMOCIONAL	Facilitar el desenvolupament de la seua identitat que li servisca de base per a la integració dels estímuls interns i externs i la interacció.
FLEXIBILITAT	S'han d'estructurar físicament i temporalment els entorns naturals. Fomentar l'establiment de rutines diàries en entorns naturals. Ús d'agendes visuals. Entrenar l'acceptació dels canvis.
ALTRES ALTERACIONS	Valorar dificultats d'integració sensorial i planificar activitats. Si hi ha problemes de conducta realitzar programes específics de suport conductual positiu. Si hi ha problemes en l'alimentació o el son, cal realitzar un programa específic en cada cas.

EN LA FAMÍLIA

ABANS DEL DIAGNÒSTIC	Els objectius són: mostrar empatia, permetre-li expressar preocupacions ACOLLIR-LOS
IMMEDIATAMENT DESPRÉS DEL DIAGNÒSTIC	Les tasques són avaluar: - L'impacte emocional del diagnòstic i els recursos personals per a afrontar-lo. - La repercussió en les relacions/dinàmica familiar. Els objectius són: AJUDAR-LOS A ACCEPTAR, mantindre l'esperança (amb tractament millorara el seu funcionament i adaptació), donar suport emocional a la família i potenciar factors de protecció i resiliència.

AL LLARG DE LA MALALTIA	L'objectiu és MANTINDRE LA SEUA SALUT MENTAL I LA D'EL SEU NUCLI FAMILIAR - Consultes individuals(progenitors/germans,germanes) per a proporcionar suport psicològic, fomentar el suport mutu, definir els objectius puntuals del tractament, ajudar-los a buscar suports naturals i de serveis. -Teràpia grupal (familiar, multifamiliar, psicoeducatiu, etc.): després de diagnòstic, per a adquirir els coneixements i destreses necessaris per a ser eficaços "coterapeutes", així com en transicions i moments de desajust.
-------------------------	--

EN L'ENTORN SOCIAL

Intervenció sociofamiliar	Activitats d'oci per a població infantil i adolescent amb TEA, i familiars Programes d'acompanyament: programa Canguro Programes RESPIRO
Intervenció comunitària	Intervenció comunitària a través de xarxes socials Associacions de persones afectades i familiars Grups d'ajuda mútua Actuacions i recursos que propicien la inclusió
Informació i gestió sobre prestacions i recursos públics i/o privats	Ajudes i subvencions per a l'Atenció Primerenca Assessorament per a tramitació grau discapacitat i/o dependència Prestacions de menjador, transport... Prestacions derivats de l'aplicació del grau de dependència

ANNEX 17. ACTUACIONS EN L'ÀMBIT EDUCATIU

1. En centre ordinari i aula ordinària

L'alumne o l'alumna amb trastorn de l'espectre de l'autisme, sempre que així es considere en funció de les seues necessitats, ha de ser escolaritzat en un centre ordinari i en una aula ordinària. No obstant això, per les seues característiques específiques pot necessitar, per a completar o adaptar la seua educació, altres recursos personals, metodològics, material, etc.

El professorat especialista, tant de pedagogia terapèutica com d'audició i llenguatge, és el responsable d'atendre l'alumnat que presenta necessitats educatives especials entre les quals s'inclouen els xiquets, xiquetes i adolescents amb trastorn de l'espectre de l'autisme. A més, en funció de les seues característiques, aquesta atenció es pot veure reforçada amb el suport d'un educador o educadora d'Educació Especial.

Respecte a l'atenció de l'alumnat amb trastorn de l'espectre de l'autisme que cursen Educació Secundària, s'especificarà, en el seu pla d'actuació, els principis organitzatius, l'estructuració dels elements curriculars, la metodologia i les mesures de suport educatiu que es necessiten.

Tots els centres ordinaris disposen en les seues plantilles de professorat especialista, no obstant això, la normativa educativa disposa que aquests recursos es revisen en cada curs escolar, amb la finalitat d'ajustar-los a les necessitats que puga presentar l'alumnat.

2. En centre ordinari amb unitat específica

Quan l'escolarització en una aula ordinària amb els recursos complementaris necessaris siga insuficient per a atendre un alumne o alumna que requereix una resposta més individualitzada, es pot optar per escolaritzar-lo en una unitat específica dins del centre ordinari.

Les unitats específiques constitueixen un recurs dirigit a l'atenció especialitzada, en un context d'inclusió, de l'alumnat amb trastorn de l'espectre de l'autisme o altres trastorns anàlegs amb afectació greu de la comunicació i la interacció social. Aquestes unitats es conceben com una aula de recursos oberta al centre i a la comunitat, on es presta un tipus d'atenció diferenciada, individualitzada i amb una supervisió i ajuda freqüents en les tasques que realitza.

A més, per a garantir una millor atenció de l'alumne amb trastorn de l'espectre de l'autisme es van crear en centres ordinaris unes aules especialitzades, anomenades unitats específiques de comunicació i llenguatge (aules CiL) regulades normativament.

L'existència d'unitats específiques en centres ordinaris ha d'afavorir la inclusió en el major grau

possible, per la qual cosa totes l'alumnat tindrà un grup de referència, normalment per edat, per a realitzar les distintes activitats escolars i extraescolars.

Aquestes unitats seran ateses, normalment, pels especialistes següents: un mestre o mestra de l'especialitat de Pedagogia Terapèutica, un mestre o mestra de l'especialitat d'Audició i Llenguatge i educador d'Educació Especial. És fonamental que el professorat siga seleccionat entre aquell que dispose d'una formació específica i experiència en l'atenció a l'alumnat amb trastorn de l'espectre de l'autisme.

Les adaptacions curriculars individuals que siguen necessari realitzar per a aquests alumnes o alumnes, es derivaran del currículum ordinari, i es prioritzarà l'adquisició de competències en els àmbits més afectats: comunicació, interacció social, regulació emocional, simbolització i autonomia en la vida quotidiana.

3. Centres d'educació especial

Si el grau d'afectació de l'alumne o alumna és greu i no pot estar escolaritzat en una unitat específica dins del centre ordinari, haurà de ser escolaritzat en un centre d'educació especial.

L'escolarització de l'alumnat en centres d'educació especial només es durà a terme quan les seues necessitats no puguin ser ateses en el marc de les mesures d'atenció a la diversitat dels centres ordinaris, i haurà d'estar determinada mitjançant el corresponent dictamen d'escolarització i la resolució del director o directora territorial d'educació.

En aquests centres l'alumnat podrà romandre escolaritzat fins a l'any natural en què complisca els vint-i-un anys. En aquests centres, el treball es programa per àrees d'intervenció preferent entre les quals destaquem: autonomia personal-llar; academicofuncional; comunicació i llenguatge; motriu, habilitats socials..., a partir dels setze anys podran incorporar-se als programes per a la transició a la vida adulta (TVA).

4. Informe psicopedagògic i dictamen d'escolarització

INFORME PSICOPEDAGÒGIC

Els elements fonamentals d'aquest informe són:

- A. Informació disponible: informe mèdic, informes psicopedagògics anteriors, aspectes escolars o acadèmics i aspectes sociofamiliars.
- B. Recursos i fonts utilitzats en l'avaluació psicopedagògica (indicats anteriorment).
- C. Valoració funcional de les dades obtingudes en l'avaluació psicopedagògica.

D. Identificació de necessitats educatives.

E. Conclusions.

F. Proposta del pla d'actuació. Aquesta proposta haurà de contindre, almenys, el nivell de competència curricular a desenvolupar, els recursos metodològics i organitzatius a utilitzar, els recursos humans i professorat de suport a la inclusió, així com actuacions en altres àmbits com el familiar, la temporalització i l'avaluació.

Per a cada mesura educativa hi ha una proposta del pla d'actuació. Per a determinar la modalitat d'escolarització, el pla d'actuació ha d'incloure:

1. El moment d'estudi de l'escolarització: a l'inici de l'escolarització o posterior a aquesta, a fi de determinar la modalitat d'escolarització.
2. La modalitat d'escolarització proposada.
3. Atenció educativa que rebrà l'alumne o l'alumna: mestre d'educació especial: pedagògica terapèutica, mestre d'educació especial: audició i llenguatge, educador d'educació especial i fisioterapeuta.
4. Recursos materials i les orientacions metodològiques necessàries per a desenvolupar el citat pla d'actuació.

Amb l'informe psicopedagògic realitzat s'inicia el procediment d'elaboració del dictamen d'escolarització.

DICTAMEN D'ESCOLARITZACIÓ DELS ALUMNES AMB NECESSITATS EDUCATIVES ESPECIALS

Per a escolaritzar l'alumnat amb necessitats educatives especials greus que necessiten suports i tractaments específics és prescriptiu el dictamen d'escolarització.

El dictamen d'escolarització té com a finalitats: la determinació de les necessitats educatives especials, l'orientació de la resposta educativa, la determinació de la modalitat d'escolarització més adequada i dels suports i tractaments específics.

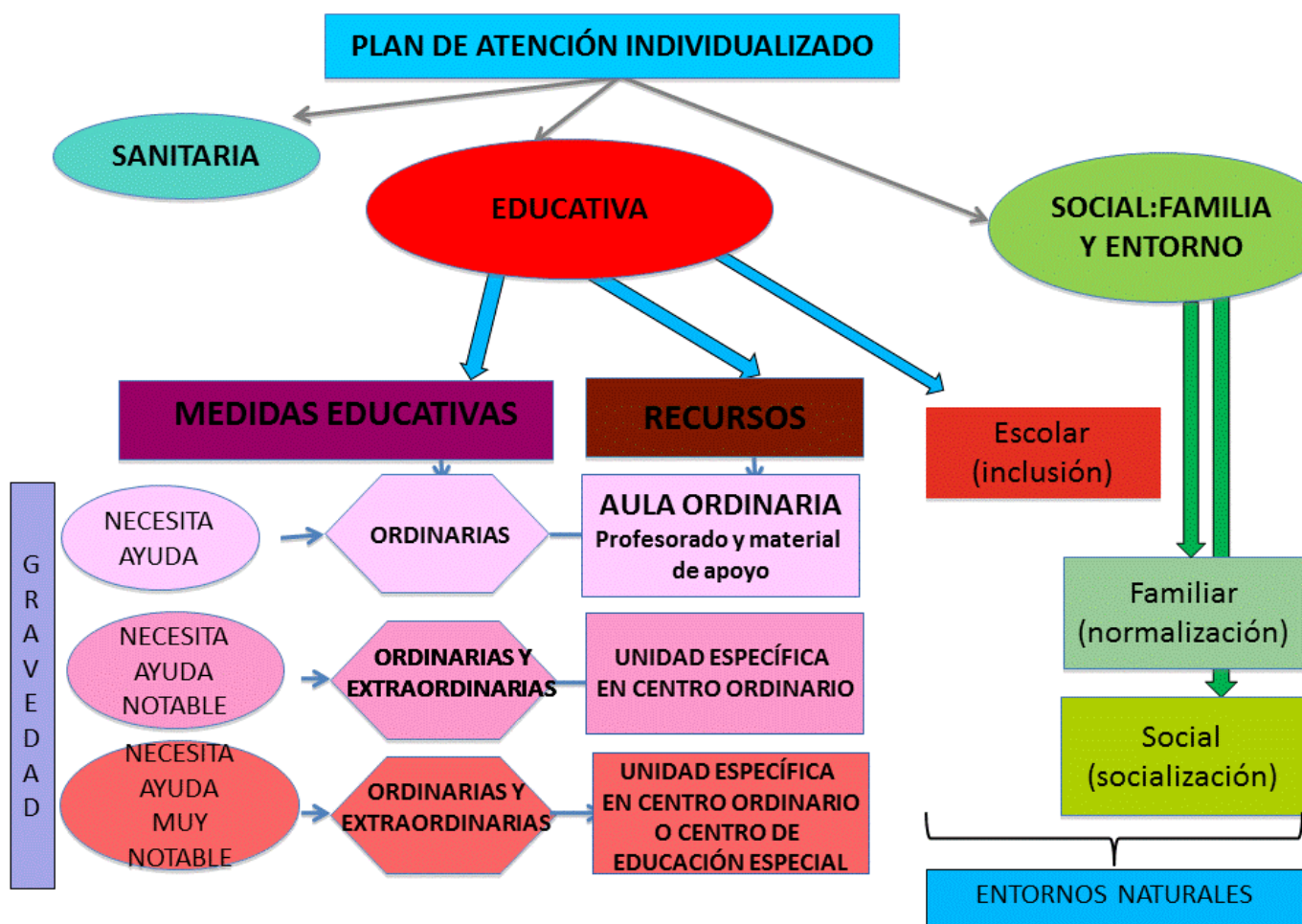
El dictamen d'escolarització ha d'estar subjecte a revisió al llarg del període d'escolarització dels alumnes, de manera que es preveuen les modificacions derivades de l'evolució personal de l'alumne o alumna, de l'oferta educativa i dels serveis existents.

El dictamen per a l'escolarització haurà d'incloure:

1. L'informe psicopedagògic
2. L'informe-proposta d'escolarització, realitzat per la Inspecció d'Educació

Posteriorment, el director territorial d'Educació formularà una resolució d'escolarització que tindrà en compte el dictamen d'escolarització.

El dictamen d'escolarització determinarà l'escolarització de l'alumnat i podrà ser revisat a petició dels progenitors o representants legals, o el centre on està escolaritzat. A més, estos hauran de ser informats i consultats al llarg de tot el procediment: determinació de les necessitats educatives especials, de les opcions d'escolarització, de les adaptacions curriculars i del corresponent dictamen d'escolarització.



ANNEX 18. MODELS D'INTERVENCIÓ

En l'actualitat es considera que hi ha un nombre insuficient d'estudis i una gran variabilitat entre aquests que limiten les recomanacions dels diferents models d'intervenció, però en l'elecció de la intervenció podem tindre en compte:

A) MODELS COGNITIUS

TEACCH	Emfatitza la necessitat d'estructuració per això són elements importants l'organització de l'entorn físic, l'establiment de seqüències d'activitats predecibles i de rutines amb flexibilitat, sistemes estructurats de treball i activitats estructurades visualment. L'evidència actual indica que l'enfocament TEACCH pot conduir a millores en menors de 2 a 10 anys en habilitats motores globals, el funcionament cognitiu. Efectes més variables s'observen en la motricitat fina, la percepció, les habilitats de la vida diària, la imitació i les habilitats socials.
PECS, sistema de comunicació per intercanvi d'imatges	Té com a objectiu principal l'aprenentatge de la comunicació espontània amb l'ajuda d'imatges o símbols. S'utilitza ben sovint amb altres intervencions. Disposem d'una heterogeneïtat en els estudis disponibles els resultats dels quals descriuen respostes moderades quant al llenguatge, es facilita l'adquisició de paraules a curt termini, amb millors resultats en menors de 9 anys i segons les característiques del xiquet i xiqueta i en particular segons la seua capacitat per a l'atenció conjunta.
Capacitació individual i grupal d'habilitats socials (escenaris socials)	Basant-se en històries socials en vinyetes descriptives aquesta intervenció es dirigeix a formes de comportament en la societat, el reconeixement de les emocions en un mateix i els altres, la cognició social (la capacitat d'atribuir estats mentals a un mateix ja altres a entendre i predir les seues reaccions), resolució de problemes i l'autoregulació. Els estudis són molt variables i reporten efectes beneficiosos en les habilitats socials en xiquets i xiquetes majors de 6 anys, aquests efectes, no obstant això, són específics de l'habilitat en qüestió.
Model de Denver (Early Start Denver Model)	Aquesta intervenció està dirigida a menors de 4 anys i es basa en ensenyaments conductuals de manera natural, amb ús d'un currículum basat en totes les àrees del desenvolupament, es tracta de posar el xiquet en situacions socials que li donen l'oportunitat d'imitar comportaments i participar en la comunicació verbal, no verbal i pragmàtica. L'evidència suggereix que la versió del model Early Start Denver té efectes beneficiosos sobre la gravetat dels símptomes, el desenvolupament del llenguatge, la funció cognitiva i les conductes adaptatives en xiquets menuts amb TEA.
SCERTS (comunicació social/regulació emocional/suport transaccional)	És un enfocament multidisciplinari i individualitzat que té com a objectiu desenvolupar la capacitat de comunicació social per a les persones amb TEA, i es prevenen els comportaments problemàtics (per la regulació emocional) que interfereixen amb els aprenentatges i el desenvolupament de les relacions. El model utilitza diverses tècniques, com ara jocs, la comunicació d'imatge, horaris i suports sensorials. Així mateix, promou el suport a les famílies. No tenim suficients resultats d'evidència.
Intervenció conductual: Lovaas, ABA	Aquestes intervencions es dirigeixen als símptomes associats amb l'autisme, en un ambient altament estructurat. Són d'alta intensitat (20 hores per setmana o més) i es realitzen de forma

	individualitzada en l'àmbit familiar, i s'inclou la formació als progenitors per a promoure la generalització dels aprenentatges adquirits. Encara que diversos estudis demostren millores en comunicació, habilitats socials, capacitat d'aprenentatge, la responsabilitat personal, la capacitat de joc i l'autoregulació i comportaments problemàtics en edat preescolar i en edat escolar (fins a 8 anys), és un tractament que no incorpora el coneixement actual sobre les alteracions cognitives i emocionals dels TEA, i es genera un significatiu estrès familiar.
Integració sensorial	Aquesta intervenció es basa en la premissa que les persones amb TEA tracten la informació sensorial de manera diferent de les persones amb desenvolupament típic i que sovint mostren respostes atípiques als estímuls sensorials. Els estudis no permeten cap conclusió sobre la seua eficàcia i alguns experts consideren la seua utilitat com a qüestionable.

B) MODELS AFECTIUS

Model afectiu	Basat en la teoria socioafectiva de Hobson, suggereix que l'absència d'una teoria de la ment en l'autisme és el resultat d'un dèficit emocional primari en la relació interpersonal.
Models psicodinàmics	Actualment els corrents psicoanalítics rebutgen les tesis culpabilitzadores de l'entorn familiar i advoquen per intervencions integrades, l'acció terapèutica es dirigeix als mecanismes que utilitza el xiquet i la xiqueta davant de l'angoixa, des d'aquesta concepció, el treball amb les famílies és fonamental amb l'objectiu de reduir les tensions.
En aquests dos models no hi ha suficients estudis d'evidència. No es preveuen en diferents revisions ni guies.	

C) INTERVENCIONS FAMILIARS

Entrenament intensiu als progenitors per a dominar l'enfocament conductual	Es basa en els principis d'intervenció de la conducta l'objectiu dels quals és facilitar el desenvolupament social i la comunicació en la llar i en contextos naturals. S'inclouen el programa de More than words del centre Han-ne, la intervenció pragmàtica social i els comportaments d'ensenyament pivots. Tenen efectes beneficiosos sobre el llenguatge, les habilitats socials, les interaccions entre progenitors i fills i filles, la gravetat dels símptomes de l'autisme i la conducta adaptativa en menors en edat preescolar..
Tallers de capacitat sobre les interaccions entre progenitors i fills/filles	Es dirigeixen a les interaccions dels xiquets de totes les edats o etapa de desenvolupament amb els seus progenitors o companys i companyes, per a l'adquisició d'habilitats socials, capacitat de comunicació i de joc. S'inclou "la teràpia per a les interaccions pare-fill", el model Floortime, el model i el programa "Triple P" d'entrenament parental positiu. Aquestes intervencions poden conduir a millores en les habilitats socials, problemes de conducta i el funcionament adaptatiu.

ANNEX 19. CONSENTIMENT INFORMAT

CONSENTIMENT INFORMAT PEDIATRIA

Nom complet del xiquet/xiqueta (cognoms i nom) (en lletra d'impremta): -----

Data de naixement del xiquet/xiqueta: -----

Nom del pare/mare/representant legal (1): -----

Relació amb el xiquet/xiqueta: -----

Nom del pare/mare/representant legal (2): -----

Relació amb el xiquet/xiqueta: -----

Si només un pare/mare/representant legal, firma aquest document: -----

Declare que l'altre progenitor està d'acord. Marque la casella adequada: -----

L'altre progenitor està d'acord (pare/mare): -----

No s'aplica. Només hi ha un/una representant legal: -----

ANNEX 20. CONSENTIMENT PROGENITORS PER A LA COORDINACIÓ ENTRE SERVEIS

Estimats pare, mare, tutor/ra o representant legal:

El seu fill/filla serà atès/atesa per aquest servei/departament. Perquè aquesta atenció siga el més completa possible, tant a l'inici com al llarg de la intervenció o el seguiment, pot ser necessari intercanviar alguns aspectes de la informació obtinguda amb professionals que puguin estar implicats en el benestar del seu fill/filla. La fluïdesa d'aquesta comunicació permetrà una atenció integral de les dificultats que puga presentar. Per aquesta raó sol·licitem el seu consentiment per a informar altres professionals de les dades que fan referència al seu fill/filla.

Sr./Sra., amb DNI núm., com a
pare/mare/tutor legal del menor

.....,
autoritze, professional del centre
escolar/USMI/facultatiu de AP
....., a intercanviar informació
sobre el nostre fill/filla
....., d de 201..

Pare/mare/tutor legal (firma)
Professional (firma)

Sr./Sra., amb DNI núm., com a
pare/mare/tutor legal del menor, **revoque** el consentiment per a
intercanviar informació amb altres professionals sobre el nostre fill/filla
.....
....., d de 201..

Pare/mare/tutor legal (firma)
Professional (firma)

No s'aplica. Només hi ha un representant legal:

Les dades recollides seran tractades, amb el seu consentiment informat, en els termes de l'article 5 de la Llei
orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

10. ACRÒNIMS

AP: Atenció Primària

AT: Atenció Primerenca

CAP: Centre d'Atenció Primària

CAT: Centre d'Atenció Primerenca*

CDIAT: Centre de Desenvolupament i Atenció Primerenca*

CIE: classificació internacional de malalties

CIL: comunicació i llenguatge

DO: Departament d'Orientació

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals)*

ESO: Ensenyament Secundari Obligatori

HD: Hospital de dia

NEAE: necessitats específiques de suport educatiu

PAI: Pla d'Atenció Individualitzat

SEAFI: Servei d'Atenció a la Família i Infància

SPE: Servei Psicopedagògic Escolar

SSMM: serveis socials municipals

TEA: trastorn de l'espectre de l'autisme

TVA: transició a la vida adulta

UAT: Unitat d'Atenció Primerenca

USMIA: Unitat de Salut Mental Infantil i Adolescent

*Estos acrònims no s'han traduït degut a l'ús extensiu que es fa d'ells i per tal de no confondre'ls en altres recursos.

11. REFERÈNCIES NORMATIVES

SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

- LLEI 14/86, GENERAL DE SANITAT de 1986. Inclou l'equiparació en drets de la persona amb problemes de salut mental i la inclusió de l'atenció en matèria de salut mental en el sistema general de salut.
- DECRET 148/86, DE 24 DE NOVEMBRE DE 1986, del Consell de la Generalitat Valenciana, pel qual es regula la prestació de serveis en matèria de salut mental a la Comunitat Valenciana.
- LLEI 8/87, DE 4 DE DESEMBRE DE 1987, del Servei Valencià de Salut, per la qual es crea el Servei Valencià de Salut.
- LLEI 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana.
- DECRET 81/1998 DE 4 DE JUNY, del Consell de la Generalitat Valenciana, pel qual es defineixen i s'estructuren els recursos sanitaris dirigits a la salut mental i assistència psiquiàtrica a la Comunitat Valenciana.
- DECRET 57/2012, de 5 d'abril, del Consell, pel qual es crea la Comissió Interdepartamental per a la Coordinació i l'Atenció Integral de les Persones amb Autisme.
- RESOLUCIÓ d'1 de setembre de 2016, de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, i de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, així com l'administració de medicaments i l'existència de farmàcies en centres escolars.
- ESTRATÈGIA AUTONÒMICA DE SALUT MENTAL (2016-2020) de la Comunitat Valenciana.

EDUCACIÓ, INVESTIGACIÓ, CULTURA I ESPORT

- ORDRE d'11 de novembre de 1994, de la Conselleria d'Educació i Ciència, per la qual s'estableix el procediment del dictamen per a l'escolarització dels alumnes amb

necessitats educatives especials.

- ORDRE de 16 de juliol de 2001, per la qual es regula l'atenció educativa a l'alumnat amb necessitats educatives especials escolaritzat en centres d'Educació Infantil (2n cicle) i Educació Primària.
- Ordre de 14 de març de 2005, de la Conselleria de Cultura, Educació i Esport, per la qual es regula l'atenció educativa a l'alumnat amb necessitats educatives especials escolaritzat en centres que imparteixen Educació Secundària
- RESOLUCIÓ d'11 de març de 2016, de la Direcció General de Política Educativa, per la qual es dicten instruccions per a la sol·licitud de recursos personals complementaris d'educació especial per als centres públics que imparteixen Educació Infantil de segon cicle, Educació Primària i Educació Secundària Obligatoria i centres d'Educació Especial per al curs 2016-2017.
- RESOLUCIÓ d'1 de juliol de 2016, de les direccions generals de Política Educativa i de Centres i Personal Docent, per la qual es dicten instruccions per a l'organització i funcionament dels centres d'Educació Especial per al curs 2016-2017
- RESOLUCIÓ de 27 de juliol del 2016, de la Direcció General de Política Educativa, per la qual es dicten instruccions per a l'organització i el funcionament de les unitats específiques de comunicació i llenguatge ubicades en centres públics que imparteixen ensenyaments d'Educació Infantil (2n cicle), Educació Primària i Educació Secundària per al curs 2016-2017.

IGUALTAT I POLÍTIQUES INCLUSIVES

- Llei 5/1997, de 25 de juny, de la Generalitat, per la qual es regula el sistema de serveis socials en l'àmbit de la Comunitat Valenciana.
- Ordre de 21 de setembre de 2001, de la Conselleria de Benestar Social, per la qual es regulen les condicions i els requisits de funcionament dels centres d'Estimulació Precoç, actualment centres d'Atenció Primerenca.
- Llei 11/2003, de 10 d'abril, de la Generalitat, sobre l'Estatut de les Persones amb Discapacitat.
- Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

- Llei 12/2008, de 3 de juliol, de protecció integral de la infància i l'adolescència de la Comunitat Valenciana.
- Resolució de 25 de juliol de 2013, de la Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat, per la qual es publica l'acord del Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència sobre criteris comuns, recomanacions i condicions mínimes dels plans d'atenció integral a menors de tres anys en situació de dependència o en risc de desenvolupar.
- Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seua inclusió social.

12. BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality. *Tratamientos para los niños con trastorno del espectro autista*. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/autism1.cfm
- American Psychiatric Association. *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals*. 5 ed. (DSM-V). Barcelona: Masson; 2014.
- Artigas-Pallarés J, Paula I. *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.32 no.115 Madrid jul./sep. 2012.
- Atwood, T. (2010). *Guía del síndrome de Asperger*. Editorial Paidós.
- Autismo Andalucía, *Las personas con autismo en el ámbito sanitario*, Madrid, 2007.
- Autism Speaks. *Manual para los primeros 100 días*.
- Baron Cohen, S (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Alianza Editorial.
- Baron-Cohen S, Bolton P. *Autismo: una guía para padres*. Madrid: Alianza editorial; 2003.
- Belinchón, M., Sotillo, M. I Hernández, J. (2008). *Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid: Fundació ONCE.
- Bohórquez, D., Alonso Peña, J. R., Canal, R., Martín, M. V., García, P., Guisuraga, Z., Martínez, A., Herráez, M. M. i Herráez, L. (2008). *Un niño con autismo en la familia. Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija*. Salamanca: INICO.
- Booth, T y Ainscow, M. *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva*. FUHEM, marzo, 2015.
- Carbonell, Neus – Ruiz , Iván. *No todo sobre el autismo*. Ed. Gredos. Madrid 2013.
- Caretti E, Alcamí M. "Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista". Rev. *Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: 211-22.
- Comunidad de Madrid. *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la red de Salud Mental*. Salud Madrid, 2008.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). *Libro blanco de la atención temprana*. 2000. Madrid: Reial Patronat sobre Discapacitat. Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.
- Feinstein, A. (2010). *A history of autism*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Frith, Uta, *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Alianza Editorial. (2ª Ed.). (2004).
- Galbe Sánchez-Ventura J, Grupo PrevInfad/PAPPS, "Infancia y adolescencia. Atención

orientada al desarrollo, supervisión del desarrollo psicomotor y cribado de los trastornos del espectro autista". Rev. *Pediatr Aten Primaria* [revista en Internet] 2006 [acces 17 de octubre de 2011]; 8:101-126.

- Generalitat de Catalunya, *Pla d'atenció integral a les persones amb trastorn de l'espectre autista* (TEA), Barcelona, 2012.
- Gnoulati Enrico (2013). Back to Normal: Why Ordinary Childhood Behavior Is Mistaken for ADHD, Bipolar Disorder, and Autism Spectrum Disorder.
- Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministeri de Sanitat i Consum, España. "Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista". REV. *NEUROL* 2005; 41 (4): 237
- Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministeri de Sanitat i Consum, Espanya. "Guía de buena práctica para el diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista". Rev. *Neurol* 2005; 41 (5): 299-310.
- Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministeri de Sanitat i Consum, Espanya. "Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista". REV. *NEUROL* 2006; 43 (7): 425-438.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo de la Comunitat de Madrid; 2009.
- Güemes I, Martín MC, Canal R, Posada M. *Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2009.
- *Guia sobre TEA: reconeixement, derivació i diagnòstic*, elaborada por el National Institute for Health and Clinical Excellence. 2012-2013.
- Junta d'Andalusia. *Proceso asistencial integrado. Trastornos del espectro autista*. Conselleria de Salut. 2010.
- Junta d'Andalusia. *Trastorno de Espectro Autista. Guía para su detección*. Conselleria de Salut, 2005.
- Junta de Castilla i Lleó. *Guía para la atención de niños con trastornos del espectro autista en Atención Primaria*. Gerència Regional de Salut.
- Junta d'Extremadura. *Guía para la Atención Educativa del Alumnado con Trastorno*

Generalizado de Desarrollo (Autismo). 2007.

- Hernández, J. i Van der Meulen, K. (2010). *El maltrato por el abuso de poder en el alumnado con Síndrome de Asperger y sus efectos sobre la inclusión*. En: M. Belinchón (Ed.) *Investigaciones sobre autismo en español: problemas y perspectivas*. Madrid: CPA-UAM.
- *La eficacia de las intervenciones de rehabilitación y los tratamientos farmacológicos para los niños de 2 a 12 años con trastornos del espectro autista (TEA)*, Instituto Nacional para la Excelencia en Servicios de Salud y Servicios Sociales. Quebec 2013 (traduït per Inma Marcos)
- Laurent, Éric. *La batalla del autismo: de la clínica a la política*. Ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2013.
- Lord, C., Kim, S.H. y Dimartino, A. (2011). *Autism Spectrum Disorders: General Overview*. En P. Howlin, T. Charman y M. Ghaziuddin (Eds.) *The SAGE Handbook of Developmental Disorders*. London. SAGE.
- Maleval, Jean-Claude. *El autista y su voz*. Ed. Madrid: Gredos, SA, 2011.
- Martín Borreguero P. *El síndrome de asperger ¿Excentricidad o discapacidad social?* Alianza Editorial, SA, 2004
- Martínez, M^a A. i Cuesta, JL (2012): *Todo sobre el autismo: los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)*. guía completa basada en la ciència i en l'experiència. Altaria. desembre, 2012.
- Martos, J. i Cols (Ed) (2005) *Autismo: El futuro es hoy*. Madrid: Insero-APNA.
- Martin Egge. *El tratamiento del niño autista*. Ed. Madrid: Gredos, SA, 2008.
- M.G. Millá, F. Mulas. "Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista". REV. *NEUROL* 2009; 48 (supl. 2): S47-S52.
- Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. *Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo*. 2014.
- Mundy , P. i Thorp, D. (2005). *Atención conjunta y autismo: evaluación, teoría y neurodesarrollo*. En J. Martos, P. Gonzalez, M. Llorente i C. Nieto (Comp.) *Nuevos desarrollos en autismo: el futuro es hoy*. Madrid. IMSERSO.
- Organització Mundial de la Salut (OMS). CIE-10: *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 2004.
- Ortiz Lobo, A., *Consultas sin patología en un centro de salud mental*. TD. Universidad Autónoma de Madrid, 2004.
- Ortiz Lobo, A. *Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar*.

- Ortiz Lobo A, Bernstein J. "Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria". Rev. Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10(35): 1-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1055](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1055) .
- Reial Patronat sobre Discapacitat. *Detección y Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista*, Ministeri de Treball i Afers Socials. Madrid, 2007
- Rivière, A i Martos, J (Ed.) (1997). *El tratamiento del autismo: Nuevas perspectivas*. Madrid: Inersio-APNA.
- Riviere, A. i Martos, J. (Comp) (2000). *El niño pequeño con autismo*. Madrid: IMSERSO.
- Sáinz F, Talarn A. *Prevención cuaternaria en salud mental*. Átopos, 7: 26-34 (atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf).
- Sánchez-Raya M.A, Martínez-Gual E, Moriana Elvira JA, Luque Salas B, Alós Cívico F, *La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA)*, Universidad de Córdoba, 2014.
- Servei Murcià de Salut. *Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA)*. Consell de Sanitat i Política Social, 2012.
- Szatmari P. *El síndrome de Asperger: Asperger* (2006) ENTHA *¿Excentricidad o discapacidad social?* Ed. Paidós Ibérica, (2004).
- Vázquez Reyes, CM; Martínez Fera, MI; *Los trastornos generales del desarrollo una aproximación desde la práctica*. Junta d'Andalusia. Conselleria d'Educació. 2006
- Wing L, Gould J. "Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification". *Journal of autism and developmental disorders*. March 1979, volume 9, issue1, pp 11-29.
- http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/pacientes/01_sospechas.html