

**PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS  
PERSONAS CON  
TRASTORNO DEL ESPECTRO 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

**1ª edició:** *edición online*

**DIRECCIÓN** Rafael Sotoca. Director General de Asistencia Sanitaria

**COORDINACIÓN:** Araceli Oltra. Psicóloga. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**COMITÉ DE REDACCIÓN:**

Araceli Oltra. Psicóloga. Oficina Autónoma de Salud Mental

Elena Catalá. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Benidorm.

Eva Suarez. Pediatra. CSI Burriana II.

Fina Iglesias. Psicóloga clínica. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Gran Via.

Helena Romero. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente San Vicente del Raspeig.

Inma Marcos. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Miguel Servet.

Lorena Blasco. Psicóloga clínica. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Sueca.

Mercedes Andrés. Neuropediatra.

Miguel Angel Vázquez. Psicólogo clínico. Unidad de rehabilitación infantil del Dpeartamento de la Fe.

Montserrat Tremolosa. Psicóloga clínica Unidad Atención Temprana Nazaret.

Nuria Raya. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Guillem de Castro.

Pilar Román. Asesora técnica docente en Educación Especial. Dirección General Política Educativa

Vicent Bueno. Psicólogo. Jefe de sección de orientación escolar. Dirección General Política Educativa

Vicenta Doménech. Jefa de servicio. Dirección territorial de Educación, Investigación, Cultura y Deporte

**GRUPO DE TRABAJO**

Amparo Ferrer. Jefa de Servicio de gestión de centros y recursos para personas con diversidad funcional. Dirección General de Diversidad Funcional.

Araceli Oltra. Psicóloga. Oficina Autónoma de Salud Mental

Asun Font. Psicóloga. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Begoña Frades. Psiquiatra. Coordinadora Oficina autónoma Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Begoña Montoliu. Técnica Servicio de Atención y Comunicación con el Paciente. Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad.

Carlos Fluixá. Subdirector General de Planificación y Organización asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Carlos Martínez. Subdirector General de Inspección Sanitaria de concesiones, conciertos, centros y Servicios Sanitarios

Cristina Villar. Neuropediatra. Hospital Clínico Valencia

Elena Catalá. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Benidorm.

Eva Suarez. Pediatra. CSI Burriana II.

Fina Beltrán. Psicóloga clínica Unidad Atención Temprana Nazaret.

Fina Iglesias. Psicóloga clínica. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Gran Vía.

Francisco Miguel Fenollar. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto- Adolescente Cabo Huertas.

Helena Romero. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente. San Vicente del Raspeig.

Inma Marcos. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Miguel Servet.

Isidro Delgado. Técnico. Servicio de Atención Social y Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Diversidad Funcional. Dirección General de Diversidad Funcional

Jose Lluch. Jefe de Servicio Promoción de la Salud y Prevención en la Etapas de la Vida Dirección General de Salud Pública.

Jose López. Enfermero Salud Mental. Oficina Autonómica Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Juan José Moreno. Jefe de Servicio de coordinación técnica de tutelas y sociosanitaria. Dirección General de Diversidad Funcional.

Laura Borreda. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Padre Porta.

Lorena Blasco. Psicóloga clínica. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Sueca.

Luisa Martínez. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Fuente San Luis.

Matías Real. Psiquiatra. Programa trastorno mental grave Castellón

Mercedes Andrés. Neuropediatra.

Miguel Angel Vázquez. Psicólogo clínico. Unidad de rehabilitación infantil. Hospital Clínico La Fe.

Montserrat Tremolosa. Psicóloga clínica Unidad Atención Temprana Nazaret.

Montse Téllez. Neuropediatra. Hospital Clínico La Fe de València.

Nuria Raya. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Guillem de Castro.

Palmira Muñoz: Técnica de la Unidad de Igualdad de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Pepa Barragán. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Cabo Huertas

Pilar Román. Asesora técnica docente en Educación Especial. Sección Educación especial. Dirección General de Política educativa

Salvador Sánchez. Jefe de Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios.

Sonia Alcover: Jefa de Programas de Enfermería de Atención Primaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria

Tomás Alcaina. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Vinaroz

Tomás Cantó. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto Adolescente Cabo Huertas

Teresa Navarro. Enfermera Salud Mental. CSI Ingeniero Joaquín Benlloch

Vicent Bueno. Psicólogo. Jefe de sección de orientación escolar. Dirección General Política Educativa

Vicenta Dómenech. Jefa de servicio. Dirección Territorial de Educación, Investigación, Cultura y Deporte.

## ÍNDICE

- 1- INTRODUCCIÓN
- 2- JUSTIFICACIÓN
- 3- OBJETIVOS
- 4- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO
- 5- POBLACIÓN DIANA
  - 1- CRITERIOS DE INCLUSIÓN
  - 2- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
- 6- PROCESO ASISTENCIAL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
  - 1- DETECCIÓN
  - 2- DERIVACIÓN
  - 3- DIAGNÓSTICO
  - 4- INTERVENCIÓN
  - 5- SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN
- 7- CIRCUITO DE ATENCIÓN PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
- 8- INDICADORES
- 9- ANEXOS
  - 1- CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES
  - 2- CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICO
  - 3- ESCALA DE HAIZEA-LLEVANT
  - 4- INSTRUMENTO DE VALORACIÓN M-CHAT
  - 5- INDICADORES DE ALARMA
  - 6- POBLACIÓN INFANTIL CON MAYOR RIESGO DE TEA
  - 7- ENFERMEDADES RELACIONADAS CON TEA SINDRÓMICO
  - 8- CONTENIDOS FUNDAMENTALES QUE DEBEN INCLUIRSE EN UNA HISTORIA CLÍNICA
  - 9- CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA
  - 10- SOLICITUD DE INTERCONSULTA/DERIVACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO A CAT/UAT
  - 11- SOLICITUD DE INTERCONSULTA/DERIVACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO A CDIAT
  - 12- INDICADORES DE EVALUACIÓN.
  - 13- TIPOS DE EVALUACIÓN
  - 14- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
  - 15- PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO
  - 16- ÁREAS DE INTERVENCIÓN
  - 17- ACTUACIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO
  - 18- MODELOS DE INTERVENCIÓN
  - 19- CONSENTIMIENTO INFORMADO
  - 20- CONSENTIMIENTO PROGENITORES PARA LA COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS
- 10- ACRÓNIMOS
- 11- REFERENCIAS NORMATIVAS
- 12- BIBLIOGRAFÍA

## 1- INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) forman parte de los problemas de salud mental. Es un trastorno del desarrollo neurológico que se caracteriza por presentar un espectro de síntomas que varían en la gravedad, edad del inicio y asociación con otros trastornos (pe, discapacidad intelectual, epilepsia, etc).

En 1908, el psiquiatra Eugen Bleuler ya utilizó el término autismo para describir la conducta de una persona esquizofrénica que se había replegado en sí misma, definiéndose el autismo como una alteración, propia de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa. Pero fue Kanner quien concretó por vez primera el autismo como un síndrome comportamental, cuyos rasgos distintivos eran alteraciones del lenguaje (o comunicación), de las relaciones sociales (a las que juzgó como el trastorno fundamental patognomónico del síndrome) y de los procesos cognitivos, dentro de los cuales se han resaltado los trastornos de la flexibilidad, cuya gravedad dependerá del nivel cognitivo, esto es, del nivel de profundidad del espectro autista.

Tanto Kanner en 1943, como Hans Asperger un año después, describieron unos cuadros clínicos incluidos hoy en los denominados Trastornos del espectro del autismo. Aunque posiblemente ambos observaron la misma condición, sus diferentes interpretaciones llevaron a la formulación del síndrome de Asperger (término utilizado por Lorna Wing en una publicación en 1981), lo que lo diferenciaba al autismo de Kanner.

Con el fin de homogeneizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos entre los profesionales se elaboraron los manuales diagnósticos, la OMS el International Classification of Diseases (ICD) y la American Psychiatric Association el Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM). Sin embargo, no fue hasta 1980, con la publicación del DSM-III, cuando se incorporó el autismo como categoría diagnóstica específica. Se contemplaba como una entidad única, denominada "autismo infantil". En la década de los años 80, el autismo pasó a ser considerado como un síndrome psiquiátrico específico y clasificado en el apartado de los Trastornos generalizados del desarrollo.

En los últimos años se ha incorporado el término Trastornos del espectro autista (TEA), acuñado por Lorna Wing y Judith Gould en 1979 y adoptado por el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2013). Este término se utiliza ampliamente por la flexibilidad dimensional que ofrece y su carácter evolutivo. El DSM-5 lo incluye dentro de los trastornos del desarrollo neurológico y se convierte en el único diagnóstico posible de la

categoría diagnóstica de los anteriormente denominados Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), recogidos en los manuales DSM IV-TR o CIE 10.

El concepto de TEA engloba un grupo de trastornos que constituyen una misma entidad en la que se da un continuo, desde las manifestaciones menos graves a las más graves, lo que se traduce en el cuadro clínico y en las limitaciones y discapacidades de las personas afectadas.

Su impacto es importante ya que puede influir en el normal desarrollo y bienestar de las personas afectadas y sus familiares, y en la necesidad de cuidados personalizados a lo largo de su vida.

Según el DSM-5, los Trastornos del Espectro del Autismo tienen dos características fundamentales: el déficit en la comunicación e interacción social y las actividades, intereses y conductas repetitivas. Estas manifestaciones pueden variar mucho en función del grado de desarrollo y de la edad cronológica, pero siempre están presentes en el diagnóstico de TEA. La gravedad es otro factor que define el trastorno: tres niveles de gravedad (leve, moderada, severo) para cada una de las dos dimensiones que forman los criterios diagnósticos.

En todos los casos de TEA, el diagnóstico se realiza a través de la observación directa de las alteraciones del comportamiento y de una exhaustiva exploración clínica, ya que no existe por el momento ningún marcador biológico específico para este trastorno.

La complejidad de las manifestaciones clínicas sugiere la existencia de una multicausalidad. Los avances más recientes indican la importancia de los factores genéticos y de factores ambientales que dan lugar a alteraciones muy tempranas, siendo la interacción entre genes, ambiente y mecanismos epigenéticos, la responsable última de este trastorno tan complejo que afecta al niño o la niña en su funcionamiento global.

Muchos niños y niñas con TEA pueden alcanzar niveles elevados de funcionalidad e independencia, en función no solo de sus propias características o gravedad de los trastornos (cociente intelectual, existencia o ausencia de lenguaje funcional), sino también en función de los apoyos que se procuran tanto al niño o niña, como a la familia, facilitados desde etapas tempranas.

En la actualidad, estudios recientes estiman que la prevalencia del TEA ha aumentado en los últimos años, existiendo una gran variabilidad en las cifras aportadas por la literatura internacional (las últimas estimaciones cifran la prevalencia de los TEA entre 1/68 a 1/150, aunque algunos autores ya hablan de un sobrediagnóstico, sobre todo en población infantil americana.). Este aumento de la prevalencia, unido a su carácter crónico y grave hace necesario un protocolo para la detección, diagnóstico y tratamiento interdisciplinar y personalizado que favorezca el pleno desarrollo del niño y la niña, su integración social y calidad de vida.

## 2- JUSTIFICACIÓN

El Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE 222 de 16/09/2006), establece en su anexo III, la cartera de servicios comunes de atención especializada y, en el apartado 7 “Atención a la SALUD MENTAL”, punto 7.5, hace referencia expresa al diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia en la que se incluye la atención a los niños y niñas con psicosis, autismo, etc.

En mayo del 2014 la 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución titulada “*Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista*”, que fue apoyada por más de 60 países. Esta resolución instaba a la OMS a colaborar con los Estados Miembros y organismos asociados en el fortalecimiento de las capacidades nacionales para abordar los TEA y otros problemas del desarrollo.

La Estrategia Española en trastornos del espectro del autismo de 2014 surge como respuesta a esta resolución y recoge propuestas de mejora para la atención a la población con TEA.

En este sentido, la reciente Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana(2016-2020) también se hace eco de la importancia de abordar este trastorno y contempla entre sus objetivos protocolizar la atención de los niños y niñas con TEA, con el diseño e implementación de un proceso de atención integral.

Los Trastornos del Espectro Autista suelen manifestarse la mayoría de veces en edades muy tempranas, llegando a demorarse la obtención de un primer diagnóstico, meses e incluso años. Para evitar esta demora, se hace necesario establecer en la práctica diaria de profesionales que evalúan el desarrollo del niño y la niña, mecanismos de detección que permitan identificar tempranamente los trastornos del desarrollo de una manera eficaz , para poder facilitar un diagnóstico e intervención precoz.

Además, la evidencia señala que el abordaje de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) requiere una coordinación y sistemas de comunicación eficaz entre los profesionales que intervienen en él.

De acuerdo a estas premisas, se presenta este documento que pretende definir un proceso de atención que proporcione un abordaje adecuado con un enfoque integral y una respuesta

intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional a todas las personas vinculadas a este trastorno.

La eficacia de este proceso radica en la creación de un marco de actuación que integre el conocimiento actualizado, impulse la implicación del conjunto de profesionales que intervienen en él, evalúe los resultados y disminuya la variabilidad de las actuaciones. Esto supone desarrollar estrategias comunes, facilitar la transmisión del conocimiento entre profesionales que interactúan en la atención a las personas con TEA y sus familias, además de proteger a los/las pacientes de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas excesivas, inadecuadas o innecesarias (prevención cuaternaria).

Este documento recoge el TEA desde una vertiente dimensional o fenomenológica, que incluye los diagnósticos siguientes:

- El autismo propiamente dicho recogido en los manuales clasificatorios como Síndrome de Kanner, así como otras formas de autismo infantil.
- El trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD-NOS) que incluye el autismo atípico.
- El trastorno desintegrativo infantil, también llamado Síndrome de Heller.
- El Síndrome de Asperger.

Para la elaboración de este documento se ha tenido en cuenta el marco conceptual de la Comunidad Valenciana y la experiencia acumulada, así como el desarrollo de las guías de prestigio y publicaciones actuales. Su objeto pues, es garantizar la atención a los niños y niñas y adolescentes con TEA, y sería necesario un desarrollo posterior que contemplara la continuidad de la atención integral de las personas con TEA en la vida adulta.

### 3- OBJETIVOS

Garantizar la atención a los niños y niñas y adolescentes con Trastornos del Espectro Autista adecuándonos a criterios de equidad y eficiencia de los recursos utilizados.

- ✓ Establecer un proceso de atención a la población infantil y adolescente con TEA, que atendiendo a sus necesidades, garantice un circuito de detección precoz, valoración, derivación e intervención eficaz.
- ✓ Involucrar a todo el personal profesional implicado en el proceso de atención del trastorno del espectro autista con el fin de impulsar actuaciones conjuntas y coordinadas de acuerdo a la evidencia científica en base a modelos de abordaje eficaces.
- ✓ Definir un plan de atención integral (PAI) a las personas con TEA en la Comunidad Valenciana, que permita un abordaje integral, intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional, incluyendo la familia y el entorno.

### 4- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Hay que remarcar la importancia de la detección precoz de este trastorno por parte de pediatras y personal de enfermería de Atención Primaria, dentro de las revisiones rutinarias de salud (*programa de salud infantil*), así como en el seguimiento de los niños y niñas considerados de riesgo de TEA.

El pediatra de Atención Primaria, en el caso de detectar signos de alerta, derivará en todos los casos a:

- Servicio de Atención Temprana para valoración del desarrollo e intervención.
- Unidad de salud mental infantil y adolescente (USMIA) para valoración clínica y confirmación diagnóstica.

Se realizarán interconsultas a otros especialistas para valorar organicidad:

- Unidad de Neuropediatría. A toda la población infantil menor de 36 meses con signos de TEA y en todos los casos donde se sospeche patología neurológica.

-Otros especialistas, en caso de sospecha de déficits sensoriales u otros de diversa índole.

Todos los casos diagnosticados con este trastorno se registrarán en el sistema de información sanitaria con su código CIE correspondiente.

## 5- POBLACIÓN DIANA

### 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños, niñas y adolescentes en los que se observen signos de alerta que hagan sospechar un TEA
- Niños , niñas y adolescentes con diagnóstico confirmado de TEA (según CIE 10, DSM-5)

Actualmente están vigentes dos Clasificaciones Internacionales: CIE-10 y DSM- 5 (anexo 1 )

### 2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños, niñas y adolescentes quienes el cribado en grupos de riesgo ha sido negativo.
- Niños, niñas y adolescentes quienes el proceso de diagnóstico descarta la presencia de un TEA.

## 6- PROCESO ASISTENCIAL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

### 1. DETECCIÓN

El objetivo de esta fase es identificar aquellos niños y niñas que por su sintomatología hagan sospechar la existencia de un cuadro de TEA.

Dicha sospecha puede surgir ante la percepción de los primeros signos de alerta, ya sea por parte del padre, madre, tutores legales, y/o por recomendación de profesionales de guardería, centros educativos, centros de desarrollo y atención temprana (CDIAT), servicios hospitalarios, o desde la consulta del Programa de salud infantil, que detecte posibles signos o síntomas que pudieran hacer pensar que el niño o la niña presenta un TEA, siendo deseable la prontitud para iniciar la intervención en el momento de la sospecha ya que conlleva múltiples e importantes ventajas tanto para el niño o la niña, como para su familia.

Si la detección se realiza en el ámbito educativo, paralelamente a la derivación al personal facultativo médico de atención primaria, corresponde a los Servicios Psicopedagógicos Escolares (SPES) o Gabinetes Psicopedagógicos autorizados realizar una evaluación psicopedagógica y un informe técnico a cualquier niño o niña que presente dificultades o déficits motores, sensoriales, intelectuales y/o sociales que puedan generar necesidades educativas permanentes (en este caso el Trastorno del Espectro del Autismo) y que determinará y orientará sobre la escolarización más adecuada, con la aprobación de la Inspección y de las familias, siendo deseable una intervención lo más temprana posible.

El personal sanitario de atención primaria, que conocen los hitos normales del desarrollo infantil en los primeros años de vida, será responsable de vigilar estrechamente el desarrollo psicomotor de forma rutinaria en el Programa de Salud Infantil, mediante escalas validadas, como la Escala Haizea-Llevant (anexo 3). Además, se realizará un seguimiento de todos los casos con alto riesgo de padecer TEA prestando mayor atención a los aspectos del desarrollo comunicativo y a los signos de alerta (anexo 5) y la cumplimentación del instrumento de screening M-CHAT a los 18 meses (anexo 4).

El personal de Pediatría de Atención Primaria ante la sospecha de TEA, realizará una evaluación exhaustiva que contemplará:

- Historia clínica
- Exploración física y de desarrollo

Tras la anamnesis y exploración física, se valorará si cumple criterios de sospecha según la edad (6-12-15-18-24 meses y de 3 a 11 años) atendiendo a los signos de alerta (Anexo 5.1, 5.2, 5.3, 5.4) y al resultado del instrumento de cribado M-Chat en la revisión de 18 meses. (Anexo 4). Si no los cumple, cierra el proceso, y si los cumple se procederá a la derivación a los equipos especializados.

Es fundamental que desde pediatría y ante los indicadores de sospecha, se remita al niño o la niña a la UAT/CDIAT (Unidad de Atención Temprana/Centro de desarrollo y atención Temprana) siguiendo el protocolo establecido para ello. Se trata de indicadores de detección desde el primer año de vida y, a pesar de que no es prudente establecer un diagnóstico tan temprano, van a permitir el inicio de la intervención en base a las dificultades detectadas y, con el seguimiento del desarrollo del niño la niña, conseguir un diagnóstico posterior más preciso. Asimismo, implica al padre y la madre desde el primer momento favoreciendo

entornos de crianza apropiados, para establecer una interacción y comunicación adecuada en periodos del desarrollo críticos.

## **2. DERIVACIÓN**

Los menores con posible TEA serán remitidos por profesionales de pediatría (AP) cumplimentando las hojas de derivación correspondiente a los siguientes dispositivos:

- Servicio de Atención Temprana para valoración del desarrollo e intervención (de 0 a 6 años) .
- Unidad de salud mental infantil y adolescente (USMIA) para valoración clínica y confirmación diagnóstica. En la hoja de derivación interconsulta se recogerá el resultado del M-Chat y de la exploración clínica que indique antecedentes familiares y personales de interés, así como los signos de alerta que han hecho sospechar del trastorno.

Se realizarán interconsultas a otras especialidades mediante el procedimiento habitual para valorar organicidad:

-Unidad de Neuropediatría:

- Población infantil menor de 36 meses con signos de TEA
- Población infantil mayor de 36 meses con signos de TEA en quienes se sospeche patología neurológica.

-Otras especialidades, en caso de sospecha de déficits sensoriales u de otra índole.

Este personal especialista remitirá la información a la USMIA, que es donde se concretará el diagnóstico definitivo y el tratamiento.

## **3. DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico del TEA es un proceso que permite identificar los signos y síntomas del TEA. Para realizar un diagnóstico se precisa que el contenido del proceso de evaluación se adecue a la edad cronológica y mental del niño o la niña, la historia del desarrollo, la situación vital y las evaluaciones previas que se hayan realizado. La evaluación tiene que ser completa y estandarizada, evitando pruebas innecesarias que dupliquen los resultados conocidos.

La evaluación será interdisciplinar realizada por el equipo de la USMIA quien efectuará una evaluación clínica exhaustiva teniendo en cuenta las valoraciones específicas realizadas desde los diferentes ámbitos de intervención (ámbito sanitario, escolar y de atención temprana). El personal facultativo de Salud Mental infantil será quien coordine las exploraciones en esta etapa dirigidas a la confirmación del diagnóstico.

## **ÁREAS DE EVALUACIÓN**

Para la confirmación del diagnóstico definitivo es imprescindible incorporar el resultado de las evaluaciones que se hayan llevado a cabo:

1. Evaluación física y médica. Exploración neurológica y exploraciones complementarias
2. Evaluación del desarrollo
3. Evaluación del lenguaje.
4. Evaluación cognitiva.
5. Evaluación clínica psicopatológica y específica del TEA
6. Evaluación psicopedagógica
7. Valoración del contexto sociofamiliar

## **EVALUACIÓN NEUROPEDIÁTRICA**

El objetivo de la evaluación neuropediátrica es descartar la presencia de patología neurológica. Esta evaluación tiene como componente esencial la realización de una historia detallada y de una exploración neurológica adecuada a la edad del niño o niña, evitando pruebas innecesarias. En determinados casos se recomienda además la realización de una serie de pruebas complementarias siempre siguiendo una sospecha clínica basada en la historia y en la exploración médica.

## **EVALUACIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA**

En Atención Temprana (AT) se inicia el proceso de evaluación ante los primeros signos de sospecha de TEA, lo que significa evaluar a niños y niñas muy pequeños, en pleno desarrollo y en los que el diagnóstico definitivo aún se demorará un tiempo.

Se trata de una evaluación global de las capacidades funcionales del niño o la niña: cognición, motricidad fina y gruesa, habilidades comunicativas, funcionamiento adaptativo, social y emocional. Se deben identificar tanto las dificultades como las competencias y puntos fuertes del niño y la niña. Se obtendrá información del padre y de la madre y otros contextos de crianza, y se utilizarán diferentes instrumentos estandarizados (escalas y cuestionarios) según la edad.

El objetivo es obtener información útil y adecuada con el fin de proporcionar recomendaciones y sugerencias para favorecer el desarrollo del niño y la niña. Supone el punto de partida para el programa de intervención.

## **EVALUACIÓN EN EL CONTEXTO EDUCATIVO**

La evaluación de los niños y niñas con un posible Trastorno del Espectro del Autismo se realiza en cualquier momento de las etapas educativas, tanto en los momentos previos a su escolarización en un centro de educación infantil y primaria, como una vez se escolariza a través de los Servicios Psicopedagógicos Escolares (SPES) o Gabinetes Psicopedagógicos Autorizados. Cuando a un alumno o alumna se le detecta que pudiera presentar dificultades o déficits motores, sensoriales, intelectuales y/o sociales, que puedan generar necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE), en este caso un Trastorno del Espectro del Autismo, corresponde a los Servicios Especializados en Orientación: Servicios Psicopedagógicos Escolares (SPES) o Gabinetes Psicopedagógicos autorizados, realizar una evaluación psicopedagógica a partir de la información que aporte la familia, el profesorado, servicios sanitarios o servicios sociales.

La evaluación psicopedagógica es un proceso global y complejo que sirve de base para la toma de decisiones sobre diferentes situaciones de los niños y niñas con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE), así como sobre la organización de su entorno educativo, incidiendo de forma positiva en la mejora de su acceso, participación y aprendizaje en el proceso educativo.

La evaluación psicopedagógica dará lugar a un informe técnico que determinará y orientará sobre la escolarización más adecuada y los recursos de apoyo necesarios (con la aprobación de la inspección educativa y de las familias), siendo deseable una intervención lo más temprana posible.

## **EVALUACIÓN EN LA USMIA**

Teniendo en cuenta la información recogida en las evaluaciones realizadas, el equipo de la USMIA completará la exploración y valoración del niño y la niña para poder confirmar el diagnóstico de TEA. En la USMIA, el proceso de evaluación priorizará la entrevista clínica al padre, madre o cuidadores principales y la observación y exploración psicológica y psicopatológica del niño o la niña. La exploración del estado mental incluye la evaluación de las interacciones sociales, del juego, del lenguaje y de la función comunicativa (anexo 14). La utilización de los instrumentos estandarizados de valoración (anexo 15) se ajustará a las características y/o complejidad del caso concreto. La utilización de estas escalas específicas a nivel especializado debe ser sólo un apoyo y en ningún caso sustituirá la exploración clínica realizada por profesionales especialistas, siendo la experiencia clínica el elemento esencial para la confirmación diagnóstica.

## ÁMBITOS DE EVALUACIÓN:

### 1. Centrado en el niño o la niña

Una vez realizadas las exploraciones descritas se valorará el comportamiento del niño o la niña en sus entornos naturales.

Es importante realizar una observación directa y sistemática incluyendo interacciones sociales y de conversación (de acuerdo al nivel de desarrollo). Esta información también se puede obtener a través de medios audiovisuales.

### 2. Centrada en la familia y entorno

La evaluación de necesidades y circunstancias de los miembros de la familia es una parte importante del proceso global de valoración y es esencial para diseñar estrategias de intervención adecuadas. El niño o la niña con TEA influye en su familia tanto como ésta influye en ellos.

Igualmente se tendrá en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelve el niño o la niña.

Una vez confirmado el diagnóstico, se debe procurar un adecuado sistema de asesoramiento y la derivación a los servicios apropiados de intervención o apoyo en función de las necesidades individuales y/o familiares en el menor tiempo posible.

## 4. INTERVENCIÓN

Realizada la valoración específica del niño o la niña con sospecha de TEA, y confirmado el diagnóstico se elaborará un Plan de Atención Individualizada e integral (PAI).

La elaboración del PAI, corresponderá a profesionales de la USMIA y en esta participarán profesionales de educación, atención temprana y otros dispositivos implicados en el tratamiento y atención del niño o la niña y su familia.

Los/las profesionales de los diferentes Departamentos e Instituciones implicados/as serán:

- Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública: Profesionales de Atención Primaria (AP), Unidades de Salud Mental Infanto-adolescente(USMIA), Hospitales de día(HD), Unidades de Neuropediatría, Unidades de Atención Temprana y Trabajo Social.

- Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas: Profesionales de Centros de Atención Temprana (CDIAT), Trabajo Social, Servicios Sociales Generales y especializados,...
- Consellería de Educación: Profesionales de los Centros educativos, Servicios Psicopedagógicos Escolares (SPES), Departamento de Orientación (DO) , Aulas CyL (Comunicación y Lenguaje),
- Ayuntamientos: Servicios Psicopedagógicos Municipales y Servicios Sociales.

La coordinación del PAI en cada caso estará a cargo del/la profesional de Psiquiatría o Psicología Clínica de la USMIA de referencia.

### **PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO**

El plan y todas las intervenciones que se realicen estarán coordinadas y deberán tener en cuenta la singularidad de este trastorno, en el que se aprecia la dificultad en diversos grados de estos niños y niñas para comprender y/o interactuar con el entorno. Esto tiene diversas consecuencias para el niño o la niña, los progenitores y profesionales:

- Para el niño o la niña, al no poder interpretar tanto los estímulos externos como los internos, su vivencia del entorno y de sí mismo es de caos, expresado en su dificultad de auto regulación emocional, que se manifiesta a través de los síntomas.

Observamos también en ellos un uso de los objetos, unos intereses y unos comportamientos singulares que absorben su atención y no siguen las coordenadas de juego, disfrute e interacción típica. Suele ser una actividad solitaria que tranquiliza y regula.

-Las dificultades emocionales de comunicación e interacción de los niños y niñas con TEA pueden suponer para el padre y la madre también una frustración, tensión emocional y sufrimiento añadido. El apoyo emocional y la elaboración conjunta en la comprensión del funcionamiento de sus hijos o hijas posibilitan su acercamiento y comunicación, por lo que se contemplará en cualquier intervención integral.

Para los y las profesionales, interesarse por estas actividades e intereses del niño y la niña facilita el acercamiento y su intervención.

El PAI debe conjugar la propuesta de un modelo de atención que esté organizado y estructurado para poder llevar a cabo el cometido para el que ha sido creado, con la flexibilidad que le permita adaptarse a las necesidades de cada caso, que en los niños y niñas con TEA tiene una complejidad particular, y la posibilidad de una evaluación periódica para actualizar los objetivos, los tratamientos y medidas necesarias.

EL PAI es global, abarca al niño o la niña , la familia y el entorno, interdisciplinar por la intervención de profesionales de diversos servicios (USMIA, neuropediatría, atención temprana, educación, logopedia, trabajo social,...) y requiere una buena coordinación interdepartamental para cumplir sus objetivos, disponer de una información homogénea y evitar la duplicación de tratamientos y una presión innecesaria a los padres al tener que repetir la misma información que a menudo conlleva una carga emocional importante.

El PAI estará coordinado por un profesional de psicología clínico o psiquiatría de la USMIA de referencia del niño o la niña.

Para su elaboración se tendrá en cuenta la edad, gravedad, características y necesidades terapéuticas (educativas y tratamiento clínico) del niño o la niña, la situación y circunstancias de la familia y el entorno.

En el PAI se tiene que especificar que recursos van a intervenir y cuáles son los objetivos terapéuticos para que puedan ser valorados periódicamente. Las modalidades de coordinación y la periodicidad se establecerán en función de un protocolo general y la evolución de cada caso concreto, que puede aconsejar encuentros extraordinarios.

Además, la persona responsable de la USMIA para cada caso atenderá a la familia para informarle del mismo, hacerla partícipe y recoger sus inquietudes, sugerencias, etc. La atención en los primeros meses será más intensa para asesorar, apoyar y orientar a la familia en la adaptación al trastorno detectado a su hijo o hija y en su manejo.

Con posterioridad, se acompañará a la familia en todo el proceso y en particular en los momentos significativos de la vida o desarrollo de su hijo o hija (incorporación al colegio, modalidad educativa, pubertad, crisis,). Si fuera necesario se intervendrá con apoyo psicoterapéutico individual o grupal.

## **INTERVENCIÓN**

Una característica de la planificación de la intervención es su carácter transversal englobando diferentes áreas como salud mental, educación y apoyo e inclusión social.

### INTERVENCIÓN EN USMIA

El personal profesional de Salud Mental tendrá un papel relevante en la planificación terapéutica y en la coordinación de las intervenciones. Serán responsables de:

- Seguimiento clínico individual.
- Tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.

- Atención urgente en situaciones agudas: valoración sobre hospitalización completa y/o parcial
- Orientación familiar
- Prevención cuaternaria para evitar sobrediagnóstico, tratamiento innecesario y la generación de una dependencia no justificada a los diversos dispositivos asistenciales (sanidad, educación, servicios sociales)
- Coordinación con el resto profesionales con implicación en el tratamiento del niño y de la niña.
- Apoyo a profesionales en situaciones de crisis aguda de los niños y niñas.
- Evaluación de tratamientos externos con criterios de eficiencia y efectividad.

#### INTERVENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

-Hospitalización parcial: Hospital de Día (previa derivación de la USMIA en reunión y/o contacto telefónico con profesionales de dicho dispositivo). En periodos de desestabilización y/o agravamiento que no requieren ingreso psiquiátrico.

-Hospitalización completa: Unidad de hospitalización psiquiátrica (previa derivación de la USMIA en reunión y/o contacto telefónico con profesionales dicho dispositivo). En periodos de desestabilización aguda no controlable ni por familia ni personal cuidador.

#### INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

La Atención Temprana (AT) consiste en un conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a su familia y entorno, en un periodo en el que se detectan las primeras señales de alarma de TEA y ante las que hay que realizar una adecuada y rápida intervención, sin esperar un diagnóstico definitivo, con el fin de potenciar las capacidades de interacción social, comunicativas y de simbolización mediante sesiones individuales, en el propio centro o en entornos naturales, con la aplicación de técnicas adecuadas por parte de la familia y personas educadores.

En la configuración de los equipos de AT deben participar varias figuras profesionales: psicología, logopedia, fisioterapia, pedagogía, entre otras. Para asegurar un adecuado desarrollo del plan individualizado del niño o niña y facilitar la coordinación con el resto de profesionales involucrados en este(USMIA,educativos...), se asignará dentro del equipo, un o una profesional referente y estable para cada niño o niña.

La intervención en atención temprana con niños y niñas con TEA debe tener un enfoque integral y seguir unos principios rigurosos:

- Individualizada y Flexible: Partiendo de la evaluación y del perfil de desarrollo del niño y de la niña en la que se identifican sus competencias y puntos débiles, basándonos en sus necesidades y preferencias.
- Estructurada: Con un programa adecuado para cada niño o niña, con objetivos realistas a corto plazo ajustados a su edad, características de su desarrollo y grado de afectación, en un ambiente estructurado y organizado que facilite las claves para la comprensión de la tarea y se anticipe lo que se va a realizar, con actividades lúdicas, significativas y funcionales y el uso de ayudas técnicas visuales, físicas o verbales. Será necesario adaptar el entorno del niño o niña haciéndolo más predecible y estable. Se trata de intervenir en todas las áreas del desarrollo, teniendo en cuenta la dimensión emocional potenciando las habilidades de relación, acción y atención conjunta, la comunicación, lenguaje expresivo y receptivo, anticipación, flexibilidad, imitación y simbolización.
- Intensiva: Entendiendo la intensidad desde un enfoque natural y flexible que se adapte a las posibilidades del niño y de la niña y de su familia, se trata de generalizar las intervenciones en cualquier momento y por las personas de su entorno social y educativo.
- Participación de las familias: El entorno familiar es el principal agente socializador del niño, por lo que hay que proporcionar a las familias los conocimientos y estrategias necesarias para que participen en el programa de AT, para ello es fundamental la coordinación entre profesionales y familia en el establecimiento de objetivos y metodologías que mejor se adapten a sus necesidades.

Es importante que la intervención sea revisada regularmente y se valore periódicamente los resultados, para adaptarlos a los cambios que se van produciendo como consecuencia de la maduración y de las capacidades individuales.

#### INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

El informe técnico que se realice de cada alumno o alumna con TEA incluye la propuesta de un Plan de Actuación individualizado, proponiendo adaptaciones metodológicas, programas específicos, medidas individualizadas y los recursos temporales, espaciales, materiales y de

profesorado de apoyo a la inclusión que requiera, con la finalidad de ofrecer una respuesta educativa adecuada a sus necesidades e intereses.

La escolarización del alumnado con Trastorno del Espectro del Autismo se basará en la mayor inclusión posible. Existen diferentes modalidades de escolarización atendiendo al grado de afectación del alumnado con TEA:

- Aula ordinaria con profesorado de apoyo a la inclusión: maestro/a de Pedagogía Terapéutica y de Audición y Lenguaje.
- Unidad Específica de Comunicación y Lenguaje.
- Centro de Educación Especial

La escolaridad obligatoria se inicia a los seis años, aunque de forma generalizada, la escolarización de los niños y niñas empieza a los tres años (desde hace dos cursos, la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, aplica un Programa Experimental de escolarización de alumnado desde los dos años en varios centros), siendo en este momento y siempre de la manera más temprana posible, cuando se debe iniciar la intervención en el ámbito educativo.

En la etapa de Educación infantil y en el primer curso de Educación Primaria se puede producir una duplicidad de actuaciones con los Centros de Atención Temprana, ya que ambos intervienen en los mismos rangos de edad. Por ello, la coordinación de profesionales de los distintos ámbitos, dentro del Plan de Actuación Individual debe constituir una prioridad. En consecuencia y con carácter general, no se autorizará la salida del centro del alumnado dentro del horario lectivo para recibir tratamientos externos. Sólo se contemplará en circunstancias debidamente justificadas por causa médica o porque los programas complementarios no puedan facilitarse en el mismo centro.

### INTERVENCIÓN EN LA FAMILIA

La finalidad de la intervención familiar es ayudar a las familias a superar las distintas fases del proceso de asunción de la nueva realidad y atender a sus demandas y necesidades de información y formación.

La adaptación a un niño o niña con discapacidad es un proceso que dura toda la vida y varía entre una familia y otra, así como entre los diferentes miembros de la misma. Dado que la familia es la principal fuente de afecto, educación y cuidado del niño y la niña, es necesario que esta disponga de apoyo para afrontar este esfuerzo, por lo que los programas de intervención deben tener en cuenta las dificultades y fortalezas del entorno familiar.

El trabajo estará orientado a:

- Orientar a la familia desde el primer momento y propiciar su expresión emocional.

- Potenciar los factores de protección y resiliencia de que disponga.
- Prevenir e intervenir ante una situación de riesgo psicosocial.
- Informar sobre prestaciones y recursos con los que cuenta.

#### INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO SOCIAL Y COMUNITARIO

Las intervenciones que se lleven a cabo estarán orientadas a procurar un entorno más acogedor, seguro y no intrusivo que responda a las necesidades de niños y niñas con TEA, activando los recursos disponibles, atención sanitaria, ocio y tiempo libre, recursos para el aprendizaje, etc. Se trata de facilitar un entorno que favorezca la socialización y permita generalizar los aprendizajes adquiridos en los diferentes contextos donde desarrollan sus actividades de la vida diaria, favoreciendo así la plena inclusión.

#### **5. SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN**

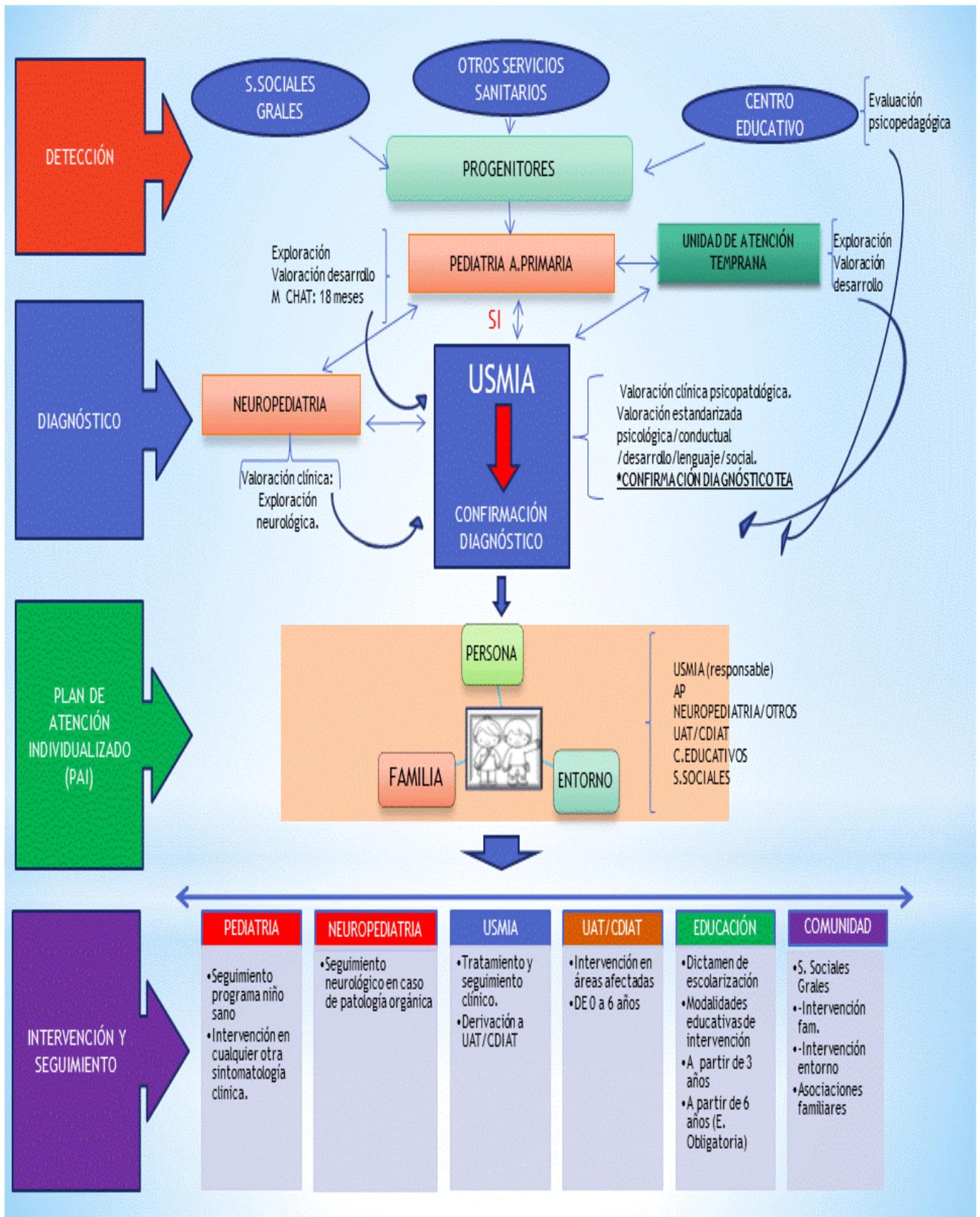
Para asegurar un adecuado desarrollo, seguimiento y evaluación del plan de intervención de cada niño y niña con TEA se precisa una coordinación del conjunto de profesionales que intervienen en todo el proceso de atención:

- Profesionales de la USMIA, Neuropediatría y Pediatría de los diferentes centros sanitarios.
- Profesionales de los centros de atención temprana (UAT/CDIAT)
- Profesionales del ámbito educativo: Equipo educativo, Servicios Psicopedagógicos Escolares, Gabinetes Psicopedagógicos Municipales y Departamentos de Orientación.

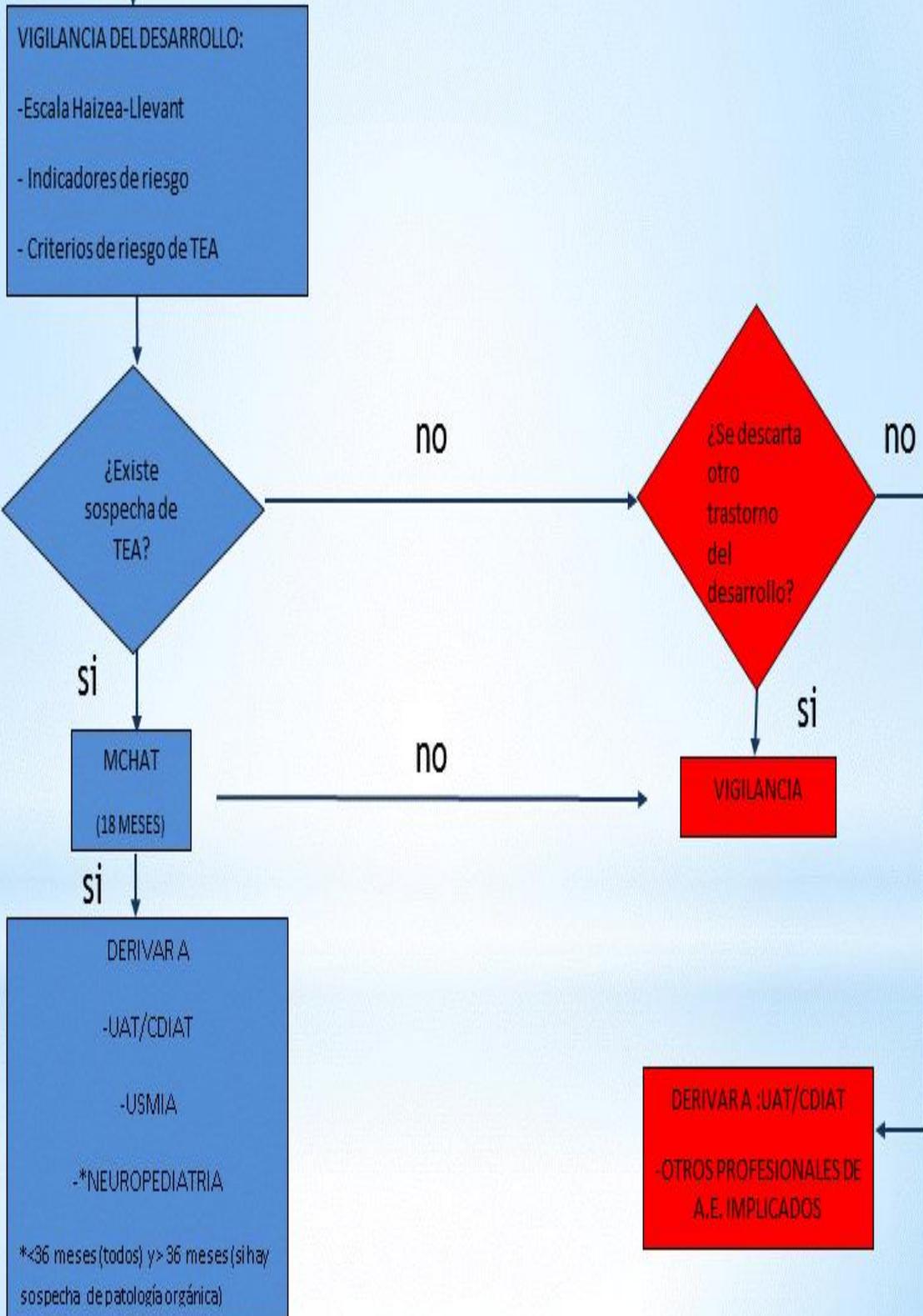
El personal facultativo del equipo de Unidad de Salud Mental Infantil y Adolescente será el responsable del seguimiento del plan de intervención de cada niño y niña con TEA. Sin embargo, es fundamental que haya una persona referente de cada ámbito de intervención, responsable de la puesta en marcha y seguimiento de las evaluaciones y actuaciones que se estén llevando a cabo: Unidad de Atención Temprana (UAT); Centro Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT); Atención Primaria de salud; centros educativos y otros servicios cuya intervención se considere necesaria.

En el caso de familias con problemas o en riesgo de exclusión social será necesaria además, la coordinación con el Trabajador o la Trabajadora Social del Centro de Salud o de los Centros de Servicios Sociales Municipales.

## 7- CIRCUITO DE ATENCIÓN PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA



# ALGORITMO DE DETECCIÓN EN PEDIATRÍA



## 8- INDICADORES

### INDICADORES DE PROCESO

- Derivación de pediatría a CAT:  
% menores derivados por pediatra a CAT con sospecha de TEA /menores derivados
- Derivación de pediatría a USMIA con informe de resultado de MCHAT:  
% menores derivados de pediatría a USMIA con sospecha de tea con informe de resultado de MCHAT/menores derivados con sospecha de TEA
- Demora en la intervención en CAT  
Tiempo transcurrido entre derivación e inicio de tratamiento  
  
>15 días  
  
15-30 días  
  
<1 mes
- Derivación a CAT por USMIA:  
% menores derivados por USMIA a CAT/menores derivados a CAT
- Menores con diagnóstico de TEA que tengan un PAI:  
% menores con diagnóstico de TEA que tengan un PAI/menores con diagnóstico de TEA

### INDICADORES DE RESULTADOS

- % de menores que han presentado mejorías con respecto al inicio de intervención en las diferentes áreas de desarrollo (social, cognitivo, comunicación, conductual).
- % Satisfacción de la familia con la intervención recibida.

## 9- ANEXOS

### ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES.

<p>CIE 10 (1995): “incluido dentro de trastornos generalizados del desarrollo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autismo infantil F84.0.</li> <li>• Autismo atípico F84.1.</li> <li>• Síndrome de Rett</li> <li>• Otro trastorno desintegrativo de la infancia F84.5.</li> <li>• Síndrome de Asperger F84.</li> <li>• Otros TGD F84.8.</li> <li>• TGD sin especificación F4.9.</li> </ul>
<p>2- DSMIV –TR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno autista 299.00.</li> <li>• Trastorno de Rett 298.0.</li> <li>• Trastorno Desintegrativo infantil 299.10.</li> <li>• Trastorno de Asperger 299.</li> <li>• TGD NE incluyendo autismo atípico ) 299.0.</li> </ul>
<p>3- DSM 5 (2013): “incluidos dentro de Trastornos del desarrollo neurológico “</p>	<p>TEA (Trastornos del espectro del autismo ) 299.00</p> <p>En esta clasificación, define a los TEA con una gran variabilidad, dando perfiles muy diferentes según la gravedad, la edad, las competencias cognitivas, la experiencia entre otros y el aprendizaje.</p> <p>En el DSM-5 ha desaparecido el Trastorno de Rett y han añadido un nuevo diagnóstico, el Trastorno de la comunicación social pragmática (315.39), dentro de los Trastornos de la comunicación.</p> <p>Nivel de gravedad 1 : “necesita ayuda “ 2 “necesita ayuda notable “ 3 “necesita ayuda muy notable”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con /sin déficit intelectual</li> <li>- Con /sin deterioro del lenguaje</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo neurológico , mental o del comportamiento ( utilizar códigos adicionales ).</li> <li>• Asociado a catatonía (utilizar código adicional)</li> </ul>

## ANEXO 2. CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICO.

### 1-CIE 10. F84 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

<p><b>F84.0 AUTISMO INFANTIL</b></p>	<p><b>A.</b> Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.</li><li>2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.</li><li>3. Juego y manejo de símbolos en el mismo.</li></ol> <p><b>B.</b> Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.</li><li>b. Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.</li><li>c. Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.</li><li>d. Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despertaban el interés del niño).</li></ol></li><li>2. Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).</li><li>b. Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado).</li><li>c. Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.</li><li>d. Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.</li></ol></li><li>3. Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.</li><li>b. Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.</li><li>c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.</li><li>d. Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos</li></ol></li></ol>
--------------------------------------	--

	<p>a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).</p> <p>C. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio-emocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70–72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett (F84.2).</p>
<p><b>F84.1 AUTISMO ATÍPICO</b></p>	<p>A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado aparecido a los tres o después de los tres años de edad (el criterio es como el del autismo a excepción de la edad de comienzo).</p> <p>B. Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca o alteraciones cualitativas en la comunicación o formas de comportamiento, intereses o actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (el criterio es como para el autismo a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios en términos del número de áreas de anormalidad).</p> <p>C. No se llega a satisfacer los criterios diagnósticos de autismo (F84.0). El autismo puede ser atípico tanto en la edad de comienzo (F84.11) como por sus manifestaciones clínicas (F84.12). Un quinto dígito permite diferenciarlos con fines de investigación. Los síndromes que no puedan incluirse en uno de ellos se codificarán como F84.12.</p> <p><b>F84.10 Atipicidad en la edad de comienzo</b></p> <p>A. No se satisface el criterio A del autismo (F84.0). Esto es, la anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.</p> <p>B. Se satisfacen los criterios B y C del autismo (F84.0).</p> <p><b>F84.11 Atipicidad sintomática</b></p> <p>A. Satisface el criterio A del autismo (es decir, anomalía del desarrollo de comienzo antes de los tres años de edad).</p> <p>B. Alteraciones cualitativas en las interacciones sociales que implican reciprocidad, o en la comunicación, o bien formas de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.</p> <p>C. Se satisface el criterio C del autismo.</p> <p>D. No se satisface el criterio B del autismo (F84.0).</p> <p><b>F84.12 Atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática</b></p> <p>A. No se satisface el criterio A del autismo. La anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.</p> <p>B. Alteraciones cualitativas de las interacciones que implican reciprocidad o de la comunicación, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.</p> <p>C. Se satisface el criterio C del autismo.</p> <p>D. No se satisface el criterio B del autismo (F84.0)</p>
<p><b>F84.2 SÍNDROME DE RETT</b></p>	<p>A. Normalidad aparente durante los períodos prenatal y perinatal, desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses de edad y perímetro cefálico normal en el momento del parto.</p> <p>B. Desaceleración del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años de edad junto a una pérdida de las capacidades motrices manuales previamente adquiridas entre los seis y los treinta meses de edad. Esto se acompaña de una alteración de la comunicación y de las relaciones sociales y de la aparición de marcha inestable y pobremente coordinada o movimientos</p>

	<p>del tronco.</p> <p><b>C.</b> Grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, junto a retraso psicomotor grave.</p> <p><b>D.</b> Movimientos estereotipados de las manos (como de retorcérselas o lavárselas) que aparecen al tiempo o son posteriores a la pérdida de los movimientos intencionales.</p>
<p><b>F84.3 OTRO TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA INFANCIA</b></p>	<p><b>A.</b> Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años de edad. Se requiere para el diagnóstico la presencia de una capacidad normal para la comunicación, para las relaciones sociales y el juego, y para los comportamientos adaptativos hasta al menos los dos años de edad.</p> <p><b>B.</b> Al comenzar el trastorno se produce una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas. Se requiere para el diagnóstico una pérdida clínicamente significativa de capacidades (y no sólo un fracaso puntual en ciertas situaciones) en al menos dos de las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lenguaje expresivo o receptivo.</li> <li>2. Juego.</li> <li>3. Rendimientos sociales o comportamientos adaptativos.</li> <li>4. Control de esfínteres.</li> <li>5. Rendimientos motores.</li> </ol> <p><b>C.</b> Comportamiento social cualitativamente anormal. El diagnóstico requiere la presencia demostrable de alteraciones en dos de los siguientes grupos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).</li> <li>2. Alteración cualitativa de la comunicación (del estilo del autismo).</li> <li>3. Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas, entre ellas, estereotipias motrices y manierismos.</li> <li>4. Pérdida global de interés por los objetos y por el entorno en general.</li> </ol> <p><b>D.</b> El trastorno no se puede atribuir a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a epilepsia adquirida con afasia (F80.6), a mutismo selectivo (F94.0), a esquizofrenia (F20.F29), ni a síndrome de Rett (F84.2).</p>
<p><b>F84.4 TRASTORNO HIPERCINÉTICO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS</b></p>	<p><b>A.</b> Hiperactividad motora grave manifiesta por al menos dos de los siguientes problemas en la actividad y la atención:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquietud motora continua, manifiesta por carreras, saltos y otros movimientos que implican todo el cuerpo.</li> <li>2. Dificultad importante para permanecer sentado: tan solo estará sentado unos segundos por lo general, a no ser que esté realizando una actividad estereotipada (ver criterio B).</li> <li>3. Actividad claramente excesiva en situaciones en las que se espera una cierta quietud.</li> <li>4. Cambios de actividad muy rápidos, de tal forma que las actividades generales duran menos de un minuto (ocasionalmente duran más si la actividad se ve muy favorecida o reforzada, y esto no excluye el diagnóstico; las actividades estereotipadas pueden durar mucho tiempo y son compatibles con este criterio.</li> </ol> <p><b>B.</b> Patrones de conducta repetitivos y estereotipados manifiestos por al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manierismos fijos y frecuentemente repetidos: pueden comprender movimientos complejos de todo el cuerpo o movimientos parciales tales como aleteo de manos.</li> <li>2. Repetición excesiva de actividades no encaminadas hacia ningún fin. Puede influir juegos con objetos (por ejemplo, con el agua corriente) o actividades ritualísticas (bien solo o junto a otra gente).</li> </ol>

	<p>3. Autoagresiones repetidas.  <b>C.</b> CI menos de 50.  <b>D.</b> Ausencia de alteración social de tipo autístico. El niño debe mostrar al menos tres de las siguientes:  1. Adecuado desarrollo del uso de la mirada, expresión y postura en la interacción social.  2. Adecuado desarrollo de las relaciones con compañeros, incluyendo el compartir intereses, actividades, etc.  3. Al menos ocasionalmente se aproxima a otras personas en busca de consuelo y afecto.  4. A veces puede participar de la alegría de otras personas. Existen otras formas de alteración social, como la tendencia al acercamiento desinhibido a personas extrañas, que son compatibles con el diagnóstico.  <b>E.</b> No cumple criterios diagnósticos para autismo (F84.0 y F84.1), trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3) o trastornos hiperquinéticos (F90.-).</p>
<b>F84.5 SÍNDROME DE ASPERGER</b>	<p><b>A.</b> Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.  <b>B.</b> Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).  <b>C.</b> Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego.  <b>D.</b> No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido (F94.1 y .2), a trastorno anancástico de personalidad (F60.5), ni a trastorno obsesivo-compulsivo (F42).</p>
<b>F84.8 OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO</b> <b>F84.9 TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO SIN ESPECIFICACIÓN</b>	<p>Se trata de una categoría residual que se usará para aquellos trastornos que se ajustan a la descripción general de trastornos generalizados del desarrollo pero que no cumplen los criterios de ninguno de los apartados F84 a causa de información insuficiente o datos contradictorios.  La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.</p>
<b>F88 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO</b>	<p>La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.</p>
<b>F89 TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO, NO ESPECIFICADO</b>	<p>La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.</p>

## 2-DSM-5. TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO. 29.00 (F84.0)

1. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos

- a. Déficits en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.
- b. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.
- c. Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos

2. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses.

- a. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ejs., movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
- b. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (ejs., malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).
- c. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (ejs., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
- d. Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ejs., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

3. Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).

4. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.

5. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia coocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la

comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

*Nota: Las personas con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, deben recibir el diagnóstico de trastorno del espectro de autismo. Las personas que tienen marcadas déficits en comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para el trastorno de espectro de autismo, deberán ser evaluados para el trastorno de comunicación social (pragmática).*

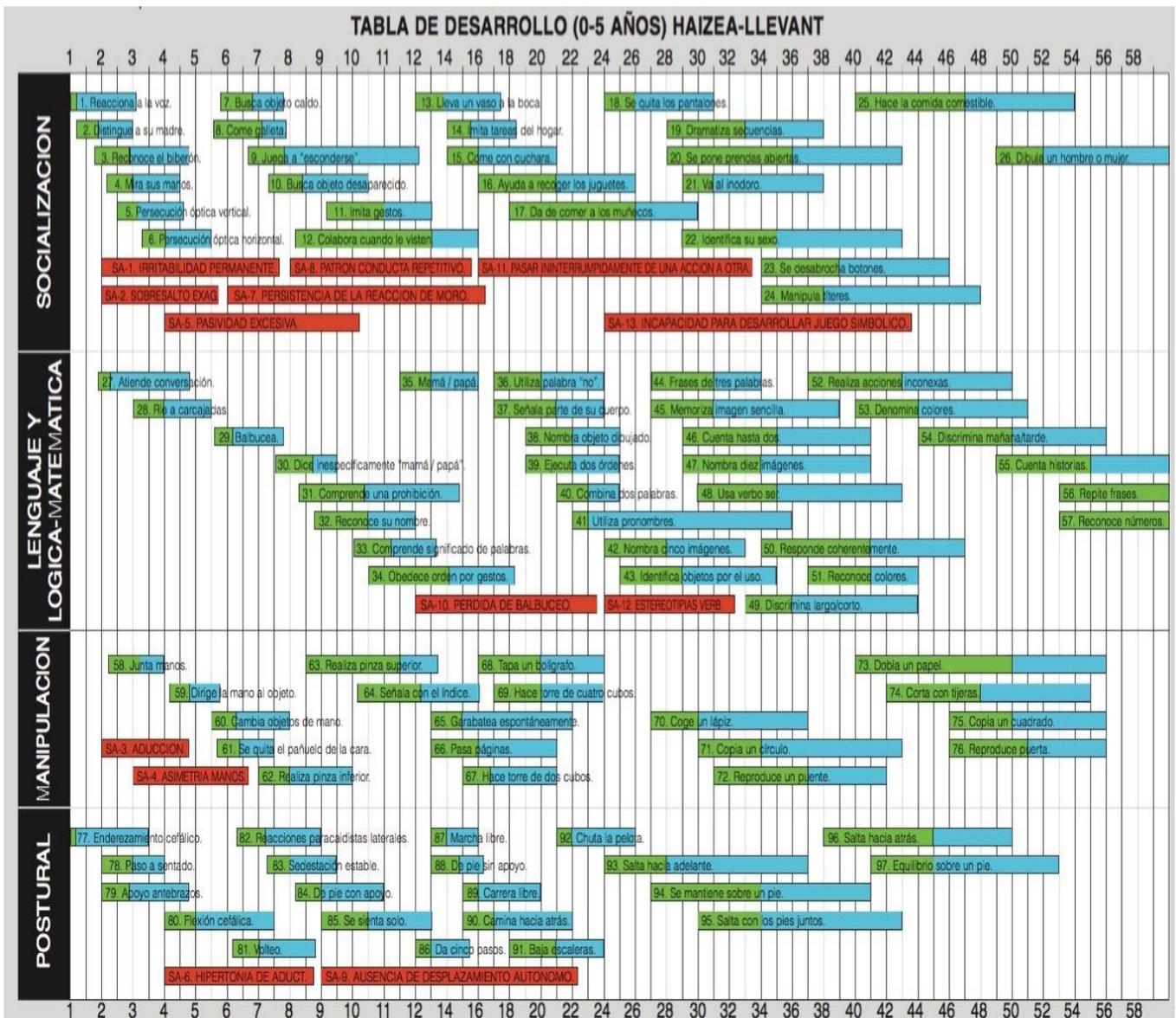
Especificar si:

- Se acompaña o no de discapacidad intelectual.
- Se acompaña o no de un trastorno del lenguaje.
- Se asocia con una condición médica o genética o con un factor ambiental conocido.
- Se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (Nota de codificación: use otro(s) código(s) adicional(es) para identificar el trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado).
- Con catatonia (hacer referencia a los criterios de catatonia asociada con otro trastorno mental) (Nota de codificación: use el código adicional 293.89 [F06.1] catatonia asociada con trastorno del espectro de autismo para indicar la presencia de catatonia comorbida).

#### Niveles de severidad del trastorno del espectro de autismo

Nivel de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
Nivel 3 Requiere un apoyo muy sustancial	Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta
Nivel 2 Requiere un apoyo sustancial	Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficits sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona que habla con frases sencillas, cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta comportamientos atípicos a nivel no verbal	El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
Nivel 1 Requiere apoyo	Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia

### ANEXO 3. ESCALA DE DESARROLLO HAIZEA-LLEVANT



#### Normas de interpretación de la tabla de desarrollo Haizea-Llevant:

La tabla está dividida en cuatro áreas: sociabilidad, lenguaje, manipulación y postural con diferentes pruebas para cada una de ellas.

Estas pruebas están representadas en la tabla en forma de barras horizontales de diversos colores que indican el porcentaje de niños y niñas que ejecutan una acción.

El inicio de la barra (verde) indica el 50% de niños y niñas, el cambio de color (azul) indica un 75% y el final de la misma indica que a esa edad el 95% ya hacen la acción estudiada.

Encontramos también en la tabla unos signos de alerta representados como líneas de color rojo.

El orden correcto de valoración de la tabla es “leyéndola” de izquierda a derecha y de arriba abajo.

Trazar una raya vertical que corresponda a la edad en meses del niño o niña (ajustado por debajo de 18 meses de edad en aquellos casos de prematuridad).

Preguntar a familiares y comprobar, en su caso, si realiza:

- a) Aquellos elementos situados a la izquierda de la línea trazada.
- b) Aquellos elementos que dicha línea atraviesa.

El examinador o examinadora valorará la falta de adquisición de dichos elementos, en todas o alguna de las áreas, así como la presencia de signos de alerta, para determinar la necesidad de otros estudios diagnósticos.

#### ANEXO 4. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN M-CHAT\* (18 MESES)

(Formato para el profesional)

La información que contiene este cuestionario es totalmente confidencial. Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa NORMALMENTE. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace.

Por favor, conteste a todas las preguntas.

1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el “caballito” sentándole en sus rodillas, etc.?	SI	NO
<b>2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?</b>	SI	NO
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...?	SI	NO
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al “cucú-tras” (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)	SI	NO
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	SI	NO
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	SI	NO
<b>7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?</b>	SI	NO
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	SI	NO
<b>9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	SI	NO
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)	SI	NO
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?	SI	NO
<b>13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)</b>	SI	NO
<b>14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?</b>	SI	NO
<b>15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?</b>	SI	NO

16. ¿Ha aprendido ya a andar?	SI	NO
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?	SI	NO
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándose a los ojos?	SI	NO
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que el o ella está haciendo?	SI	NO
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?	SI	NO
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?	SI	NO
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?	SI	NO
23. ¿Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	SI	NO

**INFORMACIÓN PARA EL/LA PROFESIONAL:**

Puntos de corte en el cuestionario para ser considerado un “fallo” (en negrita)

- Fallo en al menos 3 de los 23 elementos (se considera fallo a las respuestas si/no en negrita)

- Fallo en al menos 2 de los 6 elementos críticos (números 2, 7, 9, 13,14, 15 en negrita)

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

Fecha:

Nombre de la persona que rellena el cuestionario:

(Especifique): Parientes con el niño/a: Madre/ Padre/ Otro/a

DATOS DEL NIÑO/A

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: Varón Mujer

Teléfono de contacto:

Dirección:

## ANEXO 5. INDICADORES DE ALARMA

### 1-INDICADORES DE ALARMA EN MENORES DE 6,12 Y 15 MESES

#### Revisión 6 meses

Dirige la mirada a personas, sonidos u objetos	SI	NO
Sonrisa social presente	SI	NO
Reacciona ante estímulos sociales o ante otros objetos	SI	NO
Emite vocalizaciones en respuesta a estímulos de la persona adulta	SI	NO
Se deja acunar o acariciar	SI	NO

#### Revisión 12 meses

Dirige la mirada a personas o cosas	SI	NO
Sonrisa social presente	SI	NO
Participa en juegos interactivos (pom-pom, palmitas...)	SI	NO
Emite sílabas, vocaliza, balbucea, hace gestos	SI	NO
Presenta anticipación cuando va a ser cogido/a	SI	NO
Reacciona con emociones de forma adecuada (risa, llanto, malestar ante personas extrañas)	SI	NO

#### Revisión 15 meses

Ha perdido contacto ocular	SI	NO
Muestra objetos	SI	NO
Muestra interés por juegos participativos	SI	NO
Muestra intención comunicativa (señala con la mano)	SI	NO
Imita gestos	SI	NO
Ha perdido respuesta a su nombre	SI	NO
Presenta balbuceo social comunicativo (como si conversara con la persona adulta)	SI	NO

## 2-INDICADORES DE ALARMA A LOS 18 Y 24 MESES

### Revisión 18 meses

Mantiene contacto ocular durante unos segundos	SI	NO
Se entretiene con los juguetes y los explora	SI	NO
Responde cuando se le llama	SI	NO
Imita o repite gestos o acciones	SI	NO
Tiene expresiones para demostrar afecto	SI	NO
Tiene regresión en el lenguaje	SI	NO
Tiene conductas inadecuadas (andar de puntillas, no se interesa por nada, movimientos muy repetitivos,...)	SI	NO
Los progenitores están preocupados por algún aspecto del desarrollo de su hijo o hija	SI	NO

### Revisión 24 meses.

Tiene lenguaje acolálico	SI	NO
Se relaciona con otros niños y niñas o personas adultas. Juega con estos/as.	SI	NO
Tiene juego simbólico	SI	NO

## 3-INDICADORES DE ALARMA EN MENORES DE 3 Y 4 AÑOS

### COMUNICACIÓN

Ausencia o retraso en el lenguaje no compensado por otras formas de comunicación	SI	NO
Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje. Se refiere a sí mismo/a en 2ª o 3ª persona.	SI	NO

### SOCIAL

Muestra interés por juegos simples con otras personas	SI	NO
Prefiere actividades solitarias	SI	NO

## INTERESES, ACTIVIDADES Y CONDUCTAS

Insiste en rutinas y/o presenta resistencia a los cambios	SI	NO
Realiza juegos repetitivos con juguetes	SI	NO
Reacciona de forma exagerada a ciertos estímulos. (auditivos, visuales, olfativos, táctiles y del gusto)	SI	NO

### 4- INDICADORES DE ALARMA EN MENORES DE 5 A 11 AÑOS

1. Tiene comportamientos no verbales extraños: mira poco a la cara, su gesto es poco expresivo habitualmente, a veces expresa sus emociones de forma desproporcionada, etc.

SÍ  NO

2. Su lenguaje tiene algunas características llamativas: entonación peculiar, vocabulario rebuscado, reiteraciones verbales, etc.

SÍ  NO

3. Tiene dificultades para iniciar o mantener una conversación, o mantenerla de forma apropiada: se va del tema, toma las cosas al pie de la letra, dice cosas que no vienen a cuento, etc.

SÍ  NO

4. Tiene un interés inusual por algún tema especial, habla y busca información sobre ese tema con mucha frecuencia. Por Ej., los planetas, los números, animales, medios de transporte, etc.

SÍ  NO

5. Tiene un comportamiento ritualista con cierta frecuencia. Por Ej., quiere hacer algo siempre de la misma forma: alinea objetos, quiere hacer siempre el mismo itinerario, etc.

SÍ  NO

6. Su relación con los compañeros o compañeras es escasa, hay falta de reciprocidad social, no comparte intereses y disfrutes de forma apropiada, a menudo le gusta estar solo, tiene dificultad en comprender los sentimientos en otras personas, etc.

SÍ  NO

## ANEXO 6. POBLACIÓN INFANTIL CON MAYOR RIESGO DE TEA

Factores de riesgo prenatales	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consumo materno de alcohol u otras sustancias</li><li>- Fármacos teratógenos</li><li>- Infecciones maternas</li></ul>
Factores de riesgo perinatales	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apgar &lt; 7 a los 5'</li><li>- Nacimiento antes de las 32 semanas y con un peso &lt;2.500 gramos.</li><li>- Retraso Crecimiento Intrauterino (RCIU)</li></ul>
Factores de riesgo postnatales	<ul style="list-style-type: none"><li>- Infecciones que pueden cursar con meningitis o encefalitis</li><li>- Enfermedades metabólicas como la fenilcetonuria no tratadas tras el nacimiento.</li><li>- Encefalopatías epilépticas en el primer año de vida.</li></ul>
Otros factores	<ul style="list-style-type: none"><li>- Edad avanzada de la madre o del padre.</li><li>- Complicaciones durante la gestación: diabetes gestacional y sangrado)</li><li>- Progenitores con historial psiquiátrico de psicosis esquizofrénica o trastorno afectivo.</li><li>- Hermano/as de niños o niñas con TEA</li></ul>

## **ANEXO 7. ENFERMEDADES RELACIONADAS CON TEA SINDRÓMICOS**

Diferencias entre autismo idiopático y autismo sindrómico.

En la valoración médica es muy útil en primer lugar, tratar de diferenciar los TEA en los subtipos idiopático y secundario. Empleamos el término TEA idiopático en aquellos casos en los que se cumplen los criterios de TEA pero no tienen asociada una condición médica que se conoce como causa de TEA. La mayoría de población infantil con TEA corresponde a este subtipo.

El término secundario se refiere a aquellos casos con un síndrome o trastorno médico identificable que se sabe que está asociado a TEA. Aunque hasta el momento se consideraba que un 10-20% de los casos con TEA presentaba un trastorno médico comórbido, los estudios recientes plantean que dicho porcentaje es menor del 10% (92).

Entre otras enfermedades pueden asociarse a TEA:

### **ENFERMEDADES GENÉTICAS**

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

### **ENFERMEDADES NEURO CUTANEAS**

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

### **ENFERMEDADES METABOLICAS**

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

1. Fenilcetonuria.
2. Déficit de adenilosuccinasa.
3. Hiperactividad del citosol 5 nucleotidasa.
4. Leucodistrofia metacromática.
5. Mucopolisacaridosis (MPS): San Filippo y Hurler.
6. Enfermedades peroxisomales.
7. Síndrome de piridoxin dependencia.
8. Déficit de succinico semialdehido dehidrogenasa.

9. Déficit de Biotinidasa.
10. Acidemia isovalerica.
11. Histidinemia.

#### SIGNOS FÍSICOS A CONSIDERAR EN TEA SINDRÓMICO O SECUNDARIO

Es necesario que el personal de pediatría dedique especial atención a signos físicos que pueden indicar enfermedad asociada:

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

## ANEXO 8. CONTENIDOS FUNDAMENTALES QUE DEBEN INCLUIRSE EN UNA HISTORIA CLÍNICA.

GRUPO GETEA (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista)

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

Consultas y tratamientos anteriores	Incluye la revisión de las consultas realizadas hasta el momento relativas al problema de la persona, así como los tratamientos o programas llevados a cabo, los servicios en los que se la ha atendido y el programa educativo que se ha seguido hasta la actualidad.

## ANEXO 9. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA



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.

(Llibre blanc de la atenció 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 estats clau amb proves estandaritzades:
  1. Prova de Brunet-Lezlie, 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.
- **Coordinació** amb altres professionals que atenen el/la xiqueta (neonatólog/a, pediatra, neuropsiquiatra, professionals de la LISMA, professorat, 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 xiqueta/a requereixen també una intervenció per part d'altres serveis especialitzats (ONCE, IVAF...), es realitzarà una atenció paral·lela i/o 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/o coordinada amb aquests serveis.

### 4. Periodicitat de l'atenció

L'atenció anirà 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 formalitzats.
  - Xiquets o xiquetes que hagueren 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 socials en aquells casos d'especial vulnerabilitat que se'n puguen 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 téndrà 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 perfil professionals específics especialitzats, com ara treballador/a social, etc.

### 7.- Protocol de 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 i/o utilitzaran 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 diferent (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.

A - 19980 - 01 - 11

**ANEXO 10. SOLICITUD DE INTERCONSULTA/DERIVACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO A CAT/UAT**

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

09/05/16

IA - 19376 - 01 - E DIN - A4



## ANEXO 12. INDICADORES DE EVALUACIÓN.

<b>ATENCIÓN PRIMARIA (PEDIATRÍA)</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA (COMÚN A TODAS LAS EDADES)*</b>	Historia detallada de todos los signos que preocupen a los progenitores
		Historia prenatal, gestación, perinatal y del desarrollo
		Embarazos y abortos previos, fertilización in vitro
		Enfermedades durante la gestación e infecciones prenatales (CMV, toxoplasmosis y rubeola)
		Medicación durante la gestación
		Hábitos tóxicos
		Duración de la gestación, parto y posibles complicaciones
		Neonato: peso, longitud y perímetro craneal. Puntuaciones APGAR
		Desarrollo neonatal, dificultades en alimentación, hipotonía, convulsiones.
		Desarrollo psicomotor y del lenguaje.
		Antecedentes médicos personales (problemas de salud hasta el momento)
		Hospitalización, intervenciones quirúrgicas, traumatismos.
		Enfermedades previas o de base que indiquen que es necesario hacer exploraciones complementarias.
		Específicamente, preguntar por la posibilidad de crisis epilépticas.
		Alergias y otros trastornos autoinmunes.
		Preguntar sobre dietas restrictivas, ya que muchos niños tienen un repertorio alimentario muy reducido o siguen dietas que restringen algunos nutrientes.
		Tratamientos farmacológicos hasta el momento, incluidos los indicados desde medicinas alternativas.
		Explorar cuidadosamente las posibles regresiones del desarrollo.
	Antecedentes familiares (especialmente: TEA, dificultades del lenguaje y la comunicación, otros trastornos del desarrollo, discapacidad intelectual, psicosis, trastornos afectivos o de ansiedad).	
	<b>EXPLORACIÓN FÍSICA Y DEL DESARROLLO</b>	<p>Evaluación médica: Es necesario asegurar que el niño se haya sometido a una exploración médica. Esta evaluación debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploración visual y auditiva</li> <li>- Altura, peso, circunferencia craneal</li> <li>- Obtención de información de hábitos de sueño, alimentación, control de esfínteres, alteraciones gastrointestinales y posibles convulsiones.</li> <li>- Exploración del desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje: es importante valorar el temperamento y las habilidades socioemocionales desde la primera infancia: participación en juegos típicos del neonato (“éste es el padre...”; “juego del cucú”), contacto visual (durante alimentación y juego), atención conjunta, saludos, actuación en acontecimientos significativos como cumpleaños, anomalías sensoriales (hipersensibilidad al sonido, la luz).</li> </ul>

<b>NEUROPEDIATRÍA</b>	HISTORIA CLÍNICA *	Antecedentes personales	
		Problemas perinatales	
		Antecedentes familiares	
	EXAMEN CLÍNICO Y NEUROLÓGICO	Perímetro cefálico y velocidad de crecimiento, peso y talla	
		Rasgos dismórficos y cutáneos	
		Exploración neurológica: tono, fuerza, reflejos,	
		Desarrollo psicomotor, lenguaje y conducta.	
		Estereotipias	
	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Rutinarias:	Examen rutinario de sangre EEG y genética.
			Descartar problemas auditivos: otoemisiones y potenciales evocados auditivos troncoencefálicos
			Descartar problemas visuales: fondo de ojo
			Estudio genético en caso de retraso mental asociado, fenotipo constitucional sugerente o ante sospecha de síndrome específico (Rett, X-fragil, síndrome de Angelmann...)
			Estudio genético y G Arrays en caso de TEA Síndrónico.
		Estudio metabólico: ante hallazgos físicos o historia familiar de retraso mental (estudio sérico)	
		Opcionales (en caso de patología específica asociada)	Estudio EEG de sueño o tras privación del mismo si se sospecha epilepsia o actividad epileptiforme, en casos de regresión social o comunicativa
			Resonancia Magnética Nuclear en casos de dismorfias, convulsiones, historia familiar de problemas neurológicos o de desarrollo, síndromes específicos identificados o anomalías en el examen neurológico.
		Exploraciones consideradas solo en investigación o tras indicación personalizada por hallazgos o sospechas clínicas que las justifiquen	Pruebas de evaluación neurofisiológica: electroencefalograma y cartografía cerebral, polisomnograma nocturno, monitorización vídeo-EEG, potenciales evocados somestésicos (SEP), potenciales evocados cognitivos, registros de magnetoencefalografía, neuroimagen y pruebas metabólicas
Pruebas de neuroimagen estructural y funcional: resonancia magnética con espectroscopia, resonancia magnética funcional, tomografía por emisión de positrones, técnica MSI (Fusión de RM estructural y MEG).			

<b>ATENCIÓN TEMPRANA</b>	Menores de 18 meses	1. Entrevista a la familia para obtener el Anamnesis completo con antecedentes familiares, aspectos relevantes del periodo prenatal, perinatal y postnatal, desarrollo observado por los padres hasta el momento,...
		2. Evaluación con la Escala de Desarrollo Brunet-Lèzine revisada que proporciona edades y cocientes de desarrollo hasta los 36 meses en el área Motriz, Cognitiva, Comunicación y Social así como de la Edad y Cociente de Desarrollo Global.
		3. Planteamiento de los primeros objetivos a trabajar en la Unidad con pautas a los padres para optimizar el desarrollo en casa.
		4. Evaluaciones continuas para ir modificando los objetivos a trabajar según la evolución, lo que contribuirá a clarificar el diagnóstico posterior.
	Mayores de 18 meses	1. Entrevista a la familia para obtener el Anamnesis. Además en esta primera entrevista se cumplimentaran los primeros cuestionarios de Screening más específicos: - Cuestionario CSBS-DP del bebé y niño pequeño para niños de 16-24 meses (Wetherby y Prizant, 1993)  Si los niños y niñas acuden a Escuela Infantil se ofrecerá algún cuestionario para obtener información por parte del personal educador y/ psicología: Cuestionario de Interacción Social, Escala de Observación de la Comunicación en Educación Infantil (Adaptación de las escalas McShane (1980), Donellan y otros (1984).
		2. Valoración del Desarrollo Psicomotor:  - Observación del juego. - Evaluación con Escala de Desarrollo, a determinar según edad: Brunet-Lèzine Revisada, Escala Merrill-Palmer-R, Escala McCarthy, escala Bayley III, otras. - Evaluación con Escalas Adaptativas: ABAS-II - Evaluación de las Funciones Ejecutivas: BRIEF-P - Visionado de vídeos aportados por la familia en los que se observarán momentos de interacción y juego en casa.
3. Valoración del área de comunicación y lenguaje:  - Protocolo de Comunicación Pre-verbal (adap. C. Kierman y B. Reid 1987) - Evaluación de la comunicación ECO - Inventario de Desarrollo Comunicativo MacArthur - Test de Vocabulario Peabody - Escala de desarrollo del lenguaje Reynell III  En función del nivel de desarrollo lingüístico se podrán aplicar otras pruebas estandarizadas (PLON, ITPA,...)		

<b>EDUCATIVO</b>	<b>CONCEPTO</b>	La evaluación psicopedagógica es el proceso sistemático, planificado y riguroso mediante el cual el personal de los Servicios Especializados en Orientación ,actuando de manera colaborativa con el profesorado, realiza acciones de recogida y análisis de información que permite emitir una valoración y tomar decisiones para la mejora del aprendizaje del alumnado. Es un proceso global y complejo que identifica y valora las necesidades de forma precisa, promueve el desarrollo personal, escolar y social, y orienta al profesorado y a la familia en su labor educativa.
	<b>PROFESIONALES</b>	La evaluación psicopedagógica es competencia del personal de los Servicios Especializados en Orientación: profesorado de Enseñanza Secundaria de la especialidad de Orientación Educativa en los servicios psicopedagógicos escolares, en los departamentos de orientación o equivalentes, en los gabinetes psicopedagógicos escolares autorizados o por quien tenga atribuidas sus funciones de acuerdo con la normativa vigente. A partir de ahora orientador u orientadora.  La evaluación psicopedagógica es un proceso compartido y colaborativo del orientador o la orientadora con el profesorado, las familias y la propia alumna o alumno.
	<b>OBJETIVOS</b>	La evaluación psicopedagógica sirve de base para la toma de decisiones sobre diferentes situaciones del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, así como sobre la organización de su entorno educativo y los recursos de apoyo necesarios.  La evaluación psicopedagógica comporta la identificación de los factores de acceso, participación, y aprendizaje así como su interacción con el contexto escolar, familiar y social que favorecen o dificultan el aprendizaje del alumnado y, por tanto es clave para la identificación de sus necesidades educativas.
	<b>ACTUACIONES</b>	1. Detección e inicio del procedimiento a) El proceso de evaluación psicopedagógica parte del momento en que en el ámbito escolar o en el ámbito familiar se observan dificultades de acceso, participación o aprendizaje del currículo en una alumna o en un alumno. b) A partir de esta detección el tutor o la tutora solicita una evaluación psicopedagógica para la identificación de necesidades específicas de apoyo educativo y lo comunica a la familia. La solicitud incluye una descripción del motivo por el que se solicita la evaluación psicopedagógica y de las actuaciones recibidas anteriormente por la alumna o el alumno, de las medidas y recursos, así como otra información relevante del entorno escolar, familiar, social y otros ámbitos en su caso. El profesorado aporta el nivel de competencia curricular del alumnado, información necesaria para el proceso de evaluación psicopedagógica. En caso de que la detección se produzca en el ámbito familiar, los padres o representantes legales informan al tutor o la tutora de las dificultades observadas para que se inicie el proceso de evaluación. c) El orientador o la orientadora, a la vista de la solicitud, valora si la necesidad educativa que presenta, de acuerdo con lo establecido en el capítulo I del título II de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, no requiere una atención educativa diferente a la ordinaria para que pueda alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y puede ser atendida mediante medidas ordinarias de atención a la diversidad, ajustando las que ya recibe o introduciendo otras nuevas. Si entiende que es mejor aplicar estas medidas ordinarias y no introducir otras extraordinarias podrá decidir que no es procedente realizar la evaluación psicopedagógica para la identificación de necesidades específicas de apoyo educativo. En ese caso indicará el motivo de no realización.  2. Audiencia previa a la familia. a) Después de la valoración de la solicitud por parte del orientador o la orientadora, en sesión conjunta con el tutor o tutora, mediante convocatoria oficial y en trámite de audiencia,

		<p>se reúne con los progenitores o representantes legales de la alumna o del alumno, informando de las dificultades detectadas, necesidad de identificar las barreras que dificultan su acceso, su participación o su aprendizaje, las medidas y recursos dotados con anterioridad y proponiendo, en su caso, la conveniencia de realizar una evaluación psicopedagógica.</p> <p>b) Los progenitores o representantes legales, conocedores de la información aportada en la reunión, manifiestan su conformidad y en su caso los motivos de discrepancia. La familia recibe copia del acta correspondiente. En la decisión de realizar la evaluación psicopedagógica, se tendrá cuenta su opinión, siempre que no se vulnere el ejercicio de las potestades que tiene conferidas la función docente y orientadora para garantizar el derecho fundamental a la educación.</p> <p>3: Informe psicopedagógico.</p> <p>a) El orientador o la orientadora realiza la correspondiente evaluación psicopedagógica para recoger información relevante con la finalidad de identificar y valorar las necesidades educativas del alumno o alumna.</p> <p>b) Toda la información obtenida durante el proceso de la evaluación psicopedagógica queda recogida en su expediente psicopedagógico . Esta información es de uso exclusivo de los Servicios Especializados de Orientación y puede ser compartida entre los y las profesionales que autorice la familia.</p> <p>c) Una vez realizada la evaluación psicopedagógica, el orientador o la orientadora procederá a realiza el informe psicopedagógico.</p> <p>4. Audiencia posterior a la familia.</p> <p>a) Realizada la evaluación psicopedagógica y elaborado el correspondiente informe psicopedagógico, el tutor o la tutora mediante convocatoria oficial y en trámite de audiencia, en sesión conjunta con el orientador o la orientadora, se reúne con los progenitores o representantes legales de la alumna o del alumno, en la que los informa del resultado de la evaluación así como de las medidas propuestas en el informe psicopedagógico, la propuesta para el Plan de actuación si procede, así como las posibles consecuencias en su aprendizaje.</p> <p>b) Los progenitores o representantes legales, conocedores de la información aportada, aceptan o no la aplicación de las medidas y recursos propuestos para su hijo o su hija, comprometiéndose a colaborar en su aplicación. En caso de que no acepten la aplicación de las medidas y recursos propuestos para la alumna o el alumno, hay que ajustarse a lo dispuesto la normativa vigente en materia de protección de la infancia y de la adolescencia.</p> <p>5. Seguimiento</p> <p>a) Es responsabilidad del tutor o de la tutora, el seguimiento de la respuesta educativa prevista en el correspondiente Plan de la actuación.</p> <p>6. Revisión.</p> <p>Se realiza un nuevo proceso de evaluación psicopedagógica con el informe correspondiente en caso de que se haya producido una alteración sustancial en las condiciones de acceso, participación y aprendizaje en el alumno o alumna.</p>
	FINALIDAD	<p>La evaluación psicopedagógica, con el correspondiente informe, es requisito previo para la aplicación de las medidas extraordinarias como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptación Curricular Individual Significativa para alumnado con necesidades educativas especiales (Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria)</li> <li>2. Acceso a un Programa de Mejora del Aprendizaje y del rendimiento para alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (Educación Secundaria Obligatoria)</li> <li>3. Acceso a un Programa de Formación Profesional Básica (Educación Secundaria Obligatoria)</li> <li>4. Prórroga de permanencia de un año más en la etapa para alumnado con necesidades educativas especiales (Educación Infantil)</li> <li>5. Prolongación de la escolarización de un año más en la etapa para alumnado con necesidades educativas especiales (Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria)</li> <li>6. Flexibilización de la escolarización para alumnado con altas capacidades (Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria)</li> <li>7. Acceso al currículo que requiera recursos personales de carácter extraordinario para alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo</li> <li>8. Acceso al currículo que requiera recursos organizativos de carácter extraordinario para alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo</li> </ol>

	<p>9. Acceso al currículo que requiera recursos materiales de carácter extraordinario para alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo</p> <p>10. Programa Refuerzo de 4º (PR4); Programa Mejora Aprendizaje (PMA) y Programa Mejora Aprendizaje Rendimiento (PMAR).</p> <p>11. Otras que reglamentariamente se determinan.</p>
INSTRUMENTOS	<p>El orientador o la orientadora, utiliza los instrumentos y técnicas propias de su especialidad para efectuar la evaluación psicopedagógica. A título orientativo, los instrumentos y técnicas como pueden ser:</p> <p>Documentación acreditada del alumno o alumna referida a la historia escolar, familiar y social y otros ámbitos.</p> <p>Protocolos que indican su competencia curricular y el grado de adquisición en las competencias clave.</p> <p>Observación sistemática, mediante escalas de observación, listas, etc.</p> <p>Entrevistas y cuestionarios a la alumna o el alumno, la familia, el profesorado y otro personal que se considere relevante.</p> <p>Material psicopedagógico adecuado.</p> <p>3. El orientador o la orientadora, inicia el proceso de la evaluación psicopedagógica con la recogida de información mediante la aplicación de los instrumentos y técnicas específicas, realiza el correspondiente análisis, identificando en su caso cuáles son las necesidades educativas del alumnado, si tienen la consideración de necesidades específicas de apoyo educativo y su nivel de incidencia en el acceso, la participación o el aprendizaje del currículo.</p> <p>El orientador o la orientadora, para completar los datos necesarios del proceso podrá remitir a otros servicios no educativos una solicitud de colaboración.</p>

## ANEXO 13. TIPOS DE EVALUACIÓN

### CENTRADA EN EL NIÑO O NIÑA

<b>DESARROLLO DE LAS ÁREAS ESPECIALMENTE AFECTADAS EN LOS TEA, INTERACCIÓN SOCIAL Y MENTALISMO.</b>	-Uso espontáneo de la mirada.
	- Mantenimiento espontáneo de la proximidad.
	- Imitación social.
	- Toma de turnos.
	- Iniciativa social.
	- Expresión y comprensión de emociones.
	- Desarrollo del yo.
	- Capacidad para captar, comprender e interpretar las claves socioemocionales.
	- Capacidad para comprender el punto de vista y las intenciones de los demás o Comunicación y lenguaje. Se realizará a través de la observación en situaciones naturales o estructuradas o con instrumentos específicos
	- Comprensión de la comunicación sencilla. Lenguaje receptivo: comprensión de los diferentes modos de comunicación, de las intenciones comunicativas, del lenguaje no literal.
	- Estrategias instrumentales y reguladoras, para satisfacer sus necesidades y regular la conducta de los demás. Lenguaje expresivo: intención comunicativa, funciones comunicativas.
	- Estrategias de interacción social.
- Estrategias de atención conjunta.	
<b>ESTRATEGIAS RITUALES E IMAGINATIVAS, DESTINADAS A LA EXPRESIÓN DE NORMAS DE CONDUCTA Y A RECREAR LA REALIDAD.</b>	- Lenguaje: formal , fonología, morfología etc?
	- Juego simbólico/ de pretensión. Se valorará mediante entrevistas estructuradas, cuestionarios y observación semiestructurada (juego libre):
	- Manipulativo / Exploratorio.
	- Organizativo.
	- Estructurado / Constructivo.
	- Juegos de Causa y Efectos / Medios-Fin.
	- Juego Interactivo.
	- Juego de Simulación-Funcional.
	- Juego de Simulación-Simbólico.
	- Juego de Simulación-Fantasía.
- Juego de Simulación-Social.	
- Juego cooperativo.	
Flexibilidad y autorregulación. Se valorará mediante la observación en diferentes situaciones y la entrevista a los progenitores y/o personal cuidador:	
- Intereses funcionales y flexibles.	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad de anticipación.</li> <li>- Aceptación de los cambios.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de habilidades adaptativas adecuadas a su edad: mediante entrevista a los progenitores: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Alimentación.</li> <li>o Control de esfínteres.</li> <li>o Vestido.</li> <li>o Aseo.</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo motor, mediante la observación, información de los progenitores, el examen motor, instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Motricidad fina y gruesa.</li> <li>o Tono muscular: hipotonía, espasticidad.</li> <li>o Apraxias.</li> </ul> </li> </ul>
<b>ALTERACIONES CONDUCTUALES Y PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA.</b>	Secundarios a la condición de TEA: más frecuente en caso de niños, niñas y adolescentes de alto funcionamiento, que son conscientes de sus dificultades en los diferentes contextos sociales.
	Trastornos que coexisten con un TEA: se han identificado trastornos psiquiátricos y alteraciones cognitivas en algunos niños y niñas con TEA. Es frecuente que presenten: ansiedad, trastornos afectivos, trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos conductuales, trastorno por tics.

### CENTRADA EN LA FAMILIA

FACTORES SOCIALES	Tipología y estructura de la familia (monoparental, separación...)
	Nivel socioeconómico
	A Entorno y dinámica social: equipamiento e infraestructura, comunicación, diversidad de recursos poyos sociales y materiales (red social)
FACTORES PERSONALES	Habilidades en resolución de problemas
	Estrategias de afrontamiento
	Capacidad de adaptación
	Antecedentes psicopatológicos
FACTORES CULTURALES	Creencias, costumbres
	Pertenencia y vinculación al medio, rechazo o exclusión social

## ANEXO 14. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (Específicas de TEA)

PRUEBAS ESPECIFICAS DE TEA	
Aspecto a evaluar	Instrumentos
Pruebas de screening	MCHAT SCQ ESCALA AUTÓNOMA
Pruebas de evaluación extensa	ADI-R CARS ADOS ACACIA IDEA

- **CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN SOCIAL (SCQ):** Es otro instrumento de screening destinado a evaluar de forma rápida las capacidades de comunicación y de relación social de niños y niñas que pudiesen padecer trastornos del espectro autista (TEA). Permite recoger los síntomas observados por los progenitores o personas cuidadoras para poder decidir adecuadamente si es conveniente remitirlos a una evaluación más profunda.
- **ADI-R.** (AutismDiagnostic Interview-revised): entrevista semi estructurada para los progenitores. Recomendada para niños y niñas con nivel de desarrollo superior a 18 meses.
- **ADOS.** (AutismDiagnosticObservation Schedule): evaluación observacional semi-estructurada, con cuatro módulos diferenciados según el nivel del lenguaje del niño, niña y edad. Se ha añadido una nueva versión para niños y niñas sin lenguaje verbal (PL-ADOS) y ADOS 2 que incluye el modulo T para la valoración a partir de 12 meses.
- **CARS.** (ChildhoodAutism Rating Scale): instrumento observacional para niño, niñas y adultos. Recomendado a partir de los 2 años. Fácil de aplicar y tiene buena sensibilidad para discriminar las personas con y sin autismo.
- **ACACIA.** Esta prueba, diseñada por investigadores españoles, evalúa problemas de autismo en niños y niñas a partir de 2 años. Plantea como uno de sus objetivos principales la presentación de situaciones que eliciten estrategias sociales básicas, como las instrumentales o las de anticipación, que permitan la observación de categorías relevantes en la interacción social. Está dirigida a niños y niñas con muy escasas o nulas competencias a nivel de lenguaje expresivo funcional, y con una edad mental inferior a 36 meses.
- **IDEA.** Diseñado por el grupo de Angel Rivière, este inventario tiene por objetivo valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, tanto en casos de trastornos del espectro autista como de Asperger. Está dirigido para niños y niñas a partir de 5-6 años.
- **ESCALA AUTÓNOMA PARA LA DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE ASPERGER Y EL AUTISMO DE ALTO NIVEL DE FUNCIONAMIENTO.** No es una prueba diagnóstica per se, pero permite contrastar de manera objetiva

las sospechas de una posible discapacidad social y decidir cuándo sería recomendable la consulta a especialista en psicología clínica, psiquiatría y/o trastornos del desarrollo. Está dirigido a niños y niñas a partir de seis años.

## ANEXO 15. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

PAI ( PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO)
DEFINICIÓN. Plan de tratamiento interdisciplinar con objetivos y tratamientos consensuados en la " mayor evidencia posible" coordinados por una persona de l' USMIA y en el que participen profesionales: sanitarios (AP /AE); educativos; sociales: familia y entorno .
BASADO en: <ul style="list-style-type: none"><li>-la edad y características del niño o niña</li><li>-el nivel de funcionamiento /nivel de gravedad</li><li>-discapacidades asociadas</li><li>-situación familiar</li><li>-posibilidades del entorno</li></ul>
Plasmado en un DOCUMENTO en el que se especificar : <ul style="list-style-type: none"><li>-datos personales</li><li>-diagnostico (provisional /definitivo )</li><li>-resumen de la evaluación: necesidades, puntos fuertes /débiles , nivel cognitivo y funcional de la conducta , situación familiar ,comorbilidad.</li><li>-objetivos globales y específicos por áreas (menor , familia , entorno ) y servicios (sanitarios , educativos , sociales)</li><li>-intervenciones prevista: tipo, profesionales , lugar ,</li><li>-procedimiento de seguimiento y evaluación continua</li></ul>
ACORDADO con el padre, madre/responsables legales dado que se considera fundamental su PARTICIPACION en el proceso

**ANEXO 16. ÁREAS DE INTERVENCIÓN  
EN EL NIÑO O NIÑA**

<p>COMUNICACIÓN</p>	<p>Diseñando actividades para desarrollar aspectos pragmáticos como la atención conjunta, gestos protoimperativos y protodeclarativos.</p> <p>Se utilizarán soportes visuales (gestos, pictogramas,...) para apoyar tanto aspectos expresivos como receptivos en la comunicación.</p> <p>Debe basarse en diferentes estrategias y partiendo de los intereses del niño o la niña.</p> <p>Las actividades deben tener en cuenta las dificultades de comunicación según su entorno.</p>
<p>INTERACCIÓN SOCIAL</p>	<p>Con actividades para desarrollar habilidades sociales y de interacción con personas adultos y compañeras en entornos cotidianos con estrategias específicas.</p> <p>La familia, hermanos y /o hermanas, y otros familiares deben tener entrenamiento y apoyo para el desarrollo de objetivos específicos.</p>
<p>SIMBOLIZACIÓN</p>	<p>Actividades para favorecer el uso adecuado de juguetes funcionales, juguetes simbólicos sencillos, uso simulado de objetos y juguetes.</p>
<p>DESARROLLO EMOCIONAL</p>	<p>facilitar el desarrollo de su identidad que le sirva de base para la integración de los estímulos internos y externos y la interacción.</p>
<p>FLEXIBILIDAD</p>	<p>Se deben estructurar física y temporalmente los entornos naturales.</p> <p>Fomentar el establecimiento de rutinas diarias en entornos naturales.</p> <p>Uso de agendas visuales</p> <p>Entrenar la aceptación de los cambios.</p>
<p>OTRAS ALTERACIONES</p>	<p>Valorar dificultades de integración sensorial y planificar actividades.</p> <p>Si hay problemas de conducta realizar programas específicos de Apoyo Conductual Positivo.</p> <p>Si hay problemas en la alimentación o el sueño, realizar un programa específico en cada caso.</p>

## EN LA FAMILIA

ANTES DEL DIAGNOSTICO	Los objetivos son : mostrar empatía , permitirle expresar preocupaciones ACOGERLOS
INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO	Las tareas son evaluar -El impacto emocional del diagnóstico y los recursos personales para afrontarlo -La repercusión en las relaciones /dinámica familiar Los objetivos son :AYUDARLES ACEPTAR, mantener la esperanza ( con tratamiento mejorara su funcionamiento y adaptación ), apoyar emocional a la familia y potenciar factores de protección y resiliencia
A LO LARGO DE LA ENFERMEDAD	El objetivo es MANTENER SU SALUD MENTAL Y LA DE SU NÚCLEO FAMILIAR -Consultas individuales (progenitores/hermanos, hermanas) para proporcionar apoyo psicológico , fomentar el apoyo mutuo , definir los objetivos puntuales del tratamiento, ayudarles a buscar apoyos naturales y de servicios -Terapia grupal (familiar, multifamiliar, psicoeducativos, etc.): tras diagnóstico, para adquirir los conocimientos y destrezas necesarios para ser eficaces “coterapeutas “, así como en transiciones y momentos de desajuste.

## EN EL ENTORNO SOCIAL

Intervención socio-familiar	Actividades de Ocio para población infantil y adolescente con TEA, y familiares Programas de acompañamiento :Programa Canguro Programas RESPIRO
Intervención comunitaria	Intervención comunitaria a través de redes sociales Asociaciones de personas afectadas y familiares Grupos de “Ayuda mutua “ Actuaciones y recursos que propicien la inclusión
Información y gestión sobre prestaciones y recursos públicos y/o privados	Ayudas y subvenciones para la Atención temprana Asesoramiento para tramitación grado discapacidad y/o dependencia Prestaciones de comedor, transporte... Prestaciones derivados de a aplicación del grado de dependencia

## **ANEXO 17. ACTUACIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**

### ***1.- En centro ordinario y aula ordinaria***

El alumno o la alumna con Trastorno del Espectro del Autismo, siempre que así se considere en función de sus necesidades, debe ser escolarizado en un centro ordinario y en un aula ordinaria. Sin embargo, por sus características específicas puede necesitar para completar o adaptar su educación, otros recursos personales, metodológicos, material, etc.

El profesorado especialista, tanto de Pedagogía Terapéutica como de Audición y Lenguaje, es el responsable de atender al alumnado que presenta necesidades educativas especiales entre los que se incluye los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo. Además, en función de sus características, esta atención puede verse reforzada con el apoyo de un educador o educadora de Educación Especial.

Respecto a la atención del alumnado con Trastorno del Espectro del Autismo que cursan Educación Secundaria, se especificará, en su Plan de Actuación los principios organizativos, la estructuración de los elementos curriculares, la metodología y las medidas de apoyo educativo que se precisen.

Todos los centros ordinarios disponen en sus plantillas de profesorado especialista, no obstante, la normativa educativa dispone que, estos recursos se revisen en cada curso escolar, con la finalidad de ajustarlos a las necesidades que pueda presentar el alumnado.

### ***2.- En centro ordinario con Unidad Específica***

Cuando la escolarización en un aula ordinaria con los recursos complementarios necesarios resulte insuficiente para atender a un alumno o alumna que requiere una respuesta más individualizada, se puede optar por escolarizarlo en una Unidad Específica dentro del centro ordinario.

Las Unidades Específicas constituyen un recurso dirigido a la atención especializada, en un contexto de inclusión, del alumnado con Trastorno del Espectro del Autismo u otros trastornos análogos con afectación grave de la comunicación y la interacción social. Estas unidades se conciben como un aula de recursos abierta al centro y a la comunidad, prestando un tipo de atención diferenciada, individualizada y con una supervisión y ayuda frecuentes en las tareas que realiza.

Además, para garantizar una mejor atención del alumno con Trastorno del Espectro del Autismo se crearon en centros ordinarios unas aulas especializadas, llamadas Unidades Específicas de Comunicación y Lenguaje ( Aulas CYL) reguladas normativamente.

La existencia de Unidades Específicas en centros ordinarios debe favorecer la inclusión en el mayor grado posible, por lo que todo el alumnado tendrán un grupo de referencia, normalmente por edad, para realizar las distintas actividades escolares y extraescolares.

Estas unidades serán atendidas, normalmente, por los especialistas siguientes: un maestro o maestra de la especialidad de Pedagogía Terapéutica, un maestro o maestra de la especialidad de Audición y Lenguaje y Educador de Educación Especial. Es fundamental que el profesorado sea seleccionado entre aquel que disponga de una formación específica y experiencia en la atención al alumnado con Trastorno del Espectro del Autismo.

Las adaptaciones curriculares individuales que sea necesario realizar para estos alumnos o alumnas, se derivarán del currículo ordinario, priorizando la adquisición de competencias en los ámbitos más afectados: comunicación, interacción social, regulación emocional, simbolización y autonomía en la vida cotidiana.

### ***3.- Centros de Educación especial***

Si el grado de afectación del alumno o alumna es grave y no puede estar escolarizado en Unidad Específica dentro del centro ordinario, deberá ser escolarizado en un Centro de Educación Especial.

La escolarización del alumnado en centros de Educación Especial solo se llevará a cabo cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios, y deberá estar determinada mediante el correspondiente Dictamen de escolarización y la resolución del director o directora territorial de Educación.

En estos centros, el alumnado podrá permanecer escolarizado hasta el año natural en que cumpla los veintiún años. En estos centros, el trabajo se programa por áreas de intervención preferente entre las que destacamos: autonomía personal-hogar; académico-funcional; comunicación y lenguaje; motriz, habilidades sociales..., a partir de los dieciséis años podrán incorporarse a los programas para la Transición a la Vida Adulta (TVA).

### ***4.- Informe psicopedagógico y dictamen de escolarización***

INFORME PSICOPEDAGÓGICO.

Los elementos fundamentales de este informe son:

A.- Información disponible: informe médico, informes psicopedagógicos anteriores, aspectos escolares o académicos y aspectos socio-familiares.

B.- Recursos y fuentes utilizados en la evaluación psicopedagógica (indicados anteriormente).

C.- Valoración funcional de los datos obtenidos en la evaluación psicopedagógica.

D.- Identificación de necesidades educativas.

E.- Conclusiones.

F.- Propuesta del Plan de actuación. Esta propuesta deberá contener, al menos, el nivel de competencia curricular a desarrollar, los recursos metodológicos y organizativos a utilizar, los recursos humanos y profesorado de apoyo a la inclusión, así como actuaciones en otros ámbitos como el familiar, la temporalización y la evaluación.

Para cada medida educativa hay una propuesta del Plan de actuación. Para determinar la modalidad de escolarización el Plan de actuación debe incluir:

1.- El momento de estudio de la escolarización: al inicio de la escolarización o posterior a ella, con el fin de determinar la modalidad de escolarización.

2.- La modalidad de escolarización propuesta.

3.- Atención educativa que recibirá el alumno o la alumna: maestro de educación especial: Pedagógica Terapéutica, maestro de educación especial: Audición y Lenguaje, educador de Educación Especial y fisioterapeuta.

4.- Recursos materiales y las orientaciones metodológicas necesarias para desarrollar el citado Plan de actuación.

Con el informe psicopedagógico realizado se inicia el procedimiento de elaboración del Dictamen de escolarización.

#### DICTAMEN DE ESCOLARIZACIÓN DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Para escolarizar al alumnado con necesidades educativas especiales graves que necesitan apoyos y tratamientos específicos es prescriptivo el Dictamen de Escolarización.

El Dictamen de Escolarización tiene como finalidades: la determinación de las necesidades educativas especiales, la orientación de la respuesta educativa, la determinación de la modalidad de escolarización más adecuada y de los apoyos y tratamientos específicos.

El Dictamen de Escolarización debe estar sujeto a revisión a lo largo del período de escolarización de los alumnos, de manera que se contemplen las modificaciones derivadas de la evolución personal del alumno o alumna, de la oferta educativa y de los servicios existentes.

El dictamen para la escolarización deberá incluir:

1.- El informe psicopedagógico

2.- El informe- propuesta de escolarización, realizado por la Inspección de Educación

Posteriormente, el Director Territorial de Educación formulará una resolución de escolarización que tendrá en cuenta el Dictamen de Escolarización.

El Dictamen de Escolarización determinará la escolarización del alumnado y podrá ser revisado a petición de los progenitores o representantes legales, o el centro donde está escolarizado. Además, estos deberán ser informados y consultados a lo largo de todo el procedimiento: determinación de las necesidades educativas especiales, de las opciones de escolarización, de las adaptaciones curriculares y del correspondiente Dictamen de Escolarización.



## ANEXO 18. MODELOS DE INTERVENCIÓN.

### A) MODELOS COGNITIVOS

-TEACCH	Enfatiza la necesidad de estructuración, por lo que son elementos importantes: la organización del entorno físico, el establecimiento de secuencias de actividades predecibles y de rutinas con flexibilidad, sistemas estructurados de trabajo y actividades estructuradas visualmente La evidencia actual indica que el enfoque TEACCH puede conducir a mejoras en menores de 2 a 10 años en habilidades motoras globales , el funcionamiento cognitivo. Efectos más variables se observan en la motricidad fina, la percepción, las habilidades de la vida diaria, la imitación y las habilidades sociales.
PECS Sistema de comunicación por intercambio de imágenes	Tiene como objetivo principal el aprendizaje de la comunicación espontánea con la ayuda de imágenes o símbolos. Se utiliza con frecuencia con otras intervenciones.  Disponemos de una gran heterogeneidad en los estudios disponibles cuyos resultados describen respuestas moderadas en cuanto al lenguaje, facilitando la adquisición de palabras a corto plazo, con mejores resultados en menores de 9 años y según las características del niño y la niña, y en particular según su capacidad para la atención conjunta.
Capacitación individual y grupal de habilidades Sociales( escenarios sociales )	En base a historias sociales en viñetas descriptivas esta intervención se dirige a formas de comportamiento en la sociedad, el reconocimiento de las emociones personales y en otras personas, la cognición social (la capacidad de atribuirse estados mentales a uno mismo y a otros, a entender y predecir sus reacciones), resolución de problemas y la autorregulación. Los estudios son muy variables y reportan efectos beneficiosos en las habilidades sociales en niños y niñas mayores de 6 años, estos efectos, sin embargo , son específicos de la habilidad en cuestión.
Modelo de Denver ( Early Start Denver Model)	Esta intervención está dirigida a menores de 4 años y se basa en enseñanzas conductuales de manera natural usando un curriculum basado en todas las areas del desarrollo, se trata de poner al niño en situaciones sociales que le dan la oportunidad de imitar comportamientos y participar en la comunicación verbal , no verbal y pragmática. La evidencia sugiere que la versión del modelo Early Start Denver tiene efectos beneficiosos sobre la gravedad de los síntomas, el desarrollo del lenguaje , la función cognitiva y las conductas adaptativas en niños pequeños con TEA.
SCERTS (Comunicación Social / regulación emocional / Apoyo Transaccional )	Es un enfoque multidisciplinario e individualizado que tiene como objetivo desarrollar la capacidad de comunicación social para las personas con TEA, previniendo los comportamiento problematicos (por la regulación emocional) que interfieren con los aprendizajes y el desarrollo de las relaciones. El modelo utiliza varias técnicas, como juegos, la comunicación de imagen, horarios y apoyos sensoriales. Asimismo, promueve el apoyo a las familias. No tenemos suficientes resultados de evidencia.
Intervención conductual: Lovaas, ABA.	Estas intervenciones se dirigen a los síntomas asociados con el autismo, en un ambiente altamente estructurado . Son de alta intensidad ( 20 horas o más por semana ) y se realizan de

	forma individualizada en el ámbito familiar, incluyendo la formación a los progenitores para promover la generalización de los aprendizajes adquiridos. Aunque diversos estudios demuestran mejoras en comunicación , habilidades sociales, capacidad de aprendizaje , la responsabilidad personal , la capacidad de juego y la autorregulación y comportamientos problemáticos en edad preescolar y en edad escolar ( hasta 8 años ), es un tratamiento que no incorpora el conocimiento actual sobre las alteraciones cognitivas y emocionales de los TEA; generando un significativo estrés familiar.
Integración Sensorial	Esta intervención se basa en la premisa de que las personas con TEA tratan la información sensorial de manera diferente a las personas con desarrollo típico y que a menudo muestran respuestas atípicas a los estímulos sensoriales. Los estudios no permiten ninguna conclusión sobre su eficacia y algunos expertos consideran su utilidad como cuestionable.

En la actualidad se considera que hay un número insuficiente de estudios y una gran variabilidad entre ellos que limitan las recomendaciones de los diferentes modelos de intervención, pero en la elección de la intervención podemos tener en cuenta:

#### B) MODELOS AFECTIVOS

Modelo afectivo	Basado en la teoría socioafectiva de Hobson sugiere que la ausencia de una teoría de la mente en el autismo es el resultado de un déficit emocional primario en la relación interpersonal.
Modelos psicodinámicos	Actualmente las corrientes psicoanalíticas rechazan las tesis culpabilizadoras del entorno familiar y abogan por intervenciones integradas, la acción terapéutica se dirige a los mecanismos que utiliza el niño y la niña frente a la angustia, desde esta concepción, el trabajo con las familias es fundamental con el objetivo de reducir las tensiones.
En estos dos modelos no existen suficientes estudios de evidencia. No se contemplan en diferentes revisiones ni guías.	

#### C) INTERVENCIONES FAMILIARES

Entrenamiento intensivo a los progenitores para dominar el enfoque conductual	Se basa en los principios de intervención de la conducta cuyo objetivo es facilitar el desarrollo social y la comunicación en el hogar y en contextos naturales. Se incluyen el programa de More than words del centro Hanen, la Intervención Pragmática Social y los comportamientos de enseñanza pivotes. Tienen efectos beneficiosos sobre el lenguaje, las habilidades sociales, las interacciones entre progenitores e hijos e hijas, la gravedad de los síntomas del autismo y la conducta adaptativa en menores en edad preescolar.
Talleres de capacitación sobre las interacciones	Se dirigen a las interacciones de los niños de todas las edades o etapa de desarrollo con sus padres o compañeros y compañeras, para la adquisición de habilidades sociales, capacidad de

entre progenitores e hijos/hijas	comunicación y de juego. Se incluye " la terapia para las interacciones padre-hijo ", el modelo Floortime , el modelo y el programa " Triple P" de entrenamiento parental positivo. Estas intervenciones pueden conducir a mejoras en las habilidades sociales, problemas de conducta y el funcionamiento adaptativo.
----------------------------------	---

## ANEXO 19. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PEDIATRIA

Nombre completo del niño/a (apellidos y nombre) (en letra mayúscula):-----

Fecha de nacimiento del niño/a:-----

Nombre del padre/madre/representante legal (1):-----

Relación con el niño/a:-----

Nombre del padre/madre/representante legal (2):

Relación con el niño/a:-----

Si sólo un padre/madre/representante legal firma este documento:

Declaro que el otro progenitor está de acuerdo. Marque la casilla adecuada:

El otro progenitor está de acuerdo (padre/madre)-----

No se aplica. Solo hay un/una representante legal-----

## ANEXO 20. CONSENTIMIENTO PROGENITORES PARA LA COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS

Estimados padre, madre, tutor/ra o representante legal:

Su hijo/a va a ser atendido/a por este servicio/departamento. Para que dicha atención sea lo más completa posible, tanto al inicio como a lo largo de la intervención o el seguimiento, puede ser necesario intercambiar algunos aspectos de la información obtenida con profesionales que puedan estar implicados en el bienestar de su hijo/a. La fluidez de esta comunicación permitirá una atención integral de las dificultades que pueda presentar. Por esta razón solicitamos su consentimiento para informar a otros profesionales de los datos que se refieren a su hijo/a.

D./D<sup>a</sup> .....con D.N.I. nº ..... como padre/madre/tutor legal del menor .....

**autorizo a**.....profesional del/ de la/ centro escolar/USMI/facultativo de AP ..... , a intercambiar información acerca de nuestro hijo/a.....

.....a ....., de ..... de .....201..

Padre/madre /Tutor legal .....(Firma)

Profesional..... (Firma)

D./D<sup>a</sup> .....con D.N.I. nº ..... como padre/madre/tutor legal del menor..... **revoco** el consentimiento para intercambiar información con otros profesionales sobre nuestro hijo/a .....

.....a ....., de ..... de .....201..

Padre/madre /Tutor legal .....(Firma)

Profesional..... (Firma)

No se aplica. Solo hay un/una representante legal-----

Los datos recogidos serán tratados, con su consentimiento informado, en los términos del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

## 10- ACRÓNIMOS

**AP:** Atención Primaria

**AT:** Atención Temprana

**CAP:** Centro Atención Primaria

**CAT:** Centro Atención Temprana

**CDIAT:** Centro Desarrollo y Atención Temprana

**CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades

**CYL:** Comunicación y lenguaje

**DO:** Departamento Orientación

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

**ESO:** Enseñanza Secundaria Obligatoria

**HD:** Hospital de día

**NEAE:** Necesidades específicas de apoyo educativo

**PAI:** Plan de Atención Individualizado

**SEAFI:** Servicio de atención a la familia e infancia.

**SPE:** Servicio psicopedagógico escolar

**SSMM:** Servicios Sociales Municipales

**TEA:** Trastorno del espectro del autismo

**TVA:** Transición a la vida adulta

**UAT:** Unidad de Atención Temprana

**USMIA:** Unidad de salud mental infanto- adolescente

## 11- REFERENCIAS NORMATIVAS

### **SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA**

- LEY 14/86 GENERAL DE SANIDAD de 1986. Incluye la equiparación en derechos de la persona con problemas de salud mental y la inclusión de la atención en materia de salud mental en el sistema general de salud.
- DECRETO 148/86 DE 24 DE NOVIEMBRE DE 1986, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunidad Valenciana.
- LEY 8/87 DE 4 DE DICIEMBRE DE 1987, del Servicio Valenciano de Salud, por la que se crea el Servicio Valenciano de Salud.
- LEY 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat de Salud de la Comunidad Valenciana.
- DECRETO 81/1998 DE 4 DE JUNIO, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana.
- DECRETO 57/2012, de 5 de abril, del Consejo, por el cual crea la Comisión Interdepartamental para la Coordinación y la Atención Integral de las Personas con Autismo.
- RESOLUCIÓN de 1 de septiembre de 2016, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública por la cual se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares
- ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL (2016-2020) DE LA Comunidad Valenciana

### **EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN, CULTURA Y DEPORTE**

- ORDEN de 11 de noviembre de 1994, de la Conselleria de Educación y Ciencia, por la que se establece el procedimiento del dictamen para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales.

- ORDEN de 16 de julio de 2001 por la que se regula la atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales escolarizado en centros de Educación Infantil (2o ciclo) y Educación Primaria
- Orden de 14 de marzo de 2005, de la Conselleria de Cultura, Educación y Deporte, por la que se regula la atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales escolarizado en centros que imparten Educación Secundaria
- RESOLUCIÓN de 11 de marzo de 2016, de la Dirección General de Política Educativa, por la que se dictan instrucciones para la solicitud de recursos personales complementarios de educación especial para los centros públicos que imparten Educación Infantil de segundo ciclo, Educación Primaria y educación secundaria obligatoria y centros de educación especial para el curso 2016-2017.
- RESOLUCIÓN de 1 de julio de 2016, de las direcciones generales de Política Educativa y de Centros y Personal Docente, por la que se dictan instrucciones para la organización y funcionamiento de los centros de Educación Especial para el curso 2016-2017
- RESOLUCIÓN de 27 de julio de 2016, de la Dirección General de Política Educativa, por la que se dictan instrucciones para la organización y el funcionamiento de las unidades específicas de comunicación y lenguaje ubicadas en centros públicos que imparten enseñanzas de Educación Infantil (2o ciclo), Educación Primaria y Educación Secundaria para el curso 2016-2017.

#### **IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS**

- Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat, por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunitat Valenciana.
- Orden de 21 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de Estimulación Precoz, actualmente Centros de Atención Temprana.
- Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 12/2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia de la Comunitat Valenciana.
- Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y

del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas de los planes de atención integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla.

- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

## 12- BIBLIOGRAFÍA

- Agency for Healthcare Research and Quality. “Tratamientos para los niños con trastorno del espectro autista”. [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/autism1.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/autism1.cfm)
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 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. y Hernández, J. (2008). Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades. Madrid: Fundación ONCE.
- Bohórquez, D., Alonso Peña, J. R., Canal, R., Martín, M. V., García, P., Guisuraga, Z., Martínez, A., Herráez, M. M. y 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: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- 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 [acceso 17 de octubre de 2011]; 8:101-126.
- Generalitat de Catalunya, Plan de Atención Integral a las personas con trastorno del Espectro autista (TEA), Barcelona, 2012
- Gnauti 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. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. REV NEUROL 2005; 41 (4): 237-245.
- Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo España. Guía de buena práctica para 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. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. 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 Comunidad 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.
- "Guía sobre TEA: Reconocimiento, derivación y diagnóstico" elaborada por el National Institute for Health and Clinical Excellence. 2012-2013.
- Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado. Trastornos del Espectro autista. Consejería de Salud. 2010.
- Junta de Andalucía. Trastorno de Espectro Autista. Guía para su detección. Consejería de Salud 2005.
- Junta de Castilla y León. Guía para la atención de niños con trastornos del espectro autista en Atención Primaria. Gerencia Regional de Salud.

- Junta de Extremadura .Guía para la Atención Educativa del Alumnado con Trastorno Generalizado de Desarrollo (Autismo). 2007
- Hernández, J. y 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 (traducido por 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, S. A., 2011.
- Martín Borreguero P. El síndrome de asperger.¿Excentricidad o discapacidad social?. Alianza Editorial, S.A. 2004
- Martínez, M<sup>ª</sup>A. y Cuesta, JL (2012): Todo sobre el autismo: los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). guía completa basada en la ciencia y en la experiencia. Altaria. diciembre 2012.
- Martos, J. y cols (Ed) (2005) Autismo: El futuro es hoy. Madrid: Inerser-APNA.
- Martín Egge. “El tratamiento del niño autista”. Ed.- Madrid: Gredos, S.A., 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
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo. 2014
- Mundy , P. y Thorp, D. (2005). Atención conjunta y autismo: evaluación, teoría y neurodesarrollo. En J. Martos, P. Gonzalez, M. Llorente y C. Nieto (Comp.) Nuevos desarrollos en autismo: el futuro es hoy. Madrid. IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (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)
- Real patronato sobre discapacidad. Detección y Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2007
- Rivière, A y Martos, J (Ed.) (1997) El tratamiento del autismo: Nuevas perspectivas. Madrid: Inersio-APNA.
- Riviere, A. y 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](http://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.
- Servicio Murciano de Salud. Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). Consejería de Sanidad y 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 de Andalucía. Conserjería de Educación. 2006
- Wing L,Gould J. "Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemilogy and classification". Journal of autism and developmental disorders. March 1979, volume 9, issue1,pp11-29.
- [http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/pacientes/01\\_sospechas.html](http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/pacientes/01_sospechas.html)