

Proceso Asistencial
Integrado en

Trastorno del Espectro Autista



TRASTORNO DEL
ESPECTRO AUTISTA



Proceso Asistencial
Integrado en

Trastorno de Espectro Autista

MIEMBROS DEL GRUPO AUTONÓMICO DEL PROCESO

Nombre	Especialidad	Centro de trabajo	Área de Salud/ Ámbito territorial
Fco. Javier Alonso de la Torre Núñez (Coordinador)	Psicología Clínica	ESM-IJ	Cáceres
Ana Clara Alonso Franco	Psicología	APNABA	Extremadura
Domingo Barroso Espadero	Pediatría y sus Áreas específicas	Centro de Salud Mejostilla	Cáceres
Cristina Cáceres Marzal	Neuropediatría	Hospital P-S- Materno- Infantil	Badajoz
José María Galán Pérez	Psicología	CADEX (SEPAD)	Cáceres
M ^a Soledad García Lebrijo	Medicina de Familia	Centro de Salud Mejostilla	Cáceres
José Ramón Gutiérrez Casares	Psiquiatría	ESM-IJ	Badajoz
Laura Jiménez Marín	Neuropsicología	Hospital de Mérida. Neurología	Mérida
Begoña López Izquierdo	Medicina. Responsable sistemas de información	Sistemas de Información	Extremadura
María Isabel López Rodríguez	Psiquiatría	Subdirección Salud Mental	Mérida
Beatriz Martín Morgado	Psiquiatría	Subdirectora Salud Mental y PPAA	Extremadura
Raquel Navarro Martínez	Trabajo Social	ESM-IJ / ESM de Trujillo	Cáceres
Teresa Nieto Hernández	Enfermería Pediatría A P	Centro de Salud La Paz	Badajoz
María del Rocío Río Alonso	Psicología Clínica	ESM de Trujillo	Cáceres



COLABORADORES		
<i>Tania Araujo García</i>	Pediatría	Centro de Salud Manuel encinas. Área de Salud de Cáceres
<i>Silvia Borrella Alonso de la Torre</i>	Psicóloga. Coordinadora del Servicio de Terapias y Atención Familiar de la Fundación Quinta.	Fundación Quinta
<i>Manuel Cid Gala</i>	Coordinador Técnico de Programas Intersectoriales del SEPAD.	SEPAD
<i>Deyanira García Núñez Navas</i>	Neuropediatría	Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres
<i>Manuel Jesús García Palomo</i>	Asesor técnico docente del Servicio de programas Educativos y Atención a la Diversidad.	Consejería de Educación
<i>Rafael Jesús Hernández Fernández</i>	Junta directiva APNABA	APNABA
<i>Charlotte Lecharlier</i>	Residente de Psicología Clínica	Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres
<i>José Pérez Rodríguez</i>	Director de AFTEA	Asociación de Familias de Personas con T.E.A.
<i>Juana Portillo Abellán</i>	Residente de Psicología Clínica	Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres
<i>Ignacio Torres Solís</i>	Psiquiatra	Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES

Título de la obra: **Procesos Asistenciales Integrados del Servicio Extremeño de Salud**
Autor: **Profesionales del Servicio Extremeño de Salud**
Editor: **Fundosalud**
ISBN: **978-84-09-09233-8**
Depósito Legal: **BA-000419-2019**

Sumario

1. INTRODUCCIÓN. [PÁG. 3]
2. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO. [PÁG. 15]
 - 2.1. OBJETIVO. [PÁG. 15]
 - 2.2. DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO. [PÁG. 15]
 - 2.3. LÍMITES DEL PROCESO. [PÁG. 16]
3. DESTINATARIOS Y PROVEEDORES. [PÁG. 17]
4. COMPONENTES DEL PROCESO: [PÁG. 18]
 - 4.1. DESCRIPCIÓN GENERAL. [PÁG. 18]
 - 4.2. IDENTIFICACIÓN DE SUBPROCESOS. [PÁG. 22]
 - 4.3. RECURSOS NECESARIOS. [PÁG. 42]
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO: [PÁG. 43]
 - 5.1. RUTA DE LA PERSONA USUARIA POR EL PAI DE TEA. [PÁG. 43]
 - 5.2. DETECCIÓN E INCLUSIÓN EN PAI DE TEA. [PÁG. 44]
 - 5.3. REPRESENTACIÓN GLOBAL DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE TEA. [PÁG. 45]
 - 5.4. SECUENCIA DE DECISIONES PARA INCLUSIÓN – EXCLUSIÓN EN PAI EN TEA. [PÁG. 46]
 - 5.5. NIVEL 1. REPRESENTACIÓN GLOBAL DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE TEA. [PÁG. 47]
6. INDICADORES. EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y SEGUIMIENTO. [PÁG. 48]
7. ANEXOS. [PÁG. 52]
8. BIBLIOGRAFÍA. [PÁG. 89]

1. INTRODUCCIÓN

El concepto “**Trastorno del Espectro Autista**” (en adelante TEA) hace referencia a un conjunto amplio de condiciones que afectan al neurodesarrollo y al funcionamiento cerebral, dando lugar a deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, así como en la flexibilidad del pensamiento y de la conducta de la persona que lo presenta.

Las **manifestaciones clínicas** del TEA pueden variar enormemente entre las personas que lo presentan, a pesar de que se definen en base a las características comunes antes señaladas: habilidades para comunicarse y relacionarse con los demás y patrón restrictivo y repetitivo de comportamiento, intereses o actividades. Las manifestaciones del TEA abarcan un amplio espectro y algunas personas requieren un nivel muy elevado de apoyo.

En algunos casos, estas manifestaciones clínicas se acompañan de alteraciones en el procesamiento de la estimulación que proviene del entorno, lo que provoca que la persona pueda experimentar reacciones de hiper o de hiposensibilidad hacia estímulos de las diferentes modalidades sensoriales.

También hay casos en que se presentan asociadas a otros trastornos del neurodesarrollo, como la discapacidad intelectual o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En otros casos no afectan al funcionamiento intelectual global de la persona, que incluso puede tener un gran potencial cognitivo, pero algunos de sus procesos psicológicos (como la cognición social, el lenguaje o las funciones ejecutivas) tienen un funcionamiento diferente e inciden en la manera en que la persona percibe, interpreta y se relaciona con el mundo que le rodea.

Los datos de **prevalencia** de los TEA han aumentado significativamente en los últimos cuarenta años.

En el año 1975 la organización americana Autism Speaks señalaba 1 caso de autismo por cada 5.000 nacimientos.

La organización Autismo Europa cifraba en 2012, 1 caso por cada 100 nacimientos, coincidiendo este dato de prevalencia con los que se apuntan en el DSM 5, que señalan que el 1% de la población podría presentar un TEA (APA, 2013).

Las investigaciones del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta apuntan en 2014 que 1 de cada 68 niños/as podría presentar un trastorno de este tipo.

Por tanto, aunque nos encontramos que las estimaciones varían, y a pesar de que establecer cifras exactas de prevalencia es difícil debido a las modificaciones en los criterios de diagnóstico a lo largo del tiempo y a la heterogeneidad del autismo, en la actualidad se reconoce generalmente que la prevalencia es al menos del 1%-1,5%.

Este incremento de la prevalencia de los casos de TEA probablemente se explique en base al avance en el conocimiento científico, al mejor reconocimiento por parte de familias y profesionales, y a la incorporación de mejores prácticas para el diagnóstico de este tipo de trastornos.

La Organización Mundial de la Salud ha puesto de manifiesto que es posible afirmar que nos encontramos ante un problema de salud pública (OMS, 2014).

En cuanto a la **etiología** de los TEA, en la actualidad no es posible determinar una causa única que explique su aparición, pero sí la fuerte implicación genética en su origen.

No obstante, la heterogeneidad clínica del trastorno refleja la complejidad de las causas subyacentes, que implican los genes, el entorno y la interacción entre ambos.

Algunos casos de autismo pueden estar asociados con trastornos genéticos específicos (síndrome de X frágil, neurofibromatosis, esclerosis tuberosa, síndrome de Angelman, síndrome de Cornelia de Lange, síndrome de Down, fenilcetonuria no tratada), reagrupaciones cromosómicas (detectables mediante exámenes genéticos estándar) o acontecimientos ambientales infrecuentes (infección prenatal del SNC por rubeola o citomegalovirus, exposición prenatal al ácido valproico o a la talidomida).

El **diagnóstico** del TEA es de carácter clínico, es decir, se hace en base al comportamiento observado, ya que actualmente no consta ningún marcador biológico específico que pueda considerarse como indicador diagnóstico.

La conceptualización actual del diagnóstico de TEA contempla una descripción dimensional de la gravedad o severidad de la sintomatología en las dos principales áreas del desarrollo que se encuentran alteradas (comunicación social e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades), así como de la intensidad de apoyo que puede requerir la persona.

Este modelo de comprensión dimensional supone contemplar un “continuo” (no una categoría), en el que se consideran alteradas cualitativamente un conjunto de capacidades: diversos trastornos; diversa afectación de los síntomas clave, desde los casos más acentuados a aquellos rasgos fenotípicos rozando la normalidad; desde aquellos casos asociados a discapacidad intelectual marcada, a otros con alto grado de inteligencia; desde unos vinculados a trastornos genéticos o neurológicos, a otros en los que aún no somos capaces de identificar las anomalías biológicas subyacentes.

El proceso diagnóstico en los TEA es una actividad que requiere especialización y experiencia, así como trabajar en equipo con diferentes profesionales, muchas veces adscritos a distintos servicios clínicos. Los y las profesionales que afronten la tarea de realizar el diagnóstico del TEA deben promover la participación eficaz de la familia y fomentar el intercambio de información en busca de una visión compartida del problema.

Con cierta frecuencia el TEA aparece asociado a otro tipo de trastorno, dando lugar a un **doble diagnóstico**. Entre otros, hay una alta frecuencia de asociación con epilepsia (mayor prevalencia que en la población general), con patologías metabólicas, con trastornos del lenguaje, con déficit de atención con hiperactividad o con trastornos del sueño.

Asimismo, se ha observado comorbilidad frecuente con otras alteraciones de la salud mental, como trastornos alimenticios, tics, trastorno obsesivo compulsivo y una serie de trastornos afectivos. Las personas con TEA tienen especial riesgo de desarrollar ansiedad y depresión, lo que puede tener un impacto muy negativo en el funcionamiento en la edad adulta. Estas alteraciones aparecen más frecuentemente en los casos de TEA sin discapacidad intelectual asociada y suelen debutar en la adolescencia, provocando una importante y negativa repercusión en la calidad de vida de la persona.

Otros trastornos comúnmente asociados son patrones anormales de sueño, dificultades de alimentación y evacuación (que en ocasiones generan trastornos gastrointestinales), dificultades motoras y trastornos conductuales, como rabietas violentas y conductas autolesivas.

Por otra parte, hay que considerar el profundo impacto que el TEA produce en el sistema familiar en el que se desarrolla la persona que lo tiene, repercutiendo por lo tanto en cada uno de sus componentes.

Los TEA afectan al **neurodesarrollo** desde las etapas prenatales del mismo, implicando que el sistema nervioso se configure y funcione de manera diferente al desarrollo típico.

La edad a la cual los síntomas se hacen clínicamente evidentes varía en gran medida. Es frecuente que los primeros signos, especialmente cuando están asociados con retrasos del desarrollo, se evidencien durante los dos primeros años de vida.

No obstante, en muchos casos sin deficiencias cognitivas, particularmente cuando no muestran retrasos significativos del lenguaje, se puede funcionar en términos de relativa normalidad en interacciones individuales en los entornos más familiares.

El reconocimiento de las alteraciones, en estos casos, puede retrasarse hasta que las exigencias sociales de la escuela y la necesidad de interactuar con su grupo de iguales les resulten demasiado difíciles de afrontar.

El **pronóstico** en el TEA es enormemente variable. Para las personas con mayor capacidad intelectual, el futuro con frecuencia depende de los apoyos que se les ofrezcan, que pueden facilitar enormemente su plena inclusión en la sociedad.

Los estudios de seguimiento en la edad adulta sugieren que la gravedad de los síntomas nucleares del autismo disminuye con el tiempo y numerosas personas muestran mejoras destacadas en las habilidades sociales y de comunicación a medida que se desarrollan.

Algunos de los predictores más seguros de un resultado positivo son el desarrollo del lenguaje y poseer una inteligencia no verbal en torno a la media. Incluso, dentro de este grupo con mayor capacidad cognitiva, hay un cierto número, aunque reducido, de adolescentes o personas adultas jóvenes que dejan de cumplir los criterios de diagnóstico de TEA. Sin embargo, probablemente continúen mostrando dificultades sutiles en la comprensión social, la comunicación pragmática, la atención, el auto-control, la madurez emocional y la morbilidad psiquiátrica.

En resumen, podemos decir que el TEA está presente a lo largo del ciclo vital de la persona que lo presenta, aunque sus manifestaciones pueden ir cambiando a lo largo del mismo. En este sentido, existen factores que van a tener una influencia determinante en el desarrollo de la persona y en su calidad de vida.

Estos factores podríamos identificarlos básicamente en:

- Acceder a un diagnóstico precoz y a una atención temprana especializada.
- Disfrutar de recursos sanitarios, educativos y comunitarios adecuados a sus necesidades individuales.
- Disponer de una amplia red de apoyo social que fomente la participación y la inclusión.

Consideramos que la persona con TEA tiene derecho a disfrutar durante todas las etapas de su ciclo vital de intervenciones basadas en la evidencia científica y en el consenso profesional, intervenciones que incorporen además sus intereses y los de su familia y personas de referencia. Dichas intervenciones han de maximizar el desarrollo personal y su calidad de vida.

Es de rigor entender que la implicación de las familias en la intervención es imprescindible, dado que su participación se ha identificado como un factor fundamental para el éxito de la misma. Las familias juegan un papel esencial en la mejora de la calidad de vida de las personas con TEA, en un marco de coordinación y estrecha colaboración con los y las profesionales implicadas en la intervención.

Finalmente, el presente documento debe someterse a una revisión y supervisión constante a fin de valorar su eficacia, así como su adecuación a los objetivos que en el mismo se definen.

2. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO.

2.1. Objetivos

Objetivo General

Definir un modelo de atención integral adaptado a las necesidades de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) para el Servicio Extremeño de Salud (SES), sustentado sobre los ejes clínico, mental, funcional y social, que mejore la salud y la calidad de vida de personas con TEA, cuidadores y cuidadoras, y sea más eficiente.

Objetivos Específicos:

- Implantar una atención proactiva y coordinada que garantice la detección precoz, la evaluación y el diagnóstico de las personas con TEA.
- Conseguir una efectiva asistencia integral a las personas con TEA, desde los ámbitos sanitario, social y de los servicios sociales especializados.
- Garantizar el establecimiento de un plan de atención temprana y habilitación funcional adecuadamente coordinado entre los diversos agentes implicados.
- Fomentar la participación de los y las profesionales en la mejora del proceso asistencial destacando los aspectos de seguridad, experiencia de la persona usuaria y eficiencia de la atención.
- Facilitar la participación de persona usuarias y familias en el proceso asistencial mediante la transmisión de información adecuada y el apoyo eficaz.

2.2. Definición funcional del proceso

Conjunto de actuaciones sanitarias y sociales coordinadas por el Sistema Sanitario Público de Extremadura, desarrolladas por profesionales de distintas especialidades, que tienen la finalidad de detectar de forma precoz la presencia de Trastornos del Espectro Autista (TEA), y prestar una asistencia integral, a lo largo del ciclo vital, a las personas que tienen dicho trastorno.

Para ello, se propone la realización de determinadas actuaciones que inciden en la detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno, y se establece una asistencia integral a la población infantil y adulta afectada, su familia y su entorno, dirigida a evitar o minimizar su agravamiento y a optimizar su desarrollo.

2.3. Límites del proceso

Límites de entrada

- Población infantil en la que padres, madres, personal sanitario o educador observan alteraciones que les suscitan sospecha de Trastorno del Espectro Autista, con resultado positivo en las pruebas de cribado sistemático.
- Población infantil con diagnóstico probable o confirmado de TEA, según criterios diagnósticos para Trastornos del Espectro Autista de DSM 5 y Trastornos Generalizados del Desarrollo de CIE 10 (*Anexos 1, 1-1 y 2*).
- Población adolescente y adulta con diagnóstico probable o confirmado de TEA según criterios diagnósticos para Trastornos del Espectro Autista de DSM 5 y Trastornos Generalizados del Desarrollo de CIE 10 (*Anexos 1, 1-1 y 2*).

Límites de salida

- Menores y población adulta en los que el proceso de diagnóstico descarta la presencia de un TEA.
- Menores en los que por su evolución durante el proceso de intervención se descarta la presencia de un TEA.
- Adolescentes y población adulta en los que por su evolución durante el proceso de intervención se descarta la presencia de un TEA.
- Traslado a otra comunidad.
- Abandono de la persona usuaria.
- Exitus.

Límites marginales

Personas con diagnóstico de:

- Síndrome de Rett.
- Otro trastorno del desarrollo neurológico especificado.
- Trastorno del desarrollo neurológico no especificado.
- Trastorno del lenguaje.
- Trastorno de la comunicación social (pragmático).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con discapacidad intelectual y movimientos estereotipados.
- Esquizofrenia de inicio en la infancia.

3. DESTINATARIOS Y PROVEEDORES.

3.1. Destinatarios del Proceso

- Personas con alteraciones que susciten sospecha de tener un Trastorno del Espectro Autista o con diagnóstico probable o confirmado de Trastorno del Espectro Autista, con independencia de su edad.
- Familiares, cuidadores y cuidadoras de personas con alteraciones que susciten sospecha de tener un Trastorno del Espectro Autista o con diagnóstico probable o confirmado de Trastorno del Espectro Autista.

3.2. Proveedores del Proceso

Los proveedores del proceso asistencial serán los y las profesionales del SES, del SEPAD y de otras instituciones de carácter público, o privado que tengan contemplados la realización de prestaciones sanitarias o sociales de forma concertadas con las primeras.

- Profesionales sanitarios/as de Atención Primaria (AP).
- Profesionales sanitarios/as de Atención Especializada (AE).
- Trabajadores/as sociales de AP y de AE.
- Otros profesionales sanitarios/as de Puntos de Atención Continuada (PAC), Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y Unidades de Emergencia.
- Profesionales de las Unidades de Promoción de la Autonomía (UPAs) de los Centros de Atención a la Dependencia de Extremadura (CADEX).
- Profesionales de entidades contratadas.

4. COMPONENTES DEL PROCESO.

4.1. Descripción general

Este Proceso Asistencial Integrado propone un modelo de gestión individualizada para aquellas personas con sospecha de padecer un trastorno del Espectro Autista o con diagnóstico de TEA que, en base a las características descritas, comprende desde la detección hasta la atención a lo largo de todo el ciclo vital. Se contemplan los siguientes subprocesos y actividades:

COMPONENTES DEL PROCESO Y DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES			
Qué	Quién	Cuándo	Dónde
1. DETECCIÓN EN POBLACIÓN GENERAL	Profesionales del SES: Pediatra AP	En cualquier contacto con el sistema sanitario a lo largo del periodo evolutivo. En los controles del Programa de Salud Infantil. En respuesta a consultas de las familias por iniciativa propia o recomendación de profesionales del ámbito del trabajo social, la educación y otros ámbitos relacionados con el cuidado de la población infantil.	Centro de Salud. En cualquier ámbito.
2. EXPLORACIÓN DE SEÑALES DE ALERTA	Profesionales del SES: Pediatra AP	Durante el seguimiento en consultas de Pediatría, ante señales de alerta.	Centro de Salud
3. DERIVACIÓN DE PERSONAS CON POSIBLE TEA A NEUROPEDIATRÍA	Profesionales del SES: Pediatra AP	Cuando existe sospecha documentada de Trastorno del Espectro Autista o de Otros Trastornos del Desarrollo Neurológico	Centro de Salud
4. DIAGNÓSTICO NEUROBIOLÓGICO	Profesionales del SES: Neuropediatra	Tras detección de sospecha documentada (positivo en el M-CHAT-R/F)	Consulta de atención especializada
			Cómo Mediante la administración repetida en el tiempo de herramientas de cribado. (anexo 3) - (Cuestionario M-CHAT-R Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños -16 a 30 meses-). - (También se podrá administrar, adicionalmente, el Cuestionario del Bebé y Niño Pequeño -CSBS-DP -6 A 24 meses-) - (En niños/as más mayores -4 a 11 años- se puede aplicar el Cociente de Espectro Autista para Niños -AQC-). Mediante administración de herramientas de seguimiento. (anexo 3) - (Entrevista de Seguimiento M-CHAT-R/F -16 a 30 meses-). - (Cuestionario Infantil del Síndrome de Asperger -CAST- -4 a 11 años- Ante señales de alerta de Síndrome de Asperger en niños en edad escolar). Mediante Orden Clínica de Derivación a través de Jara-Asistencial, siguiendo trayectorias y plazos establecidos Mediante procedimiento establecido

COMPONENTES DEL PROCESO Y DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES				
Qué	Quién	Cuándo	Dónde	Cómo
5. DERIVACIÓN A LAS UPAs DEL SEPAD PARA VALORACIÓN DE POSIBLE ACCESO A TRATAMIENTO DE ATENCIÓN TEMPRANA	Profesionales del SES: Neuropediatra	Si se confirma la sospecha de trastorno en el desarrollo o de vulnerabilidad evolutiva cumpliendo con los criterios de acceso que se establecen en el Acuerdo SEPAD-SES de mejora de la Atención Temprana		Mediante procedimiento establecido en el Acuerdo SEPAD-SES para la mejora de la Atención Temprana en Extremadura
6. DERIVACIÓN DE PERSONAS CON POSIBLE TEA A ESMIJ/ESM	Profesionales del SES: Neuropediatra	Existe sospecha documentada de TEA y tras diagnóstico diferencial con otros Trastornos del Desarrollo Neurológico	Consulta de atención especializada	Mediante Orden Clínica de Derivación a través de Jara-Asistencial, siguiendo trayectorias y plazos establecidos en protocolos
7. PROCESO DIAGNÓSTICO DE TEA	Profesionales del SES: Psicología Clínica/ Psiquiatría del ESMIJ	Tras exploración por Neuropediatría, existiendo sospecha documentada de TEA y tras diagnóstico diferencial con otros Trastornos del Desarrollo Neurológico	ESMIJ	Mediante la utilización de instrumentos adecuados, que al menos incluyan entrevista clínica a cuidadores principales y observación.
8. PROCESO DE VALORACIÓN POR SEPAD / CADEX	Profesionales de las UPAs de los CADEX.	Tras diagnóstico de TEA	UPAs de los CADEX	Mediante los procedimientos de valoración y derivación establecidos.
9. ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO (PAP)	Equipo Interdisciplinar formado por profesionales de diferentes ámbitos coordinados por un profesional de las UPAs	Tras diagnóstico provisional o definitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades de Promoción de la Autonomía (UPAs) de los CADEX - ESMIJ - ESM - Atención Primaria - Atención Especializada 	Siguiendo lo explicitado en el subproceso.

<p>10. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO (PAP)</p>	<p>Equipo Interdisciplinar coordinado por UPAs</p>	<p>Tras la elaboración del plan de acción personalizado (PAP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades de Promoción de la Autonomía [UPAs] de los CADEX - ESMIJ/ESM - Atención Primaria - Atención Especializada 	<p>Siguiendo lo explicitado en el subproceso.</p>
<p>11. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO (PAP) EN EL ADULTO CON TEA</p>	<p>Equipo Interdisciplinar coordinado por UPAs</p>	<p>Al alcanzar la edad adulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades de Promoción de la Autonomía [UPAs] de los CADEX - ESM - Atención Primaria - Atención Especializada 	<p>Siguiendo lo explicitado en el subproceso.</p>

4.2. Identificación de subprocesos.

SUBPROCESO 1	
DETECCIÓN EN POBLACIÓN GENERAL	
ACTIVIDAD	PROFESIONALES
<p>Informar a los y las progenitores de los hitos del desarrollo y de los signos de alerta que pueda presentar la población infantil, a través de material escrito y mediante videotutoriales. Este material informativo podrá ser entregado en los controles de salud, o el acceso al mismo podrá ser proporcionado a través de páginas de Internet externas aconsejadas (Sociedades científicas...) o desarrolladas por los profesionales del SES expresamente para este propósito. Este material acompañará a los cuestionarios de los test de escrutinio específico en los controles previstos para ello en el segundo año de vida.</p> <p>Vigilancia del desarrollo, elemento esencial de la detección de niños y niñas con TEA: los y las profesionales han de conocer los hitos normales del desarrollo infantil en los primeros años de vida, vigilando estrechamente el desarrollo psicomotor de forma rutinaria en el seguimiento correspondiente al Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura, mediante escalas validadas -Escala de Haizea-Llevant (anexo 6) y mediante supervisión general.</p> <p>Durante la vigilancia rutinaria del desarrollo, se valorará de forma específica la adquisición de habilidades socio-comunicativas, utilizando los signos de alerta de TEA en las distintas edades. En el segundo año de vida esta valoración de signos de alertas incluirá la aplicación repetida en el tiempo de test específicos de escrutinio en niños y niñas pequeñas en los controles del Programa de Seguimiento previstos (18 y 24 meses) y periodo entre los mismos. (anexo 3)</p> <p>Mediante una adecuada comunicación y coordinación de AP con el ámbito educativo, se procurará conocer las observaciones que los profesionales de la educación hagan de los niños escolarizados, ya que se encuentran en lugar privilegiado para observar signos de alerta de TEA y comunicarlo a través de la familia. (en este punto remitimos al Acuerdo SEPAD-SES para la mejora de la Atención Temprana). (anexo 5)</p>	<p>Pediatría AP (Profesionales del ámbito educativo, Servicios sociales comunitarios, Familia)</p>
<p>Informar a los y las progenitores de los hitos del desarrollo y de los signos de alerta que pueda presentar la población infantil, a través de material escrito mediante videotutoriales. Este material informativo podrá ser entregado en los controles de salud, o el acceso al mismo podrá ser proporcionando a través de páginas de Internet externas aconsejadas (Sociedades científicas...) o desarrolladas por los y las profesionales del SES expresamente para este propósito. Este material acompañará a los cuestionarios de los test del escrutinio específico en los controles previstos para ello en el segundo año de vida.</p> <p>Vigilancia del desarrollo, elemento esencial de la detección de niños y niñas con TEA: los y las profesionales han de conocer los hitos normales del desarrollo infantil en los primeros años de vida, vigilando estrechamente el desarrollo psicomotor de forma rutinaria en el seguimiento correspondiente al Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura, mediante escalas validadas -Escala de Haizea-Llevant (anexo 6) y mediante supervisión general.</p>	<p>Enfermería Pediatría AP</p>

<p>Generalmente, los personas con TEA habrán sido detectadas en la primera infancia. Sin embargo, hay casos de TEA de alto nivel de funcionamiento que han pasado desapercibidos o no han sido correctamente evaluados y diagnosticados en aquella edad, y es más avanzada la infancia e incluso en la adolescencia o la edad adulta cuando desde Atención Primaria se detecta la existencia de peculiaridades en la interacción social, en la comunicación, en los patrones de actividades e intereses. Se trataría de los casos probablemente compatibles con el diagnóstico de Síndrome de Asperger o TEA de Alto Funcionamiento.</p> <p>Para estos casos se utilizarán, como herramientas de detección, escalas auto aplicadas para adolescentes y para adultos, como: Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST) (anexo 3), Cociente de Espectro Autista (versión para Adolescentes) (AQA), Cociente de Espectro Autista (AQ), Cociente de Espectro Autista Abreviado (AQS), Evaluador de Asperger en Adultos (AAA) (anexo 4).</p> <p>Si el/la Pediatra o Médico/a de Familia de AP considera que existen indicadores de sospecha de TEA, derivará a la persona al ESMIJ o ESM de referencia para evaluación diagnóstica.</p> <p>Al realizar la derivación al ESMIJ o ESM, el/la Pediatra o Médico de Familia de AP procederá a la INCLUSIÓN del/la persona en el PAI de TEA</p>	<p>Pediatría AP Medicina de Familia AP (Profesionales de Servicios sociales comunitarios, Familia)</p>
<p>El o la Trabajador/a Social, en su trato con las familias, debe observar signos de alerta, especialmente en aquellas que presenten riesgo social (según criterios generales de Riesgo Social e indicadores de riesgo social para menores frágiles -anexo); hacer una valoración y abrir historia social. (Todo ello registrado en Jara, para facilitar el acceso a la información a otros profesionales).</p>	<p>Trabajo Social AP</p>

SUBPROCESO 2	
EXPLORACIÓN DE SEÑALES DE ALERTA	
ACTIVIDAD	PROFESIONALES
<p>Detectados signos de alerta y aplicado el M-CHAT-R/F:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la Puntuación Total es 0-1, el niño/a ha resultado negativo. Ninguna otra medida es necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA. El niño/a debe seguir vigilado en futuras visitas del programa del niño sano. - Si la Puntuación Total es 3-7 (puntuaciones correspondientes a “Riesgo Medio”), se procederá a administrar la entrevista de seguimiento (segunda etapa = M-CHAT-R/F) para obtener información adicional acerca de las respuestas de riesgo. Si la puntuación M-CHAT-R/F se mantiene en 2 o superior, el niño/a ha resultado positivo. Se procederá a derivar al niño/a a Neuropediatría para evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de intervención temprana. - Si la Puntuación Total es 8-20 (puntuaciones correspondientes a “Riesgo Alto”), es aceptable prescindir de la entrevista de seguimiento y se debe derivar al niño/a de inmediato a Neuropediatría para evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de intervención temprana. - En cualquier caso, se informará a los padres de los resultados y los pasos que se van a seguir. - Al realizar la derivación a Neuropediatría, el/la Pediatra o Médico de Familia de AP procederá a la INCLUSIÓN de la persona en el PAI de TEA 	<p>Pediatría AP / Medicina de familia AP</p>
<p>Coordinación mediante los documentos y los medios disponibles y adecuados con el o la Trabajador/a Social del ESMUI.</p>	<p>Trabajo Social AP</p>

SUBPROCESO 3

DIAGNÓSTICO NEUROBIOLÓGICO

ACTIVIDAD

El plazo máximo desde la solicitud de cita por Atención Primaria hasta la primera consulta en Neuropediatría no será superior a 60 días.

ESTUDIO DIAGNÓSTICO:

La evidencia de la base genética del autismo es incuestionable, y se acepta una heredabilidad de hasta un 90%. Sin embargo, siguen sin identificarse las alteraciones genéticas en un amplísimo número de casos.

Se han demostrado alteraciones citogenéticas hasta en un 5-7% de las personas con TEA. Las alteraciones más comunes incluyen deleciones (7q, 22q, 2q, 18q y Xp). La asociación de X frágil y autismo está bien documentada.

Se recomienda estudio citogenético y cribado de mutación FMR1 en todos las personas con TEA. El estudio de array-CGH puede detectar anomalías hasta en un 10% de casos de autismo. De interés es la asociación de macrocefalia/megacefalia y TEA, con una elevada tasa de mutaciones en el gen PTEN (aconsejable su estudio en TEA y PC>2,5 DE).

Existen casos de autismos síndrómicos en los que el TEA constituye una característica más de un amplio espectro de síntomas neurológicos; en este apartado incluimos tanto síndromes genéticos bien definidos (ej. síndrome de Rett, síndrome de Angelman, síndrome de Williams, etc...) como de síndromes neurocutáneos (ej. complejo esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, hipomelanosidosis de Ito) o enfermedades metabólicas hereditarias (aminoacidopatías, trastornos del ciclo de la urea, déficit de creatina cerebral,...). Para detectarlos es imprescindible tener una alta sospecha clínica y orientar bien los estudios diagnósticos.

Tras realizar una historia clínica detallada, incluyendo antecedentes familiares (antecedentes de otros casos de TEA y/o otros trastornos del neurodesarrollo) procederemos a una exploración física, dismorfológica y neurológica.

Según datos recogidos en la valoración neuropediátrica orientaremos las diferentes pruebas diagnósticas según el protocolo que detallamos a continuación:

En todos los casos de TEA:	Arrays (kb).
Si retraso del neurodesarrollo / déficit cognitivo:	FMR1 (Frágil X). Valorar exoma.
Rasgos dismórficos y/o fenotipo conductual característico:	Estudios genéticos específicos (MECP2, PTEN, etc.)
Otros trastornos neurológicos asociados (epilepsia, trastorno motor, retraso severo, regresión del neurodesarrollo, trastornos del movimiento, etc.:	Estudios neurofisiológicos. Estudios de neuroimagen. Estudio metabólico.

Estudios neurofisiológicos: se recomienda realizar un EEG de sueño en los niños/as con TEA y sospecha de crisis epilépticas o asociación de otros trastornos del neurodesarrollo. Algunos autores recomiendan la realización sistemática del EEG de sueño a todos los niños/as con TEA. Hasta un 5-40% de niños/as con TEA desarrollan epilepsia durante su evolución (Lee BH et. al, *Epilepsy Behav* 2015).

Estudios de neuroimagen: imágenes por RM cerebral, incluyendo al menos secuencias ponderadas en T1, T2 y FLAIR. En algunos casos se recurrirá a otras pruebas de neuroimagen (espectroscopía, SPECT,...).

PROFESIONALES

Neuropediatría



<p>Estudios metabólicos: son muy numerosas las enfermedades metabólicas hereditarias que pueden cursar con manifestaciones del espectro autista, generalmente asociadas a otros síntomas sistémicos y neurológicos, pero en el caso de las enfermedades neurometabólicas el espectro TEA puede ser una manifestación predominante. Los estudios metabólicos deben estar siempre orientados por un médico neuropediatra y ser realizados en laboratorios con experiencia en EIM.</p> <p><u>Pruebas de primer nivel:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma, bioquímica sanguínea con función hepática y renal, magnesio, ionograma, perfil férrico, urato, colesterol.- Equilibrio ácido-base.- Ácido láctico, ácido pirúvico y amonio en sangre.- Aminoácidos en sangre y orina.- Perfil de acilcarnitinas en plasma. <p><u>Pruebas de segundo y tercer nivel (orientadas según sospecha clínica):</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ácidos orgánicos en orina.- Sialotransferrinas en plasma- Guanidinoacetato y creatina en orina- Glicosaminoglicanos en orina- Estudios específicos en LCR- Estudios funcionales. <p>Se procederá a derivar a las UPAs de los CADEX, según el protocolo establecido, en el caso de confirmar la sospecha de trastorno en el desarrollo o de vulnerabilidad evolutiva y que cumpla con los criterios de acceso que se establecen en el Acuerdo SEPAD-SES de Atención Temprana. (anexo 5)</p> <p>En el caso de que el o la Neuropediatra descarte el diagnóstico de TEA, el o la <u>Neuropediatra procederá a dar SALIDA a la persona del PAI de TEA.</u></p> <p>En el caso de que el o la Neuropediatra mantenga la sospecha de TEA, procederá a la derivación de la persona al ESMIJ.</p>	<p>Neuropediatría</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------



SUBPROCESO 4	
PROCESO DIAGNÓSTICO DE TEA	
ACTIVIDAD	PROFESIONALES
<p>1. CONSIDERACIONES PREVIAS:</p> <p>El plazo máximo desde la solicitud de cita por Neuropediatría hasta la primera consulta en el ESMIJ no será superior a 60 días, realizándose el proceso diagnóstico en un plazo no superior a 60 días y emitiéndose a continuación el informe diagnóstico pertinente.</p> <p>Toda la información recogida por los y las profesionales quedará reflejada en la Historia Clínica Digital de la persona en evaluación.</p> <p>El proceso diagnóstico se realizará en varias sesiones de observación en diferentes situaciones (individual, con los padres, madres, cuidadores o cuidadoras, en grupo...), así como en entrevistas con la familia y a través del acceso a información indirecta.</p> <p>Señalar la importancia de aplicar pruebas específicas, con suficiente aval científico que asegure su fiabilidad, validez y sensibilidad. La aplicación de dichas pruebas requiere que los y las profesionales estén debida y específicamente formadas, así como que cuenten con la supervisión inicial necesaria en el uso de instrumentos de cierta complejidad como el ADI-R y/o especialmente el ADOS 2.</p> <p>También resaltar que el proceso diagnóstico debe incluir la valoración de otros aspectos del funcionamiento del sujeto, que permitan realizar con fiabilidad tanto los diagnósticos diferenciales pertinentes como establecer si existen otros trastornos del neurodesarrollo asociados a la presencia del TEA.</p> <p>El Proceso Diagnóstico será coordinado por un o una profesional de la Psicología Clínica o Psiquiatría, Responsable del Proceso, y contará con las aportaciones del equipo multidisciplinar que interviene en la evaluación.</p> <p>Desde el primer momento del Proceso Diagnóstico se hará copartícipe a la familia, cuidadores y cuidadoras, a lo largo de toda la evaluación y siendo considerada como principal fuente de información.</p> <p>2. OBJETIVO:</p> <p>Descartar o establecer un diagnóstico provisional o de confirmación de TEA, así como identificar otros trastornos comórbidos.</p>	<p>Psicología Clínica SM Psiquiatría SM</p>

<p>3. FASES: (anexo 7)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica (anexo 8). - Entrevista a familiares, cuidadores y cuidadoras. Se recomienda el uso de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R) (anexo 9). - Observación directa de la conducta. Se recomienda el uso de la Escala ADOS 2 para el Diagnóstico del Autismo (anexo 9). - Evaluaciones específicas para determinar el perfil evolutivo (anexo 9). <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del habla, el lenguaje y la comunicación. - Evaluación cognitiva. - Información indirecta. <p>4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:</p> <p>Se descartarán otros diagnósticos que pudieran explicar las alteraciones presentes, como Trastorno del Desarrollo Intelectual o Retraso Global del Desarrollo.</p> <p>Se valorará también si el TEA se acompaña o no de discapacidad intelectual o de un Trastorno del lenguaje.</p> <p>Se valorará si el TEA se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento, y si cursa con catatonia.</p> <p>En el caso de que el o la profesional de la Psicología Clínica o Psiquiatría descarte el diagnóstico de TEA, procederá a dar SALIDA al/a la persona del PAI de TEA.</p>	<p>Psicología Clínica SM Psiquiatría SM</p>
<p>Valoración Socio-familiar completa de todas las áreas, para investigar y conocer los factores personales, familiares y ambientales que influyen en el proceso, explorando las necesidades detectadas y las debilidades y fortalezas a tener en cuenta para diseñar el Plan de Intervención Social.</p> <p>Asimismo, en las entrevistas con la familia se tratará de conocer sus características, genograma, relación con los hermanos, hermanas y otros miembros de la familia, vivencia de los padres y madres ante las dificultades del niño o niña, redes sociales de apoyo, posibles disfunciones familiares previas o secundarias a la aparición de las dificultades. (anexo)</p> <p>Si es necesario y con el consentimiento de la familia, se recabará información de los centros educativos, sanitarios y/o sociales donde acuda el o la menor.</p> <p>Tras la valoración, el o la Trabajador/a Social realizará un DIAGNÓSTICO SOCIAL.</p>	<p>Trabajo Social SM</p>

<p><u>Puesta en común:</u></p> <p>Finalizada la evaluación por parte de los y las distintas profesionales, se realizará una puesta en común y estudio del caso por parte del Equipo de Salud Mental y de Neuropediatría.</p> <p>El objetivo de esta puesta en común es integrar toda la información recogida que permita confirmar o no el diagnóstico de TEA, iniciar la elaboración del Plan de Acción Personalizado (PAP) y las intervenciones necesarias, incluyendo posibles derivaciones a otros especialistas o dispositivos.</p> <p>Se estudiará si se inicia el proceso de solicitud de inclusión en el Programa de Pacientes con Necesidades Asistenciales Especiales del SES.</p> <p>En el caso de que en la puesta en común no se confirme el diagnóstico de TEA, el/la Psicólogo/a Clínico/a o Psiquiatra procederá a dar SALIDA al/a la persona del PAI de TEA.</p> <p>En el caso de existir dudas sobre el diagnóstico, se procederá a un seguimiento y evaluación del desarrollo evolutivo de la persona usuaria, hasta confirmar o descartar el diagnóstico de TEA.</p> <p><u>Informe diagnóstico:</u></p> <p>Se emitirá un informe diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se utilizará un lenguaje claro y comprensible. - Se incluirá una descripción del comportamiento del niño o niña y de su correspondencia con una categoría diagnóstica concreta. - Se identificarán los trastornos comórbidos, si los hubiera. - Se incluirá una descripción de su diferencia con otros trastornos mentales. - Se indicará la presencia de otros síntomas asociados al TEA, como problemas de conducta o psicopatología asociada: trastornos del sueño, de la alimentación, del control de esfínteres, irritabilidad, ansiedad, fobias, conductas disruptivas o desafiantes, autolesiones, agresividad, dificultades en la autorregulación atencional, hiperactividad, área afectiva y socio emocional...conteniendo orientaciones operativas y claras. - El juicio clínico debe basarse en los criterios diagnósticos DSM 5 o CIE-10. <p><u>Devolución e información diagnóstica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará en una entrevista con los padres, madres o tutores/as del niño o niña, en un plazo máximo de 15 días desde la emisión del informe diagnóstico. - La devolución la realizará el o la profesional referente del ESMIJ/ESM, Psicología Clínica o Psiquiatría, con un tiempo suficiente para responder a las dudas de la familia. - Se informará a los padres y madres sobre si se considera preciso atender a la evolución del niño o niña, para la confirmación del diagnóstico diferencial. - Se informará a los padres, madres y tutores/as sobre las posibilidades de atención y tratamiento, así como sobre los distintos recursos y opciones educativas, sociales y terapéuticas disponibles. - Se informará a los padres, madres y tutores/as sobre la conveniencia de establecer un seguimiento a través del Plan Acción Personalizado, así como de que se va a proceder a la elaboración del mismo como siguiente fase del Proceso Asistencial - Se entregará a los padres, madres y tutores/as del niño o niña el informe diagnóstico. - Se orientará a los padres, madres y tutores/as hacia la demanda de valoración específica psicopedagógica por los Servicios de Orientación (EOEP general, de Atención Temprana o Departamento de Orientación, según corresponda) y hacia la valoración de la persona usuaria por Servicios Sociales Especializados (CADEX). 	<p>ESMIJ</p> <p>ESM</p> <p>Neuropediatría</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

SUBPROCESO 5	
PROCESO DE VALORACIÓN POR SEPAD / CADEX	
ACTIVIDAD	PROFESIONALES
<p>El Proceso de Valoración será coordinado por un o una Profesional del CADEX Responsable del Proceso, que actuará también como profesional de referencia en la elaboración y desarrollo del PAP.</p> <p>Evaluación: <i>(anexo 10)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de las áreas relacionadas con el TEA: 2. Desarrollo de habilidades adaptativas adecuadas al momento de desarrollo: 3. Desarrollo motor: 4. Sensibilidad sensorial: 5. Alteraciones conductuales y psicopatología asociada, si las hubiera. 6. Área afectiva y socio emocional: 7. Área cognitiva: 8. Grado de Adaptación Escolar. <p>Una guía para sistematizar el proceso de valoración (propuesta por las asociaciones del sector) se incluye en el <i>(anexo 11)</i> <i>(Aspectos a considerar o tener en cuenta a la hora de abordar tanto la evaluación como generar la intervención en personas con TEA).</i></p>	<p>UPAs de los CADEX</p>

SUBPROCESO 6

ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO (PAP)

(Plan de Acción Personalizado: documento que recoge los datos clínicos, psicológicos, funcionales y sociales más relevantes y la estrategia terapéutica y de cuidados establecida junto con la persona usuaria por sus equipos asistenciales de referencia)

ACTIVIDAD	PROFESIONALES
<p>Finalizado el proceso diagnóstico y el proceso de valoración por Servicios Sociales Especializados [CADEX], se elaborará el Plan de Acción Personalizado (PAP).</p> <p>Su elaboración será individualizada e individualizada, en función de la edad y características individuales de la persona usuaria y de su nivel de funcionamiento. Intervendrán profesionales del ámbito sanitario (SES) y las UPAs de los CADEX .</p> <p>La coordinación del proceso de elaboración y desarrollo del PAP la realizarán las UPAs del CADEX, con funciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinar la elaboración del PAP. - Actuar de interlocutor con los distintos servicios y/o profesionales implicados. - Evaluar periódicamente el PAP. <p>El PAP se concretará en un documento que incorporará los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos personales del sujeto. - Diagnóstico (provisional/definitivo). - Evaluación realizada, con especificación de los instrumentos utilizados. - Conclusiones de la evaluación, especificando las fortalezas y necesidades detectadas, los aspectos funcionales de la conducta, los trastornos comórbidos, otros aspectos significativos identificados (incluyendo información psicopedagógica y posible discapacidad) y datos de la situación personal y familiar. - Definición de objetivos terapéuticos globales y específicos. - Intervenciones previstas, especificando servicios o profesionales que las realizarán. Se definirán las intervenciones dirigidas a la persona usuaria, a la familia y al entorno. - Mecanismos de coordinación y comunicación entre los distintos profesionales implicados. - Procedimiento de seguimiento y evaluación periódica. - En el caso de existir informes psicopedagógicos o medias educativas específicas en vigor, se recogerán las conclusiones de las mismas, las orientaciones dirigidas a alumnado, familia, entorno y centro, y las medidas específicas en el PAP. Sólo se podrán incluir las mismas en este supuesto. <p>El PAP se elaborará en un plazo no superior a 60 días desde la finalización del Proceso Diagnóstico.</p> <p>El PAP será acordado y consensado con los padres, madres y tutores/as, considerándose su participación un elemento fundamental en su desarrollo.</p> <p>Una vez elaborado se procederá a la devolución de la información acerca del PAP a la persona usuaria y a la familia.</p> <p>Será necesario el consentimiento informado de la familia para el intercambio de información del PAP entre los diferentes profesionales.</p>	<p>Equipo Interdisciplinar formado por profesionales de diferentes ámbitos coordinados por las UPAs de los CADEX</p>

<p>Asistencia por parte del ESMIJ/ESM que quedará reflejada en el PAP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación del diagnóstico, acompañamiento y apoyo psicológico a los padres, madres o tutores/as como parte del tratamiento clínico. - Abordaje de los problemas de la persona usuaria desde una perspectiva clínica utilizando distintas técnicas con la mejor evidencia disponible, incluida la farmacológica, atendiendo a los aspectos clínicos que vayan apareciendo evolutivamente y en comunicación y coordinación con el resto de profesionales que intervienen en el desarrollo del PAP. - Atención a la comorbilidad clínica (alteraciones conductuales y psicopatológicas). - Seguimiento del proceso: seguimiento unificado del conjunto de las intervenciones que tienen que ver con la Salud Mental de la persona usuaria. - Atención a posibles desajustes sociales y necesidades especiales en este ámbito: esta tarea se desarrollará especialmente por los y las profesionales de Trabajo Social del Equipo, en coordinación con otros niveles de atención. <p>Organización de la Asistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habrá un programa específico para la atención de estos niños y niñas. En este programa participarán los y las profesionales que en cada dispositivo se considere oportuno. - La persona usuaria tendrá un referente estable durante todo el proceso y a lo largo de toda su relación con el ESMIJ, siempre que esto sea posible. Este profesional será un o una especialista en Psiquiatría o Psicología Clínica, pudiendo además asignarse una persona de referencia entre el personal de Enfermería o el resto de profesionales. Esta persona se mantendrá así mismo estable durante todo el proceso. - Las intervenciones biomédicas serán coordinadas por un o una profesional de psiquiatría siempre en comunicación con el profesional de referencia del equipo e informando al Pediatra de AP. - Los y las menores recibirán una atención con periodicidad semestral; siempre incluirá atención directa a los y las menores y sus familias y coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que los atiendan. Esta periodicidad variará en aquellos casos debidamente justificados en el PAP, por razones geográficas, características de la patología o de la atención. 	<p>ESMIJ / ESM</p>
<p>El o la profesional de Trabajo social del ESMIJ o del ESM, diseñará el plan de intervención social, atendiendo a posibles desajustes sociales y necesidades especiales; consensuado con la familia, considerándose su participación fundamental para su desarrollo. Este plan de intervención social se adjuntará al PAP, en coordinación con el equipo indisciplinar, y con otros niveles asistenciales, donde irán incluidas las intervenciones dirigidas a la familia y al entorno, así como las actividades de coordinación con otros ámbitos (educativo, social, sanitario, asociaciones,...).</p>	<p>Trabajo Social ESMIJ/ ESM</p>
<p>Intervención:</p> <p>De acuerdo con el Marco de Atención a la Discapacidad de Extremadura (MADEX), se establecerá la necesidad de Atención Temprana u otras prestaciones.</p> <p>Según la edad y el grado de discapacidad los tratamientos que se podrán recibir serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Logopedia. - Terapia ocupacional. - Fisioterapia. - Psicomotricidad. - Tratamiento psicológico. 	<p>UPAs de los CADEX</p>

SUBPROCESO 7

DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO (PAP)

ACTIVIDAD	PROFESIONALES
<p>1. ASPECTOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La intervención funcional sobre los déficits y las alteraciones comenzará lo antes posible y siempre en un plazo inferior a 30 días desde la elaboración del documento del PAP. - Se atenderán adecuadamente las necesidades de las personas con TEA en las diferentes etapas del desarrollo. - Se realizará, preferentemente, en los entornos naturales (hogar, escuela), utilizando rutinas cotidianas y consecuencias naturales. - Estará orientada a mejorar las modalidades relacionales del menor y permitir la adquisición del mayor nivel de desarrollo posible. - El tratamiento es complejo y amplio, se trata de que su vida diaria se organice con una actitud que tenga en cuenta la comprensión de sus dificultades, en sus distintos contextos de desarrollo (la casa familiar, la escuela, dispositivos de tratamiento, etc.). <p>2. LA FAMILIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiene un papel activo, y preponderante, en el tratamiento educativo de la persona con TEA, en su planificación y su desarrollo. - Se realizarán consultas individualizadas con los padres, madres o tutores/as, con el fin de prestar el apoyo psicológico necesario. - Se realizarán sesiones de grupos de padres, madres, hermanos y hermanas con el fin de promover el apoyo mutuo. - Se promoverá la colaboración y coordinación en el entorno cercano del o la menor, con los servicios sanitarios, sociales y educativos, las asociaciones de familias... - Se ofrecerá a la familia y al entorno cercano un plan de formación para cubrir sus necesidades formativas en TEA y sobre el programa de intervención. <p>3. ENFOQUES Y TÉCNICAS RECOMENDADAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pilares del tratamiento serán las intervenciones psicológicas, educativas y de apoyo social. - Se procurará el aprendizaje significativo y motivante, teniendo en cuenta los intereses del o la menor. - Los entornos en los que se desenvuelva el o la menor tendrán un elevado nivel de estructuración y predictibilidad. 	<p>Profesionales de ESMIJ / ESM UPAs de los CADEX</p>

<p>4. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de seguimiento: entrevistas en las que se hace seguimiento clínico-evolutivo y se recogen inquietudes de la familia, se sigue el cumplimiento de las intervenciones del PAP y se hace el control del tratamiento farmacológico si lo tuviera. - Atención urgente: en situaciones de crisis aguda se tendrá presente la <i>“Guía de actuación en urgencias para personas con autismo”</i> de la Federación Autismo Castilla y León (anexo 12). - Hospitalización completa: sólo señalar que, de darse alguna circunstancia que exigiera la hospitalización completa de un o una menor con TEA, ésta debería hacerse en Pediatría y siguiendo las recomendaciones generales, insistiendo especialmente en la necesidad de que los y las menores hospitalizados dispongan permanentemente de una persona de su entorno, particularmente la madre o el padre. - Atención a otros problemas de salud: ante la sospecha de otros problemas de salud, se pondrá en conocimiento de su Pediatra de AP para realizar su valoración y seguimiento. - En circunstancias en las que por proximidad u otras causas se haga directamente derivación por parte del ESMIJ a otra especialidad hospitalaria se informará siempre a su Pediatra de Atención Primaria. - Intervenciones farmacológicas: en la actualidad no existe ningún tratamiento biomédico específico para los síntomas nucleares de los TEA. Los tratamientos farmacológicos se utilizan para síntomas concretos y/o trastornos comórbidos, que además de provocarles malestar, interfieran negativamente en su adaptación y en el posible beneficio que puedan obtener de las intervenciones psicológicas y/o educativas. A la hora de valorar la instauración de un tratamiento farmacológico, se tendrán en cuenta las necesidades observadas en los diferentes contextos (familiar, terapéutico, educativo), la posible aparición de efectos adversos, la interacción con otros medicamentos y los efectos a largo plazo. El tratamiento farmacológico debe utilizarse siempre formando parte de una estrategia global de tratamiento, junto con las intervenciones psicológicas, educativas, familiares y de apoyo social. Se recomienda su uso cauteloso, tanto en su instauración como en su retirada, así como una reevaluación periódica de los posibles efectos beneficiosos y/o adversos, y de la indicación o no de su continuidad. - Plan de cuidados de enfermería: se debe adaptar a cada persona usuaria ajustándose a los objetivos recogidos en el PAP, evitando la reiteración de las actividades tanto evaluativas como de tratamiento. Es muy importante trabajar junto con las personas cuidadoras, mediante la identificación precoz de sus necesidades y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel. <ul style="list-style-type: none"> • Ante esta situación desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral, así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos ámbitos. • Este plan de cuidados de enfermería debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> » Valoración mínima específica según el modelo de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon (el establecido en JARA). » Exposición de los principales problemas que deben abordarse, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC. 	<p>Profesionales de ESMIJ / ESM UPAs de los CADEX</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

<p>» Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante la valoración continua de la persona usuaria, asegurando la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y en las distintas áreas del mismo nivel. El registro que toma vital importancia en este aspecto es el informe de continuidad de cuidados, en el que quedarán reflejadas su evolución y su evaluación. Este deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros. 	<p>Profesionales de ESMIJ / ESM UPAs de los CADEX</p>
<p>1. ASPECTOS GENERALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento del proceso: se realizarán reuniones periódicas entre los miembros del equipo (profesionales del Equipo de habilitación, familia, educadores y otros profesionales), con el fin de asegurar la coordinación entre ellos. - También se realizarán informes en diferentes momentos (inicial, trimestrales, anuales y final). - Cada niño o niña tendrá un profesional de referencia, que se ocupará del seguimiento del caso, de la coordinación con el resto de profesionales (especialmente con los del ESMIJ) que intervengan en el caso, así como con la familia. <p>2. INTERVENCIONES CENTRADAS EN LA FAMILIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El trabajo con la familia comienza en las primeras entrevistas, en las que es necesario tener una actitud terapéutica que les permita expresar sus preocupaciones, al mismo tiempo que puedan comenzar a comprender las dificultades de su familiar, empezando a orientarles en cómo relacionarse con él. - La participación de la familia se considera fundamental en el tratamiento, por lo que los y las profesionales deben acordar con ella los objetivos terapéuticos, acompañando y orientando a los padres, madres y tutores/as en las inquietudes que les despierta su hijo o hija. - En entrevistas terapéuticas posteriores con la familia el objetivo será trabajar el duelo, es decir la pérdida de las expectativas de tener un hijo o hija sin problemas. Este aspecto se considera fundamental en las posibilidades de su evolución. - Otro elemento terapéutico importante en el trabajo con la familia es que los profesionales les ayuden a mantener la esperanza, apoyándose en que es posible llevar a cabo un tratamiento que permita que el niño o la niña mejore su funcionamiento individual y su nivel de adaptación sociofamiliar. - Durante todo el tiempo de tratamiento, se realizará el apoyo psicoemocional a padres, hermanos y otros familiares implicados en los cuidados. - Se potenciarán los factores de protección y resiliencia de que disponga la familia. - Se trabajará para que la familia, en la medida de sus posibilidades, adquiera los conocimientos y destrezas necesarios para ser eficaces educadores, relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias favorecedoras de la comunicación, la interacción social y el juego simbólico. • Estructuración del entorno familiar. • Diseño y uso de las claves visuales. • Uso de las estrategias del Apoyo Conductual Positivo ante las alteraciones conductuales que se puedan presentar. 	<p>UPAs de los CADEX</p>

<p>3. INTERVENCIONES SOBRE EL ENTORNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando sea preciso, se colaborará con los profesionales del centro educativo, aportando información para: <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar su competencia educativa con alumnado con TEA. • Facilitarle el acceso a conocimientos y material específicos. • Resolución de conductas alteradas. - Igualmente se hará con las personas responsables de otros contextos a los que el o la menor esté acudiendo, con los mismos objetivos que en el caso anterior. 	<p>UPAs de los CADEX</p>
<p>COORDINACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las actividades de coordinación las llevarán a cabo todos y todas las profesionales y a lo largo de todo el proceso de evaluación, diagnóstico y atención, para mejorar su efectividad y asegurar su continuidad evitando rupturas en la atención. - Esta coordinación en función del PAP de cada niño o niña abarcará a profesionales de las UPAs de los CADEX, Atención Primaria de Salud (Pediatra/ Médico de Familia, Enfermería, Trabajo Social), ESMIJ, Neuropediatría, Equipo de rehabilitación funcional y otras especialidades que intervengan. - Habrá una reunión como mínimo durante el proceso de elaboración del PAP, a la que asistirán al menos los y las profesionales referentes de CADEX y ESMIJ. - Se realizarán reuniones de coordinación periódicas, contactos telefónicos y uso de otros medios, para seguimiento y evaluación de las intervenciones del PAP, así como para informar de posibles cambios y/o necesidades detectadas y siempre que el o la menor vaya a ser dado de alta de cualquier dispositivo. - Se establecerá un calendario de reuniones con una periodicidad mínima bimensual en las que se analizarán los casos en común. <p><u>También se mantendrá una adecuada coordinación con el ámbito educativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es necesaria para una adecuada integración entre los programas educativos y el PAP. Intervendrán, según las necesidades y momentos, profesionales del CADEX, del Equipo de Rehabilitación Funcional, del ESMIJ, de Atención Primaria y del ámbito educativo. - Debe producirse a lo largo de todo el proceso de escolarización, compartiendo la información del PAP con los y las profesionales del ámbito educativo, siendo especialmente importantes los siguientes momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación psicopedagógica. • Elaboración del Dictamen de Escolarización: modalidad de escolarización y recursos necesarios. • Asignación de Centro. • Diseño y desarrollo de los programas educativos al inicio del curso escolar. • Seguimiento trimestral y al final del curso. - Será necesario el consentimiento informado de la familia para el intercambio de información del PAP entre los diferentes profesionales. - Tendrá como objetivo una función de apoyo a los profesionales del Centro Educativo, especialmente en los momentos de crisis del o la menor. 	<p>Atención Primaria ESMIJ Neuropediatría UPA del CADEX</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Podrá aportar a los y las profesionales sanitarios información relevante para su intervención. - Estas actividades se llevarán a cabo a través de contactos telefónicos, TIC, reuniones de coordinación y visitas al centro escolar si se considera necesario. 	<p>Atención Primaria ESMIJ Neuropediatría UPA del CADEX</p>
<p>INTERVENCIÓN SOCIAL:</p> <p>En el marco del Plan de Atención Social se abordará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevención e intervención en situaciones de riesgo psicosocial en el o la menor y su familia. - Información sobre prestaciones y recursos públicos, privados y de iniciativa social y gestión de los mismos. - Asesoramiento y ayuda para la gestión del Reconocimiento de la Discapacidad y prestaciones o servicios derivados de ella. - Orientación y asesoramiento para la valoración del nivel y grado de dependencia. <p>INTERVENCIONES SOBRE EL ENTORNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover, informar y conectar con Grupos de Ayuda Mutua, Grupos de Padres y Madres, Asociaciones de Afectados, etc. - Movilizar y promover actitudes y recursos en la comunidad favorecedores de la inclusión y el desarrollo de estos niños y niñas en el entorno. <p>ACCIONES DE COORDINACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Con los distintos niveles de atención sanitaria. b. Interna ESMIJ. c. Intersectorial con: <ul style="list-style-type: none"> » El Equipo Interdisciplinar del PAP. <p>Es fundamental y recomendable especificar, definir espacios físicos donde se puedan desarrollar dichas reuniones, también especificar el nº de encuentros o reuniones que sería conveniente realizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Servicios Sociales Comunitarios y Especializados. » Servicios de Protección de Menores. » Servicios Educativos. » Marco asociativo y comunitario. » Servicios judiciales. » Otros. 	<p>Trabajo Social ESMIJ / ESM</p>

SUBPROCESO 8	
DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO (PAP) EN LA PERSONA ADULTA CON TEA	
ACTIVIDAD	PROFESIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Atención urgente: en situaciones de crisis aguda de personas con TEA se tendrá presente, por parte del personal sanitario, la <i>“Guía de actuación en urgencias para personas con autismo”</i> de la Federación Autismo Castilla y León (anexo 12). • Atención sanitaria: en situaciones de atención sanitaria en consulta de AP o especializada o cuando se produce un ingreso hospitalario de personas con TEA, se tendrá presente por parte de los profesionales sanitarios el <i>“Cuaderno de apoyo a la comunicación con el paciente”</i> (anexo 13). <p>Este cuaderno está diseñado para el apoyo en la comunicación con personas con discapacidad intelectual y dificultades en el lenguaje, durante la estancia hospitalaria o en la consulta médica. Se trata de una herramienta más de apoyo a la comunicación en el contexto sanitario. Así, la persona con TEA decidirá si quiere utilizarlo, o bien si prefiere expresar lo que le ocurre mediante otro sistema de comunicación que elija.</p> <p>Con este cuaderno, la persona con TEA puede utilizarlo como apoyo para expresar lo que le pasa. También es útil para que el personal sanitario pueda explicar a la persona usuaria la información sobre su salud, de una forma más comprensible.</p>	<p>Servicios de atención sanitaria</p>
<p>INTERVENCIÓN SOCIAL:</p> <p>En el marco del Plan de Atención Social se abordará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevención e intervención en situaciones de riesgo psicosocial de la persona usuaria y su familia. - Información sobre prestaciones y recursos públicos, privados y de iniciativa social y gestión de estos. - Asesoramiento y ayuda para la gestión del reconocimiento de la discapacidad y prestaciones o servicios derivados de ella. - Orientación y asesoramiento para la valoración del nivel y grado de dependencia y asesorar al PAP (Plan de Acción Personalizado) derivado de la aplicación de la Ley de Atención a situaciones de Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal. <p>INTERVENCIONES SOBRE EL ENTORNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover, informar y conectar con Grupos de Ayuda Mutua, Asociaciones de Afectados, etc. - Movilizar y promover actitudes y recursos en la comunidad favorecedores de la inclusión y el desarrollo de estas personas en el entorno. 	<p>Trabajo Social ESMIJ / ESM</p>

<p>ACCIONES DE COORDINACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Con los distintos niveles de atención sanitaria. b. Interna Equipo de Salud Mental c. Intersectorial con: <ul style="list-style-type: none"> » El Equipo Interdisciplinar del PAP. Es fundamental y recomendable especificar, definir espacios físicos donde se puedan desarrollar dichas reuniones, también especificar el nº de encuentros o reuniones que sería conveniente realizar. » Servicios Sociales Comunitarios y Especializados (CADEX). » Servicios Públicos y privados de Empleo. » Tejido asociativo y comunitario. » Servicios judiciales. » Otros. <p>Instrumentos que pueden ser útiles en el proceso de seguimiento del adulto con TEA: (anexo 14)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ESCALA GENCAT <input type="checkbox"/> ESCALA SAN MARTÍN: Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas. 	<p>Trabajo Social ESMIJ / ESM</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

SUBPROCESO DE SOPORTE	
IMPLANTACIÓN, FORMACIÓN Y DIVULGACIÓN	
ACTIVIDAD	PROFESIONALES
<p>PLAN DE COMUNICACIÓN :</p> <p>Con el objetivo de transmitir al mayor número de profesionales de las Áreas de Salud la existencia del PAI de TEA y los cambios que pueden llevar implícitos la implantación de este:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realizarán actividades de información y divulgación sobre el PAI de TEA dirigidas a todos los y las profesionales de Atención Primaria de los Centros de Salud, organizadas por las Gerencias de Área de Salud. Estas actividades se realizarán con periodicidad anual para que tenga acceso a las mismas el personal de nueva incorporación y sirva de recordatorio al personal que permanece. - Se realizarán actividades de información y divulgación sobre el PAI de TEA dirigidas a los profesionales de la Red de Salud Mental del SES, a través de la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. - Se realizarán actividades de información y divulgación sobre el PAI de TEA a todos los y las profesionales de los CADEX del SEPAD. - Se realizarán actividades de información y divulgación sobre el PAI de TEA a todas las entidades acreditadas y que tienen concertadas las prestaciones de Atención Temprana y Habilitación Funcional. - Se realizarán actividades de información y divulgación de carácter no presencial (mediante documento-resumen del PAI de TEA y mediante envíos y divulgación de enlaces on-line) dirigidos a todos los y las profesionales de Atención Especializada del SES. Estas actividades se realizarán con periodicidad anual. - Se realizarán actividades de información y divulgación de carácter no presencial (mediante documento-resumen del PAI de TEA y mediante envíos y divulgación de enlaces on-line) dirigidos a todos los y las profesionales de los Servicios de Atención Social Básica y Servicios Sociales Especializados. Estas actividades se realizarán con periodicidad anual. - Se realizarán actividades de información y divulgación de carácter no presencial (mediante documento-resumen del PAI de TEA y mediante envíos y divulgación de enlaces on-line) dirigidos a todos los y las profesionales del ámbito educativo. Estas actividades se realizarán con periodicidad anual. - Se realizarán actividades de divulgación en población general sobre características generales del TEA y de las personas con TEA. 	<p>Profesionales de los diversos equipos implicados en el PAI</p>

PLAN DE FORMACIÓN :

La formación de los y las profesionales será un elemento clave en la estrategia de implantación del PAI de TEA. La formación se integrará en los planes de formación de las Áreas de Salud, así como en los planes de formación de la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria. El objetivo es conseguir que los y las profesionales adquieran los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarios para la implementación del PAI:

- Formación dirigida a **profesionales de AP** sobre el PAI de TEA, características generales del TEA y de las personas con TEA, así como sobre detección y exploración de señales de alerta.
- Formación dirigida a **profesionales de AE** sobre el PAI de TEA, características generales del TEA y de las personas con TEA.
- Formación dirigida a **profesionales de la Red de SM** sobre el PAI de TEA, características generales del TEA y de las personas con TEA, así como sobre el proceso diagnóstico y sobre la elaboración y desarrollo del PAP.
- Formación dirigida a **profesionales de servicios de urgencias y de servicios de emergencias** sobre características generales del TEA y de las personas con TEA.
- Formación dirigida a los profesionales que trabajan en entidades acreditadas sobre Intervención y seguimiento en TEA.
- Formación dirigida a **profesionales de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad** sobre características generales de las personas con TEA.
- Formación dirigida a **profesionales de Servicios Sociales** sobre características generales del TEA y de las personas con TEA.
- Formación dirigida a **profesionales de Servicios de Educación** -la formación dirigida a los y las profesionales de Servicios de Educación se ofertará en los Centros de Profesores y Recursos (CPR), estableciéndose mecanismos de coordinación con la Secretaría General de Educación (Consejería de Educación y Empleo) o los CPR de cada sector-.

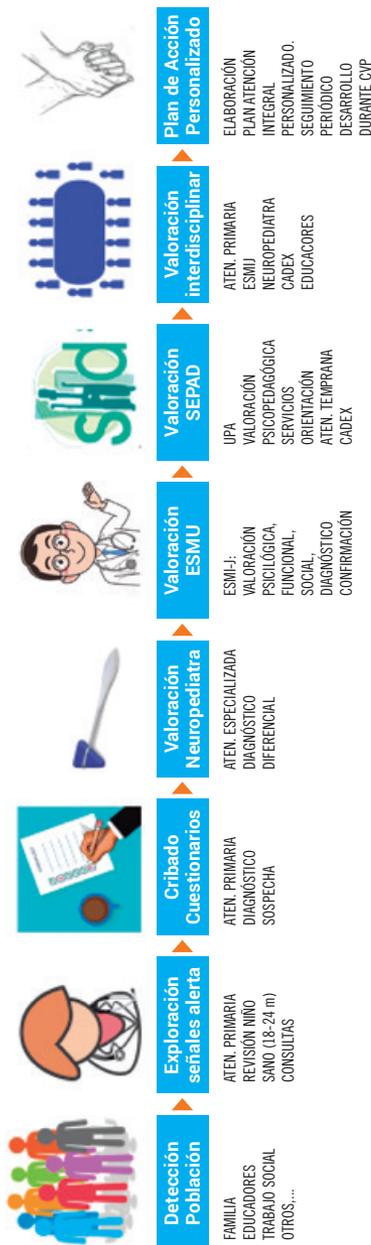
Profesionales de los diversos equipos implicados en el PAI

4.3. Recursos necesarios.

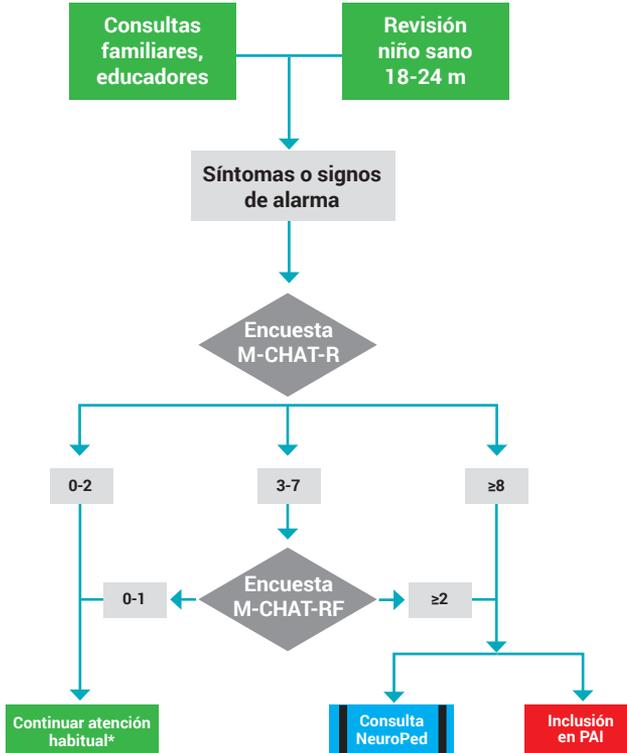
- Red de Salud Mental de Extremadura. Se dotará a todos los ESMIJ / ESM de los recursos materiales específicos para la realización de la evaluación diagnóstica (SES).
- Servicios de Neuropediatría / Neurología (SES).
- Unidades de Promoción de la Autonomía del CADEX. Equipos de Atención Temprana. Equipos de Habilitación Funcional (SEPAD).
- Habilitación en sistema JARA del proceso de **INCLUSIÓN** de persona usuarias en el PAI de TEA desde Atención Primaria de Salud.
- Habilitación en sistema JARA del proceso de **SALIDA** del PAI de TEA tanto desde Neuropediatría como desde la Red de Salud Mental de Extremadura.
- Creación de Consulta Monográfica de TEA en las Carteras de Servicios de Neuropediatría y de Salud Mental Infanto-Juvenil.

5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO.

5.1. Ruta de la persona usuaria por el PAI de TEA

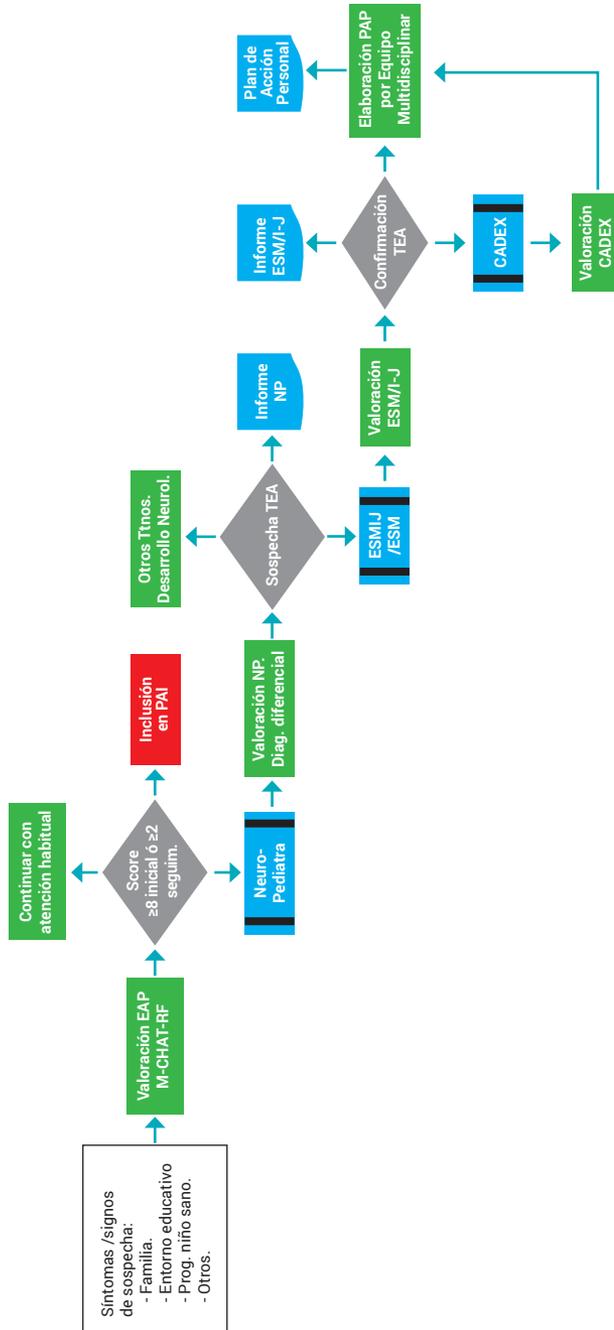


5.2. Detención e Inclusión en PAI de TEA



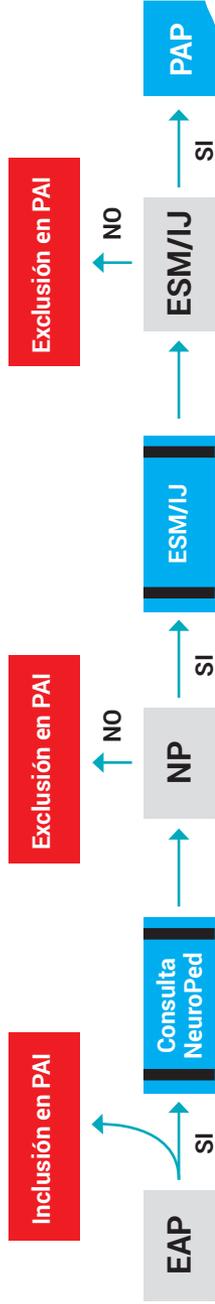
* Si el niño es menor de 24 meses hay que repetirlo a esta edad.

5.3. Representación global del Proceso Asistencial Integrado de TEA



5.4. Secuencia de decisiones para INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN en PAI en TEZ

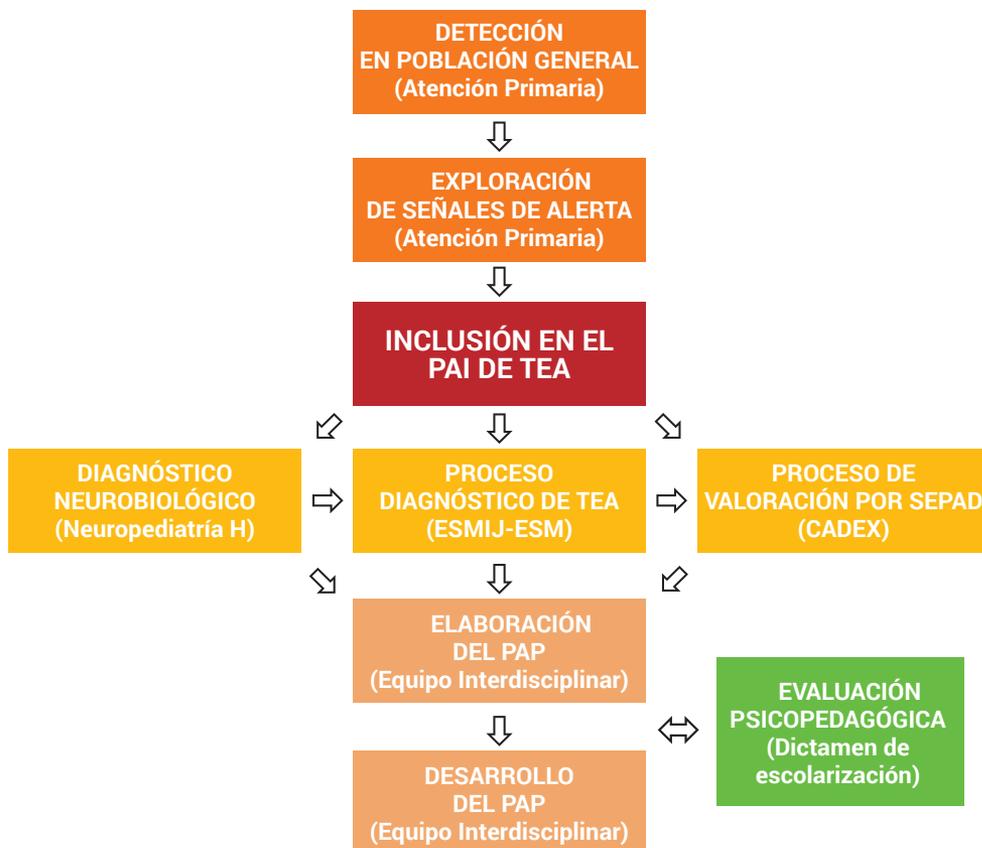
SECUENCIA DE DECISIÓN PARA INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN/DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN



Diagnóstico de confirmación:
 Inclusión por EAp
 No exclusión NP
 No exclusión ESM/IJ

Diagnóstico de confirmación:
 Personas incluidas por EAP
 atendidas por ESM/IJ y no
 excluidas o bien con PAP.

5.5. Nivel 1. Representación global del Proceso Asistencial Integrado de TEA



6. INDICADORES. Evaluación de resultados y seguimiento

INDICADORES DEL PROCESO					
Denominación	Indicador	Criterios de Calidad	Población	Datos a registrar y fuentes	Referencia a estándares
Las derivaciones desde AP por sospecha de TEA se acompañan de informe de resultado de M-CHAT-R/F.	Personas derivadas con sospecha de TEA con informe de resultados M-CHAT-R/F.	Permite evaluar la utilización de este instrumento y su efectividad para la detección.	Población detectada como de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de derivaciones realizadas desde AP. - Nº de informes de resultado de M-CHAT-R/F. 	
La primera consulta en Neuropediatría se realiza en los 60 días siguientes a la derivación desde AP.	Personas atendidas en plazo.	Permite detectar la existencia de lista de espera. Permite detectar si los mecanismos de derivación y atención son correctos.	Población detectada como de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de Personas atendidas. - Tiempo transcurrido desde la derivación. JARA. 	
La primera consulta en ESM se realiza en los 60 días siguientes a la derivación desde Neuropediatría / AP.	Personas atendidas en plazo.	Permite detectar la existencia de lista de espera. Permite detectar si los mecanismos de derivación y atención son correctos.	Población detectada como de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de Personas atendidas. - Tiempo transcurrido desde la derivación. JARA. 	
Toda la información recogida queda reflejada en la Historia Clínica Digital de la persona usuaria.	Personas que finalizan el proceso diagnóstico con Historia Clínica Digital.	Permite detectar si los mecanismos de recogida de información alcanzan estándares de calidad.	Población incluida en el PAI.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de Personas incluidas en el PAI. - Nº de Personas incluidas en el PAI que disponen de HC Digitalizada. JARA. 	

INDICADORES DEL PROCESO					
Denominación	Indicador	Criterios de Calidad	Población	Datos a registrar y fuentes	Referencia a estándares
En el proceso diagnóstico se utilizan las herramientas específicas recomendadas para la <i>Entrevista a familiares o cuidadores</i> , la <i>Observación Directa</i> y la <i>Observación Indirecta</i> .	Personas que finalizan el proceso diagnóstico con informes de resultado de las pruebas recomendadas.	Permite detectar si los procesos diagnósticos alcanzan estándares de calidad.	Población incluida en el PAI.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de Personas incluidas en el PAI. - Nº de Personas incluidas en el PAI que disponen de informes de resultado de las pruebas recomendadas. 	
Se emite informe diagnóstico elaborado por ESM y Neuropediatría, de todos los Personas que pasen por el proceso diagnóstico. Se devuelve la información a la familia.	Personas que finalizan el proceso diagnóstico con informe diagnóstico y con entrevista de devolución con la familia.	Permite detectar si los procesos diagnósticos alcanzan estándares de calidad.	Población incluida en el PAI.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de Personas que finalizan el proceso diagnóstico y disponen de informe diagnóstico. - Nº de entrevistas de devolución con la familia. 	
Se realiza una evaluación de las distintas áreas de funcionamiento del sujeto, por parte del Equipo de Valoración del CADEX.	Personas con diagnóstico confirmado de TEA pasan proceso de valoración del CADEX.	Permite detectar si los procesos de valoración del CADEX alcanzan estándares de calidad.	Población incluida en el PAI.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de Personas con diagnóstico confirmado de TEA. - Nº de valoraciones de las UPAs del CADEX. 	
Se realiza una evaluación de las distintas áreas de funcionamiento del sujeto, por parte del Equipo de Atención Temprana / Rehabilitación Funcional.	Personas con diagnóstico confirmado de TEA pasan proceso de evaluación funcional.	Permite detectar si los procesos de evaluación funcional alcanzan estándares de calidad.	Población incluida en el PAI.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de Personas con diagnóstico confirmado de TEA. - Nº de valoraciones de las UPAs del CADEX. 	

INDICADORES DEL PROCESO						
Denominación	Indicador	Criterios de Calidad	Población	Datos a registrar y fuentes	Referencia a estándares	
Se elabora el Plan de Acción Personalizado (PAP) para cada sujeto incluido en el PAP.	Personas incluidas en el PAI disponen de PAP.	Permite detectar si el subproceso de elaboración del PAP alcanza estándares de calidad.	Población incluida en el PAI.	- Nº de Personas con diagnóstico confirmado de TEA. - Nº de PAP's elaborados.		
El PAP se elabora en un plazo no superior a 60 días desde la finalización del Proceso Diagnóstico.	Personas con PAP's elaborados en plazo.	Permite detectar la existencia de lista de espera en la elaboración del PAP.	Población incluida en el PAI.	- Nº de Personas con diagnóstico confirmado de TEA. - Tiempo transcurrido desde la confirmación diagnóstica.		
Se realiza al menos una reunión de coordinación, durante el proceso de elaboración del PAP, a la que asisten al menos los profesionales referentes de CADEX y ESMII.	Reuniones de coordinación durante el proceso de elaboración del PAP.	Permite detectar si el subproceso de elaboración del PAP alcanza estándares de calidad.	Población incluida en el PAI.	- Nº de PAP's. - Nº de reuniones de coordinación durante el proceso de elaboración del PAP.		
La Intervención en Atención Temprana (AT) / Rehabilitación Funcional (IHf) comienza en un plazo inferior a 30 días desde la elaboración del documento del PAP.	Personas que inician IHf en plazo.	Permite detectar existencia de lista de espera en recursos de IHf.	Población incluida en el PAI, que disponen de PAP en el que se indica IHf.	- Nº de Personas que reciben AT/IHF. - Tiempo transcurrido desde la elaboración del PAP hasta el inicio de la AT / IHf		
Se realizan reuniones de coordinación para seguimiento y evaluación del desarrollo del PAP.	Reuniones de coordinación para el desarrollo del PAP.	Permite detectar si el subproceso de desarrollo del PAP alcanza estándares de calidad.	Población incluida en el PAI.	- Nº de PAP's activos. - Nº de reuniones de coordinación para el desarrollo del PAP.		

INDICADORES DEL PROCESO					
Denominación	Indicador	Criterios de Calidad	Población	Datos a registrar y fuentes	Referencia a estándares
Se establece un calendario de reuniones con una periodicidad bimensual en las que se analizan los casos en común.	Reuniones de análisis de casos.	Permite detectar si el subproceso de desarrollo del PAP alcanza estándares de calidad.	Población incluida en el PAI.	- Nº y frecuencia de reuniones de análisis de casos.	
Seguimiento del proceso de AT /IHF: se realizan reuniones periódicas entre los miembros del equipo (profesionales del Equipo de Rehabilitación, familia, educadores y otros profesionales), con el fin de asegurar la coordinación entre ellos.	Reuniones periódicas de seguimiento del proceso de IHF.	Permite detectar si el subproceso de desarrollo del PAP alcanza estándares de calidad.	Población incluida en el PAI con procesos de AT / IHF en marcha.	- Nº y frecuencia de reuniones periódicas de seguimiento del proceso de AT / IHF.	
Informes de seguimiento del proceso de AT / IHF: se realizan informes en diferentes momentos (inicial, trimestrales, anuales y final).	Informes de seguimiento del proceso de AT/IHF.	Permite detectar si el subproceso de desarrollo del PAP alcanza estándares de calidad.	Población incluida en el PAI con procesos de AT / IHF en marcha.	- Nº y periodicidad de informes de seguimiento de procesos de AT/ IHF.	

7. ANEXOS

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (DSM 5; APA, 2013)

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

4. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas...).
5. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

6. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
7. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, Síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

- **Con o sin déficit intelectual acompañante.**
- **Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.**
- **Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.** (Nota de codificación: utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada).
- **Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.** (Nota de codificación: utilizar código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado(s)).

Como se ha comentado anteriormente, el DSM 5 (APA, 2013) incorpora una descripción dimensional de la gravedad o severidad de la sintomatología en las dos principales áreas del desarrollo que se encuentran alteradas en los TEA, así como de la intensidad de apoyo que puede requerir la persona. Ésta se recoge a continuación:

ANEXO 1.1.		
Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo		
NIVEL DE GRAVEDAD	COMUNIDAD SOCIAL	COMPORTAMIENTOS RESTRINGIDOS Y REPETITIVOS
Grado 3: “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2: “necesita ayuda notable”	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1: “necesita ayuda”	Sin ayuda <i>in situ</i> , las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

ANEXO 2

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA AUTISMO INFANTIL (CIE 10; OMS 1994)

A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad, que se presenta en una de las siguientes áreas:

1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
3. Juego simbólico y funcional.

B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de 1, 2 Y 3, incluyendo al menos dos de 1, uno de 2 y otro de 3:

1. Alteraciones cualitativas en la interacción social que se manifiestan al menos en dos de las siguientes áreas:

- a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, la expresión facial, la postura corporal y los gestos para regular la interacción social.
- b) Fracaso en el desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de tener ocasiones para ello) de relaciones con personas de su edad que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
- c) Ausencia de reciprocidad socio emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
- d) Falta de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (p. ej., falta de interés en mostrar, traer hacia sí o señalar a otras personas objeto de interés para el niño).

2. Alteraciones cualitativas en la comunicación que se manifiestan al menos una de las siguientes áreas:

- a) Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje hablado, aunque no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso de la utilización de gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
- b) Fracaso relativo para iniciar o mantener una conversación (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado), en la que es necesario el intercambio de respuestas con el interlocutor.
- c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.
- d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos (en edades tempranas) o de juego social imitativo.

3. Patrones de comportamientos, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:

- a) Preocupación limitada 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.
- b) Existe, en apariencia, una adherencia a rutinas o rituales específicos y carentes de sentido.
- c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos que pueden consistir en palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.
- d) Preocupaciones por partes de objetos o por elementos carentes de funcionalidad de los objetos de juego (tales como el olor, la textura de su superficie, el ruido o la vibración que producen).

C. El cuadro clínico no puede atribuirse a otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo, a un trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio emocionales. secundarios a trastorno reactivo de la vinculación de la infancia (F94.1), a trastorno de la vinculación de la infancia tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70-72) acompañado de trastornos de las emociones y del comportamiento a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz, ni a síndrome de Rett (F84.2).t

ANEXO 3

CUESTIONARIOS DE CRIBADO EDAD INFANTIL

Cuestionario M CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M CHAT R/F).

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España.

Permisos para el uso del M CHAT R/F

El Cuestionario M CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M CHAT R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009) es una herramienta de detección en 2 etapas que responden los padres para evaluar el riesgo de trastorno del espectro autista (TEA). El M CHAT R/F está disponible para su descarga gratuita para propósitos clínicos, de investigación y formativos. Se autoriza la descarga del M CHAT R/F y del material relacionado conectando con **www.mchatscreen.com**

Cuestionario del Bebé y Niño Pequeño (CSBS-DP)

Wetherby, A. M.; Prizant, B. M.: CSBS DP manual: communication and symbolic behavior scales developmental profile. Paul H. Brookes Pub., Baltimore, Md. 2002

Esta lista fue diseñada para identificar distintos aspectos del desarrollo del bebé y el niño pequeño. Antes de aprender a hablar, hay varios comportamientos que pueden indicar si el niño o niña tendrá problemas para aprender a hablar. Este formulario debe ser llenado cuando el niño o niña tiene entre 6 y 24 meses de edad, por los padres o la persona que cuida al niño, para determinar si es necesario hacer una evaluación más completa. La persona que llena el formulario debe ser alguien que esté en contacto diario con el niño o niña, ya sean sus padres u otra persona.

Enlace en EspectroAutista. Info: <http://espectroautista.info/CSBSDP-es.html>

Cociente de Espectro Autista (versión para Niños) (AQC)

Auyeung, B.; Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Allison, C.: The autism spectrum quotient: Children's version (AQ-Child). *Journal of autism and developmental disorders* 2008; 38(7):1230–1240

El rango de puntuación del Cociente de Espectro Autista (versión para Niños) es 0–150, siendo 0 el valor extremo que indicaría ausencia absoluta de cualquier TEA, mientras que el valor de 150 indicaría una convincente certeza de lo contrario. Los autores sugieren como punto de corte el resultado de 76 puntos, por lo que obtener una puntuación total superior a 76 sería indicativa de la presencia de comportamientos que justificarían realizar una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

Enlace en EspectroAutista. Info: <http://espectroautista.info/AQC-es.html>

Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST)

Scott, F. J.; Baron-Cohen, S.; Bolton, P.; Brayne, C.: The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children. *Autism* 2002; 6(1):9–31

El Test Infantil del Síndrome de Asperger ha demostrado ser útil en la identificación temprana de niños, entre edades comprendidas entre los cuatro y los once años, cuyos comportamientos sugieren un alto riesgo de presencia de un síndrome de Asperger. Cada pregunta puede proporcionar 0 o 1 puntos, pero hay seis preguntas que no puntúan. Por tanto, la puntuación máxima posible es de 31 puntos. Una puntuación total de 15 o superior sería indicativa de la presencia de comportamientos que justificarían realizar una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

Enlace en EspectroAutista. Info: <http://espectroautista.info/CAST-es.html>

ANEXO 4

CUESTIONARIOS DE CRIBADO ADOLESCENTES Y ADULTOS

Cociente de Espectro Autista (AQ) (versión para adultos)

Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.: The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004; 34(2):163–175

Enlace en EspectroAutista. Info: <http://espectroautista.info/AQ-es.html>

El Cociente de Espectro Autista ha sido diseñado para un uso autoaplicado. Si lo que desea es completarlo para otra persona, y muy especialmente si se trata de un adolescente, puede utilizar la **versión para adolescentes** o la **versión para niños (anexo 5)** del mismo.

Cociente de Espectro Autista (versión para Adolescentes) (AQA)

Enlace en EspectroAutista. Info: <http://espectroautista.info/AQA-es.html>

Cociente de Espectro Autista Abreviado (AQS)

Hoekstra, R. A.; Vinkhuyzen, A. A. E.; Wheelwright, S.; Bartels, M.; Boomsma, D. I.; Baron-Cohen, S.; Posthuma, D.; van der Sluis, S.: The Construction and Validation of an Abridged Version of the Autism-Spectrum Quotient (AQ-Short). *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010; 1–8

El Cociente de Espectro Autista Abreviado es una versión abreviada del Cociente de Espectro Autista. Esta nueva versión del test conserva una alta validez pero es más breve y rápido de administrar.

Enlace en EspectroAutista. Info: <http://espectroautista.info/AQS-es.html>

Evaluador de Asperger en Adultos (AAA)

Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Robinson, J.; Woodbury-Smith, M. R.: The Adult Asperger Assessment (AAA): A Diagnostic Method. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2005; 35(6):807–819

El Evaluador de Asperger en Adultos consta de 4 secciones, describiendo cada una de ellas un grupo de síntomas (A-D), y una sección final (E) describiendo 5 prerequisites. El Evaluador de Asperger en Adultos incorpora todos los síntomas del diagnóstico del síndrome de Asperger del DSM-IV, junto a otros relevantes síntomas adicionales.

Enlace en EspectroAutista. Info: <http://espectroautista.info/AAA-es.html>

ANEXO 5

Acuerdo SEPAD – SES para la mejora de la Atención Temprana en Extremadura.

Enlace: https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/13422_acuerdo-at.pdf

ANEXO 6

Escala de Haizea-Llevant. Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura

Enlaces:

- <https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=controles-salud-nino-sano-extremadura>
- <https://www.spapex.es/psi.htm>

ANEXO 7

FASES DEL PROCESO DIAGNÓSTICO POR EL ESMIJ

Historia Clínica: elaboración de Historia Clínica detallada, conteniendo antecedentes familiares, datos pre y neonatales, historia evolutiva, antecedentes de salud, aspectos familiares y psicosociales, consultas, diagnósticos y tratamientos anteriores. Un modelo de Historia Clínica Específica de TEA se presenta en el **(anexo 8)**.

Entrevista a familiares o cuidadores: se recogerá información acerca del desarrollo evolutivo:

- Desarrollo temprano y comienzo de los síntomas.
- Adquisición, desarrollo y pérdida de lenguaje y de otras habilidades.
- Nivel de funcionamiento de la comunicación y el lenguaje.
- Desarrollo social y del juego.
- Intereses y comportamiento.
- Otros comportamientos de importancia clínica.

Para llegar a conclusiones acerca del grado de afectación en cada uno de los tres aspectos del desarrollo afectados en el TEA:

- ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA.
- ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA COMUNICACIÓN.
- PATRONES RESTRINGIDOS, REPETITIVOS Y ESTEREOTIPADOS DE COMPORTAMIENTO, ACTIVIDADES E INTERESES.

Se recomienda el uso de la *Entrevista para el Diagnóstico del Autismo – Revisada (ADI-R)* **(anexo 9)**.

Observación directa: se recogerá información directa sobre el comportamiento del niño o de la niña en situación estructurada, en las áreas de:

- Lenguaje y comunicación.
- Interacción social recíproca.
- Juego e imaginación.
- Comportamientos estereotipados e intereses restringidos .
- Otros comportamientos anormales.

Para llegar a conclusiones acerca del grado de afectación en cada uno de los tres aspectos del desarrollo afectados en el TEA:

- ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA.
- ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA COMUNICACIÓN.
- PATRONES RESTRINGIDOS, REPETITIVOS Y ESTEREOTIPADOS DE COMPORTAMIENTO, ACTIVIDADES E INTERESES.

Se recomienda el uso de la *Escala ADOS 2 para el Diagnóstico del Autismo (anexo 9)*.

Evaluaciones específicas para determinar el perfil evolutivo:

- Evaluación del habla, el lenguaje y la comunicación:
 - » Lenguaje comprensivo: comprensión de vocabulario, respuesta a preguntas de “qué”, “cómo”, “cuándo” o “quién” y respuestas sobre texto leído previamente; comprensión de gestos o expresiones faciales, capacidad para detectar humor, picardía o metáforas.
 - » Lenguaje expresivo: discurso espontáneo (cantidad de vocabulario, longitud del discurso, ritmo y tono, ecolalias, literalidad, capacidad para hacer y responder preguntas, iniciar y mantener una conversación) y contenido del discurso (coherencia del discurso, temas focalizados en intereses peculiares o tendencia a evadirse en fantasías, o repetición de diálogos aprendidos).
- Evaluación cognitiva: se recabará información psicopedagógica

Para la evaluación del lenguaje comprensivo se recomienda el uso de: *Test de Peabody (anexo 9)*.

Para la evaluación de habilidades lingüísticas y sociales se recomienda en uso de la *Escala Reynell de desarrollo de lenguaje* (para edades entre 1-7 años) *(anexo 9)*.

Para la evaluación de la conducta adaptativa se recomienda el uso del Cuestionario de Evaluación de la Conducta Adaptativa ABAS *(anexo 9)*.

Información indirecta: se obtendrá información acerca del comportamiento del niño o de la niña en sus entornos naturales cotidianos mediante cuestionarios, entrevistas, visitas u otros medios. También se recabará información procedente de informes de evaluación emitidos por especialistas del ámbito educativo, social o de la rehabilitación, especialmente aquella información referente al desarrollo cognitivo-intelectual.

ANEXO 8

HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA DE SOSPECHA DE TEA

Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud.

Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil CÁCERES	HISTORIA CLÍNICA T.E.A.
---------------------------------------------------	----------------------------

	DÍA	MES	AÑO		
Fecha Historia:					
Fecha Nacimiento:					
Edad Actual:					

PERSONA USUARIA

1º APELLIDO:	
1º APELLIDO:	
NOMBRE:	

VARÓN:	<input type="checkbox"/>	MUJER:	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------	--------------------------

C.I.P. SES:	
-------------	--

DOMICILIO

Población:					
Calle:					
Nº:		Piso:		Letra:	
Teléfonos:					

Centro de Salud:	
Médico/a Titular:	

TUTOR/A LEGAL/ES

Nombre:	
Nombre:	
Relación:	

PERSONA/S QUE ACOMPAÑA/N Y RESPONDE/N

Nombre:		
Nombre:		
Relación:		
Dirección:		
Teléfonos:		

Antecedentes patológicos personales: (por orden cronológico)	
------------------------------------------------------------------------	--

<p>Antecedentes familiares:</p> <p>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.)</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Datos pre y neonatales:</p> <p>Consiste en una revisión de las condiciones y circunstancias que tuvieron lugar durante el embarazo, el parto y los primeros momentos del desarrollo. 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.</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

EMBARAZO:

DURACIÓN:	Meses:		Semanas:		Días:	
Supervisión médica:						

Enfermedades de la madre, tratamientos farmacológicos y Complicaciones:

Durante el 1º trimestre:	
Durante el 2º trimestre:	
Durante el 3º trimestre:	

Rayos X (SG):	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

Medicación (SG):	<input type="text"/>
------------------	----------------------

CONSUMOS:	Alcohol:	<input type="checkbox"/>	Tabaco:	<input type="checkbox"/>	Otras sustancias:	<input type="checkbox"/>
-----------	----------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------------	--------------------------

Otras observaciones:	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

PARTO:

Edad de la madre:	<input type="text"/>	Edad del padre:	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	-----------------	----------------------

Dónde ocurrió el parto:	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

Quién lo atendió:	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

Tipo de parto:	Inducido:	<input type="checkbox"/>	Cesárea:	<input type="checkbox"/>	Fórceps:	<input type="checkbox"/>	Nalgas:	<input type="checkbox"/>
----------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	---------	--------------------------

Anestesia:	SI:	<input type="checkbox"/>	NO:	<input type="checkbox"/>	(especificar):	<input type="text"/>
------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	----------------	----------------------

Complicaciones:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

Peso al nacer:	Kgs:	<input type="text"/>	Grs:	<input type="text"/>	Puntuación APGAR:	<input type="text"/>
----------------	------	----------------------	------	----------------------	-------------------	----------------------

Incubadora:	SI:	<input type="checkbox"/>	NO:	<input type="checkbox"/>	Tiempo:	<input type="text"/>
-------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	---------	----------------------

Ictericia:	SI:	<input type="checkbox"/>	NO:	<input type="checkbox"/>
------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Alt. Respiratorias:	<input type="text"/>	O2:	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	-----	----------------------

Cuantos días en hospital:	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------

Resultados de pruebas de cribado aplicadas (fenilcetonuria e hipotiroidismo):

<input type="text"/>

Historia evolutiva:

Se revisan los hitos más importantes del desarrollo motor, comunicativo y social de la persona, y se incluye información relativa a hábitos de sueño, hábitos alimenticios, cuándo y cómo se logró el control de esfínteres, etc. Se recoge también el momento en que aparecieron los primeros síntomas o preocupaciones de los padres, en qué consistían, así como cualquier otro aspecto del desarrollo que a los padres les hubiera parecido extraño o inusual (movimientos insólitos, tendencia a las rutinas, conductas problemáticas, etc.). Debe solicitarse información clave sobre las características observadas en la mayoría de los niños con autismo en esos primeros años de la vida, en cuanto al desarrollo de la comunicación verbal y no verbal, la imitación, el juego, la reciprocidad social, etc.

DESARROLLO PSICOMOTOR (1º año)

Lactancia:	
Succión: Reflejo de búsqueda:	
Tono muscular:	
Reacción a estímulos visuales y auditivos:	
Sonrisa:	
Sostener la cabeza:	
Sentarse solo/a:	
Gateo:	
Primeros pasos solo/a:	
Características del sueño:	
Características de la alimentación:	
Reacción al destete:	
Conducta alimentaria:	
Baluceo y primeras palabras:	
Llanto:	
Movimientos para alcanzar objeto:	
Reacciones ante otras personas: (conocidas y extrañas)	
Evolución desarrollo físico: (peso, talla...)	
Otras observaciones sobre el 1º año:	

PERIODO PREESCOLAR (1 a 5 años)

Edad a la que le quitaron los pañales:	Años:		Meses:	
Edad a la que controló esfínteres:	Años:		Meses:	
Complicaciones en el control de esfínteres:				
Desarrollo de la deambulaci3n:				
Desarrollo del lenguaje: - Nivel de comunicaci3n VERBAL. - Nivel de comunicaci3n NO VERBAL.				
Desarrollo de la alimentaci3n:				
Evoluci3n del peso y del crecimiento				
Características del sueño				
Desarrollo de la coordinaci3n psicomotriz				
Adaptaci3n social y tipo de relaciones				
Adaptaci3n escolar: (edad de incorporaci3n escolar, actitud, relaciones, desarrollo del aprendizaje)				

PERIODO ESCOLAR
Adaptación escolar

Actitud y conducta en la escuela	
Relaciones en la escuela: (compañeros, maestros/as)	
Desarrollo de los aprendizajes: (¿ha repetido algún curso?, notas,...)	
Dificultades en las competencias básicas: (lectura, escritura, cálculo)	
Absentismo escolar (frecuencia, causas, actitud...)	
Cambios de centro escolar (motivos, adaptación a los cambios)	
Evaluaciones y adaptaciones curriculares:	
¿Va a clases de apoyo o recibe refuerzo educativo?:	

DESARROLLO PERSONAL

Desarrollo del lenguaje: (nivel de comunicación)	
Conducta y hábitos alimentarios:	
Hábitos higiénicos y control de esfínteres:	
Características del sueño:	
Desarrollo físico y psicomotor:	
Intensidad y características de las relaciones sociales: (se pelea con frecuencia, juega con niños/as más pequeños/as, le cuesta hacer amigos/as, prefiere jugar solo/a, tiempo que pasa jugando fuera de casa...)	
Aficiones e intereses. Actividades: (deportes y actividad física, actividad cultural, juegos...)	
Conductas y actitudes desadaptativa: (rabieta, sobreexcitación, dificultades en la atención, impulsividad, estado de ánimo, demostración de afectos, miedos, timidez, retraimiento, nerviosismo)	

CONDUCTA EN EL HOGAR

Relaciones familiares:	
Colaboración en tareas del hogar:	
Disciplina: (cumplimiento de normas)	
Acuerdo normativo entre los responsables educativos:	
<p>Descripción del momento en que aparecieron los primeros síntomas o preocupaciones de los padres, en qué consistían, así como cualquier otro aspecto del desarrollo que a los padres les hubiera parecido extraño o inusual:</p> <p>(movimientos insólitos, tendencia a las rutinas, conductas problemáticas, etc.)</p>	
<p>Desarrollo de la comunicación verbal y no verbal, la imitación, el juego, la reciprocidad social, etc.</p>	

ANATOMÍA PERSONAL

	SÍ	NO
Se viste solo/a		
Se baña solo/a		
Acude al WC solo/a		
Sabe llegar a casa solo/a		
Sabe obtener ayuda si se pierde		
Dice “por favor” y “gracias”		
Conoce la hora en el reloj		
Recibe dinero para gastos		
Escoge su ropa para vestirse		
Va solo/a al colegio		
Sale solo/a a jugar a la calle		

<p>Pertenece a alguna asociación o grupo organizado:</p>
<p>Ha asistido solo/a a campamentos o excursiones:</p>

<p>Antecedentes familiares:</p> <p>Constituyen la historia médica, 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.</p>	
<p>Aspectos familiares:</p> <p>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 el comportamiento familiar del sujeto, las dificultades que tiene la familia para educar al niño/a y para lograr que se adapte a las actividades cotidianas, las relaciones con los hermanos y otros miembros de la familia, etc.</p>	
<p>Aspectos psicosociales:</p> <p>El comportamiento social (con quién se relaciona, cómo y el tipo de relaciones o juegos más habituales), así como la historia y el comportamiento escolar, incluida la información proporcionada por los profesores.</p>	
<p>Consultas y tratamientos anteriores:</p> <p>Incluye la revisión de las consultas realizadas hasta el momento, así como los tratamientos o programas llevados a cabo, los servicios en los que se le ha atendido y el programa educativo que se ha seguido hasta la actualidad.</p>	
<p>Otros datos de interés:</p>	

ANEXO 9

INSTRUMENTOS DE EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA

ADI-R

Entrevista para el Diagnóstico del Autismo -edición revisada-

TEA Ediciones, S.A.U.

Autores: M. Rutter, A. Le Couteur y C. Lord.

Adaptadores: V. Nanclares-Nogués y A. Cordero y P. Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones).

Aplicación: Individual.

Tiempo: Entre 1 ½ horas y 2 ½ horas.

Edad: Edad mental mayor de 2 años.

Categorías: CLÍNICA, autismo.

El ADI-R es una entrevista clínica que permite una evaluación profunda de Personas con sospechas de autismo o algún **Trastorno del Espectro Autista (TEA)**. Se centra en las conductas que se dan raramente en las personas no afectadas. Por ello, el instrumento no ofrece escalas convencionales ni tiene sentido usar baremos.

Ha demostrado ser muy útil en el diagnóstico y en el diseño de planes educativos y de tratamiento.

El entrevistador explora tres grandes áreas (**lenguaje/comunicación, interacciones sociales recíprocas y conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados**) a través de 93 preguntas que se le hacen al progenitor o cuidador. La información recogida se codifica y se traslada a unos sencillos y útiles algoritmos que orientan el diagnóstico y la evaluación de la situación actual.

Los algoritmos pueden ser utilizados de dos formas. La primera se denomina *algoritmo diagnóstico* y se centra en la historia completa de desarrollo del sujeto evaluado para obtener un diagnóstico a partir del ADI-R. En su aplicación secundaria se le llama *algoritmo de la conducta actual*, y en él las puntuaciones se basan en la conducta observada durante los meses más recientes de la vida de la persona evaluada.

ADOS-2 Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2

TEA Ediciones S.A.U.

Autores:

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. y Bishop, S. L. (2015). ADOS-2 Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2 Manual (Parte I): Módulos 1-4 (T. Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.

Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K. y Guthrie, W. (2015). ADOS-2 Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2 Manual (Parte II): Módulo T (T. Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.

Nombre: ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2

Nombre original: ADOS-2. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition

Procedencia: Western Psychological Services (WPS), 2012.

Adaptación española: Tamara Luque (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones), 2015.

Aplicación: Individual.

Ámbito de aplicación: Niños desde los 12 meses de edad hasta adultos. Cada módulo está dirigido a una población diferente:

- Módulo T: Niños de 12 a 30 meses de edad con un nivel de lenguaje que abarca desde la ausencia de habla hasta el uso de expresiones simples.
- Módulo 1: Niños con el nivel de lenguaje descrito anteriormente, pero con una edad de 31 meses o superior.
- Módulo 2: Personas de cualquier edad (incluyendo niños pequeños) que utilicen un lenguaje de frases pero que aún no tengan fluidez verbal y niños con fluidez verbal que tengan menos de 3 años de edad.
- Módulo 3: Niños y adolescentes con lenguaje fluido que aún se encuentren en la edad de jugar con juguetes (en general, menores de 16 años).
- Módulo 4: Adolescentes más mayores (a partir de los 16 años, aproximadamente) y adultos con fluidez verbal.

Duración: Entre 40 y 60 minutos (cada módulo).

Finalidad: Evaluación y diagnóstico del autismo y de los trastornos generalizados del desarrollo en personas de diversas edades y niveles de desarrollo y de lenguaje.

Baremación: El ADOS-2 no proporciona baremos como tales, si bien facilita puntos de corte (módulos 1-4) o rangos de preocupación (módulo T) para la práctica clínica. Además, en el caso de corrección por Internet, se incluye una puntuación comparativa para los módulos 1-3 para determinar el nivel de síntomas asociados al autismo manifestados en el evaluado y su evolución a lo largo del tiempo.

Materiales: Manual, protocolos de observación de los cinco módulos, materiales manipulativos (se incluye una descripción detallada en el capítulo de «Normas de aplicación y codificación») y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.

Es importante destacar que la corrección del ADOS-2 puede realizarse íntegramente de forma manual a partir de los algoritmos que se incluyen en los protocolos (valoración de acuerdo a los puntos de corte o rangos de preocupación).

La corrección por Internet es opcional y proporciona complementariamente la puntuación comparativa (en el caso de los módulos 1, 2, y 3).

PEABODY. Test de Vocabulario en Imágenes

TEA Ediciones S.A.U

Autor: Ll. M. Dunn, L. M. Dunn y D. Arribas

Adaptadores: D. Arribas (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones).

Aplicación: papel.

Tiempo: variable, entre 10 y 20 minutos aproximadamente.

Edad: de 2 años y medio a 90 años.

Peabody tiene dos finalidades: evaluar el nivel de vocabulario receptivo y hacer una detección rápida de dificultades o screening de la aptitud verbal.

Con un amplio rango de aplicación que va **desde los 2 años y medio a los 90 años**, contiene 192 láminas con cuatro dibujos cada una en las que el sujeto debe indicar qué ilustración representa mejor el significado de una palabra dada por el examinador. Existen diferentes criterios de comienzo y terminación en función de la edad y el número de errores cometidos, lo que hace que generalmente no supere los **15 minutos de sesión**.

Escala de desarrollo del lenguaje Reynell

Autores: S. Edwards, P. Fletcher, M. Garman, A. Hughes, C. Letts, I. Sinka

Esta edición revisada ofrece una media fiable de la comprensión verbal y el lenguaje expresivo en los niños. Permite evaluar cualquier niño que se sospeche pueda tener algún problema de lenguaje y ofrecer guías básicas de terapia y estimulación.

Evalúa niños con posibles problemas de lenguaje, proporciona bases de intervención, monitoriza los progresos. Identificación de la comprensión de las estructuras lingüísticas, medida fiable del desarrollo del lenguaje expresivo, ayuda a planificar las intervenciones.

Está compuesta por dos escalas:

- A) Escala de Comprensión.
- B) Escala de Expresión.

Edad: 18 meses a 7 años.

Utilización: Individual.

Tiempo: 30 a 45 minutos

Fabricante: Psymtec

EABAS-II Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa

Autor: P. L. Harrison y T. Oakland.

Adaptadores: D. Montero e I. Fernández-Pinto (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones).

Aplicación: papel.

Tiempo: 20 minutos por ejemplar, aproximadamente.

Edad: de 0 a 89 años.

El ABAS-II es un instrumento de evaluación de la conducta adaptativa desde el nacimiento hasta los 89 años. Su objetivo es proporcionar una evaluación completa de las habilidades funcionales diarias de una persona en distintas áreas o contextos con el fin de determinar si es capaz de desenvolverse en su vida cotidiana sin precisar la ayuda de otras personas. Las áreas que evalúa son **Comunicación, Utilización de los recursos comunitarios, Habilidades académicas funcionales, Vida en el hogar o Vida en la escuela, Salud y seguridad, Ocio, Autocuidado, Autodirección, Social, Motora y Empleo**. Además de las escalas anteriores, el ABAS-II también ofrece puntuaciones en tres índices globales: **Conceptual, Social y Práctico, así como un índice global de conducta adaptativa (CAG)**.

ANEXO 10

Proceso de Evaluación en CADEX:

1. Desarrollo de las áreas relacionadas con el TEA:

- Interacción social y teoría de la mente:
 - » Uso espontáneo de la mirada.
 - » Mantenimiento espontáneo de la proximidad.
 - » Imitación e iniciativa social.
 - » Expresión y comprensión de emociones.
 - » Capacidad para captar, comprender e interpretar las claves socioemocionales.
 - » Capacidad para comprender el punto de vista y las intenciones de los demás.
- Comunicación y lenguaje:
 - » 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 la satisfacción de las propias necesidades y la regulación de la conducta de los demás. Lenguaje expresivo: intención comunicativa, funciones comunicativas.
 - » Estrategias de interacción social.
 - » Estrategias de atención conjunta.
 - » Lenguaje formal.
 - » Capacidad pragmática.
 - » Necesidades de lenguaje alternativo.
- Juego simbólico / “como si”:
 - » Manipulativo / Exploratorio.
 - » Organizativo.
 - » Estructurado / Constructivo.
 - » Juegos de Causa y Efectos / Medios-Fin.
 - » Juego Interactivo.
 - » Juego de Simulación-Funcional, de Simulación-Simbólico, de Simulación-Fantasia, de Simulación-Social.
 - » Juego cooperativo.

- Flexibilidad y autorregulación:
 - » Intereses funcionales y flexibles.
 - » Capacidad de anticipación.
 - » Aceptación de los cambios.

2. Desarrollo de habilidades adaptativas adecuadas al momento de desarrollo:

- Alimentación.
- Control de esfínteres.
- Vestido.
- Aseo.
- Conciencia y capacidad de reacción ante el peligro

3. Desarrollo motor:

- Motricidad fina y gruesa.
- Tono muscular: hipotonía, espasticidad.
- Apraxias.

4. Sensibilidad sensorial:

- Hipersensibilidad sensorial
- Hiposensibilidad sensorial

5. Alteraciones conductuales y psicopatología asociada, si las hubiera.

6. Área afectiva y socio emocional:

- Aspectos emocionales en relación con el vínculo afectivo con los padres o personas de referencia.
- Búsqueda y disfrute del contacto físico.
- Ansiedad de separación.
- Reacción al consuelo.
- Disfrute en las actividades de juego.
- Irritabilidad.

7. Área cognitiva:

- Memoria
- Percepción
- Pensamiento
- Orientación

8. Grado de Adaptación Escolar.

ANEXO 11

Aspectos a considerar o tener en cuenta a la hora de abordar tanto la evaluación como generar la intervención en personas con TEA.

Área de autonomía personal

- *Actividades de la vida diaria básicas:* vestido, aseo, control de esfínteres y de aspectos como la alimentación (programas de ampliación de repertorio si hay restricción y/o desensibilización a las texturas -si existiera hipersensibilidad-) y sueño (patrones educativos adecuados y ajustados a las características individuales).
- *Actividades de la vida diaria instrumentales:* manejo del dinero, del teléfono, orientación en la ciudad, ocio y tiempo libre.
- *Otros:* medicación, grado de adaptación escolar.

Área socioemocional y del juego

- Relaciones sociales (adultos e iguales): respuesta, mantenimiento e iniciativa.
- Capacidad de atención conjunta (responder e iniciar).
- Habilidades sociales: Rutinas sociales básicas (saludo y despedida), normas de cortesía...
- Resolución de problemas.
- *Teoría de la mente: perspectivas visuales (simples y complejas), reconocimiento emocional, deseos, pensamientos, sentimientos ocultos, Percibir permite saber, falsas creencias.*
- Juego interactivo (implicación emocional, anticipar y demandar).
- Juego recíproco (intercambio de objetos y actividades con toma de turnos) .
- Juego funcional (uso adecuado de juguetes de causa-efecto y de construcción).
- Juego simbólico (uso de objetos -reales, miniaturas, indefinidos- y acciones sobre otros y sobre muñecos) y juego de roles.
- Juegos competitivos (normas, ganar/perder, repertorio).
- Imitación (gestos, acciones y resultados) .

Área de la comunicación y el lenguaje

- Funciones (pedir, compartir, llamar la atención, responder preguntas, describir, narrar, hacer preguntas y conversar...)
- Modalidades (señalamiento digital, sistemas aumentativos (signos y/o imágenes), lenguaje oral).
- *Expresión: Articulación, estructuración y funciones comunicativas.*
- *Comprensión del lenguaje (consignas progresivamente de mayor número de elementos – discurso).*
- Peculiaridades en el uso del lenguaje (ecolalias, palilalias, ajuste de aspectos no verbales... etc.)
- *Pragmática*
- *Paralingüística, kinesia y proxémica.*

Área cognitiva

- Habilidades de coordinación óculo-manual (encajar, insertar, apilar, enhebrar...)
- Habilidades de grafomotricidad (garabateo, rellenar, trazos...)
- Capacidad representacional (comprensiva y expresiva).
- Desarrollo conceptual (colores, formas, conceptos observables, espaciales y temporales).
- Pensamiento secuencial (series, suma de elementos e historias temporales).
- Habilidades instrumentales: lectoescritura y cálculo.
- Funciones ejecutivas – planificación, monitorización, etc.

Conducta

- *Intereses (restringidos).*
- *Flexibilidad.*
- *Anticipación y aceptación de los cambios.*
- *Regulación emocional.*
- *Estereotipias, rituales y manías.*
- *Disfunciones sensoriales.*
- *Perfil sensorial.*
- *Comportamientos disruptivos.*

ANEXO 12

Guía de Atención a personas con TEA en Urgencias

Guía editada por la Federación Autismo Castilla y León, que pretende ofrecer recomendaciones para mejorar la interrelación profesional sanitario-persona usuaria y facilitar el acceso de las personas con TEA a los Servicios de Urgencias.

Ruta del enlace:

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/busca-dor/guia-atencion-personas-tea-trastornos-espectro-autista-urge>

ANEXO 13

Cuaderno de apoyo a la comunicación con el paciente.

Incluido en la FASE II del Proyecto de apoyo a la comunicación con personas mayores y personas mayores con discapacidad, “Yo te cuento, cuenta conmigo”, coordinado por el CEAPAT-IMSERSO.

Fecha de publicación en web: Julio 2013.

Pictogramas: CATEDU (<http://catedu.es/arasaac/>), bajo licencia Creative Commons y creados por Sergio Palao.

Sirve para que la persona con discapacidad intelectual pueda utilizarlo como apoyo para expresar lo que le pasa.

También es útil para que el personal sanitario pueda explicar a la persona usuaria la información sobre su salud, de una forma más comprensible.

Este cuaderno es una herramienta más de apoyo a la comunicación en el contexto sanitario.

Así, la persona decidirá si quiere utilizarlo, o bien si prefiere expresar lo que le ocurre mediante otro sistema de comunicación que elija.

El cuaderno está formado por páginas con pictogramas organizadas por temas, que recogen el vocabulario básico sobre salud en un entorno hospitalario o de consulta médica.

El cuaderno tiene también páginas para escribir y añadir pictogramas o fotografías, de forma que se individualice a las circunstancias de la persona.

Ruta del enlace:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiM8LD_kpzeAhW0sqQKHUH0DoAQFjABegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.saludinforma.es%2Fportalsi%2Fdocuments%2F10179%-2F502471%2FCEAPAT%252B-%252Bcuaderno%252Bhospital.pdf%2F83bf2822-1c94-4fc9-bef6-58c0655fe082&usg=AOvVaw1jeujd0X_-gYaEmZAFNXiF

ANEXO 14

ESCALA GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida ESCALA GENCAT: formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida

Generalitat de Catalunya.
Institut català d'assistència y serveis socials.

ISBN 9788439379287

I. Verdugo Alonso, Miguel Ángel, dir. II. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials
1. Discapacitats – Catalunya – Condicions socials – Avaluació 2. Qualitat de vida –
Catalunya – Mesurament 364.65(467.1)

Copyright de los textos: Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez y Robert L. Schalock

Copyright de esta edición: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya

Barcelona, enero 2009

ISBN: 978-84-393-7928-7

Depósito legal: B-3087-2009

Maquetación: INDICA

Permitida la reproducción, siempre que se mencione la procedencia y no se haga con finalidades comerciales.

La Escala GENCAT es una escala multidimensional diseñada para obtener el perfil de calidad de vida de un individuo. El instrumento es completado por un informador que conoce bien a la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar pero que, en el caso de desconocer algún aspecto, puede consultar a tantos otros informadores como sea necesario para obtener una información precisa y completa. Si se recurre a la ayuda de otros informadores, se debe recoger en la casilla correspondiente del cuadernillo de anotación.

► **Ficha técnica**

Nombre: Escala GENCAT

Autores: Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez y Robert L. Schalock.

Ámbito de aplicación: Adultos a partir de 18 años.

Informadores: Profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses.

Administración: Individual.

Validación: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España.

Duración: 10 a 15 minutos, aproximadamente.

Significación: Evaluación objetiva de la Calidad de vida (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos).

Finalidad: Identificar el perfil de Calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes.

Baremación: Puntuaciones estándar ($M= 10$; $DT= 3$) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida.

Material: Manual y cuadernillo de anotación.

► Aplicación de la Escala GENCAT

La Escala GENCAT es aplicable a cualquier usuario con una edad mínima de 18 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado, en el que un informador –preferentemente un profesional de los servicios sociales– responde a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación oscila entre 10 y 15 minutos, pero puede alcanzar unos 30 minutos si sumamos el tiempo de lectura del manual donde se facilita al profesional toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma. Cuando esta tarea exige más de 45 minutos, es probable que el informador tenga un problema para asumir el papel de observador externo, para proporcionar información de modo objetivo o que no conozca suficientemente a la persona que está evaluando.

La calidad de vida es evaluada a través de 69 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003): Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos.

Ruta del enlace:

<http://inico.usal.es/27/instrumentos-evaluacion/escala-de-calidad-de-vida-gencat.aspx>

Escala San Martín: Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas

Miguel Ángel Verdugo, Laura E. Gómez, Benito Arias, Mónica Santamaría, Ester Navallas, Sonia Fernández, Irene Hierro.

Primera Edición 2014

Edita y distribuye: Fundación Obra San Martín / Valdenoja 48 - 39012 Santander (España)

Depósito legal: SA-100-2014

ISBN: 978-84-697-0148-5

Tanto la Escala San Martín como el Manual de aplicación están disponibles gratuitamente en las páginas web del INICO y de la FOSM

► Ficha técnica

Nombre: Escala San Martín

Autores: Miguel Ángel Verdugo, Laura E. Gómez, Benito Arias, Mónica Santamaría, Ester Navallas, Sonia Fernández e Irene Hierro.

Significación: Evaluación multidimensional de la calidad de vida, basada en el modelo de ocho dimensiones de Schalock y Verdugo (2002/2003) y realizada por otras personas (e.g., profesionales, familiares, tutores legales, amigos cercanos).

Ámbito de aplicación: Personas con discapacidades significativas (i.e., personas con discapacidad intelectual que requieren apoyos extensos y generalizados, con otras posibles condiciones asociadas).

Edad de aplicación: Adultos, a partir de 18 años (16 años, siempre y cuando se encuentren fuera del sistema educativo).

Informadores: Profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses. Familiares y personas allegadas que conozcan bien a la persona.

Validación: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España.

Administración: Individual.

Duración: Aproximadamente 30 minutos.

Finalidad: Identificar el perfil de calidad de vida de la persona, con evidencias de validez y fiabilidad, para la puesta en marcha de prácticas basadas en la evidencia y el diseño de planes individuales de apoyo.

Baremación: Puntuaciones estándar ($M = 10$; $DT = 3$) en las dimensiones de calidad de vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida ($M = 100$; $DT = 15$).

La Escala San Martín es un instrumento desarrollado para evaluar la calidad de vida de personas adultas con discapacidades significativas, que requieren apoyos extensos o generalizados (i.e., personas con discapacidades múltiples y profundas) desde la perspectiva de un observador externo que conoce bien a la persona. En el proceso de desarrollo de la escala se ha puesto especial énfasis en construir un instrumento que permita evaluar las ocho dimensiones del modelo propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) con evidencias adecuadas de validez y fiabilidad.

La Escala San Martín proporciona información acerca de las áreas de vida más importantes de una persona con discapacidad significativa desde la perspectiva de un observador externo que la conoce bien. El instrumento consta de 95 ítems, organizados en torno a las ocho dimensiones de calidad de vida, que recogen aspectos observables y objetivos de calidad de vida.

Tanto la Escala San Martín como el Manual de aplicación están disponibles gratuitamente en las páginas web del INICO y de la FOSM:

Ruta del enlace:

<http://inico.usal.es/331/instrumentos-evaluacion/escala-san-martin.aspx>

<http://www.fosm.es/>

8. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Barbaro J, Dissanayake C. Early markers of autism spectrum disorders in infants and toddlers prospectively identified in the Social Attention and Communication Study Autism. 2013 Jan;17(1):64-86.
3. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Cox A, Baird G, Charman T, Swettenham J, et al. Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). J R Soc Med. 2000;93(10):521. PubMed PMID: 11064690. Texto completo.
4. Barthélémy C, Fuentes J, Howlin P, Van der Gaag R. Personas con trastorno del espectro del autismo. Identificación, comprensión, intervención. Autismo-Europa, julio de 2019.
5. BMJ Best Practice. Autism Spectrum Disorder. Differential Diagnosis. 2015 [consultado 7-8-2015]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html>.
6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Persona usuarias con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Guía de Práctica clínica para el manejo de persona usuarias con trastornos del espectro autista en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009.
7. Lonnie Zwaigenbaum, Margaret L. Bauman, Wendy L. Stone, Nurit Yirmiya, Annette Estes, Robin L. et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. Pediatrics. October 2015, VOLUME 136 / ISSUE Supplement 1.
8. Lord C, Luyster R, Gotham K, Guthrie WJ. Autism Diagnostic Observation Schedule. 2nd ed. (ADOS-2). Manual (part II): Toddler module. Torrance, CA: Western Psychological Services; 2012.
9. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop SL. ADOS. Autism Diagnostic Observation Schedule, second edition (ADOS-2). Manual (part I): Modules 1-4. Torrance, CA: Western Psychological Services; 2012.
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo.
11. OMS CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.

12. Rutter M, Le Couteur A, Lord C. ADI-R. Autism Diagnostic Interview Revised. Manual. Los Angeles: Western Psychological Services; 2003.
13. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014 Feb. 53(2):237-57. [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(13\)00819-8/fulltext](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(13)00819-8/fulltext).

En la red:

- Cuestionario de Autismo en la Infancia Modificado (M-CHAT) versión online. Disponible en: <http://espectroautista.info/MCHAT-es.html>
- Cuestionario de Autismo en la Infancia Modificado (M-CHAT) versión pdf. Disponible en: <http://www.fespau.es/autismo-tea/M-CHAT.pdf>
- Federación Española de Autismo. Disponible en: <http://www.fespau.es/>
- Información para padres ante la sospecha de un problema del desarrollo social y comunicativo. Disponible en: http://www.autismo.org.es/sites/default/files/gpc_462_autismo_lain_entr_persona_usuario_sospecha.pdf
- Información para padres tras un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Disponible en: http://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/04.-GPC_462_Autismo_Lain_Entr_persona_usuario_diagnostico.pdf

