

# Protocolo para la detección, diagnóstico e intervención en Trastorno del Espectro Autista desde Salud Mental

UGC Salud Mental  
Área Hospitalaria Virgen del Rocío

Edición: 2022

Hospital  vRocío UGC Salud Mental

Título: Protocolo para la detección, diagnóstico e intervención en trastorno del espectro autista desde salud mental

Cita: Protocolo para la detección, diagnóstico e intervención en Trastorno del Espectro Autista desde Salud Mental. Garrido-Torres, N., y cols.: Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud; 2022. Texto electrónico (pdf) 78 p.

Fecha de edición: junio de 2022

Próxima revisión y actualización: junio 2026

© 2022 Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. HU Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla

Web: <http://www.sas.junta-andalucia.es>

ISBN: 978-84-09-34051-4



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons.  
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada-International License

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

# Protocolo para la detección, diagnóstico e intervención en Trastorno del Espectro Autista desde Salud Mental

## AUTORES

### **Nathalia Garrido Torres**

Psiquiatra UGC Salud Mental Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR). CIBERSAM

### **Ana Rubio García**

Psiquiatra UGC Salud Mental HUVR.

### **Cándido Manuel García Sánchez**

Psiquiatra UGC Salud Mental HUVR.

### **Milagrosa González Romero**

Enfermera especialista en Salud Mental USMIJ UGC Salud Mental HUVR.

### **Antonia Naharro Hernández**

Trabajadora social USMIJ UGC Salud Mental HUVR.

### **Marta Jiménez Cerezo**

Maestra de pedagogía terapéutica. USMIJ UGC Salud Mental HUVR.

### **José Luis Benítez**

Psicólogo Clínico Unidad Salud Mental Comunitaria Guadalquivir.

### **Manuel Espejo**

Terapeuta ocupacional USMIJ UGC Salud Mental HUVR.

### **Carmen Romero**

Monitora ocupacional USMIJ UGC Salud Mental HUVR.

### **Leonor Asensio Aguerri**

Psiquiatra UGC Salud Mental HUVR.

### **Miguel Ruiz Veguilla**

Psiquiatra. UGC Salud Mental HUVR. CIBERSAM

### **Benedicto Crespo Facorro**

Psiquiatra. Director UGC Salud Mental del Área Hospitalaria Virgen del Rocío. Catedrático Psiquiatría, Universidad de Sevilla. CIBERSAM

Declaración de interés: ninguno de los autores miembros del Grupo de Trabajo ni de las personas participantes en la revisión externa declaran tener conflicto de intereses.

Este protocolo es una ayuda para la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Este protocolo cuenta con el aval de la Sociedad Andaluza de Psiquiatría



SOCIEDAD  
ANDALUZA  
DE PSIQUIATRÍA

<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>6</b>
<b>VALORES</b> .....	<b>6</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
<b>ÁMBITO DE APLICACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>POBLACIÓN DIANA</b> .....	<b>8</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>8</b>
CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO.....	8
FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS .....	8
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	9
SELECCIÓN, EVALUACIÓN Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA .....	10
<b>PLAN DE ACTUACIÓN</b> .....	<b>10</b>
PROTOCOLO DE ADMISIÓN.....	10
DISPOSITIVOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE DERIVACIÓN .....	12
<i>UAIT</i> .....	12
<i>CAIT</i> .....	12
<i>Pediatra de Atención Primaria</i> .....	12
<i>Neuropediatra</i> .....	12
<i>USMC</i> .....	12
<i>USMIJ</i> .....	13
<i>Dispositivos no sanitarios relacionados con el ámbito educativo</i> .....	14
<i>Asociaciones de pacientes y familiares</i> .....	14
<b>EVALUACIONES</b> .....	<b>14</b>
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN .....	14
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS QUE DEBEN TENER TODOS LOS NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE AUTISMO .....	15
RESUMEN: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ADMINISTRADAS A NIÑOS TEA.....	16
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN</b> .....	<b>18</b>
RECOMENDACIÓN SOBRE INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA .....	18
<b>INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA CASOS COMPLEJOS</b> .....	<b>20</b>
INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL SISTEMA SANITARIO.....	20
INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS Y PSICOPEDAGÓGICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN AUTISMO ....	20
<i>Agrupadas por edad y categoría</i> .....	20
<i>Agrupadas por edad y objetivo terapéutico</i> .....	22
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA Y COMPORTAMIENTOS DESAFIANTES EN NIÑOS CON TEA .....	25
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LAS CONDUCTAS REPETITIVAS EN NIÑOS CON TEA .....	25
RECOMENDACIONES EN EL MANEJO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ASOCIADO A TEA.....	26
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS CON TEA.....	27
RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SUEÑO.....	27
INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA .....	28
ASPECTOS A TENER EN CUENTA A LA HORA DE ELEGIR UN FÁRMACO .....	28
<i>Comorbilidades psiquiátricas que pueden requerir psicofármacos</i> .....	29
<i>Síntomas ansioso-depresivos y obsesivo-compulsivos</i> . .....	31
<i>Guía orientativa de dosificación para el uso de ISRSs en niños con TEA</i> .....	31

<i>Guía orientativa de dosificación para el uso de antipsicóticos en autismo</i> .....	32
<i>TDAH</i> .....	34
<i>Guía orientativa de dosificación para TDAH comórbido</i> .....	34
<i>Alteraciones del sueño</i> .....	36
<i>Conductas repetitivas</i> .....	36
<i>Seguimientos en niños en tratamiento con antipsicóticos</i> .....	36
<i>Controles metabólicos adaptados a niños</i> .....	36
<i>Diagnóstico de síndrome metabólico en niños y adolescentes</i> .....	37
<i>Monitorización de salud física en pacientes con neurolépticos</i> .....	38
<b>PROTOCOLO DE COORDINACIÓN INTERNA</b> .....	<b>38</b>
DESDE PEDIATRA A USMC .....	38
DESDE NEUROPEDIATRÍA DIRECTAMENTE A USMIJ .....	39
<i>Pruebas protocolizadas protocolizadas por neuropsiquiatría</i> .....	39
DERIVACIÓN DESDE USMC A USMIJ .....	40
<b>ATENCIÓN EN USMC</b> .....	<b>43</b>
INTERVENCIONES EN USMC .....	43
CRITERIOS DE ALTA DE USMC.....	46
<b>ATENCIÓN EN USMIJ</b> .....	<b>46</b>
CONSULTA DE DIAGNÓSTICO .....	46
VALORACIÓN DE LA COMPLEJIDAD Y PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO .....	49
RECURSOS DE LA USMIJ PARA EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES TEA DE ALTA COMPLEJIDAD ATENDIDOS EN USMIJ .....	50
FILIACIÓN DEL CASO E INCLUSIÓN EN LA COHORTE SEVITEA .....	51
CRITERIOS DE ALTA DE USMIJ.....	51
<b>COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LOS INTERVINIENTES EN EL CASO</b> .....	<b>51</b>
FACULTATIVO REFERENTE .....	51
ENFERMERA REFERENTE DEL CASO.....	53
TERAPIA OCUPACIONAL.....	55
MAESTRA DE PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA.....	56
TRABAJADORA SOCIAL.....	57
<b>TEA-ENLACE</b> .....	<b>58</b>
<b>PROPUESTAS DE MEJORA</b> .....	<b>59</b>
<b>EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO</b> .....	<b>60</b>
<b>INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA</b> .....	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>62</b>
<b>RECURSOS PARA LA FORMACIÓN</b> .....	<b>65</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>66</b>
ANEXO I – CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V .....	66
ANEXO II -CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-11 .....	66
ANEXO III – SEÑALES ESPECÍFICAS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.....	67
ANEXO IV - INTERRELACIÓN NANDA-NOC-NIC .....	68
ANEXO VI – RESUMEN DE CRITERIOS Y PROCESO DE DERIVACIÓN DESDE USMC A USMIJ .....	78

## Justificación

El aumento de la demanda detectado en los últimos años, así como la demanda social en relación a la accesibilidad y a la atención de los menores diagnosticados de trastorno del espectro autista o con riesgo de padecerlo, nos impulsa a analizar los procesos actuales con el fin de mejorar la atención a esta población. En Europa se estima que la prevalencia del autismo es de al menos el 1%-2% (1), (2). Un diagnóstico precoz y especializado junto con un abordaje eficaz de los trastornos del espectro autista (TEA) requiere de un enfoque integral y multiprofesional. En este sentido la continuidad asistencial y coordinación entre los distintos niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

### DETECCIÓN TEMPRANA Y DIAGNÓSTICO

Hay evidencias de que la intervención en los primeros años puede ayudar a mejorar las habilidades de comunicación social, minimizar la gravedad de los síntomas, optimizar el desarrollo del niño y mejorar el estrés y el bienestar de los padres. Aunque el retraso del lenguaje no es específico del autismo, los retrasos en el balbuceo y el lenguaje son a menudo los primeros signos que preocupan a los padres. Otros síntomas tempranos incluyen retrasos en señalar o gesticular, responder al propio nombre y un contacto visual alterado. Es posible que las dificultades en la interacción social con compañeros y/o los comportamientos repetitivos inusuales no se manifiesten en los primeros dos o tres años de edad, por lo que su ausencia en los niños muy pequeños no debe descartar un posible diagnóstico. En las directrices del NICE UK se establece que "la evaluación no debe centrarse únicamente en el diagnóstico, sino que debe tener en cuenta los riesgos a los que se enfrenta una persona, así como su funcionamiento físico, psicológico y social y con el objetivo principal de identificar las necesidades de tratamiento y atención". Por consiguiente, el proceso de diagnóstico no sólo debe incluir la evaluación de la sintomatología del autismo, sino también explorar sistemáticamente la historia del desarrollo; el funcionamiento cognitivo y lingüístico actual; el contexto social y familiar; y los posibles mecanismos genéticos subyacentes (3)(4).

El autismo es una condición **muy compleja y heterogénea que evoluciona con la edad**. Por consiguiente, el equipo de diagnóstico debe ser **multiprofesional** y contar, como mínimo, con aportaciones médicas (psiquiátricas y/o pediátricas) y psicológicas (clínicas o educativas) de profesionales con formación y experiencia en el ámbito de los trastornos del desarrollo (1), (5).

En el **DSM-5** el autismo se incluye dentro de los "Trastornos del neurodesarrollo" (6). La clasificación también incluye discapacidad intelectual, trastornos de la comunicación, trastorno de atención/hiperactividad, trastornos específicos del aprendizaje y trastornos motores. El DSM-5 ya no divide el autismo en trastornos separados (es decir, trastorno de autismo, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno generalizado no especificado del desarrollo (PDD-NOS)), como era anteriormente el caso en el DSM-IV-TR y en la Clasificación Internacional CIE- 10 de Enfermedades (CIE-10) (7). Esto refleja el consenso

científico actual de que estos trastornos se pueden considerar dentro de una sola afección dimensional, con niveles variables de gravedad de los síntomas en dos áreas centrales:

- Déficits en la comunicación social y en la interacción social.
- Restricción de conductas e intereses y presencia de actividades repetitivas.

Si esta segunda área está ausente, la situación clínica se clasifica como “trastorno de la comunicación social”. Las personas con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, trastorno de Asperger o trastorno generalizado no especificado del desarrollo, deben recibir ahora el diagnóstico de trastorno del espectro del autista.

En tercer lugar, el DSM-5 establece distinciones según sus características y el nivel de gravedad. De esta manera, se alienta a los médicos a que utilicen los "especificadores" para identificar características individuales como:

- con o sin discapacidad intelectual
- con o sin problemas de lenguaje asociados
- con alteración médica conocida
- con alteración genética conocida
- con un factor ambiental conocido (bullying, maltrato...)
- con alteración de la conducta.

La gravedad se clasifica según la cantidad de apoyo necesario. Esta va desde el nivel 1 (que necesita un poco de apoyo) hasta el nivel 3 (que necesita un apoyo muy sustancial).

La **CIE-11** también incluye el autismo en la categoría de trastornos del neurodesarrollo y agrupa los síntomas del autismo en dos áreas principales:

- Déficits persistentes en la capacidad para iniciar y mantener la reciprocidad en la interacción y la comunicación social
- Una serie de pautas de comportamiento e intereses restringidos, repetitivos y rígidos.

Los déficits deben ser lo suficientemente importantes como para generar un impacto negativo personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento. La OMS, en su resumen de los trastornos del espectro autista, afirma que "es importante que, una vez identificados, los niños con trastornos del espectro autista, tanto los pacientes como sus familias, reciban información, servicios, orientación y prácticas adaptadas a sus necesidades individuales".

En cuanto a las pruebas que complementan y apoyan el diagnóstico de TEA, se ha hallado una variación significativa en la sensibilidad y la especificidad de todas las pruebas, lo que probablemente se atribuye a las diferencias y las variaciones metodológicas en las características clínicas de las poblaciones reclutadas. Cuando se compararon las estadísticas resumidas para la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2 (ADOS) , Escala de calificación del autismo infantil

(CARS) y Entrevista para el diagnóstico del autismo revisada (ADI-R) se encontró que la prueba ADOS fue la de mayor sensibilidad. Todas las herramientas funcionaron de igual manera para la especificidad. (8), (9), (10).

#### FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo que se deben tener en cuenta están: los hermanos de casos previamente identificados, los bebés nacidos de padres y madres mayores o por el contrario muy jóvenes; y los antecedentes de desarrollo prenatal o perinatal no óptimo (por ejemplo, uso de medicamentos durante el embarazo, obesidad materna, hipertensión, infecciones, o enfermedades inflamatorias maternas).

#### DIFERENCIAS DE GÉNERO

Prestaremos especial atención a la caracterización fenotípica de las niñas. Se ha estimado en general que la proporción hombre-mujer en el autismo es de aproximadamente 3-4:1 y algunos estudios sugieren que la proporción hombre-mujer puede llegar a ser de 8-9:1 en los individuos que se encuentran en el rango medio o medio-alto de la capacidad intelectual. Sin embargo, hay una creciente conciencia de que muchas mujeres con autismo permanecen sin ser diagnosticadas ya que la manifestación (11) de síntomas en niñas y mujeres con autismo puede ser atípica, en particular, los déficits sociales y de comunicación suelen ser más sutiles que en los hombres, y las mujeres pueden ser más capaces de "enmascarar" sus diferencias. Los intereses especiales también suelen tener un mayor contenido social (12). El diagnóstico de autismo en mujeres adultas que no fue diagnosticado en la infancia es particularmente complicado. Muchas son diagnosticadas erróneamente con una variedad de trastornos de salud mental, como pueden ser los trastornos límite de la personalidad.

#### BIOMARCADORES EN TEA

Actualmente no existen marcadores biológicos específicos que puedan identificar de manera fiable a los niños con un posible potencial de autismo, por lo que es importante utilizar de la manera más eficaz posible los procedimientos de identificación existentes. El uso de instrumentos validados y específicos, además de ser útiles en el diagnóstico, también permiten identificar patrones de fenotipos clínicos y su influencia en el pronóstico, así como las áreas en las que se hace más necesaria la intervención (11), (13), (14).

La evaluación inicial debe incluir los antecedentes familiares intergeneracionales, la exploración física, la detección de mutaciones patógenas en el gen MECP2, la prueba del síndrome del cromosoma X frágil si los antecedentes familiares y/o el fenotipo así lo indican, y el análisis del gen PTEN si otros síntomas sugieren que está justificado para la investigación genética. La secuenciación completa del exoma o del genoma en el autismo se utiliza cada vez más frecuentemente en algunas áreas de Norteamérica y Europa, y es posible que pronto se convierta en la norma de exploración de algunos países. La rápida disminución del costo de estas técnicas y el reclutamiento internacional de grandes muestras han permitido identificar, mediante la secuenciación del exoma, 102 genes de riesgo de autismo: de ellos, 49 se asocian con un retraso en el desarrollo neurológico concurrente y 53 solamente con el autismo (15), (16), (17), (18).

### INTERVENCIÓN EN AUTISMO DESDE EL SISTEMA SANITARIO

La mayoría de las veces la intervención para la mejoría de los síntomas nucleares se realiza en los centros de atención temprana en menores de 6 años, en los centros educativos con programas para la atención del alumnado con necesidades especiales y en centros psicopedagógicos concertados o privados a través de becas, ayudas estatales o autonómicas o costeadas para los padres. Sin embargo, es sumamente importante que los profesionales de salud mental que atienden a las personas con TEA en el Hospital Virgen del Rocío conozcan las intervenciones basadas en la evidencia (tablas 1 y 2) y puedan orientar y aconsejar adecuadamente a los padres que en ocasiones se encuentran perdidos ante la multitud de abordajes que se ofrecen, algunos sin evidencia científica.

---

*El presente protocolo contempla que la intervención por parte de salud mental especializada a niños con TEA vaya dirigida al tratamiento de comorbilidades psiquiátricas y de síntomas nucleares en casos en donde la funcionalidad y calidad de vida se vea considerablemente afectada.*

---

Con respecto a las intervenciones para los trastornos de conducta en autismo, la intensidad y los costos de muchos programas conductuales, tanto en el hogar como en el ámbito sanitario, hacen que las demandas financieras o de tiempo estén muy por encima de los medios de la mayoría de las familias y de los servicios sanitarios públicos. Sin embargo, es posible proporcionar a las familias un asesoramiento, basado en la evidencia, sobre el manejo del comportamiento, con un coste mucho menor. Los grupos psicoeducativos para padres de niños recién diagnosticados se ofrecen de forma rutinaria en muchos centros de atención a la infancia y la adolescencia y su objetivo es la mejora de la comprensión de los padres sobre el autismo; cómo fomentar habilidades sociales y comunicativas; y cómo gestionar comportamientos "difíciles" como rituales, rabietas y/o agresividad, miedos y fobias, y/o problemas con la alimentación, el sueño y el control de esfínteres. Los programas suelen estar estructurados en sesiones de grupo (a veces complementadas con unas pocas sesiones individuales y/o en el hogar); normalmente durante unas pocas semanas, y se ha comprobado que mejoran las habilidades y el bienestar de los padres, así como el comportamiento de adaptación de los niños. Entre los programas de entrenamiento parental para niños con TEA destacan el programa denominado Escalones Intermedios (19) (*Stepping Stones - Triple P*) y el enfoque alemán de tratamiento estructurado. (tabla 2).

Cabe destacar que **el profesional clínico de salud mental no es la fuente principal de intervención**. Su papel debería ser actuar como entrenador de las personas clave, directamente involucradas en la vida del individuo, es decir, padres, maestros, otros miembros de la familia, trabajadores de apoyo, empleadores, etc. La Guía NICE recomienda que cada persona con TEA debe tener un coordinador del caso ("gestor del caso"), que puede pertenecer a cualquier disciplina de salud

mental y cuya responsabilidad es integrar las recomendaciones de intervención, controlar los progresos y apoyar la planificación para el futuro.

A nivel farmacológico es necesario destacar que, debido en parte al tipo de fármacos empleados para el control de diversos grupos de síntomas asociados a TEA, estos pacientes presentan un riesgo aumentado de desarrollar síndrome metabólico, un síndrome clínico caracterizado por la resistencia a la insulina, la hiperglucemia, la obesidad abdominal, la hipertrigliceridemia, dislipemia e hipertensión arterial. Dado que se relaciona con el desarrollo futuro de diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y aumento de mortalidad, es preciso la monitorización periódica del estado de salud de estos niños y adolescentes y la puesta en marcha precoz de medidas destinadas a su prevención: empleo de fármacos con un perfil asociado a menor ganancia ponderal y a menos alteraciones metabólicas, recomendaciones dietéticas y fomento del ejercicio físico y las actividades deportivas (20).

#### FASE DE ACCESIBILIDAD AL PROGRAMA TEA

Numerosos estudios de seguimiento han puesto de manifiesto la falta de atención para las personas con autismo, independientemente de su nivel cognitivo, durante la transición de la adolescencia a la edad adulta (21). También parece que las personas con mayores capacidades cognitivas son las que menos probabilidades tienen de recibir ayuda especializada (3). El reto a largo plazo del protocolo TEA es facilitar la accesibilidad al servicio de salud mental desde el diagnóstico y ser punto de referencia a lo largo de la vida de la persona, ya que existe una vulnerabilidad que aumenta el riesgo de padecer comorbilidades psiquiátricas.

En la USMIJ del área de Virgen del Rocío, la tendencia de los últimos años es un número de aproximadamente 50 casos nuevos al año. En 2013 se atendieron 58 casos nuevos, en 2014 se atendieron 29 casos nuevos, en 2015 se atendieron 43 casos nuevos, en 2016 se atendieron 60 casos nuevos, en 2017 se atendieron 65 casos nuevos, en 2018 se atendieron 39 casos nuevos, en 2019 se atendieron 49 casos nuevos, en 2020 se atendieron 49 casos nuevos y en 2021 coincidiendo con el inicio de la puesta en marcha del pilotaje del presente protocolo se atendieron 106 nuevos casos de TEA. No se dispone con exactitud de datos de los casos nuevos de toda el área, incluyendo las USMC, de los años anteriores. Actualmente, hasta diciembre de 2021 se atienden 408 casos de TEA en USMIJ. En esta primera fase de pilotaje se han identificado las principales barreras de accesibilidad al sistema y las posibles soluciones que van orientadas a la coordinación con los diferentes especialistas implicados en la detección y atención de niños con TEA, concretamente en edades tempranas.

En definitiva, en el TEA intervienen múltiples profesionales de diferentes sistemas (sanitario, educativo, social y comunitario). Dentro del sistema sanitario intervienen principalmente los servicios de pediatría, neuropediatría, rehabilitación y salud mental. El papel del servicio de salud mental en la atención a las personas con TEA va dirigido principalmente a la participación en el proceso diagnóstico de TEA, la detección y tratamiento de comorbilidades psiquiátricas, el tratamiento con intervenciones basadas en la evidencia de aquellos síntomas nucleares que

interfieran considerablemente en la funcionalidad y calidad de vida y la orientación social a las familias para que, en lo posible, puedan acceder a los recursos psicopedagógicos que hay fuera del servicio de salud y a las intervenciones adecuadas.

## Glosario

TEA Trastorno del espectro autista

AP Atención primaria

AT Atención temprana

CAIT Centro de atención infantil temprana

UAIT Unidad de atención infantil temprana

USMC Unidad de Salud mental comunitaria

USMIJ Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

FEA Facultativo especialista de área

PT Pedagogía terapéutica

TO Terapia ocupacional o terapeuta ocupacional

TS Trabajador/a social

TCAE Técnico en cuidados auxiliares de enfermería

ICC: Informe de continuidad de cuidados

VEE: Valoración estructurada de enfermería

PCE: Plan de cuidado estandarizado

EOE Equipo de Orientación Escolar

## Valores

Este protocolo se ha desarrollado de acuerdo a la evidencia científica, a la experiencia profesional y a la ética. Entre los principios que lo rigen se encuentran los de equidad, igualdad de género, accesibilidad, universalidad, calidad, eficiencia, autonomía, participación, continuidad y descentralización.

## Objetivos

- Censar y analizar la demanda de los casos atendidos en la UGC de Salud Mental Virgen del Rocío.
- Unificar criterios de actuación y reducir la variabilidad en la atención entre profesionales.
- Favorecer la atención precoz.
- Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con TEA y su familia.
- Fomentar el estudio y el diagnóstico precoz de los pacientes con sospecha de Trastornos del Espectro Autista.
- Conocer de manera específica y objetiva las necesidades de los niños con TEA y su familia de nuestra área sanitaria.
- Identificar de manera objetiva los casos de mayor complejidad.
- Implementar intervenciones de detección y prevención de situaciones de abuso en una población vulnerable como los niños con TEA.
- Mejorar la accesibilidad de los niños con TEA a los servicios sanitarios.
- Formar de manera continua a los profesionales intervinientes en el proceso de detección y atención de niños con TEA.
- Potenciar el desarrollo de proyectos de investigación que mejoren el conocimiento.
- Aumentar la coordinación con el resto de dispositivos que atienden a estos niños para evitar duplicidades y disparidad en el abordaje.

## Ámbito de aplicación

El protocolo de TEA de la UGC de Salud Mental del área hospitalaria Virgen del Rocío se trata de un protocolo esencialmente asistencial, con el objetivo de garantizar una serie de procedimientos mínimos y comunes para todos los niños con TEA. Está orientado a todos los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) y de las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) de la UGC de Salud Mental Virgen del Rocío de Sevilla. El presente protocolo y todas las actuaciones derivadas del mismo se ajustan a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. (Para una información más detallada consultar la sección “Protocolo de Coordinación Interna”).

## Población diana

El protocolo se centrará en el diagnóstico adecuado, la detección de las necesidades, la orientación a padres y/o cuidadores y, sobre todo, en la detección y abordaje de problemas de salud mental en las personas con TEA. Se incluirán a todos los menores desde los 2 años hasta 18 años de edad con sospecha de TEA o con diagnóstico de TEA según DSM-5/CIE-10/CIE-11.

- Trastorno del espectro autista - 299.0 (F84.0)
- Trastorno de la comunicación social - 315.35 (F80.82)

## Metodología

La elaboración de este documento está basada en las recomendaciones del National Institute for Clinical Excellence (NICE) para el desarrollo de un protocolo clínico.

## Constitución de un grupo de trabajo

En la elaboración del presente protocolo han colaborado el director de UCG, la coordinadora de USMIJ, la enfermera especialista en Salud Mental referente de programa TEA y los FEAs. Asimismo, se ha contado con la colaboración de la maestra de Pedagogía Terapéutica, la trabajadora social y el terapeuta ocupacional. Todos los miembros de este grupo son profesionales con experiencia y formación en el abordaje de niños con trastorno del espectro autista y/o especial interés docente e investigador en la materia.

## Formulación de preguntas clínicas

Los autores propusieron diferentes preguntas clínicas de carácter general:

- ¿Cuáles son las pruebas de diagnóstico mínimas que debe tener un niño con sospecha de TEA?
- ¿Cuáles son las intervenciones psicoterapéuticas más eficaces en el tratamiento de TEA?
- ¿A qué edad se debe iniciar una intervención en un niño con TEA?
- ¿El instrumento ADOS es necesario en todos los niños para realizar el diagnóstico?
- ¿Qué fármacos están indicados en niños con autismo?
- ¿Con qué frecuencia se debe monitorizar la salud física de un niño en tratamiento con antipsicóticos para prevenir el síndrome metabólico?
- ¿Qué pruebas son necesarias para un diagnóstico diferencial adecuado?
- ¿Cuál son los instrumentos de screening más útiles?
- ¿Cuáles son los instrumentos de diagnóstico más útiles?
- ¿Qué herramienta de diagnóstico para el TEA (entre ADOS, ADI-R, CARS, DISCO, GARS) tiene mayor exactitud como prueba de diagnóstico?
- ¿Qué intervenciones son las más costo-eficientes desde el sistema de salud público para abordar las dificultades de un niño con TEA?

- ¿cuáles son las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes ?

Posteriormente, a partir de las preguntas clínicas generales se desarrollaron las preguntas específicas, formuladas siguiendo el formato PICO (Pacientes, Intervención, Comparación y Resultados).

P	I	C	O
	Instrumentos de diagnóstico objetivos	N/A	Especificidad
	Instrumentos de screening	N/A	Sensibilidad
	Instrumentos de detección de comorbilidades	N/A	Detección TDAH Detección de TOC Detección de depresión Detección de TICS
Niños con TEA	Intervenciones psicoterapéuticas	Placebo o tratamiento habitual	Alteraciones de conducta Comportamientos repetitivos Funcionalidad
	Intervenciones a través de los padres	Placebo o tratamiento habitual	Costo-efectividad en los servicios públicos de salud
	Tratamiento farmacológico	Placebo	Alteraciones de conducta Comportamientos repetitivos Funcionalidad
	Intervenciones enfermeras		Funcionalidad

### Estrategia de búsqueda bibliográfica

El grupo de trabajo acordó que las intervenciones llevadas a cabo deberían ser aquellas recomendadas en las principales guías de práctica clínica, buscando en las mismas las recomendaciones según grados de evidencia a nuestras preguntas de intervención.

Se realizó una búsqueda en:

- National Guideline Clearinghouse (NGC) (4)
- Guía de Salud del Sistema Nacional de Salud (<https://portal.guiasalud.es>)
- NICE

Asimismo, se llevó a cabo una búsqueda adicional de revisiones sistemáticas y meta-análisis empleando Medline, WOS y EMBASE para completar la literatura científica.

## Selección, evaluación y síntesis de la evidencia

Como herramientas fundamentales se seleccionaron principalmente las recomendaciones de las Guías NICE, el reciente consenso sobre atención clínica en autismo “*The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism*”(22), la Guía de prácticas basadas en la evidencia para niños, jóvenes y adultos con autismo 2020 (23). Además guías de práctica clínica con mayor aplicabilidad en nuestro medio: ESCAP (24), Hospital Gregorio Marañón, Hospital Clinic de Barcelona, Hospital Sain Joan de Deus

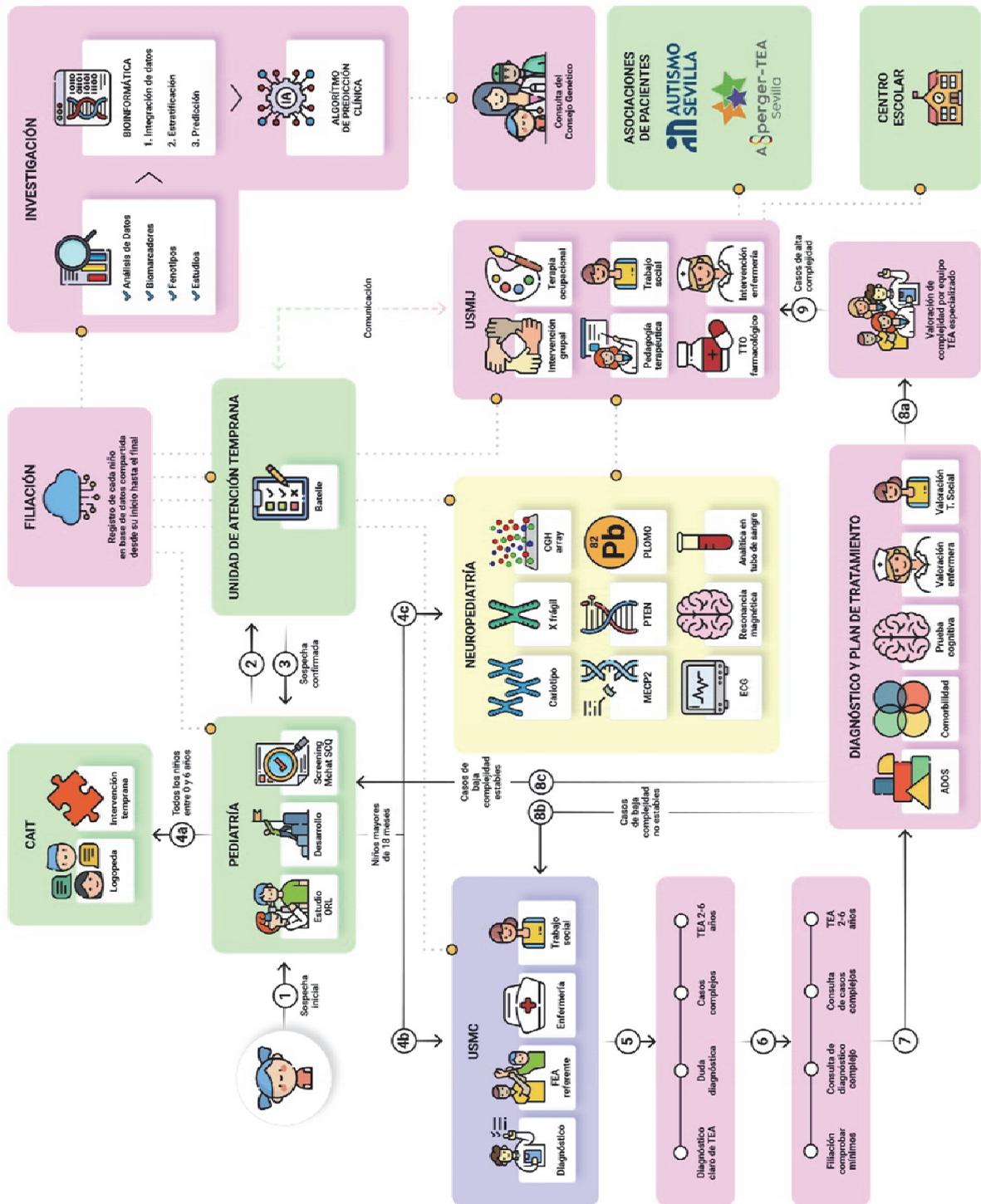
## Plan de actuación

### Protocolo de admisión

Son candidatos a derivación a USMIJ todos los niños de 2 a 6 años con sospecha o con diagnóstico confirmado de TEA, todos los menores de 0 a 18 años con diagnóstico de TEA y comorbilidades de difícil manejo y todos los menores de 0 a 18 años con diagnóstico dudoso

La derivación a USMIJ de todos los niños entre 2 a 6 años con sospecha o con diagnóstico confirmado de TEA según criterios CIE-11 y/o DSM5 (3), (4) para una evaluación completa inicial es necesaria. Principalmente se explorarán comorbilidades, se comprobará que todos los niños tengan unos mínimos necesarios antes de emitir un diagnóstico y así evitar el riesgo de infradiagnóstico en las niñas. Asimismo, la derivación de niños con comorbilidades de difícil manejo es necesaria para el adecuado abordaje terapéutico de las mismas, que pueden empeorar la funcionalidad y el pronóstico de los pacientes con TEA si no se tratan de forma óptima.

Los niños que no sean derivados a USMIJ, bien porque la familia o el FEA referente no lo considere oportuno, pero presenten diagnóstico de TEA deben ser comunicados a la USMIJ por vía telemática a través de la carpeta compartida NAS, con el objetivo de revisar pruebas complementarias mínimas, cuestionarios a los padres e incluir en cohorte de niños con TEA.



## Dispositivos que intervienen en el proceso de derivación

### UAIT

Las Unidades de Atención Infantil Tempranas estarán constituidas por un equipo de profesionales formado por un pediatra de atención primaria y un licenciado en Psicología, con especialidad de Psicología Clínica que tenga formación específica y experiencia en Atención Temprana. De conformidad con lo previsto en el artículo 18 del Decreto 85/2016, de 16 de abril, ante la detección de trastornos del desarrollo o señales de alerta de riesgo de padecerlos en una persona menor de 6 años por cualquier ámbito, el pediatra de Atención Primaria procederá, en su caso, a su confirmación e iniciará el trámite de derivación a la Unidad de Atención Infantil Temprana que territorialmente le corresponda.

Los psicólogos clínicos que forman parte de la UAIT, son a su vez parte de la UGC de Salud mental del área Virgen del Rocío, por lo cual, se establecerán vías de comunicación desde USMIJ con la UAIT para tener información bidireccional sobre los casos de sospecha temprana y los casos finalmente diagnosticados y así garantizar que los niños con alta sospecha de TEA sean atendidos para evitar retrasos en el diagnóstico.

**La derivación a USMC es siempre por parte del pediatra de atención primaria**, sin embargo, la UAIT podrá sugerir en su informe, la necesidad de confirmación diagnóstica en aquellos niños con signos de alta sospecha en base a una valoración objetiva.

### CAIT

La Unidad de Atención Infantil Temprana, tras valoración y decisión de idoneidad de la necesidad de intervención, remitirá el caso con carácter inmediato al Centro de Atención Infantil Temprana (en adelante CAIT) de referencia.

### Pediatra de Atención Primaria

La derivación inicial debe llevarse a cabo por el pediatra de Atención Primaria tras la detección de los primeros signos de alarma, habiendo descartado los diagnósticos diferenciales más frecuentes y con las pruebas de screening pertinentes

### Neuropediatra

Desde neuropediatría se realizará una evaluación global del paciente que incluye una evaluación médica y neurológica amplia; antecedentes personales y familiares; exploración física y neurológica, incluyendo el perímetro cefálico, dismorfias, discromías, examen motor, interacción social, etc. Además, se realizarán exámenes complementarios para identificar condiciones comórbidas que tendrán implicaciones para el tratamiento y/o asesoramiento genético.

### USMC

En la Unidad de Salud Mental Comunitaria habrá un psiquiatra o psicólogo clínico referente para la atención de niños con TEA. Se encargará de hacer la primera acogida al servicio de Salud Mental, completar la historia clínica, recolección de

pruebas complementarias aportadas desde el pediatra (M-chat- SCQ) y UAIT (Escala de Battelle), exploración psicopatológica, solicitud de analítica si precisa, diagnóstico y tratamiento. **En los casos no complejos y sin duda diagnóstica**, se asignará una enfermera referente para valoración y seguimiento de posibles patrones funcionales alterados. Los casos en los que el diagnóstico sea claro y las necesidades estén siendo atendidas y controladas serán comunicados a la USMIJ a través de la carpeta NAS para una filiación, revisión de pruebas complementarias autoadministradas e inclusión en la cohorte SEVITEA. En este caso, el centro referente del paciente seguirá siendo la USMC.

Aquellos niños en los que haya duda en el diagnóstico de TEA o sean casos complejos por sus comorbilidades o alteraciones de conducta graves se podrán derivar a USMIJ.

### USMIJ

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil se encargará de la gestión del caso del niño con sospecha de TEA hasta concluir su diagnóstico. Una vez orientado el caso, si no hay comorbilidades ni criterios de complejidad que requieran atención en USMIJ, el niño y su familia continuarán en seguimiento en USMC siempre y cuando el niño tenga 6 años cumplidos. En la USMIJ se atenderán los niños con sospecha de TEA de la siguiente forma:

1. Todos los niños de 2 a 6 años con sospecha o diagnóstico de TEA son candidatos a ser atendidos en USMIJ si el referente USMC lo considera oportuno.

Además de la entrevista y exploración clínica se complementará el diagnóstico con un mínimo de pruebas objetivas. Según las necesidades, se ofrecerá la participación de intervención grupal para padres para mejorar la comprensión del diagnóstico y sesiones psicoeducativas basadas en la evidencia (23) (tabla 2) para el manejo de alteraciones de conducta, fobias, patrones repetitivos y estereotipias y fomento de la autonomía. Se realizará además una consulta de filiación del caso, revisión de pruebas complementarias mínimas e inclusión en cohorte de niños con TEA.

2. Consulta de valoración en caso de duda o diagnóstico difícil.

Además de la entrevista y exploración clínica se complementará el diagnóstico con un mínimo de pruebas objetivas: ADOS-2 y ADIR, D2 y prueba psicométrica. Se realizará una consulta de filiación del caso, revisión de pruebas complementarias mínimas e inclusión en cohorte de niños con TEA.

Una vez hecha la valoración diagnóstica y la valoración de complejidad y necesidades del caso se ofrecerá a la familia: psicoeducación, devolución clara de las áreas de mejora y reforzar aquellas en las que esté lograda dicha mejora. También procede un ajuste claro de las expectativas, orientación sobre las asociaciones, recursos de apoyo y derivaciones a otros profesionales del equipo para orientación y asesoramiento.

Por otra parte, se desarrollará el Plan Individualizado de Tratamiento y, en base a este plan, se contemplarán las alternativas tanto más ajustadas a la realidad del servicio como las que pueda necesitar el paciente. En este punto el paciente puede

continuar el seguimiento en la USMIJ o bien en USMC dependiendo de la complejidad del caso.

### 3. Consulta de valoración de casos complejos.

Se define como casos de TEA complejos aquellos que presentan comorbilidad con:

- Alteraciones de conducta
- Depresión y riesgo suicida
- Síndromes de origen genéticos
- Manejo farmacológico complejo
- Trastornos de ansiedad graves

Se diseñará un plan de tratamiento que incluya intervención con FEA, consultas con enfermería si precisa, consulta con trabajo social, intervención de la maestra de pedagogía terapéutica y terapia ocupacional. Todo ello con el objetivo de llevar a cabo la correcta filiación del caso, una revisión de pruebas complementarias mínimas y la inclusión en la cohorte de niños con TEA.

### Dispositivos no sanitarios relacionados con el ámbito educativo

Ejemplos de estos dispositivos son colegios, escuelas infantiles, institutos... En la entrevista de acogida con TCAE, todos los padres/madres firmarán una autorización dirigida a la maestra de PT para obtener e intercambiar información con el centro escolar, establecer comunicación con el equipo docente y de orientación, e intervenir directamente en función de las necesidades del alumno/a.

### Asociaciones de pacientes y familiares

Se harán reuniones con Autismo Sevilla y otras asociaciones que nos permitan la coordinación entre distintos servicios.

## Evaluaciones

La evaluación debe ser multidimensional, incluye el uso de instrumentos psicométricos, pruebas de salud física y valoración psicosocial (9), (10),(1), (25).

### Instrumentos de evaluación

Para información detallada ver anexo 1.

#### Screening

- M-chat R/F.
- SCQ.
- SDQ.
- ASSQ (si sospecha de autismo de alto funcionamiento)
- CAST (si sospecha de autismo de alto funcionamiento)

#### Valoración del desarrollo

- Escala Battelle.
- Escala Bailey (preferiblemente).
- ASQ-3

#### Diagnóstico

- Criterios de DSM-5 o de CIE-10/CIE-11.
- ADOS-2: Observación semiestructurada con situaciones sociales de juego o diálogo. Se aplica a niños mayores de 12 meses. Requiere formación específica. Duración: 1 hora y media. Se realizará en los casos de diagnóstico complejo.
- ADIR: modelo de entrevista a los padres considerado como muy preciso. Los menores han de tener un nivel de edad mental superior a los 18 meses. Requiere formación especializada. Duración: 1 hora y media. Se realizará en los casos de diagnóstico complejo y dudoso tras haber realizado el ADOS-2.

#### Respuesta social

- SRS

#### Comportamientos repetitivos

- RBS-revisada

#### Funciones ejecutivas

- Brief

#### Capacidad intelectual

- K-BIT.
- WPPSI: De 2 años y medio a 7 años y 3 meses
- WISC: 6 a 16 años
- WAIS: partir de 16 años

#### Comorbilidades

- TDAH: D2.
- TOC: Y-BOCS

#### Valoración psicosocial

- Funcionalidad, calidad de vida y necesidades.

#### Evaluación de Habilidades Adaptativas

- Vinneland 3
- ABAS II

### Pruebas complementarias que deben tener todos los niños con diagnóstico de autismo

#### Genéticas

- CGH-array: en todos los casos.
- X-frágil: se solicitará a los varones. También a mujeres si hay historia familiar de TEA o discapacidad intelectual (DI) y fenotipo sugerente.
- Cariotipo: si hay rasgos dismórficos sugestivos o sospecha de translocaciones balanceadas. Por ejemplo: historia de  $\geq 2$  abortos espontáneos.
- Gen MECP2: en niñas con regresión psicomotora. En varones individualizar cada caso.
- Gen PTEN: en caso de TEA con macrocefalia.
- Secuenciación masiva (next-generation sequencing o NGS): paneles, exoma y genoma. Mayor rendimiento si existe DI y rasgos dismórficos asociados.

### Metabólicas

Se realizarán estudios metabólicos cuando existan síntomas como hipotonía, crisis epilépticas tempranas, vómitos cíclicos, letargia, déficits sensoriales, regresión psicomotora, rasgos toscos y/o déficit intelectual.

- Niveles de plomo: en pacientes que presenten conductas de pica.
- Neuroimagen: no está indicada de rutina. La presencia de rasgos neurológicos no explicados por el diagnóstico de autismo como cefalea, crisis epilépticas, discapacidad intelectual, anomalías en la exploración neurológica como alteración en pares craneales, examen motor o reflejos osteotendinosos asimétricos, pueden ser una indicación para realizar esta prueba complementaria.
- Electroencefalograma: está indicado si aparecen episodios compatibles con crisis epilépticas o historia de regresión (sospecha de POCS o Sd Landau-Kleffner).

### Analítica general

- Hemograma.
- Bioquímica básica.
- Perfil hepático.
- Perfil lipídico
- Perfil tiroideo
- CK.
- En niños mayores de 10-11 años también Tándem masas (porque nacieron antes de que se implantaran el cribado neonatal ampliado).

## Resumen: pruebas complementarias administradas a niños TEA

PRUEBA	¿QUIÉN LA SOLICITA?
Battelle	UAIT
M-chat	Pediatra de AP o FEA de USMC
SCQ	Pediatra de AP

CAST	Pediatra de AP o FEA de Salud Mental
ASSQ	Pediatra de AP o FEA de Salud Mental
CI	Psicólogo clínico/PIR o EOE
Evaluación clínica siguiendo los criterios CIE-11 y/o DSM-5	FEA USMC
ADOS-2	FEA o profesional de salud mental acreditado
D2 (Si sospecha de TDAH)	FEA consulta de diagnóstico
Y-BOCS (Si sospecha de TOC)	FEA - consulta de diagnóstico
RBS-revisada	FEA- filiación
SRS	FEA - filiación
SDQ	FEA o profesional de salud mental-filiación
Pruebas genéticas* CGH-array, X-frágil, Cariotipo, Gen MECP2, Gen PTEN, Secuenciación masiva (next-generation sequencing o NGS): paneles, exoma y genoma	Neuropediatría
*De acuerdo a los criterios descritos anteriormente	
Niveles de plomo	Neuropediatría
Pruebas de Neuroimagen	Neuropediatría o psiquiatra referente
Electroencefalograma	Neuropediatría

Analítica general

Hemograma, bioquímica básica, perfil hepático, perfil lipídico, perfil tiroideo, CK.

En niños mayores de 10-11 años también Tándem masas (porque nacieron antes de que se implantaran el cribado neonatal ampliado).

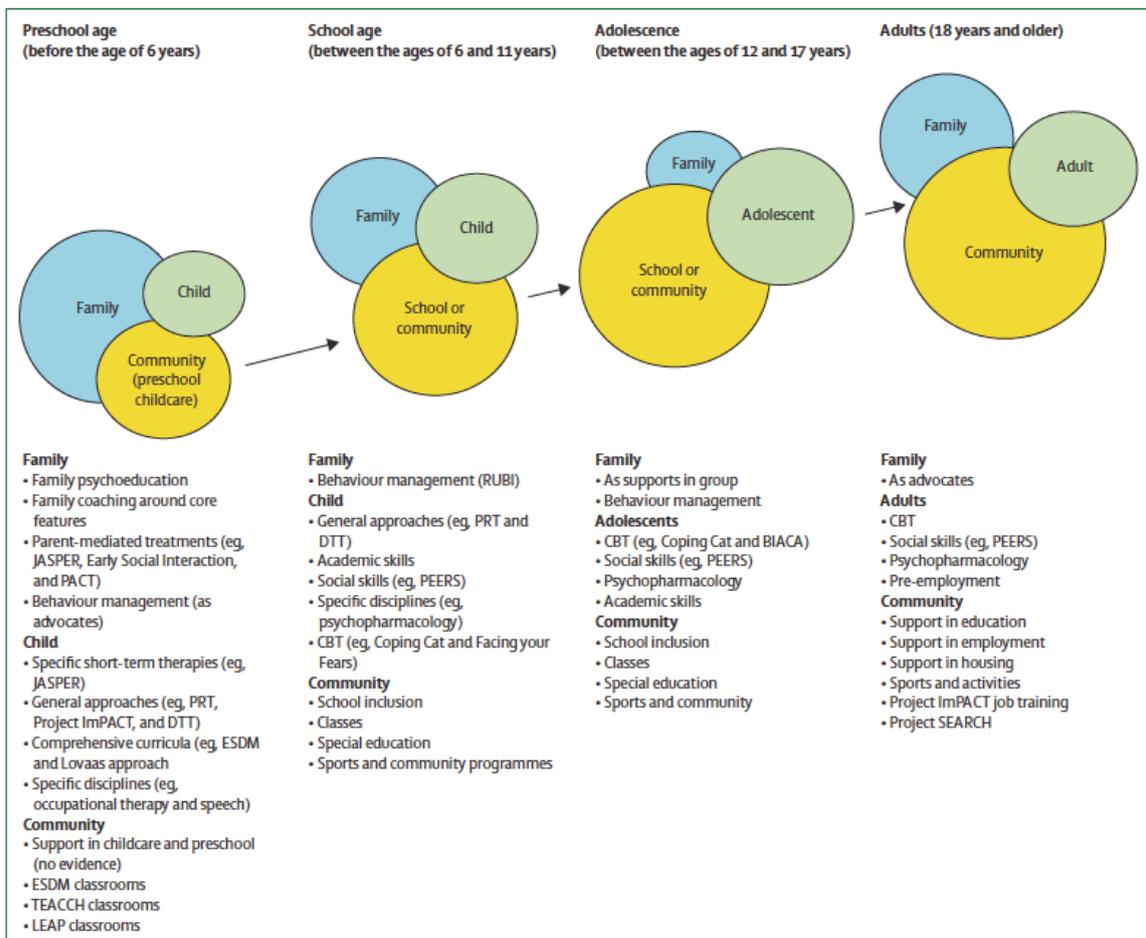
Neuropediatría

O psiquiatra referente

## Características generales de la intervención

La intervención del TEA se realiza de forma multidisciplinar a nivel de centros de educación, apoyo comunitario, sistema sanitario y centros de atención temprana. Además del proceso diagnóstico, **el papel del FEA en la intervención va dirigido principalmente al tratamiento de la comorbilidad a través de la atención psicológica adaptada, el tratamiento farmacológico si es necesario** y colaboración con terapia ocupacional y enfermería de programas terapéuticos específicos de alteraciones de conducta, habilidades sociales, alimentación y sueño.

## Recomendación sobre intervenciones basadas en la evidencia



El protocolo TEA pretende aconsejar prácticas basadas en la evidencia. Por lo tanto, siguiendo las recomendaciones de las principales guías internacionales y de nuestro

medio, los profesionales de salud mental deben tener un papel activo en la intervención del niño con TEA:

#### CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA

- Intervenciones hasta los 6 años de edad.
- Programas de atención temprana diseñados para facilitar la comunicación social entre los niños y sus padres.
- Intervenciones conductuales naturales orientadas al desarrollo.
- Análisis conductual aplicado.
- Intervenciones conductuales naturales orientadas al desarrollo.
- Intervenciones enfocadas en mejorar el habla y el lenguaje.

#### SISTEMA SANITARIO: SALUD MENTAL

- Tratamiento de comorbilidades de salud mental.
- Intervenciones para el manejo de los comportamientos desafiantes.
- Intervención en síntomas nucleares de autismo cuando estos comprometan considerablemente la funcionalidad y calidad de vida.
- Orientación a las familias sobre las intervenciones basadas en la evidencia cuando estas lo soliciten.
- Exploración y atención de las necesidades emocionales.
- Autonomía y salud física.
- Apoyo en la coordinación con recursos comunitarios y de ocio. Orientación en la gestión de documentación que facilitará el acceso, de acuerdo con la legislación vigente, a tratamientos psicopedagógicos que estén fuera del sistema andaluz de salud.

#### SISTEMA SANITARIO: PEDIATRÍA

- Tratamiento de otras comorbilidades médicas.

#### CENTROS DE EDUCACIÓN

Evaluación psicopedagógica por profesional de la orientación.

Determinación de necesidades educativas especiales y medidas específicas:

- Modalidad de escolarización (aula ordinaria, aula ordinaria con apoyos, aula o centros específicos)
- Adaptaciones curriculares (individualizadas, significativas o de refuerzo)
- Adaptaciones metodológicas (en algunos centros método TEACC)
- Programas específicos (PT / AL): comunicación, habilidades sociales, estimulación cognitiva, etc.
- Supervisión especializada por monitor de educación especial, si necesario (PTIS)
  - PT: maestr@ especialista en Pedagogía Terapéutica
  - AL: maestr@ especialista en audición y lenguaje
  - PTIS: Profesional Técnico de Integración Social

### APOYO COMUNITARIO

- Asociaciones de pacientes y familias en donde se facilita ocio y programas de “respiro familiar”.
- Centros residenciales de estancia media o completa en casos graves.

## Intervenciones específicas para casos complejos

### Intervención psicoterapéutica en el sistema sanitario

Se han identificado múltiples intervenciones, de las cuales 28 son intervenciones en autismo basadas en la evidencia (1,23) y se deben elegir en función de la edad, los objetivos terapéuticos, las expectativas y contexto de la familia y los recursos del sistema público. El presente protocolo contempla que **la intervención por parte de salud mental especializada a niños con TEA vaya dirigida al tratamiento de comorbilidades psiquiátricas y de síntomas nucleares en casos en donde la funcionalidad y calidad de vida se vea considerablemente afectada.**

La mayoría de las veces la intervención para la mejoría de los síntomas nucleares se realiza en los centros de atención temprana en menores de 6 años, en los centros educativos con programas para la atención del alumnado con necesidades especiales y en centros psicopedagógicos concertados o privados a través de becas, ayudas estatales o autonómicas o costeadas para los padres. Sin embargo, es sumamente importante que los profesionales de salud mental que atienden a las personas con TEA en el Hospital Universitario Virgen del Rocío conozcan las intervenciones basadas en la evidencia y puedan orientar y aconsejar adecuadamente a los padres que en ocasiones se encuentran perdidos ante la multitud de abordajes que se ofrecen, algunos sin evidencia científica.

### Intervenciones psicoterapéuticas y psicopedagógicas basadas en la evidencia en autismo

#### Agrupadas por edad y categoría

Abreviaturas Tabla: **ABI:** Antecedent-Based Intervention; **AAC:** Comunicación alternativa; **BMI:** Intervención de la conducta en el momento; **CBIS:** Cognitivo-conductual; **DR:** Refuerzo alternativo diferencial; **DI:** Instrucción directa; **DTT:** Entrenamiento “discreto”; **EXM:** Ejercicio y movimiento; **FBA:** Análisis funcional de la conducta; **FCT:** Entrenamiento funcional de la comunicación; **MD:** Modelamiento; **MMI:** Intervención a través de la música; **NI:** Intervención naturalística; **PII:** Intervención a través de los padres; **PBII:** Intervención basada en los “iguales”; **PP:** estimulación; **R:** Refuerzo; **RIR:** Interrupción de la respuesta/ redireccionamiento; **SM:** Autocontrol; **SI:** Integración sensorial; **SN:** Narrativas sociales; **SST:** Entrenamiento social; **TA:** Análisis de tareas; **TAII:** Intervención apoyada en la tecnología; **TD:** Retraso del tiempo; **VM:** Modelamiento por video; **VS:** Visual Supports. Tomada de *Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism: Third Generation Review*. Hume K, et al. 2021



## Agrupadas por edad y objetivo terapéutico

## INTERVENCIONES CENTRADAS EN NIÑOS PEQUEÑOS (MENORES DE 6 AÑOS)

Terapias de comunicación social basadas en el desarrollo	Modelo basado en el desarrollo individual de la relación DIR o “terapia de suelo”	
	Modelo JASPER. Es uno de los más rigurosamente evaluados	Se basan en la regulación de la interacción entre los niños y sus padres, fomentando la atención conjunta, la imitación y el juego simbólico.
Intervenciones conductuales naturales orientadas al desarrollo NDBI	Terapia de la comunicación para el autismo PACT	
	Modelo Denver (es una Intervención conductual natural orientadas al desarrollo)	
	Modelo SCERTS: Comunicación social, regulación emocional, apoyo transaccional	Las Intervenciones Conductuales Naturalistas del Desarrollo (NDBI por sus siglas en inglés) se implementan en entornos naturales, involucran el control compartido entre el niño y el adulto, utilizan contingencias naturales y usan una variedad de estrategias conductuales para enseñar habilidades apropiadas de acuerdo a las necesidades de cada niño.
	Enseñanza incidental	
	Enseñanza ambiental mejorada	
Intervenciones basadas en el análisis de la conducta	Entrenamiento en imitación recíproca	
	Entrenamiento en respuestas pivotaes	
	Análisis del comportamiento aplicado (ABA)	El método ABA (Applied Behavior Analysis) es una intervención en la que se aplican los principios de la teoría del aprendizaje de una manera sistemática y medible para incrementar, disminuir, mantener o generalizar determinadas conductas objetivo (lectura, habilidades académicas, habilidades sociales, de
	Entrenamiento parental	
	Intervenciones tempranas e intensivas en el comportamiento (EIBI): Modelo Loavas. Son programas altamente directivos basados en ABA	
	Apoyo conductual positivo	

Programas centrados en los padres	Escalones intermedios Stepping Stones - Triple P	comunicación y de la vida diaria) Es una intervención de grupo específicamente diseñada para ayudar a desarrollar habilidades parentales positivas; los terapeutas también pueden ofrecer sesiones individuales a medida de los padres (por ejemplo, para problemas de salud mental de los padres, problemas graves de comportamiento en el niño)
	Entrenamiento parental RUBI	Alteraciones de conducta en autismo
	Enfoque alemán de tratamiento protocolizado	Formación de baja intensidad para la sincronización de los padres y la reciprocidad de los niños, y mejora la comunicación social y el progreso del desarrollo mediante la aplicación de paradigmas naturales de aprendizaje

## PROGRAMAS CENTRADOS EN NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS

Centrados en estructuración y previsibilidad	TEACHH	Se realiza en ámbito educativo
Lenguaje y comunicación	PECS: Sistema de comunicación de intercambio de imágenes	
	Proloquo	
	Sistema alternativo de comunicación "Let me talk"	
	PROMT Puntos para la reestructuración de objetivos	
Habilidades sociales	Sistema de comunicación total Benson Schaeffer	
	Grupos de habilidades sociales	
	6-12 años: La relación social se basa en el juego	
	13-17 años: La relación social se basa en el diálogo	
	PEERS	
	ACCESS Program	
	Baker	
Pensamiento social		
Programa <i>UCmind social skills</i> : Integra varios modelos		
I) Psicoeducativo; ii) cognitivo conductual; iii) solución de problemas; iv) orientación dinámica; v) modelo TEACCH; vi) entorno. También está indicado para niños con depresión, TDAH, ansiedad social, trastorno bipolar, trastorno psicótico. Dirigido a niños y adolescentes de 4 a 18 años. Se estructura en: 1) Juego de tiempo libre; 2) Sesión didáctica 3) Reconocimiento de emociones; 4) Manejo de estrés; 5) Expresión facial y comunicación no verbal; 6) Teoría de la mente; 7) Conversación; 8) Solución de problemas		

## PROGRAMAS CENTRADOS EN NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS

Programas centrados en jóvenes y adultos	Terapia cognitivo conductual	Intervenciones para mejorar la integración social
	Habilidades sociales	
	Empleo con apoyo	
	Habilidades para la vida diaria y programas de ocio	

### Recomendaciones para el manejo de las alteraciones de conducta y comportamientos desafiantes en niños con TEA

Las directrices de la Guía NICE recomiendan que el enfoque psicosocial en la intervención sea la primera línea de tratamiento, si no se ha identificado ningún trastorno mental o físico coexistente como posible causa subyacente de la perturbación del comportamiento. Este enfoque implica la evaluación y la modificación de los factores del entorno que contribuyan a la iniciación o el mantenimiento de dicho comportamiento; la elaboración de una estrategia de intervención claramente definida, que tenga en cuenta el nivel de desarrollo de la persona; la evaluación sistemática para garantizar que se logren los resultados acordados en un plazo determinado; y el acuerdo entre la persona, los padres y los profesionales de todos los ámbitos sobre la forma de llevar a cabo la intervención.

Dado que los "comportamientos desafiantes" pueden tener consecuencias muy negativas y punitivas para las personas con autismo, en investigaciones recientes se ha destacado la importancia de los principios del **apoyo conductual positivo** (Positive Behaviour Support - PBS). Estos principios se centran en la enseñanza de habilidades nuevas y más eficaces para facilitar el cambio de comportamiento y hacen hincapié en la necesidad de sustituir la coerción por modificaciones en el entorno que den lugar a un cambio positivo, duradero y significativo. También hace hincapié en la necesidad de una evaluación funcional de las posibles causas de las dificultades de comportamiento; la modificación de los factores que desencadenan o mantienen el comportamiento, y el desarrollo de competencias sociales y comunicativas que puedan reemplazar los comportamientos problemáticos. Aunque hay unos pocos ensayos controlados aleatorios de la PBS, muchos estudios de casos individuales y de grupos pequeños indican el valor de este enfoque general para reducir los comportamientos difíciles y mejorar la vida de las personas con autismo y la de sus cuidadores.

### Recomendaciones para el manejo de las conductas repetitivas en niños con TEA

Las conductas repetitivas del TEA se basan en una **alteración de la función ejecutiva**, no existe una base ansiosa, aunque les produce ansiedad el cambio. Las guías de práctica clínica destacan los modelos de tipo conductual como modelos de mayor utilidad para la intervención de conductas repetitivas. Especialmente se

destacan aquellos que están basados en análisis aplicado de la conducta y el uso del análisis funcional de la conducta.

En esta línea, se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Modificación del ambiente:** Realizar análisis funcional para determinar si alguna conducta repetitiva tiene función de escape.
- **Aumento de la estructura:** El tiempo de inactividad está relacionado con la presencia de conductas repetitivas. Se recomienda organizar un entorno estructurado y organizado.
- **Uso de apoyos visuales:** Agendas, horarios visuales ayudan a la organización del tiempo y a dar estructura a la organización de las actividades.
- **Establecimiento de límites de tiempo para hablar de un tema específico o participar en una actividad concreta.**
- **Usar los intereses para encontrar ocupaciones o actividades sociales.**
- **Proporcionar alternativas apropiadas:** se recomienda proponer y respaldar una conducta alternativa funcionalmente equivalente.

La conducta alternativa funcionalmente equivalente debe cumplir tres principios:

- **Equivalencia funcional**
- **Eficiencia:** debe ser más eficiente en cuanto a facilidad de realización, comprensión y tiempo de demora.
- **Principio de atención adecuada:** atender a lo que está tratando de comunicar.

## Recomendaciones en el manejo Trastorno de la conducta alimentaria asociado a TEA

Algunos estudios sobre la alimentación temprana en pacientes diagnosticados de TEA han descrito anomalías en la lactancia materna y en la aceptación de alimentos complementarios. Entre las alteraciones de la conducta alimentaria estudiadas en dichos niños y adolescentes, la más común fue la selectividad en los alimentos. Aunque algunos tipos de alteraciones de la alimentación, como el rechazo de alimentos, también son frecuentes en la población pediátrica general, su prevalencia parece ser significativamente mayor en los niños con TEA, con porcentajes que oscilan entre el 51% y el 89%.

Entre los factores relacionados con los síntomas de TEA que pueden condicionar las conductas alimentarias se encuentran los síntomas de repetitividad y rituales, entre los que se destacan el miedo a la novedad, la inflexibilidad, la necesidad de igualdad, pero también la hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales.

Se han identificado otros comportamientos alimentarios atípicos en los pacientes infantojuveniles con TEA, como comer muy poco o demasiado, dificultad para permanecer sentado a la mesa durante toda la hora de comer, inflexibilidad sobre las rutinas a la hora de comer o pedir comida elaborada de una manera específica, comportamientos negativistas, agresivos o disruptivos durante la hora de la comida (26).

Causas de la alteración de alimentación en personas con TEA

- Alteraciones sensoriales.
- Hiperselectividad.
- Posibles alteraciones gastrointestinales.
- Condicionamientos clásicos negativos.
- Enfermedades: intolerancias y alergias.
- Problemas conductuales relacionados con otras áreas del desarrollo.

#### Problemas de alimentación asociados a TEA

- Alteraciones del ritmo de la comida.
- Negativa a comer sólidos.
- Variedad de alimentos limitada.
- Marcados rituales.
- Problemas conductuales.
- Conducta de pica.

Se recomienda tener en cuenta los síntomas nucleares de TEA que puedan estar asociados a un TCA y coordinar intervención de acuerdo a protocolo TCA (nutrición, endocrinología, FEA salud mental).

### Recomendaciones para el manejo de la ansiedad en niños con TEA

Se deben tener en cuenta las siguientes adaptaciones para trabajar la ansiedad:

- Entrenamiento en reconocimiento de emociones.
- Aproximación más concreta y estructurada.
- Actividades cognitivas más simplificadas.
- Implicación de los padres en la intervención.
- Mantener la atención ofreciendo pausas frecuentes.
- Incorporar los intereses del niño.
- Ejemplo: Programa COPING CAT: Programa cognitivo-conductual para ansiedad.

### Recomendaciones para la intervención en problemas relacionados con el sueño

En primer lugar, se debe derivar al especialista correspondiente (pediatra o médico de familia) si impresiona de apneas u otras alteraciones de la respiración. Una vez descartadas otras causas de origen orgánico, se debe desarrollar un plan de medidas de higiene del sueño en colaboración con los padres o cuidadores. Explicar a los padres el beneficio del uso de ayudas visuales para explicar la rutina.



### Intervención farmacológica

1. Exploración dirigida a conocer antecedentes médicos e historia de tratamientos previos con detalle.
2. Identificación de los síntomas a tratar:
  - a. Entrevista con familia y paciente.
  - b. Obtener información del centro escolar.
  - c. Registro estructurado de síntomas.
  - d. Exploraciones complementarias.
3. Concretar los síntomas a tratar:
  - a. Inicio.
  - b. Intensidad, grado de interferencia.
  - c. Duración.
  - d. Factores precipitantes.
  - e. Factores mantenedores.

### Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un fármaco

La indicación se debería decidir en función de:

- Evidencia de que el tratamiento es eficaz para ese síntoma.
- Interferencia del síntoma con la vida de la persona y su familia.
- Respuesta incompleta o nula a las intervenciones conductuales y modificaciones del entorno anteriores.

Elección del fármaco:

- Eficacia demostrada por síntoma.
- Perfil de efectos adversos.
- Formulaciones disponibles.
- Controles necesarios (control metabólico en caso de antipsicóticos, electrocardiograma en caso de tricíclicos, medición de TA, FC, peso y talla en caso de psicoestimulantes)
- Consentimiento informado de los padres.

No hay un tratamiento farmacológico para los síntomas nucleares del autismo, sino que se usan en función de las comorbilidades. Consideraremos la medicación antipsicótica para controlar los trastornos de comportamientos en los niños y jóvenes con autismo cuando las intervenciones psicosociales o de otro tipo son insuficientes o no se pueden administrar debido a la gravedad e interferencias en la conducta (5), (3), (4). La medicación antipsicótica debe ser recetada y monitorizada inicialmente por un pediatra o psiquiatra siguiendo estos principios generales:

- Identificar la alteración comportamental objetivo del tratamiento.
- Decidir qué aspecto o aspectos vamos a monitorizar de las alteraciones comportamentales para decidir si es eficaz o no la intervención farmacológica (frecuencia y gravedad de las disrupciones, el impacto global que está teniendo en las áreas de su vida...).
- Evaluar eficacia y seguridad pasadas 3-4 semanas.
- Suspender el tratamiento si no hay indicios de respuesta pasadas 6 semanas.

Si se prescribe medicación antipsicótica:

- Comenzar con una dosis baja.
- Usar la dosis mínima eficaz.
- Revisar beneficios y efectos adversos periódicamente.

Se entregará al paciente una información sobre el tratamiento destinada a su pediatra que incluya:

- La selección de las conductas objetivo (indicaciones concretas individualizadas en el paciente).
- Seguimiento de los efectos beneficiosos/secundarios.
- Reflejar el objetivo de mínima dosis eficaz.
- Duración de la propuesta de tratamiento inicial.
- Planes y pautas de interrupción del tratamiento si fueran necesarios.

### Comorbilidades psiquiátricas que pueden requerir psicofármacos

La comorbilidad psiquiátrica es la principal causa de tratamiento farmacológico con personas con TEA, siendo una tarea complicada la de diferenciar si se trata de síntomas de TEA o de comorbilidad. Otra complejidad sobreañadida es la pobre respuesta a fármacos, ya que en general la eficacia es más bien baja y no son infrecuentes los problemas de pobre tolerabilidad o los efectos adversos.

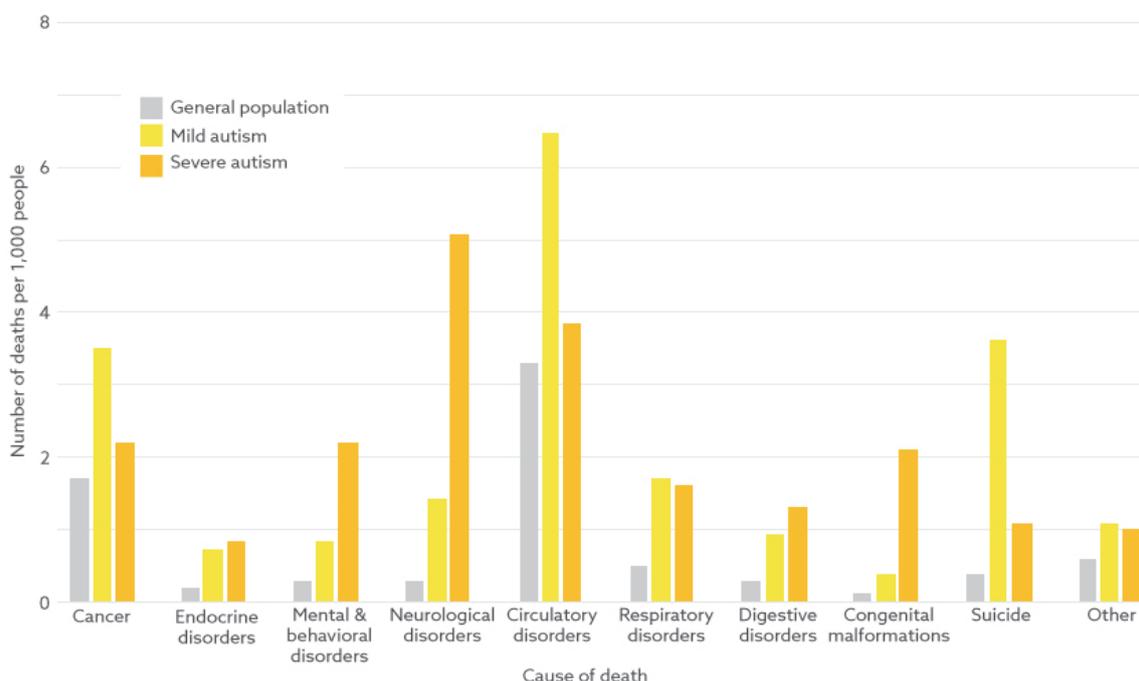
Para valorar la patología psiquiátrica comórbida hay que tener en cuenta además que los instrumentos diagnósticos generales utilizados en trastornos mentales en niños y adolescentes no están adaptados para población TEA. Por lo tanto, esta valoración debe ser con profesionales muy experimentados, (1) (14), (27), (28), (29), (30). Asimismo, es necesaria una estrecha colaboración con la escuela y su familia para una adecuada pauta farmacológica. Entre las comorbilidades más frecuentes, presente en el 72% de los pacientes TEA, están las siguientes:

- 42% Ansiedad.
- 31% TDAH.
- 10% Trastornos depresivos.
- 11% Tics.
- 4% Trastornos de conducta.
- 2% Síntomas psicóticos (En TEA de alto funcionamiento en adolescencia y edad adulta es frecuente la aparición de síntomas psicóticos inespecíficos).
- 4% Trastornos de la conducta alimentaria.

En aquellos con capacidades cognitivas y sociales más preservadas son más frecuentes a lo largo de la vida los trastornos de ansiedad/depresión. Las dificultades de regulación emocional que son frecuentes en población TEA se manifiestan clínicamente con aparición de irritabilidad, agresividad y labilidad emocional; estrés ante los imprevistos e incluso síntomas de hiperactividad. Es decir, un abanico sintomático muy amplio para expresar dificultades de regulación emocional. Para síntomas específicos de TEA no hay una recomendación firme para el uso de ningún fármaco, si bien hay varios se encuentra actualmente en estudio y ensayo clínico. El protocolo está orientado a sistematizar el uso de aquellos fármacos indicados para comorbilidades (31), (32).

Se sabe que dos de las principales causas de muerte prematura en el autismo son la epilepsia y el suicidio. Los adultos con TEA sin discapacidad intelectual tienen un riesgo 9 veces mayor de morir por suicidio, siendo más frecuente en mujeres. La más reciente revisión sistemática y meta-análisis encontró que las personas autistas tienen más del doble de riesgo de presentar conductas autolesivas y suicidio (33)(34).

## Premature death in autism



Premature mortality in autism spectrum disorder. Hirvikoski T et al., 2015.

### Síntomas ansioso-depresivos y obsesivo-compulsivos.

ISRS: Con el uso de ISRSs se han hallado fenómenos de activación en un 50% de pacientes con TEA, que en muchas ocasiones exige la retirada del fármaco. Por este motivo estarían recomendados aquellos con vida media más corta: Citalopram y Sertralina. En caso de síntomas obsesivo-compulsivos Fluoxetina y Fluvoxamina tienen también evidencia de efectividad. Se recomienda iniciar con  $\frac{1}{4}$  de la dosis.

Tricíclicos: Clomipramina. Puede ser también una opción terapéutica ante la comorbilidad de TOC

### Guía orientativa de dosificación para el uso de ISRSs en niños con TEA

ISRS	DOSIS DE INICIO (MG/D)	SEMANAS HASTA DOSIS HABITUAL	DOSIS MÁXIMA	EDAD SEGÚN FDA MÍNIMA	EFFECTOS A VIGILAR
Sertralina	12,5-25	4-8	2	>6 (TOC)	
Fluoxetina	2,5-5	4-8	80	>7(TOC) y >8 (depresión)	vigilar ideación suicida y activación
Citalopram	5	2-4	40	>8 (depresión)	
Escitalopram	2,5	2-4	20	>8 (depresión)	

Fluvoxamina	10	4-8	300	>8 (TOC)
Paroxetina	5	2-4	40	No es de elección

#### Agitación, irritabilidad, hetero/auto agresividad

- Aripiprazol y Risperidona: están indicados para agitación, labilidad emocional, irritabilidad, hiperactividad y conductas estereotipadas.
- Haloperidol: aunque está igualmente indicado como los previos se recomienda evitar su uso por mayores efectos adversos extrapiramidales (1/3 de pacientes presentan discinesias).

#### No aprobados por FDA para TEA:

- Quetiapina: se usa por su efecto sedante en casos de trastornos de conducta con insomnio resistentes al tratamiento.
- Clozapina: Se ha descrito posible evidencia de efectividad en los casos muy graves, resistentes a otros tratamientos de primera línea.

#### Otros fármacos que pueden considerarse en las alteraciones de conducta

Es muy difícil discriminar las causas de las alteraciones de conducta debido a las dificultades de expresión verbal, la rigidez y las estereotipias. Además de los antipsicóticos, los siguientes fármacos también pueden ser opciones terapéuticas. Es importante, previamente descartar causas médicas de alteración de conducta como infecciones o dolor.

- Clonidina.
- Guanfacina.
- Litio.
- Oxcarbazepina.
- Clonazepam.

#### Guía orientativa de dosificación para el uso de antipsicóticos en autismo

ANTIPSIKÓTICOS	DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA	EFFECTOS ADVERSOS COMUNES
Risperidona	Niños $\leq 20$ kg: 0,25 mg durante 3-7 días, luego 0,50 mg/día (en una o dos dosis al día) durante 7 días más. Valorar entonces. Dosis máxima 1,5 mg/día.	1-6 mg/día	Somnolencia, aumento de peso y apetito, aumento de prolactina

Niños >20 kg: 0,5 mg durante 3-7 días, luego 1 mg/día (en una o dos dosis al día) durante 7 días más. Valorar entonces. Dosis máxima: 2,5 mg/día.

Niños >45 kg: 0,5 mg durante 3-7 días, luego 1 mg/día (en una o dos dosis al día) durante 7 días más. Valorar entonces. Dosis máxima: 3,5 mg/día.

	<p>Preescolares: 1,25 mg/día, titulación cada 5 días o más en 1,25 mg/día. Incrementos según tolerancia e indicación clínica.</p> <p>Preadolescentes: 1,25-2,5 mg/día, titulación cada 3-5 días en 1,25-2,5 mg/día; máximo: 15 mg/día.</p> <p>Adolescentes: 2,5-5 mg/día, titulación cada 5 días en 2,5-5 mg/día; las dosis &gt;5 mg/día divididas en 2 administraciones al día; dosis máxima: 15 mg/día.</p>		
Aripiprazol		<p>10 mg/día Excepcionalmente pueden administrarse hasta 30 mg/día</p>	<p>Acatisia, somnolencia o activación.</p>
Haloperidol	0,05 mg/kg/día	<p>&gt;5 años 0,25 mg/12 h se puede incrementar si precisa</p>	<p>Síntomas extrapiramidales</p>

Levomepromazina (gotas 1mg=1gota)	3-12 años 0,5- 2mg/kg/día en 2-3 tomas diarias dividido	40 mg /día	Somnolencia, aumento apetito
---	--	------------	---------------------------------

## TDAH

No se recomienda el uso de fármacos antes de 6 años.

- **Metilfenidato:** comienzo con dosis muy bajas e incrementos muy lentos. Tener en cuenta efectos secundarios como irritabilidad, agitación, disforia, empeoramiento de conductas estereotipadas. Se recomienda vigilar la aparición de dichos síntomas estrechamente.

Contraindicaciones de psicoestimulantes: enfermedad cardiovascular sintomática, HTA moderada-severa, hipertiroidismo, uso de IMAO en los 15 días previos, ansiedad elevada, tics, glaucoma, drogas de abuso.

- **Atomoxetina:** moderada evidencia de mejoría sintomática de síntomas TDAH. Efectos secundarios frecuentes: irritabilidad, alteraciones del humor (impulsividad, agresividad, aumento de energía, disminución de la necesidad de dormir).
- **Guanfacina y Clonidina:** pueden mejorar síntomas de hiperactividad, impulsividad y atención asociados a TEA. No tanto en casos con agresividad e irritabilidad asociada. Su uso es seguro, pero es recomendable el control de tensión arterial. Se recomienda evitar su uso si hay presencia de cardiopatías. Pueden dar sedación si se administran durante el día.

## Guía orientativa de dosificación para TDAH comórbido

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN (MG)	DURACIÓN	MODO DE ACCIÓN	COLABORACIÓN DEL PACIENTE	CONTROLES
Metilfenidato lib. Inmediata	Rubifén Medicebrán	5,10,20 5,10,20 Máx 60	Corta 4h	Inicio 20min	No obligatorio tragar	Pre-tratamiento  Historia cardiovascular y de los antecedentes familiares
Metilfenidato lib. Modificada	Medikin 50/50 Equasym 30/70	5,10,20,30,40 10,20,30,40,50 Máx 60	Intermedia 8h	% inmediata % prolongada	No obligatorio tragar	
Metilfenidato lib. Prolongada	Concerta Rubicono	18,27,36,54 Max 54-72	Larga 10-12h	Prolongada	Tragar	Altura, peso, talla, frecuencia

					cardiaca, tensión arterial (+/- EKG)
					Seguimien to <b>cada 6 meses:</b>
					Control de posibles efectos adversos, sueño, apetito, dolor de cabeza.
Lisdexanfet amina	Elvanse	30,50,70	13-14h	Profár maco	Medidas de altura, peso y talla, frecuencia cardíaca y tensión arterial
		10,18,25,40,60 ,80,100			
		Comienzo <70kg:			
		0,5 mg/kg durante 3 días aumentando hasta 1,2mg/kg	Variabl e	Tarda 3- 4sem. Máxim o12 seman as	No tics, no rebote, no insomnio, no abuso, puede hiperactiv ación.
		>70kg:  comenzar con 40mg pudiendo subir a 80-100mg			
Atomoxetin a	Stratter a				

Guanfacina	Intuniv	1,2,3,4 Comenzar con 1 comprimido por la noche. Se puede aumentar 1 mg semanalmente hasta 4mg	24h	Máx 3 semanas	No tics, no rebote, no insomnio no abuso, sí somnolencia. Control de PA. Evitar en cardiopatía
------------	---------	--	-----	---------------	--

### Alteraciones del sueño

**Melatonina:** mejora el inicio del sueño y disminuye despertares nocturnos. Pocos efectos secundarios, en algunos casos sedación diurna. **Antihistamínicos:** a veces también usados como la **hidroxicina**.

### Conductas repetitivas

Algunos autores postulan una relación en el campo fisiopatológico con los sistemas dopaminérgico y glutaminérgico. Estudios farmacológicos para aumentar la flexibilidad ante los cambios han encontrado respuesta con antipsicóticos atípicos (risperidona y aripiprazol), clonidina (Fankhauseretal,1992) y alguna evidencia débil con fluoxetina (sin evidencia en revisión Cochrane).

### Seguimientos en niños en tratamiento con antipsicóticos

La evaluación y seguimiento de los niños y adolescentes en tratamiento con antipsicóticos debería incluir las mediciones de los parámetros indicados en la tabla expuesta a continuación.

### Controles metabólicos adaptados a niños

Las evaluaciones periódicas de los niños y adolescentes incluidos en este protocolo deben estar orientadas a la detección precoz de alteraciones metabólicas que puedan concluir en el desarrollo de síndrome metabólico. Incluirían una medición basal del peso e Índice de Masa Corporal (IMC), así como del perímetro abdominal. De acuerdo, con la APA (American Pediatric Association), el peso debería medirse a las 4, 8 y 12 semanas después de iniciar o cambiar un tratamiento antipsicótico en esta población infantojuvenil, así como a los 3 meses y de forma anual. La glucemia, la presión arterial y el perfil lipídico de forma basal, a los 3 meses y al año de inicio del tratamiento antipsicótico.

Si bien, existe cierto consenso sobre la monitorización y evaluación, hay menos evidencia sobre las actuaciones a llevar a cabo una vez identificadas las alteraciones metabólicas o diagnosticado el síndrome metabólico. A pesar de ello, se recomienda la valoración de cambio a antipsicóticos con mejor perfil metabólico en

caso de ganancia ponderal superior al 5% de su peso al inicio del tratamiento o en caso de empeoramiento de dislipemia o hiperglucemia.(20)

#### Diagnóstico de síndrome metabólico en niños y adolescentes

EDAD	OBESIDAD (PERÍMETRO DE CINTURA)	2 O MÁS DE LOS SIGUIENTES			
		TRIGLICÉRIDOS	COLESTEROL HDL	PRESIÓN ARTERIAL	GLUCEMIA
6-9 años	> Pc 90	No puede diagnosticarse, pero precisa control si hay historia familiar de diabetes tipo 2, dislipemia, enfermedad cardiovascular, hipertensión y/o obesidad			
10-15 años	> Pc 90	>150 mg/dL	<40 mg/dL	Sistólica >130 o diastólica >85	> 100mg/dL o DM2 **
>16 años	hombre > 100 cm mujer >88 cm	>150 mg/dL	<40 mg/dL _____ <50 mg/dL	Sistólica >130 o diastólica >85	> 100mg/dL o DM2 **

\*\* En ayunas, con estos valores hacer test de tolerancia oral a la glucosa

Monitorización de salud física en pacientes con neurolépticos

	BASAL	SEMANA 4	SEMANA 8	SEMANA 12	CADA 3 MESES	ANUAL
Historia médica *	x			x		x
Peso (IMC)	x	X	x	x	x	x
Perímetro cintura	x			x		x
Presión arterial	x			x		x
Glucemia y Hb glicada	x			x		x
Perfil lipídico	x			x		x
Prolactina						Anual / si amenorrea en pacientes con menstruación

\*Revisar historia médica personal y familiar de obesidad, diabetes, HTA y Enf. Cardiovascular

Protocolo de coordinación interna

Los niños con sospecha de TEA pueden llegar a salud mental procedentes de:

Desde pediatra a USMC

Se detectan signos que conllevan sospecha de TEA, bien por parte de los padres del menor o por los profesionales que se encuentran alrededor de él (centro escolar, revisión de niños sanos en AP, enfermería, etc.). El pediatra de atención primaria es en primer lugar quien hará la valoración del niño e iniciará el proceso de derivación (25).

Una vez el pediatra de atención primaria tiene sospecha de TEA, derivará a neuropsiquiatría y a salud mental. El niño siempre debe llegar con las siguientes pruebas de screening físicas debidamente cumplimentadas con las puntuaciones en el informe de derivación del pediatra (ver anexo 2).

- M-CHAT R/F.

- Cuestionario de comunicación social SCQ.
- Pruebas mínimas que descarten otras causas: hipoacusia, déficit visual.
- Escala del desarrollo de Battelle hecha por UAIT.

1. Si el niño tiene 18 meses o más:

- a) Screening con prueba M-CHAT R/F y SCQ (cuestionario de comunicación social).
- b) Pruebas de diagnóstico diferencial. Valorar déficit sensoriales y posibles síndromes asociados a TEA.
- c) Derivación a neuropsiquiatría.

Una vez realizadas las pruebas de diagnóstico diferencial y déficits sensoriales derivar a USMC (Salud mental).

2. Si el niño tiene menos de 18 meses:

- a) El niño continuará el seguimiento por pediatría
- b) Si el CAIT y/o el pediatra valoran que los signos de TEA persisten y aún no ha sido derivado: derivar a salud mental antes de los dos años de edad.

En cualquier caso, si el pediatra tiene sospecha de TEA derivará a UAIT para valorar la necesidad de acudir al CAIT (Centro de Atención e Intervención Temprana) independientemente de tener o no un diagnóstico confirmado.

### Desde neuropsiquiatría directamente a USMIJ

Los niños con sospecha de TEA pueden llegar a salud mental procedentes desde **Neuropsiquiatría directamente a USMIJ**: por alta sospecha de autismo, tras ser comentado y valorado el caso por los referentes del programa TEA-USMI-J.

- En este caso la derivación se comenta en la reunión de coordinación con USMIJ. Tener en cuenta que el niño debería llegar con las pruebas protocolizadas por neuropsiquiatría y con los mínimos: exploración neurológica, déficits sensoriales, genética. Para llevar a cabo esta coordinación hay reuniones mensuales en las que se revisarán los casos clínicos concretos (inicio el 27 de enero/ 2020 en el servicio de neurología pediátrica en horario de 8:15-9h). Hay un profesional referente del programa TEA en neurología pediátrica.

**Pruebas protocolizadas protocolizadas por neuropsiquiatría (35), (15),(30), (36), (17):**

Estudios genéticos:

- CGH-array: se solicitará a todos los pacientes diagnosticados de TEA.
- X-frágil: se solicitará a los varones. También a mujeres si hay historia familiar de TEA o discapacidad intelectual (DI) y fenotipo sugerente.
- Cariotipo: si hay rasgos dismórficos sugestivos o sospechamos translocaciones balanceadas. P. ej. Historia de  $\geq 2$  abortos espontáneos.
- Gen MECP2: niñas con regresión psicomotora. En varones, individualizar cada caso.

- Gen PTEN: TEA y macrocefalia > 2,5 DE.
- Secuenciación masiva (next-generation sequencing o NGS): paneles, exoma y genoma. Mayor rendimiento si existe déficit intelectual (DI) y rasgos dismórficos asociados.

Estudios metabólicos: están indicados cuando existen síntomas como hipotonía, crisis epilépticas tempranas, vómitos cíclicos, letargia, déficits sensoriales, regresión psicomotora, rasgos toscos y/o déficit intelectual.

- Niveles de plomo: en pacientes que presenten conductas de pica.
- Neuroimagen: no está indicada de rutina. La presencia de rasgos neurológicos no explicados por el diagnóstico de autismo como cefalea, crisis epilépticas, DI, anomalías en la exploración neurológica como alteración en pares craneales, examen motor o reflejos osteotendinosos asimétricos, pueden ser una indicación para realizar esta prueba complementaria.
- Electroencefalograma: está indicado si aparecen episodios compatibles con crisis o historia de regresión (sospecha de POCS o Sd Landau-Kleffner).

Analítica general que incluye:

- Hemograma.
- Bioquímica básica.
- Perfil hepático.
- Perfil lipídico.
- Perfil tiroideo.
- CK.
- En niños mayores de 10-11 años, también Tándem masas (porque nacieron antes de que se implantaran el cribado neonatal ampliado).

## Derivación desde USMC a USMIJ

En USMIJ se atenderán los casos de sospecha de TEA (incluyendo alto funcionamiento y síndrome de Asperger) con la finalidad de orientar el diagnóstico, compilar y realizar las pruebas complementarias mínimas y precisar más las necesidades. Se debe tener en cuenta que, en los casos no complejos, la derivación desde USMC será para diagnóstico completo y filiación y el seguimiento podrá continuar en USMC o incluso en pediatría de atención primaria.

Una vez estudiados y vistas las necesidades, habrá casos que, por ser menos complejos o por tener un entorno más favorecedor, no necesitarán seguimiento en USMIJ y continuarán su seguimiento en USMC. Esta decisión se hará en base a la valoración conjunta con enfermería y trabajo social. Se tendrá en cuenta: la interferencia de la clínica en la funcionalidad, la calidad de vida, el apoyo sociofamiliar, el acceso a asociaciones y las comorbilidades. En niños que tienen que visitar a varios especialistas en el hospital se intentará facilitar las visitas.

En el informe de derivación, en el apartado de pruebas complementarias se debe indicar de forma clara:

- M-CHAT R/F: Sí o no y la puntuación. En el sistema de historia digital (Diraya) se puede encontrar el apartado específico para rellenar esta prueba en "Pruebas complementarias de salud mental"
- Cuestionario de comunicación social SCQ de trastornos sociocomunicativos: Sí o no y la puntuación.
- Pruebas mínimas que descarten otras causas: hipoacusia, déficit visual. En todos los casos deben estar incluidas estas pruebas que descarten hipoacusia o déficit visual.
- Escala del desarrollo de Battelle hecha por UAIT: Sí o no y la puntuación.
- Criterios DSM-5 (anexo 4).
- Cuestionario ASSQ: en caso de autismo de alto funcionamiento
- Desarrollo: Hitos del desarrollo en plantilla normalizada que se facilitará próximamente en la hoja de anamnesis.

#### CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE USMC A USMIJ

Hay cuatro posibles escenarios:

##### 1- NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS CON SOSPECHA O DIAGNÓSTICO DE TEA TENDRÁN ACCESO A LA DERIVACIÓN POR USMIJ

Todos los niños de 2 a 6 años con sospecha o con diagnóstico confirmado podrán ser derivados USMIJ si su FEA y la familia lo consideran oportuno.

Además de la valoración del caso, diagnóstico, orientación terapéutica y psicosocial, se hará una consulta de filiación del caso, la inclusión en la cohorte de niños SEVITEA, la prueba de respuesta social SRS y una revisión del resto de pruebas complementarias para garantizar que todos los niños tengan unos mínimos. Una vez que el niño cumpla 6 años de edad, siempre y cuando el diagnóstico esté claro y la intervención terapéutica orientada, el niño continuará seguimiento en USMC o en Atención Primaria.

##### 2- DIAGNÓSTICO DIFÍCIL O DUDOSO

Se deriva a USMIJ para consulta de diagnóstico especializado y orientación del tratamiento de acuerdo a las necesidades y complejidad del caso.

En este apartado se incluyen los niños que, aunque sean mayores de 6 años, aún no tengan un diagnóstico confirmado. En estos casos, además de las pruebas diagnósticas se hará una valoración de rasgos fenotípicos anormales y petición de pruebas genéticas si precisa, con el fin de asegurar el correcto cribado de síndromes asociados si no han sido anteriormente detectado. Además, en la analítica se incluirá una serología si son adolescentes. Estos casos serán comentados con neuropediatría en reuniones de coordinación.

Se hará además una filiación del caso, la inclusión en la cohorte de niños con TEA, la prueba de respuesta social SRS y una revisión del resto de pruebas complementarias para garantizar que todos los niños tengan unos mínimos.

### 3- CASOS COMPLEJOS

En aquellos casos en que el diagnóstico esté claro y confirmado, pero por sus comorbilidades o alteraciones de conducta sean casos complejos, se deriva a USMIJ. En USMIJ se hará un abordaje del tratamiento farmacológico, social, ocupacional, de enfermería y con la participación de la maestra de PT. Además, se hará una consulta de filiación del caso, la inclusión en la cohorte de niños con TEA, la prueba de respuesta social SRS y una revisión del resto de pruebas complementarias para garantizar que todos los niños tengan unos mínimos.

Se entiende por caso complejo de TEA aquellos en los que existan:

- Alteraciones de conducta graves.
- Depresión – riesgo suicida.
- Síndromes de origen genético.
- Manejo farmacológico complejo.

En el informe de derivación se debe especificar claramente si el niño es derivado para consulta de:

- protocolo niño de 2 a 6 años,
- consulta de diagnóstico difícil o dudoso,
- caso complejo por comorbilidad.

### 4- DIAGNÓSTICO CLARO Y CASO NO COMPLEJO:

Estos niños **no se derivarán a USMIJ**, pero se comunicarán a través de vía informática (carpeta NAS) para filiación del caso, inclusión en la cohorte de niños con TEA y revisión del resto de pruebas complementarias para garantizar que todos los niños tengan unos mínimos. Los casos volverán a la USMC y su referente continuará siendo el facultativo responsable de la atención de niños de cada dispositivo. En caso de necesidad se asignará enfermera referente para valoración y seguimiento de posibles patrones funcionales alterados. En este caso, la valoración de enfermería y trabajo social se hace en USMC. El caso se debe comunicar a la USMIJ a través de la carpeta compartida NAS.

En cualquiera de las opciones, el referente de niños de USMC será gestor del caso mientras sea citado en USMIJ para la valoración contemplada en el protocolo. Antes de hacer la derivación, el propio referente de infanto-juvenil debe comprobar que los niños vengán con las pruebas de screening (M-CHAT R/F y SCQ) y estudio orgánico pertinente por parte del pediatra.

**En cualquier caso de sospecha de TEA se debe comprobar que el pediatra haya iniciado la derivación a la UAIT en caso de ser menor de 6 años.**

## Atención en USMC

### Intervenciones en USMC

En el presente apartado se pretende concretar cuáles serían las intervenciones terapéuticas y de orientación que podrían llevarse a cabo en las unidades de salud mental comunitarias (2º nivel asistencial), así como los criterios de alta o derivación a Atención Primaria. . Esta propuesta aparece resumida en la siguiente figura.

Las intervenciones se proponen teniendo en cuenta tres factores principales:

- a. Las necesidades e indicaciones terapéuticas propias de los perfiles de casos que habrían de atenderse en las USMC.
- b. La relación de intervenciones para los TEA con evidencia empírica de su eficacia recogidas en la revisión que aparece en el texto del presente.
- c. Las posibilidades reales de aplicación de éstas en las USMC partiendo de los recursos profesionales y materiales de los que se dispone en estos dispositivos.

Esto no implica que se descarte la posibilidad de que se aplique el resto de intervenciones terapéuticas con evidencia empírica de su eficacia recogidas en el presente Protocolo-TEA-HUVR, pero habrían de llevarse a cabo en el nivel asistencial superior (USMIJ) o en dispositivos asistenciales diferentes a la red de dispositivos de Salud Mental (por ejemplo, en los centros de atención infantil temprana, los equipos de orientación educativa o en los centros concertados disponibles como otros recursos asistenciales en la comunidad).

En el conjunto de intervenciones terapéuticas eficaces para los casos de TEA actualmente identificadas y disponibles se incluyen intervenciones que son de distinta naturaleza en cuanto al tipo de objetivos que persiguen y los encuadres que, en consecuencia, van a ser necesarios para su aplicación fiable. Así, podemos diferenciar los tipos de intervenciones que aparecen mencionadas en la figura rotulada como “Recomendación sobre intervenciones basadas en la evidencia”, así como las presentes en la tabla 1 (“Intervenciones psicoterapéuticas y psicopedagógicas basadas en la evidencia en autismo agrupadas por edad y categoría”, páginas 21 y 22).

De entre estas intervenciones, las que cabe aplicar en las USMC, teniendo en cuenta, por un lado, los perfiles de pacientes que se van a atender en estos dispositivos —según el Protocolo TEA-HUVR— y, por otro, una consideración realista de los recursos profesionales y materiales disponibles, serían:

1. Programas de psicoeducación y orientación a padres (u otras figuras de apego o principales cuidadores posibles). Estos tratamientos tienen la finalidad de facilitar el proceso de adaptación de los familiares de los pacientes diagnosticados de TEA a la nueva realidad que va a imponerles la llegada de un nuevo miembro con este diagnóstico, así como dotarles de las nuevas habilidades de crianza específicas que su hija o hijo con TEA va a

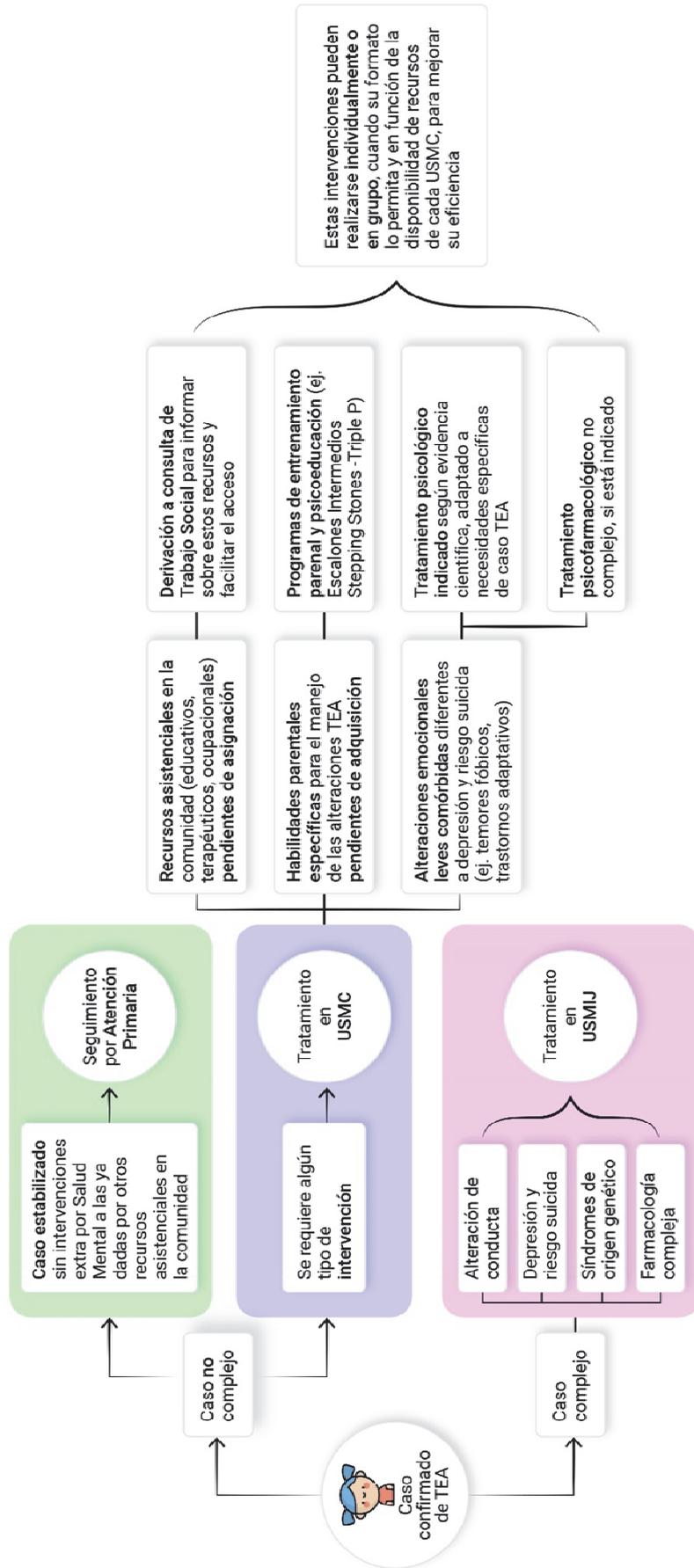
requerir (y que habrán de añadir a su repertorio de habilidades parentales que son necesarias y normales para la crianza de cualquier otro hijo). Para ello se les facilita la información principal que necesitan conocer acerca del trastorno del paciente, sus características, tratamiento, pronóstico, etc.

2. Tratamientos psicológicos para el abordaje de los trastornos comórbidos leves, tales como los trastornos adaptativos o fobias específicas, que pueden darse asociados a los TEA. En estos casos se hace necesario adaptar las psicoterapias con evidencia empírica de ser eficaces indicadas para cada uno de dichos trastornos comórbidos a las características de cada caso TEA.

3. Tratamientos psicofarmacológicos no complejos dirigidos a disminuir, contener, compensar, etc., alteraciones psicopatológicas que, si bien no van a ser en ningún caso patognomónicas de los TEA, sí pueden formar parte de sus signos psicopatológicos integrantes (por ejemplo, las conductas repetitivas y estereotipadas graves tales como las autoagresiones), o pueden ser alteraciones habitualmente comórbidas a los TEA (como la hiperactividad o hipoprosexia). Estos tratamientos pueden diferir en su grado complejidad, que dependerá de la complejidad a su vez del manejo de los diferentes principios activos y de las combinaciones que sea necesario hacer de éstos.

En resumen, se realizarían los grupos de psicoeducación y orientación para padres, dirigidos a facilitar la adquisición de las habilidades parentales específicas para la crianza saludable de hijos/as con TEA; las psicoterapias para trastornos emocionales comórbidos leves y la psicofarmacología no compleja.

FIGURA. INTERVENCIONES EN USMC Y CRITERIOS DE ALTA Y DERIVACIÓN A AP. PROTOCOLO-TEA-HUVR



## Criterios de alta de USMC

Con respecto a los criterios de alta en las USMC y derivación a AP, de forma consistente con lo que se muestra en la figura 1, todo caso no complejo en el que se haya completado la intervención o intervenciones por las que habría sido derivado desde USMIJ a USMC cumpliría dicho criterio de alta y derivación a AP.

Así, el criterio de alta podría definirse como haber completado el itinerario de intervenciones programadas inicialmente en USMC.

Establecer otros criterios de alta basados en la ausencia completa de déficits psíquicos o de malestar subjetivo avocaría con toda probabilidad a la saturación de las agendas asistenciales de los dispositivos, ya que, al ser los TEA trastornos crónicos, siempre es lo más probable que exista cierto grado de déficit. Esto, teniendo en cuenta que los recursos de las USMC comunitaria son limitados y en ellas se ha de atender también a otros muchos grupos de usuarios, minaría la funcionalidad de estos dispositivos.

En cualquier caso, el alta en las USMC no conlleva en modo alguno la finalización de la asistencia integral de estos pacientes, pues dicha alta siempre implicaría la continuación de las intervenciones en marcha en otros recursos asistenciales en la comunidad y el seguimiento por AP.

De este modo, en caso de recaídas o aparición de nuevos focos problemáticos que requiriesen de tratamiento especializado, se procedería a una nueva derivación del caso a la USMC.

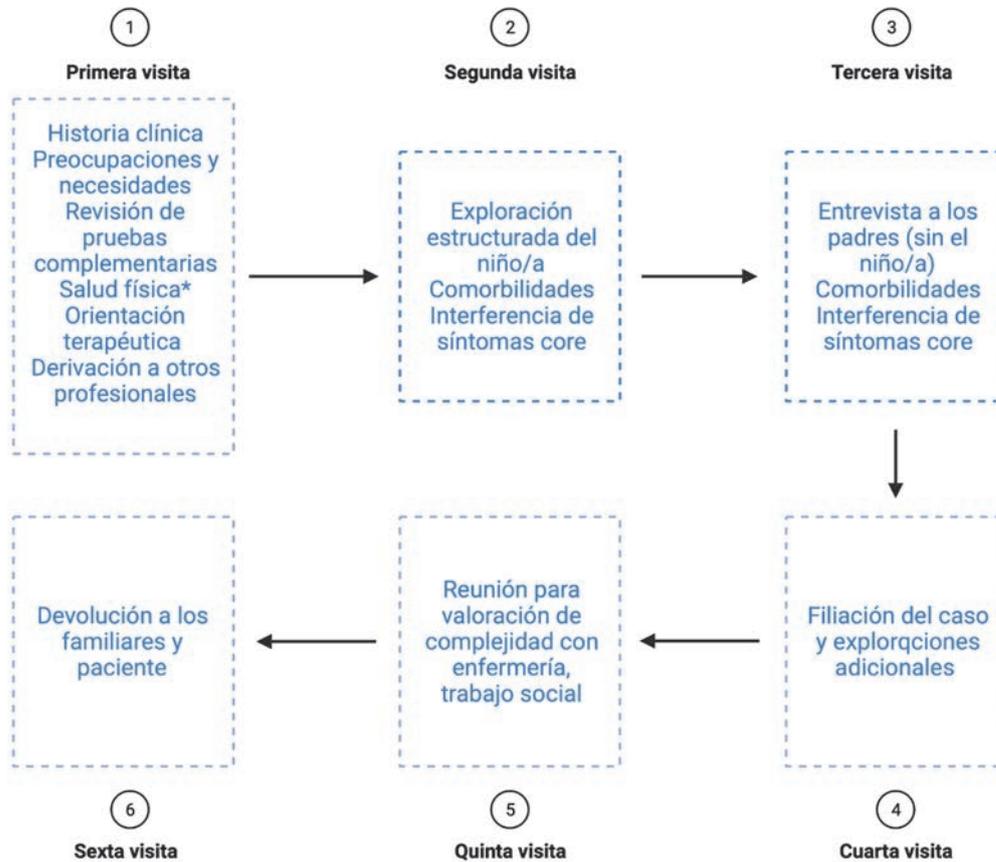
## Atención en USMIJ

### Consulta de diagnóstico

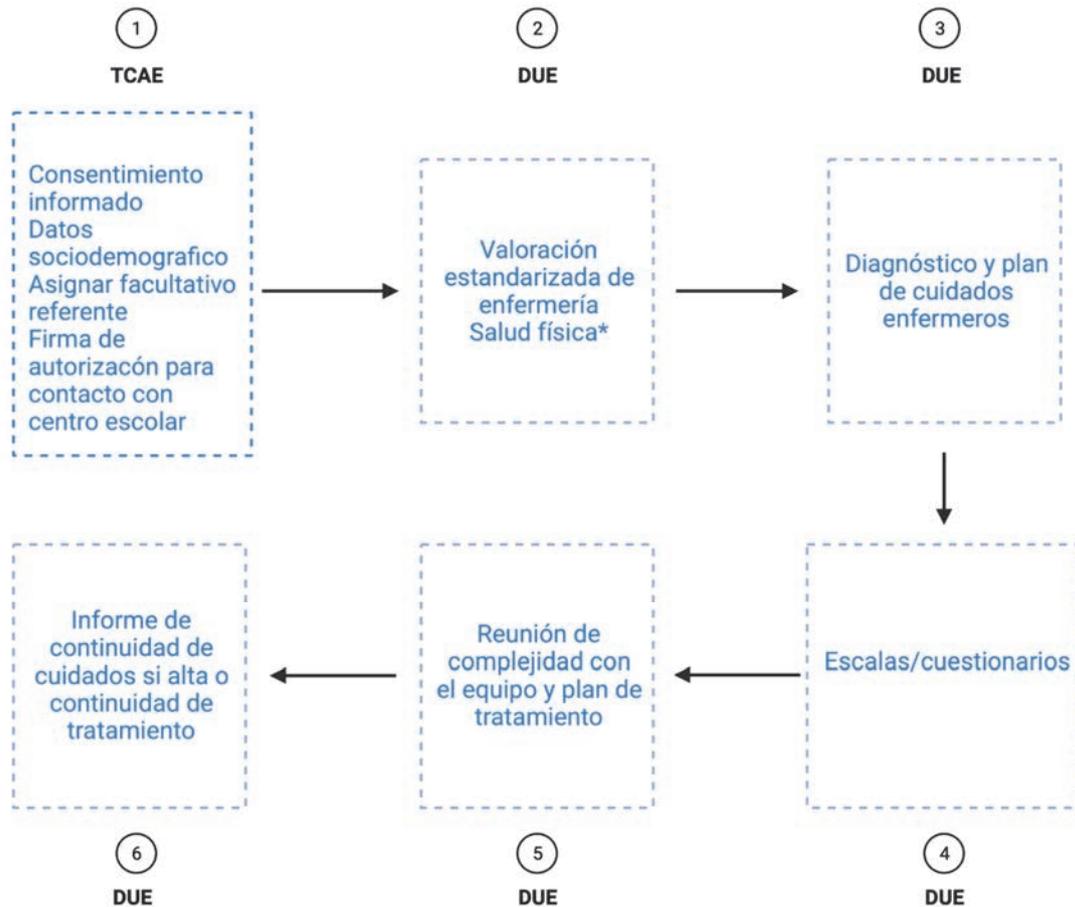
Tras la entrevista de acogida por TCAE, el FEA iniciará la atención del caso y valorará la necesidad de pruebas complementarias para el apoyo diagnóstico: ADOS-2, ADIR, CARS, CAST.

El siguiente esquema es orientativo. El número de visitas puede variar en función de la complejidad y necesidades del caso.

## USMIJ Consulta de diagnóstico complejo con FEA



## Diagnóstico y cuidados enfermeros



Se derivará a trabajo social los casos confirmados de TEA y aquellos casos de sospecha en los cuales los factores sociales estar incidiendo en el proceso de salud-enfermedad y diagnóstico (Ver funciones detalladas en apartado *Funciones específicas de los intervinientes del caso*).

\*Salud física: Valoración básica de salud física y prevención síndrome metabólico

El tratamiento con antipsicóticos y los factores inflamatorios relacionados con los trastornos mentales predisponen al riesgo de síndrome metabólico en niños. Es de suma importancia que los niños cuenten con una valoración que incluya peso, talla, perímetro abdominal, tensión arterial y analítica de parámetros metabólicos (colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, glicemia, peso y tensión arterial).

## Valoración de la complejidad y plan individualizado de tratamiento

La complejidad del caso determinará si el niño requiere continuar el seguimiento en USMIJ o en USMC. Si el caso es de baja complejidad se dará alta de USMIJ y derivará nuevamente a la USMC con un informe del diagnóstico y un informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta para seguimiento y valoración continuada por parte de la **enfermera referente de la USMC**. El objetivo de continuidad de seguimiento en USMC es evaluar los cambios, así como la aparición de nuevos problema o patrones disfuncionales. En casos de TEA no complejo y estabilizado se podrá valorar la derivación directa a pediatría siguiendo el esquema de la figura. Intervenciones en USMC y criterios de alta y derivación a AP. Protocolo-TEAHUVR

Si el caso es de alta complejidad o si el niño es menor de 6 años continuará en USMIJ y pasará a una segunda fase.

La valoración de complejidad se realiza conjuntamente con trabajo social, terapia ocupacional, enfermería y el facultativo referente. Con el plan se pretende realizar una valoración de la complejidad del caso teniendo en cuenta los aspectos relevantes. No hay descrita ninguna herramienta para clasificar la complejidad del TEA incluyendo todos estos aspectos, por lo cual la decisión se hará en base a los datos obtenidos conjuntamente por FEA, el enfermero referente y el trabajador social.

Aunque por definición todos los TEA son graves, no todos son complejos. La gravedad hace referencia a patrones clínicos. El caso complejo integra varios aspectos. Por tanto, lo ideal sería que en base a la gravedad y la complejidad del caso se estratifiquen los recursos y la intensidad de las intervenciones según las necesidades más o menos estrechas.

Los elementos que se tienen en cuenta para valorar la complejidad del caso son:

- Gravedad medida específicamente para autismo según DSM-5.
- Interferencia de comportamientos repetitivos/ intereses repetitivos en la funcionalidad y calidad de vida.
- Comorbilidades.
- Alteraciones de conducta.
- Salud física.
- CI (verbales y no verbales).
- Lenguaje y comunicación social.
- Entorno familiar.
- Edad: Los niños de 2 a 6 años son candidatos a ser atendidos en USMIJ.
- Autonomía.
- Recursos externos.

- Calidad de vida

## Recursos de la USMIJ para el abordaje de los pacientes TEA de alta complejidad atendidos en USMIJ

La indicación de estos recursos se hará teniendo en cuenta la complejidad del caso, la gravedad clínica, el momento evolutivo, las necesidades y los servicios médicos a los que el niño acude. Se individualizará el tratamiento en función de lo anteriormente referido, teniendo en cuenta que los recursos disponibles para ofrecer son los siguientes:

- Abordaje individual de niños y padres por facultativo y enfermera referente.
- Intervenciones individuales psicológicas basadas en la evidencia dirigidas al manejo de comorbilidades.
- Intervenciones psicológicas individuales basadas en la evidencia dirigidas al manejo de síntomas nucleares que interfieran considerablemente en la funcionalidad y calidad de vida.
- Coterapia farmacológica por psiquiatra (en caso de referente psicólogo).
- Taller de Habilidades Sociales (Terapia ocupacional).
- Asesoramiento y búsqueda de recursos educativos y sociales.
- Coordinación con los centros escolares, CAIT y asociaciones.
- Intervención indirecta o directa en el aula/centro escolar por la maestra de Pedagogía Terapéutica asignada a USMIJ.
- Coordinación con el centro escolar e intervención en función de cada caso concreto.
- Consultas de seguimiento telefónico según PIT para cada paciente.
- Taller grupal para pacientes con TEA y alteraciones de conducta coordinado por terapia ocupacional.
- En caso de requerir un recurso adicional, que no se le pueda ofrecer, se asesorará al respecto al paciente y su familia.
- Seguimiento por parte de trabajadora social, en función de la valoración social.
- Taller ABIERTO bimensual y con temáticas específicas al que podrán asistir los padres de niños con diagnóstico de TEA.
- Grupo psicoeducativo para padres de niños de 2 a 6 años con enfoque estructurado con el objetivo de mejorar la comprensión de los padres sobre el autismo; orientar sobre como fomentar habilidades sociales y comunicativas; gestionar comportamientos "difíciles" como rituales, rabietas y/o agresividad, miedos y fobias, y/o problemas con la alimentación, sueño y el control de esfínteres. Esta intervención grupal estará basada en las intervenciones que han demostrado ser más costo-efectivas en los servicios de salud públicos: Stepping Stones-Triple P y la formación de baja intensidad para padres.

## Filiación del caso e inclusión en la cohorte SEVITEA

Todos los casos de niños del área con TEA deben ser informados a través de la carpeta NAS-TEA mediante el procedimiento anexo. Los objetivos de la filiación del caso son:

- Verificar que todos los niños diagnosticados de TEA tengan unas pruebas complementarias mínimas y así evitar la disparidad en la atención.
- Revisar resultados de pruebas que aún estén pendientes (Estudio genético, RMN si es el caso)
- Incluir en cohorte de niños con TEA (SEVITEA) del área Virgen del Rocío.
- Cuestionarios a padres relacionados con calidad de vida, interferencia de síntomas nucleares en la calidad de vida.

## Criterios de alta de USMIJ

- Niños o adolescentes que hayan completado el proceso diagnóstico y son casos de TEA no complejos
- Niños con TEA no complejo mayores de 6 años
- Niños o adolescentes derivados por comorbilidad o complejidad que han completado las intervenciones propuestas al inicio.

## Competencias específicas de los intervinientes en el caso

### Facultativo referente

#### ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

Completa la Historia de Salud Mental, teniendo en cuenta las valoraciones previas realizadas en la Unidad de Salud Mental Comunitaria.

Es la/el responsable de la gestión del caso y asegura la elaboración el PIT del paciente, informando a los padres del mismo (objetivos de la atención, frecuencia y modo de atención, qué profesionales van a realizar la evaluación, ajuste de expectativas según la demanda del paciente).

Del resultado del estudio del paciente se emitirá un informe clínico que además del diagnóstico, que ha de ser concluyente, recogerá las recomendaciones terapéuticas y necesidades a tener en cuenta. En líneas generales, el informe final se recomienda aportarlo dentro de los seis primeros meses de seguimiento, siendo ésta una situación que puede variar y debe consensarse con los padres, debido a las diferentes necesidades que presenta cada paciente (37), (1), (3).

**Evaluación mínima** de todos los niños con sospecha de autismo realizada por el facultativo referente del caso.

Evaluación mínima en autismo. Tomada de Guía Práctica para el autismo de ESCAP (1).

- Historia clínica
- Verificación de la sintomatología de autismo
- Evaluación del nivel de desarrollo y de sus habilidades lingüísticas expresivas y físicas sensoriales (audición y visión, exploración neurológica)
- Valoración de dificultades emocionales y comportamiento
- Información sobre factores socioambientales

Clínicas: edad al diagnóstico, sexo, retraso psicomotor (sí/no), discapacidad intelectual (límite, leve, moderada, grave), decalaje respecto a capacidad intelectual esperada (sí/no), epilepsia no febril (sí/no), comorbilidades sistémicas relevantes (sí/no) y sus variantes: cardiológica (sí/no), renal (sí/no), respiratoria (sí/no), inmunológica (sí/no), otros), dismorfias (hipertelorismo ocular: sí/no; deformidades en orejas u orejas de implantación baja: sí/no), antecedentes familiares de TEA en primer o segundo grado (sí/no), antecedentes familiares de otros trastornos del desarrollo relevantes (sí/no); gravedad de sintomatología socio-afectiva (cuantitativa); gravedad de sintomatología repetitiva (cuantitativa); gravedad de dificultades sensoriales (cuantitativa); regresión evolutiva (sí/no).

Elementos clave a recoger en la Historia clínica de TEA (Extraído de: Guía práctica de autismo ESCAP)

- Antecedentes familiares: antecedentes de la familia nuclear y extensa de problemas similares y/o problemas del neurodesarrollo. Edad de los padres. Existencia de hermanos y hermanas.
- Datos pre/perinatales: embarazo y parto. Administración materna de medicamentos anterior al parto. Peso al nacer. Puntuaciones de APGAR, cribado perinatal de trastornos sensoriales y endocrino/metabolopatías.
- Historia evolutiva: hitos del desarrollo motriz, comunicativo y social. Aspectos como sueño, alimentación, control de esfínteres. Preocupaciones o primeros comportamientos extraños observados por los cuidadores.
- Antecedentes médicos: enfermedades médicas y/o genéticas; dificultades auditivas, visuales o sensoriales; problemas neurológicos.
- Datos familiares y psicosociales: funcionamiento del niño en el entorno familiar, escolar o social. Desafíos encontrados y apoyos aportados. Situación de la familia.
- Consultas y tratamientos anteriores: resultados de consultas anteriores, revisión de informes, evaluaciones o intervenciones disponibles por parte de los recursos sociales y/o educativos.

Al recoger la información en la historia clínica, el facultativo debe tener en cuenta los siguientes factores que se relacionan con un incremento en la prevalencia de autismo:

- Un hermano con autismo.
- Defectos al nacimiento asociados con malformaciones y/o disfunciones del sistema nervioso central, incluida la parálisis cerebral.
- Edad gestacional menor a 35 semanas.

- Enfermedad mental parental, como por ejemplo esquizofrenia o trastorno afectivo.
- Uso materno de ácido valproico durante el embarazo.
- Una discapacidad de aprendizaje / discapacidad intelectual.
- Trastorno de hiperactividad o déficit de atención.
- Encefalopatía neonatal o encefalopatía epiléptica, incluidos los espasmos infantiles.
- Trastornos cromosómicos como el síndrome de Down.
- Trastornos genéticos como el síndrome del X frágil.
- Distrofia muscular.
- Neurofibromatosis.
- Esclerosis tuberosa.

### Pruebas complementarias

El diagnóstico es principalmente clínico, pero es esencial tener una prueba de diagnóstico objetiva que permita situar los comportamientos en marcos del desarrollo y planificar las intervenciones por áreas de dificultad, teniendo en cuenta que ADI-R y ADOS son evaluaciones psicopatológicas estructuradas.

### Seguimientos y revisiones

- Revisiones estandarizadas donde se realizará la exploración psicopatológica, explorando la adaptación al contexto escolar o a su propio medio familiar; así como las dificultades en el desarrollo, la adquisición de autonomía y la conducta.
- Seguimiento con controles alternos con enfermería.
- Tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas asociadas al trastorno del espectro autista.
- Farmacoterapia: cuando las intervenciones psicosociales son insuficientes. Hay fármacos indicados para la irritabilidad y las alteraciones de conducta.
- Control de los secundarismos derivados de las distintas prescripciones.
- Los seguimientos asociados a los casos de mayor complejidad van a depender en periodicidad de las necesidades.

## Enfermera referente del caso

*El Plan de Cuidado Estandarizado (PCE)* está orientado a niños y adolescentes, así como a su familia y entorno, pudiendo contribuir a la promoción de la salud y la prevención de problemas. Con ello se busca la potenciación del autocuidado e independencia.

Se han incluido los problemas/diagnósticos de enfermería (reales y de riesgo) que con más frecuencia pueden presentar estos niños y sus familias. Para su descripción se han utilizado las etiquetas de la taxonomía NANDA-I 2018-2020 (Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería) (38), de los criterios de resultados de enfermería NOC 5ª edición (Nursing Outcomes Classification) (39) y de las

intervenciones de enfermería NIC 6ª edición (Nursing Interventions Classification) (40).

*La Valoración Estructurada de Enfermería* se realiza explorando los 11 Patrones Funcionales de salud de Marjory Gordon:

- **Percepción y manejo de la salud:** mediante la valoración de este patrón se pretende determinar aspectos referentes a la percepción, mantenimiento o recuperación de la salud. Entre ellos destacan: antecedentes personales y alergias, antecedentes familiares, medidas preventivas (vacunación...), control de prácticas perjudiciales para la salud (consumo de alcohol/tóxicos).
- **Nutricional - metabólico:** se recogen datos antropométricos (peso, talla, IMC), costumbres de consumo de alimentos y líquidos (cantidad y tipos), apetito, restricciones/ evitaciones, hábitos de comida (como las preferencias) y el uso de vitaminas o nutrientes suplementarios.
- **Eliminación:** valoración de la función excretora (eliminación intestinal y vesical), uso de dispositivos para su control y características de las excreciones.
- **Actividad – ejercicio:** exploración de las capacidades de movilidad autónoma y la actividad, para conocer el nivel de autonomía o dependencia para las actividades de la vida diaria. También describe costumbres de ocio y recreo, patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos.
- **Sueño – descanso:** valoración del sueño y hábitos de descanso y relajación, así como el nivel de energía.
- **Cognitivo – perceptual:** valoración de las capacidades cognitivas, la existencia de alteraciones sensoriales y perceptivas (hiper o hiposensibilidad), organización del pensamiento/lenguaje, expresión del lenguaje, dificultades en el aprendizaje, ausencia de juego simbólico.
- **Autopercepción – autoconcepto:** exploración de las actitudes hacia sí mismo, percepción de su imagen corporal, ideas de suicidio, comportamientos adoptados para afrontar/compensar los sentimientos.
- **Rol – relaciones:** es muy importante la exploración exhaustiva de este patrón, ya que al presentar alteraciones significativas en la comunicación e interacción social va a repercutir en el estado emocional. Exploración del nivel de independencia, estructura y roles familiares, relación de la familia a la enfermedad, personas de su entorno más significativas, relaciones sociales.
- **Sexualidad – reproducción:** valoración de la sexualidad y patrón reproductivo, cambios físicos, problemas de diferenciación y/o identidad sexual. En la etapa adolescente se suelen intensificar las dificultades en el comportamiento (inquietud, impulsividad, irritabilidad).
- **Adaptación – tolerancia al estrés:** se valoran las herramientas para manejar el estrés de la vida diaria, estado de tensión/ansiedad, posibles factores relacionados, sentimientos asociados, grado de incapacitación personal/familiar/social, sistema de soporte o apoyo.
- **Valores – creencias:** describe los valores y creencias en su historia personal y familiar (incluida la espiritual), normas de su cultura.

Seguimientos de enfermería - Valoración continuada de enfermería (o revaloración después de un periodo de tiempo)

El propósito es evaluar los cambios en los problemas detectados y en los patrones funcionales de la persona, así como la aparición de nuevos problemas o patrones disfuncionales (41), (5), (42), (4).

- Inicialmente la frecuencia de intervención es mayor y requiere un seguimiento más estrecho, sobre todo en los niños de menor edad o en padres con mayor dificultad para la crianza. Posteriormente, la intervención se centra en el seguimiento de lo adquirido, detección de nuevas necesidades según la edad del niño/adolescente y mantenimiento de la adherencia a la USMI-J como lugar de "atención y acompañamiento continuo".
- Para asegurar la continuidad de cuidados y vinculación del paciente y su familia a la USMIJ se establecen citas, que podrán ser telefónicas o presenciales según las necesidades del paciente. Se procurará una atención trimensual mientras estén estabilizados con controles alternos con facultativos. En los casos de mayor complejidad la frecuencia dependerá de las necesidades. Durante el proceso de atención de enfermería se asegurará la coordinación con la red de Atención Primaria y con otros servicios hospitalarios.
- Realización de Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) al alta del dispositivo.

#### Coordinación del Programa TEApoyo

A los padres se les facilita la tarjeta "**TEApoyo**", con el teléfono de contacto de la USMIJ, el nombre de su enfermera y facultativo referente y el correo electrónico corporativo (teapoyo.hvr.sspa@juntadeandalucia.es) para la comunicación con las familias y envío de información relevante. Se utiliza para la recepción de documentos e información accesoria, tanto por parte del usuario como de la USMI-J. Con ello se pretende facilitar la recepción de una demanda no programada (la enfermera valora la demanda y la necesidad o no de intervención de otros profesionales).

### Terapia ocupacional

Se han diseñado talleres grupales de habilidades y relación con iguales dirigidos a niños con TEA de alto funcionamiento cuyos síntomas nucleares interfieran en su calidad de vida. Están diferenciados por edades (<7 años, de 7 a 9 años, de 10 a 12 años y >13 años). Se trata de espacios grupales para varios niños con hasta 5 participantes y una frecuencia de al menos 2 sesiones al mes durante el curso escolar o el periodo que planifique su facultativo referente. Con la característica común de presentar unas dificultades de relación con iguales y/o con adultos que obstaculicen un adecuado funcionamiento del niño/a en el ámbito escolar con los compañeros y/o en su entorno familiar, parque, actividades extraescolares, etc.

Además de realizarán talleres individuales o muy reducidos: contarían con 2 pacientes diferenciados también por edades, con varias sesiones al mes (al menos 2) durante el curso escolar o periodo que se planifique con su facultativo referente. Indicado para niños/as diagnosticados de TEA y con el objetivo de trabajar con ellos de manera más individualizada las fobias (puesta en marcha del proyecto de realidad virtual para exposición progresiva a citas médicas u otras situaciones que

supongan una dificultad), habilidades sociales básicas y relación con iguales y adultos.

## Maestra de Pedagogía Terapéutica

Intervención de la maestra de Pedagogía Terapéutica en la atención de los niños y las niñas con Trastorno del Espectro Autista.

Es bien sabido los numerosos beneficios de una intervención interdisciplinar donde se aborden los diversos ámbitos en los que se desenvuelve un alumno: personal/emocional, de salud, socio-familiar y educacional. De ahí la introducción de la maestra de Pedagogía Terapéutica (en adelante maestra de PT) asignada a la USMIJ en la participación de las actuaciones relacionadas con el ámbito escolar de acuerdo con sus funciones establecidas legalmente en la orden de 20 de agosto de 2010.

El principal objetivo de esta intervención consiste en ampliar la red de apoyo en coordinación con los distintos profesionales de USMIJ de forma que se implique la escuela. Otro aspecto importante es sensibilizar a la comunidad educativa de las dificultades y necesidades que presenta este alumnado, reconociendo la diversidad de las personas y garantizando la inclusión tanto en el ámbito educativo como social. Es cierto que este colectivo es altamente conocido por la sociedad y cuenta con numerosos recursos de todo tipo, no obstante, siempre es preciso hacer concienciación social para evitar exclusiones y el estigma que aún hoy día suceden (43), (44).

La intervención de esta docente podrá ser directa e indirecta respecto al alumno/a en función del caso concreto. Se concreta en:

- Recogida de la información relevante aportada por el centro educativo al que pertenece el alumno/a (informes escolares).
- Mediación entre el contexto educativo y los referentes de USMIJ.
- Coordinación con los referentes y profesionales de USMIJ implicados en dicho protocolo relacionada con el intercambio de información, evolución y seguimiento del alumno/a, planificación de la acogida en el centro educativo.
- Visitas al centro escolar y observaciones del alumno/a en el aula.
- Orientación al profesorado del alumno/a, aportándole la información y estrategias que sea necesarias procedentes de USMIJ.
- Elaboración de programas de intervención individualizados para el alumno/a con aplicación en el centro escolar por parte del equipo docente.
- Participación y orientación en los Programas Específicos que realice la maestra de PT del centro escolar ante la necesidad.
- Coordinación con tutores/as, docentes y orientadores/as del alumno/a.
- Asesoramiento al centro educativo sobre recursos y materiales didácticos.
- Coordinación con las orientadoras especialistas del Equipo de Orientación Escolar especializado en TEA ante valoraciones para cambios de modalidades de escolarización.

- Coordinación con el área de NEE del Servicio de Ordenación Educativa perteneciente a la Delegación Territorial de Educación de Sevilla.
- Coordinación con las compañeras especialistas (maestras PT y orientadoras) pertenecientes a las USMIJ del HV Virgen Macarena y el HU Virgen de Valme.

Como se ha indicado previamente, la coordinación con los diferentes agentes (centro escolar y profesionales de USMIJ) es esencial para garantizar una intervención completa y de calidad. Esta coordinación e intercambio de información se realizará de forma periódica, según las necesidades, quedándose recogida tanto en el historial del alumno/a, que guarda la maestra de PT, como en su historia clínica, a cargo de su facultativo referente). De igual forma, al finalizar el trimestre la maestra de PT realizará un informe donde quede constancia de su intervención realizada con el alumno para que el facultativo referente lo registre y suba a su historia clínica (Diraya).

### Trabajadora social

El concepto de salud que define el SSPA plantea como necesidad que la intervención en los problemas de salud no ha de circunscribirse al ámbito individual, sino que debe incidir en los factores socioculturales y ambientales que condicionan estilos de vida y condiciones nocivas para el desarrollo sano. Estos son lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina como determinantes sociales de la salud. De esta forma se pone de manifiesto la importancia de dichos condicionantes y la necesidad de intervenir en esta área desde los servicios sanitarios públicos.

Hablamos pues de integralidad, que implica que los recursos del SSPA deben ser capaces de ofrecer servicios y recursos que realicen el abordaje de la salud y mejoren el bienestar de la ciudadanía considerando en su conjunto lo biológico, psicológico y social; y desarrollando intervenciones que tienen en cuenta a la persona, familia y comunidad en la que está inmersa.

La aportación de Trabajo Social en los servicios de atención a la salud es esencial para garantizar una visión global de las personas y de la red de apoyo.

Entre otras definiciones reconocidas por el Trabajo Social Sanitario indico esta: “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas” (45).

La Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario, aportada por la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, hace alusión a los objetivos del Trabajo Social Sanitario para poder satisfacer las demandas de las instituciones sanitarias actuales. Dichos objetivos generales son los siguientes (46):

- Identificar y evaluar los factores sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad de las personas y comunidades.

- Intervenir en las necesidades y problemas sociales de la vida cotidiana que aparecen en el proceso salud-enfermedad, tanto si la enfermedad se produce como reacción a los problemas sociales, como si éstos se producen a consecuencia de la situación de enfermedad.
- Contribuir en la optimización y el buen uso de los servicios sanitarios.
- Colaborar en los programas de promoción y prevención de la salud con la población general y/o con colectivos específicos, ya sea dentro de las instituciones o en programas intersectoriales, aportando los activos sociales que puedan convertirse en activos de salud en función de los objetivos del programa.

Los objetivos específicos son los siguientes

- Identificar y atender la problemática social del paciente y de su familia, prestando especial atención a las situaciones de riesgo social.
- Informar, asesorar y orientar al paciente y a su familia sobre los recursos socio-sanitarios existentes, facilitando el acceso a los mismos.
- Detectar indicadores, factores de riesgo o problemática social derivada o consecuencia de un problema de salud mental.
- Definir los problemas socio-familiares que intervienen en el proceso de atención-recuperación de Salud Mental de manera individual, familiar y comunitaria.
- Conocer y comprender la situación de la persona y familia, el problema psicosocial en interacción con la salud mental, los factores de riesgo vinculados y la vivencia personal.

El instrumento utilizado para realizar este trabajo es la entrevista de valoración social, para detectar esos indicadores y factores de riesgo o problemática social derivados o consecuencia de un problema de salud mental, así como para definir la situación de necesidad y/o problema. Partiendo de esta valoración se elaborará el diagnóstico social y se establecerán las estrategias de intervención (47), (48).

Por otro lado, el trabajo en red es una de las tareas que forman parte de los servicios que se ofertan a las familias que atendemos desde esta Unidad, con el objetivo de prestar una atención integral. En el caso de este Programa, este trabajo se desarrolla con colegios, tutores, PT, EOE, con los CAIT u otros centros donde los niños reciben su rehabilitación; con los Servicios Sociales, que son los que tramitan la Ley de Dependencia, con el CVO y con asociaciones que trabajan con estos ellos. Es decir, con todas las instituciones o entidades que se encuentren alrededor del niño y su familia.

## TEA-enlace

Objetivos:

- Establecer la coordinación con las especialidades médicas que atienden patologías o trastornos que presentan mayor frecuencia de comorbilidad como: Odontología, Neurología, Oftalmología, ORL, Genética y Dismorfología, Digestivo y Nutrición, Dermatología y Alergología.
- Esta labor se inicia mediante la recogida exhaustiva de las patologías medicas asociadas al paciente en la entrevista de profundización diagnóstica.

- Se pretende la coordinación durante la edad pediátrica y posteriormente, mediante la designación de especialistas referentes de la atención a pacientes TEA en otras especialidades.
- Facilitar formación básica para estos profesionales implicados, a fin de que conozcan las peculiaridades de los pacientes con TEA y consigan aumentar su colaboración durante el proceso médico.
- Ofrecer información al profesional sobre las características concretas del paciente, así como asesoramiento (valorar anestesia general ante determinadas pruebas, etc).
- Centralizar las citas del paciente en el menor número posible, haciéndolas coincidir en la medida de lo posible.
- Reducir o evitar el tiempo de espera durante la cita.
- Evitar ingresos innecesarios o largos.
- Facilitar la comunicación mediante pictogramas y, en definitiva, obtener una mayor efectividad del proceso de atención médica.

Coordinación establecida con los diferentes CAIT y asociaciones que trabajan con la población TEA

Iniciamos reuniones presenciales con Autismo Sevilla (enero 2020) con acuerdo de continuación trimestral.

- Programamos reuniones en USMI-J/externas con los diferentes CAIT que atienden población TEA menor de 6 años.
- Coordinación con profesionales de la Unidad de Atención Temprana.
- Coordinación con los centros escolares.
- Reuniones semestrales programadas con USMI-J de Hospital Universitario Virgen Macarena (iniciadas en noviembre de 2019) con el objetivo de compartir ideas y sumar esfuerzos para la mejora del programa TEA.

Coordinación con referentes de USMC

- Se lleva a cabo la incorporación de un teléfono móvil para contacto inmediato en casos urgentes.
- Utilización de teléfonos corporativos de USMI-J con horarios preestablecidos.
- A través de la aplicación NAS la USMC comunicará los casos de niños con TEA que no requieran derivación a USMIJ prioritaria pero que serán valorados en acto único para comprobar mínimos e incluir en la cohorte SEVITEA del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, España.

## Propuestas de mejora

- Este protocolo contempla la atención en USMIJ para todos los niños con TEA de 2 a 6 años y para los niños mayores de 6 años con duda diagnóstica y casos complejos. Se pretende la ampliación del programa de 6 a 12 años y de 12 a 18 años para que en el medio plazo todos los niños tengan acceso a la atención de tercer nivel.

- Se valorará la inclusión de intervenciones estructuradas que han demostrado ser eficientes en el sistema sanitario público a niños con comportamientos repetitivos que interfieren en su funcionalidad y calidad de vida
- Transición al IES: se programarán talleres grupales centrados en la prevención de situaciones de abuso. Esta actividad será impartida por MIR/PIR/EIR como parte del contenido de la rotación por USMIJ. Coordinación con orientadores de los colegios e institutos a través de la maestra de PT para apoyar a las actividades de tránsito que se realizan desde la escuela, así como intervención directa en el caso que se considere.
- Talleres con temas específicos (Educación sexual, fobias...) dirigidos a los adolescentes con TEA de alto funcionamiento.
- Atención a la transición ciclo/adultos: compuesto por pacientes que se sigan en USMC y otros que están ya en USMIJ. Formato grupal coordinado por terapia ocupacional.
- Implementación de la figura de gestor del caso. Siguiendo recomendaciones de las principales guías internacionales y del entorno, puede ser cualquier profesional de salud mental infanto-juvenil ya que todos están capacitados para hacer esa función.
- Asignación de referentes facultativo y de enfermería en todos los casos.
- Colocación de carteles en la sala de espera que faciliten la información y sensibilización hacia esta población.
- Se facilitará la comunicación mediante pictogramas en sala de espera y despachos.
- En la medida de lo posible se incluirán a los padres durante las pruebas diagnósticas, a fin de que puedan observar el proceso de estudio y participar en él.
- Se elaborará un informe diagnóstico completo destacando las fortalezas del paciente y no solo las limitaciones. Debe darse un diagnóstico preciso, evitando en la medida de lo posible el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo inespecífico.
- Cubrir la necesidad de asesoramiento a la familia en espacio específico. En familias que tienen un hijo con TEA sin un diagnóstico genético definitivo, 1 de cada 5 de los hermanos posteriores recibirá un diagnóstico similar. Si tienen 2 o más hermanos con TEA el riesgo de otro hermano con TEA se incrementa a 1 de cada 3. El riesgo es de 3 a 4 veces mayor en los niños que en las niñas.
- Atención a los hermanos de pacientes en tratamiento.
- Facilitar información sobre el diagnóstico y necesidades del paciente diagnosticado de trastorno del espectro autista.

## Evaluación del protocolo

La evaluación del protocolo en su conjunto requiere la utilización de medidas objetivas. Para ello se tendrán en cuenta el número de admisiones de niños atendido con TEA desde el inicio del programa y se valorará que sea acorde a la incidencia de TEA mundial, para así garantizar que se está dando cobertura a todos los niños con TEA del área sanitaria de Virgen del Rocío.

El presente protocolo se basa en los estándares de calidad internacional. Por ello se propone una evaluación de la calidad asistencial en los dispositivos de Salud Mental que atienden a personas con TEA en el área de Virgen del Rocío de Sevilla. Esta

evaluación se basará en 8 ítems de calidad reconocidos por las Guías NICE (National Institute for Clinical Excellence) (42) que incluyen:

1. Tiempo desde la sospecha hasta el diagnóstico.
2. Detección de comorbilidades de salud mental según la edad.
3. Plan personalizado de tratamiento.
4. Persona de referencia o “case manager” en el proceso de diagnóstico y tratamiento.
5. Oportunidad de recibir orientación e intervenciones psicosociales.
6. Uso del tratamiento farmacológico adecuado.
7. Evaluación de posibles desencadenantes de alteraciones de conducta.
8. Intervención adecuada para alteraciones de conducta.

Se tendrán en cuenta además la evaluación de indicadores específicos de la asistencia:

- Accesibilidad, estableciendo la primera franja horaria para la atención de estos pacientes (tanto primera consulta como seguimientos) a fin de evitarles la espera en sala.
- Del mismo modo se determinará un día y hora concreta para posibles consultas telefónicas de los padres hacia los profesionales responsables del programa.
- Demora de la primera cita 15 días.

## Investigación y docencia

- Colaboración en la formación de pediatras a través de la formación continuada (en marcha).
- Formación de residentes a través de la participación en el programa TEA durante el rotatorio en USMI-J y en las sesiones de docencia.
- Organización de formación sobre diagnóstico e intervención en TEA a través de formación continuada, contando con profesionales expertos del área y residentes.
- Correlación de subtipos clínicos con posible gravedad/ pronóstico/ genética / comorbilidad (en marcha).
- Estudio de costes emocionales y económicos de las familias (en marcha).
- Coordinación de la cohorte *Signature* que estudia los factores prenatales como el estrés, el síndrome metabólico y la infección por COVID materna y su impacto en el neurodesarrollo de los hijos (en marcha).
- Estudio sobre rasgos autistas en la maternidad y su relación con el estrés en la crianza y estrés parental (en marcha).
- Inicio de la cohorte SEVITEA en el área del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Coordinación de estudio sobre detección precoz de autismo en Andalucía a través de machine learning en colaboración con el área de bioinformática (en marcha).
- Participación en proyecto de divulgación científica *Mentescopia* en el tema de autismo (en marcha).

- Participación en proyecto competitivo de investigación y medicina personalizada a nivel nacional sobre autismo *ESTE A* (en marcha).
- Participación en el ensayo clínico multicéntrico de suicidio en adolescentes *Survive*. Análisis de casos de niños con TEA que han presentado intentos de suicidio (en marcha).
- Desarrollo de escala de complejidad para determinar objetivamente casos complejos de no complejos.
- Realidad virtual. *ReviTEA*.

## Bibliografía

1. Fuentes J, Hervás A, Howlin P, (ESCAP ASD Working Party). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. junio de 2021;30(6):961-84.
2. Catalá-López F, Ridao M, Hurtado I, Núñez-Beltrán A, Gènova-Maleras R, Alonso-Arroyo A, et al. Prevalence and comorbidity of autism spectrum disorder in Spain: study protocol for a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Syst Rev*. 14 de junio de 2019;8(1):141.
3. Crowe BHA, Salt AT. Autism: the management and support of children and young people on the autism spectrum (NICE Clinical Guideline 170). *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. febrero de 2015;100(1):20-3.
4. Kendall T, Megnin-Viggars O, Gould N, Taylor C, Burt LR, Baird G, et al. Management of autism in children and young people: summary of NICE and SCIE guidance. *BMJ*. 28 de agosto de 2013;347:f4865.
5. Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera E, Artigas-Pallarés J, Belinchón-Carmona M, et al. [Good practice guidelines for the treatment of autistic spectrum disorders]. *Rev Neurol*. 1 de octubre de 2006;43(7):425-38.
6. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editores. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
7. World Health Organization, editor. *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2004. 3 p.
8. [No title found]. *Cochrane Database Syst Rev*.
9. Frigaux A, Evrard R, Lighezzolo-Alnot J. [ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum disorders: Interests, limits and openings]. *L'Encephale*. noviembre de 2019;45(5):441-8.
10. González MC, Vásquez M, Hernández-Chávez M. Autism spectrum disorder: Clinical diagnosis and ADOS Test. *Rev Chil Pediatr*. octubre de 2019;90(5):485-91.

11. Nomi JS, Molnar-Szakacs I, Uddin LQ. Insular function in autism: Update and future directions in neuroimaging and interventions. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 8 de marzo de 2019;89:412-26.
12. Lai M-C, Lombardo MV, Auyeung B, Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. enero de 2015;54(1):11-24.
13. Piven J, Elison JT, Zylka MJ. Toward a conceptual framework for early brain and behavior development in autism. *Mol Psychiatry*. octubre de 2017;22(10):1385-94.
14. Hoogman M, van Rooij D, Klein M, Boedhoe P, Ilioska I, Li T, et al. Consortium neuroscience of attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: The ENIGMA adventure. *Hum Brain Mapp*. 18 de mayo de 2020;
15. Zafeiriou DI, Ververi A, Vargiami E. Childhood autism and associated comorbidities. *Brain Dev*. junio de 2007;29(5):257-72.
16. Vorstman JAS, Parr JR, Moreno-De-Luca D, Anney RJL, Nurnberger JI, Hallmayer JF. Autism genetics: opportunities and challenges for clinical translation. *Nat Rev Genet*. junio de 2017;18(6):362-76.
17. Arberas C, Ruggieri V. [Autism. Genetic and biological aspects]. *Medicina (Mex)*. 2019;79(Suppl 1):16-21.
18. Parellada M, Penzol MJ, Pina L, Moreno C, González-Vioque E, Zalsman G, et al. The neurobiology of autism spectrum disorders. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. enero de 2014;29(1):11-9.
19. Kasperzack D, Schrott B, Mingebach T, Becker K, Burghardt R, Kamp-Becker I. Effectiveness of the Stepping Stones Triple P group parenting program in reducing comorbid behavioral problems in children with autism. *Autism Int J Res Pract*. febrero de 2020;24(2):423-36.
20. Eapen V, Shiers D, Curtis J. Bridging the gap from evidence to policy and practice: reducing the progression to metabolic syndrome for children and adolescents on antipsychotic medication. *Aust N Z J Psychiatry*. mayo de 2013;47(5):435-42.
21. Enner S, Ahmad S, Morse AM, Kothare SV. Autism: considerations for transitions of care into adulthood. *Curr Opin Pediatr*. junio de 2020;32(3):446-52.
22. Lord C, Charman T, Havdahl A, Carbone P, Anagnostou E, Boyd B, et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet Lond Engl*. 15 de enero de 2022;399(10321):271-334.
23. Hume K, Steinbrenner JR, Odom SL, Morin KL, Nowell SW, Tomaszewski B, et al. Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism: Third Generation Review. *J Autism Dev Disord*. noviembre de 2021;51(11):4013-32.
24. Fuentes J, Hervas A, Howlin P. ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 14 de julio de 2020;

25. Barbaresi WJ, Katusic SK, Voigt RG. Autism: a review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians. *Arch Pediatr Adolesc Med.* noviembre de 2006;160(11):1167-75.
26. Margari L, Marzulli L, Gabellone A, de Giambattista C. Eating and Mealtime Behaviors in Patients with Autism Spectrum Disorder: Current Perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16:2083-102.
27. Strålin P, Hetta J. First episode psychosis and comorbid ADHD, autism and intellectual disability. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* enero de 2019;55:18-22.
28. Taurines R, Schwenck C, Westerwald E, Sachse M, Siniatchkin M, Freitag C. ADHD and autism: differential diagnosis or overlapping traits? A selective review. *Atten Deficit Hyperact Disord.* septiembre de 2012;4(3):115-39.
29. Gegelashvili M. AUTISM AND DEPRESSION (REVIEW). *Georgian Med News.* agosto de 2019;(292-293):54-6.
30. Tuchman R, Moshé SL, Rapin I. Convulsing toward the pathophysiology of autism. *Brain Dev.* febrero de 2009;31(2):95-103.
31. Persico AM, Ricciardello A, Lamberti M, Turriziani L, Cucinotta F, Brogna C, et al. The pediatric psychopharmacology of autism spectrum disorder: A systematic review - Part I: The past and the present. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 30 de agosto de 2021;110:110326.
32. Soutullo Esperón C. Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente. 2018.
33. Blanchard A, Chihuri S, DiGiuseppi CG, Li G. Risk of Self-harm in Children and Adults With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 1 de octubre de 2021;4(10):e2130272.
34. Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bolte S. Premature mortality in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* marzo de 2016;208(3):232-8.
35. McPartland J, Volkmar FR. Autism and related disorders. *Handb Clin Neurol.* 2012;106:407-18.
36. Lukmanji S, Manji SA, Kadhim S, Sauro KM, Wirrell EC, Kwon C-S, et al. The co-occurrence of epilepsy and autism: A systematic review. *Epilepsy Behav EB.* septiembre de 2019;98(Pt A):238-48.
37. Baird G, Cass H, Slonims V. Diagnosis of autism. *BMJ.* 30 de agosto de 2003;327(7413):488-93.
38. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación : 2021-2023. Barcelona: Elsevier; 2021.
39. Johnson M, Maas M, Moorhead S, Iowa Outcomes Project, editores. *Nursing outcomes classification (NOC).* 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2000. 610 p.

40. Dochterman JM, Bulechek GM, editores. Nursing interventions classification (NIC): Iowa intervention project. 3rd ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2000. 911 p.
41. Robertson CE, Baron-Cohen S. Sensory perception in autism. *Nat Rev Neurosci*. noviembre de 2017;18(11):671-84.
42. Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Moreno C, Durán-Cutilla M, Ayora M, et al. Dietary Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis. *Pediatrics*. noviembre de 2019;144(5):e20183218.
43. Sterponi L, de Kirby K, Shankey J. Rethinking language in autism. *Autism Int J Res Pract*. julio de 2015;19(5):517-26.
44. Thompson T. Autism research and services for young children: history, progress and challenges. *J Appl Res Intellect Disabil JARID*. marzo de 2013;26(2):81-107.
45. Ituarte Tellaeche A. Procedimiento y proceso en trabajo social clínico. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. 1992.<sup>a</sup> ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales;
46. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario. AETSYS; 2017.
47. EASP S. Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2016.
48. Wolff JJ, Piven J. Predicting Autism in Infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. agosto de 2021;60(8):958-67.

## Recursos para la formación

### Intervenciones para padres

Amsbary, J., & AFIRM Team. (2017). *Parent implemented interventions*. Chapel Hill, NC: National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorder, FPG Child Development Center, University of North Carolina. Retrieved

## Anexos

## Anexo I – Criterios diagnósticos DSM-V

Tabla 3.4-1. Criterios de los trastornos del espectro autista del DSM-5	
Trastorno del espectro autista	
A.	Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sean actualmente o en el pasado: <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Deficiencias de reciprocidad socioemocional;</b> que pueden presentarse desde aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional, como manifestada por la disminución para compartir intereses o emociones, hasta una falta total en la iniciación de la interacción social.</li> <li><b>Graves dificultades en la comunicación no verbal que se hacen presentes en la interacción social;</b> la presentación va desde una baja integración de la comunicación verbal y no verbal, manifestada con el contacto ocular y el lenguaje corporal, o déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta una completa falta de expresión facial y gestual.</li> <li><b>Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollo (aparte de con los cuidadores);</b> la presentación va desde dificultades para ajustar la conducta social a diferentes contextos, dadas las dificultades para compartir juego imaginativo y para hacer amistades, hasta una falta aparente de interés en las personas.</li> </ol>
B.	Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos: <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva;</b> (como una estereotipia motora simple, uso de objetos de forma repetitiva, o frases idiosincrásicas).</li> <li><b>Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamiento ritualizados de tipo verbal o no verbal o excesiva resistencia al cambio;</b> (como rituales motores, insistencia en una misma ruta o comida, preguntas repetitivas o angustia extrema por pequeños cambios).</li> <li><b>Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea en su intensidad u objeto;</b> (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverantes).</li> <li><b>Hiperactividad o hiporreactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno;</b> (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos, fascinación por las luces o por dar vueltas a los objetos).</li> </ol>
C.	Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades.
D.	El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día.
Fuente: <i>American Psychiatric Association, 2014.</i>	

## Anexo II -Criterios diagnósticos CIE-11

	Trastorno del desarrollo intelectual	Deficiencia del lenguaje funcional
6A02.0	<i>Sin trastorno</i>	<i>Sin trastorno o muy leve</i>
6A02.1	Con trastorno	<i>Sin trastorno o muy leve</i>
6A02.2	<i>Sin trastorno</i>	Con trastorno
6A02.3	Con trastorno	Con trastorno
6A02.4	<i>Sin trastorno</i>	Ausencia de lenguaje funcional
6A02.5	Con trastorno	Ausencia de lenguaje funcional

- Existen dos categorías adicionales, no descritas (6A02.Y / 6A02.Z): para “otro” trastorno especificado del espectro autista; y para un trastorno “no específico” del espectro autista.

## Anexo III – Señales específicas en el primer año de vida

Tabla IV. Edad de aplicación del cribado de las señales específicas del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>	<i>9 meses</i>	<i>12 meses</i>
Procesamiento sensorial	X	X	X	X
Mirada	X	X	X	X
Reacción al entorno	X	X	X	X
Sonrisa social correspondida	X	X	X	X
Más interés por objetos que personas		X	X	X
Dificultades motoras		X	X	X
Atractivo del niño y calidad de la interacción		X	X	X
Baluceo		X	X	X
Relación		X	X	X
Autosensorialidad o movimientos estereotipados		X	X	X
Expresiones faciales		X	X	X
Reacción al extraño y permanencia de objeto			X	X
Atención conjunta			X	X
Respuesta al nombre				X
Gestos comunicativos y señala				X
Imitación				X

## Anexo IV - Interrelación NANDA-NOC-NIC

00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ	Afrontamiento de problemas Nivel de estrés	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Aumentar los sistemas de apoyo Ayuda para el control del enfado Disminución de la ansiedad Entrenamiento para controlar los impulsos Manejo ambiental Mejorar el afrontamiento Mejorar el sueño Modificación de la conducta Orientación anticipatoria Prevención del consumo de sustancias nocivas Técnica de relajación
00080 GESTION INEFICAZ DE LA SALUD	Control de síntomas	Asesoramiento Asesoramiento nutricional Ayuda con el autocuidado Enseñanza: medicamentos prescritos Escucha activa Mejora de la autoconfianza Mejorar el afrontamiento Orientación en el sistema sanitario Seguimiento telefónico Aumentar los sistemas de apoyo
00112 RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO	Desarrollo infantil: 2 años Desarrollo infantil: 3 años Desarrollo infantil: 4 años Desarrollo infantil: 5 años	Apoyo al cuidador principal Asesoramiento Aumentar los sistemas de apoyo Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis

Desarrollo infantil:  
segunda infancia  
Desarrollo infantil:  
adolescencia

Cuidados de la  
incontinencia urinaria:  
enuresis  
Educación parental:  
crianza familiar de los  
niños  
Facilitar la  
autorresponsabilidad  
Fomentar el apego  
Fomentar el desarrollo:  
adolescentes  
Fomentar el desarrollo:  
niños  
Fomentar el rol parenta  
Manejo de la conducta:  
hiperactividad/falta de  
atención  
Manejo de la conducta  
Modificación de la  
conducta: habilidades  
sociales  
Orientación anticipatoria

00095 INSOMNIO

Sueño

Manejo ambiental  
Manejo ambiental: confort  
Manejo de la energía  
Manejo de la medicación  
Mejorar el sueño  
Ayuda con el autocuidado:  
micción/defecación  
Cuidados de la  
incontinencia urinaria:  
enuresis  
Disminución de la  
ansiedad  
Fomento del ejercicio  
Manejo de la nutrición  
Masaje  
Mejorar el afrontamiento  
Musicoterapia  
Técnica de relajación

00052 DETERIORO DE LA  
INTERACCION SOCIAL

Habilidades de  
interacción social  
Implicación social

Fomentar el desarrollo:  
adolescentes  
Fomentar el desarrollo:  
niños

		<p>Fomentar la normalización familiar</p> <p>Grupo de apoyo</p> <p>Mejorar la comunicación: déficit del habla</p> <p>Modificación de la conducta: habilidades sociales</p> <p>Potenciación de la autoestima</p> <p>Potenciación de la socialización</p>
00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	<p>Afrontamiento de los problemas de la familia</p> <p>Apoyo familiar durante el tratamiento</p> <p>Normalización de la familia</p>	<p>Apoyo a la familia</p> <p>Apoyo al cuidador principal</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>Facilitar el aprendizaje</p> <p>Fomentar la implicación familiar</p> <p>Fomentar la normalización familiar</p> <p>Grupo de apoyo</p> <p>Mejorar el afrontamiento</p> <p>Orientación en el sistema sanitario</p>
00146 ANSIEDAD	<p>Nivel de ansiedad</p> <p>Habilidades interacción social</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Mejorar el afrontamiento</p> <p>Orientación anticipatoria</p> <p>Técnica de relajación</p> <p>Fomento del ejercicio</p> <p>Musicoterapia</p>
00151 AUTOMUTILACION	<p>Autocontrol mutilación</p> <p>Autocontrol de los impulsos</p> <p>Nivel de ansiedad</p>	<p>Asesoramiento</p> <p>Ayuda para el control del enfado</p> <p>Contención farmacológica</p> <p>Control del estado de ánimo</p> <p>Cuidados de las heridas</p>

			Disminución de la ansiedad Entrenamiento para controlar los impulsos Escucha activa Establecer límites Identificación de riesgos Manejo ambiental: seguridad Manejo de la conducta: autolesión Presencia Sujeción física Técnica de relajación
00061	CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR	<p>Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos e indirectos</p> <p>Bienestar del cuidador principal</p> <p>Nivel de depresión</p> <p>Gestión del tiempo personal</p> <p>Salud emocional del cuidador principal</p> <p>Apoyo familiar durante el tratamiento</p> <p>Nivel de ansiedad</p>	<p>Apoyo al cuidador principal</p> <p>Educación parental: adolescentes</p> <p>Educación parental: crianza familiar de los niños</p> <p>Enseñanza: medicamentos prescritos</p> <p>Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <p>Fomentar el apego</p> <p>Fomentar el rol parental</p> <p>Orientación anticipatoria</p> <p>Orientación en el sistema sanitario</p> <p>Potenciación de roles</p> <p>Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres</p> <p>Identificación de riesgos</p> <p>Enseñanza: dieta prescrita</p>
00057	RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR	<p>Desempeño del rol de padres</p> <p>Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos e indirectos</p> <p>Resistencia del papel del cuidador</p>	<p>Apoyo a la familia</p> <p>Apoyo al cuidador principal</p> <p>Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>Control del estado de ánimo</p> <p>Cuidados por relevo</p> <p>Educación parental: adolescentes</p>

Educación parental: crianza familiar de los niños  
 Enseñanza: dieta prescrita  
 Enseñanza: medicamentos prescritos  
 Enseñanza: procedimiento/tratamiento  
 Enseñanza: proceso de enfermedad  
 Fomentar el rol parental  
 Grupo de apoyo  
 Identificación de riesgos  
 Manejo de la conducta  
 Manejo de la energía  
 Mejorar el afrontamiento  
 Orientación anticipatoria  
 Orientación en el sistema sanitario  
 Potenciación de roles

00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

Comunicación expresiva  
 Comunicación receptiva

Disminución de la ansiedad  
 Escucha activa  
 Manejo ambiental  
 Mejorar la comunicación: déficit del habla

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

Conocimiento: cuidado de los hijos  
 Conocimiento: actividad prescrita  
 Conocimiento: recursos sanitarios

Apoyo en la toma de decisiones  
 Asesoramiento  
 Asesoramiento nutricional  
 Disminución de la ansiedad  
 Educación para la salud  
 Educación parental: adolescentes  
 Educación parental: crianza familiar de los niños  
 Enseñanza: dieta prescrita  
 Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres  
 Enseñanza: medicamentos prescritos  
 Enseñanza: proceso de enfermedad

Enseñanza: sexualidad  
 Fomentar el desarrollo:  
 niños  
 Fomentar el rol parental  
 Identificación de riesgos  
 Manejo ambiental:  
 seguridad  
 Manejo de la nutrición  
 Modificación de la  
 conducta  
 Modificación de la  
 conducta: habilidades  
 sociales  
 Orientación anticipatoria  
 Orientación en el  
 sistema sanitario  
 Prevención del consumo  
 de sustancias nocivas  
 Protección de los  
 derechos del paciente  
 Terapia con juegos

00052 DETERIORO DE LA  
 INTERACCION SOCIAL

Habilidades de  
 interacción social  
 Implicación social

:  
 Aumentar los sistemas de  
 apoyo  
 Fomentar el desarrollo:  
 adolescentes  
 Fomentar el desarrollo:  
 niño  
 Mejorar la comunicación:  
 déficit del habla  
 Modificación de la  
 conducta: habilidades  
 sociales  
 Potenciación de la  
 autoestima  
 Potenciación de la  
 socialización  
 Apoyo a la familia  
 Apoyo en la protección  
 contra abusos  
 Ayuda para el control del  
 enfado  
 Disminución de la  
 ansiedad  
 Enseñanza: individual  
 Entrenamiento de la  
 asertividad  
 Escucha activa

		Mejorar el afrontamiento Terapia con juegos Terapia de entretenimiento
00056 DETERIORO PARENTAL	Desempeño del rol de padres	Apoyo a la familia Apoyo al cuidador principal Asesoramiento Aumentar los sistemas de apoyo Disminución de la ansiedad Estimulación de la integridad familiar Fomentar el apego Fomentar el rol parental Educación para la salud Educación parental: adolescentes Educación parental: crianza familiar de los niños Fomentar la implicación familiar Mantenimiento de procesos familiares
00057 RIESGO DE DETERIORO PARENTAL	Desempeño del rol de padres Desempeño del rol de padres: seguridad psicosocial Lazos afectivos padres-hijos	Apoyo a la familia Apoyo de hermanos Apoyo en la toma de decisiones Aumentar los sistemas de apoyo Control del estado de ánimo Estimulación de la integridad familiar Facilitar el aprendizaje Fomentar el apego Fomentar el rol parental Fomentar la normalización familiar Identificación de riesgos Mejorar el acceso a la información sanitaria Mejorar el afrontamiento

		Potenciación de roles
00148 TEMOR	Autocontrol del miedo Nivel de miedo Nivel de miedo: infantil	Apoyo emocional Asesoramiento Ayuda en la exploración Disminución de la ansiedad Intervención en caso de crisis Manejo ambiental Mejorar el afrontamiento Potenciación de la seguridad Técnica de relajación
00138 RIESGO VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	Autocontrol de la agresión Autocontrol de la ira	Aumentar los sistemas de apoyo Ayuda para el control del enfado Control del estado de ánimo Disminución de la ansiedad Distracción Entrenamiento para controlar los impulsos Identificación de riesgos Intervención en caso de crisis Manejo ambiental: prevención de la violencia Manejo de la conducta Mejorar el afrontamiento Modificación de la conducta Sujeción física Técnica de relajación Vigilancia
00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	Autoestima Conciencia de uno mismo	Control del estado de ánimo Mejorar el afrontamiento Orientación anticipatoria Potenciación de la autoestima Potenciación de la socialización

00153 RIESGO BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	Autoestima Conciencia de uno mismo	Apoyo emocional Control del estado de ánimo Grupo de apoyo Manejo del peso Mejora de la imagen corporal Mejorar el afrontamiento Potenciación de la autoestietima
--	--	--

00058 RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN	Lazos afectivos padres- hijo	Aumentar los sistemas de apoyo Disminución de la ansiedad Educación parental: crianza familiar de los niños Fomentar el apego Fomentar el rol parental Mejorar el afrontamiento Potenciación de roles Apoyo a la familia
---	---------------------------------	---

#### DIAGNÓSTICOS NANDA-IMÁS FRECUENTES ORIENTADOS AL NIÑO/A CON TEA

##### 00112 RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO

- 00052 Deterioro de la interacción social
- 00051 Deterioro de la comunicación verbal
- 00095 Insomnio
- 00146 Ansiedad
- 00151 Automutilación
- 00120 Baja autoestima situacional
- 00153 Riesgo de baja autoestima situacional
- 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros
- 00148 Temor
- 00069 Afrontamiento ineficaz

#### DIAGNÓSTICOS NANDA-I ORIENTADOS A LOS FAMILIARES DEL NIÑO/A CON TEA

- 00074 Afrontamiento familiar comprometido
- 00078 Gestión ineficaz de la salud
- 00061 Cansancio del rol de cuidador

- 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador
- 00126 Conocimientos deficientes (especificar)
- 00056 Deterioro parental
- 00057 Riesgo de deterioro parental
- 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación

## Anexo VI – Resumen de criterios y proceso de derivación desde USMC a USMIJ

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN A USMIJ DE PACIENTES TEA

1

Todos\* los niños entre 2 a 6 años con sospecha o diagnóstico confirmado de trastorno del espectro autista según criterios CIE-11y/o DSM5



A los 6 años se derivará de nuevo a USMC o Pediatría

2

Pacientes con cualquier edad en los que exista diagnóstico complejo / duda diagnóstica



Tras diagnóstico, se realizará seguimiento en USMC

3

Paciente con comorbilidad grave asociada:

- Alteraciones graves de conducta
- Depresión
- Síndromes de origen genéticos
- Manejo farmacológico complejo

4

Paciente de 6 o más años con diagnóstico claro y caso no complejo



No se derivarán a USMIJ, pero se comunicarán a través de vía informática (carpeta NAS)

\*

Pacientes de 2 a 6 años con sospecha o con diagnóstico de TEA tienen la posibilidad de ser derivados a USMIJ por protocolo, salvo que el referente o los familiares no lo consideren oportuno.

En el informe de derivación se debe indicar claramente:

- Criterios de diagnóstico por los cuales se sospecha TEA
- A qué consulta es derivado
  - Protocolo 2-6 años
  - Diagnóstico complejo
  - Comorbilidad o caso complejo



**Junta de Andalucía**

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD